



**U.O. CHIRURGIA MULTISPECIALISTICA di VALDAGNO
 WEEK SURGERY E DAY SURGERY**

CARTA DEI SERVIZI

Codifica

Chgen-Va-CS-014

Preparazione

Coordinatore GdL

Dott.ssa Laura Rossato Coordinatore infermieristico

Dott.ssa Francesca Borga Infermiere

Verifica

Dr Mezzasalma Marcello

Approvazione

Direttore Direzione Medica di Arzignano

Dr Giancesini Raffaele

Dr Furfaro Vincenzo

Dr Frisina Antonio

Rev.

Data 21/04/2023

Riconferma

Responsabile

Data 21/04/2023

Indice

1. SCOPO.....	3
1.1. Informazioni generali.....	3
1.2. Mission dell'Unita' Operativa di Chirurgia Multispecialistica.....	3
1.3. Vision dell'Unita' Operativa di Chirurgia Multispecialistica.....	4
2. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
2.1. Contatti.....	4
2.2. Struttura dell'Unita' Operativa.....	5
2.3. Camera di degenza.....	5
2.4. Terminologie e definizioni.....	5
3. RESPONSABILITA'.....	6
3.1. Direttore dell'unita' Operativa.....	6
3.2. Dirigente Medico.....	6
3.3. Coordinatore Infermieristico.....	6
3.4. Infermiere.....	7
3.5. Operatore Socio-Sanitario (legge Reg Del 16 Agosto 2001 N 20 Bur N. 75/2001).....	7
3.7. Organigramma chirurgia generale.....	9
3.8. Organigramma ortopedia e traumatologia.....	10
3.9. Organigramma otorinolaringoiatria.....	11
3.6. Organigramma week surgery e day surgery.....	12
4. PERCORSO PERIOPERATORIO IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO, WEEK/DAY SURGERY E AMBULATORIALE.....	13
4.1 Diagnosi e pre ricovero.....	13
4.2 Esecuzione accertamenti pre-operatori in regime di ricovero ordinario programmato.....	14
4.3 Esecuzione accertamenti pre-operatori in regime di ricovero d'urgenza.....	15
5. CHIRURGIA GENERALE.....	16
5.1. Patologie trattate.....	16
5.2 Visita chirurgica.....	16
5.3 Tipologie d'intervento e trattamento in chirurgia.....	16
6. ORTOPEDIA.....	22
6.1. Visita ortopedica.....	22
6.2 Interventi e trattamenti in ortopedia.....	22
7. OTORINOLARINGOIATRIA.....	28
7.1Visita ORL.....	28
7.2 Interventi e trattamenti in orl.....	28
8. ASSISTENZA PRE E POST- OPERATORIA.....	31
8.1 Braccialetto identificativo.....	31
8.2 Accoglienza in reparto.....	31
8.3 Preparazione alla sala operatoria.....	31
8.4 Decorso post-operatorio.....	31
8.5 Gestione del dolore nel post operatorio.....	31
9. CONTINUITA' ASSISTENZIALE.....	32
10. OBIETTIVI E STANDARD DI QUALITA'.....	32
11. PRINCIPI FONDAMENTALI.....	33
12. ASSOCIAZIONI.....	36

1. SCOPO

1.1. Informazioni generali

L'U.O. di Chirurgia Multispecialistica è composta da: U.O.C di Chirurgia, U.O.S.D. di Ortopedia e Traumatologia e U.O.C. di Otorinolaringoiatria.

E' un modello organizzativo aziendale, per l'attività di chirurgia in urgenza ed elettiva di medio-alta complessità, rivolto a tutte le tipologie di utenza.

L'unità di Week Surgery e Day Surgery è un modello organizzativo aziendale, per l'attività di chirurgia elettiva, di bassa-media complessità, rivolto a pazienti non complicati, attraverso il quale l'efficiente organizzazione rende possibile l'erogazione di prestazioni nel modo più appropriato, senza ridurre il livello qualitativo della prestazione stessa, consente di aumentare il beneficio dei pazienti intervenendo sul rischio di una superflua permanenza in ospedale e garantisce una maggiore razionalizzazione delle risorse.

Questa modalità clinico-assistenziale nasce come risposta alle istanze specifiche promosse da una domanda di salute sempre più complessa e dalle pressioni che convergono sul sistema sanitario, come la riduzione della spesa sanitaria e il miglioramento della qualità delle prestazioni offerte.

Il personale dell'unità operativa di Day Surgery ha il compito di preparare tutta la documentazione pre-operatoria necessaria al ricovero, quando questo si svolge in regime programmato.

1.2. Mission dell'Unità Operativa di Chirurgia Multispecialistica

E' lo strumento previsto dalla programmazione regionale attraverso il quale si intende completare l'offerta organizzativa in ambito chirurgico.

Permette l'utilizzo della modalità assistenziale più appropriata per il paziente dal punto di vista clinico, con minor assorbimento di risorse .

- ➔ U.O. di Chirurgia Multispecialistica si configura come un'articolazione del regime di ricovero sia ordinario, per i pazienti che necessitano di intervento chirurgico "programmato" ma con durato di degenza superiore ai 5 giorni, sia d'urgenza con accesso da Pronto Soccorso.
- ➔ Week Surgery si configura come un'articolazione organizzativa del regime di ricovero ordinario, nella quale possono essere presi in carico esclusivamente pazienti, la normativa regionale sulle procedure erogabili in week surgery, il cui intervento chirurgico può essere "programmato" e la cui degenza non superi i 5 giorni.
- ➔ Day Surgery si configura come un'articolazione organizzativa del regime di ricovero giornaliero, nella quale possono essere presi in carico esclusivamente pazienti, secondo la normativa regionale sulle procedure erogabili in day surgery, il cui intervento chirurgico può essere "programmato" e la cui degenza si concluda nell'arco della giornata stessa.
- ➔ Ambulatoriale si configura come un'articolazione organizzativa del regime di ricovero giornaliero, nella quale possono essere presi in carico esclusivamente pazienti, secondo la normativa regionale sulle procedure erogabili in regime ambulatoriale, il cui intervento chirurgico può essere "programmato" e la cui degenza si concluda nell'arco della giornata stessa.

Tale modello dev'essere configurato in spazi ben identificati e con una dotazione di personale dedicato per le diverse attività assistenziali.

Necessita, inoltre, di alto livello organizzativo e di efficienti rapporti di collaborazione, mirati alle finalità da perseguire con:

- i servizi di supporto e la tecnostruttura dell'ospedale per un approccio multidimensionale alla persona;
- esperti di diverse discipline nell'ottica del continuo miglioramento delle tecniche di assistenza per assicurare elevati standard assistenziali;
- i care giver per valutare la possibilità della dimissione nei tempi previsti

1.3. Vision dell'Unita' Operativa di Chirurgia Multispecialistica

La Vision U.O. di Chirurgia Multispecialistica, Week Surgery, Day Surgery e Ambulatoriali consiste nel voler essere parte di un sistema orientato alla centralità delle esigenze del paziente, nonché al continuo miglioramento della qualità dell'assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi degli utenti sia in elezione che in urgenza.

L'adeguato trattamento del dolore post-operatorio è un elemento fondamentale nell'attività del reparto che, in collaborazione con il Servizio di Anestesia e Rianimazione, aderisce al Progetto "Ospedale senza dolore" in conformità con le linee guida della Regione Veneto.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

L'unità Multispecialistica è situata al 2° piano dell'ospedale San Lorenzo di Valdagno, si suddivide in:

- U.O.C di Chirurgia con 16 posti letto (+ 6 posti letto in W.S.).
Direttore U.O. Dr. Raffaele Giancesini.
- U.O.C di Otorinolaringoiatria con 4 posti letto (+ 4 posti letto in W.S.).
Direttore U.O. Dr. Antonio Frisina
- U.O.S.D. di Ortopedia con 14 posti letto (+ 10 posti letto in W.S.).
Direttore U.O. Dr. Vincenzo Furfaro.
- Week Surgery, Day Surgery e Ambulatoriale con 26 posti letto totali suddivise per le tre chirurgie specialistiche.
Direttore Dr.ssa Sara Mondino Direzione Medica Ospedaliera.

2.1 Contatti:

	telefono	Indirizzo e-mail
CENTRALINO OSPEDALIERO ATTIVO 24/24 H	0445 48-4111	urp.arz@aulss8.veneto.it
OTORINO LARINGOIATRIA (segreteria)	0445 48-4757	segreteriaotorino.ovest@aulss8.veneto.it
CHIRURGIA (segreteria)		segreteria.ortopedia.valdagno@aulss8.veneto.it
ORTOPEDIA (segreteria)		
PROGRAMMAZIONE INTERVENTI : (telefono attivo dal Lunedì al Venerdì dalle 10.30 alle 12.00)		
CHIRURGIA	0445 48-4772	daysurgery.valdagno@aulss8.veneto.it
ORL	0445 48-4771	
ORTOPEDIA	0445 48-4770	
GINECOLOGIA	0445 48-4797	

2.2 Struttura dell'Unita' Operativa

L'area di degenza dispone dei seguenti locali:

- ✓ zona soggiorno con angolo tv in comune
- ✓ stanze di degenza ognuna con all'interno il bagno assistito
- ✓ studi medici divisi secondo le specialità
- ✓ 1 studio coordinatore infermieristico
- ✓ front office del personale amministrativo
- ✓ open space per il personale di assistenza diretta
- ✓ spazio per l'organizzazione della distribuzione del vitto
- ✓ spazio per lavaggio mani del personale di assistenza
- ✓ locali per stoccaggio materiale
- ✓ locale-deposito biancheria pulita
- ✓ locale con lavabo per decontaminazione ferri chirurgici
- ✓ locale-deposito biancheria sporca e rifiuti
- ✓ servizi igienici per i visitatori
- ✓ servizi igienici per il personale
- ✓ archivio
- ✓ locale-vuotatoio
- ✓ locale-sosta salme

2.3 Camera di degenza

- ✓ letto mobile articolato
- ✓ comodino
- ✓ armadio
- ✓ tavolo
- ✓ una sedia per ogni posto letto
- ✓ televisione
- ✓ impianto chiamata con segnalazione acustica e luminosa
- ✓ impianto gas medicali: prese vuoto – ossigeno
- ✓ impianto di illuminazione indiretta e diretta
- ✓ servizio igienico con: lavabo, bidet, water, piatto-doccia, campanello di chiamata, presidi per pazienti parzialmente autosufficienti

2.4 Terminologie e definizioni

- ✓ U.O.: Unità Operativa
- ✓ U.O.C: Unità Operativa Complessa
- ✓ U.O.S.D.: Unità Operativa Semplice Dipartimentale
- ✓ WS : Week Surgery
- ✓ D.S.: Day Surgery
- ✓ O.S.S.: Operatore Socio Sanitario
- ✓ INF : Infermiere
- ✓ ORL : Otorinolaringoiatria
- ✓ ORT : Ortopedia e Traumatologia
- ✓ CH : Chirurgia Generale

3. RESPONSABILITA'

3.1. Direttore dell'unità Operativa

- responsabile nel vigilare e dirigere il personale dell'unità operativa nei confronti dei quali ha funzioni sia manageriale sia di insegnamento
- responsabilità di pianificazione/formulazione degli obiettivi, condivisi con i propri collaboratori e dell'elaborazione della proposta di budget
- responsabilità della realizzazione dei programmi rispetto agli obiettivi prefissati
- responsabilità di programmazione delle attività e valutazione in rapporto alle responsabilità che ha attribuito ai singoli collaboratori
- responsabilità dei risultati della gestione finanziaria, tecnica e amministrativa
- rappresenta l'unità operativa strategica, presso il dipartimento e altre unità operative, gli utenti e gli stakeholders
- attività d'indirizzo e convalidazione di protocolli diagnostici e terapeutici, dei percorsi clinico-assistenziali, dei protocolli, delle procedure e di tutti gli strumenti di comunicazione
- responsabile del rispetto della privacy
- responsabile del risk management e della gestione del rischio
- responsabile dello sviluppo continuo della qualità

3.2. Dirigente Medico

- fornisce informazioni e risposte ai pazienti ed ai familiari
- effettua la visita medica pre operatoria
- effettua la visita medica nel post operatorio con le ev. medicazioni
- prescrive esami ematici e strumentali
- richiede consulenze specialistiche
- prescrive ed aggiorna la terapia
- predispone la dimissione
- responsabile della prevenzione, diagnosi e cura
- responsabile della gestione delle consulenze
- responsabile delle informazioni al paziente
- responsabile della gestione del processo del consenso informato

3.3. Coordinatore Infermieristico

- coordinamento e gestione delle risorse umane e programmazione delle attività
- gestione delle risorse tecnico strumentali, dei presidi sanitari e farmacologici, controllo del materiale di consumo e dei presidi sanitari
- gestione della documentazione sanitaria
- referente infermieristico per lo sviluppo continuo della qualità
- referente infermieristico per il risk management
- referente della formazione per gli infermieri e OSS nell'ottica della formazione continua
- gestione delle relazioni con Direzione Medica e Professioni Sanitarie, con l'équipe medica, il comparto con i pazienti e i familiari e con le varie unità operative
- gestione del processo di inserimento del neo-assunto/trasferito
- tutor aziendale rivolto allo studente infermiere
- ruolo del preposto

3.4. Infermiere

- Accoglimento del paziente
- preparazione del paziente per l'accompagnamento in sala operatoria
- pianificazione ed attuazione dei processi di assistenza infermieristica
- collaborazione nella visita medica
- collaborazione nelle visite specialistiche
- assistenza ed applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche nel post operatorio
- programmazione del piano di dimissione
- programmazione nuovi ingressi
- riordino materiale
- controllo delle scadenze
- controllo funzionamento apparecchiature in dotazione
- controllo e completamento della cartella all'accoglimento del paziente
- fornisce informazioni e risposte ai pazienti ed ai familiari
- compilazione check- list prima dell'accompagnamento del paziente in sala operatoria
- esecuzione terapia, prelievi ematici, gluco-test, enteroclistmi, ecg nel pre e nel post operatorio
- rilevazione parametri vitali
- mobilitazione dei pazienti
- effettuazione di medicazioni e gestione drenaggi
- preparazione richieste consulenze specialistiche
- indicazioni al paziente al momento della dimissione
- preparazione cartelle ingressi del giorno successivo con assegnazione posti letto
- pulizia e riordino carrelli
- collabora alla richiesta settimanale materiale di farmacia
- controllo funzionamento apparecchiature in dotazione
- gestione richieste approvvigionamento materiale di farmacia
- educazione alla salute

