



	<p><b>REGIONE PIEMONTE</b> <b>AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA</b> <b>“MAGGIORE DELLA CARITÀ”NOVARA</b> <b>S.C. CHIRURGIA PLASTICA</b> Direttore: Prof. Giovanni Verna</p>	
<p><b>“STANDARD DI SERVIZIO”</b></p>		

<b>SOMMARIO</b>		
1	<b>PRESENTAZIONE DELLA STRUTTURA</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• LA MISSION</li></ul>	Pag. 2
2	<b>ATTIVITA' DI ECCELLENZA E GARANZIE SPECIFICHE</b>	Pag. 2-9
	<b>RICOSTRUZIONE MAMMARIA POST MASTECTOMIA</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• GARANZIE (clinico/organizzative/assistenziali, professionali, tecnologico/strutturali, scientifiche, rapporto col paziente / sicurezza del paziente)</li><li>• DATI DI ATTIVITA' E INDICATORI</li><li>• ACCESSIBILITA' E TEMPI DI ATTESA</li><li>• PROGETTI DI MIGLIORAMENTO</li></ul>	Pag. 2
	<b>TRATTAMENTO DELLE ULCERE DA COMPRESSIONE</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• GARANZIE (clinico/organizzative/assistenziali, professionali, tecnologico/strutturali, scientifiche, rapporto col paziente / sicurezza del paziente)</li><li>• DATI DI ATTIVITA' E INDICATORI</li><li>• ACCESSIBILITA' E TEMPI DI ATTESA</li><li>• PROGETTI DI MIGLIORAMENTO</li></ul>	Pag. 5
	<b>CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA REGIONE VULVO-VAGINALE</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• GARANZIE (clinico/organizzative/assistenziali, professionali, tecnologico/strutturali, scientifiche, rapporto col paziente / sicurezza del paziente)</li><li>• DATI DI ATTIVITA' E INDICATORI</li><li>• ACCESSIBILITA' E TEMPI DI ATTESA</li><li>• PROGETTI DI MIGLIORAMENTO</li></ul>	Pag. 9
3	<b>ATTIVITA' GENERALE</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• ATTIVITA' IN REGIME DI RICOVERO</li><li>• PERCORSO DEL PAZIENTE</li><li>• ATTIVITA' AMBULATORIALE</li></ul>	Pag. 11
4	<b>PROGETTI DI MIGLIORAMENTO PER L'ANNO 2018</b>	Pag. 14



## 1. PRESENTAZIONE DELLA STRUTTURA - LA MISSION

La **chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica** è una specialità che si propone, come sua caratteristica essenziale, il raggiungimento di un risultato non solo di tipo ricostruttivo ma anche morfologico. In altri termini, la manipolazione chirurgica dei tessuti molli al fine di sopperire a deficit congeniti od acquisiti con finalità funzionale ed estetica.

Questa sua peculiarità si manifesta con la tendenza ad essere conservativi ed attenti nell'eseguire suture cercando di nasconderle. Queste specificità sono presenti quando il Chirurgo plastico si accinge ad eseguire interventi di:

- **ricostruzioni complesse come ricostruzioni mammarie, ricostruzione di ampie demolizioni chirurgiche post-oncologiche, ricostruzione di perdite di sostanza post-traumatiche ( fratture esposte e/o lesioni dei tessuti molli della mano )**
- **sutura di ferite del volto, rimozione di lesioni benigne e maligne della faccia**
- **chirurgia di rimodellamento corporeo dopo interventi per l'obesità.**

Il raggiungimento di un buon compromesso tra funzione ed estetica è una problematica che spesso coinvolge le pazienti di sesso femminile che identificano negli esiti di interventi demolitivi una perdita della loro femminilità.

La chirurgia plastica consente di ottenere risultati molto soddisfacenti se realizzata **con le tecniche più opportune nelle corrette indicazioni, dopo una diagnosi accurata ed un'attenta valutazione delle aspettative dei pazienti.**

Con il termine "**tecniche più opportune**" si vuole sottolineare la necessità di conoscere e quindi di poter realizzare e scegliere, nel singolo caso, la migliore soluzione chirurgica, dalla più innovativa alla più tradizionale, utile a correggere il difetto specifico.

Con il termine "**corrette indicazioni**" si vuole ribadire che tecniche perfette in alcuni casi possono essere poco interessanti o addirittura controindicate in altri e, anche se ben eseguite, determinano delusione e giudizi negativi sul metodo impiegato.

Con il termine "**diagnosi accurata**" si vuole evidenziare l'importanza, al momento della visita, dell'analisi del difetto oltre all'opportunità di eseguire eventualmente accertamenti diagnostici specifici o trattamenti medici preliminari.

Con il termine "**attenta valutazione delle aspettative**" si vuole rilevare che è fondamentale ascoltare i desideri specifici del paziente al fine di poter apprezzare se quanto richiesto può essere ragionevolmente realizzato con l'intervento chirurgico.

La nascita di una Struttura Complessa di Chirurgia Plastica all'interno dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Maggiore della Carità di Novara nell'aprile 2009 ha il significato di aggiungere un ulteriore servizio a tutte le prestazioni che l'ente da sempre eroga.

## 2. ATTIVITA' DI ECCELLENZA E GARANZIE SPECIFICHE

### RICOSTRUZIONE MAMMARIA POST MASTECTOMIA

La **ricostruzione mammaria** a seguito di mastectomia post-tumorale è uno dei trattamenti che più frequentemente le pazienti richiedono al chirurgo plastico.

Il reparto di **Chirurgia Plastica** di Novara è diventato in questi ultimi anni, il **riferimento di quadrante per la Ricostruzione mammaria**. Infatti afferiscono presso il nostro Reparto i centri di Senologia dagli Ospedali di Verbania, Biella, Vercelli, Borgomanero e Borgosesia.

Negli ultimi anni le tecniche ricostruttive ed in particolare le metodiche di ricostruzione mammaria si sono molto affinate portando a risultati sempre più soddisfacenti. Questo porta alla paziente mastectomizzata un grande supporto psicologico, in quanto sarà consapevole di poter recuperare ciò che a causa della malattia le verrà asportato.

