

# Dimissione “*Fast-Track* spinta” vs. dimissione “*Fast-Track* classica”

**Alessia Arbore<sup>1</sup>**  
**Maurizio Cortale<sup>1</sup>**  
**Michela Grassi<sup>1</sup>**  
**Stefano Lovadina<sup>1</sup>**

## Introduzione

L'ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*) prevede il recupero rapido del paziente dopo un intervento chirurgico riducendo al minimo la risposta allo stress chirurgico, favorendo una ripresa funzionale precoce, una riduzione delle complicanze e una durata inferiore della degenza. L'ERAS include in sé il concetto di *Fast-Track* che prevede la dimissione dell'80% dei pazienti entro la IV giornata postoperatoria. In pratica, dal punto di vista della definizione, ai fini della *Fast-Track* è indifferente una dimissione in II o IV giornata postoperatoria purché sia rispettato il concetto di dimissione dell'80% degli operati<sup>1</sup>.

In letteratura sono analizzati gli *outcome* clinici della *Fast-Track*<sup>2,3</sup>, ma non i risultati

della percezione del paziente nei confronti di questa organizzazione. Di conseguenza, non esiste nemmeno una valutazione sulla graduazione di questa percezione rispetto alla dimissione nelle quattro giornate che comprendono il periodo postoperatorio della *Fast-Track*.

Abbiamo voluto approfondire il tema della percezione del paziente sulla base di diversi parametri, confrontando un gruppo con dimissione di tipo “*Fast-Track* classica” *versus* un gruppo con “*Fast-Track* spinta” ossia con dimissione in II giornata.

## Materiali e metodi

Da gennaio 2018 a luglio 2018, 66 pazienti della Chirurgia Toracica sono stati sottoposti a un intervento di resezione polmonare maggiore (lobectomie e resezioni atipiche). Di questi, 38 (57%) sono stati dimessi in regime di “*Fast-Track* spinta”, ovvero entro la II giornata postoperatoria, 22 (33%) in regime di *Fast-Track*, ovvero nella III-IV giornata postoperatoria e 6 sono stati dimessi dopo la IV giornata per l'insorgenza di complicanze.

Per dimettere i pazienti in “*Fast-Track* spinta” si è stabilito di dimetterli con tubo

<sup>1</sup> S.C. Chirurgia Toracica, ASUITS, Trieste  
Alessia Arbore: [elprado@alice.it](mailto:elprado@alice.it)

di drenaggio munito di valvola di Heimlich. La rimozione del drenaggio avveniva non più in reparto, ma in ambulatorio nella V giornata postoperatoria.

La scelta della rimozione del drenaggio nella V giornata derivava dalla constatazione che, in letteratura, le resezioni lobari praticate con “tecnica *fissureless*” permettono di eliminare le perdite aeree nella quasi totalità dei casi entro la V giornata<sup>4</sup>.

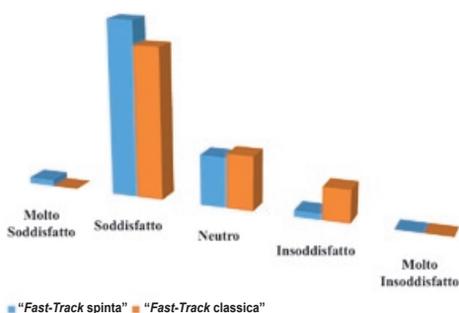
Come anticipato, l’aspetto clinico non è stato oggetto della nostra analisi confidando nei risultati di altri Autori che, seppur non in modo sistematico, hanno riportato ampi esempi sulla sicurezza clinica della dimissione in *Fast-Track*<sup>2,3</sup>.

I parametri confrontati tra “*Fast-Track spinta*” e “*Fast-Track classica*” sono stati molteplici (tutti ottenuti con intervista al paziente in post-dimissione), ma qui riportiamo solo quelli inerenti l’aspetto psicologico preoperatorio, la ripresa dell’attività quotidiana e l’opinione dello stesso paziente sul tema della dimissione precoce in generale. L’evidenza grafica dei risultati ottenuti con i due tipi di organizzazione è riportata in Figura 1 e 2.

## Risultati



**Figura 1.** Ansia preoperatoria nei pazienti della Chirurgia Toracica sottoposti a intervento di resezione polmonare maggiore.

