



7-8 Giugno 2019

Verso la Chirurgia Ortopedica Ambulatoriale

INTERNATIONAL
MEETING ORTHOPEA

Coordinatore: Paolo Perazzo

Milano

PROGRAMMA
PRELIMINARE

Architettura sanitaria al servizio del percorso ambulatoriale (del
paziente protesico)

Vittore Costa, Istituto Clinico Galeazzi





ARCHITETTURA DEL PROCESSO

STRUTTURA ARCHITETTONICA

- Perché e per quali esigenze oggi si dovrebbero costruire nuovi ospedali
- Che caratteristiche i reparti
- Quali i punti critici
- Quali caratteristiche esigenze oggi della chirurgia di domani?
- Mobilità???

Efficienza

Ottimizzare

Accesibilità

Soddisfazione

Br J Anaesth. **1997 May**;78(5):606-17.

Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation.

Kehlet H1.

.....To understand postoperative morbidity it is therefore necessary to understand the pathophysiological role of the various components of the surgical stress response and to determine if modification of such responses may improve surgical outcome. While no single technique or drug regimen has been shown to eliminate postoperative morbidity and mortality, **multimodal interventions may lead to a major reduction in the undesirable sequelae of surgical injury with improved recovery and reduction in postoperative morbidity and overall costs.**

Ann Surg. 2008 Aug;248(2):189-98.

Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery.

Kehlet H1, Wilmore DW.

CONCLUSION:

Multimodal evidence-based care within the fast-track methodology significantly enhances postoperative recovery and reduces morbidity, and should therefore be more widely adopted. Further improvement is expected by future integration of minimal invasive surgery, pharmacological stress-reduction, and effective multimodal, nonopioid analgesia.



I socioeconomic indicators for metropolitan France, 1980–2014 (selected years)



	1980	1990	1995	2000	2005	2010	2014
Total population (millions)	53.7	56.5	57.7	58.8	60.9	62.7	66.2
Population, female (% of total)	51.2	51.3	51.4	51.5	51.6	51.6	51.0
Population aged 0–19 years (% of total)	30.6	27.8	26.1	25.6	25.0	24.5	24.4 ^a
Population aged ≥ 60 years (% of total)	17.0	19.0	20.0	20.6	20.9	22.8	24.0 ^a
Population aged ≥ 75 years (% of total)	5.7	6.8	6.1	7.2	8.1	8.9	9.2 ^a
Population growth (average annual growth rate)	0.4	0.5	0.4	0.7	0.8	0.5	0.5 ^b
Population density (average per km ²)	100.83	106.65	108.72	111.22	115.36	118.74	121.00
Fertility rate, total (births per woman)	1.9	1.8	1.7	1.9	1.9	2.0	1.9 ^a
Birth rate, crude (per 1,000 people)	14.9	13.4	12.6	13.1	12.7	12.8	12.2 ^a
Death rate, crude (per 1,000 people)	10.2	9.3	9.2	9.0	8.6	8.6	8.8 ^a
Age dependency ratio (% of working population)	57.0	51.0	54.0	54.0	54.0	54.0	59.0
Percentage population urban	73.3	74.1	74.9	76.9	81.5	85.2	79.0
Proportion of single-person households	24.6	27.1	na	31	32.8	33.6 ^c	na
School enrolment, tertiary (% gross tertiary enrolment)	25.0	37.0	50.0	54.0	55.0	57.0	60.0

Sources: INSEE, 2013a; World Bank, 2015.

Notes: ^a2013 data; ^b2012 data; ^c2009 data; na: Not available.

POPOLAZIONE CHE CRESCE IN EUROPA PER L'AUMENTARE DELLA VITA MEDIA

Table 1.3

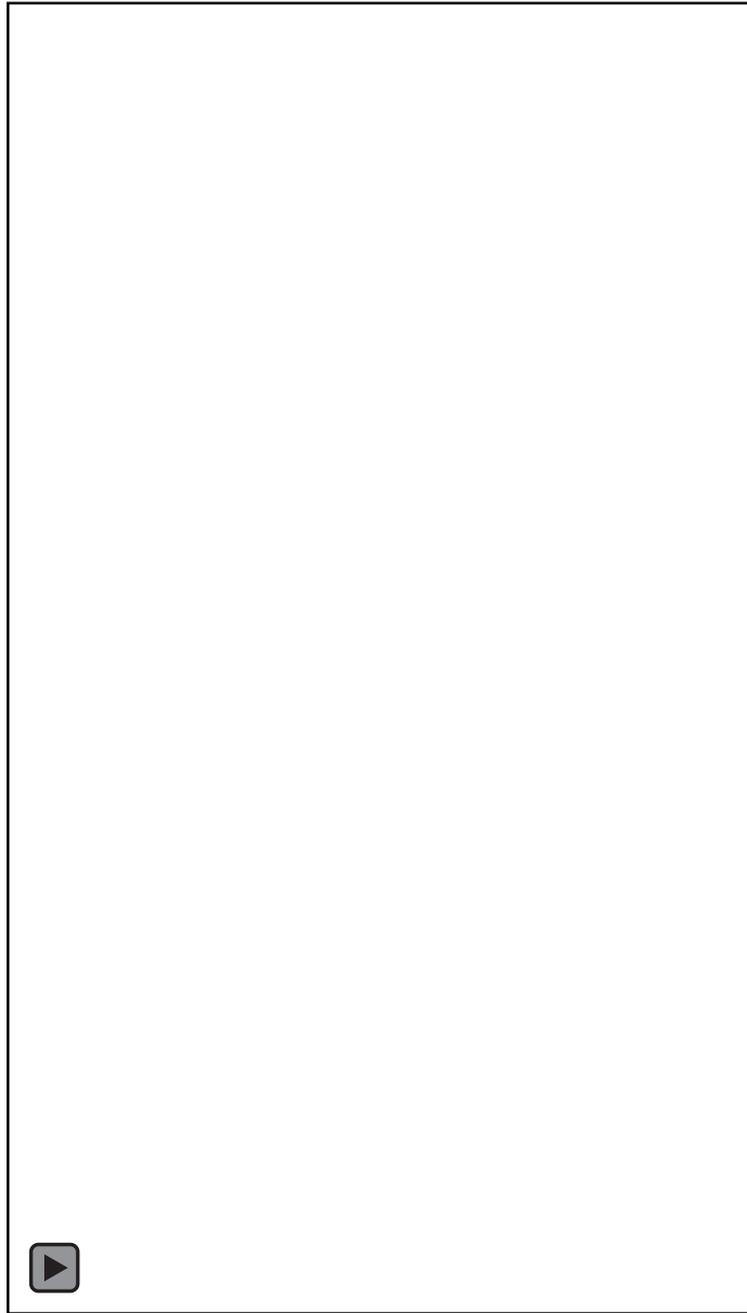
Mortality and longevity indicators, 1980–2013, selected years

	1980	1990	1995	2000	2005	2010	2013
Life expectancy at birth, total (years)	74.9	77.6	77.8	79.3	79.9	81.1	82.4
Life expectancy at birth, male (years)	70.8	73.4	73.4	75.3	76.7	78.2	79.0
Life expectancy at birth, female (years)	79.1	81.8	81.8	82.8	83.8	85.3	85.6
Total mortality rate, adult male (per 1,000)	196	168	156	138	127	116	109 ^a
Total mortality rate, adult female (per 1,000)	85	69	65	61	57	54	52 ^a
HLY at age 65, men	na	na	7.6	7.7	8.5	9.0	9.8
HLY at age 65, women	na	na	8.4	8.6	9.7	9.8	10.7
HLY at birth, men	na	na	60.0	60.1	62.3	61.8	63.0
HLY at birth, women	na	na	62.4	63.2	64.6	63.4	64.4



Sources: INSEE, 2013a; Eurostat, 2015; World Bank, 2015.

Notes: ^a2012 data; HLY: Healthy life-years; na: Not available.



La realtà
EVOLUZIONE
DEL
PAZIENTE

Gestione a distanza del paziente

Anticipant l'attente des Français qui sont 59 %, selon un sondage OpinionWay réalisé pour Elsan, à se dire prêts à être suivis à distance par leur équipe médicale, le groupe a ouvert la consultation « plaies et cicatrisation » de son Centre Clinical d'Angoulême à la télé-expertise, réalisée à ce jour grâce à une messagerie sécurisée. Elsan, qui investit 10 millions d'euros sur trois ans pour les seuls développements numériques, a d'ores et déjà lancé deux applications gratuites, l'une utilisée à ce jour par 6.000 patients pour les guider dans leurs démarches, la prise en charge et le suivi des soins, l'autre destinée aux futures mamans.

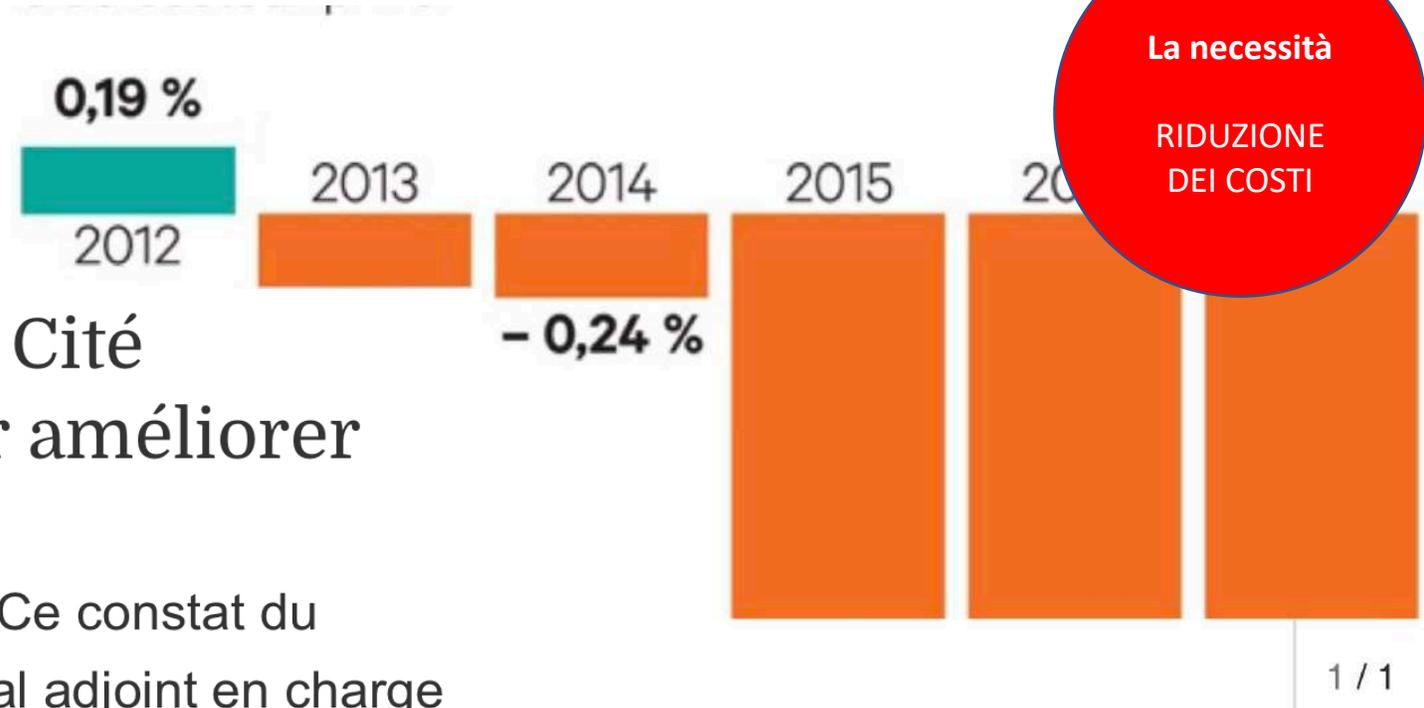
La realtà
EVOLUZIONE
DEL
PAZIENTE

Applicativi che accompagnano il paziente

**ESIGENZA DI UNA RETE TERRITORIALE POTENZIATA ED EFFICIENTE
(Accessibilità => Urbanistica, parcheggi,...)**

RGDS, Elsan ou encore Santé Cité investissent lourdement pour améliorer les parcours de soins.