Quale tipo di paziente può essere candidata alla ricostruzione mammaria? La maggior parte delle pazienti che hanno subito una mastectomia sono idonee alla ricostruzione mammaria. Condizione necessaria è che la patologia tumorale sia stata risolta dal trattamento chirurgico eseguito dal chirurgo oncologo. Inoltre è bene ricordare che la ricostruzione non interferisce sulla comparsa di eventuali recidive della patologia tumorale e con la chemioterapia e/o la radioterapia.

### **PRINCIPALI INTERVENTI CHIRURGICI RICOSTRUTTIVI.**

Possiamo affermare che oggi sono disponibili numerose Tecniche di chirurgia ricostruttiva a cui sottoporre la paziente. La scelta della tecnica chirurgica più appropriata dipende da numerosi fattori ed è specifica per ciascuna tipologia di paziente.

I criteri secondo i quali si sceglie una procedura sono inerenti al tipo di mastectomia effettuata, al tipo di lesione che ha reso necessaria la mastectomia, alle terapie mediche - oncologiche da effettuare e alle condizioni generali di salute della paziente.

La prima decisione da prendere, quando si predispose un intervento di ricostruzione mammaria dopo mastectomia, concerne i **tempi entro i quali dovrà essere eseguita la procedura:**

- **Ricostruzione immediata** :effettuata al momento stesso della mastectomia
- **Ricostruzione differita** : settimane, mesi o addirittura anni dopo

Questa prima decisione viene presa in modo collegiale con il chirurgo generale, il radioterapista, l'oncologo e il chirurgo plastico.

La decisione successiva riguarda il tipo di **procedura ricostruttiva** da effettuare mediante l'esecuzione di varie metodiche che prevedono l'utilizzo di:

- **impianti protesici** da inserire in regione mammaria (ricostruzione **con espansori mammari e con protesi**)
- **esclusivamente tessuti del paziente stesso** (ricostruzione **con lembi**)
- **una combinazione delle due metodiche.**
- **Ricostruzione con tecnica microchirurgica**
- **Tecnica Lipofilling**

### **ESPANSIONE TESSUTALE**

Questa metodica è quella più utilizzata e prevede l'utilizzo di un espansore tessutale e la sua successiva L'espansore è costituito da un sacchetto vuoto che viene impiantato in regione mammaria al di sotto della cute e del muscolo pettorale. L'espansore viene gradualmente riempito con soluzione fisiologica, a cadenza settimanale o quindicinale per circa 3-4 mesi, per poter ottenere una lenta distensione della cute al fine di creare una tasca idonea a contenere una protesi mammaria definitiva del volume desiderato. Quando la cute ottenuta in questo modo è sufficientemente espansa l'espansore viene rimosso e al suo posto viene inserita una protesi definitiva.

### **RICOSTRUZIONE CON LEMBI**

Questa metodica chirurgica prevede l'**utilizzo di tessuti della paziente stessa che vengono trasferiti da una zona del corpo**, in genere dal dorso o dall'addome, per ricreare una nuova mammella. Il tessuto che viene trasferito, costituito dalla cute e da una porzione di muscolo, è chiamato lembo. Il lembo può essere trasferito facendolo passare attraverso un tunnel apposito creato sotto la cute dalla zona donatrice alla quale rimane collegato e dalla quale riceve il supporto nutritivo (lembo di rotazione). In altri casi invece, esso viene completamente rimosso dalla zona, insieme ai vasi che lo nutrono, e trasferito nella regione mammaria dove viene collegato ai vasi con delle suture effettuate al microscopio (lembo microvascolare).

Per il primo tipo di procedura sono solitamente impiegati due lembi chiamati "Gran Dorsale e Retto dell'Addome". Il lembo di Gran Dorsale consente di utilizzare parte della cute e di muscolo dalla zona del dorso che viene trasferito per ricreare la mammella, mentre il lembo di Retto dell'Addome impiega parte dei tessuti della regione bassa dell'addome per la ricostruzione.



Queste procedure trovano particolare indicazione nelle pazienti radiotrattate e/o in pazienti con deficit tissutali importanti.

## **PROCEDURE COMBinate**

In alcuni casi, a seconda del tipo di mastectomia effettuata è necessario posizionare una **protesi mammaria definitiva** al di sotto di un lembo.

In altri casi, invece, quando la cute della regione mammaria lasciata dopo la mastectomia è sufficiente a contenere una protesi definitiva, si può evitare di ricorrere all'inserimento dell'espansore e quindi si posiziona la protesi direttamente sotto il muscolo pettorale senza dover espandere la cute sopra di esso

Spesso, per poter ottenere una buona simmetria tra le due mammelle, è necessario un intervento correttivo anche sulla mammella sana. Gli interventi di simmetrizzazione consistono essenzialmente nella una mastopessi se la mammella controlaterale è ptosica, nella mastoplastica additiva se la mammella sana è piccola e nella mastoplastica riduttiva se invece la mammella sana è molto voluminosa.

## **RICOSTRUZIONE DI AREOLA E CAPEZZOLO**

L'ultimo atto di una ricostruzione mammaria indipendentemente dal tipo di tecnica scelta prevede la **ricostruzione dell'areola e del capezzolo**. Questo ultimo ma importante passo che conferisce alla mammella ricostruita un aspetto simile alla mammella asportata viene generalmente effettuato utilizzando parte dei tessuti del complesso areola-capezzolo della mammella sana oppure tatuando la mammella ricostruita e ricreando il capezzolo con piccoli lembi cutanei di rotazione che utilizzano i tessuti tatuati. Queste sono procedure eseguibili in anestesia locale e che, in genere, non prevedono ricovero in ospedale.

## **TECNICA " LIPOFILLING"**

Recentemente è stata introdotta anche la metodica del **Lipofilling**, che consiste nel prelievo del tessuto adiposo dall'addome e/o dalle regioni trocanteriche e sua reintegrazione a livello mammario.

Questa tecnica consente di correggere esiti di Quadrantectomia e/o migliorare il profilo della mammella ricostruita.

