

RELAZIONE ATTIVITA' di REPARTO dal 01/01/2008 al 31/12/2008

1. organizzazione e gestione del corso annuale della Scuola Nazionale ACOI di Chirurgia dell'Obesità

La scuola nazionale ACOI (Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani) della Chirurgia dell'Obesità si iscrive nell'ambito delle Scuole Speciali ACOI rivolte alla formazione continua dei chirurghi italiani.

La scuola prevede un corso finalizzato alla formazione teorico-pratica dei chirurghi italiani che intendono intraprendere interventi di chirurgia bariatrica laparoscopica., articolato in sessioni teorico-pratiche (giugno 2009) intervallate dal tirocinio di sala operatoria e dalla pratica nei laboratori di chirurgia sperimentale (1 giorno e mezzo). Il direttore della scuola è il Dr. Rosaldo Allieta. La scuola è coordinata dal Dott Paolo Millo delegato regionale ACOI.

I docenti sono chirurghi italiani esperti nella chirurgia dell'obesità che mettono a disposizione la loro esperienza per l'insegnamento di questa particolare branca della chirurgia super-specialistica.

Gli allievi, chirurghi provenienti dai vari ospedali italiani in ragione di 15-20 per anno, avranno la possibilità di frequentare un corso full immersion teorico-pratico di 2 giorni sui vari tipi di interventi chirurgici bariatrici, indicazioni e fisiopatologia e complicanze con l'integrazione di interventi live e frequenza nelle sale operatorie per i differenti tipi di procedure chirurgiche al fine di poter avere una formazione di base in chirurgia dell'obesità.

Al termine del corso è previsto uno stage pratico nelle sedi accreditate dove l'allievo può confrontare la teoria del corso con la pratica della sala operatoria per circa 2 settimane.

La scuola propone anche la frequenza di una settimana presso i laboratori di chirurgia sperimentale di Covidien (Parigi) ed Ethicon (Germania) dove gli allievi possono esercitarsi sul maiale e sperimentare così le differenti tecniche laparoscopiche della chirurgia bariatrica seguiti da un tutore, proveniente dalla scuola stessa.

Gli allievi infine saranno valutati con discussione di una tesina per l' esame finale di valutazione.

Gli insegnanti si impegnano, al termine del corso, a fornire un tutorato per i chirurghi che intendono cimentarsi con la chirurgia dell'obesità nelle proprie sale operatorie.

2. Organizzazione di eventi :

- a. Workshop internazionale chirurgia dell'obesità a Saint Vincent e commemorazione Parini
- b. Corso ernie laparoscopiche
- c. Corso intubazione difficile negli obesi
- d. Corso gestione multidisciplinare dell'obeso per
 - i. Equipe chirurgica inglese
 - ii. Equipe ospedale di Forlì
 - iii. Equipe Ni Guarda Milano

Corso full immersion teorico-pratico di 2 giorni sui vari tipi di interventi chirurgici bariatrici, indicazioni e fisiopatologia e complicanze con l'integrazione di interventi live e frequenza nelle sale operatorie per i differenti tipi di procedure chirurgiche al fine di poter avere una formazione di base in chirurgia dell'obesità. Visita guidata al centro di chirurgia bariatrica di Aosta e confronto diretto con tutti gli specialisti medici ed infermieristici del reparto.

3. Insegnamento chirurgia dell'Obesità a Masterclass Internazionali a Parigi (3 edizioni con circa 120 chirurghi da tutto il mondo)

corso full immersion in inglese teorico-pratico di 2 giorni sui vari tipi di interventi chirurgici bariatrici, indicazioni e fisiopatologia e complicanze con l'integrazione di interventi sul maiale in laboratorio per i differenti tipi di procedure chirurgiche al fine di poter avere una formazione di base in chirurgia dell'obesità indirizzato a chirurghi provenienti da tutta Europa e paesi dell'area mediterranea.

4. tutoraggio chirurgico in sala operatoria a Modena (Prof. Melotti)

L'equipe del Centro Bariatrico di Aosta si impegna a fornire un tutorato per i chirurghi che intendono cimentarsi con la chirurgia dell'obesità nelle sale operatorie degli ospedali da cui provengono.

5. Centro accreditato per l'insegnamento della laparoscopia nell'ambito della Scuola Nazionale ACOI di Chirurgia Laparoscopica diretto dal Prof. G.Melotti (Modena)

6. partecipazione allo screening colo retto

7. Eventi formativi di tipo residenziale indirizzati ai **medici di base** organizzati come segue:
- Cadenza trimestrale
 - Incontro di una mattinata di sabato dalle 8.00 alle 13.00
 - N 3 incontri nell'anno
 - Finalità: diagnosi, cura, trattamento complicanze, modalità di accesso agli ambulatori specialistici, miglioramento delle cure sul territorio
 - Tematiche:
 - Patologia epatica, vie biliari e parete addominale
 - Patologia colo-rettale
 - Obesità

Eventi formativi di tipo residenziale indirizzato all'**infermiere professionale**:

- Corso mensile
- Incontro di alcuni pomeriggi dalle 14.00 alle 18.00
- Finalità :approfondimento ed aggiornamento nelle patologie di più frequente riscontro nel reparto per migliorare l'assistenza al paziente ricoverato.
- Obiettivi regionali: 1.3.4.6.10 .12
- Tematiche:
 - Colo proctologia
 - Obesità

8. Presentazioni scientifiche ai seguenti congressi nazionali ed internazionali:

- a. SICE Reggio Calabria
- b. MIRA Roma
- c. SOFCO Nice Francia
- d. Napoli
- e. SICOB Capri
- f. IFSO Capri
- g. SPIGC Perugia
- h. Trieste
- i. Creta
- j. Lione
- k. Saint Vincent

9. Attività scientifica

PUBBLICAZIONI E PRESENTAZIONI A CONGRESSI NEL 2008

1. Parini U, Millo P.. *Hernie internes dans le by pass gastrique pour obesità morbide*. Journées Internationales de Nice SOFFCO. Nizza (Francia) 15-16 febbraio 2008
2. Parini U, Millo P, Allieta R, Brachet Contul R , Fabozzi M, Da Broi J, Nardi MJ. Laparoscopic gastric by pass for morbid obesity: robotic gastrojejunal anastomosis our experience. 3rd International Congress MIRA 2008- Roma 24-26 Gennaio 2008.
3. Parini U, Millo P, Allieta R, Brachet Contul R , Fabozzi M, Da Broi J, Nardi MJ. *Robotic Roux-en-y gastric by pass for morbid obesity in super obese patient*. 3rd International Congress MIRA 2008- Roma 24-26 Gennaio 2008.
4. Allieta R, Da Broi J, Millo P, , Scozzari G, Brachet Contul R, Fabozzi M, Usai A, Nardi MJ, , Roveroni M, Lale Murix E, Persico F, Gatti AQ, Parini U. Magenstrasse and Mill operation: casistica e risultati preliminari. XVI Congresso Nazionale SICOB . Capri 14-16 Aprile 2008
5. Millo P, Da Broi J, Allieta R, Scozzari G, Brachet Contul R, Fabozzi M, Usai A, Roveroni M, Persico F, Nardi MJ, Lale Murix E, Gatti AQ, Parini U. Sleeve resection : esperienza preliminare e risultati. XVI Congresso Nazionale SICOB . Capri 14-16 Aprile 2008
6. Millo P, Allieta R, Brachet Contul R, Fabozzi M, Persico F, Da Broi J, Usai A, Nardi MJ, Lale Murix E, Scozzari G. . *Laparoscopic Gastric By pass for morbid obesity: which type of anastomosis ? Our experience*. . Obes Surg (2008) 18:433
7. Millo P, Allieta R, Brachet Contul R, Da Broi J, Nardi MJ, Scozzari G. Laparoscopic Magenstrasse and Mill operation. Obes Surg (2008) 18:468
8. Millo P, Allieta R, Brachet Contul R, Scozzari G, Nardi MJ, Fabozzi M. *Robotic Roux-en-y gastric by pass for morbid obesity in super obese patient*.. Obes Surg (2008) 18:469
9. Millo P, Allieta R, Scozzari G, Brachet Contul R, Fabozzi M, Nardi MJ. Laparoscopic Sleeve gastrectomy vs Laparoscopic Magenstrasse and Mill procedure in morbid obesity: preliminary results. Obes Surg (2008) 18:921
10. Allieta R, Millo P, Brachet Contul R, Scozzari G, Persico F, Roveroni M, Cornaglia S. . *Laparoscopic Gastric By pass for morbid obesity: which type of anastomosis ? Our experience* . Obes Surg (2008) 18:917

