

TAVOLO CHIRURGIA MINI-INVASIVA

Punto Insieme Sanità 19/06/2014

Advisory Board Nazionale: Francesco Basile, Piero Buccianti, Francesco Corcione, Feliciano Crovella, Annibale D'Annibale, Giorgio De Toma, Giuseppe Pozzi, Raffaele Pugliese

Relatore: Piero Buccianti

Obiettivo:

Monitorare

- Il corretto accesso alle cure da parte della popolazione anziana
- Il rispetto degli standard di qualità e sicurezza
- L'efficacia e l'efficienza del SSN e la corretta allocazione delle risorse, perché efficacia significa appropriatezza ed efficienza buon uso delle risorse economiche

Step di Progetto

- Revisione della letteratura clinica anche dal punto di vista economico ed organizzativo
- Appropriatezza di utilizzo
- Fotografia della situazione Italiana: distribuzione della tecnologia, modalità di utilizzo
- Costi per il sistema
- Individuazione di Centri di eccellenza per gruppi di patologie

PROPOSTE

Organizzazione del SSN

- Sviluppo di modelli organizzativi multidisciplinari dedicati alla terza età
- Corsia preferenziale per la terza età di programmazione ed erogazione di visita specialistica e diagnostica in funzione dell'abbattimento dei tempi d'attesa
- Attivazione di sistemi di recupero rapido e riabilitazione post-chirurgica (fast-track)
- Gestione della terapia del dolore secondo sistemi organizzativi e linee guida scientifiche nel peri-operatorio
- Collegamento tra ospedale e territorio attraverso l'utilizzo di tecnologie digitali atte a facilitare la gestione domiciliare del post-operatorio

- Incentivazione di partnership tra chirurgo e medico di medicina generale (unità multidisciplinari della medicina di gruppo)
- Riorganizzazione dei posti letto chirurgici attraverso la gestione e l'ottimizzazione delle risorse per livelli di assistenza
- Impiego performante della sala operatoria con tempo minimo 8.00 – 20.00
- Eliminare dalla sala operatoria i tempi non chirurgici mediante preparazione extra-sala dei pazienti, ottimizzazione dei tempi di ripristino sala
- Passaggio dal concetto aziendale attuale di unità operativa come struttura organizzativa dotata di risorse proprie a struttura basata su coordinamento professionale specialistico con impiego condiviso dei servizi, delle tecnologie e risorse
- Istituzione di Centri di eccellenza regionali per livello di patologia (4 livelli – di base, media, alta, altissima) parametrati in relazione alla popolazione regionale, con impiego di un organico ad alta specializzazione
- Centralizzazione degli investimenti nei Centri d'eccellenza per un'ottimizzazione della spesa ed un miglior *outcome* sul paziente
- Centro di eccellenza come centro di formazione
- Forte integrazione chirurgo – anestesista – internista nella gestione del paziente nel peri-operatorio
- Sviluppare percorsi dedicati per patologia con tecnologie specifiche
- Il Centro di eccellenza per patologie maggiori dovrà essere affiancato da un'organizzazione logistica per il paziente e la sua famiglia e un sito di convalescenza controllata contiguo al centro
- Verifica del DRG per interventi che utilizzano tecnologie, attraverso adeguamento del rimborso. In tal modo si otterrebbero i seguenti vantaggi:
 - 1 riconoscimento economico agli ospedali che investono in tecnologia
 - 2 incentivazione all'utilizzo della chirurgia mini invasiva
 - 3 incremento del numero dei pazienti trattati con chirurgia mini invasiva
- Favorire *fellowship* e sistema di tutoraggio per implementare la formazione del chirurgo in chirurgia mini-invasiva
- Si auspica una forte integrazione Ministero della Salute – Società Scientifiche per l'organizzazione di una rete formativa basata sulle *fellowship* e tutoraggio certificato
- Riorganizzazione dell'attività libero-professionale in strutture dedicate e finanziate con fondi privati.
- Impiego di strutture pubbliche esclusivamente per la gestione e cura del paziente afferente al SSN

