

Fondato da Eolo Parodi

www.enpam.it

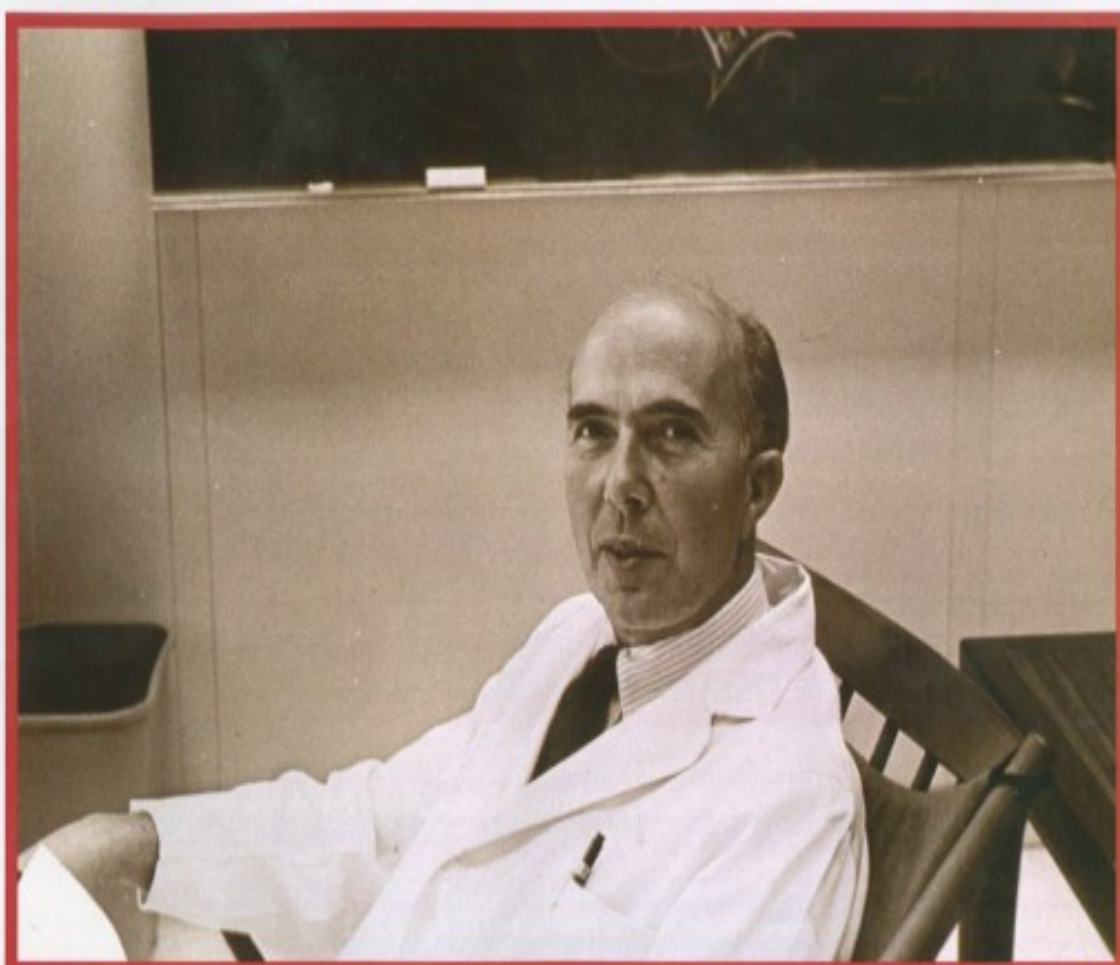
**ENPAM**

Anno XV - n° 5-2010

IL GIORNALE DELLA

# Previdenza

dei Medici e degli Odontoiatri



Renato Dulbecco in una foto del 1966. Ha ricevuto il Nobel per la Medicina nel 1975 – insieme a David Baltimore e Howard Martin Temin – per le scoperte sulle interazioni tra virus tumorali e materiale genetico della cellula

**2** ENPAM  
Ieri  
oggi  
e domani

**5** PREVIDENZA  
Lavorare  
per un  
futuro sereno

**12** POLIZZA  
Ecco  
il modulo  
di adesione

*periodico*

Dirigete

DCOER8953

Posteitaliane

Poste Italiane SpA  
Spedizione in Abb. Post.  
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004,  
n. 46) art. 1, comma 1  
CNS/AC-FIOMA



