



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

FEDERICO II

Via S. Pansini, 5 NAPOLI

***LINEE GUIDA DI FUNZIONAMENTO E GESTIONE DEL
CENTRO DI CHIRURGIA ROBOTICA
MULTIDISCIPLINARE DELL'AOU FEDERICO II***

Approvate con deliberazione n. 255 del 21 aprile 2016

INDICE

Art.1

DENOMINAZIONE pag. 3

Art.2

STRUTTURA ORGANIZZATIVA pag. 3

2.1 Gruppo robotico multidisciplinare pag. 3

2.2 Assegnazione delle sedute operatorie pag. 3

2.3 Utilizzo del personale di sala operatoria pag. 3

2.4 Programmazione dell'intervento pag. 4

2.5 Accesso alle attività di training pag. 4

2.6 Acquisto dello strumentario pag. 5

Art. 3

COORDINAMENTO pag. 5

Art. 4

SCOPO pag. 5

Art. 5

APPLICABILITA' pag. 6

Art. 6

MODALITA' OPERATIVE pag. 6

6.1 Selezione del paziente pag. 6

6.2 Valutazione anestesiologicala pag. 7

6.3 Controindicazioni pag. 7

6.4 Degenza ordinaria pag. 7

6.5 Gestione peri-operatoria pag. 7

6.6 Degenza sub-intensiva e intensiva(in caso di necessità) pag. 8

Art. 7

NORME DI RINVIO pag. 8

Art. 8

ENTRATA IN VIGORE E PUBBLICITA' pag. 8

1. DENOMINAZIONE

Denominazione: Centro di Chirurgia Robotica Multidisciplinare A.O.U. Federico II.

2. STRUTTURA ORGANIZZATIVA

2.1 Gruppo robotico multidisciplinare

La gestione del Centro è affidata ad un gruppo di professionisti, i cui nominativi saranno individuati con successivo provvedimento della Direzione Aziendale dell'A.O.U. Federico II, denominato "Gruppo Robotico Multidisciplinare" (GRM).

Nell'ambito del GRM si identificano le seguenti figure professionali:

- il Coordinatore del GRM;
- un referente medico per ogni U.O.C. afferente al Centro;
- un referente medico di Anestesia e Rianimazione;
- un referente infermieristico del comparto operatorio;
- un referente infermieristico dell'area di degenza;
- eventuali ulteriori figure professionali che siano ritenute utili nell'ambito del GRM (es. Agenzia di Formazione, Area Amministrativa, etc.).

2.2 Assegnazione delle sedute operatorie

L'assegnazione delle sedute operatorie di chirurgia robotica a ciascuna branca specialistica avviene in funzione della casistica da trattare prevista.

Su questa base le sedute, per le aree chirurgiche individuate tra quelle della fase 1 di utilizzo del robot chirurgico, vengono assegnate secondo il seguente schema fisso settimanale:

- **Urologia:** Martedì-Mercoledì
- **Ginecologia:** Giovedì
- **Chirurgia generale:** Venerdì

Eventuali modifiche o integrazioni del suddetto schema, dovranno essere tempestivamente concordate con il Coordinatore del GRM.

2.3 Utilizzo del personale di sala operatoria

Si identifica quale infermiere coordinatore con funzione logistica il coordinatore infermieristico del complesso operatorio dell'edificio n. 5.

E' previsto inoltre l'impiego di un infermiere dedicato per singola equipe chirurgica disciplinare.

2.4 Programmazione dell'intervento

Una volta completato il percorso di pre-ospedalizzazione, l'intervento è programmato secondo la procedura vigente presso questa A.O.U.

Il Direttore della U.O.C. cui è in carico il paziente dovrà consegnare, alle figure di seguito indicate, la lista operatoria con adeguato anticipo (la settimana precedente):

- all'anestesista responsabile anestesista della piastra operatoria;
- all'infermiere coordinatore con funzione logistica.

2.5 Accesso alle attività di training

Si procederà con la creazione di un'equipe di chirurghi con un numero massimo di tre specialisti, al fine di ottimizzare l'apprendimento durante le sessioni di formazione.

È inoltre consigliabile che i chirurghi coinvolti nella fase iniziale della formazione proseguano congiuntamente la curva d'apprendimento fino alla completa autonomia del team.