« La médecine change à une allure folle. » Ce constat du docteur Jacques Delfosse, directeur général adjoint en charge du développement médical du groupe Elsan, un des leaders de l'hospitalisation privée avec le groupement coopératif Santé Cité et le groupe Ramsay Générale de Santé (RGDS), est on ne peut plus d'actualité. Pour cela, et parce qu'ils sont confrontés économiquement, selon les propres termes de Jérôme Nouzarède, le président d'Elsan, à une « équation impossible » (lire ci-dessous), les leaders français de l'hospitalisation privée innovent et se restructurent.



RIDURRE I COSTI E RISORSE
MANTENERE ELEVATI STANDARD QUALITATIVI

EQUAZIONE IMPOSSIBILE

IL SISTEMA SANITARIO COSTA 130 MILIARDI

Table 4.1

Mix of beds in acute hospitals, psychiatric hospitals and long-term care hospitals in France, per 1000 population, 1990–2011, selected years

	1990	1995	2000	2005	2010	2011
Total number of hospital beds	9.8	8.9	8.2	7.4	6.6	6.4
Acute care beds	5.2	4.6	4.2	3.8	3.5	3.4
Psychiatric hospital beds	1.7	1.3	1.1	1.0	0.9	0.9
Long-term care beds	1.2	1.4	1.4	1.2	0.6	0.5
Rehabilitation hospital beds	1.7	1.5	1.5	1.5	1.6	1.6



Source: Eco-Santé, 2014.

GARANTIRE LEA ELEVATI

La necessità

RIDUZIONE
DEI COSTI

SI DEVE RISTRUTTURARE L'OFFERTA OSPEDALIERA

La necessità

RIDUZIONE
DEI COSTI



A commencer par RGDS, le numéro un du secteur. « Il y a trop de lits d'hôpitaux en France, il faut restructurer l'offre hospitalière par la qualité », explique **Pascal Roché**, directeur général de RGDS. Exemple, le groupe est en train de fermer toutes ses maternités réalisant moins de 600 naissances par an, partant du constat que le secteur privé assure aujourd'hui

A QUALI SFIDE DEVE RISPONDERE L'OSPEDALE DI DOMANI?

Il futuro è sempre più «Day Hospital»

Se fino a poco tempo fa le strutture erano pensate in gran parte per accogliere i malati - **l'80% degli spazi erano infatti dedicati alla degenza - adesso la tendenza è opposta**. Grazie all'evoluzione della tecnologia, infatti, spazi sempre più consistenti vengono occupati dalle macchine dedicate alla diagnostica, alle terapie e alle sale operatorie. **Ottimizzare i processi di cura, abbreviare le attese, la durata del percorso diagnostico e terapeutico e la degenza - dando maggiormente spazio ai «day hospital» - significa migliorare in modo decisivo la resa della «macchina ospedale» e la stessa qualità di vita del paziente.** Ma per arrivare a questo risultato di fondamentale importanza è l'architettura con cui viene progettato l'ospedale.

Le gouvernement veut accélérer le « virage ambulatoire »

De la chirurgie à la médecine plus classique, ce mode d'intervention est appelé à se développer dans les années à venir. Avec des économies importantes à la clé.

MARIE-CECILE RENAULT
@Firenault

SANTÉ Entrer à l'hôpital le matin, être opéré, sortir le soir... et recevoir le lendemain le SMS d'un robot - on dit « chatbot » - qui prend des nouvelles ! Cette séquence n'a rien à voir avec de la science-fiction mais est désormais une réalité pour les patients de l'AP-HP, qui s'est équipée d'un algorithme conçu par la société Calmedica, déjà utilisé par une centaine d'hôpitaux publics et privés en France. Loin d'y voir une forme de déshumanisation, patients et soignants sont au contraire unanimes sur les bienfaits de ce service.

C'est un des signes du « virage ambulatoire », c'est-à-dire d'une hospitalisation sans nuit passée sur place, qui s'accélère. L'idée n'est pas nouvelle, tous les gou-

vernements ont cherché à l'encourager depuis plusieurs années pour des raisons tant médicales qu'économiques. Mais Agnès Buzyn, qui a fait de la pertinence des actes la priorité des priorités, veut aller plus loin. « D'ici à 2022, je souhaite porter la médecine ambulatoire à 55 % et la chirurgie ambulatoire à 70 % », contre 43 % et 54 % aujourd'hui, a annoncé en octobre le ministre de la Santé. Un cap déjà largement franchi par des pays comme la Suède ou le Danemark, où 90 % des actes chirurgicaux se font en ambulatoire.

5 milliards d'euros par an L'objectif est double. D'une part, l'amélioration de la sécurité et de la santé des patients. D'autre part, la réduction du coût unitaire des interventions en raccourcissant la durée de séjour à l'hôpital. En septembre 2013, la Cour des

Les tarifs hospitaliers intégreront une forte incitation à la médecine ambulatoire : la chirurgie n'est pas la seule concernée, il est grand temps d'étendre le virage ambulatoire à la médecine

EDOUARD PHILIPPE

comptes avait évalué à 5 milliards d'euros par an les économies réalisables grâce à ce mode de soins.

Mais cela implique des changements d'organisation radicaux pour les hôpitaux et de pratiques pour les professionnels. Et nécessite aussi de lever un certain nombre d'obstacles, notamment de financement, puisque les recettes générées sont inférieures à celles réalisées auparavant en hospitalisation complète. Il faut aussi assurer une meilleure coordination entre l'hôpital et la médecine de ville (libérale) pour garantir un bon suivi des patients.

« Dès cette année, les tarifs hospitaliers intégreront une forte incitation à la médecine ambulatoire : la chirurgie n'est pas la seule concernée, il est grand temps d'étendre le virage ambulatoire à la médecine », a indiqué Edouard Philippe, en février à Faubonne (95), en présen-

tant le plan de transformation de l'offre de soins, dont les premières mesures sont attendues fin mai.

Longtemps en retard sur l'ambulatoire, la France a fait des progrès : 90 % des opérations de la cataracte se font désormais en ambulatoire, contre seulement 30 % en 2000. Mais « la France doit poursuivre ses efforts, par exemple pour accroître le nombre d'ablations d'amygdales effectuées en chirurgie de jour », recommande l'OCDE, soulignant que moins du quart des opérations des amygdales y sont faites en ambulatoire contre plus des deux tiers en Belgique, au Canada, en Suède et en Finlande. Et si la durée moyenne de séjour à l'hôpital a diminué de 11,7 jours en 2003 à 10,1 jours en 2014, la France reste le troisième pays de l'OCDE avec la plus longue durée moyenne de séjour à l'hôpital. Derrière le Japon et la Corée. ■



À l'hôpital, nous allons favoriser l'ambulatoire. En chirurgie, par exemple, l'objectif est qu'en 2022 sept patients sur dix qui entrent à l'hôpital le matin en sortent le soir, contre cinq aujourd'hui

AGNÈS BUZYN, MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, EN OCTOBRE 2017
GUILLOT / AFP



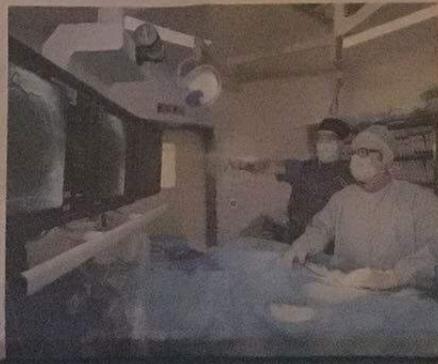
À l'hôpital, nous allons favoriser l'ambulatoire. En chirurgie, par exemple, l'objectif est qu'en 2022 sept patients sur dix qui entrent à l'hôpital le matin en sortent le soir, contre cinq aujourd'hui

AGNÈS BUZYN, MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, EN OCTOBRE 2017
GUILLOT / AFP

70 %
Objectif d'actes de chirurgie pratiqués en ambulatoire en 2022 contre 54% en 2016

7,7 millions
Nombre de séjours ambulatoires en 2016, dont 3,8 millions dans le privé

85 %
des Français prêts à accepter une chirurgie ambulatoire si leur médecin la leur propose



Prof. J.P. Triboulet (Presidente Associazione Francese Chirurgia Ambulatoriale)

"Dire que la chirurgie ambulatoire ne concerne que des actes de chirurgie simple est une caricature. La chirurgie ambulatoire a progressé dans tous les domaines. On peut faire des gestes de plus en plus sophistiqués en ambulatoire. Il n'y a pas de mode et il n'est pas nécessaire de progresser dans la lourdeur des gestes.

"On s'est aperçu que pour certains gestes, les suites étant simples, du moins pour l'équipe, on pouvait proposer aux patients une prise en charge en ambulatoire. D'ailleurs les patients sont en général satisfaits à 95 %. Chaque année dans chaque spécialité, des gestes supplémentaires sont proposés en ambulatoire. La chirurgie ambulatoire n'est ni limitée aux petits gestes, ni à un exercice libéral ou privé ou public."

"Globalement le **risque d'infections nosocomiales** est diminué par 4. Les infections liées aux soins ou plus exactement les infections du site opératoire, sont diminuées par 4. Il s'agit de l'un des avantages de la chirurgie ambulatoire. Le risque de **phlébite** est aussi diminué... La question qui se pose est donc de savoir pourquoi on garde un patient à l'hôpital."

Prof M Beaussier(Responsabile dell'Unità di chirurgia ambulatoriale dell'Ospedale Universitario Saint Antoine)

"L'ambulatoire présente un réel intérêt pour les patients. Grâce à la chirurgie ambulatoire, on réduit les risques infectieux, l'organisation est centrée sur le patient avec une réflexion consensuelle de toutes les équipes pour faire en sorte que cela se passe au mieux. Avec la chirurgie ambulatoire, la prise en charge est excellente.

"Le fait de faire beaucoup d'actes sans avoir d'hospitalisation permet surtout un fonctionnement plus fluide de l'hôpital, elle permet de libérer des lits d'hospitalisation pour les réserver à des pathologies plus lourdes. L'ambulatoire est donc très intéressante pour les institutions."

NUOVI PROTOCOLLI DI CURA

NUOVI PROTOCOLLI DI ORGANIZZAZIONE



A l'instar de l'application développée pour avoir en temps réel le temps d'attente dans ses services d'urgence, RGDS en a lancé une autre, à ce jour dans 3 établissements, Start'Op, afin de fluidifier l'admission des patients. L'excellence opérationnelle dans le parcours de soins, c'est aussi l'objectif du groupe Elsan, né de la fusion de Vedici et Vitalia, et en passe d'absorber MédiPôle Partenaires. « L'objectif est d'installer dans nos cliniques des parcours personnalisés », explique le professeur Gilles Kemoun, en charge de ce dossier. C'est le cas en orthopédie, où a été créée une fonction d'infirmière coordonnatrice et mis en place des partenariats avec d'autres acteurs de la chaîne de soins.

**APPLICAZIONI PER LA
GESTIONE DEL FLUSSO**

J Med Internet Res. 2017 Aug 24;19(8):e295.

The Use of Mobile Apps and SMS Messaging as Physical and Mental Health Interventions: Systematic Review.

Rathbone AL#1, Prescott J1.

CONCLUSIONS:

The review shows the promising and emerging efficacy of using mobile apps and SMS text messaging as mHealth interventions.

JMIR Res Protoc. 2019 Jan 16;8(1)

Effect of a Mobile App on Preoperative Patient Preparation for Major Ambulatory Surgery: Protocol for a Randomized Controlled Trial.

Herrera-Usagre M1,2, Santana V1, Burgos-Pol R3, Oliva JP#4, Sabater E3, Rita-Acosta M5, Casado MA3, Cruces S4, Pacheco M1, Solorzano Perez C4.