La ricostruzione mammaria non interferisce in alcun modo nel decorso della malattia della paziente mastectomizzata e rappresenta un importantissimo supporto psicologico; viene considerata come un tempo importante nel trattamento delle donne mastectomizzate in quanto permette alle pazienti di ripristinare il loro schema corporeo e di superare psicologicamente il trauma chirurgico dell'intervento demolitivo. Come abbiamo brevemente descritto in precedenza l'intervento di ricostruzione mammaria non deve essere considerato come un'unica procedura ma è un iter che comprende più interventi chirurgici. Per questo motivo la paziente che desidera intraprendere questo iter deve essere informata in modo più che esaustivo di tutte le procedure necessarie e su tutte le eventuali complicanze che questi interventi possono comportare chiaramente senza perdere di vista quella che è la patologia primaria.

## **INDICATORE**

Attività	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017
Numero interventi di ricostruzione mammaria	144	136	163

## **CLINICO / ORGANIZZATIVE / ASSISTENZIALI**

Attraverso il Consenso Informato durante il colloquio (o i colloqui) che precedono l'intervento il paziente, prima di sottoporsi ad un qualsiasi procedimento chirurgico viene informato correttamente ed esaurientemente dal professionista su:

- tipo di intervento cui verrà sottoposto
- finalità e modalità dell'intervento stesso
- rischi connessi



- eventuali complicanze più frequenti
- alternative diagnostiche e terapeutiche

## **GARANZIE PROFESSIONALI**

Vedasi Garanzie Professionali Generali

## **GARANZIE TECNOLOGICHE**

Recentemente è stato acquisito l'Apparecchio di Coleman per l'esecuzione della procedura di Lipofilling precedentemente descritta

## **GARANZIE SCIENTIFICHE**

Vedasi Garanzie Scientifiche Generali

## **SICUREZZA DEL PAZIENTE**

Vedasi Sicurezza del Paziente Generale

## **ACCESSIBILITA'**

Vedasi al Sito Web - link REPARTO / Tempi d'attesa - link AMBULATORI / Prestazioni e Tempi di attesa

## **PROGETTI DI MIGLIORAMENTO**

Avvio della ricostruzione mammaria microchirurgica

## **TRATTAMENTO DELLE ULCERE DA COMPRESSIONE**

La prevenzione ed il trattamento delle lesioni da decubito rappresentano un problema rilevante di assistenza sanitaria, che richiede un notevole impegno gestionale in termini di risorse umane, di materiali e di tecnologie.

### **Definizione**

Per ulcera o lesione da decubito si intende una lesione tissutale ad evoluzione necrotica che interessa la cute, il derma e gli strati sottocutanei, fino a raggiungere, nei casi più gravi, il muscolo, la cartilagine e l'osso. Il fenomeno è causato da una prolungata e/o eccessiva pressione esercitata tra piano d'appoggio e superficie ossea, tale da provocare uno stress meccanico sui tessuti ed un'alterazione della circolazione ematica locale. Clinicamente le lesioni si osservano in sedi particolarmente predisposte, come le prominenze ossee, ed insorgono in seguito al decubito prolungato in posizione obbligata. Sono favorite da fenomeni generali e locali. Tutte le condizioni che comportano una diminuzione della mobilità rappresentano pertanto un importante fattore di rischio di insorgenza delle lesioni. I pazienti immobilizzati per compromissione della funzionalità neuromotoria e gli anziani allettati rappresentano le categorie più esposte. In questi pazienti costituiscono un'ulteriore aggravante, l'invecchiamento dei tessuti ipotrofici, meno elastici e caratterizzati da maggior fragilità capillare e la presenza di malattie sistemiche concomitanti quali il diabete mellito, l'insufficienza renale, l'immunodepressione e i disturbi circolatori.

### **Cause**

I principali meccanismi fisiopatologici che determinano l'insorgenza delle lesioni da decubito sono la pressione e lo stiramento. Altre condizioni che svolgono un ruolo di concausa sono lo sfregamento e l'umidità. La pressione esercitata sui tessuti è considerata il fattore patogenetico principale. La pressione normale nella circolazione capillare arteriosa è di 32 mmHg.

La compressione esterna diventa lesiva per i tessuti, quando supera il livello critico di 32 mmHg, poiché causa una

riduzione dell'apporto ematico con conseguente ischemia ed ipossia. Gli effetti della compressione variano, oltre che per l'entità e la durata della compressione, anche in funzione della sede, dello spessore della cute e dei tessuti molli. E' dimostrato ad esempio che una pressione di 60-70 mmHg mantenuta per 2 ore può essere sufficiente a produrre un danno irreversibile. Se il tessuto cutaneo può rispondere all'insulto provocato dalla compressione con un'iperemia compensatoria, nel paziente anziano questa è generalmente insufficiente a proteggerlo dal rischio di ipossia. In mancanza di ossigeno le cellule utilizzano un metabolismo anaerobio, che produce la lesione da decubito. Le forze di stiramento determinano un progressivo spostamento l'una sull'altra di superfici costituite da elementi sovrapposti. Si realizzano ad esempio, quando il paziente è seduto sulla sedia senza sufficiente appoggio per le gambe o quando la testata del letto è sollevata, con tendenza alla caduta del tronco e scivolamento dei segmenti corporei da una posizione all'altra. In questi casi si produce una trazione dei tessuti molli superficiali ancorati dalle fasce muscolari profonde, con effetto di stiramento, possibile angolazione, microtrombosi, ostruzione e recisione dei piccoli vasi, ipossia e conseguente necrosi tissutale profonda. Lo sfregamento sembrerebbe privo di un ruolo patogenetico principale. Esso determina la rimozione dello strato più superficiale della cute, lo strato corneo, con conseguente riduzione dell'attività fibrinolitica del derma, rendendo questo più suscettibile alla necrosi da compressione. L'aumentata perdita di acqua transdermica, con accumulo di liquidi in superficie, comporta una diminuzione della resistenza della cute ai traumi. L'umidità potenzia l'azione degli altri fattori perché rende la pelle più fragile e facilmente aggredibile. Un'esposizione prolungata della cute all'umidità provoca fenomeni di macerazione ed alterazione del pH riducendo la funzione barriera della cute stessa come avviene ad esempio in presenza di incontinenza e di eccessiva sudorazione.