Il protocollo formativo da adoperare, condiviso per chirurghi operatori in console, è quello presentato dalla società fornitrice ed implementato da questa A.O.U..

Altre figure professionali da coinvolgere nel percorso formativo:

- 1. *Gruppo infermieristico*: gruppo infermieristico dedicato all'attività robotica (infermieri di sala e strumentisti), coinvolgendo un massimo di 5 persone che verranno inizialmente formate dal Clinical Specialist. E' opportuno che siano coinvolte eventuali ulteriori unità in fase successiva, a completamento della curva di apprendimento e raggiungimento della completa autonomia del primo gruppo.
- 2. *Centrale di sterilizzazione*: è previsto almeno un incontro formativo con il personale della centrale di sterilizzazione, per verifica delle dotazioni necessarie al trattamento degli accessori e strumenti dedicati al sistema "Da

Vinci” e per illustrazione delle corrette procedure di riprocessamento e sterilizzazione di tutti i componenti.

- 3. *Medici anestesisti*: è previsto almeno un incontro con il gruppo di medici anestesisti che seguiranno gli interventi di chirurgia robotica, al fine di illustrare il funzionamento del sistema “Da Vinci” e il set-up di sala operatoria per i diversi interventi trattati.

2.6 Acquisto dello strumentario

L’acquisto dello strumentario robotico grava su un Centro di Costo dedicato e appositamente stabilito dall’Azienda.

Su questo Centro di Costo vengono disposte le risorse economiche che l’Azienda pianifica annualmente per l’effettuazione della chirurgia robotica e che devono coprire le spese dedicate a tale attività da parte di tutte le discipline specialistiche afferenti.

3 COORDINAMENTO

Il Coordinamento delle attività del GRM è affidato al Prof. Vincenzo Mirone, Direttore dell’U.O.C. di Urologia, afferente al D.A.I. di Ostetricia, Ginecologia ed Urologia di questa Azienda.

4 SCOPO

Lo scopo di queste linee guida è quello di definire e ottimizzare lo svolgimento della chirurgia mini-invasiva robot-assistita presso l’Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II.

Le tre branche chirurgiche coinvolte nella fase 1 di implementazione della chirurgia robotica presso questa A.O.U., con le relative percentuali di utilizzo definite in rapporto al materiale di consumo complessivo consegnato a questa A.O.U. in fase di acquisto del robot chirurgico, saranno le seguenti:

- ***Urologia (60%)***
- ***Ginecologia (20%)***
- ***Chirurgia generale (20%).***

Terminata la fase 1 di avvio, saranno individuate le altre strutture aziendali coinvolte nell’utilizzo del robot chirurgico.

Gli obiettivi primari delle linee guida sono i seguenti:

- Pianificare la struttura organizzativa del Centro;
- Stabilire le modalità di funzionamento del Centro;
- Pianificare l'accesso al sistema robotico nell'ambito della programmazione settimanale di sala operatoria;
- Ottimizzare l'impiego dello strumentario e la relativa spesa sostenuta;
- Pianificare le modalità e sedi di ricovero dei pazienti;
- Definire le indicazioni per la chirurgia robot-assistita nelle diverse branche specialistiche.

5 APPLICABILITA'

Le presenti linee guida si applicano a tutte le discipline chirurgiche che utilizzano il sistema robotico "Da Vinci", installato presso il blocco operatorio (Sala A) del complesso operatorio dell'edificio 5. Le stesse potranno subire successive modificazioni, a seguito di eventuali innovazioni scientifiche e tecnologiche in campo chirurgico, nonché per effetto della progressiva esperienza tecnica delle singole discipline specialistiche che impiegano il sistema robotico, oltre a eventuali sopraggiunte ulteriori necessità individuate dalla Direzione strategica aziendale.

6 MODALITA' OPERATIVE

6.1 Selezione del paziente

La candidatura del paziente per l'intervento mini-invasivo con tecnica robotica avviene al momento della visita con la quale il chirurgo della singola unità operativa specialistica inserisce lo stesso nella lista di attesa; in tal sede la diagnostica (relativa alla patologia per la quale sia indicato il trattamento chirurgico) è usualmente completa e il chirurgo può valutare con quale tipo di approccio eseguire l'intervento.

