



SUTURE IN CHIRURGIA LAPAROSCOPICA

San Daniele del Friuli 3 aprile 2009

Dott. Danilo Spazzapan
Direttore sanitario ASS4



Padova 1974, 35 anni fa

- ❑ Studente del 4° anno
- ❑ Semeiotica chirurgica (Prof. A. Peracchia)
- ❑ Accordo con Prof. G. Dagnini III divisione medica dell'Ospedale di Padova per "internato" in Laparoscopia
- ❑ Non esistevano ECT, TAC, RMN,
- ❑ La Laparoscopia serviva per fare diagnosi corretta di cirrosi epatica, epatocarcinoma, metastasi, peritoniti ecc.
- ❑ Il chirurgo: cosa vuoi vedere da quel buco ?



Erano bravissimi

- 12-14 laparoscopie al giorno, alcune anche in urgenza, es. trauma
- Si faceva diagnosi di ipertensione portale, segni peritoneali, (integrazione con EGDS)
- Non esistevano telecamere, strumenti in doppio oculare, vedevano male entrambi....
- Fonti “molto poco” luminose
- Introduzione della laparoscopia per la stadiazione dei tumori (Hodgkin)
- 3 biopsie lobo dx, 2 lobo sx, 3 della milza
- Emorragie, compressione locale, infermiere: tru-cut modificato, inserimento di fibrina nella sede della biopsia



Sviluppo della laparoscopia chirurgica

- Tempi operatori più lunghi
- Tempi di degenza più brevi, gli ospedali si sono riorganizzati $>DH <DO$
- Elevati costi per tecnologia (ma più efficienza nell'acquisto e nella gestione)
- Rischi aggiuntivi di complicanze (assicurazioni)
- Elevato fabbisogno di training e formazione
- Partner



Team affiatato, motivato ed aggiornato che usa sempre nuove tecnologie

- La squadra della sala operatoria
- Elevata responsabilità anche degli infermieri (formazione ad hoc)
- Continuo miglioramento tecnologico, maggiore sicurezza, maggiori costi, migliore qualità (verifica EBM)
- Appropriatelyzza e responsabilità
- Competizione per l'allocazione delle risorse (personale, materiale, tecnologia)
- Elevato fabbisogno di aggiornamento e formazione

Grazie dell'attenzione
Buon lavoro

