



Eras fast track telemedicina

**Continuità Ospedale-territorio
nella gestione personalizzata
e in telemedicina del dolore
post-operatorio a seguito di chirurgia
dell'anca**

Dott Paolo Grossi

Dottssa Anna Maria Maestroni

Dott Gaetano Terranova

CENTRO ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO
ASST RINILCTO MILANO

TABLE OF CONTENTS

01

IL PROGETTO

02

L'INTERVENTO

03

**IMPATTO
ECONOMICO**

04

CONCLUSIONI

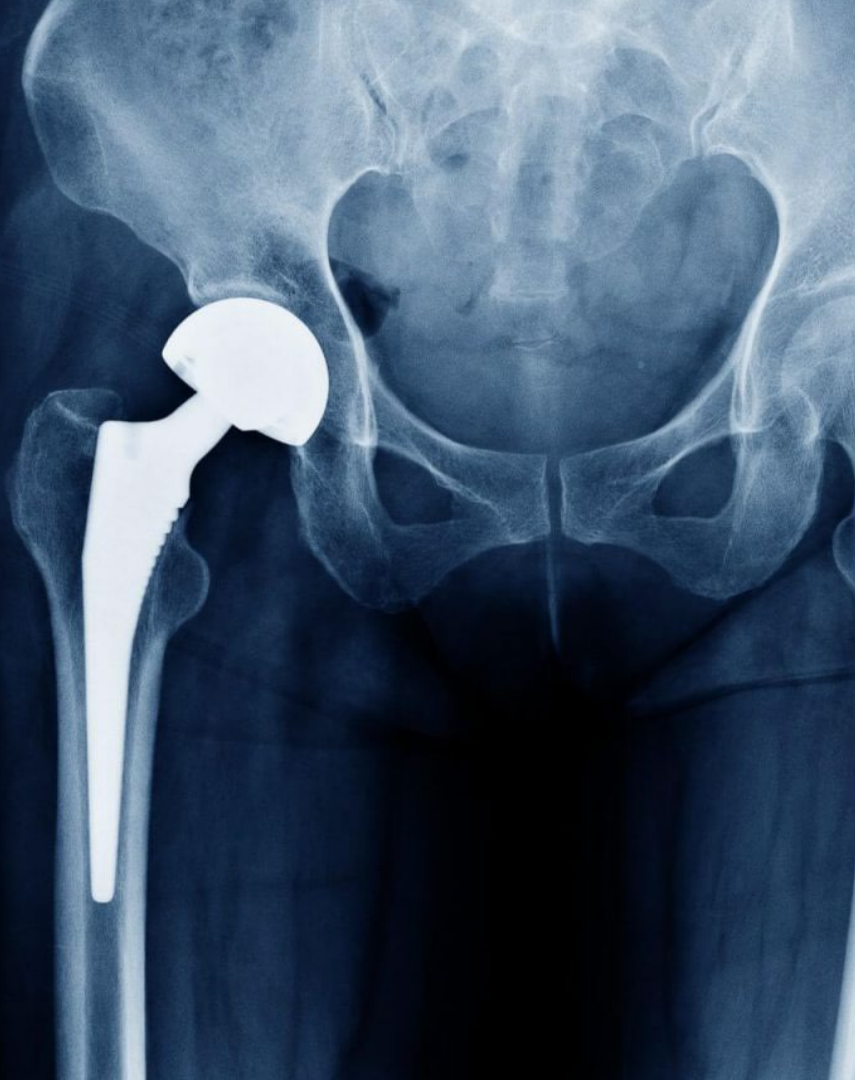
01

IL PROGETTO

Intervento di protesi dell'anca
in chirurgia ambulatoriale

SCOPO:

ottimizzare il decorso
postoperatorio



OBIETTIVI

Realizzare i protocolli ERAS e PBM

Il progetto, teso a portare verso una chirurgia ambulatoriale l'intervento di protesizzazione dell'anca, INGLOBA i protocolli ERAS (enhanced recovery after surgery) e PBM (patient blood management)

