

RETRAINING NEL PROGRAMMA DI SCREENING



SC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
ASL NO – Borgomanero

Pietro Occhipinti



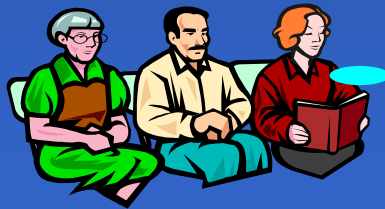
Reg. N° 6992
ISO 9001:2000

Torino, 14 ottobre 2010



*Visto che mi chiamano.....mi
aspetto che sia.....*

- Efficace
- Accettabile
- Bassi rischi
- Organizzato



Perché necessario un retraining?

- “Vecchie” criticità
- Nuove evidenze
- Progressi tecnologici



“VECCHIE” CRITICITA’

- % colonscopie complete
- Detection rate delle lesioni anche NON POLIPOIDI
- Lesioni perse
- Incompletezza resezione endoscopica (tessuto adenomatoso residuo)
- **Cancro di intervallo**
- Complicanze

“VECCHIE” CRITICITA’

- Disomogeneità riguardo:
 - sedazione
 - **antibiotico profilassi**
 - **approccio a terapia antitrombotica**
 - preparazione
 - refertazione

NUOVE EVIDENZE

- 30-40% precursori sono non polipoidi
- “colonscopia completa” associata a riduzione del k colonretto “distale”, ma non “prossimale”
(soprattutto nei primi anni follow up post-colon indice)
- 15-20% dei K colon dx → da lesioni serrate
- Recidiva polipi sino al 50% (soprattutto se resez. piecemeal)
- 27-31% cancri intervallo da polipectomia incompleta

PROGRESSI TECNOLOGICI

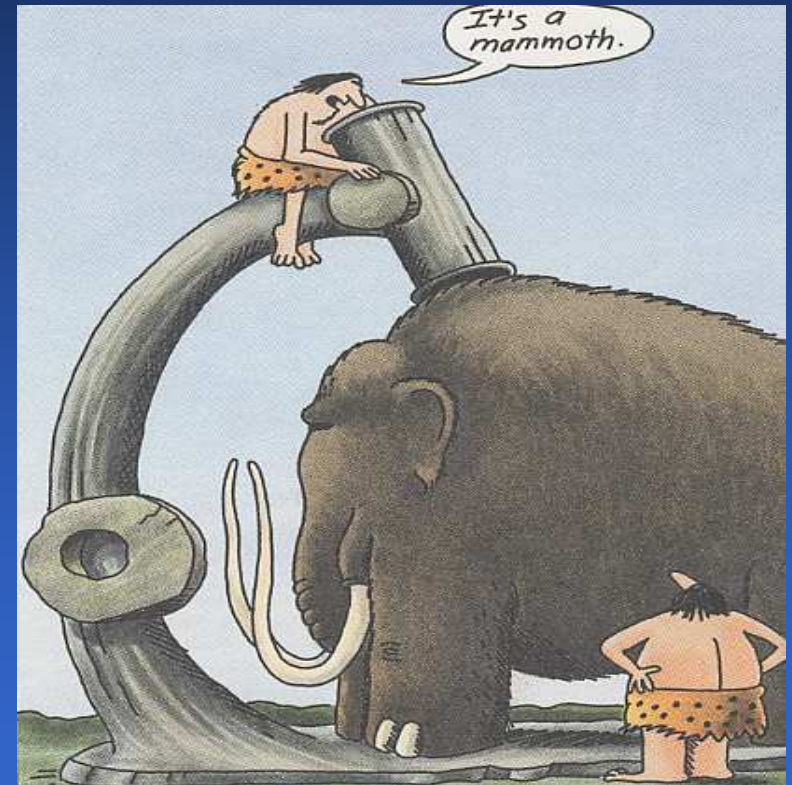
- Magnificazione (+ Cromoendoscopia)
- NBI, FICE