3.5. Operatore Socio-Sanitario (legge Reg Del 16 Agosto 2001 N 20 Bur N. 75/2001)

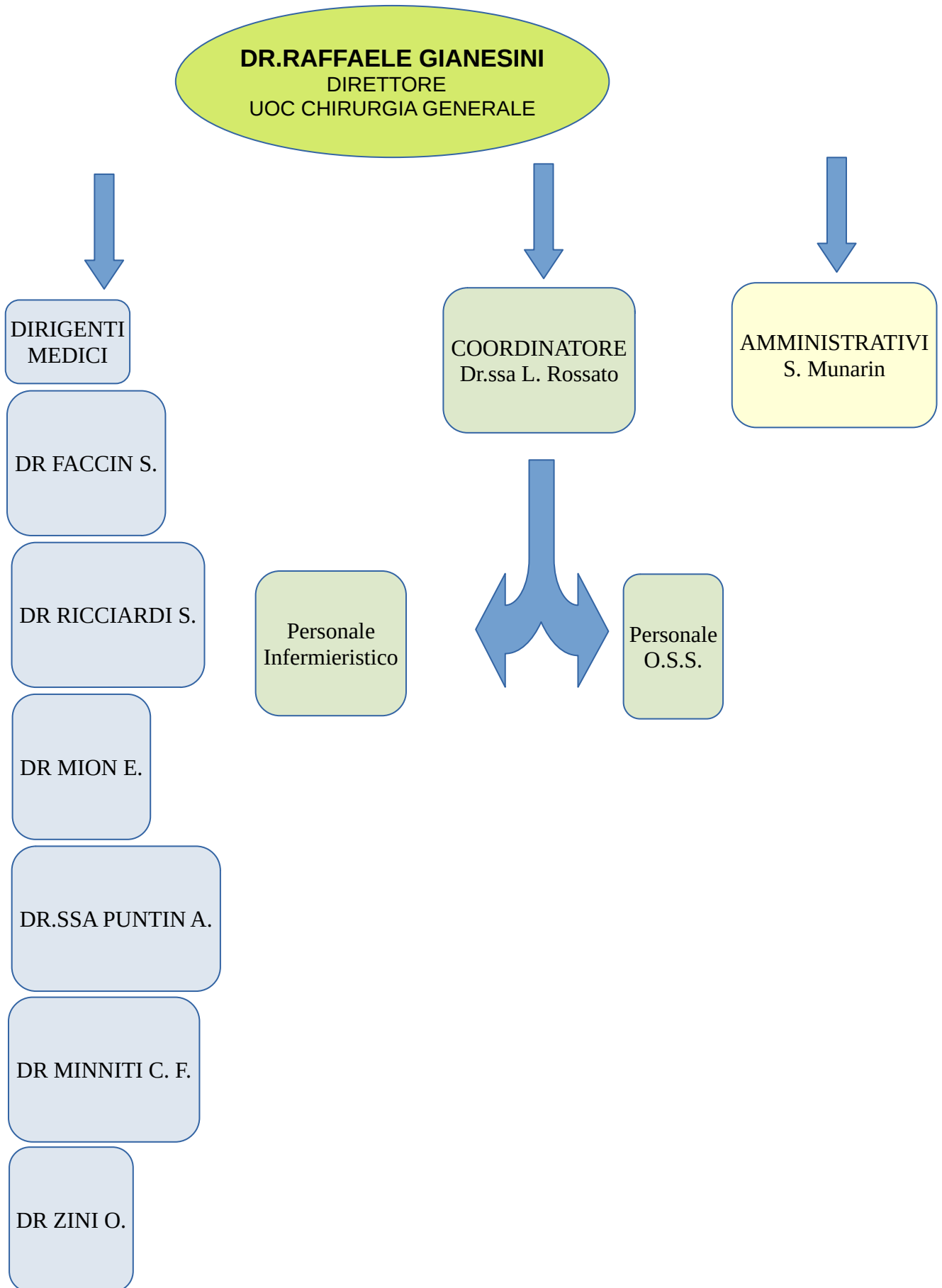
- igiene e mobilitazione dei pazienti
- assistenza alberghiera
- collaborazione nella preparazione dei pazienti per la sala operatoria
- collaborazione nell'assistenza post operatoria
- riordino e disinfezione dell'unità di base
- pulizia, disinfezione e riordino materiale ritiro e stoccaggio materiale ed alimenti
- consegna e ritiro documentazione
- controllo delle scadenze
- collaborazione nella gestione richieste approvvigionamento materiale di magazzino e di cancelleria
- esecuzione di cure igieniche e rifacimento letti
- rilevazione temperatura corporea
- vestizione pazienti operandi, controllo/esecuzione tricotomia pre operatoria
- mobilitazione dei pazienti

- preparazione dell'ambiente e dei pazienti per il pasto
- assistenza nell'assunzione dei pasti, raccolta stoviglie, sistemazione dell'ambiente e dei pazienti dopo il pranzo
- vestizione dei pazienti operati, controllo diuresi e successiva segnalazione
- accompagnamento-pazienti per controlli post operatori
- decontaminazione ferri chirurgici , consegna in centrale di sterilizzazione e successivo ritiro
- pulizia. disinfezione e riordino carrelli
- consegna provette esami ematici
- ritiro documentazione varia
- ritiro carrelli materiali vari
- compilazione richieste approvvigionamento alimenti ed articoli di magazzino

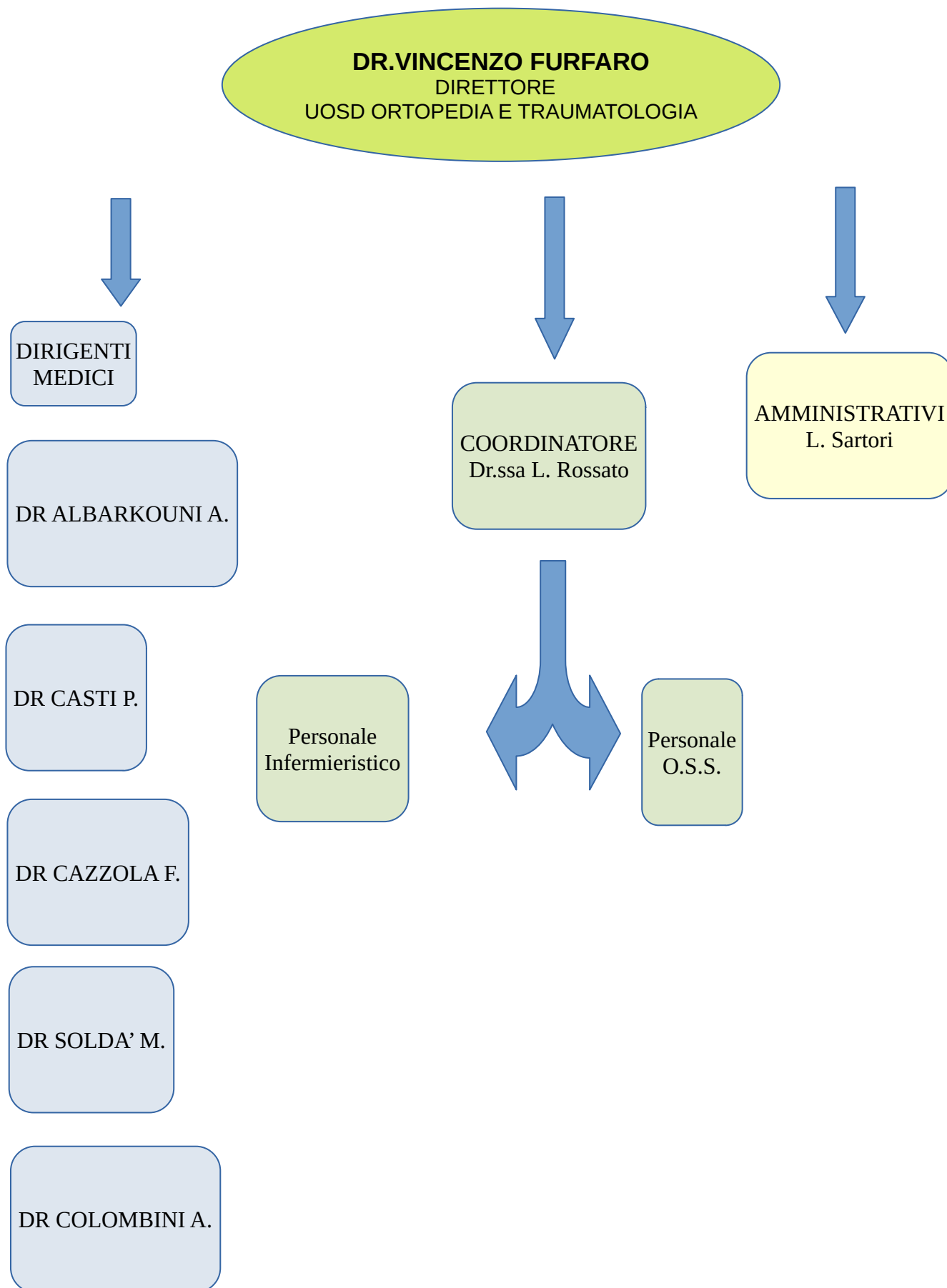


Open space U.O. di Chirurgia Multispecialistica

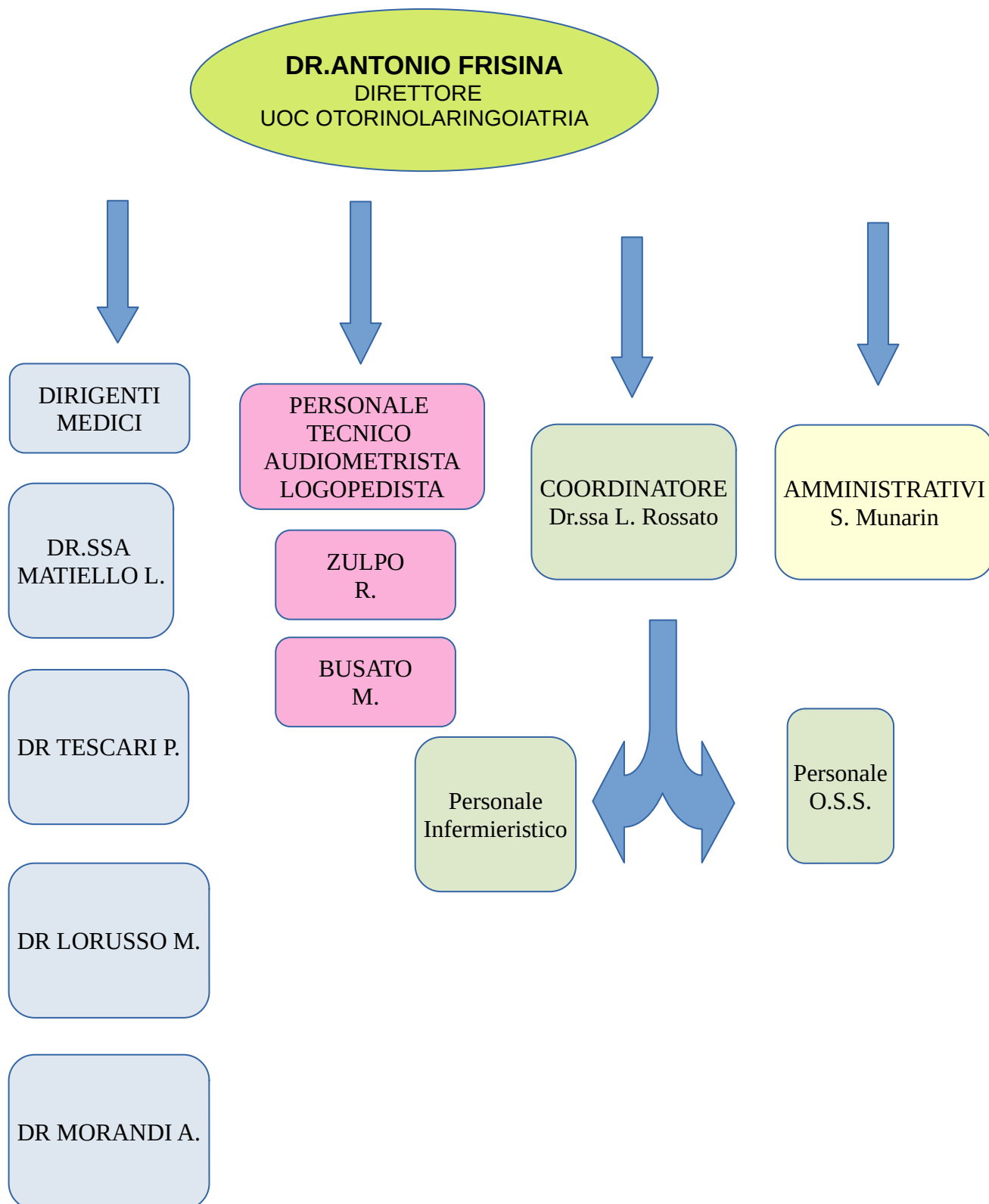
3.7. ORGANIGRAMMA U.O.C CHIRURGIA GENERALE



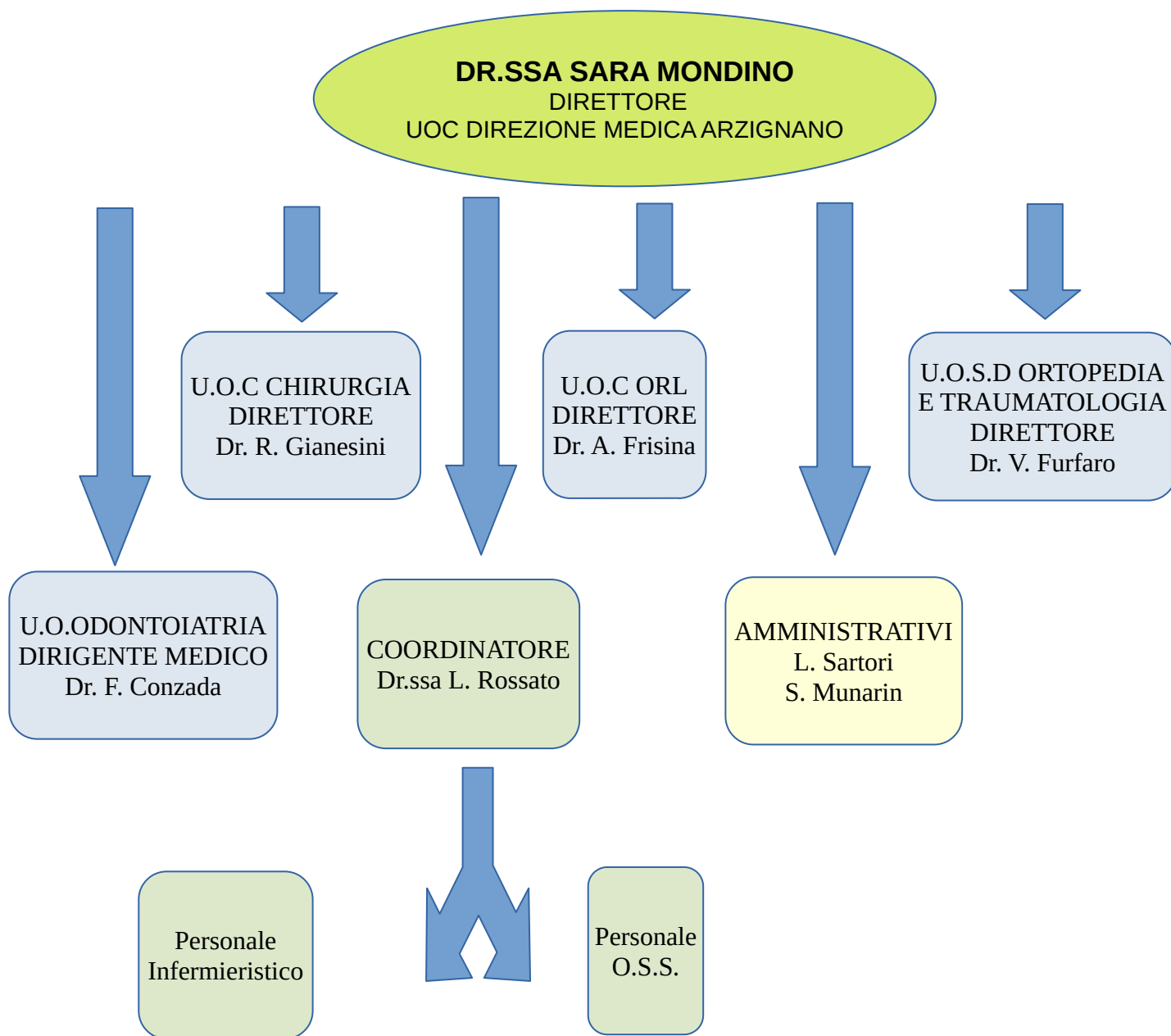
3.8. ORGANIGRAMMA U.O.S.D. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