La scelta dell'approccio robotico dipende sia dal tipo di patologia, sia dal tipo di procedura da eseguire, come riportato nei precedenti articoli.

In particolare, in caso di neoplasia maligna dovranno essere rispettati i criteri d'indicazione chirurgica, analogamente a quanto avviene in chirurgia aperta e laparoscopica: il robot deve essere un ausilio per consentire al chirurgo di effettuare in modo mini-invasivo la stessa procedura che eseguirebbe con tecniche convenzionali.

In tal senso rimane fondamentale il principio che la tecnica robotica non deve modificare l'indicazione o i principi di cura di una data patologia.

6.2 Valutazione anestesiologicala

La valutazione anestesiologicala e le relative indagini preoperatorie sono effettuate mediante il percorso convenzionale di pre-ospedalizzazione.

L'anestesista dovrà convalidare o meno l'indicazione all'intervento mini-invasivo robotico, integrando la propria valutazione con quella del chirurgo.

In caso di necessità, l'anestesista dovrà pianificare ulteriori indagini diagnostiche finalizzate ad una valutazione più accurata, nonché un eventuale risveglio del paziente in ambiente protetto dopo la procedura chirurgica.

6.3 Controindicazioni

Le controindicazioni alla chirurgia robotica dovranno essere valutate sulla scorta seconda dello stato dell'arte e della letteratura scientifica per ciascuna branca specialistica.

6.4 Degenza ordinaria

Il paziente viene preso in carico amministrativamente dalla U.O.C. specialistica di riferimento per l'apertura della cartella clinica e l'esecuzione del relativo ricovero. Onde ridurre al minimo il ricorso al trasferimento dei pazienti dal reparto di provenienza al blocco operatorio dell'edificio 5 e viceversa, l'U.O.C. di Urologia si rende disponibile a prendersi carico del ricovero dei pazienti afferenti alle U.O.C. che non hanno sede nell'edificio 5

6.5 Gestione peri-operatoria

Un obiettivo fondamentale della robotica è quello di consentire l'esecuzione di procedure chirurgiche complesse con un approccio mini-invasivo, riducendo al minimo il trauma per il paziente e favorendo il recupero clinico in tempi rapidi.

In quest'ottica la chirurgia robotica non può limitarsi esclusivamente ad un gesto tecnico eseguito in sala operatoria, ma deve essere accompagnata da un'organizzazione che garantisca di sfruttare in modo efficiente i vantaggi di questa tecnologia; ciò è ancor più importante, in considerazione dell'elevato costo di tale tecnologia.

Le discipline specialistiche che impiegano il sistema robotico devono, pertanto, sviluppare dei percorsi "fast-track" mirati ad ottimizzare la degenza ospedaliera e a

ridurre i costi della stessa, pur mantenendo al primo posto l'assistenza al paziente e la sicurezza dello stesso.

In particolare i percorsi fast-track dovranno prevedere:

- il completamento dello studio preoperatorio e della preparazione del paziente prima del ricovero;
- l'abbattimento della degenza media preoperatoria a <1 giorni (tendendo a 0);
- l'adeguamento dei protocolli e dei comportamenti inerenti la gestione postoperatoria del paziente (mobilizzazione, ripresa dell'alimentazione orale, rimozione di CV, SNG, drenaggi, etc.);
- la riduzione della durata della degenza postoperatoria, con adeguamento a quanto previsto dagli standard internazionali per le relative procedure chirurgiche mini-invasive;
- la programmazione di una sorveglianza clinica dopo la dimissione.

6.6 Degenza sub-intensiva e intensiva (in caso di necessità)

Qualora il caso operatorio lo richiedesse, e su specifica indicazione del team anestesiologicalo che ha in carico il paziente, si provvederà a disporre trattamento in regime di degenza sub-intensiva o intensiva.

7 NORME DI RINVIO

Per quanto non espressamente previsto dalle presenti linee guida, si rimanda alle disposizioni legislative se ed in quanto applicabili in materia.

8 ENTRATA IN VIGORE E PUBBLICITA'

Le presenti linee guida entrano in vigore il giorno successivo a quello della loro pubblicazione sul sito web aziendale.