- Miglior utilizzo delle strutture (sala operatoria/letti)
- Prevenzione riospedalizzazioni/accessi al PS
- Gestione ottimale del dolore postoperatorio/PCA
- Ospedale-territorio senza dolore

PUNTI CARDINE



**CONTROLLO
DEL DOLORE**



**CONTROLLO
DELLE PERDITE
EMATICHE**



**RIABILITAZIONE
E PRECOCE**



**DIMISSIBILITÀ
RAPIDA**

MOMENTI FONDAMENTALI



PRERICOVERO

Valutazione da parte di anestesista e ortopedico dei fattori di rischio e di esclusione.



PRE OPERATORIO

Valutazione dei fattori correggibili (intrinseci/estrinseci) e dei fattori di esclusione



POST OPERATORIO

Mobilizzazione precoce

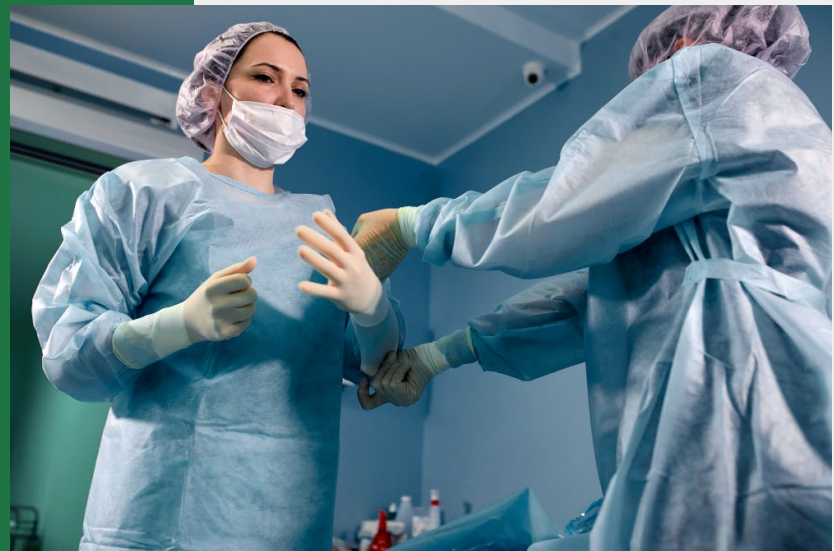


DIMISSIONE

monitoraggio remoto

02

L'INTERVENTO

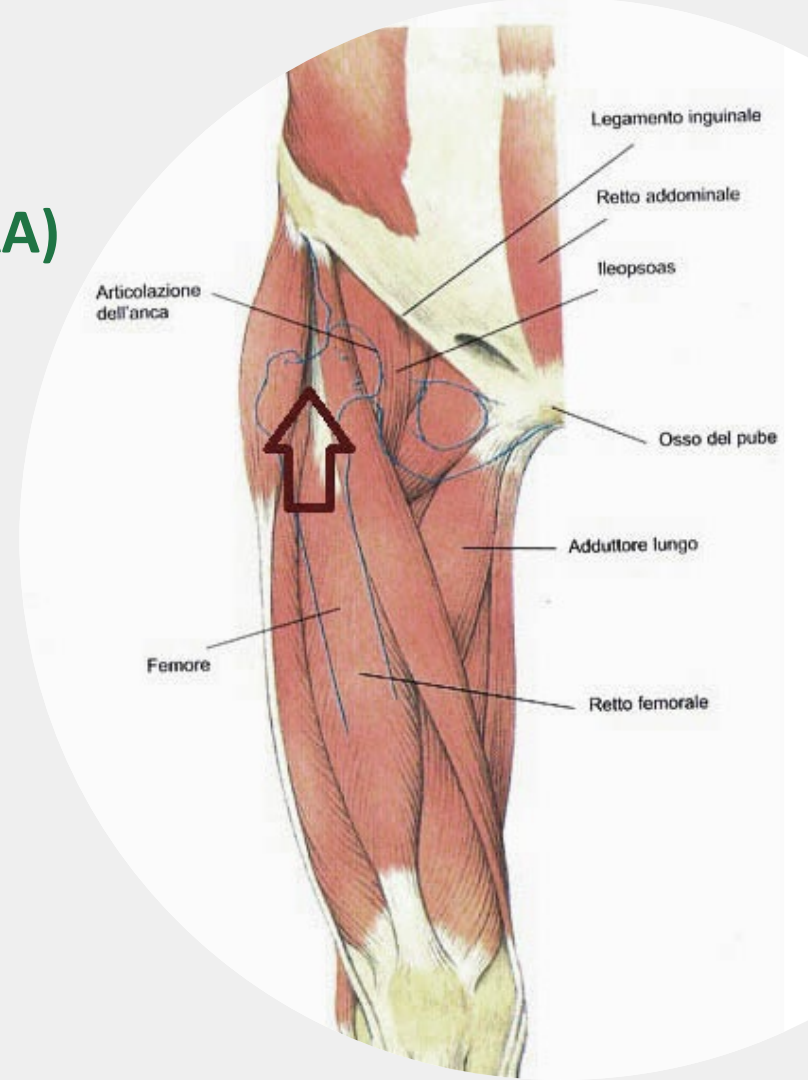


Strategie per ottimizzare perdite ematiche/dolore/recupero funzionale

- Anestesia spinale, LOCOREGIONALE (peng; BLOCCHI PERIFERICI)
- Acido tranexamico 1 g all'induzione
- Paracetamolo 1 g 30 minuti prima della fine dell'intervento