Ingrandire x 150



PROGRESSI TECNOLOGICI: OBIETTIVI TEORICI

- Migliorare detection rate polipi (identificazione)
- Migliorare la caratterizzazione dei polipi
- Migliorare il riscontro di tessuto adenomatoso residuo



PROGRESSI TECNOLOGICI

identificazione

- **caratterizzazione**
 - Pattern morfologico
 - Pattern ghiandolare
 - Pattern vascolare

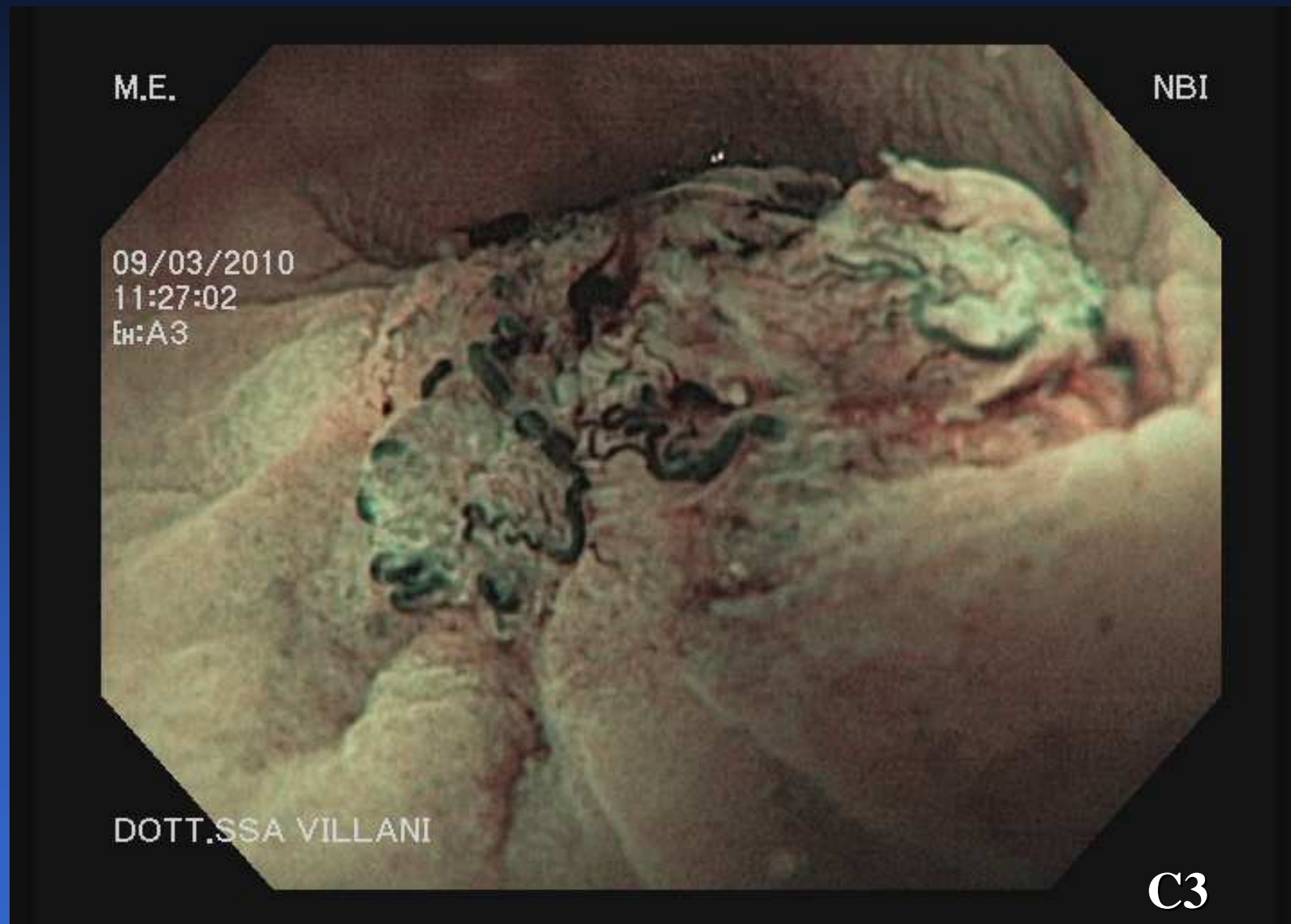
lesioni

superficiali

*“preinvasive”
invasive precoci
“avanzate”*

s.m. 1 → resez. endoscopica
s.m. 2 , s.m. 3 → chirurgia

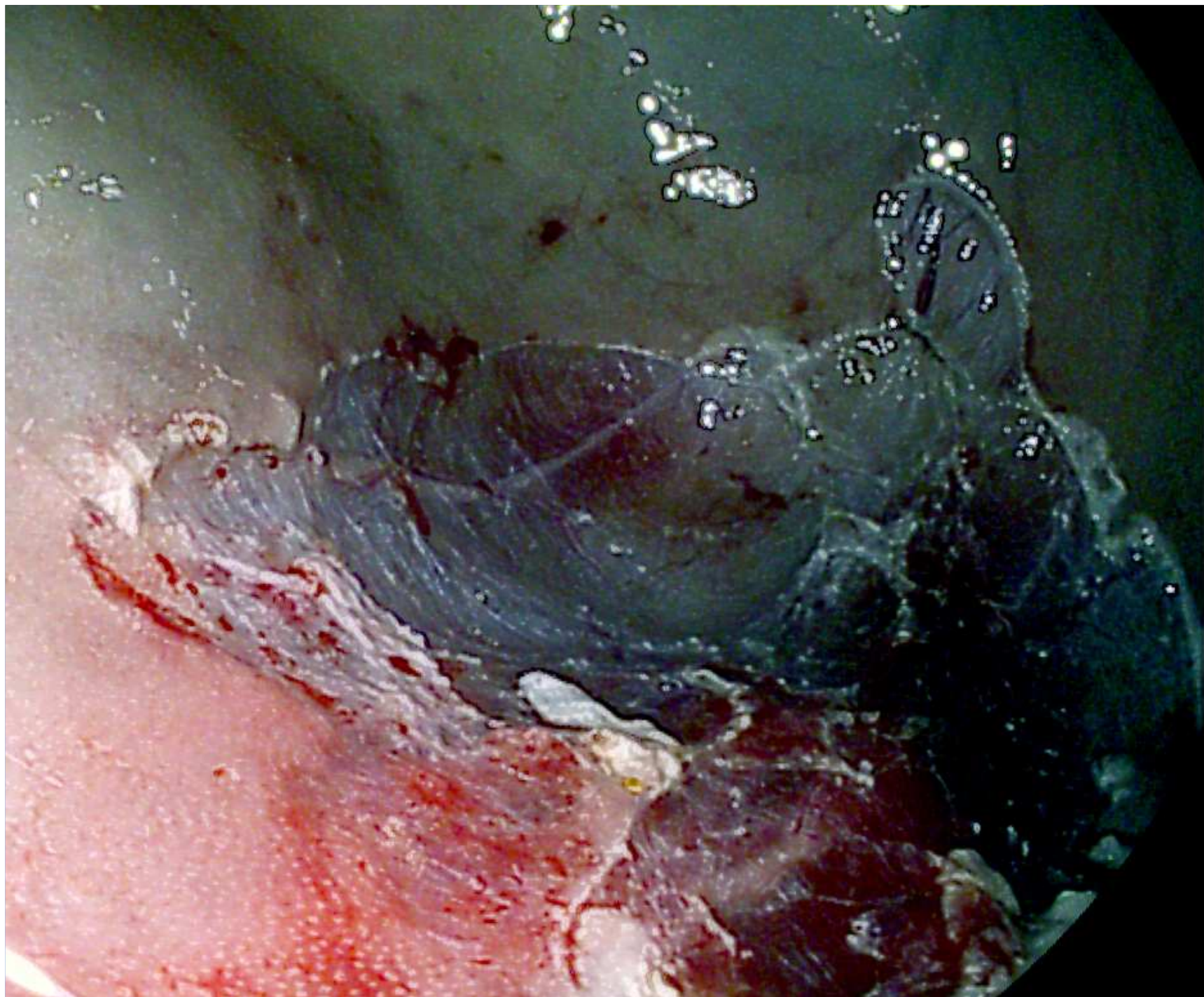
pattern vascolare



pattern vascolare e “*staging*” istologico

Ca s.m.