- 11.** Allieta R, Millo P, Scozzari G ,Brachet Contul R, Lale Murix E, Gatti AQ, Lorusso R. Laparoscopic Magenstrasse and Mill procedure in morbid obesity:*Our initial experience* . Obes Surg (2008) 18:966
- 12.** Allieta R, Millo P, Scozzari G, Brachet Contul R, Persico F, Roveroni M, Cornaglia S. . *Robotic Roux-en-y gastric by pass for morbid obesity in super obese patient*. Obes Surg (2008) 18:943
- 13.** Allieta R, Millo P, Brachet Contul R,Scozzari G , Fabozzi M, Nardi MJ, Lorusso R. Laparoscopic Magenstrasse and Mill operation . Obes Surg (2008) 18:942
- 14.** Millo P, Allieta R , Brachet Contul R, , Persico F , Roveroni M Scozzari G , Nardi MJ , Gatti AQ. Requirements of a bariatric surgery center and the role of the bariatric coordinator . Obes Surg (2008) 18:929-30
- 15.** Gallizioli M, Muraro E, MarchisioP, Natrella M, Millo P, Meloni T. Nuove frontiere : ruolo della RM con MNDPDP per lo studio dell'ansa esclusa duodeno digiunale nei pazienti sottoposti a by pass gastrico. La Radiologia Medica Suppl Vol 113 Maggio 2008-11-09

ATTIVITA' TERRITORIALE

Nell'anno 2008 si è registrato un incremento netto di ogni attività ambulatoriale territoriale passando dalle 5122 visite del 2007 a 6394 nel 2008.

I settori che hanno maggiormente risentito di questo trend sono le visite chirurgiche generali (1545 nel 2007 e 1811 nel 2008) la proctologia (prime visite 349 nel 2007 a fronte di 381 nel 2008, visite proctologiche di controllo 260 nel 2007 a fronte di 581 nel 2008). All'interno del servizio di colo proctologia si è registrato un incremento delle ECOENDOSCOPIE ANO-RETTALI (51 nel 2007 e 73 nel 2008) con attivazione di nuovi servizi quali la MANOMETRIA ANALE (35 nel 2008) . Sono inoltre incrementate le consulenze stoma terapeutiche per pazienti interni all'Ospedale ed esterni afferenti alla struttura.

Sostanziale stabilità dell'attività oncologica e delle visite per obesità con aumento soprattutto dei controlli post operatori.

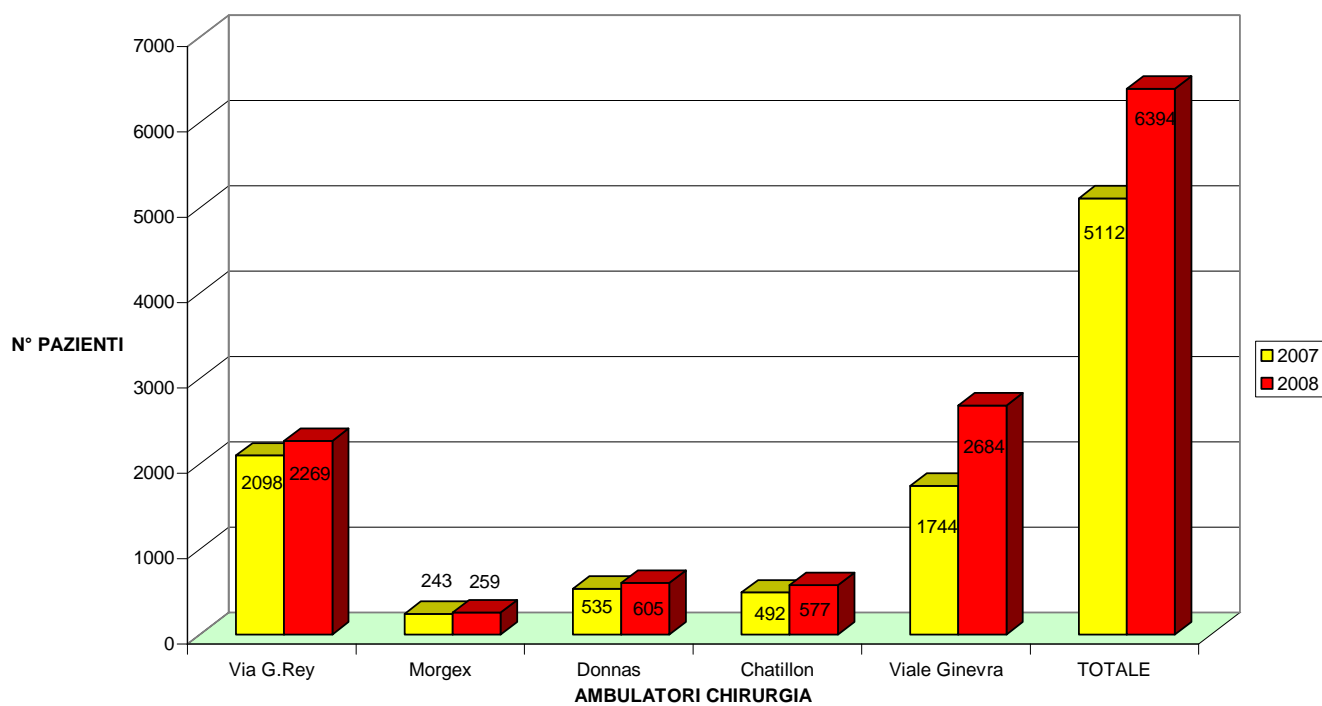
Nella tabella seguente le specifiche dei vari settori. (fonte CIC)

Visita ambulatoriale	2007	2008
V.G.REY	2.098	2269
MORGEX	243	259
DONNAS	535	605
CHATILLON	492	577
V.GINEVRA	1754	2684
TOTALI	5122	6394
OBESITA' 1 VISITA	71	70
OBESITA' CONTROLLI	264	304
PROCTOLOGIA 1 VISITA	349	381
PROCTOLOGIA CONTROLLI	260	581
VISITA PROCTOLOGICA E PELVI-PERINEALE DI II^ LIVELLO	91	137
CONSULENZE STOMATERAPICHE	140	172
RIEDUCAZIONE PELVI-PERINEALE E BIOFEEDBACK	14	10
ECOENDOSCOPIA ANALE	51	73

MANOMETRIA ANALE	0	35
CHIRURGIA 1 VISITA	1545	1811
CHIRURGIA ONCOLOGICA 1 VIS	24	21
CHIRURGIA ONCOLOGICA CONTROLLO	256	309

<i>TOTALE</i>	2007	2008
	5122	6394

VISITE AMBULATORI TERRITORIALI



ATTIVITA' OPERATORIA.

