

Udine  
20 ottobre 2016  
ore 08.30 - 17.00

Palazzo della Regione  
Sala Auditorium  
Via Sabbadini, 31 Udine

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA  
INTEGRATA DI UDINE  
Presidio Ospedaliero Universitario  
Santa Maria della Misericordia



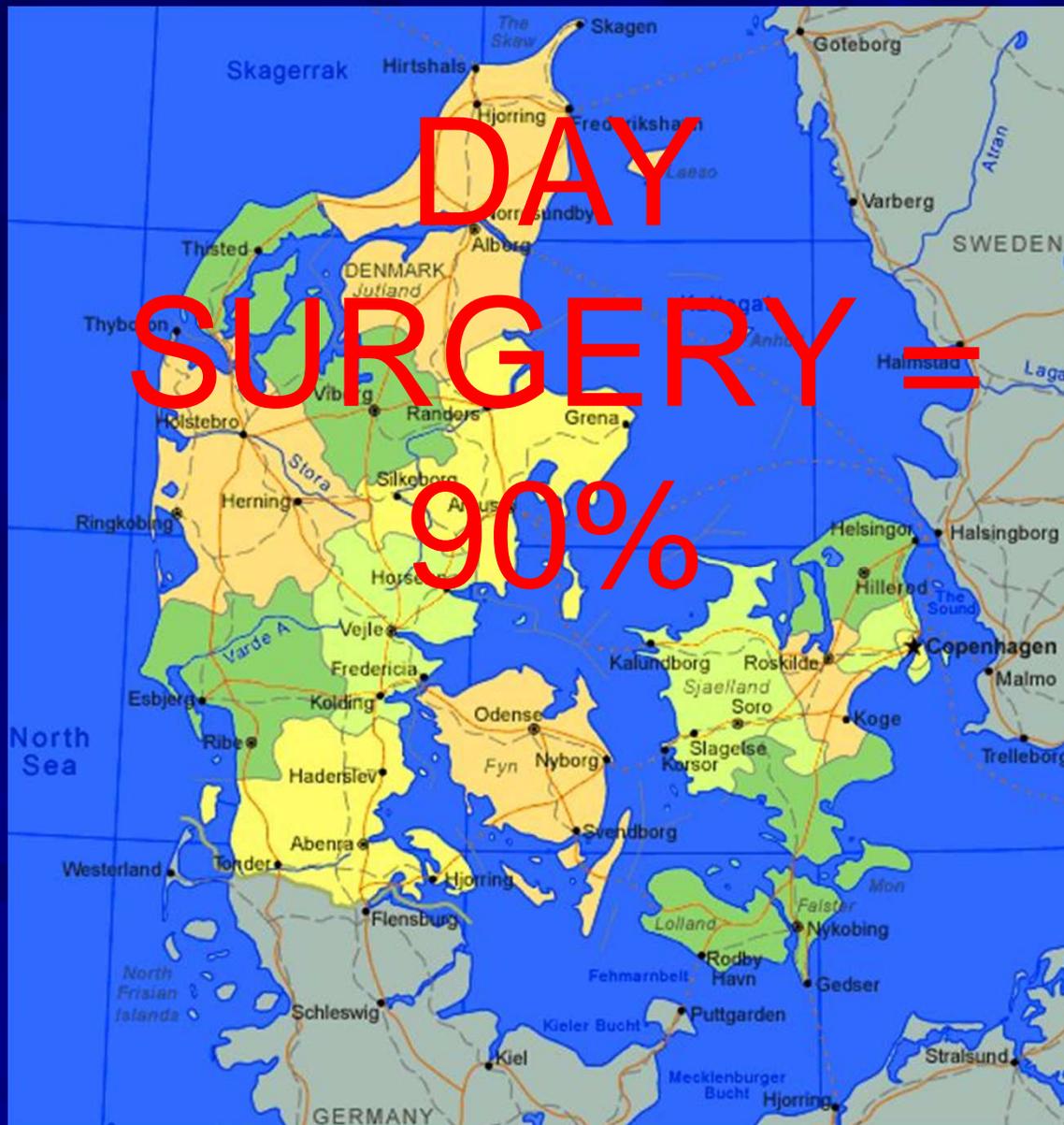
REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA

