

VERBALE DELLA RIUNIONE delle ASSEMBLEE SIED E AIGO

tenutasi il 4/5/2009 c/o A.O.U. Udine

PRESENTI (AIGO e SIED):

Maieron, Macor, Marino, Berretti, Pevere, Bellomo, Benedetti Giorgio, Benedetto Elvio, Cappiello, Artico, Cannizzaro, Del Bianco, Brosolo, Comelli, Zilli, Pincirolì

- **RIUNIONE SUL G2 CLINICO: dalle ore 15,30 alle 19,30 (c/o SALA ANFITEATRO 4° piano pad. D'Ingresso Az. Osp.-Univ. UD) assieme al dr. Loris Zanier dell'Agencia Regionale alla Sanità, per parlare di problematiche inerenti lo screening per CRC e per verificare il nuovo programma G2 clinico (fatto da Pordenone).**
- Un problema sollevato è quello di proporre una **unica preparazione regionale** (modulata in base alle abitudini dell'alvo dei pazienti): ad esempio si potrebbe dare tutti il Moviprep (2 litri per i pazienti con alvo normale)(3 o 4 litri per i pazienti con stipsi) preceduto da 3 giorni di dieta senza scorie ed abbondante idratazione (negli stitici aggiungendo anche un purgante serale nei 3 giorni precedenti).
- **Quesito:** il paziente "sporco" chi lo gestisce? La segreteria del centro che fa screening lo richiama dandogli un nuovo appuntamento. Al riguardo il dr. Zanier ha detto che i centri dello screening sono direttamente responsabili per gli esiti della preparazione colica. Al riguardo i presenti fanno notare che il paziente che ha fatto più di un esame, può essere una volta pulito ed un'altra inspiegabilmente sporco (pur facendo lo stesso tipo di preparazione della volta precedente).
- **In G2 andrebbe inserita una scala di pulizia:** la più semplice sembra essere quella che utilizza lo score di Boston (che andrebbe inserito in G2)
- **Note per chi non era nel gruppo di lavoro dell'Agencia Regionale:** lo screening del CRC con il S.O.F. verrà fatto dai 45 anni ai 74 anni di età (solo

in chi ha accettato di entrare nei programmi di screening, come accade in altro versante per la mammella).

- **Dati (come “impressione”) in anteprima:** Tolmezzo, il centro che è partito prima iniziando il lavoro a novembre 2007), ha un’adesione allo screening di circa il 35% (pari a Toscana, Lazio e Piemonte); la positività in Carnia è stata del 7,2%; l’attesa media tra S.O.F. e screening colonscopico è attualmente di circa 2 mesi (tali tempi secondo Zanier devono essere ridotti di molto con il 2010).
- **Le risorse per lo screening:** fino al 2010 si adotterà il sistema delle “risorse aggiuntive” (con monetizzazione di infermieri, personale OSS, medici che lavorano al di fuori dell’orario di servizio). Dal 2010 il programma di screening entrerà nella piena fase operativa e a tale scopo non verrà più utilizzato il sistema delle risorse aggiuntive, ma è previsto che ci siano delle risorse medico-infermieristiche in più (temporaneamente assegnate ad un centro). Mediamente occorreranno in FVG circa 4-7 medici endoscopisti (la cui assegnazione verrà decisa dall’Agenzia Regionale alla Sanità).
- **Riunione del gruppo tecnico di lavoro a giugno 2009:** convocato dal dr. Zanier (dopo circa un anno) per discutere eventuali punti rimasti in sospeso o dubbi e programmare l’attività futura “a pieno regime”.
- **Definizione di positività dello screening:** la dr.sa Berretti Debora giustamente solleva il problema delle definizioni sull’esito dello screening nelle “caselle” informatiche del G2 clinico (e cioè positivo è il riscontro di un cancro o anche la presenza di polipi adenomatosi displastici ?). Anche Maieron si associa facendo notare che il mini-database presente in G2 è scarno ed incompleto (non c’è relazione alla familiarità ad. es.) e andrebbe migliorato. Es. il diametro dei polipi può essere molto importante: se il polipo viene resecato in toto ha la convalida di una misura sicura fatta dal Patologo, ma se il polipo viene asportato con tecnica “peace-meal” il dato che resta è solo la stima dell’endoscopista !