Anche l'attività operatoria nel suo insieme ha avuto un buon incremento passando da 1273 interventi nel 2007 a 1378 nel 2008 di cui i principali sono dettagliati nella seguente tabella distinti in vari gradi di complessità.

Piccola chirurgia.

<u>TIPO INTERVENTO</u>	<u>2007</u>	<u>2008</u>
Piccola chirurgia	249	395

Chirurgia media complessità.

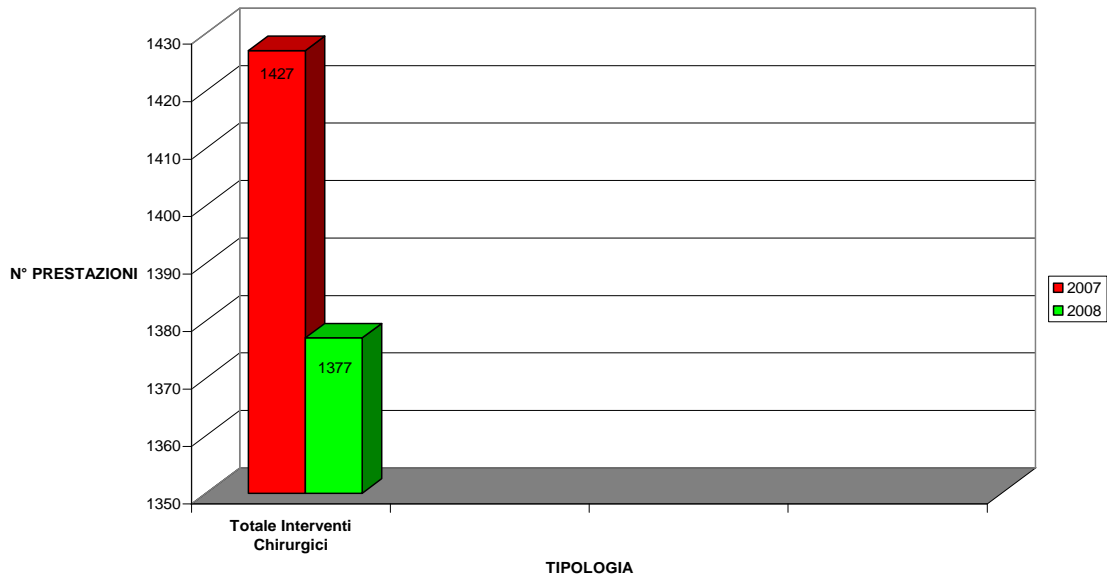
<u>TIPO INTERVENTO</u>	<u>2007</u>	<u>2008</u>
Appendicectomia	47	28
Proctologia	23	43
Emorroidectomia	58	35
Cisti pilodinali	45	38
Stomie	26	27
Colecistectomie	188	156
Fistole anali	16	19
Plastica ernia inguinale	245	307
Plastica ernia ombelicale/laparocele	59	64

Chirurgia alta complessità.

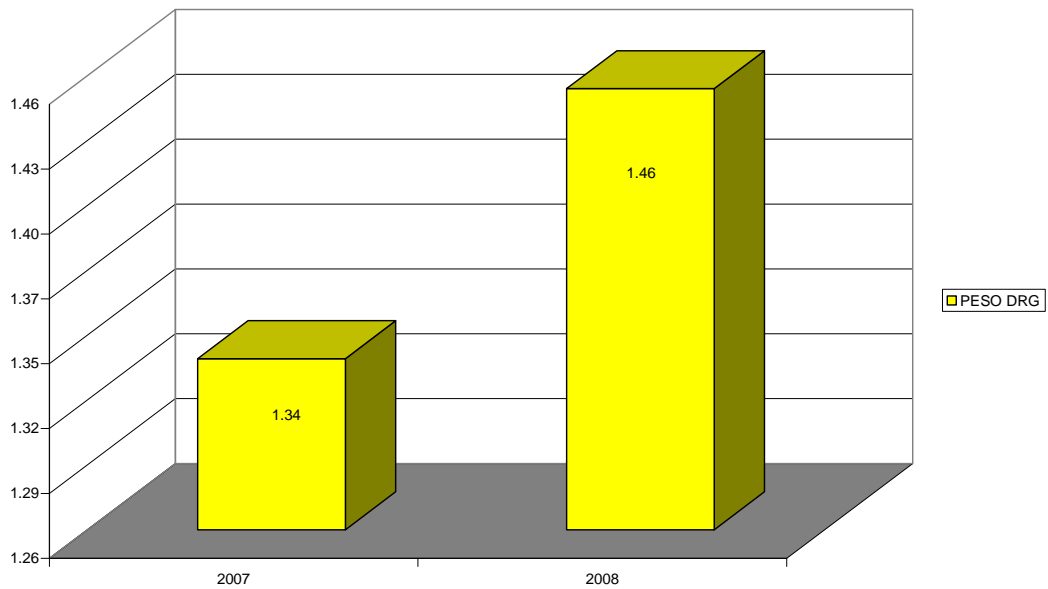
<i>TIPO INTERVENTO</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>
Gastrectomia	12	21
Ovariectomie	4	1
Resezione anteriore del retto	16	14
Iatoplastiche	3	1
Obesità	72	76
Colectomie totali	2	0
Emicolectomia destra	17	18
Emicolectomia sinistra	18	30
Epatectomia	5	4
Esofagectomia	3	0
Pancreasectomia	2	2
Resezione colon trasverso	5	6
Rettocele	3	1
Sigmoidectomia	19	16
Splenectomia	1	0
Surrenalectomia	3	0
Amputazione addominoperieale	0	4
Isterectomia	0	2
Nefrectomia	0	1
graciloplastica	0	1