3.9. ORGANIGRAMMA U.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA



3.6 ORGANIGRAMMA WEEK SURGERY E DAY SURGERY



4. Percorso Perioperatorio in regime di ricovero Ordinario o di Week/Day surgery o Ambulatoriale

U.O. di Chirurgia Multispecialistica accoglie sia pazienti in regime di ricovero ordinario “programmato”, sia in regime d’urgenza provenienti dal Pronto Soccorso, e li valuta idonei al ricovero in reparto dal Medico di Guardia della specifica specialità.

I pazienti candidati all’intervento programmato vengono valutati dall’anestesista che attribuisce loro una classe di rischio; i pazienti ASA 1 e 2 sono idonei all’intervento in Week Surgery, mentre quelli di classe ASA 3 vengono valutati in base a criteri anche organizzativi. Nella nostra realtà il Servizio di Weey Surgery, Day Surgery e Ambulatoriale è integrato ai reparti di degenza ordinaria, ragion per cui è semplice trasferire il paziente in caso di necessità.

Per i pazienti che non presentano le caratteristiche sufficienti per accedere alla W.S., D.S. o Ambulatoriale (ad esempio anziani soli, utenza proveniente da altra provincia o regione o che necessitano di ricovero superiore a 5 giorni) vengono trattati in regime di ricovero ordinario presso il reparto. Le indicazioni alla chirurgia nell’unità di W.S. e D.S. sono costituite da:

- Malattie che richiedono interventi chirurgici con complessità medio-bassa, tecniche standardizzate, bassa incidenza prevista di complicanze post-operatorie;
- Pazienti in ASA 1, ASA 2, ASA 3; malati con ASA 4 con esplicita valutazione ed assenso dell’anestesista;
- Pazienti in ASA 3 e ASA 4 con malattie chirurgiche per cui è indicato il ricovero in Day Surgery, ma vi è necessità di monitoraggio delle funzioni vitali ed osservazione per 1-2 giorni per malattie associate;
- Pazienti non trattabili in D.S. per motivi logistici o turbe psichiche gravi vengono trattati in W.S. o in degenza ordinaria presso il reparto.
- Situazione socio-anagrafica per l’accesso alla W.S. e D.S.
 - a – aver compreso il tipo di ricovero proposto
 - b – essere in grado di osservare le prescrizioni mediche
 - c – avere una persona disponibile all’assistenza nei giorni successivi alla dimissione
 - d – non distare più di un’ ora da una struttura ospedaliera
 - e – poter comunicare con una struttura telefonicamente

4.1 Diagnosi e pre-ricovero

Prima del ricovero in modalità elettiva/programmata deve essere concluso l’iter diagnostico e ogni valutazione utile per indicazioni e scelta dell’intervento e, se necessario, per eventuali trattamenti postoperatori. Per assicurare la continuità di cura la documentazione diagnostica pre-operatoria è controllata e firmata prima del ricovero dal medico che ha seguito il malato nella fase pre-ricovero. Tale documentazione deve essere allegata alla cartella di ricovero.

Nel caso specifico della W.S. trattandosi di attività programmata il ricovero deve avvenire esclusivamente sulla base di un percorso diagnostico ambulatoriale e di una proposta di ricovero; non deve avvenire per trasferimento dalle unità chirurgiche specialistiche, dall’unità di Day Surgery o da altre unità di Cura dello stesso o di altri ospedali.

4.2 Esecuzione accertamenti pre-operatori in regime di ricovero programmato

Il giorno stabilito il paziente si presenta alle ore 7.30, a digiuno dalla mezzanotte, presso l'ambulatorio degli accertamenti pre-operatori; non necessitano impegnative del medico curante.

Deve portare con sé la tessera sanitaria vecchia e nuova la carta d'identità e la documentazione clinica e radiologica relativa alla sua patologia, una provetta piccola contenente le urine del mattino, i farmaci che assume abitualmente, l'eventuale altra terapia assunta. Nella stessa mattinata il paziente viene sottoposto al prelievo di sangue, all' ECG, alle radiografie previste e, se possibile, alla visita anestesiologicala. Per gli interventi più complicati la visita anestesiologicala viene eseguita nei giorni successivi.

L'ambulatorio dei pre-operatori, attivato già nel 1996, funziona in modo ottimale perché sono consolidati i meccanismi di interazione fra i diversi servizi. Gli esami pre-operatori sono gratuiti e vengono eseguiti senza ricovero del paziente. I servizi coinvolti sono:

- ✓ le branche chirurgiche (CH –ORL-ORTOPEDIA- OGN-NCH)
- ✓ dipartimento diagnostica e laboratorio
- ✓ servizio di cardiologia
- ✓ eventuali altre branche per consulenze particolari
- ✓ servizio di anestesia

L' ambulatorio dei pre-operatori è dislocato al secondo piano dell'ospedale nuovo. L'attività dell'ambulatorio inizia alle 7.30 del mattino e lavora mattino e pomeriggio dal lunedì al venerdì. La mission dell'ambulatorio è la preparazione pre-operatoria di tutti i pazienti che verranno operati all'interno dell'ospedale di Valdagno per le diverse branche chirurgiche: chirurgia, ginecologia, ortopedia, otorinolaringoiatria, NCH.

La fascia di attività del mattino prevede l'accettazione dei pazienti, l'effettuazione del prelievo ematico, l'esecuzione dell' ECG e l'invio alla radiologia per esecuzione delle radiografie necessarie e la visita anestesiologicala.

E' il personale stesso del Day Surgery che provvede a raccogliere la proposta d'intervento formulata dal medico specialista, inserisce il paziente in lista d'attesa, chiama lo stesso per l'intervento, rispettando la priorità assegnata, prepara la cartellina con le richieste necessarie (esami, ECG, Rx, visita anestesiologicala), prenota e invia le richieste stesse ai diversi servizi di diagnostica.

A visita anestesiologicala effettuata, il personale del Day Surgery ritira la cartella, ne controlla il contenuto e provvede a richiedere eventuali accertamenti richiesti dall'anestesista o a programmare l'intervento, come da protocollo.

Il paziente dichiarato operabile verrà contattato dal personale per la conferma della data dell'intervento.

Secondo gli ultimi protocolli per la gestione COVID 19 verrà programmato un tampone molecolare COVID 19 entro le 48 ore dal ricovero, nell'eventualità siano state superate le 48 ore sarà necessario eseguire un tampone rapido all' ingresso in reparto.

L'obiettivo del percorso è far arrivare il paziente all'intervento in maniera ottimale sia in termini di sicurezza che di serenità, garantendo una preparazione efficace ed efficiente nel minor tempo possibile e con il minor numero possibile di accessi.

4.3 Esecuzione accertamenti pre-operatori in regime di ricovero d'urgenza

Dopo il ricovero in Reparto su valutazione del Medico di Guardia, per ogni specialità, si eseguiranno i seguenti accertamenti:

- valutazione anestesiológica.
- valutazione cardiologica con ECG eseguito in reparto o all'accesso in PS.
- Esami ematochimici e test sierologici.
- Se ritenuto necessario dal Medico o secondo protocollo (es. frattura di femore) si richiedono unità ematiche al centro trasfusionale.



Stanza pre-operatori

5.0 U.O.C. Chirurgia Generale

Responsabile dell'Unità Operativa è il Dr. R. Giancesini. Equipe medica composta da: dr. S. Faccin, dr. S. Ricciardi, dr. E. Mion, dr.ssa A. Puntin, dr. F. Minniti, dr. O. Zini. Per gli interventi odontoiatrici il dirigente medico è il dr. F. Conzada.

5.1 Patologie trattate:

- Della parete addominale (ernie e laparocele)
- Malattie della mammella (quadrantectomia, asportazione cisti, fibroadenomi, ginecomastie, papillomi)
- dell'apparato digerente alto (esofago e stomaco)
- Del colon-rettali e proctologiche
- Della cute, tessuti molli e melanomi
- Malattie infiammatorie croniche intestinali
- Chirurgia laparoscopica mininvasiva
- Di interesse endocrinologico (tiroidi e paratiroidi)
- Chirurgia generale d'urgenza e del paziente politraumatizzato

5.2 Visita chirurgica

Il paziente accede alla UOC di Chirurgia a seguito di visita del medico specialista, che può avvenire sia in ambulatorio, che in Pronto Soccorso; nel caso si renda necessario l'intervento chirurgico il paziente viene posto in lista di attesa attraverso la compilazione della scheda di inserimento e assegnato alla tipologia di ricovero più idonea secondo le caratteristiche d'intervento e anestesia. Per gli interventi chirurgici eseguibili in anestesia locale, il paziente viene convocato dal servizio e si presenta direttamente il giorno previsto per l'intervento portando con sé la documentazione necessaria; per gli interventi che necessitano di anestesia plessica, epidurale o generale/sedazione i pazienti vengono convocati precedentemente per la preparazione pre-operatoria. Qualora vi fosse la necessità di eseguire un ricovero urgente la visita anestesiologicala verrà eseguita in reparto ed il paziente verrà inserito in "lista operatoria urgenze".

5.3 Tipologie d'intervento e trattamento in chirurgia

5.3.1 Intervento di Ernia Bilaterale della regione inguinale

L'ernia si forma per una lacerazione o rilassamento della parete addominale e si manifesta con la comparsa di un rigonfiamento all'esterno. Normalmente, quando si rende evidente in parti più "a rischio" come l'inguine si riduce spontaneamente o con qualche manovra manuale; se l'ernia diventa irriducibile si impone l'intervento chirurgico in urgenza. Tale eventualità deve essere assolutamente evitata in quanto ci può essere anche il rischio di mortalità. Poiché questa evenienza non è prevedibile, al paziente portatore di ernia viene sempre consigliato l'intervento chirurgico, che nella maggior parte dei casi può essere proposto in regime Ambulatoriale ma se l'ernia si presenta bilaterale è consigliabile inserirle il paziente in regime di ricovero Week Surgery oppure Ordinario

Nel corso dell'operazione è frequente l'impiego dell'anestesia locale che permette al paziente di collaborare con il chirurgo e consente sia una più agevole individuazione dei difetti parietali che la verifica della solidità ed efficacia della riparazione.

Attualmente vengono proposti diversi tipi di intervento, quello maggiormente impiegato consiste nella riparazione del difetto mediante una protesi (rete) attraverso un'incisione in sede inguinale. E' un intervento ampiamente sperimentato che garantisce una significativa riduzione del dolore post-operatorio consentendo al paziente di riprendere velocemente a camminare. Accanto alla chirurgia "tradizionale" oggi viene adottata la cosiddetta chirurgia "mini-invasiva laparoscopica".

Questa moderna metodica, indicata in casi selezionati (ernie bilaterali, ernie recidive) consiste in una correzione del difetto mediante l'applicazione di una rete protesica che viene posizionata con l'utilizzo di uno strumentario che riduce in maniera considerevole il taglio chirurgico risultando perciò molto meno aggressiva, è però richiesta l'anestesia generale. I risultati sono analoghi a quelli della chirurgia tradizionale, ma l'inserimento sociale è più immediato come pure l'attività lavorativa. Le complicanze post-operatorie della chirurgia erniaria sono le infezioni della ferita, gli ematomi, l'orchite (infiammazione con aumento di volume del testicolo), le atrofie testicolari, i danni alle strutture nervose o agli elementi del funicolo. I danni al dotto deferente e ai vasi spermatici sono rari. Con queste nuove tecniche chirurgiche il rischio di ricomparsa (recidiva) è al di sotto dell'1% dei casi.

5.3.2 Intervento per malattie della Mammella

La donna è spesso in grado di percepire nel proprio seno tumefazioni più piccole di quanto non possa fare il medico. Pertanto l'auto esame rappresenta un ottimo mezzo per la diagnosi precoce di nodo mammario.

Anche in questo campo la messa a punto di metodiche di indagine quali la termografia, la diafonoscopia, l'ecografia, la mammografia e il prelievo citologico (agoaspirato) hanno consentito di definire tempestivamente la diagnosi delle affezioni della mammella, permettendo in tal modo di programmare ed eseguire la terapia più adeguata. In ambulatorio possono essere curate con interventi molte delle malattie che più frequentemente si presentano.

5.3.3 Intervento per Cisti (gonfiori tondeggianti) della mammella

L'asportazione è indicata quando il suo contenuto all'agoaspirato risultati ematico (di sangue) oppure quando la cisti si riforma più volte nella stessa sede o se permane la sensazione di un nodulo dubbio.

5.3.4 Intervento per Tumori Benigni (fibroadenomi-papillomi)

Per il fibroadenoma l'asportazione è indicata nell'incertezza diagnostica o di fronte a lesioni a rapido accrescimento e di diametro superiore ai 3 cm.

I papillomi, che sono caratterizzati da fuoriuscita di liquido serioso e sieroematoso dal capezzolo, vanno curati mediante asportazione.

Quando si trasformano in ascesso richiedono il trattamento chirurgico. I nodi dubbi impongono l'asportazione chirurgica per una diagnosi definitiva.

5.3.5 Intervento per Ginecomastia

Possono essere trattate soprattutto quando il paziente sottolinea problemi estetici o sintomi dolorosi e in ogni caso nel sospetto di malignità.

