



V Edizione

Happy Hour con l'Andrologia

15-16 Giugno 2018

Hotel La Castellana - Fosdinovo (MS)

**La chirurgia protesica:
un diritto tutelato?
Analisi di possibili linee
di intervento**

Edoardo Pescatori

Specialista in Urologia - Andrologo

“I diritti fondamentali dell’ individuo comprendono il benessere sessuale e la capacità di godere della attività sessuale e riproduttiva nel rispetto della etica sociale e personale, libero da paura, vergogna, senso di colpa, false convinzioni e da altri fattori che sono in grado di inibire la risposta sessuale e indebolire le relazioni sessuali, libero da malattie organiche che interferiscano con la funzione sessuale e riproduttiva”

*personal ethic - freedom from fear, shame, guilt, false beliefs and other factors
inhibiting sexual response and impairing sexual relationships - freedom from organic
disorders, disease and deficiencies that interfere with sexual and reproductive function. »*

WHO 1994

Agenda

- ✓ L'opzione "protesi peniena": cos'è, quando è indicata
- ✓ Quali i risultati
- ✓ Che ne pensa la gente
- ✓ Accessibilità alla protesi peniena= esempio paradigmatico: deficit erettile dopo prostatectomia
- ✓ Possibili linee di intervento: DRG? LEA?

TIPI DI PROTESI:

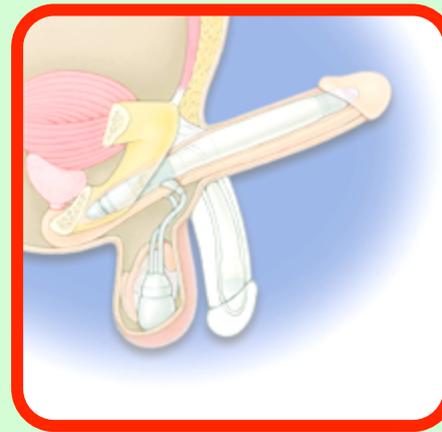
NON IDRAULICHE

“Malleabili”, “Semirigide”, “Tutori”



IDRAULICHE

(bi-tricomponenti e) **tri-componenti**



EAU Guidelines on Erectile Dysfunction, Premature Ejaculation, Penile Curvature and Priapism

K. Hatzimouratidis et al, European Association of Urology 2016

- The surgical implantation of a **penile prosthesis** may be considered in patients **who do not respond to pharmacotherapy** or **who prefer a permanent solution to their problem**.

EAU Guidelines on Erectile Dysfunction, Premature Ejaculation, Penile Curvature and Priapism

K. Hatzimouratidis et al, European Association of Urology 2016

- The surgical implantation of a penile prosthesis may be considered in patients **who do not respond to pharmacotherapy or who prefer a permanent solution to their problem.** **3-piece inflatable devices** provide the best rigidity and the best flaccidity because they will fill every part of the corporal bodies.

EAU Guidelines on Erectile Dysfunction, Premature Ejaculation, Penile Curvature and Priapism

K. Hatzimouratidis et al, European Association of Urology 2016

- The surgical implantation of a penile prosthesis may be considered in patients **who do not respond to pharmacotherapy** or **who prefer a permanent solution to their problem**. 3-piece inflatable devices provide the best rigidity and the best flaccidity because they will fill every part of the corporal bodies.
- ***Conclusions***
There is sufficient evidence to recommend penile implants in patients not responding to less-invasive treatments due to its **high efficacy, safety** and **satisfaction rates**.

Agenda

- ✓ L'opzione "protesi peniena": cos'è, quando è indicata
- ✓ **Quali i risultati**
- ✓ Che ne pensa la gente
- ✓ Accessibilità alla protesi peniena= esempio paradigmatico: deficit erettile dopo prostatectomia
- ✓ Possibili linee di intervento: DRG? LEA?

Roadmap per il successo

Consenso informato

Follow-up

Intervento

Preparazione
"fisica"
del paziente

Preparazione
"personale"
del paziente

Corretta
indicazione



Quality of life after penile prosthesis implantation – 1-year follow-up data of the INSIST-ED national prospective registry

Paolo Capogrosso¹, Enrico Caraceni¹, Edoardo Pescatori¹, Walter Cazzaniga¹, Mauro Silvani¹, Lilia Utizi¹, Nicola Mondaini¹, Maurizio Carrino¹, Diego Pozza¹, Antonino Laganà¹, Antonio Barbieri¹, Carlo Ceruti¹, Andrea Salonia¹, Alessandro Palmieri¹, Federico Dehò¹

¹Italian Society of Andrology, SIA, Italy

A Questionnaire for the Evaluation of Quality of Life after Penile Prosthesis Implant: Quality of Life and Sexuality with Penile Prosthesis (QoLSPP)

To What Extent Does the Implant Affect the Patient's Life?

Enrico Caraceni, MD and Lilia Utizi, PsyD

Department of Urology, Civil Hospital, Civitanova Marche, Italy

J Sex Med 2014;11:1005–1012



AIM:

To investigate scores and predictors of patient's satisfaction at 1-year after PPI using the validated tool called **Quality of Life and Sexuality with Penile Prosthesis (QoLSPP)**:

4 domains=

prosthesis function (“functional” d.),

relationship with partner (“relational” d.),

relation to the outside world (“social” d.),

self image (“personal” d.).