- Desametasone (8 mg nei non diabetici e 4 mg nei diabetici) → prevenzione nausea e vomito, normotermia, corretta gestione dei liquidi
- Opioid sparing nel postoperatorio → prevenzione nausea, vomito, difficoltà ad alimentarsi e a deambulare
- Infiltrazione di ferita con ropivacaina 0,2%
- Non usare drenaggio intrarticolare o cateteri vescicali → mobilizzazione già 4 ore dopo l'intervento
- Acido tranexamico 1 g 3 ore dopo la fine dell'intervento → riduzione rischio di sanguinamento e formazione di ematomi nel sito chirurgico

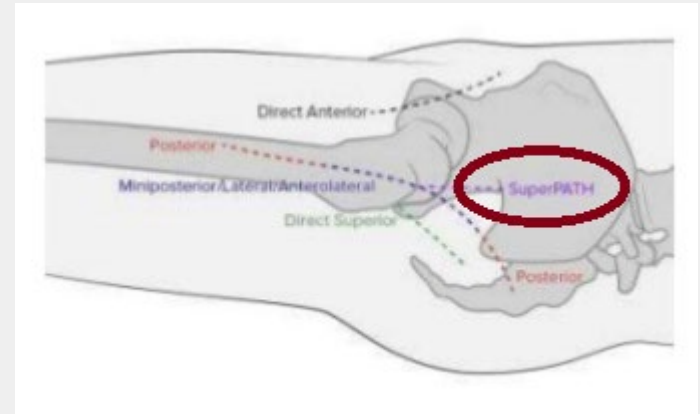
Vie chirurgiche mini invasive: via d'accesso anteriore diretta (DAA)

- Risparmio di ogni elemento muscolare o tendineo
- Ridotto taglio cutaneo (8-10 cm)
- Riduzione del dolore nel postoperatorio, minor ricorso ad analgesici,
- Minime perdite ematiche,
- Più rapido recupero funzionale e
- Minor tempo medio di ricovero
- Ridotti rischi di lussazione dell'impianto protesico



Vie chirurgiche mini invasive: via d'accesso superior percutaneously assisted total hip (SUPERPATH)