Totale	2007	2008
	1427	1377
Peso DRG	1.34	1.46

ATTIVITA' OPERATORIA



PESO DRG

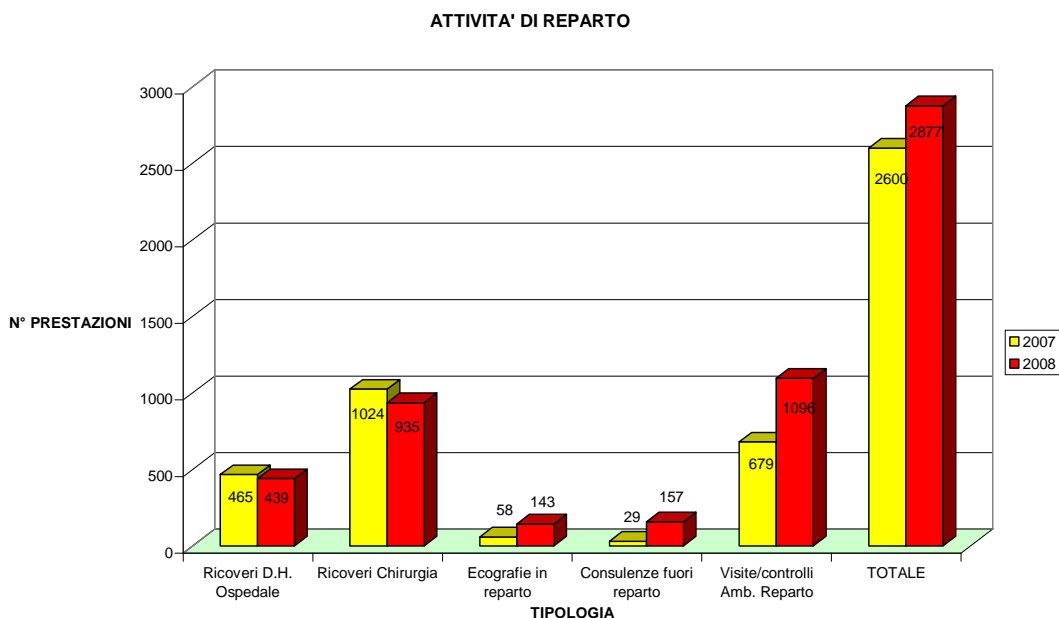


ATTIVITA' DI REPARTO

Anche l'attività complessiva di reparto comprendente le dimissioni, il DH, le consulenze in altri reparti e le attività di diagnosi associate ad esse hanno subito un buon incremento passando da 2600 prestazioni globali per il 2007 a 2877 nel 2008. Nella tabella le più significative.

<i>Prestazioni reparto</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>
DH	465	439
Chirurgia	1024	935
Ecoendo rettali	2	11
Ecografie	58	143
Consulenze in altri reparti	29	157
Totale ospedale	1921	1781
Totale ambulatorio V.Ginevra	679	1096
Day service	53	34

TOTALE	2007	2008
	2600	2877
% occupazione letti	68.35	67.76



CENTRO DI ECCELLENZA di CHIRURGIA BARIATRICA di Aosta

Premessa.

Il centro dell'obesità deve essere un centro in cui si tratta l'obesità inizialmente dal punto di vista medico-dietologico e solo successivamente chirurgico. La parte chirurgica pertanto deve essere incentrata al trattamento dell'obesità come malattia sociale con tutto il corteo sintomatologico delle comorbidità che possono essere risolte o migliorate. E' importante quindi non intendere il trattamento chirurgico come trattamento di chirurgia plastica o cosmetica.

Caratteristiche del Centro

I requisiti sono:

1. personale dedicato
2. competenze culturali e tecniche specifiche
3. minimo programma operatorio garantito
4. inquadramento clinico diagnostico
5. selezione dei malati (secondo i criteri dell'American Society of Bariatric Surgery, SAGES,NIH)
6. assistenza postoperatoria
7. gestione delle complicanze precoci e tardive
8. gruppi di lavoro

Per ciò che riguarda il personale è importante:

1. **SEGRETERIA DEDICATA** con presenza giornaliera di una segretaria/o con compiti di prenotazione degli appuntamenti delle prime visite (nello stesso giorno Chirurgo, Dietologo); appuntamenti del follow up (al 3°-6°-9°-12° mese); aggiornamento registro dell'obesità.
2. **PERSONALE PARAMEDICO:** coinvolgimento, formazione ed aggiornamento dell'equipe infermieristica del reparto e dell'ambulatorio; collaborazione con dietiste per la gestione delle diete nel postoperatorio immediato e per le indicazioni domiciliari; interessamento delle fisioterapiste per la riabilitazione respiratoria e motoria precoce degli obesi nel contesto del protocollo di prevenzione delle TVP.
3. **PERSONALE MEDICO SPECIALISTA:** appartenente all'equipe multidisciplinare (chirurgo, dietologo, psicologo, psichiatra, endocrinologo, pneumologo, anestesista) e medici che possono essere interessati per eventuali consulenze specialistiche (gastroenterologo, cardiologo, neurologo...)

La segreteria

Ruolo importantissimo per un centro bariatrico è sicuramente l'addetto alla segreteria, ruolo dedicato completamente ai problemi organizzativi dell'equipe bariatrica. Molto spesso poiché il pz. deve affrontare più visite specialistiche, compito della segreteria sarà quello di organizzare tali visite possibilmente nello stesso giorno in modo tale da ottimizzare il tempo e del pz. e dell'equipe bariatrica. Deve inoltre raccogliere tutte le cartelle complete degli esami clinico strumentali e delle consulenze svolte e sottoporre tali casi settimanalmente durante le riunioni dell'equipe bariatrica, redigendo apposito verbale delle riunioni.

Compito affidato alla segreteria è inoltre aggiornare il Registro obesità con i dati raccolti in sede ambulatoriale dal chirurgo durante le visite compresi di tabella BAROS (indice della qualità di vita) e riferendo all'equipe bariatrica eventuali problematiche insorte durante i contatti telefonici con i pazienti stessi. Deve inoltre comunicare al paziente mediante lettera scritta controfirmata da chirurgo l'eventuale assenso dell'equipe all'intervento chirurgico o le eventuale rinuncia alla terapia invasiva per le controindicazioni specifiche del caso.

Si occupa di propagandare mediante comunicazione scritta o posta elettronica le iniziative decise e condivise dall'intera equipe in merito a giornate informative e per i medici curanti e per la popolazione stessa. Deve inoltre essere a disposizione con numero telefonico diretto per fissare gli appuntamenti del follow-up ed eventuali incontri tra i pazienti che lo richiedono ed i vari specialisti per eventuali problemi che possono insorgere nel periodo pre-operatorio che nel post-operatorio dopo la dimissione.

Alla segreteria compete anche l'organizzazione delle riunioni dei gruppi di confronto tra pazienti obesi e dietologo e psicologo al fine di organizzare delle sedute preoperatorie e post operatorie di educazione dei pazienti ai nuovi schemi dietetici. Grazie all'introduzione di tali metodiche di lavoro di gruppo il paziente può confrontarsi con altri pazienti e mettere in comune difficoltà e preoccupazioni che possano insorgere prima e dopo l'intervento e poter trovare risposta ai propri interrogativi interagendo con i dietologi, le dietiste e gli psicologi.

L'ambulatorio

L'ambulatorio di chirurgia bariatrica molto spesso è il primo approccio che il paziente ha con il chirurgo bariatrico. Tale struttura deve essere in grado di soddisfare i requisiti minimi per la valutazione primaria del paziente stesso. Innanzi tutto deve essere dotato di una bilancia con portata superiore ai 250 kg, deve avere in dotazione uno sfigmomanometro con bracciale per obesi, un metro per misurare l'altezza e la circonferenza della vita, un lettino per visitare i pz. omologato a sopportare pesi superiori ai 200-250 kg., un misuratore di BMI manuale o digitale.

Durante la prima visita il chirurgo bariatrico si accerterà dei dati antropometrici (peso, altezza, BMI, IW in Kg, OW in Kg e OW %), ed una attenta ed accurata anamnesi sia patologica che di abitudini di vita. Tale intervista è finalizzata all'approfondimento delle seguenti tematiche: insorgenza dell'obesità e massimo peso raggiunto nella vita, abitudini alimentari in modo sommario (poiché saranno oggetto dell'attenzione del dietologo), interventi chirurgici pregressi, esistenza di patologie associate ad alto rischio (sleep apnea, eventuali patologie cardiovascolari gravi, presenza di diabete severo tipo II, ipertensione arteriosa...); si informerà sulle limitazioni della qualità della vita, eseguirà un'accurata anamnesi con particolare attenzione agli aspetti trombofilici, valuterà l'eventuale presenza di MRGE di allergie e avrà cura di annotare l'eventuale terapia farmacologia del paziente.