Negli interventi ambulatoriali le incisioni cutanee vengono praticate preferibilmente nelle zone non esposte per ottenere un risultato estetico ottimale. Per le suture si usano fili che si riassorbono a brevissimo tempo ed evitano la rimozione dei punti.

5.3.6 Intervento per Emorroidi

Sono delle vene varicose che si manifestano nel canale anale e che tendono a uscire all'esterno. Possono manifestarsi con sanguinamento, dolore o infiammazione.

Il trattamento chirurgico prevede l'asportazione dei noduli lasciando delle ferite aperte che in genere guariscono dopo 5 settimane o l'asportazione della mucosa che fuoriesce dal canale anale con un particolare dispositivo meccanico circolare che esegue contemporaneamente la sezione e sutura. Nel post-operatorio vengono consigliati bagni locali tiepidi di pulizia, medicazioni con soluzione disinfettante e regolarizzazione dell'alvo. Le complicanze secondarie all'intervento sono piuttosto rare e possono essere il dolore, l'emorragia, la stitichezza, le infezioni e la loro ricomparsa (recidive).

5.3.7 Intervento per Calcoli della Colecisti

La colecisti è un organo digestivo situato nella parte destra dell'addome sotto il fegato. Il suo compito è quello di raccogliere la bile, concentrarla e riversarla nell'intestino dopo i pasti per favorire la digestione dei grassi. Al suo interno si possono formare dei calcoli che potrebbero essere causa di complicazioni quali colecistite, pancreatite, peritonite, per evitarle è indicata la sua asportazione che avviene per via laparoscopica nella maggioranza dei casi. Questa tecnica mini invasiva permette una diminuzione della degenza ospedaliera (2 giorni) e una veloce ripresa del paziente. Nelle prime settimane dopo l'intervento è consigliata una dieta ipolipidica per dar modo all'organismo di adattarsi. Alcune pazienti possono presentare disturbi digestivi quali diarrea, controllabile con farmaci opportuni. Può però persistere un'intolleranza digestiva a pasti particolarmente abbondanti e ricchi di grassi e fenomeni di reflusso gastroesofageo.

5.3.8 Intervento per Ernia Epigastrica

L'ernia epigastrica, anche detta ernia della linea alba, è un disturbo localizzato nella zona dell'addome che si trova tra lo sterno e l'ombelico (epigastrio). Si verifica quando una porzione, generalmente di tessuto adiposo, fuoriesce formando una protuberanza della dimensione di una palla da golf. Questo disturbo è frequente nei neonati e, in età adulta, negli uomini con un'età compresa tra i 20 e 50 anni. La causa principale di ernia epigastrica è la debolezza della parete addominale causata da gravidanze ripetute, eccesso di peso, sport violenti, sforzi ripetuti, la presenza di liquido addominale ovvero ascite, stipsi cronica, tosse cronica. L'ernia epigastrica può presentarsi con due diverse tipologie:

- Riducibile, ovvero il tessuto fuoriuscito dalla cavità addominale è libero di rientrare all'interno nella sua sede fisiologica.
- Strangolata o incarcerata ovvero il tessuto che fuoriuscendo ha causato l'ernia non ha la possibilità di rientrare all'interno della cavità addominale poiché bloccato dallo stesso foro da cui è fuoriuscito e risulta necessario l'intervento chirurgico.

Tale trattamento è essenziale e consiste nella rimozione dell'ernia e nel rafforzamento della parete addominale con l'utilizzo di reti in materiale biocompatibile permanente al fine di ridurre il rischio di recidiva. Si consiglia di indossare la fascia elastica per almeno un mese dopo l'intervento in modo da favorire la corretta chiusura e guarigione della parete addominale.

Nei bambini, a meno che non subentri un'emergenza, l'intervento viene rimandato finché non siano abbastanza grandi da poterlo affrontare.

Il riposo è fondamentale nelle prime fasi della guarigione ma è altrettanto importante mobilizzarsi precocemente, camminando 10 minuti ogni due ore di riposo.

L'assunzione di liquidi è molto importante dopo un intervento chirurgico. È opportuno evitare bevande gassate, contenenti caffeina e alcolici. Sono permessi succhi di frutta, acqua, latte e bevande allo yogurt. Devono essere consumati pasti leggeri e poveri di grassi nei primi giorni successivi all'intervento.

5.3.9 Intervento per asportazione dell'Appendicite

L'appendicectomia è un intervento chirurgico che serve a rimuovere l'appendice malata. L'appendice è una piccola sacca presente nel tratto iniziale dell'intestino crasso.

Quando si infiamma per la presenza di materiale non digerito oppure per un'alterazione, generalmente giovanile, dei follicoli appendicolari, l'appendicite può rompersi. La peritonite, infiammazione o perforazione del peritoneo, è la complicanza più grave dell'appendicite e va evitata con un intervento tempestivo.

L'appendicite può presentarsi in vari modi (appendicite acuta catarrale, appendicite suppurativa, appendicite acuta gangrenosa). L'intervento mira ad evitare che il processo infiammatorio provochi la rottura (appendicite acuta perforata) che favorisce l'estensione dell'infiammazione al peritoneo parietale.

L'intervento può essere eseguito per via laparoscopica o per via laparotomica. L'intervento per via laparoscopica prevede tre incisioni di piccolo diametro che consentono e di inserire una piccola videocamera (laparoscopia) e gli attrezzi chirurgici necessari all'intervento. A seconda dell'andamento potrebbe rendersi necessario passare dalla via laparoscopica a un intervento tradizionale laparotomico. Ciò accade quando c'è un' infezione estesa o è presente un ascesso.

L'intervento per via laparotomica, tradizionale, è eseguito con un'incisione generalmente di 5 -10 centimetri. In entrambi i casi saranno visibili delle cicatrici.

L'intervento in laparoscopia consente una guarigione più veloce e cicatrice meno visibili e meno estese. Solitamente prima dell'intervento vengono somministrati degli antibiotici. Per la preparazione dell'intervento è necessario rispettare il digiuno di almeno sei ore.

Una volta eseguito l'intervento di appendicectomia il paziente viene dimesso dall'ospedale entro qualche giorno, salvo complicazioni mediche, la guarigione tendenzialmente è molto rapida ed il malato può iniziare a mangiare dal giorno seguente dall'intervento. L'alimentazione deve essere comunque molto leggera e non bisogna mai esagerare con le porzioni, ma aumentare lentamente le quantità durante i giorni seguenti. Il paziente deve evitare determinati cibi quali insaccati, carne rosse, cibi dolci, frittiture, formaggi grassi e alcolici. Il paziente deve favorire il consumo di cereali, carne bianca cotte al vapore o alla griglia, legumi e ortaggi.

5.3.10 Intervento per Asportazione Linfonodi Ascellari

I linfonodi sono rigonfiamenti che appaiono sotto pelle. Hanno una funzione difensiva e si ingrossano in caso di infezioni anche banali. I linfonodi ascellari risiedono nell'ascella e hanno l'importante compito di drenare e filtrare la linfa proveniente dagli arti superiori, dalla parte di tronco che va dall'ombelico all'inizio del collo e, infine, dalla parte di schiena che si trova superiormente alle creste iliache.

I linfonodi ascellari sono elementi di notevole rilevanza clinica, in quanto sono oggetto di un processo di ingrossamento (linfadenopatia ascellare) al presentarsi di condizioni cliniche come: le malattie infettive che coinvolgono le prime vie respiratorie come raffreddore, faringite.

- Il morbillo e la mononucleosi
- Le infezioni cutanee localizzate nella parte superiore del corpo, specie se combinate a ferite della pelle.
- L'AIDS
- L'otite.
- I tumori maligni con sede nel tronco come ad esempio il tumore al seno e il tumore al polmone.
- Le metastasi derivate dalla suddetta tipologia di tumori maligni.

L'intervento di asportazione dei linfonodi ascellari si chiama dissezione ascellare e consiste nell'asportazione di tutti i linfonodi dell'ascella. Negli interventi conservativi, la dissezione ascellare viene di solito praticata con lo stesso taglio usato per rimuovere il tumore quando questo è situato al quadrante supero-esterno della mammella. In caso contrario si ricorre ad una incisione separata.

Nel post operatorio il paziente deve evitare di immobilizzare il braccio, subito dopo la dimissione deve muovere tranquillamente il braccio evitando sforzi eccessivi e prolungati, con prudenza è possibile tornare ad una vita normale

5.3.11 Intervento per Asportazione Linfonodi Inguinali

I Linfonodi inguinali sono quelli ubicati nella zona dell'inguine e sono più o meno superficiali. Solitamente si trovano nella parte interna della coscia zona anatomica nota come inguine. Si distinguono in due gruppi, quelli superficiali e quelli profondi.

Il loro compito è quello di accogliere la linfa che proviene dai vasi linfatici della zona del perineo, delle natiche, della parete addominale, della schiena bassa, dei genitali, dell'ano, della coscia e della parte centrale della gamba.

Le cause di rigonfiamento dei linfonodi inguinali possono essere : infezioni, tumori, terapie farmacologiche particolari, vaccini e malattie. L'intervento di rimozione dei linfonodi si chiama linfoadenectomia inguinale e consiste nella rimozione dei linfonodi.

La rimozione di un unico linfonodo è detta biopsia.

Due sono le tecniche che possono essere utilizzate per rimuovere i linfonodi;

Mini invasiva :che prevede l'inserimento di un tubo a fibra ottica attraverso una piccola incisione (laparoscopia)

Cielo Aperto: che prevede l'apertura della zona interessata per identificare i linfonodi da rimuovere.

In seguito alla rimozione del linfonodo nella zona inguinale è possibile che il paziente avverta una leggera rigidità e un po' di bruciore. Inoltre, potrebbe essere necessario fare riabilitazione con un fisioterapista, in seguito all'intervento, per riprendere la completa mobilità degli arti. Tenendo la zona operata in movimento si ridurrà il rischio di accumulo di liquido nelle gambe condizione nota come linfoedema.

5.3.12 Intervento di Laparocoele

Laparocoele o ernia post laparotomia accade quando un'ernia si fa strada in corrispondenza della cicatrice di una pregressa ferita laparotomica.

La tecnica utilizzata attualmente è mediante una protesi, la quale è costruita da materiale plastico a rete, compatibile, che serve a rinforzare la parete posteriore del canale inguinale.

5.3.13 Intervento alla Tiroide

Le indicazioni al trattamento chirurgico della tiroide sono di competenza endocrinologica e necessitano della conferma endocrino-chirurgica.

Nella stragrande maggioranza dei casi, gli interventi sulla tiroide, si svolgono in anestesia generale e si avvalgono di un accesso cervicotomico o cervicoscopico; eccezionalmente si rende necessario un accesso sternotomico. Le tipologie d'intervento si distinguono in Emitiroidectomia o asportazione dell'istmo e di un lobo tiroideo; l'indicazione più comune è data dalla patologia nodulare benigna localizzata a un solo lobo ghiandolare. E in Tiroidectomia totale o asportazione di tutto il parenchima ghiandolare, questa tipologia d'intervento trova indicazione nel trattamento del gozzo multinodulare a coinvolgimento totighiandolare, del morbo di Basedow e della patologia neoplastica maligna. Viene posizionato un drenaggio in aspirazione che verrà rimosso su indicazione medica. Durante la degenza sarà seguito monitoraggio della calciemia con eventuale correzione secondo necessità e visita endocrinologica. La dimissione verrà in II o III giornata nei casi con decorso regolare, a calciemia stabilizzata in caso di grave ipocalciemia sintomatica. Verrà previsto in follow-up medicazione della ferita chirurgica e visita endocrinologica con relativi esami ematici.

5.3.14 Intervento di Amputazione

L'amputazione è un'operazione chirurgica che consiste nell'asportazione di un arto o di una parte di esso con l'obiettivo di rimuovere tutto il tessuto infetto, gangrenoso e ischemico. Vi è indicazione per l'amputazione nel momento in cui gli interventi di rivascolarizzazione risultano infruttuosi o impossibili e il proseguo della malattia non permette al paziente di avere una soddisfacente qualità della vita.

5.3.15 Interventi per patologie Colon-rettali Maligne

Il tumore del colon-retto è dovuto alla proliferazione incontrollata delle cellule della mucosa che riveste questo organo.

La maggior parte dei tumori del colon-retto deriva dalla trasformazione in senso maligno di polipi, ovvero di piccole escrescenze dovute al proliferare delle cellule della mucosa intestinale. I polipi sono considerati forme precancerose, sebbene rientrino nelle patologie benigne.

Il polipo può essere definito, in base alle sue caratteristiche: sessile (cioè con la base piatta) o peduncolato

Non tutti i polipi, però, sono a rischio di malignità.

La probabilità che un polipo del colon si evolva verso una forma invasiva di cancro dipende dalla dimensione del polipo stesso.

La terapia chirurgica di solito in videolaparoscopia con minilaparotomia sovrapubica.

In caso di neoplasia rettale voluminosa e dopo valutazione oncologica, può essere prevista chemio e radioterapia pre operatoria (per ridurre la massa tumorale)

5.3.16 Interventi per patologia Ano-rettale Benigna

Si parla di interventi per: emorroidi, ragadi, fistole e ascessi, prolapsi rettali, rettoceli, enteroceli ed incontinenza fecale.

Lo specialista è il proctologo che provvede a eseguire una visita, una rettoscopia e a prescrivere eventuali altri accertamenti prima dell'intervento quali colonscopia, ecografia endoanale, manometria ano-rettale, cistodefecografia, RMN pelvica.

La scelta della tecnica di intervento dipende dal tipo di patologia.

Verrà eseguito un controllo proctologico dopo circa 2 mesi dall'intervento.

5.3.17 Trattamento della Pancreatite

La pancreatite acuta è un processo infiammatorio acuto del pancreas, ad insorgenza improvvisa e nella maggior parte dei casi dovuta alla presenza di calcoli.

Altre cause possono essere l'abuso alcolico, forme virali (in minima parte) e criptogenetiche (a causa sconosciuta)

Ci sono forme lievi che si risolvono in pochi giorni e forme più gravi con coinvolgimento variabile di tessuti peripancreatici e/o organi a distanza.

Il paziente arriva da Pronto soccorso o da trasferimento da altri reparti.

La forma più grave è la pancreatite necrotica emorragica, una condizione patologica in cui nel pancreas si formano aree diffuse o focali di tessuto pancreatico non vitale, necrotico appunto, spesso associato a necrosi anche del tessuto grasso attorno al pancreas

5.3.18 Trattamento Fratture Costali

La frattura o la contusione di una o più costole può avvenire a seguito di una caduta, di un colpo inferto con forza al torace o, occasionalmente, in seguito a un grave attacco di tosse.

Può essere molto dolorosa, anche se di solito il dolore si attenua in un arco di tempo che va da tre a sei settimane.