- Evoluzione della via di accesso posterolaterale
- Accesso percutaneo
- Possibilità di non lussare l'articolazione dell'anca (a differenza di tutte le altre metodiche)
→ zero rischio di lussazioni
- Paziente in decubito laterale, incisione di 6-10 cm dall'apice del gran trocantere
- Divaricazione della fibre del grande gluteo, incisione della capsula (anca ancora in situ), osteotomia in situ, applicazione del cotile



POST OPERATORIO

- Mobilizzazione precoce
- Deambulazione possibile dopo 4-6 ore dall'intervento con aiuto di fisioterapista



Le componenti tecnologiche

La pca, Patient Controlled Analgesia

infonde

l'appropriato antidolorifico sulla base di uno schema programmato ed attivabile dal paziente sulla base del proprio dolore.

L'infusore è portatile.

- Appositi controlli impediscono una assunzione non voluta, sovradosaggi, accessi impropri al serbatoio, interruzioni del flusso.
- **Controllo da remoto continuo dello stato dell'infusione e del livello di dolore**
- Possibilità di inviare messaggi di alert via sms o mail



Lo stato dell'arte

DOTAZIONE	L'IRCCS Gaetano Pini dispone di 15 devices. Ogni device è utilizzato da 156 pazienti/anno
OFFERTA	Utilizzano il devices 2304 pazienti/anno
DOMANDA	Rientra nel protocollo il 30% dei 7500 pazienti operati (2500/anno)
UTILIZZO	Attualmente lo strumento è utilizzato solo all'interno dell'ospedale E' in corso la formazione del personale

IL PROGETTO ANCA MI

Negli interventi PTA erogati dal 'Gaetano Pini' il device sarà applicato subito dopo l'intervento viene utilizzato dal paziente nell'intervallo fra le dimissioni (anticipate a 12 ore dall'intervento) e la visita di controllo (48 ore dall'intervento).

In questo arco di tempo il paziente è a casa sua e può assumere l'anestetico in base alla sua personale percezione del dolore (dentro limiti prefissati).

- Soddisfazione
- Autoefficacia
- Ruolo attivo del paziente



Continuità ospedale territorio

RICHIEDE Integrazione tra Ospedale e Strutture sul territorio

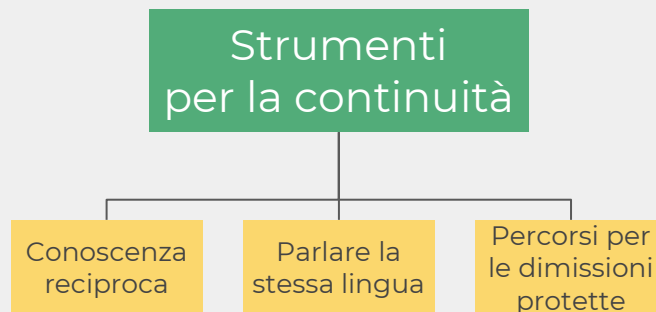
PRODUCE Risparmi
Qualità della vita del paziente
Soddisfazione dei professionisti

RISCHIA Sensazione di abbandono (dalle cure intensive al presidio di LT)
Riospedalizzazioni e accessi impropri

CONTINUITÀ OSPEDALE- TERRITORIO

Tratto da:
Sanità Pubblica e Indicatori di Qualità dei
Servizi
(POL)
Prof. Stefano Calciolari

È necessario creare un
percorso tra due sistemi
complessi, ricorrendo a più
STRUMENTI:



Per realizzare una vera continuità

Le strutture esistenti nel Territorio devono essere

- formate (ex ante e al bisogno con video e materiali velocemente accessibili)
- informate (devono conoscere la situazione del paziente nel percorso di cura)

Il paziente deve poter accedere 24/7 a centri di ascolto

- per le problematiche tecniche (distributore del device)
- per gli aspetti clinici (Anestesisti del Pini)

Il paziente deve aver chiaro a chi può rivolgersi e in quale situazione.

Ogni nodo (MMG, Areu, Centri di ascolto) deve avere una mappa chiara della rete stessa.