Un attento esame obiettivo sarà dirimente sul tipo di obesità (ginoide o androide), sulla presenza di eventuali cicatrici da pregressi interventi e sulla loro qualità (eventuali laparoceli associati), sullo stato dentario del paziente (edentulia o mancanza parziale di alcuni denti possono inficiare il risultato dell'intervento stesso). Una volta raccolti tali dati il chirurgo bariatrico darà una sua prima valutazione sulla fattibilità e sul tipo di intervento chirurgico. Il pz. verrà quindi inviato a consulenza dietologica e rivisto in un secondo momento con dati clinico strumentali e consulenze complete dall'equipe bariatrica riunita. Oltre alle prime visite l'ambulatorio serve per le eventuali medicazioni o rimozioni punti nell'immediato periodo post-dimissione, e per lo svolgimento del follow-up. Nello stesso ambiente saranno inoltre presenti gli opuscoli informativi che vengono rilasciati al pz. dopo la prima visita con spiegazioni esaurienti sui tipi di interventi che possono essere eseguiti, con informative per il medico curante, con disegni semplici ma comprensibili di tecnica chirurgica, con una sommaria descrizione sui rischi/benefici di tali interventi e con le eventuali diete post-intervento.

Assistenza post-operatoria e follow-up

Il primo controllo ambulatoriale nel post-intervento si esegue ad un mese dall'intervento stesso. Lo specialista chirurgo valuta e quindi aggiorna i dati antropometrici, si accerta sulle condizioni generali dello paziente, i possibili disturbi legati e non all'intervento chirurgico, esegue un'accurato esame obiettivo per escludere eventuali laparoceli sui punti d'ingresso dei trocar o eventuali deiscenze delle ferite chirurgiche. E' necessaria inoltre la visita dalla dietista per la valutazione nutrizionale del paziente.

A 3 mesi dall'intervento si esegue il secondo follow-up che prevede per il paziente controlli ematici quali elettroliti, emocromo, sideremia, ferritina, transferrina, azotemia, enzimi epatici ed urine standard. Viene inoltre eseguito un rx transito per escludere avere una descrizione morfologica del transito del prodotto di contrasto attraverso le differenti anastomosi. Il chirurgo farà quindi un aggiornamento dei dati antropometrici, verificherà gli esami clinico-strumentali eseguiti e completerà la visita con l'esame obiettivo. Durante lo stesso giorno il pz. sarà sottoposto a consulenza dietologica che valuterà gli aspetti nutrizionali verificherà i controlli ed eseguirà l'esame obiettivo del paziente stesso. La valutazione contemporanea dello specialista psicologo constaterà la condizione psicologica post-intervento e la valutazione sulla qualità della vita.

A 6 mesi dell'intervento al pz. verrà richiesto il completamento degli esami ematochimici precedenti con Glicemia, creatinina, trigliceridi, colesterolo, uricemia. Albuminemia prealbumina, PT e APTT, amilasi enzimi epatici, Bilirubinemia, Acido folico, Vitamina B12, fosfatasi alcalina; se il pz sarà risultato diabetico prima dell'intervento si richiederà il controllo dell'emoglobina glicata. Verrà quindi rivalutato e dal chirurgo bariatrico e dal dietologo.

A 12 mesi dall'intervento verranno richiesti al paziente oltre agli esami suddetti il PTH, la vitamina A, E, D. il dosaggio di zinco e rame. Utile ripetere controllo Hb glicata se pz diabetico prima dell'intervento. In possesso di tali esami lo stesso verrà nuovamente visto e dal chirurgo, e dal dietologo e dallo psicologo. Passati 12 mesi dall'intervento chirurgico il follow-up successivi verranno svolti annualmente dallo specialista dietologo .

<p>Segreteria aperta tutti i giorni dalle 8.30 alle 15.30 Ambulatorio settimanale dalle 14.00 alle 16.30 (200 visite) Riunione quindicinale di equipe dalle 12.30 alle 14.00 Attività di revisione delle cartelle cliniche almeno 4 ore ogni settimana</p>

La diagnostica strumentale

Una volta che il pz. è stato inquadrato a livello ambulatoriale il percorso prevede un ricovero in ambiente ospedaliero dove eseguire tutti gli accertamenti e le visite specialistiche preoperatorie.

La durata del ricovero è in media di 3 gg. Il pz entra in reparto quindi con la scheda di valutazione chirurgica, dietologica. Le consulenze che verranno eseguite saranno la psichiatrica, l'anestesiologica, la psicologica e l'endocrinologica. Gli esami strumentali saranno ECG, RX torace, ecografia addome superiore, Rx Transito, Ecodoppler arti inferiori, PFR ed EGDS con CP test.

Gli esami ematochimici comprendono:

emocromo V.E.S, PT,APTT, fibrinogeno-c antitrombina III proteina C proteina S, glicemia, azotemia creatinina CK, LDH, AST, ALT, gamma GT, fosfatasi alcalina, bilirubina totale e diretta, amilasi-p, colinesterasi, colesterolo trigliceridi, uricemia, folati, calcio, sodio, potassio, cloruri, Q.P., TSH, FT3, FT4, FSH, LH, prolattina, Somatomedine, 17 beta estradiolo, progesterone (se donna) testosterone DHEA-SO₄, Test di Nugent: cortisolo e ACTH basale, cortisolo e ACTH ore 19.00 Cortisolo e ACTH dopo Decadron, OGTT (curva da carico di glucosio) se pz. non diabetico e con glicemia > 200 da routine di base, emoglobina glicata e microalbuminuria se diabetico, esami di sierologia quali Ac HCV, Ag Hbs, urine standard, cortisolo urinario 24 h, clearance creatinina 24 h ; se APTT allungato si esegue LAC e eventuali approfondimenti per la valutazione del rischio trombotico. Una volta eseguiti tali accertamenti il caso ritorna all'attenzione dell'equipe bariatrica per la decisione finale riguardo alla strategia terapeutica. Se non sussistono controindicazioni all'intervento al pz. verrà contattato dalla segreteria per definire il giorno del ricovero per l'intervento chirurgico. Il pz entra 3 giorni prima della data dell'intervento con tutte le schede di valutazione, e l'elenco degli accertamenti, esegue inoltre consulenza FKT respiratoria per il pre-intervento che per il post-intervento, la consulenza della dietista.. Viene inoltre eseguita Rx transito in III° giornata post-operatoria per escludere come già detto possibili fistole o deiscienza anastomotiche. Le dimissioni sono previste a circa 7-10 gg dall'intervento a seconda del decorso post-operatorio. La documentazione da rilasciare all'atto della dimissione prevede la lettera informativa per paziente sulla dieta da seguire , gli eventuali integratori alimentari, i consigli per un corretto comportamento alimentare , le date del follow-up con gli esami da presentare, la lettera di dimissione del reparto di Chirurgia , lo schema dietetico, la lettera informativa per il medico di base.