La radiografia al torace è l'esame standard di riferimento: permette di mostrare sia le fratture, sia il loro possibile spostamento, sia un possibile pneumotorace, sia una contusione polmonare, sia vedere se la costola è rotta in più punti. Il trattamento che verrà attuato consisterà in riposo e monitoraggio radiografico dello stato delle fratture.

6.0 U.O.S.D. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Responsabile dell'Unità Operativa è il Dr. Vincenzo Furfaro. Equipe medica composta da: dr. F. Cazzola, dr. P. Casti, dr. A. Albarkouni, dr M. Soldà, dr A. Colombini
Per gli interventi di neurochirurgia il dirigente medico è il dr. L.Rossetto.

6.1 Patologie trattate:

Gli interventi principalmente eseguiti sono:

- Interventi spalla
- Protesica ginocchio, spalla e anca
- Dita a martello
- Patologie della mano
- Neuroma di Morton
- Fratture ossee
- Tenotomie – tenorrafie
- Artroscopie del ginocchio
- Ricostruzione del legamento crociato LCA
- Alluce valgo
- Piedi piatti
- Rimozioni mezzi di sintesi
- Patologie della colonna
- PRP

6.2 Visita ortopedica

Il paziente accede alla UOSD di Ortopedia a seguito di visita del medico specialista, che può avvenire sia in ambulatorio ortopedico che in Pronto Soccorso Ortopedico; nel caso si renda necessario l'intervento chirurgico il paziente viene posto in lista di attesa attraverso la compilazione della scheda di inserimento e assegnato alla tipologia di ricovero più idonea secondo le caratteristiche d'intervento e anestesia. Per gli interventi chirurgici eseguibili in anestesia locale, il paziente viene convocato dal servizio e si presenta direttamente il giorno previsto per l'intervento portando con sé la documentazione necessaria; per gli interventi che necessitano di anestesia plessica, epidurale o generale/sedazione i pazienti vengono convocati precedentemente per la preparazione pre-operatoria. Qualora vi fosse la necessità di eseguire un ricovero urgente la visita anestesiologicala verrà eseguita in reparto ed il paziente verrà inserito in "lista operatoria urgenze".

6.3 Interventi e trattamenti in ortopedia

6.3.1 Interventi alla Spalla

La spalla è l'articolazione che unisce il braccio al torace. Consente all'arto superiore i movimenti di abduzione (avvicinamento), adduzione (allontanamento) e rotazione. La spalla è formata da tre ossa: scapola, clavicola e omero collegati tra loro da muscoli, tendini e legamenti. Può essere soggetta a patologie infiammatorie come la periartrite scapolo-omeroale, articolari (artrosi) e ad eventi traumatici (fratture e lussazioni). Le patologie vengono trattate con chirurgia laparoscopica o chirurgia tradizionale. Tra gli interventi praticati c'è la protesi di spalla che si divide in:

- **protesi anatomica di spalla** detta totale è composta da due parti: la componente glenoidea posta nella cavità della scapola e la componente omerale di forma emisferica con uno stelo più o meno lungo all'interno dell'omero.
- **protesi inversa di spalla** (utilizzata quando i tendini della cuffia dei rotatori non sono più validi) è composta da due parti: la componente glenoidea di forma emisferica viene posta nella cavità della scapola, la componente omerale di forma cava con uno stelo più o meno lungo all'interno dell'omero. La caratteristica di questa protesi è quella di lateralizzare il normale centro di rotazione, per rendere il deltoide più attivo per compensare gli altri tendini della cuffia dei rotatori rotti.

La procedura viene eseguita in anestesia loco-regionale a cui può essere associata una sedazione per il confort del paziente.

Dopo l'intervento viene posizionato un tutore e prescritta la fisioterapia personalizzata per il tipo di intervento.

6.3.2 Intervento per morbo di Dupuytren

Consiste nella flessione permanente e progressiva di una o più dita della mano dovuta alla retrazione dell'aponeurosi palmare superficiale che normalmente è tesa a ventaglio e del legamento trasverso del carpo fino alla radice delle dita. Generalmente inizia sul 4° e 5° dito e poi si estende alle altre dita. Il paziente non presenta dolore ma impedimento funzionale. L'intervento si esegue in regime di Day Surgery, in anestesia locale o plessica a seconda dello stadio della malattia e conseguentemente della durata dell'intervento.

Comportamento a domicilio dopo l'intervento:

Il paziente viene invitato a mantenere l'arto sollevato durante il riposo, a controllare la mobilità delle dita e a fare piccoli movimenti per migliorare il circolo e la ripresa funzionale.

In presenza di formicolio persistente, sanguinamento o dolore che non regredisca con i comuni analgesici, è consigliato contattare il reparto direttamente con i numeri indicati sulla lettera di dimissione.

6.3.3 Intervento di Tunnel Carpale

La sindrome del tunnel carpale è una neuropatia compressiva del nervo mediano a livello del canale carpale, cavità che si trova in corrispondenza della regione carpale: il polso.

Il nervo mediano è responsabile della sensibilità tattile di pollice, indice e medio e di parte del dito anulare e della forza di alcuni muscoli del pollice come il muscolo opponente.

Questa sindrome può insorgere come conseguenza di importanti traumi o fratture che hanno coinvolto il polso o la mano o come conseguenza di microtraumi ripetuti o attività manuali prolungate e particolarmente intense

Tra i sintomi iniziali della malattia di solito ci sono delle sensazioni di formicolio, sulla punta delle dita, alla mano e talvolta estese dalle dita fino all'avambraccio o al braccio (Parestesie)

Nei casi in cui la neuropatia è di tipo moderato o severo può essere indicato l'intervento chirurgico di neulisi del nervo mediano al carpo.

L'intervento che si esegue in anestesia locale con eventuale sedazione per garantire il miglior comfort del paziente; consiste in un'incisione cutanea di 3 centimetri a livello del polso per esporre il legamento trasverso del carpo e decomprimere il nervo mediano.

Al termine dell'intervento viene applicato un bendaggio che rimarrà in sede per pochi giorni e verrà poi rinnovato fino alla guarigione della ferita chirurgica.

La sutura viene generalmente realizzata con punti riassorbibili che tenderanno a staccarsi in modo autonomo quando la guarigione della cicatrice sarà completata (generalmente entro 12-15 giorni).

Il paziente potrà utilizzare la mano operata già a partire dal giorno stesso dell'intervento per compiere i comuni gesti della vita quotidiana, senza sollevare pesi e fare sforzi per le prime 3- 4 settimane

6.3.4 Intervento di Rizoartrosi

La rizoartrosi è l'artrosi che colpisce l'articolazione che si trova alla base del pollice: man mano che si invecchia, infatti, la cartilagine che si trova tra le ossa tende a consumarsi, provocando una frizione tra le ossa stesse che rovina la superficie articolare e provoca uno stato di infiammazione che coinvolge tutta l'articolazione. L'artrosi pertanto si sviluppa in tutti, ma non per tutti è sintomatica. I primi sintomi possono evidenziarsi già intorno ai quarant'anni.

L'intervento più comune è la trapeziectomia e artroplastica di sospensione. Consiste nella rimozione di una delle due ossa coinvolte nell'articolazione interessata, il trapezio, e nella creazione di una nuova articolazione con una piccola parte di tendine prelevato dal polso

6.3.5 Intervento per Artroscopia di Ginocchio

L'artroscopia è una tecnica chirurgica eseguita inserendo uno strumento a fibre ottiche (artroscopio) all'interno della cavità articolare da trattare a scopo diagnostico o chirurgico. Questo permette di fare solo una o due piccole incisioni ai lati del ginocchio e di risolvere patologie come la rottura dei menischi, la presenza di pliche sinoviali sintomatiche, la presenza di corpi mobili, le lesioni cartilaginee di modesta entità.

La diagnosi artroscopica di patologie più importanti permette di programmare ulteriori interventi (protesica, ricostruzioni legamentose, trasposizioni della rotula, osteomie varizzanti o valgizzanti).

L'intervento viene eseguito in anestesia locale, locale + sedazione o spinale a seconda della patologia e delle caratteristiche del paziente. In caso di anestesia locale il paziente rimane nel servizio per qualche ora, negli altri casi per tutta la giornata, prolungabile a una notte se necessario.

Comportamento a domicilio dopo l'intervento:

A casa il paziente viene invitato a camminare utilizzando le stampelle per la prima settimana; l'arto deve essere sollevato durante il riposo e si devono eseguire gli esercizi appresi durante il ricovero. Per i primi giorni è consigliato mantenere la borsa del ghiaccio sul ginocchio trattato per una ventina di minuti, 2-3 volte al giorno. Vanno assunti i farmaci indicati al momento della dimissione (in particolare la terapia anti-tromboembolica).

In presenza di incapacità funzionale, sanguinamento, gonfiore o dolore che non regredisca con i comuni analgesici, è consigliato contattare il reparto direttamente con i numeri indicati sulla lettera di dimissione. Interventi di chirurgia del piede

6.3.6 Intervento di Protesi Totale o Monocompartimentale del Ginocchio

La causa più comune di dolore cronico al ginocchio e di riduzione della sua funzionalità è l'artrosi. Anche se ci sono molti tipi di artrosi, quelli che più comunemente causano dolore al ginocchio sono: l'artrosi cronica senile, l'artrosi secondaria ad artrite reumatoide (malattia infiammatoria su base auto-immune), l'artrosi post-traumatica (esito di fratture) e l'osteonecrosi (infarto dell'osso).

La protesi del ginocchio può essere totale o monocompartimentale.

Nella protesi totale del ginocchio vengono sostituite con parti metalliche le superfici di cartilagine danneggiate e una piccola quantità di osso sottostante alle estremità del femore e della tibia di tutto il ginocchio. Le parti metalliche generalmente vengono cementate all'osso con uno speciale cemento. Un inserto di plastica speciale molto resistente viene inserito tra le componenti metalliche per creare una superficie di scorrimento liscia. La rotula non viene protesizzata di prassi ma a seconda del caso, la superficie inferiore della rotula viene tagliata e sostituita con un bottone di plastica che viene anch'esso cementato.

Nella protesi monocompartimentale del ginocchio vengono sostituite con parti metalliche le superfici di cartilagine danneggiate e una piccola quantità di osso sottostante alle estremità del femore e della tibia solo di un compartimento (mediale o laterale) del ginocchio. I legamenti del ginocchio non vengono sacrificati. Questa protesi è meno invasiva di quella totale, consente un recupero più veloce ma può essere utilizzata solo nei casi in cui l'artrosi non coinvolga gli altri compartimenti del ginocchio.

Per la riabilitazione oltre alle sedute fisioterapiche sarà utilizzata una macchina per il movimento passivo continuo per aiutare a prevenire la rigidità post-operatoria del ginocchio nel primo periodo postoperatorio. Il dispositivo chiamato Kinetec, inoltre, riduce il gonfiore delle gambe, solleva la gamba e migliora la circolazione sanguigna muovendo i muscoli della gamba.

Nell'intervento di protesi totale di ginocchio sarà previsto, su valutazione fisiatrica, un periodo riabilitativo presso strutture dedicate.

6.3.7 Intervento di Protesi e Endoprotesi all'Anca

L'impianto di protesi d'anca è attualmente l'intervento ricostruttivo dell'anca più comunemente effettuato. La sua efficacia nell'alleviare il dolore ed invertire il deficit funzionale provocato dalla coartrosi, la patologia degenerativa che colpisce maggiormente l'articolazione dell'anca.

Nei casi gravi, infatti, la protesi d'anca è la soluzione risolutiva, restituendo al paziente la sua quotidianità e una deambulazione sicura e autonoma.

Le tipologie di protesi sono: protesi parziale o endoprotesi, in cui solo la testa del femore viene sostituita; e protesi totale o artroprotesi, in cui si sostituisce la testa del femore e il tetto acetabolare.

La scelta della tipologia d'intervento è legata all'età e alla corporatura del paziente, per diminuire l'incidenza di complicanze e la necessità di trasfusioni.

Nell'accesso mini-invasivo anteriore, l'incisione può essere longitudinale o trasversa a "bikini", sulla piega della coscia in modo da rimanere nascosta dagli slip, questo accesso permette di giungere all'articolazione dell'anca e impiantare la protesi senza disinserire alcun muscolo.

L'accesso mini-invasivo postero-laterale permette di raggiungere l'articolazione sacrificando solo alcuni muscoli extrarotatori dell'anca. Questa via di accesso consente un'ampia esposizione specie nei complessi casi di grave deformità come esito di patologie congenite dell'anca, ma allo stesso tempo favorisce una rapida riabilitazione, in quanto la muscolatura glutea non viene disinserita.

L'accesso laterale diretto permette una rapida esposizione dell'articolazione con un ridotto tasso di complicanze. Tuttavia essa rende necessaria la disinserzione parziale dei muscoli glutei, principali artefici di una corretta deambulazione, che devono essere accuratamente reinseriti a fine intervento.

La riabilitazione avverrà secondo indicazione fisiatrica, nelle giornate post-operatorie con alzate graduali fino alla ripresa della deambulazione, sarà possibile proseguire il percorso riabilitativo in centri specializzati su indicazione del medico Fisiatra.

6.3.8 Intervento per Dito a Martello

E' una deformazione permanente a martello delle dita del piede dovuta a contrattura in flessione. A volte è primitiva, altre volte è secondaria dovuta a deformazioni del piede come piede cavo o piatto, a paralisi, ad atteggiamenti viziati prolungati (uso di calzature improprie). Il paziente presenta dolore che nasce dal contatto della deformità con la calzatura.

La chirurgia consente la correzione per mezzo di interventi che variano in base alla gravità: sezione di tendini che hanno perso la loro funzione, rimodellamento osseo, osteotomie.

6.3.9 Intervento per Neuroma di Morton

E' una sindrome caratterizzata da un acutissimo dolore alla pianta del piede che inizialmente insorge improvviso per poi manifestarsi in modo continuo tale da rendere difficile la deambulazione.

E' dovuto alla cronica irritazione di uno dei nervi della pianta del piede su cui si forma con il tempo un ingrossamento affusolato, stadio finale di una prolungata irritazione.

Quando le altre terapie non sono efficaci, si procede all'intervento chirurgico.

Comportamento a domicilio dopo l'intervento

Il paziente deve seguire i consigli dati alla dimissione, in particolare deve fare attenzione a mantenere pulita la medicazione, a non appoggiare l'avampiede, a controllare il colore e il gonfiore delle dita, ad assumere i farmaci consigliati. In caso di sanguinamenti, impedimento alla motilità, formicolio persistente, gonfiore persistente è opportuno contattare il servizio secondo le modalità indicate nella lettera di dimissione.

6.3.10 Intervento per Alluce Valgo

L'alluce valgo è una deformazione del piede costituita dall'allontanamento della testa del primo metatarso dalle altre, per cui il primo metatarso e l'alluce non sono più allineati ma formano tra loro un angolo detto di valgismo da cui prende nome la deformità. Colpisce prevalentemente le donne in età adulta e il sintomo principale è il dolore anche a riposo, poi in seguito si manifesta una tumefazione e un arrossamento in corrispondenza dell'alluce.