### Classificazione

Nella piaga da decubito la necrosi interessa generalmente soltanto la cute e il tessuto sottocutaneo ma talvolta, per l'associazione di processi infettivi e macerativi, può arrivare ad interessare anche l'osso. La classificazione più tradizionalmente in uso è quella secondo N.P.U.A.P. ( National Pressure Ulcer Advisory Panel ) che distingue i decubiti in 4 stadi:

- I Stadio: eritema ed edema o iperemia reattiva da più di 24 ore; lieve desquamazione. Il paziente può già lamentare dolore e tensione.
- II Stadio: distruzione della cute a tutto spessore, formazione di vesciche e flittene, disepitelizzazione e fessurazione; risposta infiammatoria della cute.
- III Stadio: distruzione della cute senza oltrepassare la fascia muscolare, ulcerazione coinvolgente la cute ed i tessuti sottocutanei, escara; estensione dell'infiammazione fino alla fascia profonda.
- IV Stadio: necrosi, ulcerazione profonda che raggiunge il muscolo e la fascia muscolare, spesso si rende visibile l'osso e le strutture articolari.

Da un punto di vista preventivo è importante identificare i pazienti a rischio di lesioni ed attuare gli opportuni interventi. Le condizioni cliniche generali devono essere poste in primo piano; in particolar modo va posta attenzione nei confronti di quelle patologie considerate ad alto rischio come la malattia diabetica, metabolica, neurologica, vascolare, obesità e malnutrizione. E' importante il controllo posturale, l'adozione ed utilizzo di ausili e presidi antidecubito ed eventuale trattamento riabilitativo. Inoltre è opportuno evitare che la cute del paziente sia sottoposta a brusche trazioni, compressioni e sfregamenti e curare l'integrità della cute, prevenendo macerazioni.

### Trattamento

Il trattamento delle piaghe da decubito è una delle sfide più stimolanti nella chirurgia plastica odierna. Sono stati riportati indici di ricadute maggiori del 95%. Per preparare il paziente e la famiglia alla lunga strada che hanno davanti si richiede un approccio ai équipe. E' essenziale la consultazione con il personale medico nei dipartimenti di medicina interna, neurologia, terapia della nutrizione, di terapia fisica ed occupazionale e psichiatria così come un infermiere specialista nella cura delle ferite.

L'obiettivo iniziale per evitare ogni ulteriore progressione della piaga è quello di interrompere la pressione che la ha determinata. La guarigione della ferita non si avrà in presenza di ischemia o infezione. Un semplice programma di



mobilizzazione del paziente ad intervalli permetterà il ricircolo nelle aree affette. Inoltre sono stati ideati vari sistemi di materassi disponibili per rilasciare la pressione la cui finalità è di distribuire più uniformemente il peso per minimizzare la pressione su una superficie cutanea specifica.

Il trattamento terapeutico si divide in generale e locale. Le cure generali prevedono vari accorgimenti, tra i quali: sopperire alle carenze nutrizionali; ottimizzare la funzionalità cardiaca e la circolazione periferica, che in associazione riducono il flusso ematico cutaneo; applicare presidi preventivi; considerare la possibile comparsa di complicanze quali l'infezione locale o sistemica, l'osteomielite, l'artrite settica, il tetano, la trasformazione neoplastica.

Il trattamento locale varia a seconda dello stadio in cui vengono osservate le piaghe. Nello stadio I è utile detergere la zona con soluzione fisiologica o soluzioni antibatteriche diluite. Copertura con medicazioni semioclusive di idrocolloidi cambiate giornalmente. Negli stadi II e III e IV bisogna accuratamente pulire la lesione, stimolare la ricrescita tessutale e la prevenzione e cura di eventuali infezioni. Fondamentale è la rimozione del materiale necrotico, che impedisce la granulazione tessutale ed è ricettacolo di germi. Eliminata l'escara, si procede all'irrigazione con perossido di idrogeno diluito, seguito dal lavaggio con sola soluzione fisiologica; si applica quindi una medicazione umida al fondo della lesione o in alternativa materiali assorbenti di vario tipo; infine copertura con medicazioni semioclusive di idrocolloidi che mantengono umidi i tessuti favorendo la granulazione. In caso di esposizione ossea o articolare, bisogna garantirne la vitalità. Pertanto, sono necessarie medicazioni giornaliere inumidite con soluzione fisiologica.

Il trattamento delle ulcere da decubito in fase avanzata può avvalersi delle tecniche chirurgiche ricostruttive. La gestione chirurgica segue tre principi generali: per primo si effettua un currettaggio dell'ulcera, della sacca e di ogni calcificazione eterotopica, poi si esegue una parziale o completa osteotomia per ridurre la prominenza ossea. Infine si raggiunge la copertura della lesione con tessuto sano duraturo e può fornire una adeguata imbottitura sopra la prominenza ossea. In generale, la toilette chirurgica delle piaghe da pressione deve essere fatta in sala operatoria, dove si può eseguire con una luce adeguata, una buona assistenza e la possibilità di controllare l'emostasi. Tuttavia a volte deve essere fatta a letto e può essere utile, per facilitare pre-operatoriamente la cura locale della lesione, che comporta l'escissione dell'escara o l'apertura di una finestra cutanea per permettere un'adeguata esposizione per le medicazioni. Il trattamento chirurgico delle piaghe da pressione inizia, dunque, con lo sbrogliamento dell'ulcera.

I pazienti sono posizionati sul tavolo operatorio nella posizione che fornisce al chirurgo la migliore esposizione, oltre che poter apprezzare il volume totale della ferita quando l'ulcera è detersa.