Methods

- **142** patients prospectively included in the multicentre Registry **INSIST-ED** (*Italian Nationwide Systematic Inventarisation of Surgical Treatment for Erectile Dysfunction*) provided **1-year** follow-up data.

Age Median (IQR)	62 (56, 68)
Type of prosthesis N(%)	
Malleable	20 (14%)
Bi-component	13 (9%)
Tri-component	109 (77%)
Surgical approach N(%)	
Penoscrotal	119 (83.8%)
Subcoronal	1 (0.7%)
Longitudinal corporothomy	1 (0.7%)
Infrapubic	21 (14.8%)
Surgical expertise	
N. procedures/year [Median (IQR)]	8.3 (6, 26)
Etiology of ED N(%)	
Vasculogenic	62 (43.6%)
Pelvic surgery/radiotherapy	56 (39.5%)
Peyronie's disease	22 (15.5%)
Post-traumatic	1 (0.7%)
Psychogenic	1 (0.7%)
Post-operative complications N(%)	10 (7%)
Claviend-Dindo I	4 (40%)
Claviend-Dindo II	2 (20%)
Claviend-Dindo IIIa	3 (30%)
Claviend-Dindo IIIb	1 (10%)

QoLSPP scores at 1-year follow-up after penile prosthesis implantation

	Median (IQR)	Total points available	Non-hydraulic (N=20; 14%)	Hydraulic (N=122; 86%)	p-value*
Functional	23 (21, 25)	25	21.5 (19.5, 23)	23 (21, 25)	0.01
Personal	13 (12, 15)	15	12 (10, 14)	13 (12, 15)	0.053
Relational	18 (16, 19)	20	18 (16, 19)	18 (16, 19)	0.5
Social	13 (12, 15)	15	12.5 (10.5, 14)	13 (12, 15)	0.053
Total score	68 (62, 72)	75	65.5 (59, 69)	68 (63, 72)	0.03

High median scores were reported in terms of functional, relational, social, personal and total QoLSPP score at 1-yr after PPI.

Patients implanted with **hydraulic devices** showed **higher functional and total scores** as compared with those with a malleable prosthesis

Conclusions

- Our findings suggest that at 1-year follow-up **high satisfaction is achieved** in terms of prosthesis function, patients relationship with their partners and the outside world and perceived self-image.
- Preliminary, unpublished data suggest that **satisfaction further improves at longer follow-ups.**

Agenda

- ✓ L'opzione "protesi peniena": cos'è, quando è indicata
- ✓ Quali i risultati
- ✓ **Che ne pensa la gente**
- ✓ Accessibilità alla protesi peniena= esempio paradigmatico: deficit erettile dopo prostatectomia
- ✓ Possibili linee di intervento: DRG? LEA?



Associazione **ASSERTIVO**
*Alleanza per la Salute SEssuale
e RiprodutTIVa dell'uOmo*

*in partnership
con:*



Bologna 18-21 Aprile 2018
Manifestazione fieristica italiana
biennale dedicata alla Sanità, seconda
in Europa per numero espositori: nel
2016= oltre 20.000 partecipanti

- Azione **epidemiologico-conoscitiva-informativa** sulla DE e suoi fattori rischio: 1000 questionari* a uomini/ donne, elaborati da Fabio Parazzini
- **Visite gratuite** per 4 gg
- **Tavolo di discussione PUBBLICO con Responsabili Sanità Em-Rom** il 21/3 con anche risultati di questionari*

Sponsor: 



Fabio Parazzini

Prof. Associato del Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità
Università degli Studi di Milano

realizzatore dei principali studi epidemiologici relativi alla disfunzione erettile in Italia:

- ✓ Urinary symptoms and sexual dysfunction among Italian men: The results of the #Controllati survey. Arch Ital Urol Androl. 2017 Mar 31;89(1):75-80.
- ✓ A survey on the experience of 136 Italian urologists in the treatment of erectile dysfunction with PDE5 inhibitors and recommendations for the use of Avanafil in the clinical practice. Arch Ital Urol Androl. 2016 Jul 4;88(2):128-32.
- ✓ Diabetes, cardiovascular diseases and risk of erectile dysfunction: a brief narrative review of the literature. Arch Ital Urol Androl. 2009 Mar; 81(1):24-31. Review.
- ✓ Chronic prostatitis and erectile dysfunction: results from a cross-sectional study. Arch Ital Urol Androl. 2008 Dec;80(4):172-5.
- ✓ Renal transplantation does not improve erectile function in hemodialysed patients. Eur Urol. 2009 Dec;56(6):1047-53.
- ✓ Premature ejaculation: prevalence and associated conditions in a sample of 12,558 men attending the andrology prevention week 2001--a study of the Italian Society of Andrology (SIA). J Sex Med. 2005 May;2(3):376-82.
- ✓ Flexible-dose vardenafil in a community-based population of men affected by erectile dysfunction: a 12-week open-label, multicenter trial. J Sex Med. 2005 Nov;2(6):842-7.
- ✓ Smoking as a risk factor for erectile dysfunction: data from the Andrology Prevention Weeks 2001-2002 a study of the Italian Society of Andrology (s.l.a.). Eur Urol. 2005 Nov;48(5):810-7; discussion 817-8.
- ✓ Determinants of erectile dysfunction risk in a large series of Italian men attending andrology clinics. Eur Urol. 2004 Jan;45(1):87-91.
- ✓ Current drug use as risk factor for erectile dysfunction: results from an Italian epidemiological study. Int J Impot Res. 2003 Jun;15(3):221-4.
- ✓ Cigarette smoking as risk factor for erectile dysfunction: results from an Italian epidemiological study. Eur Urol. 2002 Mar;41(3):294-7.
- ✓ Did men with erectile dysfunction discuss their condition with partner and physicians? A survey of men attending a free call information service. Int J Impot Res. 2002 Aug;14(4):256-8.
- ✓ Cigarette smoking: a risk factor for erectile dysfunction in diabetics. Eur Urol. 2001 Oct;40(4):392-6; discussion 397.
- ✓ Erectile dysfunction in type 1 and type 2 diabetics in Italy. On behalf of Gruppo Italiano Studio Deficit Erettile nei Diabetici. Int J Epidemiol. 2000 Jun;29(3):524-31.
- ✓ **Frequency and determinants of erectile dysfunction in Italy. Eur Urol. 2000 Jan;37(1):43-9.**
- ✓ Erectile dysfunction in diabetic subjects in Italy. Gruppo Italiano Studio Deficit Erettile nei Diabetici. Diabetes Care. 1998 Nov;21(11):1973-7.
- ✓ The epidemiology of erectile dysfunction and its risk factors. Int J Androl. 1997 Dec;20(6):323-34. Review.