- **Destino dei pazienti con S.O.F. positivo con successiva colonscopia negativa:** faranno un nuovo S.O.F. dopo 5 anni.
- **Destino dei pazienti con S.O.F. negativo:** faranno un nuovo S.O.F. dopo 2 anni (e così di seguito, se hanno aderito al programma di screening regioanle).
- **Maieron chiede:** alcuni pazienti che ha incontrato, avevano 1 sangue positivo su 3 e poi è stato scoperto che avevano un cancro colo-rettale. Questi ultimi pertanto non potrebbero essere erroneamente esclusi dallo screening per due anni interi (con conseguenze deleterie per il singolo paziente) ?
- **Maieron chiede:** i pazienti con familiarità di K colo-rettale dove vanno inseriti ?
- **Maieron chiede:** i pazienti che hanno 1 sangue negativo all'età di 50 anni (che nello schema USA ottimale dovrebbero fare la colonscopia essendo all'inizio del periodo di "rischio medio per criterio età") che fine fanno ? Zanier risponde: dal 2010 se vogliono comunque farla se la pagano per intero ! In precedenza con la normativa targata "Veronesi" avrebbero avuto una colonscopia gratis all'età di 45 anni (ed in seguito ogni 5 anni solari)
- **Zanier comunica che:** verranno in futuro (come per la mammografia e il PAP test) forniti in G3 dei "testi predeterminati di descrizione dell'esame" al fine dello screening del CRC.
- **Creazione di una "Guida all'uso" scritta:** Berretti propone la creazione di una guida all'uso, con comportamenti da adottare nelle varie situazioni (da fornire ai medici che fanno lo screening).
- **La refertazione "esclusiva" (dei Patologi)** è destinata a sparire: verrà utilizzato **solo il G3** (prossimo sostituto del G2 clinico), nuovo applicativo per la Gastroenterologia (previsto a partire **dal 2010**). Viene auspicato in futuro un "link" automatico tra referto endoscopico, esito istologico e immagini endoscopiche o radiologiche (con un nuovo sistema regionale PACS, per ora sperimentato solo a Trieste in una versione "vecchia" del 2005). In tal caso va pensato come inserire al suo interno: a) certificazioni di esenzione (K, IBD,

- celiachia, ..), b) documentazione per il follow-up (autogenerata, con il controllo del medico refertatore), c)....
- **Infine (grazie alle risorse trovate dal dr. Zannier) è stato visualizzato on-line e proiettato in aula il sistema G2 di refertazione di Pordenone (molto più completo degli altri).** L'utilizzo di tale sistema (che ha un campo a parte per l'anamnesi remota e prossima, al di fuori del singolo evento clinico endoscopico su cui si crea invece un nuovo report) è un po' impegnativo. Il dr. Giorgi Benedetti ce l'ha mostrato in tutte le sue parti, confermando che all'inizio viene portato via un po' di tempo in più (a tale scopo ha ridotto lievemente il numero degli esami), ma in contro partita, si avranno a disposizione i dati clinici (diagnosi, procedure, complicanze) che ora mancano a noi endoscopisti (e naturalmente anche alla regione). Il dr. Bellomo chiede che si mettano tutti i campi di ricerca (e non campi liberi). Tale sistema può essere ulteriormente implementato e migliorato. Potremmo proporre un utilizzo in prova in uno-due altri centri regionali per verificare (con altri operatori) criteri di miglioramento o difficoltà d'uso.
 - **Per lo studio del monitoraggio delle complicanze della polipectomia:** non c'è stato il tempo per discutere (ad es. Brosolo ha detto che il referente per la sua zona sarà la dr.sa Michelizza). Ne ridiscuteremo la prossima riunione.

NUOVAMENTE SI RICORDA CHE IL PROSSIMO INCONTRO (per tutti i soci AIGO e SIED e chi desidera della SIGE) SI TERRA' a UDINE IL GIORNO 8/6/2009 ALLE 17.00 (sala Anfiteatro-padiglione di Ingresso) e successivo il 14/9/2009 (sempre nella stessa sede).

VERBALIZZANTI:

Debora Berretti/Marco Marino Segreteria SIED/AIGO FVG