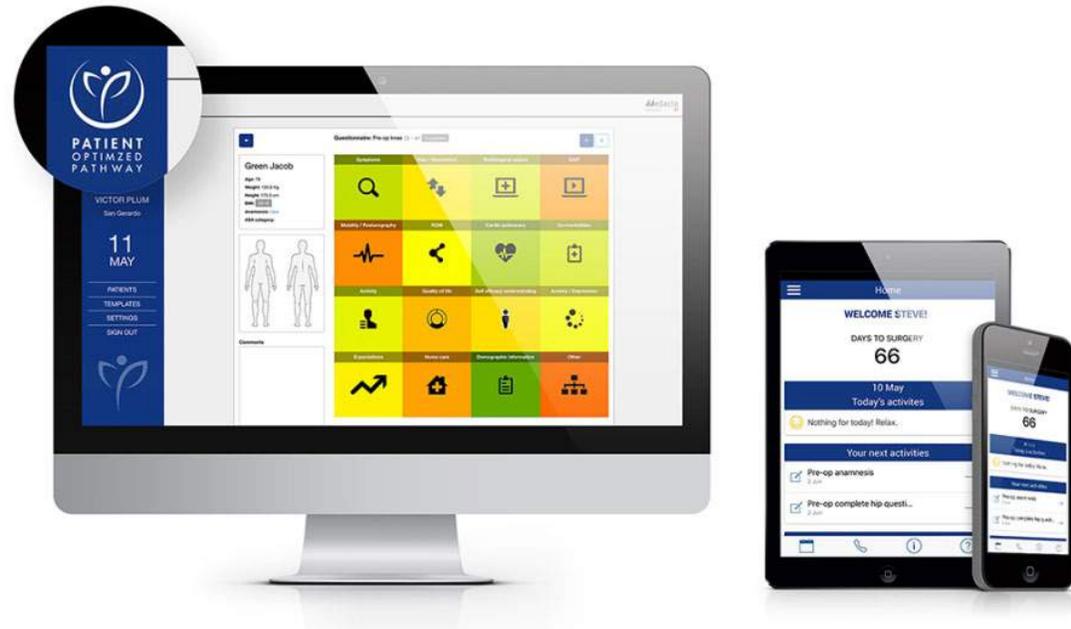
CONCLUSIONS:

Progress in the integration and interoperability of information systems represents a major step forward in the field of mHealth. The app will allow health professionals to monitor in real-time patients' preparation and critical preoperative recommendations fulfillment. We expect a reduction in avoidable preoperative cancellations due to a lack of or a poor patient preparation. Self-assessed Web-based questionnaires and focus group will provide important information about the perceived usability and utility of Listeo+ app among patients and health care professionals.

Parcours Optimisé Patient



POP



LE PERSONE AL CENTRO DI TUTTO

Le modèle Toyota

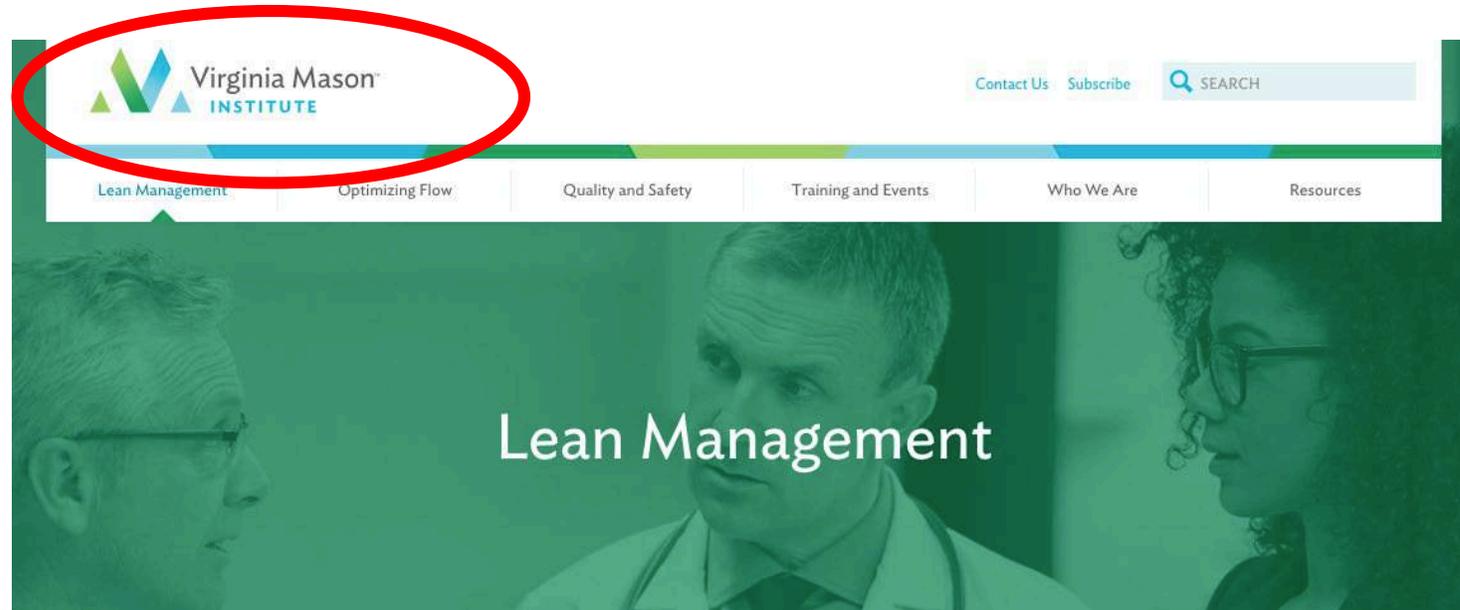


- Le Lean Healthcare est une application du modèle Toyota au système de santé.
- L'inventeur de la méthode Toyota est Taiichi Ono, ingénieur industriel japonais, qui développa le Toyotisme dont le principal concept est le Lean.
- Méthode reconnue mondialement comme étant la plus performante en matière d'efficacité de gestion.
- Appliqué depuis de nombreuses années dans les hôpitaux Européens et Américains.
- Au Québec, connu depuis peu et démarrage en cours de multiples projets(250 projets répertoriés).

Quelques données sur le Lean Healthcare



- 60% des coûts totaux sont dûs aux gaspillages (gaspillages de temps, de ressource et de matériel).
- On peut sauver jusqu' à 50% du travail et de l' espace en se convertissant au Lean.
- Le lean permet de réduire la durée de séjour des patients de 34%.
- Le Bolton Hospital a réduit son taux de mortalité de 36% lors de trauma.
- Source: - ROBERT, C. (2007). *Improving Healthcare Using Toyota Lean Production Methods*. Milwaukee, ASQ Quality Press,
- Graban, M. (2009). *Lean Hospitals:improving Quality, Patient Safety and Employee Satisfaction*. New-York, Productivity Press



L'ospedale ha iniziato a sperimentare il sistema Toyota riducendo le distanze di 55km, liberati spazi per 1200mq e nel complesso risparmiato 11mln di dollari riducendo infezioni e aumentando la soddisfazione dei pazienti. Ridotti i tempi morti del 50%

Reprinted from Canadian Healthcare Technology, February 2017 issue

CANADIAN Healthcare Technology

www.cahealth.com

**Hôpital CSSS de Trois-Rivières goes
with lean solution for the ER**

ACCUEIL | JUSTICE ET FAITS DIVERS

La Cour supérieure tranche contre une méthode de type Lean dans un CIUSSS de Montréal

Publié le dimanche 23 avril 2017 à 19 h 18

Mis à jour le lundi 24 avril 2017 à 15 h 30

Ospedali del futuro: nuove costruzioni per avere cure migliori e risparmiare

Maurizio Mauri, presidente del «Cneto» (Centro nazionale per l'edilizia e la tecnica ospedaliera), racconta i progetti ideali per la sanità. «Il 60% delle strutture ha più di 40 anni e la metà degli edifici ha dimensioni troppo piccole».

LA STAMPA 07.09.2017

PERCHE' COSTRUIRE NUOVI OSPEDALI?

Come spiega **Maurizio Mauri**, presidente del «Cneto» (Centro nazionale per l'edilizia e la tecnica ospedaliera), «ad oggi lo “stato di salute” degli ospedali italiani non è dei migliori. **Due dati su tutti: il 60% delle strutture ha più di 40 anni e la metà di tutti gli ospedali ha dimensioni troppo piccole.** Ne consegue che nel primo caso siamo di fronte ad edifici non sempre sicuri, nel secondo caso a farla da padrone è l'inefficienza. Un buon ospedale, invece, deve essere pensato e costruito appositamente, dal tetto fino alle cantine. I vecchi edifici storici, per quanto suggestivi, non si possono certo adattare alla medicina del terzo millennio».

Costruire nuovi ospedali consente un risparmio per il sistema sanitario

GESTIONE DEL FLUSSO

«Oggi già diverse strutture cominciano ad assomigliare all'ospedale del futuro. Luoghi in cui il paziente, **proprio come quando ci si reca in aeroporto per il check-in**, non sarà più costretto a "correre" per diversi reparti, ma potrà essere seguito in un unico ambulatorio dove avrà a disposizione i diversi specialisti. Non più un ospedale costruito solo sulle esigenze del medico, bensì su quelle del malato», spiega l'esperto.

RIDUZIONE DEI COSTI

Sogno o realtà? A guardare i conti questo cambio di paradigma appare possibile: per un ospedale con queste caratteristiche - e di dimensioni medie - il costo medio si aggira intorno ai **100-150 milioni di euro**. Ma grazie alle prestazioni erogate e al risparmio generato dalla maggiore efficienza **il rientro dai costi è previsto in periodi brevi, non più di 3-4 anni**. Un investimento decisamente più sostenibile rispetto alla laboriosa e difficile ristrutturazione degli ospedali tradizionali, vecchi di decenni e spesso inadeguati.

+++ EFFICIENZA
+EFFICACIA

«Dei mille ospedali italiani solo una minima quota soddisfa questi nuovi requisiti ma culturalmente il concetto **di un nuovo modo di fare ospedale sta cominciando a diffondersi**» conclude Mauri.

Consapevoli (fautori) della necessità (volontà) di un cambiamento i grandi gruppi della Sanità privata francese sono pronti ad investire. Il gruppo RGDS negli ultimi 5 anni ha investito circa 400 milioni di euro in nuove cliniche dedicate alla chirurgia ambulatoriale



Clinique
Monticelli-Vélodrome



MON COMPTE
RAMSAY SERVICES

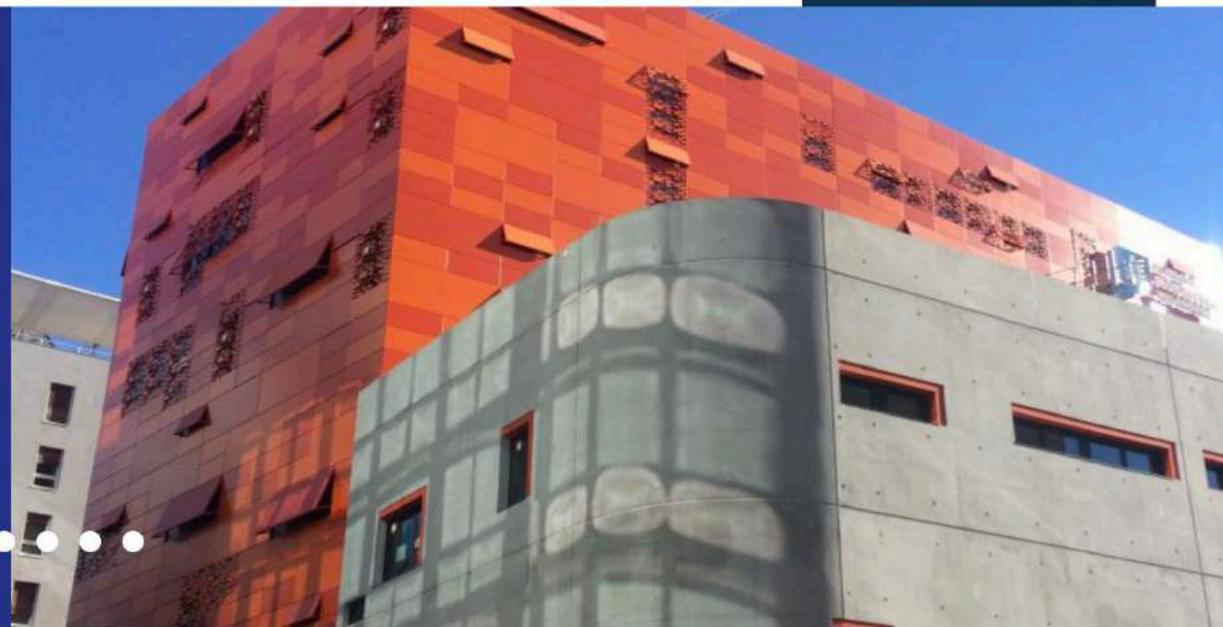


RECHERCHER



CENTRE DE RÉFÉRENCE DANS LE DOMAINE DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

EN SAVOIR PLUS



QUALI CARATTERISTICHE DOVRANNO AVERE?