Vari sono i trattamenti possibili, qualora la deformazione sia in stato avanzato e il dolore sia acuto e continuo si ricorre all'intervento chirurgico che ha lo scopo di restituire all'alluce la sua posizione anatomicamente corretta. L'intervento chirurgico può prevedere diversi tempi accessori a seconda della gravità del valgismo e della sintomatologia. Inoltre varie sono le tecniche a cui il chirurgo può ricorrere. Si parla di chirurgia open, mini-invasiva percutanea, o di tecniche miste. L'intervento avviene in anestesia locale o spinale. Se il decorso post operatorio è regolare il paziente può incominciare a camminare usando la scarpa apposita, dovrà fare attenzione a non bagnare la medicazione, controllare il dolore con analgesici prescritti dal medico, a riposo tenere l'arto sollevato e controllare la motilità, il colore e la sensibilità delle dita del piede.

6.3.11 Intervento per ricostruzione Legamento Crociato Anteriore

Il legamento crociato anteriore è uno dei quattro più importanti legamenti che costituiscono l'articolazione del ginocchio. La sua funzione è quella di stabilizzare l'articolazione. E' situato al centro del ginocchio, fra tibia e femore, ove forma con il legamento crociato posteriore il perno centrale at-

torno cui ruota l'articolazione stessa. Il legamento crociato anteriore è spesso soggetto a lesioni e i soggetti particolarmente esposti a rischio di lesione sono gli sportivi.

Qualora venga ritenuto necessario intervenire chirurgicamente per ridare la stabilità passiva non è sufficiente la suturazione del tessuto ma è necessaria la completa sostituzione, attraverso diverse tecniche, che vanno dall'auto-impianto, con differenti sedi di prelievo oppure, prelievo da cadavere o, infine, impianto di natura sintetica. Generalmente l'intervento chirurgico viene eseguito in anestesia spinale. Se il decorso post operatorio è regolare le tecniche di riabilitazione diventano fondamentali per riprendere la mobilità in estensione e flessione, vanno iniziate quanto prima sempre su indicazione medica, è inoltre possibile iniziare a camminare con tutore e stampelle salvo qualche eccezione. Il paziente dovrà fare attenzione a non bagnare la medicazione, a controllare colore, calore, gonfiore e sensibilità dell'arto operato. Il dolore sarà controllato con analgesici prescritti dal medico. Localmente può essere usato del ghiaccio.

6.3.12 Intervento per Frattura Ossea

Per frattura si intende una interruzione dell'integrità strutturale dell'osso che può essere di origine traumatica o spontanea (patologica). Nel caso di un trauma, l'osso si frattura quando il trauma ha entità tale da superare i limiti di resistenza dell'osso stesso. Le fratture si classificano in: Frattura composta, scomposta, chiusa-esposta, completa-incompleta, stabile-instabile, semplici-pluriframmentarie-comminute, trasverse-oblique-spiroidi-longitudinali.

I sintomi principali sono dolore, ridotta motilità, impotenza funzionale, ematoma.

Tutte le fratture vanno trattate, lo scopo del trattamento è quello di raggiungere la consolidazione e di ripristinare l'anatomia e la funzionalità della parte lesa. Il trattamento può essere conservativo, con osteosintesi o con fissazione interna, (cruenta o incruenta) tramite viti, placche e fili. Solitamente l'intervento viene fatto in anestesia plessica.

Il decorso post operatorio generalmente si svolge nelle seguenti fasi: medicazione dopo una settimana, rimozione dei punti a due settimane, medicazione settimanale dei fili metallici se presenti, rimozione dell'immobilizzazione dopo circa trenta giorni, previa esecuzione della radiografia di controllo, fisioterapia di mobilizzazione dell'arto fratturato.

6.3.13 Intervento per Piede Piatto

Il piede piatto è una alterazione di tipo morfologico del piede caratterizzata da valgismo del retro-piede e da una riduzione della così detta volta plantare. Esistono tre grandi categorie di piede piatto: da alterazioni ossee, da alterazioni muscolo legamentose e da alterazioni neuromuscolari.

La sintomatologia comprende iniziale fastidio, affaticamento nella deambulazione o nel mantenere la stazione eretta, presenza di dolore che dal piede può estendersi fino al polpaccio.

Il trattamento del piede piatto può essere di tipo conservativo con l'uso di specifici plantari correttivi o chirurgico con una tecnica non particolarmente invasiva che consiste nell'introduzione di una vite per via percutanea e nel successivo confezionamento di uno stivaletto gessato con il quale il paziente potrà caricare sul piede fin da subito salvo diversa indicazione medica. Generalmente l'intervento chirurgico viene fatto in età compresa tra gli otto e i dodici anni.

Se il decorso post operatorio è regolare, trascorse due settimane si procederà con la rimozione del gesso e con la ripresa delle normali attività.

6.3.14 Intervento per Tenotomie e Tenorrafie

La tenotomia consiste in un intervento chirurgico che prevede la sezione di un tendine allo scopo di allungarlo (quando sia retratto) o di accorciarlo.

La tenorrafia consiste in una sutura di un tendine sezionato per intervento chirurgico o per ferite accidentali

6.3.15 Intervento del Tendine Di Achille

La tendinite di Achille è l'infiammazione del tendine che collega i muscoli del polpaccio all'osso del tallone. Solitamente è provocata da una lesione avvenuta durante una corsa o lo svolgimento di una attività sportiva. Il sintomo principale è il dolore che compare a livello del tallone che aumenta con il movimento. In molti casi è possibile ricorrere a un trattamento conservativo mentre in alcuni casi si interviene chirurgicamente. Nel periodo post operatorio solitamente l'arto viene immobilizzato con un tutore gessato per cui bisognerà controllare la motilità, sensibilità colore e calore

dell'arto operato. A seconda della tecnica chirurgica usata il paziente dovrà seguire un periodo di riposo.

6.3.16 Intervento Rimozione Mezzi Di Sintesi

E' consigliata la rimozione dei mezzi di sintesi(placche,viti,chiodi,fili) una volta che questi abbiano conseguito i loro obiettivi. Ci sono tuttavia casi per i quali la rimozione è obbligatoria: interferenza con le funzioni fisiologiche, rotture o mobilizzazioni dell'impianto, infezioni, mancata guarigione, reazioni avverse dell'organismo. In ogni caso la rimozione deve essere preceduta da una serie di accertamenti, primo fra tutti quello radiologico che verifichino, oltre alla corretta guarigione della frattura, l'assenza di altre possibili complicazioni. Si seguirà un adeguato periodo di riposo per evitare possibili ricadute. Il trattamento è chirurgico in anestesia locale o loco regionale.

6.3.17 Interventi per Ernie Discali

L'ernia del disco lombare è una patologia che colpisce il disco intervertebrale per cui vi è una fuoriuscita del nucleo polposo(materiale contenuto nel disco) che spinge tra le fibre dell'anulus lesionate creando un' erniazione. I principali sintomi sono dolore e sintomi neurologici (debolezza muscolare, parestesie, intorpidimento, riduzione riflessi tendinei profondi e dolore irradiato che segue il dermatomero corrispondente. Il trattamento dell'ernia del disco può essere conservativo o chirurgico a seconda della valutazione del medico. L'intervento chirurgico consiste nella rimozione dell'ernia. Le modalità applicate sono diverse. La percutanea è la tecnica meno invasiva. Non prevede un taglio vero e proprio , ma si raggiunge il disco, entrando nel canale, guidati da apposite attrezzature radiologiche. Il decorso in ospedale è molto breve, dopo uno o due giorni il paziente è dimesso. La convalescenza dura tre settimane affinché tutto si assesti seguita da una fisioterapia adeguata che ha come obiettivo quello di rinforzare la muscolatura.

6.3.18 PRP

Fattori di crescita di derivazione piastrinica (PRP-Plateleth rich plasma).

La sigla PRP definisce i fattori di crescita piastrinica, estratti dal sangue dello stesso paziente e purificati con particolare tecnica di centrifugazione vengono utilizzati con effetto "curativo" in alcune specifiche patologie dell'apparato muscolo scheletrico al fine di accelerare il naturale processo di guarigione e di favorire la rigenerazione tissutale nei tendini, muscoli e cartilagine articolare.

Questi componenti funzionano da catalizzatori attraendo al sito di lesione di cellule immunitarie e di cellule a bassa differenziazione che vengono stimulate alla rigenerazione del tessuto.



Stanza di degenza U.O. Chirurgia Multispecialistica

7.0 U.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA

Responsabile dell'Unità Operativa è il Dr. A. Frisina. Equipe medica composta da: dr. P. Tescari, dr. M. Lorusso, dr.ssa L. Matiello.

7.1 Patologie trattate:

L'Unità Operativa Complessa Otorinolaringoiatria di Valdagno si occupa di tutte le patologie riguardanti l'orecchio, il naso, la gola ed il collo, sia nel paziente adulto che in età pediatrica.

L'Unità di Otorinolaringoiatria si occupa delle diagnosi, terapia, prevenzione e riabilitazione delle malattie del distretto cervico-cefalico con l'uso di metodiche e strumentazioni all'avanguardia.

In particolare vengono trattate:

- Patologia delle cavità nasali e dei seni paranasali
- Patologia del cavo orale, tonsille e adenoidi.
- Patologia dell'orecchio esterno, medio, interno (vestibolari e cocleari)
- Diagnosi stadiazione e corretto indirizzo terapeutico per la patologia neoplastica testa-collo.
- Diagnosi endoscopica, inclusa stroboscopia per lo studio delle patologie corde vocali.
- Studio delle patologie dell'equilibrio con VHIT
- Studio dei disturbi uditivi con esami audiologici compreso i potenziali evocati acustici.

7.2 Visita ORL

Il paziente accede al reparto a seguito di visita del medico specialista presso gli ambulatori o il pronto soccorso; nel caso si renda necessario l'intervento chirurgico il paziente viene posto in lista di attesa attraverso la compilazione della scheda di inserimento . Per gli interventi chirurgici eseguibili in anestesia locale, il paziente viene convocato dal servizio e si presenta direttamente il giorno previsto per l'intervento portando con sé la documentazione necessaria; per gli interventi che necessitano di anestesia generale o sedazione i pazienti vengono convocati precedentemente per la preparazione pre-operatoria .

7.3 Interventi e trattamenti in orl

7.3.1 Intervento di Adenoidi e Tonsille

Le indicazioni all'intervento di adenoidectomia sono legate a problemi di tipo ostruttivo e/o infettivo che causano ostruzione respiratoria con apnee notturne. Consiste nell'ablazione del tessuto adenoidico, a carico del rinofaringe mediante adenotomo per via trans-orale in anestesia generale.

Per quanto riguarda le tonsille è indicato l'intervento quando vi è una elevata ricorrenza di faringotonsilliti, ascessi peri-tonsillari e sindrome delle apnee notturne.

La presenza di otiti ricorrenti legate all'ostruzione degli orefizi tubarici dell'orecchio può richiedere l'applicazione di drenaggio trans-timpanico o l'intervento di adenoidectomia.

7.3.2 Intervento per Settoturbinoplastica

L'intervento di settoturbinoplastica ha lo scopo di eliminare o di ridurre le deviazioni, gli speroni ossei e le dislocazioni congenite o post-traumatiche del setto nasale nonché l'aumento patologico di volume dei turbinati inferiori che impediscono il corretto passaggio di aria attraverso le fosse nasali (causando respirazione orale, russamento, otiti medie, disturbi di ventilazione dell'orecchio medio) ed ha lo scopo di consentire di respirare meglio con il naso contribuendo così a migliorare talvolta la capacità di percezione degli odori, qualora sia presente anche iposmia (diminuita capacità di percepire gli odori); l'intervento inoltre migliorando la ventilazione nasale riduce il rischio di rinosinusiti, di otiti e, in alcuni casi, contribuisce a ridurre l'intensità ed il numero degli episodi di cefalea (dovuta a contatto fra turbinato medio e setto).

7.3.3 Intervento per FESS

L'intervento di FESS (chirurgia funzionale dei seni paranasali mediante tecnica Endoscopica) consiste nel ripristino della normo-funzionalità dei seni paranasali. La chirurgia endoscopica del naso e dei seni paranasali è una tecnica chirurgica che utilizza degli endoscopi rigidi che permettono di vi-

sualizzare, durante l'intervento chirurgico, eventualmente anche su un monitor-video, con un ingrandimento di 20 volte, le fosse nasali e l'interno dei seni paranasali.

La chirurgia endoscopica viene utilizzata in diverse patologie:

- Alcuni tipi di deviazione del setto nasale;
- Disturbi della ventilazione;
- Dacriocistite cronica (infezione del sacco lacrimale);
- Infiammazioni di tipo □ acuto e □ cronico;
- Di natura batterica;
- Di natura micotica (dovuta a funghi infettivi);

di qualunque seno paranasale, cioè:

o Del s. *etmoidale* (struttura bilaterale e simmetrica, costituita da un insieme di cavità pneumatiche paranasali, divise dal turbinato medio in anteriori e posteriori, che è in rapporto per ciascun lato con il seno mascellare, il s. frontale, il s. sfenoidale, l'endocranio e con l'orbita);

o Del s. *mascellare* (cavità pneumatica localizzata, una per ciascun lato, nello spessore dell'osso mascellare superiore al di sotto dell'orbita e comunicante con la fossa nasale omolaterale);

o Del s. *frontale* (cavità pneumatica, localizzata nello spessore dell'osso frontale, comunicante con la fossa nasale corrispondente e separata da un setto osseo dall'altra analoga controlaterale);

o Del s. *sfenoidale* (cavità pneumatica sviluppata nel corpo dell'osso endocranico detto sfenoide e separata da un setto osseo sottile dall'altra del lato opposto, spesso asimmetrica);

- Poliposi di qualunque seno paranasale; i polipi sono tumori benigni che non diventano mai maligni, che derivano dalla progressiva estroflessione della mucosa (tessuto di colorito rosso intenso che riveste l'interno delle cavità nasali e dei seni paranasali e che secerne muco) e che, ostruendo il lume delle fosse nasali, rendono difficile respirare con il naso;
- Mucocele (cisti mucosa) del:
 - Del seno mascellare;
 - Del seno frontale (della regione mediale);
 - Corpi estranei;
 - Piccoli osteomi dell'etmoide o dell'infundibolo del seno frontale;
 - Tumore benigno;
 - Biopsia in caso di sospetto tumore maligno;
 - Esoftalmo maligno (forma grave, dolorosa e progressiva dell'e., che provoca congiuntivite, ulcere corneali, eventuale infiammazione dell'occhio nella sua totalità);
 - Legatura dell'arteria etmoidale per epistassi (sanguinamento dal naso) che non si arresta dopo cauterizzazione in anestesia locale o dopo il tamponamento delle fosse nasali;
 - Rinoliquorrea (fuoriuscita dal naso del liquido contenuto nel cervello) in caso di fratture isolate del tetto dell'etmoide o dello sfenoide;
 - Alcuni tipi di tumore maligno;
 - Meningo/encefalocele (meninge o meninge + tessuto cerebrale che ernia nel naso).