Talvolta è difficile determinare i veri confini dell'ulcera. Una soluzione diluita di blu metilene e perossido di idrogeno può essere instillata all'inizio per aiutare a definire la cavità e lasciare una guida visibile per l'escissione. In alcuni casi è presente cellulite o infezione adiacente e la chiusura chirurgica non è fattibile in un unico tempo. In questi casi, è importante inviare in laboratorio campioni per mirare la terapia antibiotica post-operatoria scegliendo l'agente topico antimicrobico più efficace. Terminato l'intervento, la ferita può essere avvolta con garze bagnate di soluzione salina o altro agente topico. Le soluzioni di sulfadiazina d'argento, mafenide acetato, Betadine e di Dakin, sono alcuni degli agenti più usati. Indipendentemente dall'agente usato, il bendaggio è rinnovato ogni 6-8 ore ed è la detersione meccanica associata al cambio di bendaggio, tanto quanto la soluzione impiegata, che può essere responsabile della riduzione della carica batterica.

La rimozione della prominenza ossea è parte integrante del trattamento chirurgico delle piaghe da pressione. Tuttavia, è da evitare una osteotomia radicale. L'escissione dell'osso esposto e infetto è necessaria per chiudere la ferita. Escissioni ossee troppo aggressive possono solo portare a problemi aggiuntivi, incluso il sanguinamento abbondante, instabilità scheletrica e redistribuzione dei punti di pressione sulle aree adiacenti.

Le ulcere dell'ischio rappresentano un problema singolare: alcuni autori hanno consigliato per queste ulcere la totale ischiotomia. Sebbene la percentuale di ricadute sia diminuita dal 38% al 3%, essa è anche associata alla formazione di un'ulcera dell'ischio controlaterale in almeno 1/3 dei pazienti. Per quanto concerne la copertura delle piaghe da decubito la procedura operatoria scelta deve essere a misura di paziente, così come dell'ulcera. Quando il chirurgo pianifica la strategia chirurgica, deve considerare non solo l'intervento corrente, ma anche la necessità di procedure chirurgiche successive.

La scelta di lembi cutanei, rispetto ai muscolocutanei, dipende non solo dalla localizzazione e dalla misura e dalla profondità dell'ulcera, ma anche dai precedenti interventi chirurgici.



Dovrebbe essere tentata la chiusura primaria, tenendo presente che queste ulcere sono deficitarie di tessuto e, se è possibile la chiusura primaria, quasi sempre esita uno spazio morto sottocutaneo. Inoltre, i tessuti adiacenti sono spesso meno elastici del necessario per una chiusura primaria senza tensione.

L'innesto cutaneo nelle piaghe da decubito può essere possibile in caso di ulcerazione superficiale. Tuttavia, questo fornisce una copertura instabile. Si registra solo un 30% di successo con questa tecnica. Perciò, la chiusura della ferita spesso richiede la rotazione di lembi locali cutanei, fasciocutanei o muscolocutanei.

Quando si sceglie tra lembi cutanei e muscolocutanei, Mathes ha dimostrato con modelli animali la superiorità teorica del lembo muscolocutaneo nella copertura di ferite infette. I vantaggi dei lembi muscolocutanei per la copertura di piaghe da pressione, sono: un ottimo rifornimento ematico, una imbottitura estesa, capacità di avanzare o ruotare di nuovo per trattare le recidive, efficacia provata nel trattamento delle ferite infette. Anche gli svantaggi sono significativi in quanto il muscolo è il tessuto più sensibile alla pressione esterna, può essere atrofico negli anziani e in pazienti con patologie spinali e può comportare una deformità funzionale nei pazienti ambulatoriali.

I vantaggi dei lembi fasciocutanei derivano da un adeguato rifornimento ematico, da una copertura duratura e un potenziale minimo di deformità funzionale. Essi inoltre ricostruiscono più fedelmente la normale disposizione anatomica sopra la prominente ossea. Gli svantaggi includono la dimensione limitata per il trattamento di grosse ulcere. La ricostruzione da generalmente buoni risultati immediati, che sono però gravati dal rischio di recidiva, soprattutto nei pazienti anziani e mielolesi.

## Gestione del paziente sottoposto a riparazione chirurgica delle lesioni da compressione

Minimizzare per almeno due settimane la pressione sulla zona operata, utilizzando un letto fluidizzato o a bassa pressione d'aria. Controllare la vitalità dei tessuti operati secondo i protocolli in uso. La compressione della zona sottoposta a lembo sarà graduale. Per stabilire il grado di tolleranza al peso del lembo, osservare se il pallore o l'arrossamento (o entrambi), non si risolvono nel giro di dieci minuti. Per evitare recidive è fondamentale educare il paziente. Fare molta attenzione al problema delle recidive. Dovrebbe essere fornita una adeguata formazione ai prestatori di cure riguardo alle misure per ridurre la pressione, all'osservazione cutanea quotidiana e alle tecniche di cambio posturale.

### INDICATORE

Attività	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017
Numero interventi per ulcere	79	78	83

### GARANZIE GENERALI

#### GARANZIE CLINICO ORGANIZZATIVE

Si svolgono programmi di educazione sanitaria per il trattamento delle Lesioni da compressione con l'intento di progettare, sviluppare e realizzare programmi rivolti ai pazienti e ai loro familiari sulle procedure in grado di promuovere la guarigione delle Lesioni da compressione e di prevenire le recidive.

Vengono coinvolti i pazienti, i loro familiari ed altri eventuali fornitori d'assistenza nella prevenzione e nel trattamento delle Lesioni da compressione. Il programma deve comprendere le informazioni sulla gestione di problemi quali il dolore ed i disagi, gli obiettivi e la durata del trattamento. Il paziente, i familiari ed i fornitori d'assistenza sono incoraggiati alla partecipazione attiva e alla presa delle decisioni.

#### GARANZIE PROFESSIONALI

Vedasi Garanzie Professionali Generali





## **GARANZIE TECNOLOGICHE**

Vedasi Garanzie Professionali Generali

## **GARANZIE SCIENTIFICHE**

Vedasi Garanzie Scientifiche Generali

## **SICUREZZA DEL PAZIENTE**

Vedasi Sicurezza del Paziente Generale

## **ACCESSIBILITA'**

Vedasi al Sito Web - link **REPARTO** / Tempi d'attesa -- link **AMBULATORI** / Prestazioni e Tempi di attesa

## **PROGETTI DI MIGLIORAMENTO**

Come migliorare la qualità della gestione delle Lesioni da compressione

Mantenere il comitato interdisciplinare e interprofessionale di redazione delle linee guida sulla prevenzione e trattamento delle Lesioni da compressione come comitato di implementazione, valutazione ed aggiornamento periodico delle linee guida.