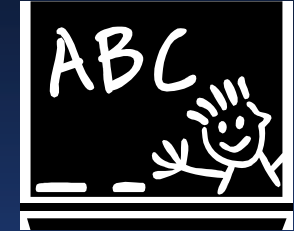
		Adenomi (%)	< 1000μ (%)	> 1000μ (%)
C1	45	21 (46.7%)	19 (42.2%)	5 (11.1%)
C2	22		10 (45.5%)	12 (54.5%)
C3	30			30 (100%)
tot:	97			



QUALE OBIETTIVO DEL RETRAINING NEL PROGRAMMA DI SCREENING?

- **Garantire** che l'operato all'interno del programma di screening (su persone "sane" invitate da noi e non a noi rivoltesi) sia:
 - Di elevata qualità diagnostica e terapeutica
 - Omogeneo
 - Organizzato
 - Verificabile
 - Migliorabile (CQI)
- **Avviare** un confronto stabile tra professionisti (medici, infermieri,...) all'interno del programma di screening

COSA E' IL RETRAINING?



- **FORMAZIONE** è il processo complesso di **trasferimento** “ex novo” di contenuti e metodi per fare acquisire alle persone adeguati livelli di conoscenza, di abilità, di competenza

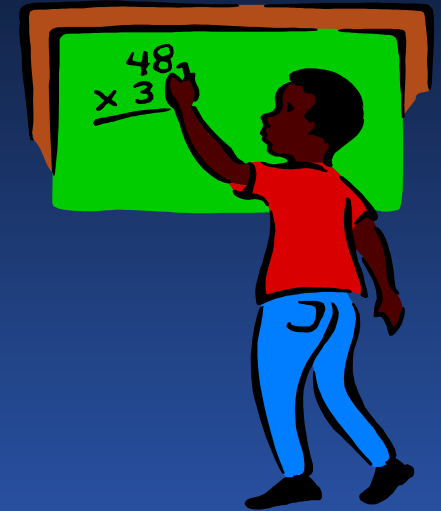


- **RETRAINING** non è un ri-apprendimento, ma piuttosto una **revisione condivisa tra pari** della competenza verso una metodica/programma alla luce dei progressi metodologici e tecnologici disponibili e dell'analisi dei dati raccolti

QUALI POSSIBILI CRITICITA' NEL RETRAINING DEI GASTROENTEROLOGHI?

Trainees

- Diversi background professionali
- “Adulti” già “formati”
 - minore flessibilità
 - decidono da soli cosa è importante conoscere
 - vagliano le informazioni sulle loro esperienze e opinioni
 - vogliono avvertire rispetto della propria autonomia da parte del docente



QUALI POSSIBILI CRITICITA' NEL RETRAINING DEI GASTROENTEROLOGHI?

Trainers

- Autorevoli
- Esperti
- Motivati
- Capaci di insegnare (e comunicare) cosa e come fare



QUALI POSSIBILI CRITICITA' NEL RETRAINING DEI GASTROENTEROLOGHI?

L'Istituzione



- Chi la gestisce/organizza? (CPO o/e Società scientifiche?)
- Aspetti medico legali?
- Come farla?
- Dove farla?
- Adeguati finanziamenti per l'attuazione del retraining

Progetto Nazionale “Train the Trainers”

“2007”!!!