Ospedali sempre più bassi e sviluppati in orizzontale

«Per anni - spiega Mauri - le strutture sono state costruite seguendo un modello verticale. Oggi sappiamo che questa logica è altamente inefficiente. **Ospitalità, efficienza e flessibilità si realizzano solo quando un edificio si sviluppa in orizzontale.** Ridurre lo sviluppo in altezza significa, per esempio, **ridurre i trasporti verticali**, spesso fonte di disagi e intoppi. Ecco perché è preferibile che un ospedale moderno **non sia più alto di tre piani** e che il paziente nei suoi differenti percorsi - **dalla sala operatoria alla degenza** - debba essere costretto a trasferimenti verticali o essere «trasportato» **per non più di 100 metri.** Tutto ciò significa condizioni migliori per il malato - oggi in alcuni ospedali il passaggio da un reparto ad un altro è fatto addirittura in ambulanza - e minori risorse da impiegare».



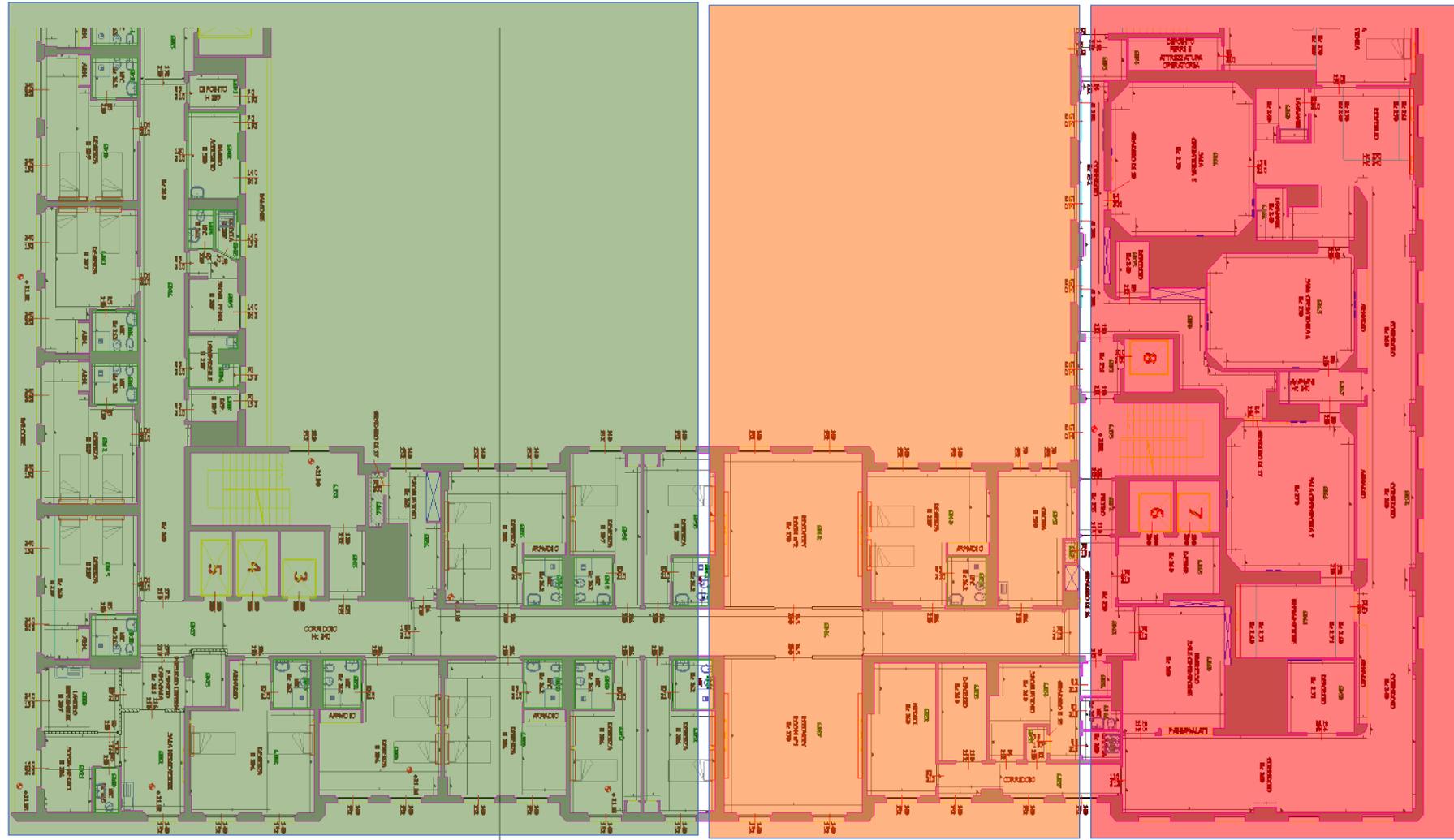
Memorial Sloan Kettering Regional Ambulatory Cancer Center
(was an existing 1950s office building)



Un peu plus de **deux ans après** la pose de la première pierre du chantier, c'est ce jeudi que débute le grand

déménagement de l'hôpital privé **Dijon-**

Bourgogne, situé au parc Valmy, au nord de la ville, et qui regroupe trois cliniques de l'agglomération : Sainte-Marthe, celle de Chenôve et celle de Fontaine-lès-Dijon.



- sviluppa in orizzontale.
- ridurre i trasporti verticali
- dalla sala operatoria alla degenza per non più di 100 metri
- **Sbilanciato verso la degenza**

Camere singole per ridurre le infe

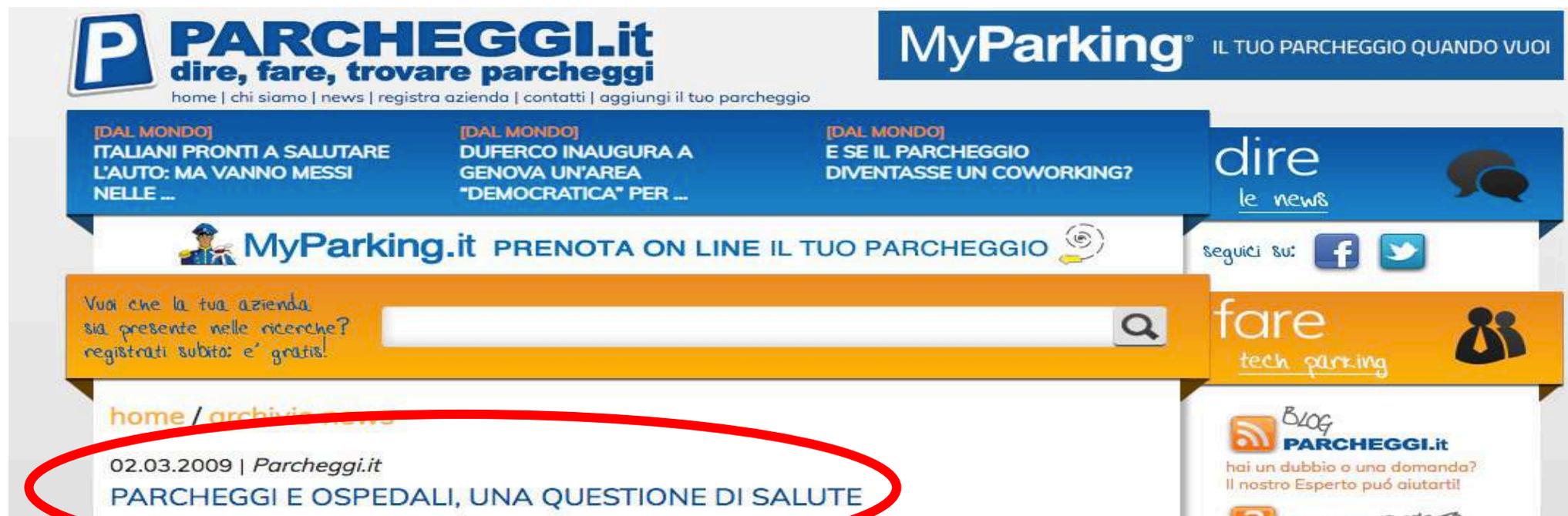
Ma un'ulteriore rivoluzione, ancora più visibile all'occhio di chi entra in ospedale, sono le **camere singole e con bagno privato**, con la possibilità di ospitare un parente, temperatura e dalle luci regolabili, saranno sempre più diffuse. I dati a queste stanze singole, **il benessere del paziente è maggiore** e la **nosocomiali** - vera e propria piaga per gli ospedali - **è ridotta al**

DALLA DEMATERIALIZZAZIONE DELL'OSPEDALE
ALLA DE-OSPEDALIZZAZIONE DELLE CURE



**THE HOLYSTIC APPROACH
TO THE JOINT REPLACEMENT**

ERMITAGE MEDICAL HOTEL
Via Monte Ortone 1, Abano terme
25.05.2019



The screenshot shows the website interface for PARCHEGGI.it. At the top left is the logo 'P PARCHEGGI.it dire, fare, trovare parcheggi' with navigation links: 'home | chi siamo | news | registra azienda | contatti | aggiungi il tuo parcheggio'. To the right is a blue banner for 'MyParking® IL TUO PARCHEGGIO QUANDO VUOI'. Below this are three news snippets: '[DAL MONDO] ITALIANI PRONTI A SALUTARE L'AUTO: MA VANNO MESSI NELLE ...', '[DAL MONDO] DUFERCO INAUGURA A GENOVA UN'AREA "DEMOCRATICA" PER ...', and '[DAL MONDO] E SE IL PARCHEGGIO DIVENTASSE UN COWORKING?'. A central banner for 'MyParking.it PRENOTA ON LINE IL TUO PARCHEGGIO' includes a search bar with the text 'Vuoi che la tua azienda sia presente nelle ricerche? registrati subito: e' gratis!'. On the right, there are sections for 'dire le news', 'fare tech parking', and a 'Blog PARCHEGGI.it' section with the text 'hai un dubbio o una domanda? Il nostro Esperto può aiutarti!'. A red oval highlights the breadcrumb 'home / archivio news' and the article title '02.03.2009 | Parcheggi.it PARCHEGGI E OSPEDALI, UNA QUESTIONE DI SALUTE'.

C'è chi chiede più attenzione per chi parcheggia all'ospedale, ma senza cadere nella demagogia, chi sostiene che il parcheggio a pagamento degli ospedali non è un problema di cifra ma un gesto di accoglienza verso un cittadino, chi invece sottolinea il fatto che gratis non è possibile perché sarebbe utilizzato anche da chi non si reca all'ospedale... e chi più ne ha più ne metta.

