



All'incontro del gruppo di studio sui **TUMORI del COLON-RETTO** tenutosi in data **08 giugno 2016** erano presenti i professionisti rappresentanti le seguenti Aziende:

A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino

A.O. SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo Alessandria

A.O. S. Croce e Carle Cuneo

A.O. Mauriziano

ASL Asti

ASL Alessandria

ASL Biella

ASL CN 1

ASL CN 2

ASL Novara

ASL TO 1

ASL TO 2

ASL TO 3

ASL TO 4

ASL TO 5

ASL VCO

AUSL Valle d'Aosta

IRCCS Candiolo

Ospedale Cottolengo

Ospedale Gradenigo

Si procede secondo ordine del giorno:

## **1. PRESENTAZIONE DATI PROGETTO DMO**

Il Dr. Bertetto comunica che, da precedente accordo con le Direzioni Aziendali, l'invio ai referenti GIC dei risultati "in chiaro" relativi ai singoli centri (emersi dall'analisi dei dati del progetto DMO) dovrà essere contestuale all'invio alle corrispondenti Direzioni.



Si ritiene pertanto indicato discutere relativamente ai dati generali e cercare di proporre eventuali correttivi (es. Audit locali? Corsi residenziali?), indipendentemente dai risultati del singolo centro, in considerazione dei bias di raccolta dati sicuramente occorsi.

Fondamentale identificare i criteri realmente interessanti per migliorare la qualità del percorso del carcinoma coloretale: esistono dati che sono di maggiore interesse per gli operatori e altri per gli amministratori (valutazione efficienza-efficacia).

Il gruppo propone di attivare Audit locali e successivamente Audit centralizzati sulla base dei dati locali al fine di ottimizzare i percorsi.

Il Dr Bertetto ricorda che tutte le Aziende si sono impegnate a far pervenire entro il 30/06/2016 il piano di comunicazione adottato nei confronti dei pazienti, dei medici di famiglia ecc. Meno del 20% dei pazienti e degli operatori sa come accedere correttamente al CAS.

L'analisi DMO è stata effettuata nel 2015 sulla base dei dati 2011-2014.

#### **Diapositiva 14 e successive: interventi urgenti**

Possibili variabili:

- presenza/assenza di PS
- case di cura convenzionate molto attive nelle zone limitrofe (pazienti fit e in elezione in casa di cura, pazienti in condizioni generali scaduti in urgenza accedono a strutture ospedaliere)
- fattori culturali legati al bacino d'utenza

Il gruppo propone di inserire questi possibili bias in calce ai documenti che verranno inviati alle Direzioni, come commento necessario per guidare la lettura dei dati stessi dal punto di vista clinico e non solo amministrativo.

#### **Diapositiva 16: pazienti presi in carico dal CAS**

Nel 2014:



42% non metastatici

49% metastatici

Non c'è un trend in incremento. Range 3 -->78%. Non differenza tra colon e retto.

Possibile Bias: codifica della SDA. E' possibile che i pazienti vengano presi in carico ma le prestazioni non correttamente codificate? Non presa in carico?

Possibile correttivo: Migliorare la codifica. 89,05

### **Diapositiva 21: pazienti presi in carico dal GIC**

Trend in incremento am bassa percentuale Range 23-->30 % (miglior risultato nel 2014!). Non differenza tra colon e retto.

Ipotesi: togliere visita GIC nel percorso del colon se non serve come snodo decisionale. Questo dato però risulta essere in conflitto con i PDTA.

### **Diapositiva 26: RMN nella stadiazione del retto**

Forse la bassa percentuale è legata al fatto che l'esame è effettuato in regime di prericovero.

### **Diapositiva 27: TC nella stadiazione del retto**

Trend in incremento (33%) ma sotto al target della letteratura (>90%)

Forse la bassa percentuale è legata al fatto che l'esame è effettuato in regime di prericovero.

Possibili correttivi: controllo random delle cartelle.

Non esiste differenza tra colon e retto.

Il gruppo propone di valutare il 2015 per vedere se vi siano stati miglioramenti ed effettuare approfondimento su 2014.

### **Diapositiva 35: interventi in laparoscopia**

Range per azienda va dal 10 al 90 %. Le laparoscopie convertite vanno dal 3 al 14%. Questo dato appare poco realistico e piuttosto basso.

Possibile Bias: codifica della conversione. Alcuni centri non codificano la laparoscopia come convertita in laparotomia ma inseriscono direttamente l'intervento come laparotomia.

Questo dato secondo il gruppo di studio non può essere ritenuto un obiettivo ma è un dato molto locale.

#### **Diapositiva 45-47: degenza media operatoria per Azienda**

Range da 8,5 a 18,7 giorni. Media 14,1 Tutte le aziende rimangono sotto il target.

Per gli interventi programmati la media è stata di 11,5 gg ( target di letteratura 12 gg): range 7,3-->14,3.

Per gli interventi urgenti la media è stata di 20,5 gg: range 12,7-->29,4.

Anche se esiste molta disparità tutte le aziende risultano essere sotto i 12 gg.

Bias identificato: sul dato medio conta la % di laparoscopia e laparotomia.

Il gruppo propone come correttivo un Audit locale essendo possibile un margine di miglioramento intervenendo sulle giornate di degenza preoperatorie.

Viene proposto altresì di mettere in chiaro i centri virtuosi (1 o 2, non tenendo conto solamente dei centri monospecialistici ma anche delle ASL) per valutare proposta di modello da esportare alle altre realtà.

#### **Diapositiva 58: reinterventi a 30 gg**

Un solo centro a 19% mentre tutti gli altri centri si attestano al di sotto del 6%.

Proposta del gruppo: ragionare con la singola Azienda (non in pubblico), Audit locale, in modo non istituzionale prima di discutere i dati con la relativa Direzione Sanitaria, per comprendere le motivazioni di questo dato così discordante.

#### **Diapositiva 66: CT Adjuvante**

Distribuzione e tempi in linea con la realtà clinica.

#### **Diapositiva 73: Riabilitazione Ambulatoriale**

Percentuale di accesso molto bassa .



Bias: per come sono codificati gli accessi, nell'analisi non rientrano gli ambulatori stomizzati ma solo centri fisiochinesioterapici e simili. In molti centri il centro stomizzati non viene segnalato. Nei centri che lo segnalano, spesso il dato non risulta dalle cartelle.

Proposta del Gruppo: recuperare i dati a partire dagli ambulatori stomizzati.

Proposta per il futuro: migliorare le codifiche correnti.

Necessario che da ogni gruppo di lavoro venga redatto un documento di consenso da mostrare localmente nell'ambito di ciascun GIC.

## **2. Presentazione dei dati relativi alla survey tumore del retto da parte del Dr. Massucco**

Per limiti di tempo si posticipa alla prossima riunione la presentazione di tali dati.

Alle ore 18,00 si conclude la riunione.

Sarà cura della segreteria alcuni giorni prima del prossimo incontro, previsto in data **21 settembre 2016**, inviare una comunicazione con conferma del luogo e dell'OdG.