Il dottor Tommaso Lubrano è dirigente medico responsabile dell'organizzazione della Day-Surgery chirurgia oncologica universitaria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria San Giovanni Battista di Torino. Membro del Comitato Fondatore dell'Italian Society of Hernia Surgery, ramo Italiano dell'European Hernia Society (EHS) è membro dell'American Hernia Society (AHS), da cui è segnalato quale Italian Hernia Specialist. È inoltre titolare del sito Internet [www.ernia.org](http://www.ernia.org)

## Intervenire sull'ernia con la day-surgery

I fattori età e malattia non costituiscono più un criterio assoluto di esclusione. L'impiego dell'anestesia locale, delle tecniche chirurgiche senza tensione, il dolore post operatorio e il minimalismo protesico

di **Claudia Furlanetto**

**S**ono trascorsi quarant'anni dall'istituzione negli Stati Uniti dei primi centri di chirurgia ambulatoriale in cui venivano accettati solo soggetti sani per semplici procedure. Oggi è invece possibile impiegare la day-surgery (chirurgia di giorno) in un ampio spettro di patologie tanto da rappresentare un nuovo modello operativo che consente la razionalizzazione dell'attività chirurgica, una migliore gestione delle risorse umane ed il contenimento dei costi sanitari. "La valutazione clinica preoperatoria viene effettuata alla prima visita dal chirurgo, che stabilisce se è possibile intervenire in regime di day-surgery o se è preferibile il ricovero ordinario" – ci spiega il dottor Tommaso Lubrano, responsabile dell'organizza-

zione della Day-Surgery Chirurgia oncologica universitaria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria San Giovanni Battista di Torino. "Attualmente oltre il 50 per cento degli interventi può essere effettuato in day-surgery con dimissione in giornata o dopo una notte di pernottamento (one-day-surgery). Questo tipo di gestione può essere applicato a tutte le branche specialistiche: dalla ginecologia all'ortopedia, dalla oculistica alla dermatologia alla otorinolaringoiatria. Nell'ambito della chirurgia generale dalla proctologia alla flebologia, alla chirurgia della parete addominale e della mammella, fino a pratiche laparoscopiche, come la colecistectomia, con ottimi risultati".

### Come avviene la selezione del paziente?

Fondamentale è l'accordo

con l'anestesista: in base al sistema di classificazione dell'American Society of Anesthesiologist si dividono i candidati in classi ASA secondo il grado di rischio – che va da 1 a 4 – determinato dallo stato di salute generale del paziente stesso: il numero più basso indica pazienti senza patologia concomitante, il più alto quelli che hanno un rischio operatorio elevato. In day-surgery riusciamo oggi ad operare anche pazienti in classe ASA 2 e 3 purché il compenso farmacologico della patologia concomitante sia buono. Anche gli anziani sono trattabili e l'età non è più una limitazione assoluta.

### La vecchiaia non è associata ad una più alta mortalità?

Ogni paziente va considerato singolarmente, ma come già detto né l'età né le eventuali malattie associate rap-

presentano una controindicazione assoluta all'intervento di day-surgery, purché il soggetto sia ben compensato dal punto di vista farmacologico. Il rischio ovviamente è proporzionale all'entità della patologia di base, ai problemi associati, agli anni del paziente. Per questi motivi è importante la selezione e il giudizio di idoneità espresso dal chirurgo e dall'anestesista. Il paziente in day-surgery può alzarsi poco dopo l'operazione e ritornare a casa presto: *get up and go* secondo la terminologia americana. Ciò si traduce in benefici di ordine psicologico, nella riduzione delle infezioni ospedaliere e delle complicanze tromboemboliche, in una rapida ripresa delle proprie attività, oltre che a rispondere a criteri di efficienza razionalizzando risorse umane ed economiche. Con questa gestione è un vantaggio per il paziente in particolare per quanto riguarda l'ernia, visto che l'intervento in day-surgery è possibile con l'impiego dell'anestesia locale. Questo è fondamentale perché il paziente anziano può presentarsi ad esempio con alterazioni della coagulazione dovuta a terapia anticoagulante o antiaggregante per problemi cardiocircolatori: una situazione in cui il più delle volte non può beneficiare di un'anestesia spinale. È comunque possibile che in accordo con l'anestesista si prenda in considerazione in alcuni casi l'impiego di una anestesia generale leggera che permetta la dimissione nel giro di qualche ora.

### È possibile operare tutti i tipi di ernia?

In regime di day-surgery o one day-surgery è possibile operare il 90 per cento delle ernie. L'ernia inguinale è quella su cui interveniamo maggiormente vista la sua diffusione: in Italia colpisce dall'1 al 4 per cento della popolazione con 1,5 casi ogni mille abitanti.