NO PARKING

NO BUSINESS

Conclusioni

- A nuove esigenze si risponde con NUOVI MODELLI ASSISTENZIALI che esigono **NUOVI MODELLI STRUTTURALI**
- I nuovi protocolli terapeutici AUMENTANO la SODDISFAZIONE e RIDUCONO I RISCHI: **CENTRALITA DEL PAZIENTE**
- Essenziale la SELEZIONE e la PREPARAZIONE del paziente con percorsi multidisciplinari e personalizzati attraverso il coinvolgimento anche di nuove figure professionali (INFERMIERE COORDINATORE, sofrologo, nutrizionista, life coach, ..): **STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO**
- Potenziare la CONNESSIONE AL TERRITORIO con un “trasferimento” a domicilio delle cure e utilizzo di sistemi di verifica a distanza delle condizioni del paziente (applicazioni, devices, messaggistica, ...): **ACCESSIBILITA'**
- Scegliere CHIRURGIA MENO AGGRESSIVA e STRATEGIE ANESTESIOLOGICHE che puntino a ridurre il dolore post operatorio e le nausee.
- Continuità terapeutica: DOMICILIO-OSPEDALE-DOMICILIO

TAKE HOME MESSAGE

INNOVARE DALLE FONDAMENTA

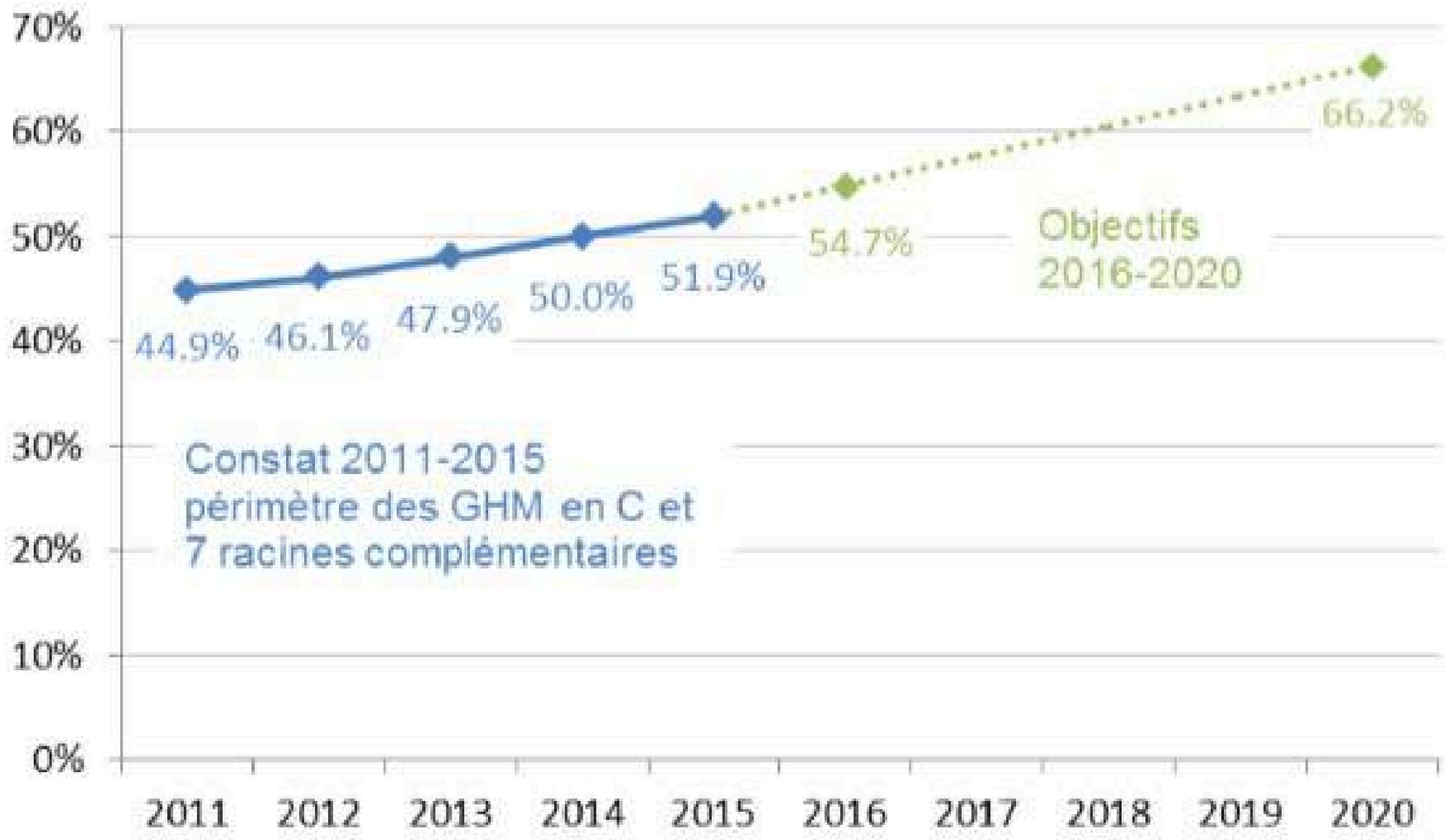
TENDERE AL MIGLIORAMENTO CONTINUO SENZA PREGIUDIZI



atih

AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

Figure 1 : Taux de chirurgie ambulatoire observé 2011-2015 et objectifs 2016-2020



Constat 2011-2015
périmètre des GHM en C et
7 racines complémentaires

Objectifs
2016-2020



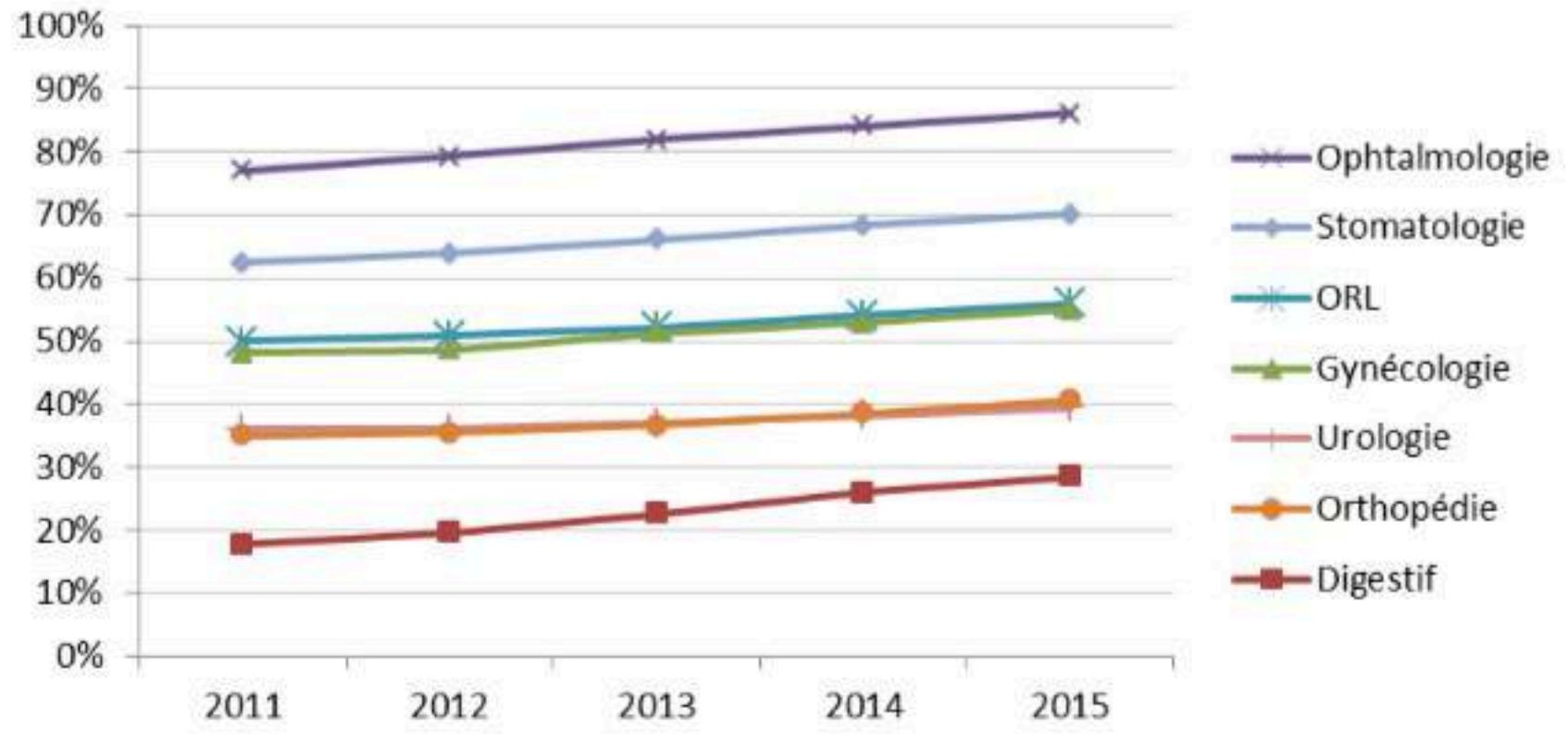
Evolution des taux de recours à la chirurgie et à la chirurgie ambulatoire, France 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Taux de recours global à la chirurgie (pour 1 000 habitants)	91.8	92.7	93.0	94.2	94.4
Taux de recours à la chirurgie en <u>hospitalisation complète</u> (pour 1 000 habitants)	50.6	50.0	48.4	47.1	45.3
Taux de recours à la chirurgie <u>ambulatoire</u> (pour 1 000 habitants)	41.2	42.8	44.7	47.1	49.1
Taux de chirurgie ambulatoire	44.9%	46.1%	47.9%	50.0%	51.9%
		2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015
Evolution du taux de chirurgie ambulatoire		2.7%	4.0%	4.2%	3.9%

En 2015, plus d'une prise en charge sur deux s'effectue en ambulatoire.

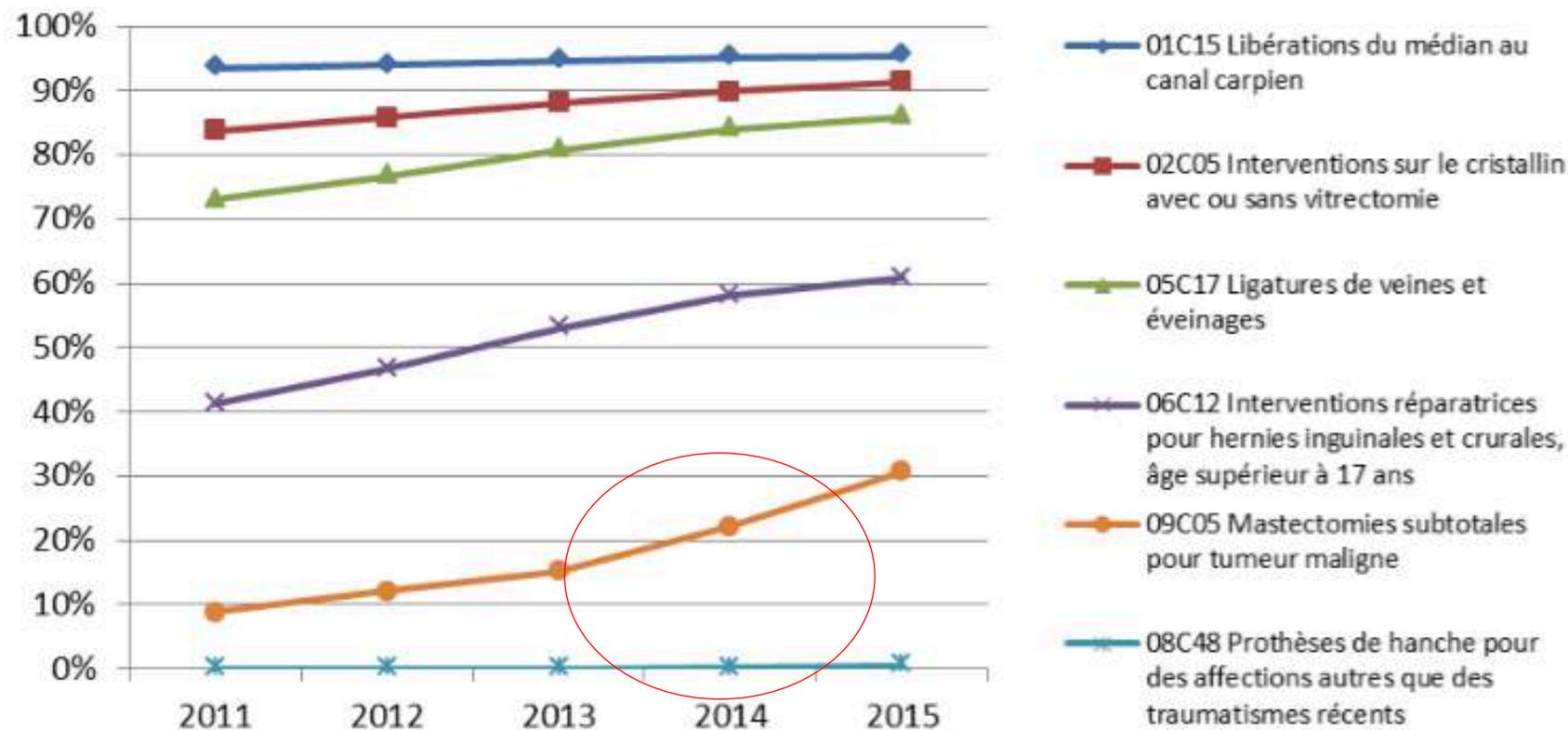


Figure 11 : Evolution du taux de chirurgie ambulatoire par spécialité chirurgicale



cristallin (02C05)). On constate de fortes progressions de certaines prises en charge jusque-là peu réalisées en ambulatoire (exemple : mastectomies (09C05). Enfin, on note des pratiques émergentes ambulatoires (exemple : prothèses totales de hanche (08C48)).