Seminario

## GIORNATA REGIONALE DELLA SICUREZZA E QUALITÀ DELLE CURE 2016

# I CRITERI DI ARRUOLAMENTO DEI PAZIENTI IN DAY SURGERY: L'ESPERIENZA PRESSO L'AAS3

TULLIO COLOMBO-SOS DAY SURGERY  
SOC ANESTESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA ANTALGICA - TOLMEZZO  
(Dir. L. D'Orlando)



## CARTINA FISICA DEL FRIULI-VENEZIA GIULIA



Tavola 2.2.4 - Distribuzione delle dimissioni per regione, tipo DRG (versione 24), regime di ricovero e durata della degenza - Attività per Acuti - Anno 2014

REGIONE	DRG CHIRURGICI							DRG MEDICI O NON CLASSIFICABILI							
	REGIME ORDINARIO				REGIME DIURNO			TOTALE DIMISSIONI	REGIME ORDINARIO				REGIME DIURNO		TOTALE DIMISSIONI
	Degenza di 1 giorno	%	Degenza di più di 1 giorno	%	Dimissioni	%	Degenza di 1 giorno		%	Degenza di più di 1 giorno	%	Dimissioni	%		
Piemonte	77.077	26,0	143.583	48,4	76.153	25,7	296.813	22.421	7,8	204.965	71,5	59.126	20,6	286.512	
Valle d'Aosta	1.363	13,3	4.885	47,5	4.035	39,2	10.283	1.218	9,6	8.391	66,2	3.065	24,2	12.674	
Lombardia	112.729	16,5	409.063	59,7	162.852	23,8	684.644	54.420	8,2	541.200	81,8	66.062	10,0	661.682	
P.A. Bolzano	1.925	5,4	21.433	59,9	12.444	34,8	35.802	4.222	8,7	38.627	79,3	5.850	12,0	48.699	
P.A. Trento	1.821	5,1	16.659	46,3	17.482	48,6	35.962	2.402	6,2	29.773	76,4	6.777	17,4	38.952	
Veneto	26.603	8,7	166.489	54,5	112.598	36,8	305.690	18.107	5,9	257.323	83,7	32.024	10,4	307.454	
Friuli V.G.	15.076	17,6	43.528	50,9	26.836	31,4	85.440	7.941	8,4	69.577	73,5	17.180	18,1	94.698	
Liguria	5.251	5,2	52.907	52,4	42.773	42,4	100.931	11.464	7,3	97.983	62,8	46.580	29,9	156.027	
Emilia Romagna	67.599	19,9	182.158	53,6	90.263	26,5	340.020	29.069	7,7	274.225	72,6	74.546	19,7	377.840	
Toscana	49.083	19,1	137.892	53,6	70.268	27,3	257.243	19.859	6,7	212.185	71,6	64.286	21,7	296.330	
Umbria	14.633	22,5	35.710	54,9	14.732	22,6	65.075	8.457	11,0	58.340	76,1	9.827	12,8	76.624	
Marche	20.848	20,4	55.013	53,9	26.200	25,7	102.061	7.523	6,5	83.673	72,2	24.618	21,3	115.814	
Lazio	35.988	9,8	223.331	61,0	106.843	29,2	366.162	41.176	7,5	317.083	57,5	193.275	35,0	551.534	
Abruzzo	5.558	6,6	48.183	57,5	30.095	35,9	83.836	7.408	6,6	81.216	72,0	24.215	21,5	112.839	
Molise	966	4,0	13.980	57,4	9.419	38,7	24.365	2.284	6,7	22.780	66,6	9.162	26,8	34.226	
Campania	29.409	7,3	207.503	51,3	167.410	41,4	404.322	67.824	12,4	295.313	54,2	182.058	33,4	545.195	
Puglia	29.496	13,0	150.088	66,1	47.355	20,9	226.939	34.741	9,4	263.609	71,6	69.669	18,9	368.019	
Basilicata	3.649	12,0	18.357	60,1	8.529	27,9	30.535	2.852	6,3	32.796	72,8	9.379	20,8	45.027	
Calabria	4.952	6,5	48.826	63,7	22.903	29,9	76.681	10.678	7,3	97.154	66,3	38.734	26,4	146.566	
Sicilia	7.050	2,7	171.265	65,5	83.011	31,8	261.326	22.816	6,5	277.162	78,8	51.601	14,7	351.579	
Sardegna	7.439	7,4	53.103	52,7	40.213	39,9	100.755	15.154	9,6	108.556	68,9	33.793	21,5	157.503	
<b>ITALIA</b>	<b>518.515</b>	<b>13,3</b>	<b>2.203.956</b>	<b>56,6</b>	<b>1.172.414</b>	<b>30,1</b>	<b>3.894.885</b>	<b>392.036</b>	<b>8,2</b>	<b>3.371.931</b>	<b>70,5</b>	<b>1.021.827</b>	<b>21,4</b>	<b>4.785.794</b>	

