

ALLEGATO 2: REQUISITI INTRA-PROCEDURALI DELLA COLONSCOPIA

Grado di raccomandazione	Evidenza del beneficio	Forza metodologica/Evidenza scientifica a supporto	Implicazioni
1A	Chiara	Trial randomizzati senza importanti limitazioni	Forte raccomandazione; può essere applicata alla maggior parte delle situazioni cliniche
1B	Chiara	Trial randomizzati con importanti limitazioni	Forte raccomandazione; probabilmente può essere applicata alla maggior parte delle situazioni cliniche
1C+	Chiara	Chiara evidenza derivata da studi osservazionali	Forte raccomandazione; può essere applicata alla maggior parte delle situazioni cliniche nella maggior parte delle situazioni
1C	Chiara	Studi osservazionali	Raccomandazione di grado intermedio; potrebbe cambiare qualora un'evidenza maggiore dovesse rendersi disponibile

Grado di raccomandazione	Evidenza del beneficio	Forza metodologica/Evidenza scientifica a supporto	Implicazioni
2A	Dubbia	Trial randomizzati senza importanti limitazioni metodologiche	Raccomandazione di grado intermedio; la migliore opzione può essere variabile in dipendenza dalle circostanze o dal paziente o dal contesto
2B	Dubbia	Trial randomizzati con importanti limitazioni (risultati non consistenti, bias metodologici)	Raccomandazione di grado debole; approcci alternativi potrebbero essere migliori, in alcune circostanze
2C	Dubbia	Studi osservazionali	Raccomandazione di grado molto debole; approcci alternativi sono probabilmente meglio, in alcune circostanze
3	Dubbia	Opinione di esperti	Raccomandazione debole; probabilmente cambierà non appena saranno disponibili dati ulteriori

Bibliografia:

Guyatt G, Rennie D. Users' guide to the medical literature. Chicago: AMA Press; 2002: 599-608.

REQUISITO N. 1

	SI	NO	Note
Viene segnalato nel referto il grado di pulizia del paziente?			

Bibliografia:

Armstrong D. et al. Can. J. Gastroenterol. 2012; 26(1): 17-31;
 Aronchick C.A. Gastrointest. Endosc. 2004; 60: 1037-1038;
 Johnson D.A. et al. Gastroenterology 2014; 147:903-24;
 Lai E.J. Gastrointest. Endosc. 2009; 69: 620-25;
 Rostom A. Gastrointest. Endosc. 2004; 59: 482-6 ;
 Rex D.K. et al. Am. J. Gastroenterol. 2002;97:1696-700;
 Rex D.K. et al. Gastrointest. Endosc. 2015; 81: 31-53;

Grado di raccomandazione: 3

Rilevanza clinica SIED: Forte

Indicatore: Pulizia pazienti sottoposti a colonscopia

Numeratore	Numero di colonscopie in cui viene riportato il grado di pulizia del paziente
Denominatore	Numero X colonscopie consecutive eseguite
Fonte dati Numeratore	Referti endoscopici
Fonte dati Denominatore	Archivio
Performance %	> 98%

REQUISITO N. 2

	SI	NO	Note
La preparazione risulta eccellente o adeguata in almeno l'85% delle colonscopie?			

Bibliografia:

Johnson D.A. et al. Gastroenterology 2014; 147:903-24;
 NHS BCSP Publication n.6 February 2011;
 Rex D.K. et al. Gastrointest. Endosc. 2015; 81: 31-53;
 Segnan N., Patnick J. & Von Karsa L. (eds.) (2010) Luxembourg: Publications Office of the European Union. ISBN 978-92-79-16435-4;

Grado di raccomandazione: 2C

Rilevanza clinica SIED: Forte

Indicatore: Grado di pulizia dei pazienti sottoposti a colonscopia

Numeratore	Numero di colonscopie in cui il grado di pulizia risulta adeguato o eccellente
Denominatore	Numero X colonscopie consecutive di screening in cui viene riportato il grado di pulizia
Fonte dati Numeratore	Referti endoscopici
Fonte dati Denominatore	Archivio
Performance %	>85%

REQUISITO N. 3

	SI	NO	Note
Il raggiungimento del cieco avviene in almeno il 90% dei casi nella colonscopia diagnostica e in almeno il 95% nella colonscopia di screening (salvo pazienti con neoplasie stenose)?			