Quali trattamenti per le difficoltà di erezione conosce?

Pillole per l'erezione - Iniezioni di farmaci nel pene - Vacuum - Intervento chirurgico di inserimento di **protesi** all'interno del pene

Se avesse una difficoltà di erezione che non risponde a farmaci cosa preferirebbe?

- Sceglierei di convivere con il problema
- Vorrei risolvere il problema mediante intervento con **protesi** interna al pene

Avrebbe resistenze all'eventuale intervento/utilizzo di protesi interna al pene?

Se sì, quali? _____

Ritiene che i costi relativi al trattamento della difficoltà di erezione debbano essere a carico del SSN? Sì No



Bologna 18-21 Aprile

Manifestazione fieristica italiana biennale dedicata alla Sanità, seconda in Europa per numero espositori: nel 2016= oltre 20.000 partecipanti

- Azione **epidemiologico-conoscitiva-informativa** sulla DE e suoi fattori rischio: 1000 questionari* a uomini/ donne, elaborati da Fabio Parazzini
- Visite gratuite per 4 gg
- Tavolo di discussione **PUBBLICO** con Responsabili Sanità Em-Rom il 21/3 con anche risultati di schede*

Sponsor:

**Boston
Scientific**

Chi ha risposto al questionario:

- Complessivamente hanno partecipato all'indagine **1094 visitatori** (*599 donne e 495 uomini*): circa il 5% dei soggetti che hanno visitato la Fiera.
- L' **età media** delle persone che hanno risposto al questionario era pari a 40,5 per gli uomini (range 18-87) e 39,9 per le donne (range 18-78).
- Complessivamente il 43% dei rispondenti svolgeva una **attività sanitaria** (*medico, infermiere o professioni sanitarie non mediche non infermieristiche*).

Quali trattamenti per le difficoltà di erezione conosce?

Pillole per l'erezione - Iniezioni di farmaci nel pene - Vacuum - Intervento chirurgico di inserimento di **protesi** all'interno del pene

	<i>Donne</i>	<i>Uomini</i>
	%	%
Integratori	11.2	13.9
Psicoterapia	41.9	38.4
Pillole	79.1	77.2
Iniezioni di farmaci peniene	19.2	22.2
<u>Vacuum</u>	22.4	27.7
Impianto di protesi	20.2	27.9

***Se avesse una difficoltà di erezione che non risponde a farmaci
cosa preferirebbe?***

-Sceglierei di convivere con il problema

-Vorrei risolvere il problema mediante intervento con **protesi** interna al pene

	Donne	Uomini
	%	%
Sceglierei di convivere con il problema	41.6	44.8
Vorrei risolvere il problema con protesi peniena	48.4	50.7
<i>Dato mancante</i>	10.0	4.4

*Il 48.4% delle donne ed il 50,7% degli uomini ha dichiarato che vorrebbe (o consiglierebbe il compagno di) risolvere il problema della disfunzione erettile non rispondente ai farmaci con protesi interna al pene.
Tale percentuale era maggiore nei soggetti più giovani*

Avrebbe resistenze all'eventuale intervento/utilizzo di protesi interna al pene?

Se si, quali? _____

	<i>Donne</i>	<i>Uomini</i>
<i>Nessuna</i>	<i>76.3</i>	<i>71.3</i>
<i>Sì</i>	<i>23.7</i>	<i>28.7</i>

Tra i soggetti che hanno riportato resistenze, il motivo più comunemente riportato è stato il timore rispetto all'intervento chirurgico.

Ritiene che i costi relativi al trattamento della difficoltà di erezione debbano essere a carico del SSN?