In caso di fistola rinoliquorale, e meningo/encefalocele può rendersi necessario un prelievo di fascia lata dalla gamba.

7.3.4 Intervento di Microlaringoscopia

Questa metodica chirurgica si applica a patologie faringolaringee di varia natura:

-neoplastiche benigne e maligne

- neoformazioni benigne tipo polipi, benderelle e cisti

Nei casi di natura incerta si esegue l'intervento a scopo diagnostico con biopsia.

Lo scopo del trattamento nelle patologie benigne è curativo con l'asportazione delle lesioni, nel caso, invece, di patologie neoplastiche è di diagnosi con l'esame istologico.

Tale intervento consiste nell'uso del microscopio operatorio associato alla chirurgia tradizionale per esaminare, evidenziare eventuali lesioni della mucosa, precisare l'estensione di una lesione, fare un prelievo bioptico, ricercare altre lesioni associate od eseguire procedure chirurgiche sulla laringe.

La microlaringoscopia si preferisce per quasi tutte le biopsie laringee, per procedure che coinvolgono i tumori benigni e per molte forme di fonochirurgia.

7.3.5 Intervento di Cervicotomia

L'Intervento di cervicotomia consiste nell'incidere la cute del collo al fine di asportare neoformazioni benigne come cisti del collo, linfonodi ed altre neoformazioni.

Si posiziona a seconda dei casi un drenaggio laterocervicale.

Viene richiesto l'esame istologico.

7.3.6 Intervento di Parotidectomia

Si tratta di un intervento chirurgico che interessa la parotide, ovvero la ghiandola salivare che ha il compito di produrre la salivazione durante i pasti, con conseguente rimozione superficiale o totale della stessa. Nel primo caso si parla di parotidectomia superficiale, nel secondo di parotidectomia totale. Tale intervento potrebbe essere necessario in presenza di un tumore che colpisce questa ghiandola, siano essi benigni o maligni.

7.3.7 Intervento di Scialoadenectomia sottomandibolare

Si tratta di un intervento chirurgico che interessa la ghiandola sottomandibolare, ovvero la ghiandola salivare che ha il compito di produrre la salivazione durante i pasti. Tale intervento potrebbe essere necessario in presenza di un tumore che colpisce questa ghiandola, siano essi benigni o maligni oppure per patologie infiammatorie come la calcolosi.

7.3.8 Intervento di Drenaggio Transtimpanico

L'intervento si effettua con Microscopio Operatorio e mira ad apporre, con l'aiuto di un microscopio operatorio, un piccolo tubicino di plastica, (a forma di clessidra o di tubo a T) attraverso la membrana timpanica, dopo averla incisa (miringotomia), per favorire la ventilazione della cassa del timpano e quindi il riassorbimento delle secrezioni accumulate all'interno dell'orecchio medio. Tale provvedimento è temporaneo (permanente o a lunga permanenza in alcuni casi nell'adulto) e prevede l'espulsione spontanea o la rimozione chirurgica del drenaggio dopo un periodo variabile da sei a dodici mesi.

7.3.9 Intervento di Miringoplastica

L'intervento di Miringoplastica si effettua con Microscopio Operatorio e mira al ripristino delle normali funzioni di protezione e di trasmissione della membrana timpanica chiudendo chirurgicamente un'eventuale perforazione mediante un innesto. In tal modo si impedisce la penetrazione di germi attraverso la perforazione (durante la doccia, i bagni al mare o in piscina, il lavaggio dei capelli, ecc.) causa di reinfezioni e laddove possibile si ottiene il miglioramento dell'udito.

7.3.10 Intervento di Timpanoplastica

L'intervento di Timpanoplastica si effettua con Microscopio Operatorio e mira all'eradicazione del processo infettivo-flogistico dall'orecchio medio (o cavo timpanico o cassa del timpano) mediante l'asportazione del tessuto infiammatorio cronico e/o di un eventuale colesteatoma (tumore benigno dovuto alla presenza di epidermide nell'orecchio medio con struttura a bulbo di cipolla, nel cui interno si trovano prodotti di degenerazione cellulare e colesterolo cristallino, il cui accrescimento causa distruzione ossea con rischio di gravi complicanze quali: paralisi del facciale, sordità, meningite, ascesso cerebrale, ecc.) dalle strutture dell'orecchio medio che sono la cassa del timpano e le cellule mastoidee (la mastoide è l'osso situato dietro l'orecchio e le cellule mastoidee sono delle cavità al suo interno che contengono aria);

Inoltre consente il recupero funzionale dell'udito mediante la ricostruzione della membrana timpanica

e dell'apparato di trasmissione della catena ossiculare (costituita dai tre ossicini dell'orecchio medio o cassa del timpano) con protesi artificiale con materiali sintetici, cartilagine dello stesso paziente opportunamente modellata e posizionata allo scopo di ottenere un ulteriore miglioramento uditivo.

7.3.11 Intervento di Ossiculoplastica

L'intervento si effettua con Microscopio Operatorio e mira al recupero funzionale dell'udito mediante la ricostruzione dell'apparato di trasmissione della catena ossiculare (costituita dai tre ossicini dell'orecchio medio o cassa del timpano: martello, incudine e staffa articolati tra di loro e tenuti in sospensione nella cassa da legamenti sotto l'azione di due piccoli muscoli; il primo ossicino, il martello, si trova nello spessore della membrana timpanica, mentre l'ultimo, la staffa, si articola con la finestra ovale trasmettendo la vibrazione all'orecchio interno).

Nel caso di 2 tempo di timpanoplastica vi è anche una finalità curativa in quanto si esplora l'orecchio medio al fine di rimuovere eventuali colesteatomi residui.

L'ossiculoplastica può essere eseguita anche con un intervento successivo ad un primo tempo di timpanoplastica: secondo tempo di timpanoplastica (almeno sei mesi dopo il primo tempo per valutare meglio l'evoluzione clinica della funzionalità tubarica e della fisiopatologia delle recidive).

7.3.12 Intervento di Otosclerosi

L'intervento di otosclerosi si effettua con Microscopio Operatorio e prevede la rimozione della staffa insieme con il blocco osseo, localizzato a livello di questa, che causa la fissità della catena ossiculare (costituita dai tre ossicini dell'orecchio medio o cassa del timpano di cui l'ultimo, proprio la staffa, si articola con la finestra ovale trasmettendo la vibrazione all'orecchio interno) e quindi l'ipoacusia. La staffa viene sostituita con una protesi in materiale sintetico, attraverso la via del meato acustico esterno (orifizio esterno dell'orecchio).

7.3.13 Intervento di Impianto Cocleare

L'intervento chirurgico di Impianto cocleare prevede il posizionamento con Microscopio Operatorio di un orecchio artificiale elettronico in grado di ripristinare la percezione uditiva nelle persone con sordità profonda, ed è utilizzato quando gli apparecchi acustici non ottengono il risultato sperato. L'impianto cocleare (CI) è definito come "coclea artificiale" o "orecchio bionico" ed è uno strumento che si sostituisce alla coclea "naturale" inviando direttamente al nervo acustico linguaggio e rumori ambientali. Proprio per la funzione di sostituzione della trasmissione dell'informazione sensoriale al sistema nervoso, è considerata una neuroprotesi. Si comporta come una vera e propria coclea, che ha funzione di filtro acustico e di traduzione.

7.3.14 Intervento di Protesi Semi-Impiantabili Passive ed attive a conduzione ossea

Si tratta di dispositivi che vengono **fissati chirurgicamente** all'osso (BAHA: Bone Anchored Hearing Aid) e consentono un eccellente recupero uditivo in molti casi di sordità, come ad esempio nei casi di pazienti con ipoacusia trasmissiva o mista derivante, a titolo esemplificativo, da otiti esterne, otiti medie non secche, operazioni radicali dell'orecchio, malformazioni congenite con assenza del canale uditivo (atresia) ma con coclea funzionante in cui la ricostruzione del canale uditivo tramite chirurgia plastica fosse fallita, disfunzioni della catena ossiculare in cui la correzione chirurgica non è idonea o non è riuscita e non esiste un vantaggio dall'utilizzo delle protesi per via aerea, nei casi in cui le protesi uditive convenzionali per via ossea sono inefficaci e poco confortevoli, disfunzioni della coclea in un lato e sordità conduttiva nell'altro orecchio dove però l'intervento chirurgico ha un potenziale rischio di danneggiamento dell'unico orecchio udente.

7.3.15 Ugulo-Palato-Faringoplastica

Il russamento e la sindrome delle apnee notturne (OSAS) è una patologia che causa notevole disagio a chi ne è affetto oltre a rischi di patologie cardiache e neurologiche. L'intervento di Ugulo - Palato -Faringoplastica mira ad accorciare e a rendere meno flaccido il velo palatino (palato molle) e ad effettuare una plastica per allargare la faringe in modo da ridurre e, se possibile ridurre il disturbo del russamento ed a migliorare la sindrome delle apnee notturne. A tutt'oggi non esiste alcuna possibilità di terapia medica a parte la CPAP.

7.3.16 Intervento di Tracheostomia

L'intervento di tracheotomia è l'apertura della trachea cervicale che, saltando le vie aeree superiori, viene collegata alla pelle sulla regione anteriore del collo perché:

- E' presente un ostacolo alla respirazione, che non regredisce con i trattamenti medici, dovuto ai seguenti motivi
- Dovrà praticare un intervento chirurgico sul cavo orale, sulla faringe sulla laringe che potrebbe rendere difficoltosa la respirazione a causa del gonfiore dei tessuti delle vie respiratorie soprastanti;
- Per ovviare ad una intubazione necessaria per un'anestesia generale e resa impossibile da particolari situazioni anatomiche locali;
- Per evitare il rischio di una stenosi (restringimento) laringo-tracheale dovuto ad intubazione prolungata.

7.3.17 Intervento di Settorinoturbinoplastica Morfodinamica Funzionale

L'intervento di Settorinoturbinoplastica Morfodinamica Funzionale consiste nel correggere le deformità anatomiche congenite e post-traumatiche del setto (meno visibili dall'esterno) e della piramide nasale (facilmente visibili dall'esterno) al fine di migliorare la ventilazione nasale (che, quando è insufficiente, causa respirazione orale, russamento, otiti medie, disturbi di ventilazione dell'orecchio medio) e consentire così di respirare meglio con il naso contribuendo in tal modo ad aumentare la capacità di percezione degli odori, qualora sia presente anche iposmia (diminuita capacità di percepire gli odori); l'intervento inoltre consente di ridurre il rischio di rinosinuiti, di otiti e, in alcuni casi, l'intensità ed il numero degli episodi di cefalea (dovuta a contatto fra turbinato medio e setto). Infine la correzione funzionale del setto e della piramide nasale contribuisce a ridurre gli episodi di emorragia nasale se la deviazione settale ne è una concausa e, talvolta, si rende necessaria in caso di accesso difficoltoso per interventi sui seni paranasali in endoscopia nasale, migliorandone poi i risultati funzionali.

7.3.18 Intervento di Tiroidectomia

Lo scopo dell'intervento di Tiroidectomia è quello di eseguire l'asportazione totale o parziale della ghiandola tiroide, che è la ghiandola endocrina (deputata cioè alla fabbricazione di ormoni che immette direttamente nel sangue) situata nella regione antero-inferiore e mediana del collo. Il motivo che rende necessario l'intervento è:

- La necessità di determinare la natura di uno o più noduli evidenziati a livello della Sua tiroide dagli accertamenti clinici da Lei eseguiti; pertanto insieme al/ai nodulo/i verrà asportata tutta o parte della tiroide ed il materiale asportato verrà inviato all'anatomo-patologo per sapere se il tumore è benigno o maligno;
- Il cattivo funzionamento della tiroide, che non può essere tenuto sotto controllo con il trattamento medico endocrinologico e che, pertanto rende necessaria nel Suo caso l'asportazione Parziale, Subtotale o Totale della ghiandola tiroide.

8.0 ASSISTENZA PRE E POST-OPERATORIA

Nel giorno concordato il paziente si presenta presso la Reparto Multidisciplinare, posto al 2° piano dell'Ospedale nuovo, accompagnato. Sarà identificato e assistito dal personale fino alla dimissione.

8.1 Braccialetto identificativo

All'arrivo del paziente, l'infermiere lo identifica applicandogli un braccialetto che riporta nome, cognome, data di nascita e reparto di degenza.

Il braccialetto identificativo è uno strumento utile per la tutela della salute e ridurre il rischio di errore.

La verifica dei dati contenuti nel braccialetto sarà effettuata dal medico e dall'infermiere prima di ogni attività assistenziale terapeutica (ad esempio esami strumentali, terapie farmacologiche, trasfusione e prelievi).

Potrà essere rimosso al momento della dimissione.

8.2 Accoglienza in reparto

In base al tipo di intervento, alla complessità assistenziale e alle caratteristiche del paziente (sesso, età, ecc.) e alla disponibilità ,viene assegnato il posto letto. Vengono completati gli accertamenti e la raccolta dati necessari alla degenza. In questo momento l'infermiere descrive la giornata di degenza e istruisce su come prepararsi per la sala operatoria.

8.3 Preparazione alla sala operatoria

L'operando può rimanere con i propri abiti fino al momento in cui sarà chiamato in sala operatoria; dopo la chiamata indosserà gli indumenti specifici: slip monouso, camicia, calze antitrombo se necessitano . Dovrà togliere monili, protesi dentarie e oculari, smalto, cosmetici e sarà invitato ad andare in bagno prima di partire per la sala operatoria, per gli interventi ortopedici di protesi anca e ginocchio viene posizionato il Catetere Vescicale. Eventuali oggetti personali potranno essere riposti negli armadietti di reparto o consegnati ai familiari che lo accompagnano.

Il personale della sala operatoria viene a prelevare il paziente con la sua documentazione e la accompagna in sala operatoria. L'equipe operatoria procede all'esecuzione dell'anestesia e dell'intervento, successivamente il paziente viene ricondotto in reparto ed affidato all'infermiere che lo riprende in carico o tenuto presso la TOPI per alcune ore .

8.4 Decorso post operatorio

Vengono controllati i parametri (PA-CP), la medicazione, la diuresi, i drenaggi, la posizione, la terapia infusione in atto e applicato il ghiaccio, se necessario. Tali controlli vengono ripetuti durante la giornata per garantire una continuità assistenziale. A seconda del tipo di anestesia il paziente potrà essere alimentato . L'assistenza monitorata sarà mantenuto per tutto l'arco del ricovero.