Programma:

- formazione di operatori (*“Train the Trainers”*) individuati dai Centri riferimento oncologici regionali che dovrebbero coordinare su indicazione dei Centri di riferimento stessi **incontri regionali** rivolti agli operatori coinvolti nel programma di screening (*“disseminazione a cascata del retraining”*)
- formazione (teorica e pratica) **tra pari** con l’obiettivo di mettere in comune esperienze, condividere strategie terapeutiche, approccio metodologico, terminologia e programmi di audit clinico
- supervisore/tutor: C. Williams



Dr Pietro Occhipinti

(poccip@tin.it)

23rd September 2007

Dear Pietro,

Corso 'Train the Trainers' - Roma 17-18 September

It was a pleasure to meet you at the Gemelli Trainers Course and I hope that you will have good memories of it.

My contribution may not have been spectacular, since I have always concentrated on the descriptive and mechanistic aspects of colonoscopy, rather than 'hands-on' training - which was the focus of the Course. From this point of view, I hope that our Colonoscopy Simulator will soon start to make a useful impact and that it (and the ScopeGuide 3-D imager) will become available for Regional training purposes.

I was impressed by the excellent spirit of the group as a whole. Individual comments also made it clear that Cancer Screening initiatives give a great opportunity to make colonoscopy training easier and to raise standards generally. I'll report back to the Colonoscopy Teaching experts at St Mark's Hospital so that, between the UK and Italy, subsequently throughout Europe, we cooperate to provide new teaching materials and improve training methods.

I also enjoyed seeing your good approach to patients and your, calm and skilled but essentially 'two-man', colonoscopy technique in action. You will realise, from my formal presentation and my comments at the time, that I recommend trying to use single-handed technique more (and also trying to teach it to others). You are clearly extremely competent in handling the instrument as you do, but two-man technique allows no 'feel' or the twisting or torquing movements that add subtlety and extra efficiency to colonoscopy. Reaching both angulation controls with the left hand is possible, though it takes practice! Perhaps you could practise it during the withdrawal / examination phase? I'm convinced that you need to include some demonstration of this approach into your teaching - even if you don't always use it yourself.

With all best personal wishes,

Christopher Williams

(christopherbwilliams@btinternet.com)

Wolfson Unit for Endoscopy
Incorporating the Leigh Academic Centre

St Mark's Hospital, Watford Road, Harrow, Middlesex HA1 3UJ
Telephone: 020 8235 4225, Facsimile: 020 8423 3588
Email: wolfson.endoscopy@ic.ac.uk

www.wolfsonendoscopy.org.uk



ESPERIENZE IN ITALIA (Lombardia 2008)



STRUTTURA DEL PERCORSO

- la prima giornata costituita dal **Workshop** "Qualità del secondo livello diagnostico nei programmi di screening del CCR", rivolto ai responsabili ASL ed ai responsabili degli endoscopisti digestivi direttamente coinvolti nei programmi di screening lombardi;
- la seconda giornata, **in sala endoscopica** presso i Centri di endoscopia individuati prevedeva **un'attività pratica** volta ad approfondire "La qualità tecnica dell'endoscopia di screening". Tale attività **dà seguito all'iniziativa "Train the Trainers"** precedentemente promossa in autunno dall'Osservatorio Nazionale Screening.



ESPERIENZE IN ITALIA (Emilia-Romagna 2009)

Il corso regionale propone un aggiornamento sulla situazione del Programma di screening del cancro coloretale in Emilia-Romagna e di formare almeno un medico e un infermiere per ogni Centro erogatore di screening dell'Emilia-Romagna, al fine di perseguire la migliore qualità possibile in tutti **gli aspetti gestionali, organizzativi, tecnici, scientifici e professionali** legati alla campagna di prevenzione.

Il corso è articolato su **3 identici incontri** teorico-pratici che si svolgeranno in diverse sedi (Ravenna, Bologna, Reggio Emilia)

Possono partecipare fino ad un massimo di **10 medici e 10 infermieri** per sede, cercando di assicurare la presenza di almeno un medico e un infermiere per ogni Centro che esegue screening.

