



**DIPARTIMENTO CHIRURGICO
UNITA' OPERATIVA DI CHIRURGIA 1
Direttore: prof. Giorgio Cavallesco**



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara**

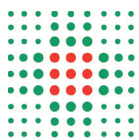


**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI FERRARA**
- EX LABORE FRUCTUS -



L'INTERVENTO DI CHIRURGIA TORACICA

**Informazioni utili e consigli
per i pazienti**



Gentile Signora/e,

in questo opuscolo troverà tutte le informazioni sul suo intervento di CHIRURGIA TORACICA.

La Chirurgia Toracica si occupa della diagnosi e terapia di tutte le patologie, benigne e maligne degli organi che si trovano dentro al torace:

- tumore del polmone;*
- tumore del mediastino (lo spazio compreso tra i due polmoni);*
- tumore dell'esofago,*
- tumore della parete toracica;*
- patologie toraciche benigne;*
- traumatologia del torace;*
- patologie tiroidee sia benigne che maligne;*
- iperidrosi palmare (sudorazione eccessiva delle mani);*
- patologie del giunto esofago-gastrico sia neoplastiche che funzionali (ernia iatale e malattia da reflusso gastro-esofageo).*

Per operare queste patologie sono utilizzate le tecniche più innovative e sofisticate di chirurgia toracica, procedure mini-invasive di diagnosi e trattamento delle malattie toraciche nonché percorsi diagnostico-terapeutici dedicati e personalizzati.

Per qualsiasi dubbio o per chiedere altre informazioni il personale medico sarà a sua disposizione.



CONSIGLI UTILI PRIMA DELL'INTERVENTO



Smettere di fumare

Il fumo irrita i polmoni, riduce la loro capacità e riduce la probabilità di successo dell'intervento. Un aiuto concreto per smettere di fumare può arrivare dai Centri Antifumo (info sul sito www.ausl.fe.it).

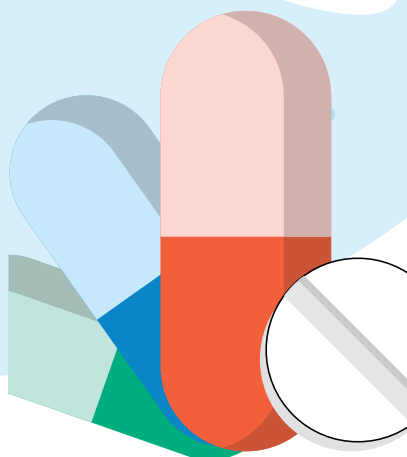
Attività fisica

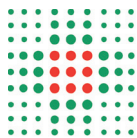
Essere attivi prima dell'intervento chirurgico mantiene in allenamento, fa sentire meglio e riduce in modo significativo le complicazioni operatorie e dopo l'operazione. Si può camminare, andare in bicicletta, e nuotare almeno per 30-40 minuti al giorno, 3 volte a settimana.



Farmaci

Alcuni farmaci possono aumentare il rischio di sanguinamento per cui è necessario sospenderli nei giorni prima dell'intervento (contattare prima il medico di base o specialista di riferimento). Bisogna comunicare al personale di reparto quali farmaci si prendono!





Visita anestesiologicala

Prima del ricovero viene fatta la visita anestesiologicala. Questa visita serve per conoscere la storia clinica del paziente e la sua “riserva” fisica (cioè la sua capacità di effettuare attività fisiche diverse) per scegliere quale tipo di anestesia usare e chiarire dubbi, perplessità e ansie relative all’anestesia stessa.

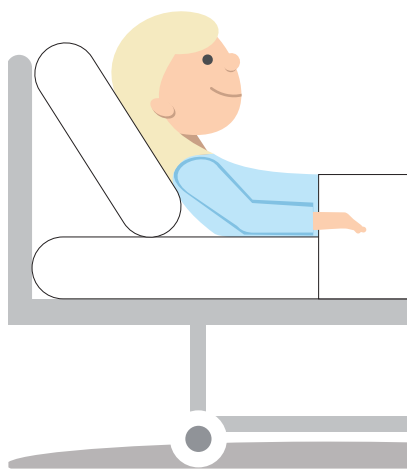


DURANTE IL RICOVERO

Il ricovero

Alcuni giorni prima dell’intervento chirurgico il paziente viene contattato telefonicamente dai medici del Reparto per comunicare data e ora del ricovero.

Al momento del ricovero viene dato al paziente un foglietto informativo completo di orari di visita, orari dei pasti e orari di colloquio con i familiari. Gli orari di visita vanno rispettati, tranne il giorno e la notte dell’intervento quando è ammesso un familiare.