Prima della dimissione il personale del servizio verifica se sono stati raggiunti gli obiettivi assistenziali:

- ✓ assenza di nausea e vomito
- ✓ assenza di dolore
- ✓ assenza di cefalea
- ✓ assenza di sanguinamento
- ✓ la ripresa delle funzioni elementari quali diuresi e deambulazione.

8.5 Gestione del dolore nel post operatorio

L'adeguato trattamento del dolore post-operatorio è un elemento fondamentale nell'attività del reparto che, in collaborazione con il Servizio di Anestesia e Rianimazione, aderisce al Progetto "Ospedale senza dolore" in conformità con le linee guida della Regione Veneto.

9.0 CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

La continuità assistenziale del paziente dimesso è garantita attraverso diverse modalità.

- La lettera di dimissione, compilata dal medico che ha operato il paziente, contiene informazioni circa il tipo di intervento eseguito, le modalità di esecuzione, i farmaci da assumere a domicilio, il comportamento consigliato e i controlli previsti, la modalità di contatto con il servizio in caso di dubbi o problemi a domicilio.
- È garantita la copertura terapeutica nell'intervallo che intercorre tra la dimissione e il medico di base. Per quanto riguarda la terapia domiciliare antitrombotica con eparine sottocute, C'è la distribuzione diretta al paziente, da parte del servizio di Farmacia Ospedaliera, della quantità necessaria a completare il trattamento.
- Educazione del paziente e dei familiari e/o accompagnatori sull'assistenza a domicilio, sulla gestione dei farmaci, sulle medicazioni e sull'uso di bendaggi o presidi (stampelle, calze elastiche, drenaggi, ecc.), alimentazione, esercizi, posture, uso dei servizi.
- Viene programmata la visita di controllo post-ricovero.

10.0 OBIETTIVI E STANDARD DI QUALITÀ

RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA E PRESTAZIONE

La presa in carico da parte del personale infermieristico avviene entro 10 minuti dall'arrivo. L'equipe garantisce tutto il tempo necessario affinché il paziente possa prepararsi adeguatamente all'entrata in sala operatoria.

I tempi della ripresa ottimale delle condizioni di salute variano a seconda dell'anestesia impiegata e della modalità di intervento utilizzata; tuttavia, non appena questo si verifica, il paziente viene istruito a riprendere l'autonomia preesistente (deambulazione, alimentazione).

PROFESSIONALITÀ DEGLI OPERATORI

L'equipe aiuta il paziente ad affrontare l'intervento con tranquillità, serenità e sicurezza.

Il percorso assistenziale che attuerà il personale infermieristico è individualizzato e appropriato.

Ogni operatore è riconoscibile tramite un tesserino di identificazione.

Il personale di servizio garantisce la corretta preparazione fisica all'intervento chirurgico, favorendo in questo modo le procedure assistenziali e chirurgiche più efficienti possibile e il buon esito dell'intervento.

COMFORT

I pazienti vengono ricoverati in stanze a due letti con bagno in ogni stanza, dotate di luce individuale e dispositivo di chiamata.

Ogni letto della struttura presenta biancheria pulita e/o monouso, così come le camicie ed il materiale utile all'ingresso in sala operatoria.

Non appena le condizioni fisiche postoperatorie si sono stabilizzate, il personale infermieristico provvede all'alimentazione con dieta leggera

Ogni stanza è dotata di tavolo con sedie ed ogni letto ha il proprio comodino personale, mobile, nel caso il paziente non possa ancora deambulare e una televisione.

I pazienti ed i familiari hanno la possibilità di usufruire di una sala di attesa con poltrone e TV.

GARANZIA E TUTELA

Tutti gli operatori sono impegnati ad indirizzare coloro che intendono effettuare reclami o apprezzamenti fornendo tutta l'assistenza necessaria.

Ogni paziente è tutelato da una serie di diritti e doveri che non sono evitabili e rispecchiano l'efficienza, l'efficacia, la qualità, la legittimità e la trasparenza dei servizi offerti.

Progetto PREMs

PREMs (Patient Reported Experience Measures) è un'indagine sull'esperienza di ricovero in regime ordinario promossa dalla Regione Veneto e dall'Ulss 8 Berica in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (Laboratorio MeS).

Attraverso l'indagine vengono raccolte le informazioni sull'esperienza vissuta nel corso del ricovero allo scopo di valutare la qualità dell'assistenza erogata con particolare riguardo ad alcuni aspetti quali il coinvolgimento nel percorso di cura, la comunicazione e la qualità dell'assistenza.

È rivolta a tutti i pazienti che hanno usufruito del servizio di ricovero ospedaliero ordinario; possono eventualmente rispondere i parenti o il tutore legale, tenendo conto del loro punto di vista.

Le informazioni sono raccolte e analizzate in modo anonimo e aggregato dal MES e sono rese disponibili alle Direzioni dell'Azienda ULSS allo scopo di migliorare l'assistenza ai pazienti

11.0 PRINCIPI FONDAMENTALI

DIRITTI E DOVERI DEL PAZIENTE

Il paziente ha il **diritto** di:

- essere assistito e curato con premura ed attenzione, nel rispetto della dignità umana, dei propri diritti e convinzioni religiose;
- essere sempre identificato mediante un braccialetto contenente nome, cognome e data di nascita;
- essere chiamato per nome, evitando l'utilizzo di numerazioni;
- ottenere informazioni complete ed esaurienti riguardanti la struttura sanitaria relative alle prestazioni erogate e alle modalità di accesso;
- ricevere, salvo casi di emergenza-urgenza che possono comportare pericolo di vita, le notizie che gli permettano di esprimere il consenso informato prima di essere sottoposto a terapie o interventi;
- tutelare la propria privacy (L. 675/96), assicurando che i dati relativi alla propria malattia e ad ogni circostanza che lo riguardi rimangano riservati;
- essere garantito che tutto ciò che viene eseguito sulla sua persona rispecchia ciò che è stato detto e spiegato;
- essere soddisfatto circa tutti i dubbi e chiarimenti durante tutto il tempo del ricovero;
- essere assistito e vigilato durante tutto l'iter terapeutico, dall'accoglienza alla dimissione.

Il paziente ha il **dovere** di:

- mantenere un comportamento che sia responsabile in ogni momento del percorso, nella comprensione e nel rispetto dei diritti degli ammalati;
- collaborare con tutta l'equipe sanitaria, per favorire così il corretto iter terapeutico;
- rispettare gli appuntamenti dati per i controlli, ri-accertamenti, medicazioni;
- informare tempestivamente l'equipe sulla propria intenzione e rinunciare, secondo la propria volontà, a cure o prestazioni precedentemente programmate;
- provvedere al pagamento degli accertamenti pre-operatori se sono stati eseguiti, nel caso esso rifiuti l'intervento programmato;
- rispettare gli ambienti, attrezzature e persone che lo circondano, ritenendo gli stessi patrimonio di tutti e quindi anche propri;
- evitare qualsiasi comportamento che possa creare situazioni di disturbo e disagio;
- rispettare le disposizioni date ed i divieti affissi nella struttura (divieto di fumare, di portare animali, di usare il telefono cellulare...);
- avere a disposizione una persona che lo assista soprattutto dopo le prime 24 ore dalla dimissione, pronta a segnalare al personale infermieristico eventuali complicanze legate all'intervento;
- segnalare all'equipe l'assenza di persone che possano assisterlo a domicilio;
- rispettare le disposizioni date per quanto riguarda la preparazione del giorno dell'intervento (tricotomia, digiuno, astinenza da fumo ed alcool, sospensione di particolari farmaci...).

INFORMAZIONE

Ogni paziente viene informato correttamente sulle proprie condizioni fisiche, la patologia e le prospettive di guarigione, secondo modalità adeguate alla sua cultura, emotività e capacità di comprensione.

I pazienti, prima di essere sottoposti a prestazioni diagnostico-terapeutiche e/o chirurgiche, vengono informati dal personale medico ed infermieristico sulle motivazioni, modalità ed eventuali rischi ad esse connessi. Qualora il paziente non fosse in grado di valutare in prima persona, saranno contattate le persone che lo rappresentano.

Tutto il personale del reparto è impegnato a garantire l'ascolto e l'accoglienza da parte degli utenti ai fini della corretta informazione e dell'orientamento nell'utilizzo dei servizi forniti.

Per tutti i pazienti è disponibile un opuscolo contenente informazioni sulle attività del reparto e suggerimenti utili alla degenza.

EGUAGLIANZA

Il rapporto tra sanitario e paziente si basa sul principio dell'eguaglianza e del rispetto indipendentemente dalla razza, dal sesso, dalla lingua, dalla religione e dalle idee politiche.

IMPARZIALITÀ

La struttura si impegna ad erogare prestazioni e a fornire servizi in modo obiettivo, giusto ed equo.

EFFICACIA ED EFFICIENZA

La struttura si impegna a qualificare i servizi, ad individuarne altri idonei per raggiungere gli obiettivi di efficacia ed efficienza e ad elaborare progetti tesi a migliorare la qualità dei servizi, cercando di soddisfare le aspettative del paziente, nel rispetto degli obiettivi strategici della struttura.

CONTINUITÀ

I pazienti in dimissione che necessitano di controlli successivi e completamento del ciclo assistenziale ospedaliero (medicazioni) ricevono comunicazione della data, ora, luogo in cui presentarsi in modo chiaro e preciso.

Presso la struttura il paziente viene attentamente controllato dal medico di guardia e dal personale infermieristico; è auspicabile che la prima notte che segue l'intervento o la dimissione il paziente sia assistito da una persona in grado di avvisare l'equipe in caso insorgessero problemi.

L'equipe è rintracciabile telefonicamente per qualsiasi dubbio o problema che possono insorgere a domicilio dopo la dimissione dalla struttura.

I RECLAMI E I SUGGERIMENTI	Come presentare un reclamo o un suggerimento	Per tutelare i propri diritti di cittadino utente può presentare un reclamo o un suggerimento all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (tel. 0444 75-3535 dal Lunedì al Venerdì dalle 9.00 alle 13.00) inviando una comunicazione scritta via fax URP Vicenza (0444 931178), all'indirizzo e-mail urp.arz@aulss8.veneto.it . La risposta, a firma del Direttore Generale o chi da esso delegato, sarà comunicata all'utente entro il termine massimo di 90 giorni dalla data di ricezione della segnalazione stessa.
	Privacy	Nel reparto il rispetto della privacy è un obbligo professionale che coinvolge tutto il personale medico e infermieristico. Nessuna notizia relativa allo stato di salute del paziente può essere fornita a persone che non siano state delegate dal paziente stesso. Per questo motivo, all'ingresso, il paziente o tutore viene invitato a compilare l'apposito modulo di Consenso al trattamento dei dati personali che verrà allegato in cartella clinica

	Servizio di Mediazione Culturale	E' presente il Servizio di Mediazione Culturale distretto Ovest. In caso di necessità, il personale dell'UOC può richiedere l'intervento del Mediatore, tramite apposito modulo, al fine di ottimizzare la comunicazione con l'utente.
L'ASSISTENZA RELIGIOSA		Per l'assistenza religiosa si fa riferimento al protocollo Aziendale n. 125429/2021. L'accesso ai ministri del culto è su richiesta dell'Unità Operativa e su richiesta dei familiari o paziente per situazioni particolari. La Cappella situata al piano terra è sempre a disposizione dell'utenza, non è prevista al momento l'esecuzione della S.Messa.
SERVIZIO BAR E EDICOLA		Al piano terra, all'ingresso dell'Ospedale è presente, con orario 06:30-15:00, il servizio bar con annessa edicola.
SERVIZIO BANCOMAT e CASSA CONTINUA		Adiacente alla portineria è in funzione un apparecchio Bancomat. L'apparecchio di Cassa continua è disponibile per il pagamento del ticket.



Area comune U.O. Chirurgia Multispecialistica

Tutte le informazioni sono disponibili ai seguenti siti internet:

- U.O.C. Chirurgia Generale di Valdagno

<https://www.aulss8.veneto.it/nodo.php/3794>

- U.O.S.D Ortopedia e Traumatologia di Valdagno

<https://www.aulss8.veneto.it/nodo.php/3797>

- U.O.C. Otorinolaringoiatria di Valdagno

12.0 Associazioni

U.O. di Chirurgia Multispecialistica dell'O.C. di Valdagno e tutto il suo personale, ringrazia per la costante collaborazione l'associazione AVIS di Valdagno, per il suo impegno nella continua ricerca di donatori di sangue e le attività di sensibilizzazione.

La disponibilità di emazie è un elemento fondamentale per il buon funzionamento delle nostre Unità Operative che si trovano ogni giorno a fronteggiare la necessità di trasfusioni di sangue ai pazienti sottoposti ad intervento chirurgico.



Avis Valdagno

Dal 1963 Avis è presente anche nel territorio comunale di Valdagno. Da allora continua a promuovere i valori di solidarietà legati al prezioso gesto della donazione di sangue. Avis Valdagno opera inoltre in sinergia con le altre associazioni di donatori e con gli enti locali per diffondere la conoscenza di questa azione fondamentale per la vita di moltissime persone. Da quei primi passi siamo oggi una sezione che conta 1.400 donatori effettivi, i quali assicurano annualmente la raccolta di oltre 2.000 sacche di sangue e plasma.

Come si diventa donatore:

- Per donare devi avere tra i **18 e i 65 anni** ed un peso corporeo di **almeno 50 kg**.
- Contattandoci potremo darti altre informazioni e prenotare la tua prima visita per valutare l'idoneità alla donazione. Attraverso alcuni **esami del sangue** verificheremo il tuo stato di salute.
- Dalla prima donazione, poi, sarai sottoposto ad un preciso percorso che assicura la tua sicurezza e quella dei possibili riceventi.
- Quando ti rechi al centro trasfusionale verrai per prima cosa identificato. A questo punto dovrai compilare un apposito questionario pre-donazione, il personale del centro raccoglierà alcuni tuoi dati clinici (pressione sanguigna e livello di emoglobina) per poi sottoporli ad un breve colloquio con il medico che approverà o meno la donazione.
- Una volta avuto il semaforo verde dal medico verrai fatto accomodare ad una delle postazioni di prelievo e sarai seguito dal personale infermieristico altamente preparato del centro. Alla fine del prelievo potrai gustare una colazione nei locali accanto al centro.
- Se sei un lavoratore dipendente, inoltre, per legge potrai usufruire di una giornata di riposo retribuita.

CONTATTI:

Presso la nostra sede di via Mastini 18, Valdagno

Martedì e Venerdì 8.00 – 13.00

Presso il Centro Trasfusionale Ospedale di Valdagno

Orario ufficio lunedì, mercoledì e giovedì 8.00 – 13.00

Telefono 0445 409300 - Email: segreteria@avisvaldagno.it

SITO INTERNET <https://avisvaldagno.it/>

5 x 1000 Dona il cinque per mille ad Avis Comunale di Valdagno OdV – C.F.: 94003160242