Bibliografia:

Schoenfeld P. N. Engl. J. Med. 2005; 352: 2061- 68;
 Levin B. Gastroenterology 2008; 134: 1570-1595;
 Rabenek L. Can. J. Gastroenterol. 2007; 25: 5D- 24D;
 Rembacken B. ESGE Guidelines 2012; 44: 957-968;
 Rex D.K. et al. Gastrointest. Endosc. 2015; 81: 31-53;

Grado di raccomandazione: 1C

Rilevanza clinica SIED: Forte

Indicatore: Completezza della colonscopia

Numeratore	Numero di colonscopie in cui è stato raggiunto il cieco (pazienti sintomatici o screening)
Denominatore	Numero X colonscopie consecutive pazienti sintomatici o soggetti inclusi in programma di screening
Fonte dati Numeratore	Referti endoscopici (pazienti sintomatici) Archivio pazienti screening
Fonte dati Denominatore	Archivio pazienti sintomatici Archivio screening
Performance %	>90% pazienti sintomatici >95% pazienti screening

REQUISITO N. 4

	SI	NO	Note
E' disponibile documentazione fotografica?			

Bibliografia:

Ball J.E. BMJ 2004; 329: 665-7;
 Faigel D.O. Gastrointest. Endosc. 2006; 63: S3-9;
 Rabeneck L. Can. J. Gastroenterol. 2007; 21 (suppl D): 5D-24D;
 Rex D.K. et al. Gastrointest. Endosc. 2015; 81: 31-53;
 Valori R. JAG: Joint Advisory Group on GI endoscopy 2007; 1-13;

Grado di raccomandazione: 1C

Rilevanza clinica SIED: Forte

Indicatore: Completezza Colonscopia (documentazione fotografica)

Numeratore	Numero di colonscopie con documentazione fotografica
Denominatore	Numero X di colonscopie in cui è stato raggiunto il cieco (pazienti sintomatici o screening)
Fonte dati Numeratore	Referto endoscopico o archivio fotografico (pazienti sintomatici o screening)
Fonte dati Denominatore	Referto endoscopico (pazienti sintomatici o screening)
Performance %	>98%

REQUISITO N. 5

	SI	NO	Note
<p>La Direzione del Centro di Endoscopia Digestiva calcola e valuta periodicamente “l’Adenoma Detection Rate” (ADR)?</p> <p>In caso affermativo, nella popolazione con età maggiore di 50 anni, asintomatica, viene rinvenuto in media un numero di adenomi (ADR) > 25% (M/F)?</p> <p>In caso di ADR < 25% è stato attivato il “retraining” dell’operatore coinvolto?</p> <p>Nel caso in cui non venga ancora calcolato l’ADR si valuta almeno periodicamente il “Polyp Detection Rate” (PDR)?</p>			

Bibliografia:

- Corley D.A. et al. Gastroenterology 2013; 144: S2-S3;
 Corley D.A. NEJM 2014; 370 (14): 1298-1306;
 Fayad N.F. Clin Gastroenterol Hepatol. 2013 Oct 2. pii: S1542-3565(13)01465-1
 Kahi C.J. Gastrointest. Endosc. 2013; 77: 925 - 931 ;
 Kaminski M.F. et al. N. Engl. J. Med. 2010; 362: 1795-1803;
 Rembacken B. ESGE Guidelines 2012; 44: 957-68;

Grado di raccomandazione: 1C

Rilevanza clinica SIED: Forte

Indicatore: Prevalenza di adenomi nella popolazione esaminata

Numeratore	Numero di colonscopie di screening con almeno un adenoma
Denominatore	Numero X di colonscopie di screening complete
Fonte dati Numeratore	Referto endoscopico Referto istologico
Fonte dati Denominatore	Archivio pazienti screening
Performance %	> 25% uomini e donne

REQUISITO N. 6

	SI	NO	Note
Vengono eseguiti prelievi biop- tici “random” in pazienti con diarrea cronica?			