Cosa portare



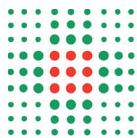
- Tessera sanitaria e documento di identità in corso di validità;
- Documenti dei precedenti ricoveri e tutta la documentazione sanitaria recente;
- Farmaci personali;
- Protesi dentarie;
- Pigiama, asciugamani, ciabatte, necessario per l'igiene personale

IL GIORNO DELL'INTERVENTO

Prima dell'intervento

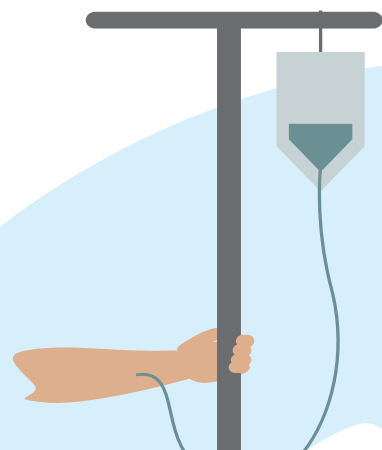
Mantenere il digiuno dalla mezzanotte e prendere i farmaci su indicazioni del personale di reparto con un sorso di acqua. Al momento del ricovero viene consegnato un contenitore dove mettere le protesi dentarie. Il reparto non risponde di eventuali furti e smarrimenti di documenti, denaro, oggetti di valore e personali. L'orario dell'intervento chirurgico è variabile e non sempre prevedibile.





L'accesso venoso

Il giorno dell'intervento viene posizionato dall'infermiere un accesso venoso (in genere a livello del braccio) attraverso il quale può essere dato un farmaco che riduce l'ansia.



L'anestesia

Di solito l'intervento chirurgico viene fatto in anestesia generale, quasi sempre assieme ad un diverso tipo di anestesia locoregionale (ristretta ad una zona del corpo): peridurale, perivertebrale o intercostale. Tra questi tipi la peridurale è quella più utilizzata.

Consiste nel posizionamento di un piccolo tubicino (catetere) in una parte della schiena (spazio peridurale) in corrispondenza delle vertebre. Serve ad addormentare profondamente la zona da operare per ridurre al minimo gli stimoli che partono da quella zona:

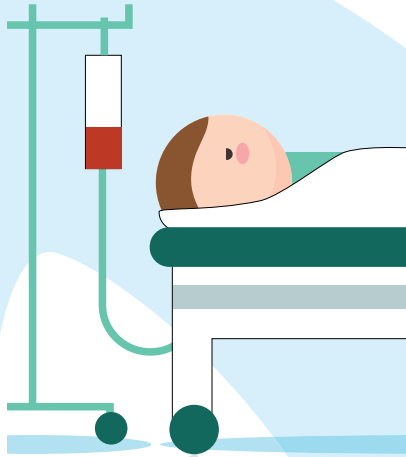
- sia durante l'intervento, permettendo così un'anestesia generale più leggera e quindi meno invasiva su cuore e polmoni;

- sia dopo l'intervento, quando un buon controllo del dolore è importante perché il paziente riesca a tossire, a fare gli esercizi respiratori, a muoversi e a camminare senza problemi, per rendere migliore anche il recupero post-operatorio.



DOPO L'INTERVENTO

Sala di risveglio



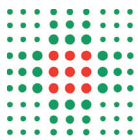
Alla fine dell'intervento chirurgico, il paziente viene portato in sala di risveglio ed avrà delle flebo, un catetere vescicale, una maschera dell'ossigeno ed uno o più tubi di drenaggio nel torace (pleurico) a seconda dell'intervento chirurgico eseguito. Il drenaggio consiste in uno o più tubi fatti di materiale plastico posizionati al termine dell'intervento che hanno la funzione di togliere liquido e aria che rimangono all'interno del torace dopo l'intervento.

Il tempo di uscita dalla sala operatoria dipende dalla durata dell'intervento ma anche dai tempi dell'anestesia e successivo risveglio.

I giorni dopo l'intervento

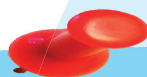
Il primo giorno dopo l'intervento il paziente viene di solito seduto in una poltrona vicino al letto. Questa procedura è utile per respirare meglio e ridurre le complicanze respiratorie. In alcuni casi il paziente sarà affiancato da uno specialista in fisioterapia per la riabilitazione motoria e respiratoria.





Il controllo del dolore postoperatorio

Il controllo del dolore è fondamentale per un più veloce recupero dall'intervento e consente anche di favorire la tosse per espellere il catarro. Il dolore viene rilevato più volte al giorno, secondo una scala da 0 a 10.