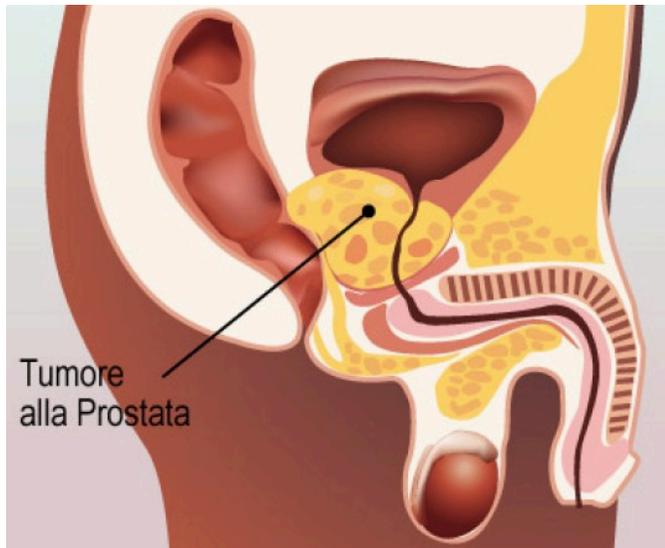
Sì No

	<i>Donne</i>	<i>Uomini</i>
	<i>%</i>	<i>%</i>
<i>Sì</i>	<i>80.3</i>	<i>80.4</i>
<i>No</i>	<i>14.2</i>	<i>17.0</i>
<i>Dato mancante</i>	<i>5.5</i>	<i>2.6</i>

Agenda

- ✓ L'opzione "protesi peniena": cos'è, quando è indicata
- ✓ Quali i risultati
- ✓ Che ne pensa la gente
- ✓ **Accessibilità alla protesi peniena= esempio paradigmatico: deficit erettile dopo prostatectomia**
- ✓ Possibili linee di intervento: DRG? LEA?

Intervento paradigmatico di chirurgia radicale pelvica nell'uomo:



PROSTATECTOMIA RADICALE

chirurgia a cielo aperto
chirurgia laparoscopica
chirurgia robotica

Fatti:

Il carcinoma prostatico è il tumore **più frequente** nella popolazione maschile dei Paesi occidentali

www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2016/I_numeri_del_cancro_2016.pdf

L'intervento di prostatectomia radicale, comunque eseguito (*chirurgia a cielo aperto, chirurgia laparoscopica, chirurgia robotica*), determina **deficit erettile nel 25-75% dei casi**

[Sanda, M.G., et al. N Engl J Med, 2008. 358: 1250.](#)

LINEE GUIDA European Association of Urology 2016: trattamento del Deficit Erettile da prostatectomia radicale - I°

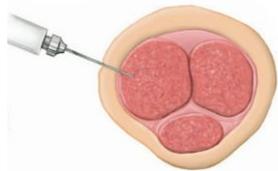
F. Giuliano, et al: European Association of Urology 2016



Prima linea: **farmacoterapia orale (inibitori di fosfodiesterasi 5)**

Tasso di risposta per Deficit Erettile post-prostatectomia radicale=
35-75% dopo *nerve sparing*, **0-15%** dopo *non nerve sparing*

F. Giuliano, et al: European Association of Urology 2016



Seconda linea: **farmacoterapia intracavernosa (alprostadil)**

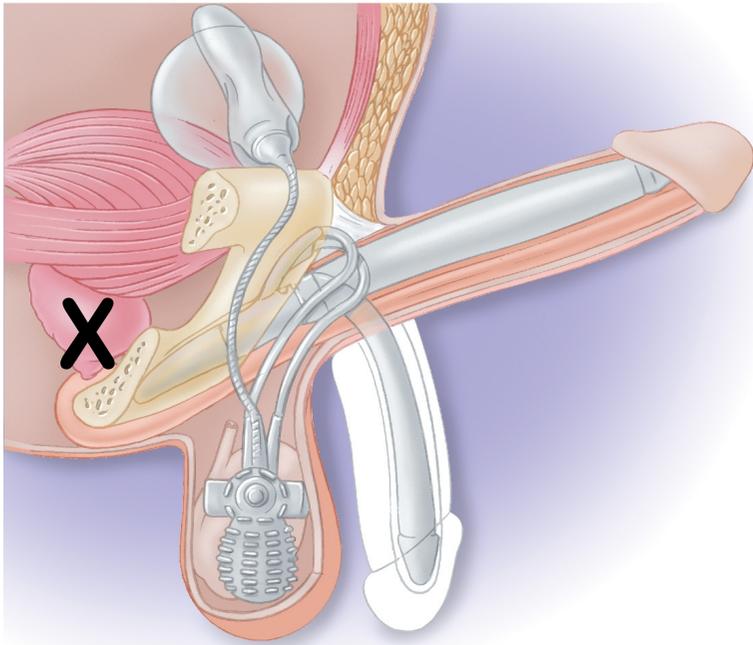
Tasso di risposta del 67-68%, ma **elevato drop-out (80% !!!)** per:
dolore associato all'iniezione, insoddisfazione con il trattamento, o
altri fattori

Purvis K et al. Int J Impot Res. 1999;11:287–299.

Lehmann K et al. Urology. 1999;55:397–400.

CONTINUA ...