Figure 12 : Evolution du taux de chirurgie ambulatoire pour certaines racines



DMS PTH et PTG

Améliorer nos pratiques

Prothèse de hanche 08C48		DMS HC 2017	
24 séjours sur 11 mois			
LAUDE - 10001162469			3,25
COSTA VITTORE - 10100662310			2,40
MEYER MATHIEU - 10004087663			3,18
MEYER A - 10100108801			4,47
DEJEAN OLIVIER.. - 10003931994			4,52
	moy		5,29
GEROMETTA - 10100579944			6,00
HERMAN - 10000410364			6,00
JAULIN PHILIPPE - 10000464916			6,00
BOHU - 10005188130			6,13
LEFEVRE - 10003954889			6,80
GARCON PIERRE - 10003953717			7,50

Prothèse de genou 08c24		DMS HC 2017	
243 séjours sur 11 mois			
COSTA VITTORE - 10100662310			6,41
MEYER MATHIEU - 10004087663			4,51
MEYER A - 10100108801			5,44
GRIMAUD Olivier - 10100294650			6,19
BOHU - 10005188130			6,33
GEROMETTA - 10100579944		moyenne	6,67
LEFEVRE - 10003954889			6,88
JAULIN PHILIPPE - 10000464916			6,90
LE CORRE NOEL - 10000621085			7,14
DEJEAN OLIVIER.. - 10003931994			7,73
HERMAN - 10000410364			7,85
GARCON PIERRE - 10003953717			8,00

Ramsay Générale de Santé Clinique du Sport

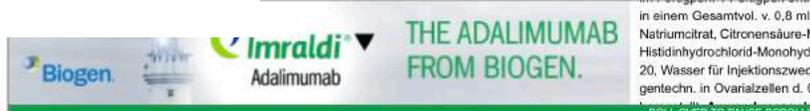
La Clinique du Sport Paris 5:

- 1) 6500 séjours par an
- 2) 740 prothèses

DMS :

- DMS PTH **3,18 (3,25)**
- DMS PTG **4,51 (6,45)**

TASSO CHIR PROTESICA AMBULATORIALE **15%**



Actualités & Opinions > Actualités Medscape > Congrès d'orthopédie, SOFCOT 2017

80 % de prothèses du genou en ambulatoire : les clés de la réussite

Étude Leclubier

AUTEURS ET DÉCLARATIONS | 23 novembre 2017

 Commenter
 





Paris, France—Le nombre de prothèses du genou (PTG) pratiquées en ambulatoire en France a été multiplié par 7 entre 2014 et 2016 mais reste très marginal, selon le **Dr Jérôme Villeminot**, chirurgien orthopédiste à la clinique Sainte Odile d'Haguenau (Alsace).



Dr Jérôme Villeminot

Lors du congrès annuel de la **Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique (SOFCOT)**^[1], le spécialiste du genou a encouragé les équipes d'orthopédie à passer le cap sans tarder : « L'ambulatoire pour la PTG, essayez mais pas demain ! », a-t-il lancé devant une salle comble.

Lors d'un entretien accordé à *Medscape édition française*, le chirurgien est revenu sur la place de l'ambulatoire dans l'implantation des prothèses du genou en France

aujourd'hui, sur les freins et les clés du succès de ce nouveau type de prise en charge.

Medscape : Lors de votre intervention, vous avez montré que le nombre de prothèses de genou implantées en ambulatoire restait limité en France par rapport à ce qu'il est possible de faire ...

Dr Jérôme Villeminot : Fin 2016, la chirurgie ambulatoire des prothèses de genou représentait 0,4 % des interventions de PTG en France (0,6 % pour les prothèses totales de hanche). Cela reste très marginal. Mais, malgré tout, la tendance est à la diminution de la durée moyenne de séjour. Aujourd'hui, en France, nous ne sommes pas loin de 10 % des prothèses du genou qui restent moins de 3 jours à l'hôpital et nous sommes aux alentours de 6 jours de durée moyenne d'hospitalisation comparée à 9 jours il y a quelques années. Mais, on peut aller plus loin. Dans notre service, depuis 2012, nous avons implanté 387 prothèses du genou en ambulatoire (669 PTG et 28 prothèses unicompartmentales du genou/PUC), et nous avons eu 2 changements du PUC en PTG et un changement de PTG (charnière). Nous sommes passés de 2 % d'ambulatoire pour ces procédures en 2012 à 80 % actuellement. En fait, les choses semblent impossibles jusqu'à ce qu'on les fasse. Avant, qui pensait possible de faire des interventions sur les carotides en ambulatoire et pourtant, c'est le cas aujourd'hui.

“ Nous sommes passés de 2 % d'ambulatoire pour ces procédures en 2012 à 80 % actuellement. En fait, les choses semblent impossibles jusqu'à ce qu'on les fasse. ”

80 % de prothèses du genou en ambulatoire clés de la réussite

Aude Lecrubier

AUTEURS ET DÉCLARATIONS | 23 novembre 2017



Dr J. V. : Le frein majeur est, à mon sens, la peur de changer d'univers, de façon de penser et de changer ses habitudes. Le principal argument contre l'ambulatoire est la sécurité du patient. Beaucoup se demandent ce qui peut advenir si le patient se complique à domicile. A cela, il y a trois réponses. La première est que les patients se compliquent rarement. La deuxième est que rien ne prouve aujourd'hui qu'on est mieux surveillé dans un établissement hospitalier que chez soi. Et enfin, si les patients sont informés et préparés au fait qu'il peut se passer quelque chose, ils paniquent moins et la situation est moins grave. Les taux de réhospitalisation chez les patients opérés en ambulatoire pour des interventions lourdes comme les prothèses, sont quasi nuls.

“ Les taux de réhospitalisation sont quasi nuls. ”

Medscape : Quelles sont les clés du succès d'une prise en charge ambulatoire des implantations de prothèses ?

Dr J. V. : Le but est de réduire l'impact psychologique et physique de l'intervention.

Pour y arriver, il y a trois points très importants :

- il faut bien informer et accompagner le patient, surtout avant l'intervention. Dans notre service, les consultations, les documents qui détaillent le parcours de soins et toutes les ordonnances sont donnés avant l'intervention ;
 - il faut une prise en charge agressive de la douleur post-opératoire (à noter : les techniques de Local Infiltration Analgesia (LIA) qui sont utilisées en per-opératoire et le lendemain de l'intervention présentent un énorme avantage sur les techniques antalgiques de bloc nerveux, car elles n'entraînent aucun bloc moteur, ce qui permet au patient d'avoir une locomotion la plus normale possible) ;
 - il faut « démedicaliser »: pas de drainage, pas de sondes, déperfusion dès la salle de réveil, premier lever sans kinésithérapeute, réalimentation précoce au fauteuil, habillage normal...
- Globalement, la chirurgie reste inchangée, elle n'est pas l'outil principal de la récupération rapide après chirurgie (RRAC). On peut toutefois souligner qu'elle doit se dérouler sans garrot, sans drainage, avec de l'acide tranexamique (Exacyl®) localement (2g dans plaie) et par voie générale (1g IV avant, 1g per os 6 à 12 heures après) et avec éventuellement des techniques mini-invasives.



Actualités & Opinions > Actualités Medscape > Congrès d'orthopédie, SOFCOT 2017

80 % de prothèses du genou en ambulatoire : les clés de la réussite

Aude Leclubier

AUTEURS ET DÉCLARATIONS | 23 novembre 2017

 Commenter     

Paris, France—Le nombre de prothèses du genou (PTG) pratiquées en ambulatoire en France a été multiplié par 7 entre 2014 et 2016 mais reste très marginal, selon le **Dr Jérôme Villeminot**, chirurgien orthopédiste à la clinique Sainte Odile d'Haguenau (Alsace).



Dr Jérôme Villeminot

Lors du congrès annuel de la **Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique (SOFCOT)** ^[1], le spécialiste du genou a encouragé les équipes d'orthopédie à passer le cap sans tarder : « L'ambulatoire pour la PTG, essayez mais pas demain ! », a-t-il lancé devant une salle comble.

Lors d'un entretien accordé à *Medscape édition française*, le chirurgien est revenu sur la place de l'ambulatoire dans l'implantation des prothèses du genou en France aujourd'hui, sur les freins et les clés du succès de ce nouveau type de prise en charge.

Globalement, la chirurgie reste inchangée, elle n'est pas l'outil principal de la récupération rapide après chirurgie (RRAC). On peut toutefois souligner qu'elle doit se dérouler sans garrot, sans drainage, avec de l'acide tranexamique (Exacyl®) localement (2g dans plaie) et par voie générale (1g IV avant, 1g per os 6 à 12 heures après) et avec éventuellement des techniques mini-invasives.

J Arthroplasty. 2016 Dec;31(12):2714-2725. doi: 10.1016/j.arth.2016.07.026. Epub 2016 Aug 9.

Length of Hospitalization After Joint Arthroplasty: Does Early Discharge Affect Complications and Readmission Rates?

Otero JE¹, Gholson JJ¹, Pugely AJ¹, Gao Y¹, Bedard NA¹, Callaghan JJ¹.

CONCLUSION: Increased length of stay is associated with increased complication and readmission after joint arthroplasty for patients with a hospital stay of 3 or more days. However, in THA, there was an increased complication rate in patients discharged POD 0 as compared to POD 1. Efforts to improve patient selection are expected to reduce short-term complications after outpatient joint arthroplasty. Further research is needed to determine which patients can be discharged POD 0 without increased complication after THA.

Aumento del soggiorno in ospedale aumenta il rischio di complicazioni

Migliorare la selezione del paziente

Hospital Discharge within 2 Days Following Total Hip or Knee Arthroplasty Does Not Increase Major-Complication and Readmission Rates.

Sutton JC 3rd¹, Antoniou J², Epure LM³, Huk OL⁴, Zukor DJ⁵, Bergeron SG⁶.

CONCLUSIONS: Early discharge was not an independent risk factor for 30-day major complications or readmissions following THA or TKA. Rather, increased major complications and readmissions were attributed to patient comorbidities and perioperative variables. Early discharge within the first 2 days postoperatively for risk-stratified patients appears feasible without compromising patient care.

Se stratificato il rischio pre operatorio

ridurre a due giorni post operatorio non aumenta il rischio di complicanze

KNEE ARTHROPLASTY

Pathway-controlled fast-track rehabilitation after total knee arthroplasty: a randomized prospective clinical study evaluating the recovery pattern, drug consumption, and length of stay

Conclusion For TKA, implementation of pathway-controlled fast-track rehabilitation is achievable and beneficial as based on the AKSS and WOMAC score, reduced intake of analgesic drugs, and reduced LOS.

Myocardial infarction following fast-track total hip and knee arthroplasty—incidence, time course, and risk factors: a prospective cohort study of 24,862 procedures

Pelle B PETERSEN¹, Henrik KEHLET^{1,2}, and Christoffer C JØRGENSEN^{1,2} on behalf of the Lundbeck Foundation Center for Fast-track Hip and Knee Replacement Collaborative Group*

Background and purpose — Acute myocardial infarction (MI) is a leading cause of mortality following total hip and knee arthroplasty (THA/TKA). The reported 30-day incidence of MI varies from 0.3% to 0.9%. However, most studies derive from administration and insurance databases or retrospective RCTs with potential confounding factors. We studied the incidence of and potential modifiable risk factors for postoperative MI in a large, multicenter optimized “fast-track” THA/TKA setting.

Patients and methods — A prospective cohort study was conducted on consecutive unselected elective primary unilateral THA and TKA, using prospective information on comorbidities and complete 90-day follow-up from the Danish National Patient Registry. Evaluation of discharge summaries and medical records was undertaken in cases of suspected MI. Logistic regression analyses were carried out to identify preoperative risk factors.

