



F.A.V.O.

Federazione Italiana delle
Associazioni di Volontariato
in Oncologia

***Chirurgia oncologica: voglia di
qualità.....
un anno dopo***

Riorganizzazione della rete ospedaliera per volumi di attività: quali i problemi?

Appropriatezza della chirurgia

- interventi chirurgici tecnicamente possibili possono essere oncologicamente insensati e causa di rischi operatori sproporzionati, esiti invalidanti, a fronte di uno scarso impatto sulla sua aspettativa di vita.





- atteggiamenti opportunistici per aumentare artificiosamente il proprio volume di attività e casistica
- selezione della casistica con il rifiuto dei casi complessi
- carenza di chirurghi specialisti con specifiche competenze in chirurgia oncologica
- aumento incontrollato delle liste di attesa

Tumore	Volume soglia (n.casi)	n. centri sopra soglia in Italia/totale 2013		n. centri sopra soglia in Italia/totale 2015	
colon	50-70	177/805	22%	177/610	29%
palmone	50-70	36/231	16%	67/149	45%
mammella	150	117/784	15%	123/467	31%
stomaco	20-30	108/662	16%	117/391	30%

ma

- Come valutare gli esiti in chirurgia oncologica?
- Chi è il malato guarito chirurgicamente?
- Una valutazione dell'esito a 30 giorni è adeguato?
- Esistono dei parametri surrogati? (es sanguinamento intraoperatorio, deiscenza delle ferite etc)
- E gli aspetti riabilitativi?

D.M. su standards qualitativi strutturali e tecnologici

- tasso di ospedalizzazione non deve superare i 160 / 1000 abitanti
- tempi medi di degenza per un Reparto per acuti non possono essere superiori ai 7 giorni.

Selezione della casistica

- i pazienti complessi con comorbidità rilevanti come DANNO STATISTICO



Carenza di chirurghi

- Nel 2011 mancavano 8800 chirurghi ma entro il 2018 ne mancheranno in Italia 22.000 .
- Età media attuale dei medici: 53 anni
- E dei chirurghi neospecialisti riescono a maturare esperienza in sala operatoria?

- Dal 2000 al 2014 sono stati cancellati 72.000 posti letto senza però una reale differenziazione e governo dell'offerta sanitaria
- Nel 2014 si sono avuti 33 miliardi di spesa privata , il 2.9% del PIL

Liste attesa

- Scarse informazioni sui siti delle ASL e ASO sulle liste di attesa relative a interventi di chirurgia oncologica , a fronte di informazioni sulle prestazioni ambulatoriali.
- Il Ministero rapporta tabelle regionali ma...corrispondono alla realtà che i malati incontrano ?

Rapporto PIT salute di Cittadinanza attiva –TDM

- **Su 24110 segnalazioni nel 2013 :**
 - 17.1 %: : difficoltà di accedere alle prestazioni per esami e visite specialistiche
 - 31.4 % : difficoltà ad accedere alle strutture sanitarie per l'esosità dei ticket
 - 58.5% : liste di attesa con un particolare accento sugli interventi chirurgici (27.1%)
 - il 9.4 %: difficoltà di accesso a prestazioni di chemioterapia e radioterapia.

Rapporto PIT salute di Cittadinanza attiva –TDM

- **Su 24.000 segnalazioni nel 2014 :**
 - 58.7% : liste di attesa con un particolare accento sugli interventi chirurgici (27.1%)
 - il 12 % : difficoltà di accesso a prestazioni di chemioterapia e radioterapia.

Nel Novembre 2014 sull'Harvard Business Review è stato pubblicato, l'articolo "*How not to cut health costs*" di Robert S. Kaplan e Derek A. Haas, elencante i 5 errori da evitare nel tentativo di contenere i costi in sanità. Secondo gli autori, le tipologie dei provvedimenti che maggiormente vengono attuati in sanità finalizzati alla riduzione dei costi riguardano: personale, diminuzione degli spazi operativi, minori attrezzature ed investimenti e riduzione delle forniture per beni.

Questi interventi vengono in genere attuati senza adeguato benchmark tra la qualità degli esiti delle prestazioni sanitarie e senza una visione di sistema.

Indicazioni del Decreto Ministeriale

- identificazione delle grandi reti per patologia e con l'individuazione di poli di eccellenza a livello nazionale
- adozione di percorsi diagnostico terapeutici per patologie complesse
- gestione flessibile dei posti letto e l'informatizzazione della disponibilità dei posti letto per aree geografiche



Indicazioni Decreto Ministeriale

- modelli organizzativi di integrazione aziendale e interaziendale tra le varie discipline
- riduzione delle strutture chirurgiche del 10% a livello nazionale e del 25% nelle Regioni in piano di rientro

Indicazioni Decreto Ministeriale

- modifica delle SDO per poter giungere nel medio termine a identificare volumi di attività non solo per unità operativa ma per singolo operatore per la chirurgia di mammella, colon retto, polmone , pancreas, vie biliari, pancreas, fegato, stomaco, prostata, rene e vescica.



Gli impegni dell'Osservatorio e di FAVO (1)

- verifica dell' applicazione del decreto ministeriale sulla riorganizzazione della rete ospedaliera e soprattutto verifica della reale attuazione della rete oncologica a livello delle varie regioni
- monitoraggio della distribuzione dei posti letto per specialità e in particolare per la chirurgia oncologica



Gli impegni di Osservatorio e FAVO (2)

- collaborazione con l'Università e con le Scuole europee ai fini di favorire anche in Italia la creazione di una specialità in chirurgia oncologica o comunque di master formativi in tal senso
- **vigilanza sulla reale accessibilità ai servizi da parte dei malati**



La visione di FAVO

- Il Patto per la salute è nato soprattutto per motivi di tipo economico e le conoscenze scientifiche sono state il puntello di necessità di contenimento della spesa.
 - Occorre invertire la logica !
- *“La sanità non è un costo ma un investimento”*
(Sergio Paderni)
- Occorre reinvestire nella **competenza!**

COMPETENZA COME :

- professionalità,
 - percorsi formativi adeguati,
 - tirocinio operativo
 - verifiche costanti
- ma anche
- passione, dedizione , doti umane e relazionali.