LINEE GUIDA E.A.U. 2016: trattamento del Deficit Erettile da prostatectomia radicale - II°



Terza linea: **impianto di protesi peniena**

“indicato in pazienti che non rispondono alla farmacoterapia orale/
intracavernosa, *o che preferiscono una soluzione permanente al
loro problema.*

L’impianto chirurgico di protesi peniena rappresenta una soluzione
attraente grazie agli elevati tassi di efficacia, sicurezza e
soddisfazione”

F. Giuliano, *et al*: European Association of Urology 2016

Negli unici due **Registri** di raccolta dati sulla **chirurgia protesica peniena**, l'Italiano INSIST-ED e lo Statunitense PROPPER:

- la prima causa di impianto protesico penieno è la **prostatectomia radicale**,
- il tipo di protesi di gran lunga più utilizzato è la **protesi idraulica**

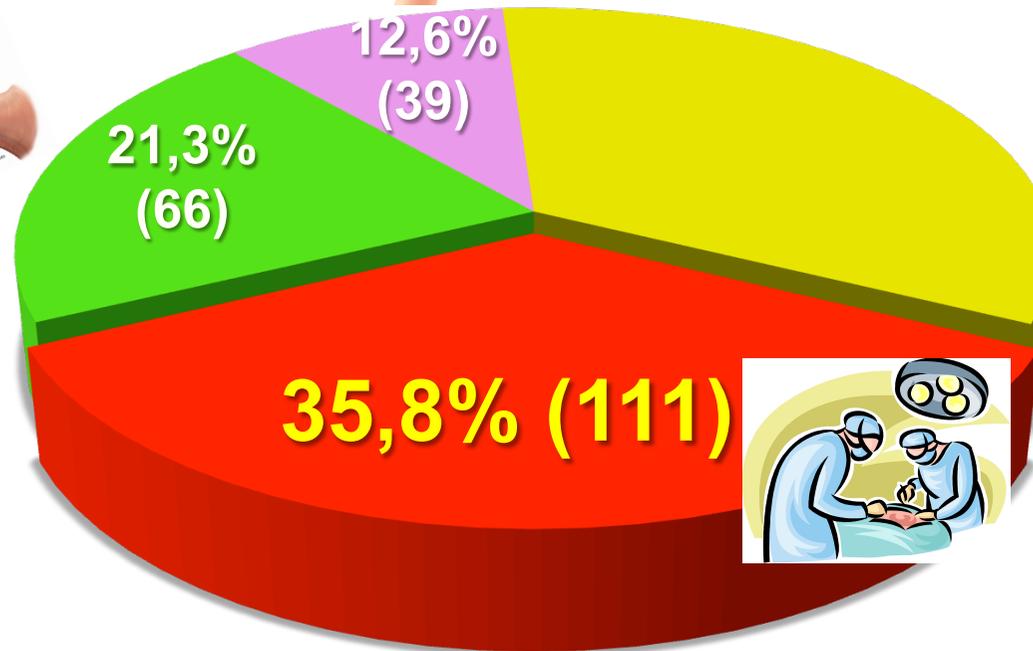
Pescatori E *et al.* Arch Ital Urol Androl. 2016 Jul 4;88(2):122-7.
Henry GD *et al.* J Urol. 2016 Feb;195(2):427-33.

ORIGINAL PAPER

INSIST-ED: Italian Society of Andrology registry on penile prosthesis surgery. First data analysis

Edoardo P
Francesco
Antonio C
Giuseppe
Carlo Neg
Diego Poz
Patrizio V

DiABETES



■ Radical pelvic surgery ■ Peyronie's disease ■ Diabetes ■ Other

The Who, How and What of Real-World Penile Implantation in 2015: The PROPPER Registry Baseline Data.

Henry GD¹, Karpman E², Brant W³, Christine B⁴, Kansas BT⁵, Khera M⁶, Jones L⁷, Kohler T⁸, Bennett N⁹, Rhee E¹⁰, Eisenhart E¹¹, Bella AJ¹².

Table 1. Primary ED etiology totals broken down by implant type

Primary ED etiology Category	Total (N=1019)	AMS 700 (3-pc infl) (N=983)	AMS Ambicor (2-pc infl) (N=26)	AMS Spectra Concealable (N=10)
Organic Cause				
Diabetes	220 (21.6%)	213 (21.7%)	3 (11.5%)	4 (40.0%)
Cardiovascular disease	200 (19.6%)	193 (19.6%)	5 (19.2%)	2 (20.0%)
Neurologic disorder	7 (0.7%)	7 (0.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Peyronie's disease	91 (8.9%)	90 (9.2%)	0 (0.0%)	1 (10.0%)
Priapism	11 (1.1%)	10 (1.0%)	1 (3.8%)	0 (0.0%)
Venous Leak	33 (3.2%)	32 (3.3%)	1 (3.8%)	0 (0.0%)
Other organic	87 (8.5%)	84 (8.5%)	3 (11.5%)	0 (0.0%)
Acute Cause				
Radical prostatectomy (RP)	285 (28.0%)	280 (28.5%)	4 (15.4%)	1 (10.0%)
Radical pelvic surgery (other than RP)	15 (1.5%)	13 (1.3%)	2 (7.7%)	0 (0.0%)
Pelvic radiation therapy	18 (1.8%)	17 (1.7%)	1 (3.8%)	0 (0.0%)
Pelvic trauma or injury	8 (0.8%)	6 (0.6%)	2 (7.7%)	0 (0.0%)
Spinal cord injury	12 (1.2%)	9 (0.9%)	3 (11.5%)	0 (0.0%)
Other acute	31 (3.0%)	28 (2.8%)	1 (3.8%)	2 (20.0%)
Not reported	1 (0.1%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

... nei fatti in Emilia Romagna:

- Stima di **pazienti/anno eleggibili a impianto** di protesi peniena per deficit Erettile severo post-Prostatectomia Radicale = **140 paz.** *(stima conservativa)*
- **pazienti/anno effettivamente riceventi protesi** per deficit Erettile severo post-Prostatectomia Radicale:
 - ✓ **Registro INSIST-ED= 18 paz.** -> 87% NON ACCEDE A CURA
 - ✓ **Regione EmRom= 33 paz.** -> 76% NON ACCEDE A CURA

UNMET NEED: 76-87% !!!