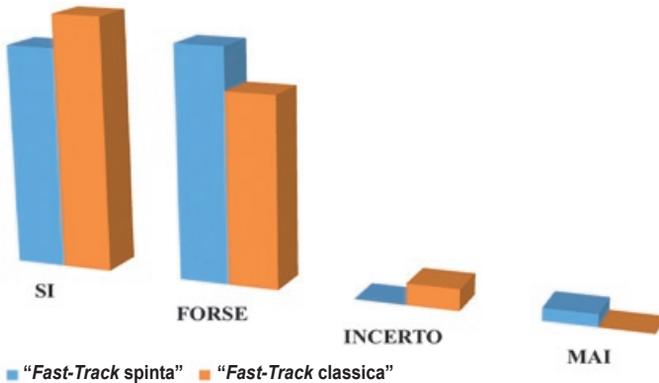


**Figura 2.** Ripresa dell’attività quotidiana nei pazienti oggetto di analisi nel confronto tra “*Fast-Track spinta*” e “*Fast-Track classica*”.

## Discussione

In linea generale non abbiamo riscontrato importanti variazioni tra uno o l’altro protocollo. Per esempio, a proposito della percezione dell’ansia preoperatoria, abbiamo rilevato in generale valori piuttosto bassi e non dissimili nell’uno o nell’altro gruppo. Sempre tra i due gruppi, la ripresa dell’attività quotidiana è risultata sovrapponibile così come l’atteggiamento nei confronti dell’accettazione di una dimissione precoce. Se da una parte, quindi, si potrebbe affermare che, per i parametri considerati, non esistano variazioni sostanziali per una dimissione in II piuttosto che in IV giornata, il risultato sul tema “Consigliereesti o meno la dimissione precoce” (Figura 3) impone però una maggiore riflessione. In effetti, sembrerebbe che solo il 50% della popolazione operata raccomanderebbe, in modo convinto, una dimissione precoce.

Per quanto riguarda il solo aspetto di un ricorso a una dimissione in II giornata è chiaro che tale scelta comporti sia aspetti positivi sia negativi, dei quali si dovrebbe tener conto in funzione del loro diverso peso. Per esempio, il *discomfort* provato dal paziente dimesso a domicilio con drenaggio andrebbe confrontato, a nostro avviso, con i vantaggi derivanti dal ritorno a casa più pre-



**Figura 3.** Risultati ottenuti dai pazienti coinvolti nello studio rispetto alla tematica: "Consigliere-sti la dimissione precoce".

coce e quindi con una minore probabilità di infezioni e di stress postoperatorio.

### Conclusioni

Il tema della ridotta permanenza dei pazienti in ospedale è un argomento sempre attuale, derivante dalla dimostrata esperienza di molti Autori<sup>1-3</sup> per i quali una degenza breve non si associa a maggiori complicanze, ma anzi le riduce significativamente, soprattutto in termini di infezioni nosocomiali.

Dal punto di vista del chirurgo, la dimissione precoce rientra in una cultura generalizzata ormai accettata. Semmai è in discussione quanto precoce debba essere la dimissione accelerata.

Risulta dalla nostra analisi che il paziente operato in Chirurgia Toracica di resezioni maggiori può essere dimesso precocemente con una percezione dell'ansia preoperatoria e ripresa della capacità quotidiana sovrapponibile nei pazienti dimessi in II o III-IV giornata.

Tuttavia, sia che la dimissione avvenga in II sia che avvenga in III o IV giornata, per un'importante quota di pazienti la dimissione precoce non è ancora completamente accettata.

I principali limiti di questo studio derivano dal fatto di essere retrospettivo e di non aver utilizzato un osservatore indipendente per la rilevazione dei dati derivati dalle interviste. Il merito deriva dal fatto di aver sottolineato il ruolo importante della percezione da parte del paziente nei confronti di un'organizzazione sempre più dinamica.

### Bibliografia

- 1) KEHLET H, WILMORE DW. *Evidence-based surgical care and the evolution of Fast-Track surgery.* Ann Surg 2008; 248: 189-98.
- 2) CERFOLIO RJ, PICKENS A, BASS C, KATHOLI C. *Fast-tracking pulmonary resections.* J Thorac Cardiovasc Surg 2001; 122: 318-24.
- 3) MCKENNA RJ JR, MAHTABIFARD A, PICKENS A, ET AL. *Fast-tracking after video-assisted thoracoscopic surgery lobectomy, segmentectomy, and pneumonectomy.* Ann Thorac Surg 2007; 84: 1663-8.
- 4) GOMEZ-CARO A, CALVO MJR, LANZAS JT, ET AL. *The approach of fused fissures with fissureless technique decreases the incidence of persistent air leak after lobectomy.* Eur J Cardiothorac Surg 2007; 31: 203-8.