Results — Of 24,862 procedures with a median length of stay 2 (IQR 2–3) days, 30- and 90-day incidence of MI were 31 (0.12%) and 48 (0.19%). Preoperative risk factors for MI ≤ 30 days were age > 85 years (OR 7.4, 95% CI 2.3–24.1), insulin-dependent diabetes mellitus (IDDM) (3.6, CI 1.1–12), cardiovascular disease (2.4, CI 1.1–5.0) and hypercholesterolemia (2.3, CI 1.1–5.1). Of 31 patients with MI ≤ 30 days 9 were treated with vasopressors for intraoperative hypotension and 27 had postoperative anemia.

Interpretation — Fast-track THA and TKA had a low 30-day MI incidence. Focus on patients with age > 85, IDDM, cardiovascular disease, and hypercholesterolemia may further reduce the 30-day incidence of MI. The role of postoperative anemia and intraoperative hypotension are other areas for further improvement.

Rehabilitation (Stuttg). 2015 Aug;54(4):245-51. doi: 10.1055/s-0035-1555887. Epub 2015 Aug 28.

[Multidisciplinary Rehabilitation and Fast-track Rehabilitation after Knee Replacement: Faster, Better, Cheaper? A Survey and Systematic Review of Literature].

[Article in German]

Quack V¹, Ippendorf AV¹, Betsch M¹, Schenker H¹, Nebelung S¹, Rath B¹, Tingart M¹, Lüring C².

CONCLUSIONS: Fast-track rehabilitation facilitates a shortened hospital stay as well as cost saving. It probably can be used to optimize the condition of the patient before admission to a rehabilitation facility.

Percorsi multidisciplinare personalizzati al fine di OTTIMIZZARE la preparazione del
paziente alla chirurgia

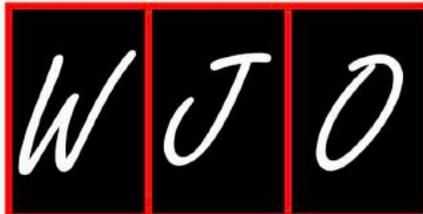
CONCLUSION

The cost of TKA is dependent upon LOS, which is affected by multiple factors. The clinical care team should acknowledge socio-demographic factors to optimize LOS.

Key words: Total knee replacement; Total knee arthroplasty; Cost; Risk factors; Length of stay

© **The Author(s) 2018.** Published by Baishideng Publishing Group Inc. All rights reserved.

Core tip: In an effort to decrease post-operative length of stay (LOS), many institutions continue to develop optimal discharge pathways. Since LOS is dependent upon many variables, we sought to define which socio-demographic factors influence LOS in total knee arthroplasty (TKA). Six factors were found to increase LOS: Age, gender, Black or African American race, simultaneous bilateral TKA, later procedure end times and number of PRA. Two factors decreased LOS, patient being married and surgery during a major public holiday week. While none of the patient specific factors are modifiable by the clinician, we do have the ability to optimize surgical schedule and allocation of resources.



*World Journal of
Orthopedics*

Submit a Manuscript: <https://www.f6publishing.com>

World J Orthop 2018 December 18; 9(12): 285-291

DOI: 10.5312/wjo.v9.i12.285

ISSN 2218-5836 (online)

ORIGINAL ARTICLE

Retrospective Study

Socio-demographic factors impact time to discharge following total knee arthroplasty

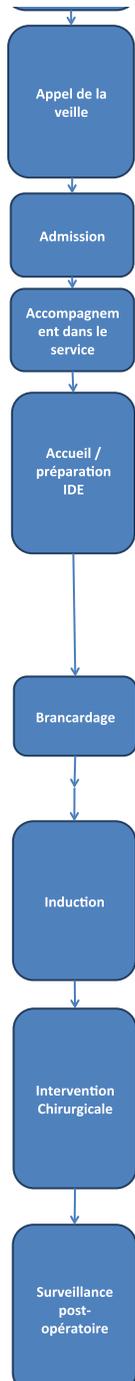
Per multidisciplinarieta significa prendere in considerazione ogni ambito del paziente soprattutto l'ambiente familiare e socio economico.

PARCOURS PATIENT : Prise en charge des prothèses de genou - RAAC

Phase pré-opératoire

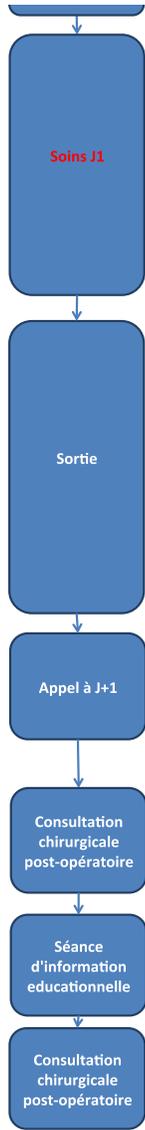


Qui	Quand	étapes principales	Information délivrée au patient (Organisation, éducationnelle)	Documents / outils	Spécificités	ACTIONS
Le chirurgien	J-30 ou +	Décision d'intervention Planification Eligibilité à la RAAC (selon les critères prédéfinis par les anesthésistes) Consentement	Information sur le geste chirurgical information bénéfiques/risques Déroulement du séjour	Brochure de préparation + Cahier de bord bilan de consultation	Critères d'éligibilité : - Environnement (distance domicile, accessibilité du domicile, mode de transport, animaux, hygiène, habitudes, présence d'un accompagnant permanent) - Critères chirurgie : prothèse de première intention - Première revue des critères médicaux anesthésistes (antécédents médicaux, traitement, cardiopathie, hypertension, cholestérol, coagulation, anxiété) Qualité de l'investissement de l'accompagnant	Nécessité de confirmer les critères d'éligibilité pour l'anesthésiste
Assistante du chirurgien		Réalisation annonce Demande de SSR / PRADO		Livret d'accueil, dossier préadmission devis Formulaire SSR	(RDV ou email) Recherche des options de sortie en amont	
Radiologue Manipulateur		Scanner préparatoire pour réalisation des moules sur mesure		images patient		
L'anesthésiste	J-30	Revue des bilans sanguin, dentaire, cardio & doppler, BMR, analyses urinaires Examen médical/ revue du questionnaire d'anesthésie Eligibilité à l'intervention Confirmation définitive d'éligibilité à la RAAC Re-prescription de labo à l'entrée Consentement Ordonnance de sortie	Information sur la technique d'anesthésie information bénéfiques/risques	DIANE & HM (traitement personnel) Questionnaire d'anesthésie Information sur la douleur		
Assistante des Anesthésistes		Récupération des documents pour élaboration des dossiers administratif et médical validation du choix de chambre	Information administrative : prise en charge mutuelle, SECU	Livret d'accueil Consentement éclairé	options de sortie validées	
IDE		Présentation du parcours	Information sur le Parcours de prise en charge	à construire	Intervention spécifique à la RAAC rappel sur les labos, etc.	projet à préparer : - contenu - horaire - intervenant
Chirurgien		Temps d'échange et de discussion entre les patients, leur accompagnant, des patients récemment opérés et l'IDE	Consignes utiles Prise en charge post-opératoire et rééducation	? support à confirmer	Intervention spécifique à la RAAC	
Aide-Soignante / IDE du service	J-1	Rappel des consignes Vérifier que les examens ont été réalisés, Vérifier que les médicaments ont déjà été achetés Vérifier que le contact a été établi avec l'IDE à domicile,	Rappel sur les éléments à apporter (Radios, glace, Carte de Groupe Sanguin) Rappel consignes : douche, dépilation, alimentation, hygiène Heure d'arrivée	Check-list d'appel de la veille		Mise à niveau HM pour digitalisation de la checklist sur le modèle de l'ambulatoire



Aide-Soignante / IDE du service	J-1	<p>Rappel des consignes</p> <p>Vérifier que les examens ont été réalisés,</p> <p>Vérifier que les médicaments ont déjà été achetés</p> <p>Vérifier que le contact a été établi avec l'IDE à domicile,</p>	<p>Rappel sur les éléments à apporter (Radios, glace, Carte de Groupe Sanguin)</p> <p>Rappel consignes : douche, dépilation, alimentation, hygiène</p> <p>Heure d'arrivée</p>	Check-list d'appel de la veille		Mise à niveau HM pour digitalisation de la checklist sur le modèle de l'ambulatoire
Secrétaire des admissions		Vérification de la complétude du dossier administratif	Information sur la prise en charge administrative	Dossier administratif CEGI		
Agent hôtelier		Installation du patient	Présentation de la chambre Information sur la sécurisation des objets personnels			
IDE		<p>Pose du bracelet</p> <p>Personne à prévenir</p> <p>Contrôles (préparation cutanée, côté à opérer, identité, etc.)</p> <p>Récupération : labos, doppler, radios, cardio, dentiste, BMR, séquestration du TP</p> <p>Vérification de l'achat des médicaments</p> <p>Validation de la descente à pied</p>	<p>Questionnaire d'entrée/douleur/ risque de chute</p> <p>Information sur le déroulement de l'intervention & du séjour (rassurer le patient)</p> <p>Education à la santé (sortie, médicament)</p> <p>Information sur la préparation retrait des prothèses, vessie vide, friction hydro-alcoolique</p> <p>Echange sur les éléments documentaires / d'information donnés par le chirurgien</p> <p>Rassurer le patient</p>	Hôpital Manager	Vérification de l'achat des médicaments Pas de prémédication	Aller vers autogestion du Traitement Personnel sur prescription du praticien (en fonction du traitement) ?
Brancardier extérieur		<p>Transfert du patient au bloc</p> <p>Identitovigilance</p> <p>Transport des éléments obligatoires (dossier, radio, etc.)</p>	Rappel sur la mise en sécurité des objets de valeur		Patient debout	
Anesthésiste IADE IDE de SSPI Panseuse		<p>Visite pré-anesthésique</p> <p>Contrôles (identité, côté, marquage)</p> <p>Checklist</p> <p>Perfusion</p> <p>Anesthésie</p>	<p>Information sur les actions réalisées (anesthésie, pose de KT...)</p> <p>Rassurer le patient</p>	DIANE	ALR Spécificités médicales ?	
Chirurgien Aide opératoire Anesthésiste / IADE Panseur	JO	<p>Installation du patient</p> <p>Contrôles</p> <p>finalisation de la checklist / Timeout</p> <p>Réalisation de l'acte chirurgical</p> <p>Surveillance</p>	Avancée de l'intervention	HM BLOC DIANE	<p>chirurgie sans garrot</p> <p>chirurgie mini-invasive</p> <p>genou mis en flexion</p> <p>lavage au serum phy refroidi</p> <p>pansement léger (diffusion du froid)</p> <p>spécificité anesthésie?</p>	
Anesthésiste IADE IDE de SSPI Manipulateur radio		<p>Surveillance post-opératoire</p> <p>Administration médicament en fonction des prescriptions</p> <p>Autorisation de la sortie de SSPI après validation de l'anesthésiste</p> <p>Radio de contrôle</p> <p>Mise en place du froid</p>	<p>Information sur le déroulement de l'intervention</p> <p>Information sur le déroulement du passage en SSPI</p> <p>Information sur le retour</p>	DIANE HM	Mise en place Game Ready / cryo spécificités anesthésie ?	