Agenda

- ✓ L'opzione "protesi peniena": cos'è, quando è indicata
- ✓ Quali i risultati
- ✓ Che ne pensa la gente
- ✓ Accessibilità alla protesi peniena= esempio paradigmatico: deficit erettile dopo prostatectomia
- ✓ **Possibili linee di intervento: DRG? LEA?**

DRG e PROTESICA – quadro Nazionale

L'attuale rimborso per chirurgia protesica peniena (DRG n. 341 con Codici procedura 64.95 e 64.97) non copre neppure il costo della protesi:

attualmente l'impianto di protesi peniena idraulica è un intervento IN PERDITA nell'ambito del SSN



RISPOSTA DEI DECISORI DI POLITICA SANITARIA EMILIA-ROMAGNA

Kyriakoula Petropulacos

Direttrice generale Cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia-Romagna

REMUNERATIVITA' DRG

“Ci sono centinaia di DRG, anche salvavita, che non sono remunerativi, ma le strutture pubbliche non è che facciano i loro bilanci in base alla pura remuneratività.

Tutta la classificazione DRG ragiona per MEDIE, cioè non deve essere remunerativo il singolo DRG per il singolo caso, ma il complesso del tariffario rispetto al complesso delle attività che vengono svolte”

Alcune considerazioni sul sistema DRG

- ✓ Principio guida del sistema DRG= definire la tariffa di rimborso associata a un determinato DRG per coprire il **costo medio** dell'assistenza **per tutti i ricoveri simili tra loro**.

ASSUNTO: la variabilità interna a ciascun DRG in termini di costi sostenuti, dovrebbe essere appianata dalla redistribuzione delle risorse economiche interna alla specifica struttura ospedaliera

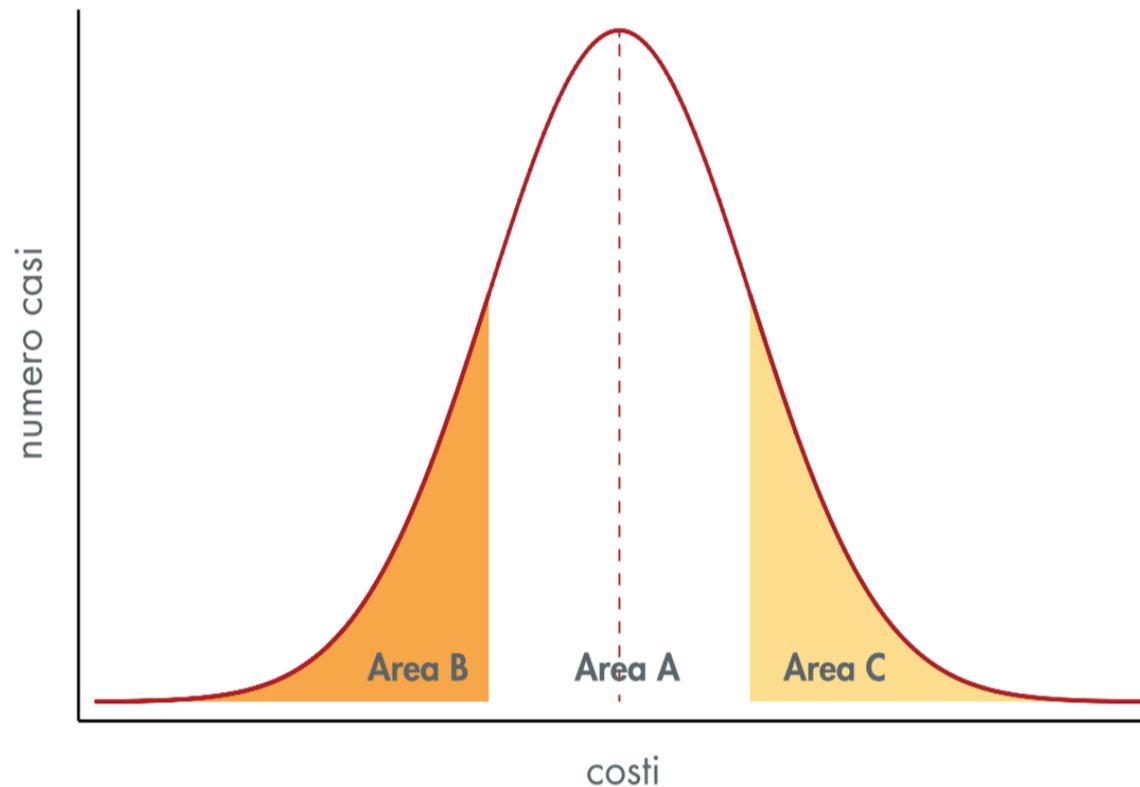
- ✓ Il DRG che comprende l'intervento di impianto di protesi peniena è il DRG 341, dedicato agli "INTERVENTI SUL PENE"

Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2014- REGIONE EMILIA -ROMAGNA											
MDC	DRG	Descrizione		Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Trasferito altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
12	341	Interventi sul pene	C	A1	4.006,53	2.261,10	2.261,10	2.261,10	1.871,79	12	219,88
				A2	3.744,42	2.113,18	2.113,18	2.113,18	1.749,34	12	219,88
				B	3.557,18	2.007,45	2.007,45	2.007,45	1.661,56	12	219,88
				C	3.369,96	1.901,79	1.901,79	1.901,79	1.574,10	12	219,88