Regione Veneto



- Costituzione Gruppo Endoscopisti dello screening CCR (22.11.2005)
- Corso per endoscopisti dello screening del cancro coloretale
 - S. Bonifacio (VR) Sett. 2006
 - Montecchio Precalcino (VI) Ott. 2006
- ARSS
 - Accreditamento Regionale Programma di Screening (2007)
- Train the trainers Roma – Campobasso sett. 2007
- Visite nelle Unità di Endoscopia – 2008/2009
- Evento multimediale 16 settembre 2009
(gruppo endoscopisti-chirurghi-anatomo patologi)
- Retraining sulla colonscopia di screening
Verona 21/01/2010 - Padova 22/01/2010

PROGRAMMA

MATTINO

- 8,30 Registrazione dei partecipanti
- 8,45 Apertura del Corso
- I^a sessione**
Moderatori
Franca De Lazzari, Andrea Ederle
- 9,00 L'epidemiologia del cancro coloretale
Manuel Zorzi
- 9,30 Introduzione allo screening e realtà nazionale e regionale
Marcello Vettorazzi
- 10,00 Discussione
- 10,30 Coffee break
- 10,50 La rettosigmoidoscopia di screening
Alberto Fantin, Luca Benazzato
- 11,20 La colonscopia
Michele De Boni
- 11,50 I requisiti ambientali
Aurelio Schiavinato
- 12,10 La preparazione
Cristina Brizzante
- 12,30 Discussione generale
- 13,00 Lunch

POMERIGGIO

- II^a sessione**
Moderatori
Salvatore Adamo, Paola Franchini
- 14,00 La sedazione
Bastianello Germanò
- 14,20 Il paziente a rischio
Fabio Monica
- 14,40 La polipectomia
Maurizio Azzurro, Daniele Di Piramo
- 15,10 Discussione
- 15,40 Coffee break
- 16,00 Anatomia patologica
Anna Turchetti
- 16,30 La sorveglianza
Favato Maria
- 16,50 Discussione e proposte di iniziative comuni
*Enrico Bottona,
Gaetano Mastropaolo,
Alfredo Saggiaro*
- 18,00 Compilazione questionari

Retraining

2008-2009

Visite nelle Unità di Endoscopia

- Valutazione dell'organizzazione
- Dimostrazione del livello di competenza e abilità
- Rilevamento delle criticità
- Omogeneizzazione delle procedure
- Miglioramento della qualità

Gruppo Endoscopisti Screening CCR
Registro Tumori del Veneto

Centri per la Colonscopia di Screening

Scheda di Valutazione

Centro # _____ (_____)

Handling : **Medico** (one hand) ☐ **Infermiere** (two hands) ☐
Aspetto Valutazione

Note

Organizzazione

Le colonscopie vengono effettuate in sessioni dedicate , in posti riservati o nella normale routine		% in posti riservati; % in sessioni riservate
Tempo destinato in programmazione a ciascuna colonscopia		da 30 a 60 minuti
Le colonscopie vengono effettuate in un unico centro o in più centri		Nel 60% in un unico centro; nel 40 % in 2 centri
N° di colonscopie per centro e n° per operatore dello screening		Adeguati

Valutazione del Paziente, Consenso Informato, Comunicazione

Valutaz. Pz: (Anamnesi, Farmaci, Allergie, ecc.).		Buono- eccellente
Consenso Informato		Buono- eccellente
Interfaccia Staff / Paziente		Buono- eccellente
Sedazione: sempre- solo su richiesta- mai		Sempre
Sedazione farmaci: P-M; M; altro		M - MP - Propofol
Monitoraggio		Nel 90% dei centri
Presenza dell'anestesista		In 1 centro
Presenza sala risveglio		Nell'80 % dei centri
Sono richiesti esami preliminari prima della CS		Mai

Capacita' Tecnica e Diagnostica durante l'Esame

Inizio: .