Fonte:Ministero della Salute 2015

**AUMENTARE IL NUMERO  
DI PAZIENTI ELEGGIBILI**

**AUMENTARE LA TIPOLOGIA DEGLI  
INTERVENTI ESEGUIBILI**

# VANTAGGI DELLA DS

- Outcomes sanitari:
  - Riduzione rischio infettivo
  - Riduzione del rischio di confusione mentale nell'anziano
  - Riduzione "stress da separazione"
- Outcomes sociali :
  - Ridotto numero di sospensioni
  - Ridotta ansia
  - Ridotti costi per il paziente
  - Maggior soddisfazione del paziente
  - Riduzione delle liste di attesa
  - Paziente, e non ospedale, al centro



# Day Surgery

## Development and Practice

Editors | Paulo Lemos | Paul Jarrett | Beverly Philip

### Selection criteria: medical

Selection of patients should be based on their overall physiological status and not limited by arbitrary limits such as age, weight or American Society of Anesthesiologists (ASA) status [3, 4]. For every patient who is not completely healthy, the nature of any pre-existing condition, its stability and functional limitation should all be evaluated. Treatment should obviously be optimised; if it is not, the patient is not adequately prepared for any form of elective surgery. A pragmatic (but nevertheless fundamentally important) question to ask is whether the management or outcome would be improved by pre- or post-operative hospitalisation. If not, the patient should undergo treatment on an ambulatory basis.



## Day Case and Short Stay Surgery

# 2

Published by

The Association of Anaesthetists of Great Britain & Ireland  
The British Association of Day Surgery

May 2011

## Medical factors

- (a) Fitness for a procedure should relate to the patient's health as determined at pre-operative assessment and not limited by arbitrary limits such as ASA status, age or BMI [13–15].
- (b) Patients with stable chronic disease such as diabetes, asthma or epilepsy are often better managed as day cases because of minimal disruption to their daily routine.
- (c) Obesity per se is not a contraindication to day surgery as even morbidly obese patients can be safely managed in expert hands, with appropriate resources. The incidence of complications during the operation or in the early recovery phase increases with increasing BMI. However, these problems would still occur with inpatient care and have usually resolved or been successfully treated by the time a day case patient would be discharged. In addition, obese patients benefit from the short-duration anaesthetic techniques and early mobilisation associated with day surgery [16].

# ADULT PATIENT FOR AMBULATORY SURGERY: *Are There Any Limits?*

Alan Romero, M.D.

Girish P. Joshi, M.B.B.S., M.D., FFARCSI  
Committee on Ambulatory Surgical Care

American Society of  
Anesthesiologists 

18

September 2014 • Volume 78 • Number 9

## Summary

Developing and implementing protocols also known as clinical pathways is the best way to improve perioperative outcome. Uniform practice improves safety and efficiency. This requires a multidisciplinary approach in which the physician anesthesiologist takes the lead in collaborating with surgeons and perioperative nurses. The first step in determining appropriate patient selection includes preoperative assessment and identification of any comorbid conditions, which should be optimized to minimize risks. The social situation should be evaluated to determine whether the patient has help at home for postoperative care. Also, it is necessary that we are involved with the post-discharge care, which includes education of patients and their caregivers regarding the need for increased vigilance after discharge home. Patients should receive written pre- and postoperative instructions and be discharged to the care of a responsible adult. In the near future, as more surgical procedures and patients are moved from inpatient facilities to outpatient facilities, it will be appropriate to develop exclusion criteria, rather than inclusion criteria, for patients who are not candidates for ambulatory surgery.



International Association for  
Ambulatory Surgery



European  
Commission  
European Agency for  
Consumers and Health



POLICY-BRIEF

# Day Surgery

as the new paradigm of surgery

best practices and recommendations

Day Surgery as the new paradigm of surgery / Danish Regions 2013 / 2

Day surgery is constantly taking a bigger place in the health system. It is so true that the question **Is this patient suitable for day surgery?** can easily be replaced by **'Is there any justification for admitting this case as an inpatient?'** as stated several times in this policy brief.