Alcune considerazioni sul sistema DRG

- ✓ Il principio guida alla base del sistema DRG è quello di definire la tariffa di rimborso associata a un determinato DRG per coprire il **costo medio** dell'assistenza **per tutti i ricoveri simili tra loro**. L'adozione di questo principio presuppone un'assunzione fondamentale: la variabilità interna a ciascun DRG in termini di costi sostenuti, dovrebbe essere appianata dalla redistribuzione delle risorse economiche interna alla struttura ospedaliera che percepisce il rimborso
- ✓ Il DRG che comprende l'intervento di impianto di protesi peniena è il DRG 341, dedicato agli "INTERVENTI SUL PENE"
- ✓ Sotto lo stesso DRG ricadono codici interventi chirurgici ICD-9-CM (*International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification*) molto diversi tra loro, che descrivono diagnosi e procedure che assorbono risorse ospedaliere di diversa entità. CIOE' sotto lo stesso DRG sono comprese procedure che comprendono: circoncisione, plastica di slittamento del prepuzio, liberazione di sinechie peniene...

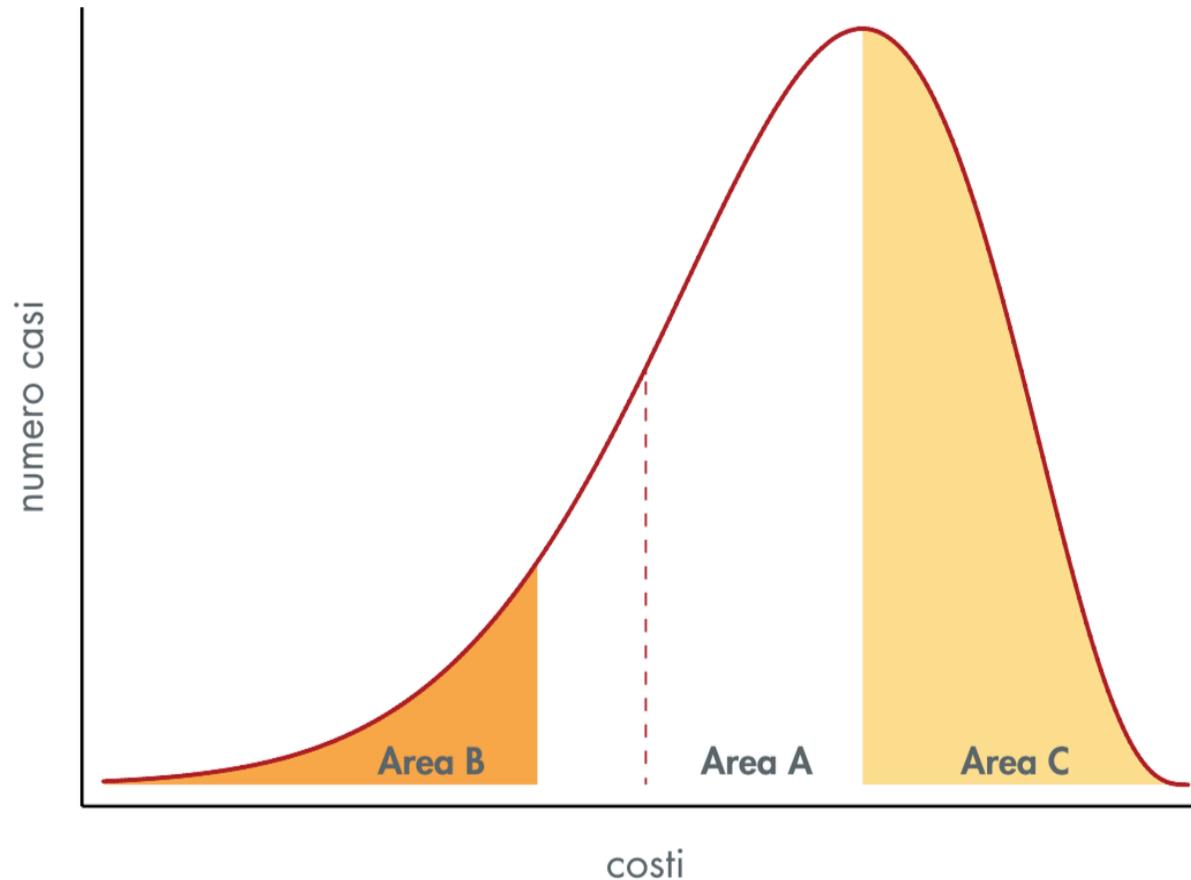
Distribuzione ipotetica gaussiana dei costi dei ricoveri



- a. casi in cui il costo medio dell'episodio di ricovero coincide con la tariffa DRG;
- b. casi in cui il costo medio dell'episodio di ricovero è inferiore alla tariffa DRG;
- c. casi in cui il costo medio dell'episodio di ricovero è superiore alla tariffa DRG.