Monitorare regolarmente l'incidenza e la prevalenza delle Lesioni da compressione.

Sviluppare e rivalutare i programmi educativi sulla base dei dati di incidenza e prevalenza.

Attivare l'ufficio per il controllo delle Lesioni da compressione, con funzioni di consulenza, formazione e misurazione d'incidenza e prevalenza. Effettuare audit clinici periodici di verifica.

## **CHIRURGIA PLASTICA DELLA REGIONE VULVO VAGINALE**

Il Carcinoma Vulvo-Vaginale rappresenta il 3-5% delle neoplasie che interessano i genitali femminili. Sono principalmente interessate le donne nella VII decade. Il tipo istologico più frequente è il carcinoma spinocellulare (80% dei casi) mentre l'adenocarcinoma, il carcinoma basocellulare, il sarcoma, il Morbo di Paget e il melanoma sono meno frequenti e tendono a colpire donne più giovani.

Il trattamento di queste neoplasie è chirurgico e consiste nella vulvectomia radicale associata a linfadenectomia inguinofemorale.

Presso l'AOU Maggiore della Carità di Novara con l'istituzione della Struttura Complessa di Chirurgia Plastica, è stato costituito un **centro per il trattamento ricostruttivo** di queste neoplasie.

L'intervento chirurgico ricostruttivo avviene contemporaneamente all'intervento demolitivo e consiste principalmente nell'impiego di lembi che permettono una riparazione morfo-funzionale della regione.

I **principali lembi utilizzati** sono:

- il lembo a V-Y - questo lembo consente di ricostruire ampi difetti; è un lembo peduncolato sulle perforanti dell'arteria perinea superficiale che è un ramo terminale dell'arteria pudenda. Può essere scoltito monolateralmente o bilateralmente al difetto da coprire.
- il lembo di singapore - questo è un lembo fasciocutaneo che viene utilizzato per riparare difetti di piccola-media entità. La sua vascolarizzazione deriva dai vasi perforanti dell'arteria pudenda interna. Può essere monolaterale o bilaterale secondo delle necessità ricostruttive.
- i lembi peduncolati miocutanei - questi lembi sono essenzialmente rappresentati dal muscolo gracile e dal retto dell'addome. Quest'ultimo lembo può prevedere il prelievo di losanghe cutanee verticali (VRAM) od orizzontali (TRAM) e consente di chiudere difetti di ampie dimensioni.

L'introduzione di queste metodiche ricostruttive ha permesso una riduzione dei tempi di ricovero, mediamente le nostre pazienti hanno una degenza di circa 7- 8 giorni, di poter impiegare lembi sicuri con rare complicazioni post-operatorie.



Inoltre permettono al chirurgo oncologo una exeresi con margini ampi con conseguente netta riduzione delle recidive. In conclusione possiamo affermare che la ricostruzione della regione vulvo-vaginale rappresenta una sfida per il chirurgo plastico che può adottare diverse soluzioni. Riteniamo che la possibilità di poter impiegare lembi loco-regionali ci consenta di affrontare tutti i tipi di ricostruzione di questa regione con risultati morfologici e funzionali estremamente validi che permettono alle donne affette da queste patologie di ritornare ad una qualità di vita assolutamente normale.

## ATTIVITA'

INDICATORI	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017
N° interventi di ricostruzione vulvo-vaginale	5	3	3

## GARANZIE SPECIFICHE CLINICO / ORGANIZZATIVE / ASSISTENZIALI

Prima di sottoporsi ad un qualsiasi procedimento chirurgico ,attraverso il Consenso Informato, durante il colloquio (o i colloqui) il paziente viene informato correttamente ed esaurientemente dal professionista su:

- tipo di intervento cui verrà sottoposto
- finalità e modalità dell'intervento stesso
- rischi connessi
- eventuali complicanze più frequenti
- alternative diagnostiche e terapeutiche

## GARANZIE PROFESSIONALI

Vedasi Garanzie Professionali Generali

## GARANZIE TECNOLOGICHE

Attualmente non disponibile

## GARANZIE SCIENTIFICHE

Vedasi Garanzie Scientifiche Generali

## SICUREZZA DEL PAZIENTE

Vedasi Sicurezza del Paziente Generale

## ACCESSIBILITA'

Vedasi Sito Web -link REPARTO / Tempi d'attesa -link AMBULATORI / Prestazioni e Tempi di attesa

## PROGETTI DI MIGLIORAMENTO

Vedasi Progetti di Miglioramento Generali



### 3. ATTIVITA' GENERALE

La Chirurgia Plastica Ricostruttiva è una specialità che presenta, come peculiarità, la caratteristica di essere una **chirurgia con interessi trasversali rispetto alle altre specialità**. Infatti trova le sue applicazioni in svariati campi quali: ricostruzione mammaria dopo interventi demolitivi, ricostruzione della regione perineale post-oncologica, ricostruzione della regione cervico-facciale post-oncologica, chirurgia riparativa post traumatica per la copertura cutanea di fratture esposte, del piede diabetico e di lesioni della mano, chirurgia ricostruttiva del sistema nervoso periferico, chirurgia per il rimodellamento corporeo nel paziente post-bariatrico, chirurgia per il trattamento dei tumori cutanei, chirurgia ricostruttiva nei pazienti con ulcere da compressione e chirurgia per il trattamento delle malformazioni.