La struttura radiologica è senza dubbio un partner importante per un centro di chirurgia bariatrica. Oltre agli esami routinari tale struttura è indispensabile per l'inquadramento completo del paziente sia nel periodo di studio, sia durante la degenza che nel follow-up. Esame fondamentale per la chirurgia bariatrica è sicuramente l'esecuzione di Rx Transito per lo studio morfologico del tratto gastrointestinale alto. Tale esame verrà quindi eseguito sia nel periodo che precede l'intervento chirurgico, a 3 gg dall'intervento stesso, e a distanza di 3 mesi durante il follow-up. Di utilità assoluta è sicuramente l'aver a disposizione un semplice Ecografo per lo studio del fegato e delle vie biliari pre-intervento e una Tc

possibilmente con ricostruzioni spirali per escludere eventuali embolie polmonari o eventuali complicazioni addominali post-chirurgiche. Di conforto per la temuta diagnosi di embolia polmonare è sicuramente un reparto di Medicina Nucleare per l'esecuzione di eventuale scintigrafia polmonare. Imprescindibile è lo studio endoscopico dello stomaco e del primo tratto duodenale per escludere eventuali patologie a carico di tale distretto e nella gestione in urgenza delle possibili complicanze (emorragie anastomotiche...). Indispensabile inoltre uno studio Ecocolor Doppler per escludere eventuali patologie di natura trombotica agli arti inferiori, le quali aumenterebbero sensibilmente il rischio di eventuali embolie di maggiore gravità. Per la tipologia inoltre di tali pz. utile inoltre uno studio polisonnografico per diagnosi e la gravità della sleep-apnea..

Reparto

L'organizzazione del centro coinvolge anche e soprattutto il personale di reparto che si vede attivo per quello che riguarda gli esami preoperatori che si svolgono in un ricovero di 3-4 giorni. Questo comporta un carico di lavoro aggiuntivo che deve essere preventivato e stimato in relazione al numero di esami e prelievi preoperatori che normalmente non si eseguono di routine per gli altri malati. Inoltre il reparto deve essere attrezzato con letti dedicati alla chirurgia dell'obesità con caratteristiche di resistenza alle sollecitazioni di pesi superiori ai 180 kg. Indispensabile è il dispositivo di sollevamento del paziente per carichi superiori a 150 Kg. Per evitare anche problemi di incidenti sul lavoro da parte del personale.

Durante il ricovero il paziente viene educato dalle dietiste alla dieta postoperatoria.

Importante la dotazione strumentale dedicata che deve considerare: sfigmomanometri con bracciale per obesi, gambali a pressione intermittente per la prevenzione delle TVP nel post operatorio immediato (il paziente afferisce alla sala operatoria già dotato degli IPC), bilancia con possibilità di pesare almeno >250 kg.

MOBILITA' ATTIVA	2007	2008
VdA	15	14
Piemonte	41	39
Liguria	5	4
Emilia Romagna	3	1
Sicilia	3	3
Calabria	0	1
Lazio	1	1
Lombardi	1	2
PA Trento	1	1
Basilicata	0	1

Sala operatoria

Una sala operatoria dedicata a tale chirurgia deve avvalersi di vari presidi:

- Letto operatorio che consenta carichi >200 kg e più, anti-trendeleburg di almeno 30 gradi,
- materasso antidecubito per evitare le rabdomiolisi da compressione prolungata dei muscoli
- fibroscopio per intubazione difficile
- insufflatore da laparoscopia ad alti volumi
- pinze laparoscopiche lunghe
- bracciale maxi per misurazione PA
- gambali a pressione intermittente per la prevenzione delle TVP in peri e post operatorio immediato

Terapia intensiva post op e rianimazione

E' importante che il Centro si allestito all'interno di un struttura ospedaliera che posseda una terapia intensiva post-operatoria o una rianimazione, al fine di poter accogliere gli eventuali pazienti che si complichino durante l'intervento.

A questo fine è fondamentale considerare la possibilità di un mancato svezzamento del paziente dal respiratore, una insufficienza respiratoria acuta, problemi cardiaci che necessitino di una sorveglianza più stretta (vedi capitolo problemi anestesiológicos).

Tali strutture di terapia intensiva possono intervenire anche nel post operatorio immediato nel monitoraggio di eventuali episodi di embolia polmonare.

Staff

Per un'ottimale gestione del complesso apparato del centro bariatrico è fondamentale istituire delle riunioni periodiche (settimanali o quindicinali) a cui intervengano tutti i componenti dell'equipe bariatrica (chirurgo, dietologo, endocrinologo, psichiatra, psicologo, anestesista, pneumologo).

Lo scopo di tali incontri è:

- discussione delle cartelle cliniche
- indicazioni al tipo di intervento chirurgico
- discussione di casi clinici complicati
- organizzazione del follow up degli operati

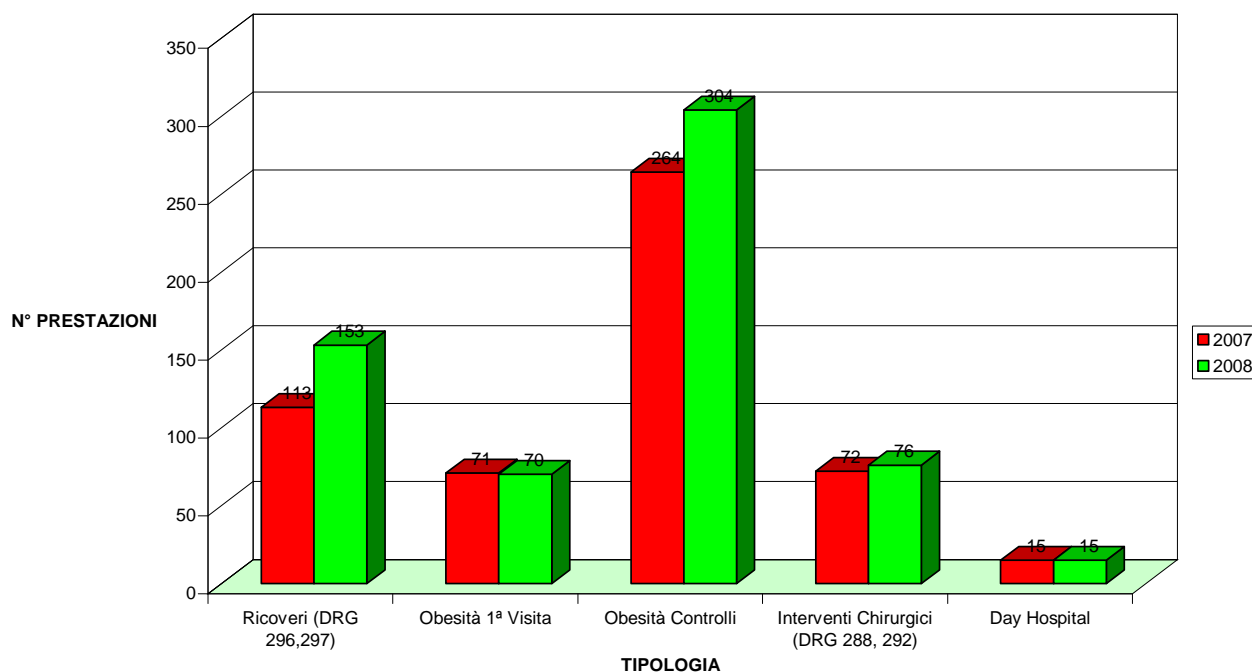
Gruppi di sostegno psico-attitudinale.

