

IL CONTROLLO DI QUALITÀ NEL 2° LIVELLO: UN ESEMPIO

controllo di qualità = valutazione dell'attività di 2° livello
miglioramento continuo della qualità

1° liv. valutazione del test/prelievo

2° liv. valutazione della diagnosi e del trattamento

elevata adesione all'invito in colposcopia essenziale per il successo del programma ⇒ perdita di casi al 2° liv. = inefficienza del sistema/spreco di risorse impiegate per selezionare le donne

offerta di diagnosi e trattamento “controllato” (= adeguato, aggiornato, ed efficiente rispetto ad interventi individuali ed occasionali)

mandati istituz., norme, ecc.

Nel Dipartimento:

Necessità di uniformare comportamenti, procedure, tecniche ed organizzazione (4 centri di colposcopia 1 laboratorio – 3 Az. San.)

Partecipazione interessata alle riunioni del gruppo di coordinamento da parte dei colposcopisti

Costante periodicità degli incontri degli operatori (3-4/anno)

Stimolare l'audit e il confronto tra i colposcopisti (casistica trattata inferiore allo standard indicato dall'NHSCSP)

Esigenza di sorvegliare l'andamento del programma portando in evidenza difetti, problemi, difficoltà da porre all'attenzione del Comitato Tecnico, dei Responsabili di U.O., ecc

Attività 2° livello Dip. 3

2° semestre 2003

| | C1 | C2 | C3 |
|--|-----------|-----------|-----------|
| <i>Donne invitate al II° livello</i> | 89 | 145 | 65 |
| Adesione al 1° app. | 26 | 69 | 48 |
| Donne in F.U. | 41 39% | 52 57% | 07 87% |
| Totale | 67 | 121 | 55 |

Differenze di obiettivi

CENTRO RIF. REGIONALE

Valutare l'andamento generale del programma nel dip.

Segnalare i punti critici del programma per ciascun dip.

Certificare l'attività svolta da ciascun dip.

DIPARTIMENTO

Sorvegliare costantemente l'andamento dell'attività del programma

Individuare punti critici e difetti nell'organizzazione interna al programma

Coordinare i singoli centri per uniformare le loro procedure e il loro operato

Favorire e stimolare l'azione di autocontrollo ed il confronto tra i singoli operatori

Altre differenze

CENTRO RIF. REGIONALE

Verifica annuale

Dati numerici consistenti ⇒
valutazione quantitativa

Indicatori di efficacia
complessiva

+ Indicatori di Diagnosi e
Terapia

- Indicatori di efficienza e di tipo
organizzativo

DIPARTIMENTO

Verifica con cadenza tri-quadri-
mestrale dell'attività dei centri

Analisi per singolo centro
colposcopico

Dimensione numerica dei dati non
sempre valida per una corretta
valutazione quantitativa ⇒
indicatori di efficacia meno validi

Valutazione dell'attività
diagnostica/terapeutica sui
singoli casi (osservanza dei
protocolli/linee-guida)

Attenzione agli aspetti organizzativi
e procedurali dei singoli centri

Indicatori organizzativi

Regionali

- adesione al 1° appuntamento
- tempi di attesa accesso 2° liv

Nel Dipartimento

- adesione 1° appuntamento
- tempi di attesa accesso 2° liv
- % colposcopie con informaz. scritta alla pz sugli esiti conclusivi
- % prelievi bioptici con consenso informato
- % referti conclusivi entro 30gg
- % completezza compilazione referti colposcopici
- Rispondenza alle indicazioni riguardanti la dotazione strumentale, di personale e di sicurezza dei centri di colposcopia
- Possesso di protocollo scritto per la gestione delle donne non presentate all'appuntamento

Indicatori efficacia diagnostica

Regionali

- % CIN in istologia
- accuratezza previsione lesioni alto grado (x G1, ecc)
- detection rate
- VPP
- incidenza cancri interv.
- Altro

Nel Dipartimento

- % CIN in istologia
- accuratezza previsione lesioni alto grado

STANDARD DI QUALITA'

materiali e metodi

- - Criterio
- - Descrizione
- - Standard di riferimento
- - Indicatore
- - Procedura di rilevazione
- - Risultati

Adeguatezza dell'informazione (1)

CONSENSO INFORMATO PER IL PRELIEVO BIOPTICO

| Standard | Indicatore | Rilevazione | Risultati |
|-----------------|---|---|--|
| Nessun standard | N° donne passate in colposcopia per le quali risulta sulla documentazione cartacea il consenso scritto /tutte le donne passate in colposcopia nel periodo 1/07/2003 al 31/12/2003. (donne in 1° app. e F.U.) | Ricerca nominativo nell'agenda di prenotazioni e successiva ricerca nell'archivio cartaceo dell'UVOS sui documenti provenienti dalle colposcopie (schede colposcopica e modulistica predisposta in fase di avvio del progetto dal gruppo coordinatore 2° livello) | C2 0/47 C1 0/30 C3 1/10 (c)* utilizzo di modulo elaborato all'avvio del progetto. (a)° valutazione opportunità utilizzo costante modulo comune |

*(c) commento - ° (a) azione

Adeguatezza dell'informazione (2a)

DATA E FIRMA DELLA PZ. NELLA RELAZIONE CONCLUSIVA

| Standard | Indicatore | Rilevazione | Risultati |
|---|--|--|--|
| NHSCSP >90% <= 14 gg limitatamente alle donne con indicazione al trattamento | N° di donne informate cui è stato stabilito un trattamento/n° di donne destinate al trattamento | Analisi dei documenti cartacei dei centri colposcopici | C2 0/121 consegna referto <30 gg C1 0/67 consegna referto <20 gg C3 0/55 consegna referto <30 gg (c) Raccomandazione conclusive con data e firma solo del colposcopista |