## Tabella 2 - CRITERI CLINICI PER L'AMMISSIONE ALLA DAY SURGERY

- ETÀ SUPERIORE AI 10 ANNI PER DyS EFFETTUATA A GEMONA
- ETÀ SUPERIORE AI 3 ANNI PER DyS EFFETTUATA A SAN DANIELE E TOLMEZZO
- INTERVENTO SECONDO LISTA APPROVATA
- ASA I
- ASA II
- ASA III CON MALATTIA STABILIZZATA DALLA TERAPIA E PROCEDURE CHE NON INTERFERISCONO CON LA PATOLOGIA STESSA
- BMI  $\leq$  40 ( $\leq$ 45 IN CASO DI INTERVENTO IN ANESTESIA LOCALE)

**AUMENTARE IL NUMERO DI PAZIENTI  
ELEGGIBILI**

**AUMENTARE LA  
TIPOLOGIA DEGLI  
INTERVENTI ESEGUIBILI**

# CHIRURGIA ORTOPEDICA

- CHIRURGIA DELL'AVAMPIEDE
- CHIRURGIA ARTROSCOPICA DI SPALLA

# RISULTATI

INTERVENTI

SESSO

Avampiede	Spalla	FEMMINE	MASCHI
73	215	169	119
288			

# RISULTATI

- 0 % riprogrammazioni
- 100 % successi anestesiológicos
- complicanze chirurgiche acute < 1%
- dimissioni ritardate (overnight) < 2%
- 0 % rientri post-dimissione



## SOC ANESTESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA DEL DOLORE

DIRETTORE DOTT. LORIS D'ORLANDO

PROTOCOLLO DI ANALGESIA PER INTERVENTI  
DI ARTROSCOPIA DI SPALLA E DI ALLUCE VALGO

## ETICHETTA PAZIENTE

	GIORNO INTERVENTO	I <sup>a</sup> giornata	II <sup>a</sup> giornata	III <sup>a</sup> giornata	IV <sup>a</sup> giornata	V <sup>a</sup> Giornata
<b><u>PARACETAMOLO 1000 mg</u></b> <b><u>IN CASO DI BISOGNO</u></b>		1000 mg MASSIMO OGNI 6 ORE	1000 mg MASSIMO OGNI 6 ORE	1000 mg MASSIMO OGNI 6 ORE	1000 mg MASSIMO OGNI 6 ORE	1000 mg MASSIMO OGNI 6 ORE
<b>KETOROLAC</b>	1 Cpr 10 mg x 4  OGNI 6 ORE h. 24-6-12-18	1 Cpr 10 mg x 4  OGNI 6 ORE h. 24-6-12-18	1 Cpr 10 mg x 4  OGNI 6 ORE h. 24-6-12-18	1 Cpr 10 mg x 4  OGNI 6 ORE h. 24-6-12-18	1 Cpr 10 mg x 4  OGNI 6 ORE h. 24-6-12-18	
<b>OSSICODONE OS</b> (2 COMPRESSE DA 5 MG ALLE ORE 8.00 ED ALLE ORE 20.00)	2 Cpr 5 mg x 2  (h.8-20)	2 Cpr 5mg x 2  (h.8-20)	2 Cpr 5mg x 2  (h.8-20)	2 Cpr 5mg x 2  (h.8-20)	2 Cpr 5mg x 2  (h.8-20)	1 Cpr 5mg x 2  (h.8-20)

**NEL PERIODO DI ASSUNZIONE DELL'OSSICODONE SI RACCOMANDA DI NON GUIDARE VEICOLI, DI NON ASSUMERE DECISIONI IMPORTANTI E DI NON SVOLGERE ATTIVITA' DELICATE O PERICOLOSE**

ANESTESISTA:.....

PAZIENTE:.....;

Data:.....

# CONCLUSIONI

COLOMBO 2016

- **obbligatorio** incrementare i volumi della DS
- aumentando la platea di pazienti eleggibili
- e la tipologia degli interventi
- in totale sicurezza
- la mobilitazione precoce e la deospedalizzazione **AUMENTANO** la sicurezza del paziente
- approccio clinico prima che “dogmatico”
- applicato da professionisti “senior”

**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**

COLOMBO 2016

[tullio.colombo@aas3.sanita.fvg.it](mailto:tullio.colombo@aas3.sanita.fvg.it)