La possibilità di incontro tra pazienti candidati alla chirurgia rappresenta un supporto valido ed efficace per il sostegno di tali delicati pazienti. Infatti tali incontri che si realizzano con la presenza dello psicologo e del dietista permettono un confronto tra i pazienti, uno scambio di opinioni tra pazienti e gli specialisti, la risposta a eventuali dubbi, una occasione di allenamento alla dieta post operatoria tramite l'esercizio su pasti simulati. Il confronto tra pazienti già operati permette una migliore risoluzione dei problemi che possano insorgere nel post operatorio con la costante messa in comune del vissuto di ogni malato.

Nella tabella seguente il dettaglio delle attività inerenti il centro dell'obesità di Aosta.

<i>tipologia</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>
Ricoveri (DRG 296,297)	113	153
OBESITA' 1 VISITA	71	70
OBESITA' CONTROLLI	264	304
Interventi chirurgici (DRG288,292)	72	76
DH	15	15

ATTIVITA' CENTRO OBESITA' AOSTA



Casistica globale del centro.

Procedure type	n
BILIOPANCREATIC DIVERSION	99+3 VL
LAPAROSCOPIC GASTRIC BANDING	79
LAPAROSCOPIC VERTICAL GASTROPLASTY (Mason-MacLean type)	191
GASTRIC SLEEVE RESECTION Magenstrasse and Mill	26 12
LAPAROSCOPIC ROUX en Y GASTRIC BYPASS	325
GASTRIC PACING	6
	741

AMBULATORIO DIVISIONALE DI COLO-PROCTOLOGIA

Dal 2004 ad oggi, grazie all'acquisizione di strumentazione dedicata quale l'ecografo endo-anoale, il manometro ano-rettale, la strumentazione per Biofeedback ed elettrostimolazione, l'attività dell'ambulatorio è aumentata per numero di pazienti trattati, qualità dei servizi offerti, specificità delle prestazioni.

Grazie anche all'acquisizione di personale medico ed infermieristico qualificato e dedicato per le patologie colo-rettali e pelvi-perineali si è riusciti ad incrementare nel tempo le prestazioni erogate. Tale ambulatorio risulta essere il secondo step di approfondimento diagnostico, dopo che i pazienti hanno eseguito le prime visite presso gli ambulatori territoriali.

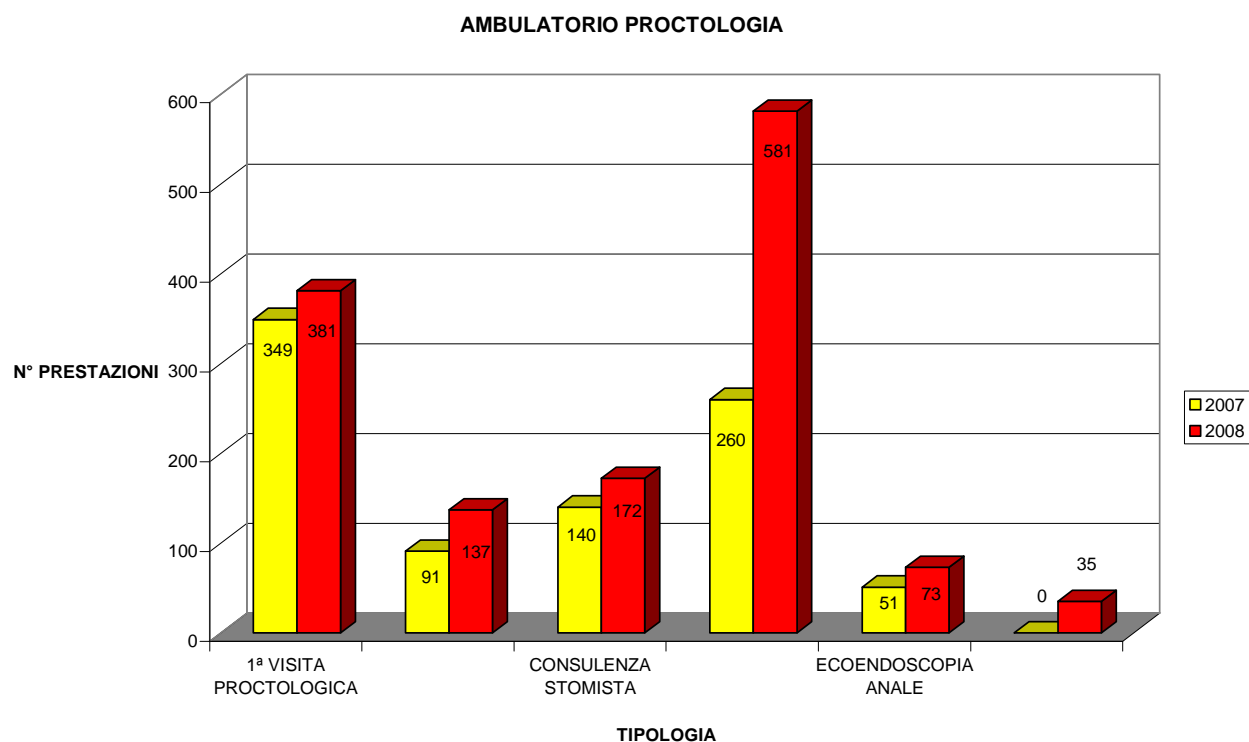
Le prestazioni erogate quindi risultano essere:

- Visite chirurgiche colo-proctologiche,
- Visite mediche ed infermieristiche a pazienti con stomie
- Esecuzione indagini diagnostiche quali anoscopie, proctoscopie, rettoscopie con biopsie, manometrie, ecografie ano-rettali
- Biopsie di neoformazioni ano-rettali
- Rimozione punti ferite e medicazioni
- Visite per patologie del pavimento pelvico
- Dilatazioni graduali per stomia
- Irrigazione
- Terapia riabilitativa mediante elettrostimolazione e biofeedback per l'incontinenza
- Rieducazione perineale per la stipsi ano-rettale
- Produzione modulistica per la prescrizione presidi sanitari

Le prestazioni sopraelencate vengono concordate all'interno dell'équipe medico-infermieristica dedicata, e nell'ottica dell'ottimizzazione del servizio erogato, in collaborazione con specialisti di altri servizi nell'ambito della multidisciplinarietà.

	2007	2008
PROCTOLOGIA 1 VISITA	349	381
PROCTOLOGIA CONTROLLI	260	581
VISITA PROCTOLOGICA E PELVI-PERINEALE DI II^ LIVELLO	91	137
CONSULENZE STOMATERAPICHE	140	172
RIEDUCAZIONE PELVI-PERINEALE E BIOFEEDBACK	14	10
ECOENDOSCOPIA ANALE	51	73
MANOMETRIA ANALE	0	35

Eventuali discrepanze numeriche con fonti CIC sono da imputarsi alla mancata informatizzazione relativa alla pratica diagnostica medica specialistica ed infermieristica.



CHIRURGIA PEDIATRICA, DAY HOSPITAL, DAY SURGERY

	2007	2008
PESO drg	0,70	0,72
SDO DS	405	386
INTERVENTI CH. PEDIATRICA BEAUREGARD	46	55
BORGNALLE	440	438
Interventi day surgery	334	394
Interventi ambulatoriali	132	238
Day service	55	34

Il peso medio degli interventi di day surgery è lievemente aumentato.

Le Sdo relative agli interventi in *day surgery* sono lievemente diminuite in quanto alcuni interventi programmati come day surgery sono stati poi trasformati in ordinari per patologie concomitanti del paziente o per altri fattori di rischio (distanza, assenza di parenti, ASA).