Se i ricoveri si distribuissero sempre secondo una distribuzione normale gaussiana, ci sarebbe un equilibrio tra i casi (b) e (c)

Distribuzione ipotetica asimmetrica negativa dei costi dei ricoveri



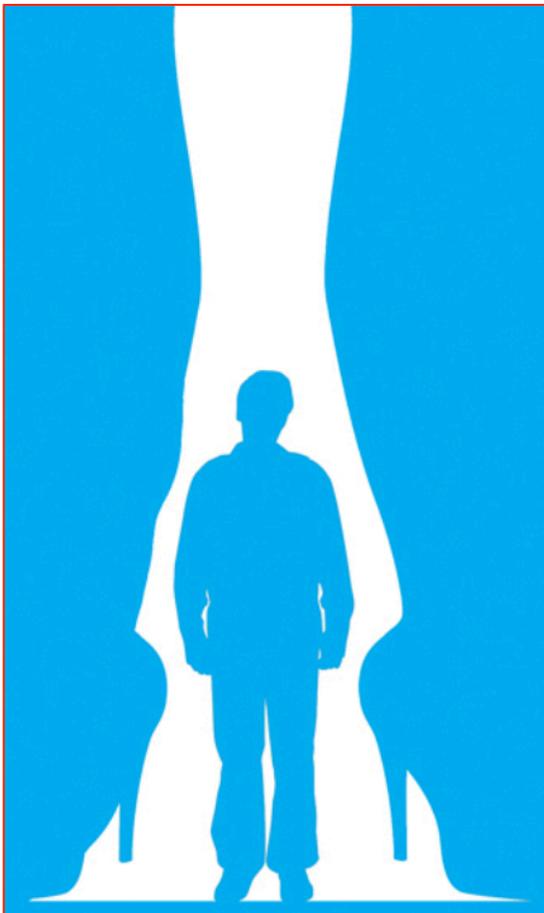
Se, invece, la distribuzione dei ricoveri si discosta da quella normale, disegnando una distribuzione con una coda a sinistra – quindi, con **ricoveri che consumano molte risorse** – l'equilibrio è messo a rischio: *ostacolerebbe l'opportuna diffusione di determinate terapie privando i pazienti della cura più appropriata e, inoltre, comporterebbe una netta perdita economica per le strutture erogatrici*

... SPIEGAZIONE DEI TEMPI DI LISTA ATTESA 2-3 AA PER PROTESI

Agenda

- ✓ L'opzione "protesi peniena": cos'è, quando è indicata
- ✓ Quali i risultati
- ✓ Che ne pensa la gente
- ✓ Accessibilità alla protesi peniena= esempio paradigmatico: deficit erettile dopo prostatectomia
- ✓ **Possibili linee di intervento: DRG? LEA?**

Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e accesso alla protesica: *trattamento iniquo dell'uomo rispetto alla donna, sia a livello Nazionale ...*



LEA: livello “essenziale” di prestazioni e servizi garantito dal SSN a tutti i cittadini, gratuitamente o con ticket.

Ultimo aggiornamento= 18 Marzo 2017:

NULLA su protesica peniena.

Disparità di riconoscimento al diritto alla salute sessuale tra uomo e donna:

previsto il rimborso di **protesi mammarie esterne** (06.30 protesi non di arto, 06.30.18 protesi mammarie) per ripristinare “*una visione anatomo-estetica del corpo*” dopo la mastectomia, ma del tutto ignorato il danno alla sessualità maschile: nessun rimborso per la protesica peniena.

RISPOSTA DEI DECISORI DI POLITICA SANITARIA EMILIA-ROMAGNA

Kyriakoula Petropulacos

Direttrice generale Cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia-Romagna

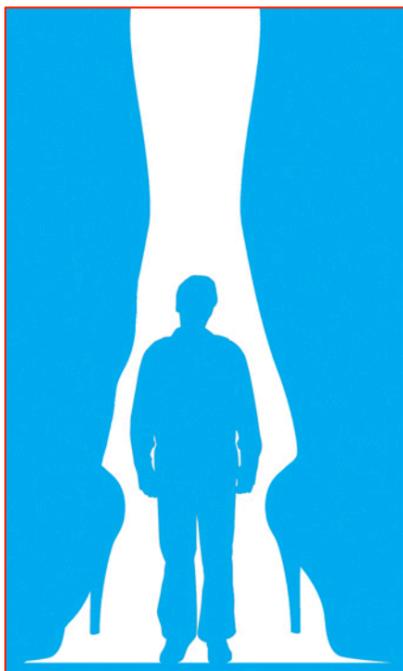
LEA

“Le protesi impiantabili NON ci sono nel nomenclatore della protesica integrativa (non c’è neanche la protesi d’anca). Quelle mammarie femminili sono le protesi esterne.

Le protesi impiantabili rientrano all’interno di quelle che sono le attività di ricovero, tutto quello che viene fatto in regime di ricovero che ha una finalità diversa da quella dell’estetica rientra nei LEA, quindi l’impianto di TUTTE le protesi rientra nei LEA”

L.E.A. e accesso alla protesica: *trattamento iniquo dell'uomo rispetto alla donna anche a livello regionale*

L.E.A.: le **Regioni*** possono utilizzare risorse proprie per garantire servizi/prestazioni ulteriori rispetto a quelli nei LEA



Disparità di riconoscimento al diritto alla salute sessuale tra uomo e donna

In Regione Emilia Romagna (*deliberaz. GR 20-10-2014, n. 1673*)*: riconoscimento con quota tariffaria aggiuntiva di **protesi mammarie interne** e inserzione **espansori** (*interventi 85.95, 85,53, 85,54*), MA nessun riferimento a protesica peniena.

**protesi mammaria = miglioramento di estetica,
protesi peniena = ripristino di FUNZIONE !!!**

Grazie della
attenzione