Abilità nel Controllo dell'Endoscopio (impugnatura e direzionalità sotto visione)		
Qualità del referto: regione raggiunta, qualità della pulizia, registrazione complicanze, % raggiungimento cieco		
Raggiungimento del Cieco [min]		Inizio: .
Esplorazione in Uscita [min]		
Adeguatezza visualizzazione mucosa		

Abilita' Terapeutica (Polipectomia)

Tecnica di Polipectomia		
Recupero dei Polipi		
Miscellanea		
Esiste un protocollo di f-u per adenomi o cancro		100 %
Sono previste riunioni periodiche multidisciplinari per discussione casi clinici		100 % (bimestrale-annuale)
Il personale dedicato allo screening ha svolto attività formativa specifica		100 %

✓✓✓eccellente, 3:✓✓buono, 2:✓ discreto, 1: ✗ scarso, (N/A = not applicable)

Valutazione Complessiva:

4: Esperto - 3: Competente (non errori) - 2: Necessita di alcuni miglioramenti - 1: Standards non raggiunti

Commenti e Suggerimenti:

POSSIBILI MODELLI ORGANIZZATIVI

- Lezioni teoriche frontali? → non bastano
- Trainers a casa dell'operatore in retraining (trainee)
- Gruppi di operatori in retraining (trainees) a casa dei trainers

QUALI ARGOMENTI DI RETRAINING : ASPETTI ORGANIZZATIVI

- Definizione requisiti strutturali
- Gestione liste all'interno servizio
- Gestione paziente (Consenso, anamnesi, preparazione, sedazione, antibiotico profilassi, terapia antitrombotica)
- Refertazione (tempi uscita, adeguata preparazione, documentazione fotografica, esatta specificazione tecnica/risultato della resezione)
- Follow up
- Indicazione alla chirurgia polipo cancerizzato
- Valutazione risultati (raccolta dati, monitoraggio indicatori, comunicazione, Audit)

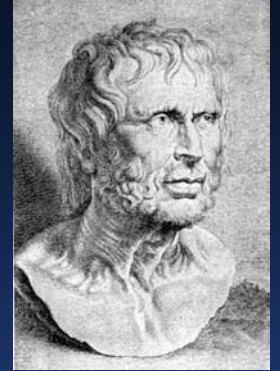
QUALI ARGOMENTI DI RETRAINING ASPETTI PRATICI

- Tecnica esame diagnostico: (1 o 2 mani, riconoscimento e correzione loop, aspirazione, visione mucosa, **caratterizzazione lesioni**, raggiungimento ceco, tempi uscita)
- Tecnica resezione: (lesioni “difficili”, migliore tecnica di resezione, scelta dispositivi, scelta corrente taglio, recupero polipi)
- Tecniche gestione complicanze
- Reprocessing

2011: PRIMI RISULTATI DEL RETRAINING IN PIEMONTE?

Workshop 2011





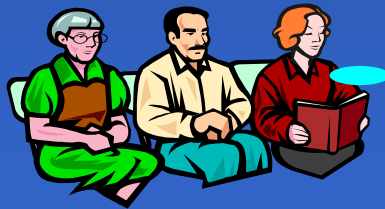
*“Lunga è la via dell’insegnare per mezzo della teoria,
breve ed efficace per mezzo dell’esempio”*