Viene sempre predisposta una terapia al bisogno, da dare se il dolore non è ben controllato dai farmaci. Questa terapia viene data su richiesta del paziente e ha lo scopo di garantire il controllo del dolore durante eventuali picchi di dolore non prevedibili o soggettivi.

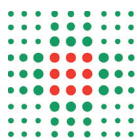
L'analgesia (cioè i farmaci che riducono il dolore) viene fatta di solito con più farmaci e attraverso diverse vie di somministrazione, così da agire su più fronti, allo scopo di raggiungere il maggior beneficio.

Si usano delle particolari siringhe che garantiscono la somministrazione di un farmaco antidolorifico in continuo per 24-48 ore. E' possibile quindi che il paziente abbia una pompetta collegata al catetere peridurale (POMPA ELASTOMETRICA PERIDURALE) oppure direttamente in vena (POMPA ELASTOMERICA ENDOVENOSA).



L'analgesia controllata dal paziente

Un altro sistema per somministrare al paziente l'analgesia è il PCA (ANALGESIA CONTROLLATA DAL PAZIENTE). Si tratta di una tecnica per il controllo del dolore post operatorio severo-moderato che permette la somministrazione di farmaci solo nel momento in cui il paziente ne abbia effettivamente bisogno. Questo sistema utilizza “specifiche pompe” che contengono siringhe con il farmaco analgesico. Una volta programmata dal medico anestesista, la pompa viene collegata al paziente attraverso una cannula in vena. La Pompa PCA è provvista di un pulsante che può essere premuto dal paziente stesso. Quando si preme il pulsante viene erogato il “bolo”, ovvero una quantità di analgesico definita in base al tipo di intervento e al dolore, sufficiente a dare sollievo nel giro di pochi minuti.



LA DIMISSIONE

Il giorno della dimissione il paziente riceve una lettera indirizzata al medico curante con tutta la documentazione relativa all'intervento. L'ora della dimissione viene di solito comunicata dal medico di turno durante la mattinata. Se c'è la necessità di usare il trasporto a domicilio con ambulanza (servizio a pagamento), il personale infermieristico fornisce un elenco con i numeri di telefono e le tariffe delle ambulanze disponibili.



IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)



Nel corso del percorso il paziente continua ad essere seguito da un team multidisciplinare di specialisti composto da: pneumologo, chirurgo toracico, anestesista, radioterapista, oncologo, radiologo, medico nucleare, anatomo patologo, infermiera case manager, medico di medicina generale e fisioterapista.



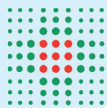
LA CHIRURGIA TORACICA DI FERRARA

La Chirurgia Toracica di Ferrara è specializzata nella chirurgia:

- oncologica polmonare;
- resettiva tracheo-bronchiale e vascolare;
- del mediastino;
- dell'esofago;
- di tiroide e paratiroide a localizzazione mediastinica;
- della pleura e della parete toracica;
- dell'iperidrosi e del pneumotorace;
- toracica d'urgenza.



Da sinistra il dott. Francesco Quarantotto, il prof. Giorgio Cavallesco,
il dott. Nicola Tamburini e il dott. Pio Maniscalco.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI FERRARA
- EX LABORE FRUCTUS -

DIPARTIMENTO CHIRURGICO
UNITA' OPERATIVA DI CHIRURGIA 1
Direttore: prof. Giorgio Cavallesco

INFORMAZIONI UTILI

**IL REPARTO DI CHIRURGIA TORACICA SI TROVA AL
SETTORE 2, CORPO B, PIANO 2 (2B2)**

**GIORNI E ORARI DI APERTURA
DELLA SEGRETERIA**

Dal lunedì al venerdì
dalle ore 8.30 alle ore 15.30

NUMERI DI TELEFONO

Segreteria:

Tel. 0532-236316

e-mail. franceschini@ospfe.it

oppure

chirurgia.generaletoracica@unife.it

**In caso di comunicazioni urgenti è
possibile contattare il personale medico
di reparto al numero 0532.236367**

*OPUSCOLO REALIZZATO DALL'UNITA' OPERATIVA
DI "CHIRURGIA 1 - TORACICA EPATO-BILIOPANCREATICA GASTROINTESTINALE"*

*RIVISTO SECONDO I PRINCIPI DELLA HEALTH LITERACY
DALL'UFFICIO STAMPA
(M.Malossi - V.Tomasi)
DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA.
Revisione n.1 del 12/09/2017*