Attualmente la nostra Struttura si occupa del trattamento delle seguenti patologie semplici e complesse:

- Asportazione chirurgica di tumori cutanei e dei tessuti molli
- Ricostruzione chirurgica immediata o differita della mammella
- Riparazione chirurgica di difetti conseguenti a vaste demolizioni oncologiche
- Riparazione chirurgica di esiti di traumi e ustioni
- Trattamento chirurgico e follow-up di pazienti affetti da malformazioni congenite
- Trattamento chirurgico delle patologie della mano
- Trattamento chirurgico di patologie connesse all'obesità e ridefinizione del profilo corporeo (gigantomastia, ginecomastia, lipodistrofie)

#### Gli Operatori

La Struttura si avvale di 1 Direttore di Struttura Complessa e di 3 Dirigenti Medici di 1° Livello

### ATTIVITA' IN REGIME DI RICOVERO

#### REPARTO DI DEGENZA:

Al reparto di degenza di Chirurgia Plastica possono accedere differenti tipologie di pazienti:

- pazienti esterni provenienti dall'Ambulatorio Specialistico
- pazienti trasferiti da altri reparti dell'Ospedale
- pazienti trasferiti da altre strutture ospedaliere

Il **ricovero** può avvenire con le seguenti modalità:

- in seguito a **visita specialistica** presso l'ambulatorio di Chirurgia Plastica cui segue il **ricovero programmato**
- in seguito a una **consulenza specialistica** richiesta da altri reparti dell'ospedale (compreso il pronto soccorso), espletata presso l'ambulatorio divisionale o al letto del paziente
- ricovero urgente da pronto soccorso

#### ATTIVITA'

INDICATORE	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017
N° interventi chirurgici DO Incluso transitati da altri reparti	134	127	139
N° interventi chirurgici DH – DS	121	131	131
Peso medio DRG	1.86	1,50	1,70
Giornate complessive di ricovero DO/DH/DS	931	765	949



## INDICATORI

Interventi chirurgici eseguiti in altre Aziende del Quadrante	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017
Biella "Ospedale degli Infermi"	36	33	38
Verbania "Stabilimento Ospedaliero Castelli"	34	36	41
Vercelli "Ospedale S. Andrea" e Borgosesia "Ospedale SS Pietro e Paolo"	22	36	48

## II PERCORSO DEL PAZIENTE IN REGIME DI RICOVERO

**Accoglienza** - I ricoveri programmati vengono effettuati al mattino. Il paziente viene accolto dagli infermieri di reparto che eseguono i prelievi ematici. Il paziente viene successivamente inviato ai reparti di competenza per l'esecuzione di eventuali esami strumentali pre-operatori.

**Inquadramento del paziente** - Al momento dell'ingresso è disponibile, allegata alla cartella clinica, la scheda di prenotazione di ricovero nella quale il medico responsabile registra le generalità del paziente, una breve anamnesi, la definizione della causa del ricovero e l'indicazione del trattamento chirurgico.

Il personale infermieristico redige inoltre la Cartella Infermieristica.

**Diagnosi** - Quotidianamente il paziente viene valutato, considerandone le condizioni e il decorso clinico. Eventuali esami di controllo e accertamenti diagnostici vengono stabiliti e richiesti dal medico in tale occasione.

**Terapia** - Il medico responsabile del reparto, durante il giro visita, controlla la corretta prescrizione e l'avvenuta somministrazione della terapia di ciascun paziente. Il medico di reparto compila e firma l'apposita scheda di terapia, stabilendo modalità e tempi di somministrazione.

**Informazioni ai pazienti e ai parenti** - Per le informazioni sullo stato di salute dei ricoverati, il medico responsabile del reparto è a disposizione dei familiari dalle ore 8 alle ore 14.00 dal lunedì al venerdì.

**Dimissione** - Il medico di reparto, sulla base del decorso post-operatorio e in base alle valutazioni emerse durante la visita giornaliera, stabilisce modalità e tempi di dimissione dei pazienti ricoverati.

Il paziente viene normalmente dimesso dopo le ore 11:00, una volta che sia terminata la visita e che questi sia stato medicato.

**Lettera di dimissione** - Ad ogni paziente viene comunicata la data di dimissione con un anticipo di almeno 24 ore. Al momento della dimissione o del trasferimento ad altro reparto o ospedale viene rilasciata una lettera di dimissione, indirizzata al medico curante. E' importante che il paziente o un suo familiare provveda a consegnarla appena possibile al medico curante. Al momento della dimissione viene fissato l'appuntamento per la prima medicazione post-ricovero, presso l'ambulatorio dell'Unità Operativa.

Nella lettera di dimissione sono riportati le seguenti informazioni:

- descrizione sintetica del trattamento eseguito
- esito ed eventuali complicanze
- eventuali terapie o accertamenti da eseguire dopo la dimissione
- data e ora della prima medicazione post-operatoria
- numeri di telefono per contattare il personale dell'Unità Operativa.

### Percorsi Diagnostici – Terapeutici – Assistenziali

La Struttura si avvale, nell'erogazione del servizio in regime di ricovero ed ambulatoriale, del supporto dei Reparti di Radiologia afferenti al Dipartimento con particolari e condivisi percorsi diagnostici/terapeutici/assistenziali che prevedono un Coordinamento delle varie Unità Operative al fine di garantire al paziente una migliore efficienza terapeutica con maggior conforto e minor perdita di tempo.



## ATTIVITA' AMBULATORIALE

L'attività ambulatoriale è così articolata:

- **Ambulatorio Specialistico - Prime Visite e controlli follow up**
- **Ambulatorio Piccoli Interventi Chirurgici presso Ospedale di Galliate**

### ATTIVITA'

INDICATORE	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017
N° Interventi chirurgici ambulatoriali Osp.S. Rocco Galliate	146	173	179
N° prestazioni ambulatoriali per esterni	2335	2420	2978
N° prestazioni ambulatoriali per interni	254	286	326

Nel novembre 2014 l'**Attività Ambulatoriale** erogata in entrambe le sedi operative, Azienda Ospedaliera Novara e Ospedale S. Rocco di Galliate, è stata oggetto di attenta **rivalutazione** nel rispetto delle disposizioni regionali, valorizzando le prestazioni effettivamente eseguite e il conseguente impegno profuso.

L'Attività Ambulatoriale eseguita presso la **Sede di Novara** è stata riorganizzata attivando nuove codifiche e identificando le procedure di maggior impegno in **pacchetti di prestazioni** definiti secondo tipologia e complessità.