Phase post opératoire



IDE/AS		Surveillance Gestion de la douleur	HM	
Chirurgien		Visite Confirmation de la sortie Remise des documents de sortie	Information sur les documents remis documents de sortie	
Kiné	J+1	Reprise de la marche Escaliers Premiers exercices de rééducation	Précautions pour le retour à l'autonomie Exercices Gestion de la douleur	
IDE		Après passage du kiné : Ablation redons Réfection du pansement si taché Vérification des conditions de départ (checklist de sortie, remise du traitement, accompagnant)	Consignes de l'Information éducationnelle donnée (les gestes à faire et à ne pas faire, la prise des antalgiques, les signes d'alerte nécessitant un appel à la clinique, la pose de poche de glace dès la sortie, y compris en voiture). Vérification de la bonne compréhension	HM Dossier Patient : Aptitude à la rue Vérification de la présence d'un accompagnant
Imagerie		Radio de contrôle	images patient	
Sortie administrative		Règlement, formalités administratives	bulletin de situation éléments administratifs de sortie	
IDE	J+2	Evaluation à distance des signes de complication Evaluation de la prise en charge de la douleur Evaluation de l'état du pansement Vérification prise en charge à domicile	Information éducationnelle (les gestes à faire et à ne pas faire, la prise des antalgiques, les signes d'alerte nécessitant un appel à la clinique)	Check-list d'appel du lendemain Appel en place pour les ambulances A mettre en place en hospitalisation
Chirurgien	J+7 & J+14	Vérification du pansement Point d'étape données du cahier de bord récupérées?	cahier de bord	
IDE (Kinésithérapeutes) Chirurgien	J+15	Evaluation de l'état du patient Temps d'échange avec le chirurgien Partage d'expérience avec les futurs opérés	Réponses aux questions du patient Réexplication des consignes si besoin	cahier de bord
Chirurgien	J+42	Evaluation à distance des résultats de l'intervention	cahier de bord	

Valutazione Clinica pre operatoria Integrata *S.C.O.R.R.*

(SITUATION, CAUSES, OBJECTIFS , RESSOURCES, RESULTATS)

PERSONAL CARE MANAGER

FIN DES 20 PREMIERES MINUTES

Principales aspectative :

Principales craintes :

Résistance au problème (de 1 à 10)

PROFIL :

- Type 1 **OPTIMIST** - ne résiste pas, veut résoudre le problème rapidement d'un point de vue technique et n'est pas intéressé par la
- Type 2 **RESISTANT** - veut savoir, fait confiance, veut surmonter le problème, a besoin de comprendre et d'être rassuré sur le processus
- Type 3 **REBEL** - plus émotif a peur, doit être calmé
- Type 4 **NOT OPERABLE** - panique et résistance

Conseils (quel niveau de communication):

CHIRURGO

Le patient appartient au PROFIL : A B C D

A- Patient chirurgical

B- Patient chirurgical après optimisation (pas besoin de le revoir avant la chirurgie en consultation)

C- Patient chirurgical mais pas maintenant (pour des raisons personnelles, santé, troubles psychologiques, alcoolique : fixer une deuxième rendez-vous après optimisation)

D- Patient non chirurgical

PROPOSITION POP (kine, nutritionniste, etc)

PERSONAL CARE MANAGER

VERIFICA SODDISFAZIONE

GRADO DI COMPrensIONE

PREDISPOSIZIONE ADERENZA AL POP

INIZIO DELL'ACCOMPAGNAMENTO

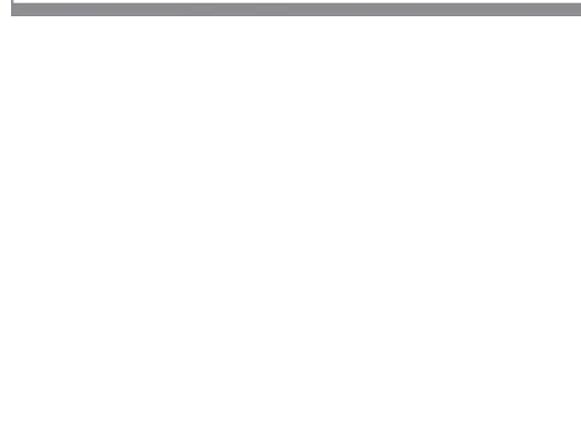
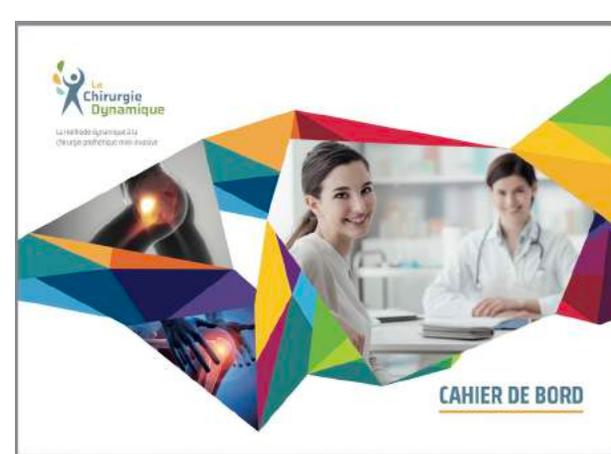
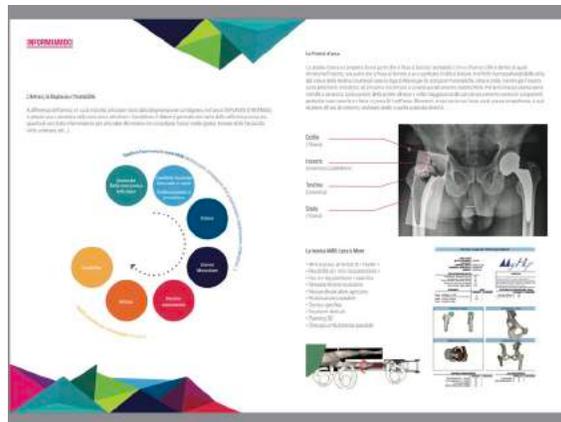
STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO

INIZIO POP



- L'Ego
- Durata dei lavori: tre anni e mezzo, più 6-8 mesi di collaudi e trasloco
Apertura: **dicembre 2023**
 - Perché i lavori possano partire è necessaria la firma del contratto: non c'è ancora una data
 - Apertura: **2021**
 - Apertura: **estate 2020**
 - Inizio dei cantieri: **febbraio 2019**
 - Tempi di realizzazione: **cinque anni**

	Nuovo Policlínico	Città della Salute	Nuovo Ospedale Galeazzi	Nuovo San Raffaele	Nuovo padiglione Buzzi	Nuovo San Paolo-San Carlo
POSTI LETTO	900	700	364	283	180	750
INVESTIMENTO milioni di euro	266	450	200	60	40	450
TEMPI	Il 6 dicembre 2007 viene designata come vincitrice del concorso di progettazione la cordata guidata da Techint spa e da Boeri Studio	Unione e trasloco dell'Istituto dei tumori e del neurologico Besta (oggi a Città Studi) nell'ex area Falck di Sesto. La sede è stata ufficializzata il 10 gennaio 2013	Il progetto riunirà all'ex area Expo in un'unica struttura l'ortopedico Galeazzi (oggi ad Affori) e l'Istituto Clinico Sant'Ambrogio. Sono iniziati gli scavi	Il nuovo polo, detto «l'Iceberg», sverterà accanto all'Università Vita-Salute San Raffaele, dentro il perimetro del complesso ospedaliero. Prima pietra posata il 10 settembre 2018	Nel 2008 il progetto preliminare, nel 2016 l'assegnazione della gara: quasi tre anni di ritardi a causa di problemi burocratici	I due ospedali hanno un bacino d'utenza di 750-800 mila abitanti. La nuova struttura sarà realizzata nell'area di Ronchetto sul Naviglio, vicino al capolinea M4 San Cristoforo
APPALTI	Il primo padiglione è stato demolito nel 2012. Fine bonifiche aprile 2019	Gara aggiudicata a Condotte il 28 aprile 2015. Via libera del Consiglio di Stato dopo i ricorsi a settembre 2018	Previsto un edificio di 16 piani su 150.000 mq, la posa della prima pietra è prevista per la primavera 2019	Prevista la costruzione di 18 sale operatorie, otto piani fuori terra più due sotterranei	Nuovo edificio di 50 mila metri quadrati	I fondi sono stati stanziati nella Legge di bilancio. Risparmio annuo previsto: 15-20 milioni di euro



3^o Semaine

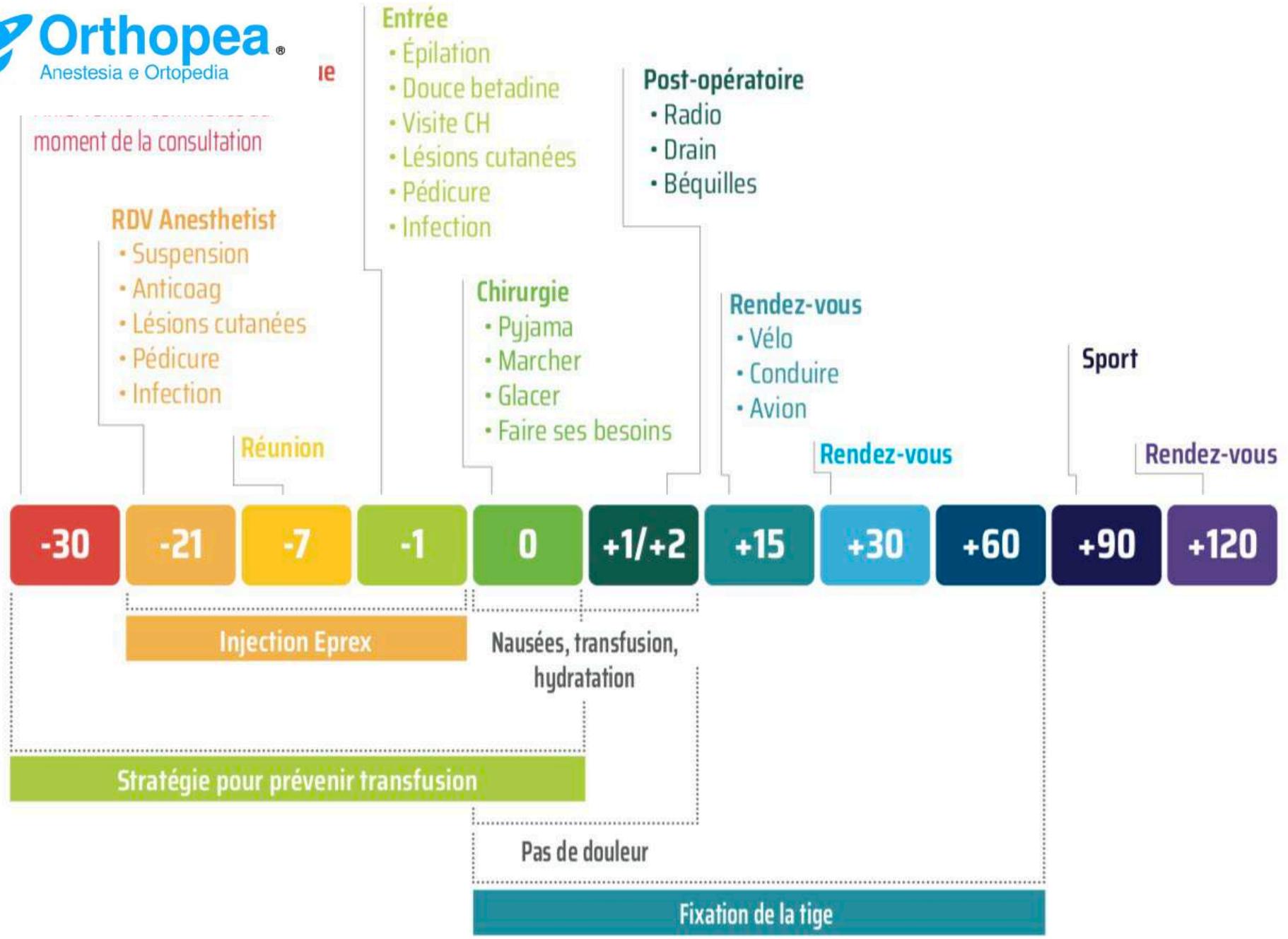
	1	2	3	4	5	6	7
Trajectoire IG							
Codiprane 1000							
Agraxair 600							
Lowmax							
Cesorex 200							
Migral							
Ultrabours							
Glucose (pendant 20 min)							
Autisme							
Marche							
Vel. D							
Sen. somest.							
Sign. à table							
Béquilles							
Sis de contention							
Hydratation (boire à l'eau)							
Prise de température							
pansement relai							
So. douleur							



STRUMENTO DI AUTO-APPRENDIMENTO

STRUMENTO DI AUTO-VALUTAZIONE

Quali altri device? Applicazioni?



TECNICHE DI TECNICA CHIRURGICA



- Mini incision « sub vastus »
- Accesso sub-vastus (nessuna lesione muscolare)
- Chirurgia senza laccio (rispetto del quadricipite)
- Pianificazione in 3D
- Nessun impatto muscolare
- Nessun utilizzo di divaricatori aggressivi
- Preservazione capsulare (risposta propriocettiva immediata)
- Reinserzione del corpo di Hoffa (la nostra ginocchiera)
- Tecnica specifica
- Strumenti paziente specifici
- Tecnica del release tendineo (per una flessione tallone coscia)
- Crioterapia intra operatoria
(blocca l'inizio della risposta infiammatoria riparatrice)