Medical Device

- I presidi monouso monopaziente garantiscono alti livelli di sicurezza in termini efficienza, efficacia e sterilità a fronte di un ipotetico maggior costo
- Al costo dello strumento pluriuso si deve aggiungere il costo del re-processing e della manutenzione; al costo dello strumento monouso va aggiunto unicamente il costo dello smaltimento dello stesso
- Per la chirurgia mini-invasiva si auspica l'impiego di strumentazione poliuso/monouso "senza abuso". Esistono difficoltà nella gestione di alcuni strumenti poliuso: usura dello strumento (forbice), impiego del personale nel *re-processing* dello strumentario, difficoltà del rispetto dello standard di pulizia/sterilizzazione
- Il buon rapporto costo/beneficio dovrebbe quindi prevedere un corretto mix di strumenti poliuso e monouso durante la stessa procedura chirurgica
- Istituzione di una commissione tecnica specialistica per la valutazione qualitativa dei Medical Device prima dell'ingresso sul mercato
- Abolizione delle gare d'appalto
- Prezzo unico Nazionale per i device (per fasce di categoria), tutti potenzialmente ordinabili dall'utilizzatore finale, unico responsabile dell'impiego e della valutazione costo/beneficio
- Tempi di rimborso alle aziende produttrici uguali su tutto il territorio Nazionale, in linea con le normative Europee

Robotica

Sostenibilità economica degli interventi di chirurgia robotica: un impiego sostenibile si verificherebbe solo dopo 850 interventi effettuati a fronte dei 166 di media sulle macchine in Italia

- Troppe unità sul territorio Italiano (64)
- Il costo degli strumenti monouso impiegati durante l'intervento chirurgico laparoscopico confrontato con l'intervento in chirurgia robotica è circa 3 volte inferiore
- Concentrare i robot esistenti nei centri che hanno mostrato in modo retrospettivo il corretto utilizzo qualitativo e quantitativo (escludendo i casi eseguiti durante la curva di apprendimento)
- I chirurghi competenti in chirurgia robotica avranno accesso al centro d'eccellenza ad alto flusso di pazienti
- Valutazione dell'efficacia di interventi robotici per differenziazione ed implementazione del DRG
- Istituzione di centri di formazione negli ospedali a maggior volume di interventi con chirurgia robotica
- Indicazioni consigliate all'intervento chirurgico robotico: prostatectomia radicale per CA intracapsulare, resezione anteriore per cancro del retto, chirurgia mono-trocar, anastomosi
- Istituzione di una regolamentazione unica nazionale in merito all'acquisizione di nuove tecnologie robotiche e loro localizzazione

Rapporto Medico – Paziente

- Umanizzazione del rapporto
- Stabilire un tempo minimo per l'esecuzione di una visita specialistica chirurgica per patologia di livello base e media (20 min), alta (30 min), altissima (45 min) che contempli l'atto medico, un'adeguata informazione, la proposta terapeutica e l'instaurazione ed il consolidamento del rapporto medico-paziente
- Informazione standardizzata sulla patologia attraverso brochure e predisposizione di un consenso informato unico nazionale per patologia condiviso da Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Società Scientifiche
- Tutela della privacy del paziente nel peri-operatorio (durante l'informazione, durante l'igiene personale, nella religione, nella riservatezza e pudore)
- In caso di contenzioso medico/paziente, implementazione del percorso extra-giudiziale con tempi certi di risarcimento del paziente leso
- Responsabilità professionale: regolamentare modi e tempi per la rivalsa del paziente nei confronti del medico
- Controllo della medicina difensiva, fonte di costo ed esempio di inappropriatazza

Regioni Italiane per numero di abitanti (milioni) – Dati Istat

Lombardia	9,8
Campania	5,8
Lazio	5,7
Sicilia	5
Veneto	4,9
Piemonte	4,4
Emilia-Romagna	4,39
Puglia	4
Toscana	3,7
Calabria	2
Sardegna	1,67
Liguria	1,6
Marche	1,5
Abruzzo	1,3
Friuli Venezia Giulia	1,2
Trentino Alto Adige	1
Umbria	0,9
Basilicata	0,59
P.A. Trento	0,52
P.A. Bolzano	0,5
Molise	0,32
Valle D'Aosta	0,12