### Operate molti pazienti anziani?

Non tutti quelli che ne avrebbero bisogno. C'è una certa riluttanza a sottoporsi ad intervento chirurgico in età avanzata. Per questo il 22 maggio abbiamo organizzato, per la prima volta in Italia, una giornata dedicata alla diagnosi e alla cura dell'ernia inguinale sia per informare i pazienti sia per sensibilizzare i medici sulla fattibilità di molti interventi. Incoraggiare un paziente, specie se anziano, a non sottoporsi a chirurgia può anche essere pericoloso. L'ernia ha una causa meccanica. Incide sulla qualità di vita del paziente. Può determinare un peggioramento dei sintomi con possibile rischio di complicazioni quali lo strozzamento e l'oclusione intestinale che imporrebbero un intervento in urgenza per di più in età ancor più avanzata. Oggi i medici di medicina generale rappresentano la prima linea per non incorrere in questo rischio.

**Dopo la dimissione che tipo di assistenza riceve il paziente?**

Dopo l'intervento il paziente è costantemente monitorato e al momento della dimissione deve aver ripreso completamente tutte le funzioni vitali e motorie con un buon controllo del dolore. Deve poter assumere liquidi per bocca e alimenti, urinare spontaneamente e non avere segni di sanguinamento. L'équipe deve rimanere a disposizione fino al mattino successivo quando si esegue un controllo telefonico per verificare lo stato di salute. È importante dare risposte concrete ai timori del paziente che si presentano nel periodo post operatorio: per questo oltre alla disponibilità di poter parlare con il medico viene consegnata una brochure che chiarisce gli inconvenienti che possono normalmente manifestarsi dopo un intervento chirurgico. Nel caso di ernioplastica ad esempio una modesta ipertermia, un dolore moderato, gonfiore ed ecchimosi della regione inguinale e dei genitali. Dopo una settimana togliamo i punti e controlliamo la ferita. Da questo momento conclusivo il paziente può ricominciare a condurre una vita normale senza più disturbi. In caso di problemi può contattarci ai recapiti comunicati. Peraltro le complicanze ed i risultati della nostra casistica ricalcano le migliori percentuali in campo internazionale.

### Come viene gestito il dolore post operatorio?

Dopo la dimissione il dolore viene controllato con l'assunzione di un blando analgesico. A casa il soggetto deve essere assistito da un familiare nelle prime 24 ore. Stranamente, sotto questo aspetto, sono più i giovani a deludere rispetto agli anziani: la loro soglia del dolore è inferiore e spesso creano più problemi per tornare a casa.

### Ed il dolore cronico?

Il dolore cronico è di solito causato dall'intrappolamento dei nervi della regione inguinale. Generalmente è un problema legato alla tecnica operatoria. Per questo quando prepariamo i nostri chirurghi specializzandi, o durante workshop e master, ricordiamo che, ancora prima di riparare l'ernia, durante l'intervento è fondamentale localizzare i nervi per evitare che rimangano intrappolati nella protesi o in una eventuale sutura. Nel nostro Centro comunque impieghiamo metodiche *tension free sutureless*: la protesi non viene stabilizzata con sutura ma viene impiegata una colla biologica di fibrina che permette la precoce deambulazione del paziente dimesso dal day-surgery senza che la toppa si sposti.

### Quale tipo di protesi utilizzate?

Per coprire il difetto di parete addominale si impiegano protesi costituite da materiali non riassorbibili o in parte riassorbibili, oppure protesi più leggere di polipropilene che possono riparare con meno intrusione di sostanze estranee. Si tratta del minimalismo protesico. È questo il nuovo standard di eccellenza: una riparazione con rete sottile, malleabile, di peso ridotto e più tollerabile che consente ai giovani e agli sportivi di vivere senza avere la percezione interna di una protesi sintetica, quindi con maggiore comfort e con analoga efficacia. Oggi questo concetto tendiamo a diffonderlo e ad applicarlo a tutti gli altri soggetti.

### Prospettive per il futuro?

L'ottimale sarà impiegare una protesi completamente biologica che al momento è utilizzata solo in presenza di uno stato settico, perché molto costosa. Inoltre non abbiamo ancora dati a distanza per poter stabilire che una riparazione con rete biologica sia definitiva come nel caso di quella sintetica, il cui riscontro è più che ventennale. In futuro sarà forse possibile impiegare anche le nanotecnologie cioè strutture che dovrebbero indurre una risposta proliferativa tissutale da parte dell'organismo per costruire una neoparte. La bioingegneria potrebbe finalmente produrre quello che chiamiamo il gold standard di cura, ma dobbiamo anche calcolarne i costi, l'applicabilità e l'efficacia clinica. •

**È questo il nuovo standard di eccellenza:  
una riparazione con rete sottile, malleabile,  
di peso ridotto e più tollerabile**