Seneca



*Aspettativa di diagnosi precoce
e di riduzione
della mortalità per
k colon*

- Efficace
- Accettabile
- Bassi rischi
- Organizzato

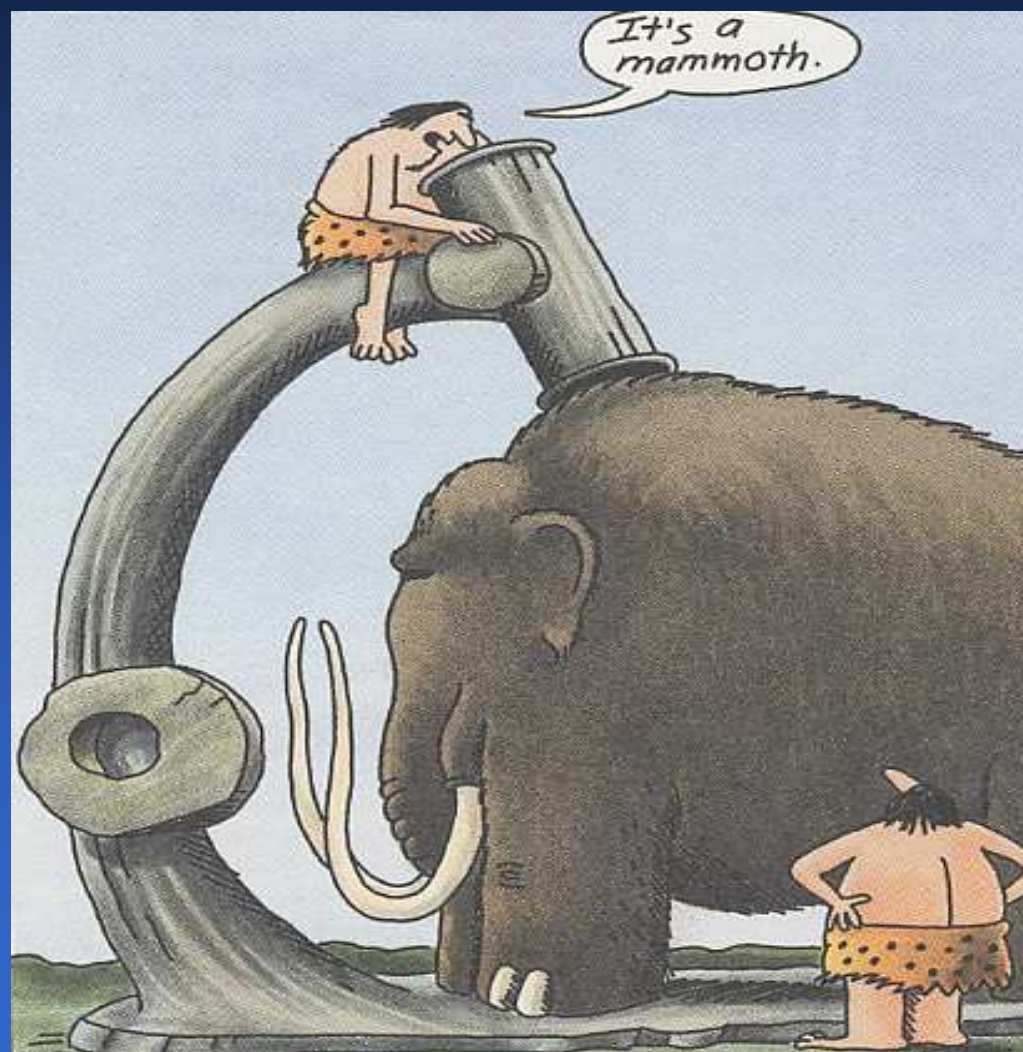


QUALI SPIEGAZIONI A TALI CRITICITA'?

- **Performance sub-ottimale su:**
 - raggiungimento ceco
 - tempo di uscita
 - valutazione mucosa colon
 - caratterizzazione delle lesioni
 - tecniche operative (resezione incompleta)
- **Aggiornamento culturale**

PROGRESSI TECNOLOGICI

- Migliore detection rate?



identificazione



Rex DK, et al.
Adler A, et al.
Kaltenbach T, et al.
Adler A, et al.
Hüneburg R, et al.
Paggi S, et al.



Gastroenterology. 2007
Gut. 2008
Gut. 2008
Gastroenterology. 2009
Endoscopy. 2009
Clin Gastroenterol Hepatol. 2009

identificazione



East JE, et al.
Rastogi, et al.
Inoue, et al.
Uraoka T, et al
Saito Y, Yamano HO.



Gut. 2008
Gastrointest. Endosc. 2008
J. Gastroenterol. 2008
J. Gastroenterol. Hepatol. 2008
Dig Endosc. 2010