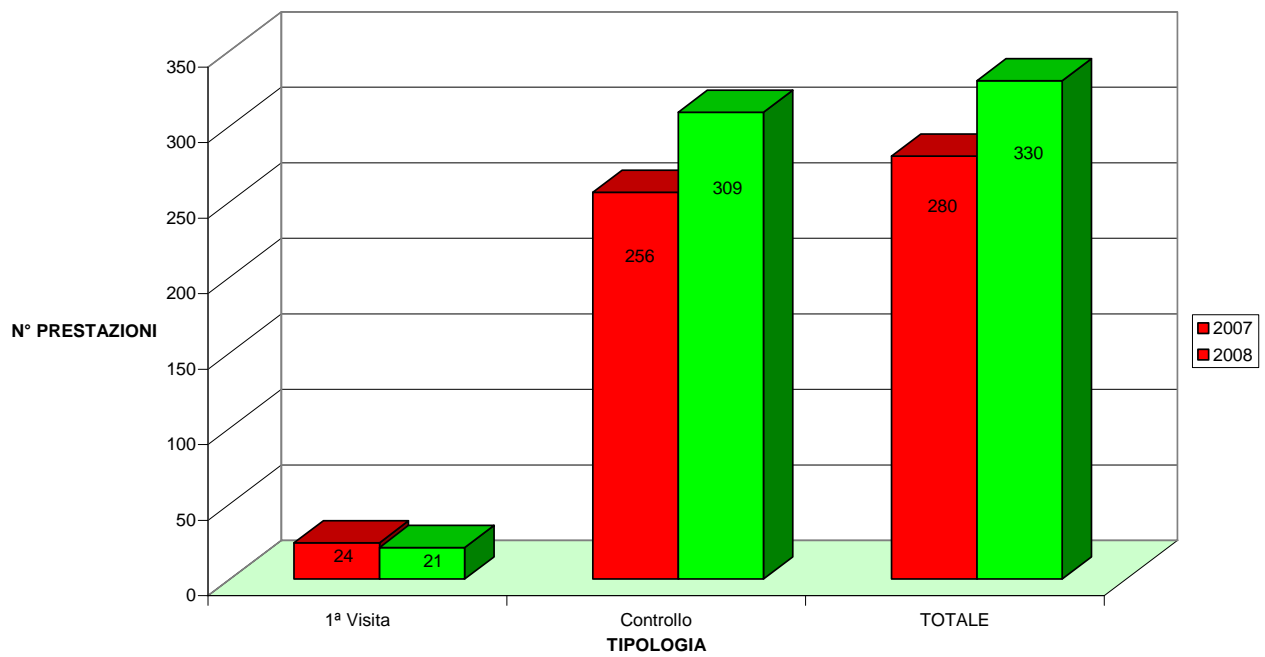
Gli interventi di *chirurgia pediatrica* presi in considerazione sono solo quelli eseguiti al Beauregard nella seduta operatoria dedicata assegnata mensilmente. Sono esclusi gli interventi di chirurgia pediatrica eseguiti in Viale Ginevra e nella sala urgenze. Gli interventi ambulatoriali del 2008 sono tutti registrati al computer, mentre quelli del 2007 erano parzialmente registrati su registro manuale.

I *Day Service* sono diminuiti in quanto numerosi pazienti hanno programmato iter diagnostico in regime ambulatoriale senza attivazione di cartella clinica, riservata ai casi più complessi.

CHIRURGIA ONCOLOGICA

CHIRURGIA ONCOLOGICA 1 VIS	24	21
CHIRURGIA ONCOLOGICA CONTROLLO	256	309

AMBULATORIO CHIRURGIA ONCOLOGICA



PROSPETTIVE FUTURE

Clinical immersion

Portare il centro dell'Obesità di Aosta e l'Ospedale stesso a divenire Centro di Riferimento Europeo per chirurghi che vogliono approfondire le tematiche della gestione multidisciplinare del paziente obeso con corsi di approfondimento in lingua Francese ed in Inglese e chirurgia in diretta dalle nostre sale operatorie.

Corso ernie

Continuare ed implementare la diffusione della tecnica chirurgica laparoscopica nel trattamento delle ernie ombelicali, laparoceli ed ernie inguinali per chirurghi provenienti da tutta Italia per imparare queste innovative tecniche chirurgiche.

Corso appendicectomia

Partendo dal presupposto che le statistiche nazionali pongono la chirurgia della Valle d'Aosta al primo posto con percentuale di appendicectomia eseguite in laparoscopia (90%) rispetto alle altre regioni italiane in cui la metodica è applicata solo tra il 20e 30%, ci proponiamo come centro pilota per corsi di approfondimento della appendicetomia laparoscopica rivolta a chirurghi provenienti da tutte le regioni d'Italia.

Scuola dell'obesità edizione 2009

Continuare l'apprezzata esperienza iniziata nel 2003 per la formazione nazionale dei chirurghi che intendono incominciare o implementare la chirurgia dell'obesità nell'ambito della più grande associazione di chirurghi italiani quale è la Associazione Chirurghi Ospedalieri italiani (ACOI).

International Workshop Fast Track Saint Vincent – Dicembre 2009

Vera innovazione chirurgica dovrebbe essere il ricovero rapido e la degenza breve per pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia maggiore: questo è l'obiettivo della fast track. L'approccio multimodale alla gestione del decorso postoperatorio mira infatti a controllare tutti i fattori che stanno alla base della fisiopatologia della risposta all'insulto chirurgico e che influenzano negativamente il decorso postoperatorio aumentandone la morbilità. In tutto ciò bene si inserisce l'uso della tecnica laparoscopica, che riduce al minimo lo stress chirurgico. E' infatti ormai riconosciuto che il vero vantaggio della laparoscopia in chirurgia maggiore è quello di ridurre al minimo lo stress chirurgico, rendendo meno gravoso il decorso postoperatorio per il paziente in termini di qualità e durata della degenza; idealmente una gestione tradizionale del decorso postoperatorio rischia di far perdere in modo sostanziale questo guadagno.

Nel nostro centro la chirurgia videolaparoscopica è di uso routinario, per questo è cresciuto l'interesse per la Fast-TrackSurgery: riteniamo la videolaparoscopia un mezzo che ben si inserisce nel contesto di questo nuovo approccio alla gestione del paziente chirurgico, e contemporaneamente

consideriamo questa nuova filosofia mezzo utile per ottimizzare al meglio i nostri risultati.

Raggiungere un decorso postoperatorio ottimale nelle chirurgia dell'apparato digerente significa controllarne la morbilità, quindi significa controllare il più possibile il dolore, lo stess chirurgico e la disfunzione d'organo, l'ileo, la nausea ed il vomito, l'ipossiemia, i disturbi del sonno, l'astenia.... . Diversi sono i protocolli utilizzati dai vari centri per il raggiungimento di questo scopo, nulla è stato ancora standardizzato.

Nostra intenzione con questo Workshp è di creare ed applicare un protocollo quanto più possibile uniforme a tutti i pazienti in modo da valutarne l'applicabilità, la compliance del paziente e il reale beneficio del paziente, i risultati in termini obiettivi del decorso postoperatorio ed in termini di costi da applicare alla nuova organizzazione dell'ospedale del futuro con il coinvolgimento dei maggiori esperti europei sul tema proposto.