L'attività di Chirurgia Ambulatoriale eseguita presso l'**Ospedale di Galliate**, dato l'incremento del numero di prestazioni erogate, è stata più correttamente identificata con l'attribuzione di una nuova matricola anagrafica al fine di rilevare al meglio i dati di attività e valutare non solo la quantità, ma anche la tipologia delle prestazioni e l'impegno profuso.

Anche per le prestazioni erogate nella sede di Galliate, sono stati inseriti e attivati nuovi codici ampliando la possibilità di eseguire e valorizzare nuove procedure.

Sia per la sede di Novara che per la sede di Galliate è stato definito e validato un **percorso dedicato al paziente ambulatoriale, creando anche una modulistica specifica in ausilio agli operatori e ai pazienti.**

## GARANZIE GENERALI

### GARANZIE CLINICO-ORGANIZZATIVE

Vedasi Attività di eccellenza

### GARANZIE PROFESSIONALI

#### Attività didattica

Le attività didattiche che il reparto di chirurgia plastica può svolgere possono essere molteplici.

I reparti ospedalieri possono accogliere i medici specializzandi i quali svolgono attività assistenziali seguendo piani di studi e protocolli codificati. I medici strutturati in servizio presso l'Unità Operativa, oltre a svolgere una costante attività di controllo e insegnamento nei confronti degli specializzandi, possono esercitare attività didattiche presso Scuole di Specializzazione dell'Università di Novara, di Torino e presso la facoltà di Ostetricia di Novara.

Tutti i medici dell'Unità Operativa, strutturati, specializzandi ed eventualmente contrattisti, partecipano alla produzione



di articoli scientifici e comunicazioni per congressi nazionali e internazionali.

Un'altra attività didattica è l'insegnamento al personale infermieristico circa l'utilizzo di presidi e medicazioni avanzate al fine di ottimizzarne l'impiego. Questo permette di mantenere un costante aggiornamento del personale che consente di evitare sprechi, di diminuire i tempi di guarigione e di conseguenza di diminuire i costi.

## GARANZIE TECNOLOGICHE

Attualmente non disponibile

## GARANZIE SCIENTIFICHE

### Attività di ricerca

All'interno della Struttura di Chirurgia Plastica vengono abitualmente svolte attività di ricerca nell'ambito delle patologie e delle procedure proprie della disciplina. I pazienti che potrebbero essere coinvolti nei suddetti protocolli di ricerca, vengono esaurientemente informati dei vari aspetti riguardanti la ricerca richiedendo loro la firma di appositi moduli di consenso informato.

Questa attività permetterà la produzione di articoli scientifici e comunicazioni per congressi nazionali e internazionali. La chirurgia plastica ha molti settori in cui effettuare una ricerca sia clinica sia sperimentale. Da un punto di vista clinico grande sviluppo sta avendo l'impiego delle cellule staminali prelevate dal tessuto adiposo nel trattamento di aree cicatriziali, di deficit cutanei e nella ricostruzione della mammella. Il reparto di chirurgia Plastica può essere trainante in questi campi di applicazione rientrando in protocolli sia nazionali sia internazionali di studio. La ricerca, inoltre, interessa altri settori, dalla rigenerazione del sistema nervoso periferico sotto guida con tubicini di acido ialuronico ai quali si possono associare dei fattori di crescita, all'impiego di biomateriali sempre più biocompatibili. A proposito di quest'ultimo punto, l'equipe ha già collaborato in passato con il gruppo di ricerca guidato dal Prof. Cannas dell'Università di Novara sulla sperimentazione e sull'impiego clinico di un film di carbonio per migliorare la biocompatibilità delle protesi mammarie.

#### ▪ **Publicazioni specifiche (ultimi 2/3 anni)**

- 3 pubblicazioni su riviste internazionali
- 9 pubblicazioni su riviste nazionali
- 19 partecipazioni a Congressi Internazionale e Nazionali in qualità di relatore

## SICUREZZA DEL PAZIENTE

**Consenso Informato** - Al momento del ricovero e della compilazione della cartella clinica al paziente viene illustrato il trattamento chirurgico nei suoi particolari. Il paziente, quindi, ha la possibilità di rivolgere al medico eventuali domande sull'intervento e sul decorso post-operatorio. Il paziente viene quindi invitato a firmare il modulo di consenso informato al trattamento sanitario, all'eventuale trasfusione di emoderivati e al trattamento dei propri dati personali.

## ACCESSIBILITA'

Vedasi Sito Web -link REPARTO / Tempi d'attesa - link AMBULATORI / Prestazioni e Tempi di attesa

## 4. PROGETTI DI MIGLIORAMENTO PER L'ANNO 2018


Un altro capitolo importante è il completamento del percorso clinico-terapeutico del trattamento delle ferite difficili. Questa tipologia di trattamento prevede l'impiego di numerosi presidi quali la Vac terapia e/o medicazioni avanzate. Il servizio di Chirurgia Plastica portando all'operabilità questi pazienti può ridurre i tempi di degenza, ottimizzare l'impiego



dei materiale con indubbi vantaggi economici per l'ospedale. Questo settore può mantenere la degenza dei pazienti presso le loro strutture, ad esempio presso il presidio di San Giuliano, portarli in sala operatoria e seguirli nuovamente presso il reparto di provenienza.

Sarà cura dell'Unità Operativa fare dei corsi per istruire il personale infermieristico per l'esecuzione di medicazioni avanzate e l'impiego dei presidi necessari.

Un altro settore che verrà implementato sarà la ricostruzione con lembi microchirurgici. Questa tecnica prevede il prelievo di lembi cutanei, muscolari, fasciocutanei, miocutanei e/o con lembi compositi cioè costituiti da più tessuti come ad esempio muscolo + osso ecc. dotati del loro peduncolo vascolare che viene reciso e suturato mediante l'uso del microscopio ai vasi dell'area ricevente. Questo permette delle ricostruzioni complesse in un unico tempo operatorio con notevole beneficio per i pazienti.

Redatto: Dr. Giovanni Verna	Verificato e approvato: Dr. Giovanni Verna Direttore S.C. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	Emissione: 16/04/2018	Stato: Rev. 7 -2018	
STS_Chirurgia Plastica Ricostruttiva - Rev. 7 180416.doc			Pagina 15 di 15	