Adeguatezza dell'informazione (2b)

DATA E FIRMA DELLA PZ. NELLA RELAZIONE CONCLUSIVA

| Standard | Indicatore | Rilevazione | Risultati |
|--|--|---|---|
| DGR 41/97 referto conclusivo entro 30gg. dalla colposcopia. | N° di donne passate in colposcopia dal 1/07/2003 al 31/12/2003. Presenti esito della colposcopia, data, firma del colposcopista. Comunicazione e consegna referto entro 30 gg. dall'esame (1° app. e F.U.) | Analisi dei documenti provenienti dai centri colposcopici | (c) tutti i referti conclusivi senza data e firma della pz. (a) revisione modulistica in uso dalla colposcopia (c) mancanza di procedura per sollecito della donna al ritiro delle raccomandazioni conclusive (ogni centro si comporta in modo differente) (a) elaborazione di percorso della pz in II liv. analizzato per singolo centro. |

Compliance al 1° appuntamento

| Standard | Indicatore | Rilevazione | Risultati |
|--|---|---|---|
| NHSCSP >= 85% (Garantire compliance molto elevata per citologico HSIL) | Numero di donne invitate in colposcopia per la prima volta registrate in agenda, che si sono presentate in ambulatorio dal 1/07/2003 al 31/12/2003/tutte le donne invitate in colposcopia la prima volta stesso periodo | Ricerca per nome sull'agenda di prenotazioni con analisi della storia individuale e successiva verifica dell'avvenuta accettazione sullo stesso programma del CSI | C2 79.5 % C1 68.4 % C3 90.6 % (c) Indicatore annuo rilevato dal CPO non previsto dalla DGR 41/97 (a) Controlli ravvicinati (4 mesi) |

Completezza diagnostica

% BIOPSIE ESEGUITE IN ESITO CITOLOGICO DI CIN 2+

| Standard | Indicatore | Rilevazione | Risultati |
|---------------|--|--|--|
| NHSCSP 90% | % di donne che hanno effettuato la biopsia tra quelle passate in colposcopia dal 1/07/2003 al 31/12/2003 con esito citologico displasia media-grave (donne al 1° app. e F.U.) | Analisi esito schede colposcopiche confrontata con la storia individuale dell'assistita presente nel programma del CSI | C2 3/4 C3 1/5 C1 0/0 (c) Dati sottodimensionati per un corretto impiego dell'indicatore; utilità dell'analisi dei singoli casi. |

Accesso al 2° liv. - tempi d'attesa

| Standard | Indicatore | Rilevazione | Risultati |
|--|--|-------------|---|
| <p>NHSCSP 90% < 8 sett</p> <p>DGR 41/97 Accettabile 80% < 8 sett</p> | <p>% di donne viste in colposcopia entro 8 settimane dal referto di I° livello (solo per le donne con 1° app.)</p> | <p>DWH</p> | <p><u>C2</u> 4.3 % (HSIL: 1 entro 3 settimane 1 da 2 a 4 mesi)</p> <p><u>C1</u> 7.6 %</p> <p><u>C3</u> 29.2 % (HSIL: 1 da 3 sett. a 2 mesi) (c) sorveglianza del sistema con controlli ravvicinati per centro</p> |

Completezza della registrazione schede colposcopiche

| Standard | Indicatore | Rilevazione | Risultati (completezza informazione) |
|--|--|---|---|
| <p>NHSCSP >90% della schede colposcopiche contenenti le seguenti informazioni - Giunzione squamo- colonnare - Giudizio colposcopico + indicazione al trattam.</p> | <p>Proporzione di schede colposcopiche emesse dal 1/07/2003 al 31/12/2003 (F.U. e 1° app.) contenenti tutte le informazioni previste</p> | <p>Tutte le donne passate in colposcopia con verifica della compilazione (F.U. e 1°app)</p> | <p>Giunzione squamo-colonnare C2 93% C1 91% C3 78% Giudizio colposcopico e indicazione al trattamento C2 76% C1 85% C3 NV (0% indicazione tratt.)</p> |

Accuratezza previsione lesione di alto grado

| Standard | Indicatore | Rilevazione | Risultati |
|---|--|--|---|
| NHSCSP >=70% confronto grading- istologia | % di referti istologici con diagnosi di lesione di alto grado CIN2+ rispetto al grading colposcopico | Analisi esito schede colposcopiche confrontate con esito BMS | (2/3 colposcopie - 2° semestre 03) (a) Analisi per centro, per singolo esame colposcopico, per operatore |

CONCLUSIONI

Il “miglioramento continuo della qualità” = principio organizzativo più facilmente applicabile allo screening per la disponibilità di indicatori definiti, validati, concordati.

Provare un'applicazione in forma semi-strutturata nel nostro Dipartimento

Da definire: Scelta degli indicatori
Frequenza d'uso degli indicatori

Vantaggi: Miglioramento complessivo dell'attività
Se disponibile maggiore coinvolgimento dell'operatore nell'attività svolta

Svantaggi: Maggiore impegno e impiego di risorse

INDICATORI DEL DIPARTIMENTO

| | |
|---------------|--|
| organizzativi | adesione al 1° appuntamento tempi di attesa accesso 2° liv % colposcopie con informaz. scritta alla pz sugli esiti conclusivi % prelievi bioptici con consenso informato % referti conclusivi entro 30gg % completezza compilazione referti colposcopici |
| diagnostici | % CIN in istologia accuratezza previsione lesioni alto grado incidenza cancri interv. |

INDICATORI DEL DIPARTIMENTO

terapeutici

% trattamento eseguito per
classe di CIN

% donne trattate in anestesia
locale

% trattamenti eseguiti per
adenoca in situ e ca invasivo