CONTINUITÀ OSPEDALE- TERRITORIO

Tratto da:
Sanità Pubblica e Indicatori di Qualità dei
Servizi
(POL)
Prof. Stefano Calciolari

Le **dimissioni programmate** sono un processo che in vista della dimissione della persona prende in considerazione aspetti quali la valutazione del bisogno socio-assistenziale complessivo da soddisfare, l'individuazione di un piano di dimissione personalizzato definito dal medico ospedaliero e comunicato ai referenti dell'assistenza sul territorio



Un territorio pronto ad accogliere

A questo scopo viene disegnata, formata e informata una **rete di sostegno** che comprende ogni articolazione della Sanità territoriale: MMG, Distretto, Areu

- MMG e Areu ricevono una formazione sul processo/sul device
- MMG e Areu Possono comunque accedervi in ogni momento
- MMG viene informato real time sul decorso ospedaliero del suo assistito

Un processo avvolto in un flusso di informazioni

1

Un paziente informato

Alla visita pre-anestesia paziente e caregiver ricevono un 'pacchetto informativo' che spiega l'intervento e il funzionamento del device e lo orienta nell'accesso ai nodi della rete

2

Un continuo monitoraggio

Il device trasmette in tempo reale informazioni sul funzionamento del sistema e sul tipo di utilizzo.

3

Due 'torri di controllo'

Il paziente può accedere 24/7 al **gestore tecnico** del device per chiarimenti sull'utilizzo del sistema.
Il paziente può accedere 24/7 alla **Centrale di ascolto** del Gaetano Pini / Ospedale di Comunita'

le Associazioni

Alla visita di controllo il paziente compila un breve questionario anonimo su

- utilizzo del device
- sostegno chiesto/ricevuto dalla rete
- Soddisfazione/suggerimenti

I questionari in busta chiusa insieme a interviste a MMG e Anestesisti sono raccolti annualmente e valutati insieme alle Associazioni dei pazienti.

- ne emerge un report di valutazione e miglioramento continuo del progetto

03 IMPATTO ECONOMIC O

7 milioni in meno ogni anno



IMPATTO ECONOMICO

Costo device		0
Costo monouso	18 € per pz	42.120 €/anno
Farmaci	consumo identico o inferiore	
Personale	+ persone per centrale ascolto	
Giornate ospedalizzazione (costo 800 €/giorno)	da 5 per 2340 pz/anno	11,2 milioni €
	a 2 per 2340 pz/anno	3,7 milioni €
Risparmio	7,5 milioni €/anno	

OVVERO AUMENTO DELLA ROTAZIONE DEI POSTI LETTO

DA DUE A TRE VOLTE LA
CAPACITA' ATTUALE DI
SVILUPPARE
VALORIZZAZIONE

Impatto a medio lungo termine

SERVIZIO

Il numero di interventi realizzabili aumenta (potenzialmente triplica superando il vincolo dei letti disponibili) riducendo la necessità di ricorrere a strutture convenzionate.

REPLICABILITÀ

Il modello è replicabile in altre strutture e su altri tipi di interventi

TERRITORIALITÀ

La Sanità territoriale è informata e coinvolta in sintonia con la riforma del SS regionale

PAZIENTE AL CENTRO

Coinvolgimento reale del paziente e dei suoi caregiver

ASSOCIAZIONI

Coinvolgimento reale delle Associazioni con un ruolo di controllo e stimolo

Che obiettivi raggiungiamo con ERAS

RISPARMIO

Netta riduzione del costo totale dell'intervento

EFFICIENZA

Raddoppio delle prestazioni erogabili dalla struttura
Si prevengono le riospedalizzazioni
Si prevengono accessi impropri ai PS

RIABILITAZIONE

Il paziente è stimolato alla mobilizzazione precoce

PERSONALIZZAZIONE

È il paziente a modulare l'anestetico in base al dolore percepito

TERRITORIALITÀ

Il paziente realizza che il territorio è il luogo della sua salute

GRAZIE PER L'ATTENZIONE



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Gaetano Pini