Bibliografia:

Fine K.D. Schiller L.R. Gastroenterology 1999;116:1464-1486;
Rex D.K. et al. Gastrointest. Endosc. 2015; 81: 31-53;

Grado di raccomandazione: 2C

Rilevanza clinica SIED: Molto debole

Indicatore: Biopsia nelle colonscopie eseguite in caso di diarrea cronica

Numeratore	Numero di colonscopie eseguite per diarrea cronica in cui sono stati eseguiti prelievi
Denominatore	Numero X di colonscopie eseguite in pazienti con diarrea cronica
Fonte dati Numeratore	Referto endoscopico Archivio esami istologici
Fonte dati Denominatore	Referto endoscopico (indicazione alla colonscopia)
Performance %	>98%

REQUISITO N. 7

	SI	NO	Note
Vengono monitorati costantemente i parametri vitali del paziente durante la sedazione?			

Bibliografia:

ASGE: Quality assurance endoscopy Committee 2014; 79 (3): 363-72;
 ASGE: Sedation and anesthesia in GI endoscopy. Gastrointest.Endosc. 2008; 68: 815-26;
 Rizk MK, et al Gastrointest Endosc. 2015 Jan;81(1):3-16;
 Vargo J.J. et al. Gastrointest. Endosc. 2012; 76: 21-5;

Grado di raccomandazione: 3

Rilevanza clinica SIED: Forte

Indicatore: Annotazione dei parametri vitali

Numeratore	Numero cartelle infermieristiche in cui vengono annotati i parametri pre, intra e post-procedura
Denominatore	Numero X cartelle allegate a gastroscopie consecutive eseguite
Fonte dati Numeratore	Cartella Infermieristica
Fonte dati Denominatore	Archivio
Performance %	>98%

REQUISITO N. 8

	SI	NO	Note
Viene documentata la somministrazione di farmaci (in particolare la somministrazione di sedativi o eventuali antagonisti)?			

Bibliografia:

Armstrong D. et al. Can. J. Gastroentrol. 2012; 26 (1):17-31;

ASGE Sedation and anesthesia in GI endoscopy. Gastrointest. Endosc. 2008; 68 (5): 815-26;

Rizk MK, et al Gastrointest Endosc. 2015 Jan;81(1):3-16;

Grado di raccomandazione: 3

Rilevanza clinica SIED: Forte

Indicatore: Referto endoscopico

Numeratore	Numero di referti in cui vengono annotati i farmaci
Denominatore	Numero X referti
Fonte dati Numeratore	Referti endoscopici
Fonte dati Denominatore	Archivio
Performance %	>98%

REQUISITO N. 9

	SI	NO	Note
Esegui biopsie secondo protocollo (4 quadranti o cromoendoscopia) nella colonscopia di sorveglianza in pazienti con MICI?			

Bibliografia:

Annese V. et al. J. Crohn's Colitis. 2013; 15: 7(12):982-1018;
 Rex D.K. et al. Gastrointest. Endosc. 2015; 81: 31-53;

Grado di raccomandazione: 1C

Rilevanza clinica SIED: Intermedia

Indicatore: Sorveglianza nelle MICI

Numeratore	Numero di pazienti con MICI che eseguono colonscopia di sorveglianza in cui si eseguono biopsie
Denominatore	Numero X di pazienti con MICI che eseguono colonscopia di sorveglianza
Fonte dati Numeratore	Referto endoscopico Archivio esami istologico
Fonte dati Denominatore	Referto endoscopico o Archivio
Performance %	>98%

REQUISITO N. 10

	SI	NO	Note
Vengono asportati routinariamente al momento della procedura polipi <2cm?			

Bibliografia:

Rembacken B. et al. ESGE Endoscopy 2012; 44: 957-968

Grado di raccomandazione: 3

Rilevanza clinica SIED: Molto Forte

Indicatore: Polipectomie eseguite

Numeratore	Numero polipectomie eseguite (lesioni <2 cm)
Denominatore	Numero X di colonscopie con lesioni <2 cm
Fonte dati Numeratore	Referto endoscopico
Fonte dati Denominatore	Referto endoscopico
Performance %	>98% N.B. in caso di NON resezione endoscopica andranno descritte motivazioni (es. posizione difficoltosa; no "Lifting sign" - foto, operatore non confortevole con la procedura)

REQUISITO N. 11

	SI	NO	Note
Si esegue il tatuaggio endoscopico in caso di polipi superiori a 1 cm o comunque di sospetta lesione cancerizzata?			

Bibliografia:

Conaghan P.J. Colorectal Dis. 2011; 13(10): 1184-187;
 Dragonov P.V. World J. Gastroenterol. 2010; 16(29): 3630-637;
 Rembacken B. et al. Endoscopy 2012; 44: 957-68;
 Zafar A. Surg. Endosc. 2012; 26(11): 3264-266;

Grado di raccomandazione: 1C

Rilevanza clinica SIED: Intermedia

Indicatore: Tatuaggio endoscopico in caso di polipi sospetti

Numeratore	Numero polipi sospetti tatuati
Denominatore	Numero X di polipi sospetti
Fonte dati Numeratore	Referto endoscopico (archivio fotografico)
Fonte dati Denominatore	Referto endoscopico Referto istologico
Performance %	>98%

REQUISITO N. 12

	SI	NO	Note
Viene eseguito il recupero delle lesioni asportate in almeno il 90% dei casi?			

Bibliografia:

Rembacken B. et al. Endoscopy 2012; 44: 957-968;
 Valori R. BSG Quality and Safety Indicators for Endoscopy 2007;

Grado di raccomandazione: 1C

Rilevanza clinica SIED: Molto Forte

Indicatore: percentuale di recupero polipi

Numeratore	Numero di polipi recuperati
Denominatore	Numero di polipi asportati
Fonte dati Numeratore	Referto endoscopico
Fonte dati Denominatore	Referto endoscopico
Performance %	>90%

REQUISITO N. 13

	SI	NO	Note
Sono adeguati gli intervalli di sorveglianza post-polipectomia?			

Bibliografia:

Hassan C. ESGE Guidelines Endoscopy 2013; 45: 842-51;
 Lieberman D.A. USMSTF Gastroenterology 2012; 143: 844-57;
 Lieberman D.A. Gastroenterology 2014; 146: 306-06;

Grado di raccomandazione: 1A

Rilevanza clinica SIED: Forte

Performance: adeguatezza in almeno il 90%

REQUISITO N.14

	SI	NO	Note
Il sanguinamento post-polipectomia è trattato endoscopicamente?			

Bibliografia:

ASGE Guidelines 2011; 74: 745-52;
 Carpenter S. GIE 2007; 65: 741-49;
 Conway J.D. GIE 2009; 69: 987-96;

Grado di raccomandazione: 1C

Rilevanza clinica SIED: Intermedia

Performance (%): Trattamento endoscopico in almeno il 90% dei casi

REQUISITI INTRA-PROCEDURALI IN CASI DI SANGUINAMENTO DIGESTIVO INFERIORE

1	SI	NO	Note
Viene eseguita una endoscopia inferiore entro 24 h. dal ricovero, nei pazienti con grave ematochezia dopo rapida preparazione intestinale?			

Bibliografia:

Green B.T. Am. J. Gastroenterol. 2005; 100: 2395-402;

Grado di Raccomandazione: 2A

Rilevanza clinica SIED: Forte

Performance: > 98%

2	SI	NO	Note
L'Incidenza del sanguinamento post-polipectomia è < 1% (<10% se polipi > 2cm)?			

Grado di raccomandazione: 1C

Rilevanza clinica SIED: Forte