



Ente Ospedaliero Cantonale

Una chirurgia Universitaria, Specialistica e di Prossimità in Ticino: realtà, progetti, limiti 2018-2025

Pietro.Majno-Hurst@eoc.ch

+41 91 811 6122

+41 79 220 4330 ☺



Ente Ospedaliero Cantonale

Data: 27.09.2018

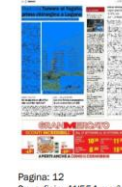
QUOTIDIANO INDIPENDENTE DELLA SVIZZERA ITALIANA

CORRIERE DEL TICINO

Corriere del Ticino
6903 Lugano
091/ 960 31 31

Genere di media: Stampa
Tipo di media: Quotidiani e settimanali
Tiratura: 34'657

Pagina: 12



Medicina **Tumore al fegato,** **prima chirurgica a Lugano**

Intervento pionieristico in Ticino all'Ospedale Regionale



Ente Ospedaliero Cantonale

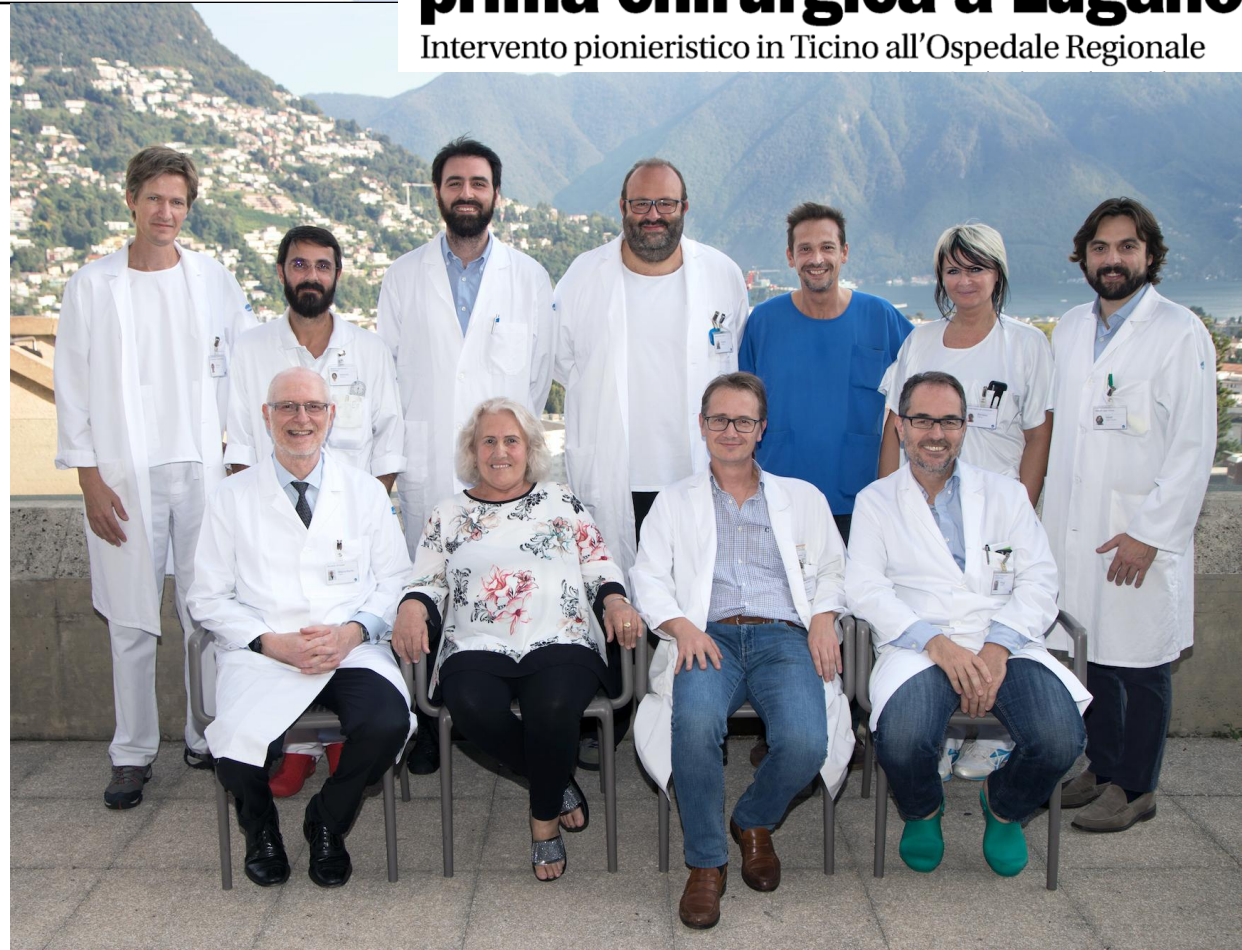
Ospedale Regionale di Lugano

**Realtà e prospettive per una
chirurgia specialistica, universitaria
e di prossimità in Ticino**

Giovedì 20 settembre 2018
Sala FitoAmico presso l'autosilo dell'Ospedale
Regionale di Lugano, Italiano
Via Agli Orti 20 - 6962 Viganello
Dalle 14h00 alle 18h00

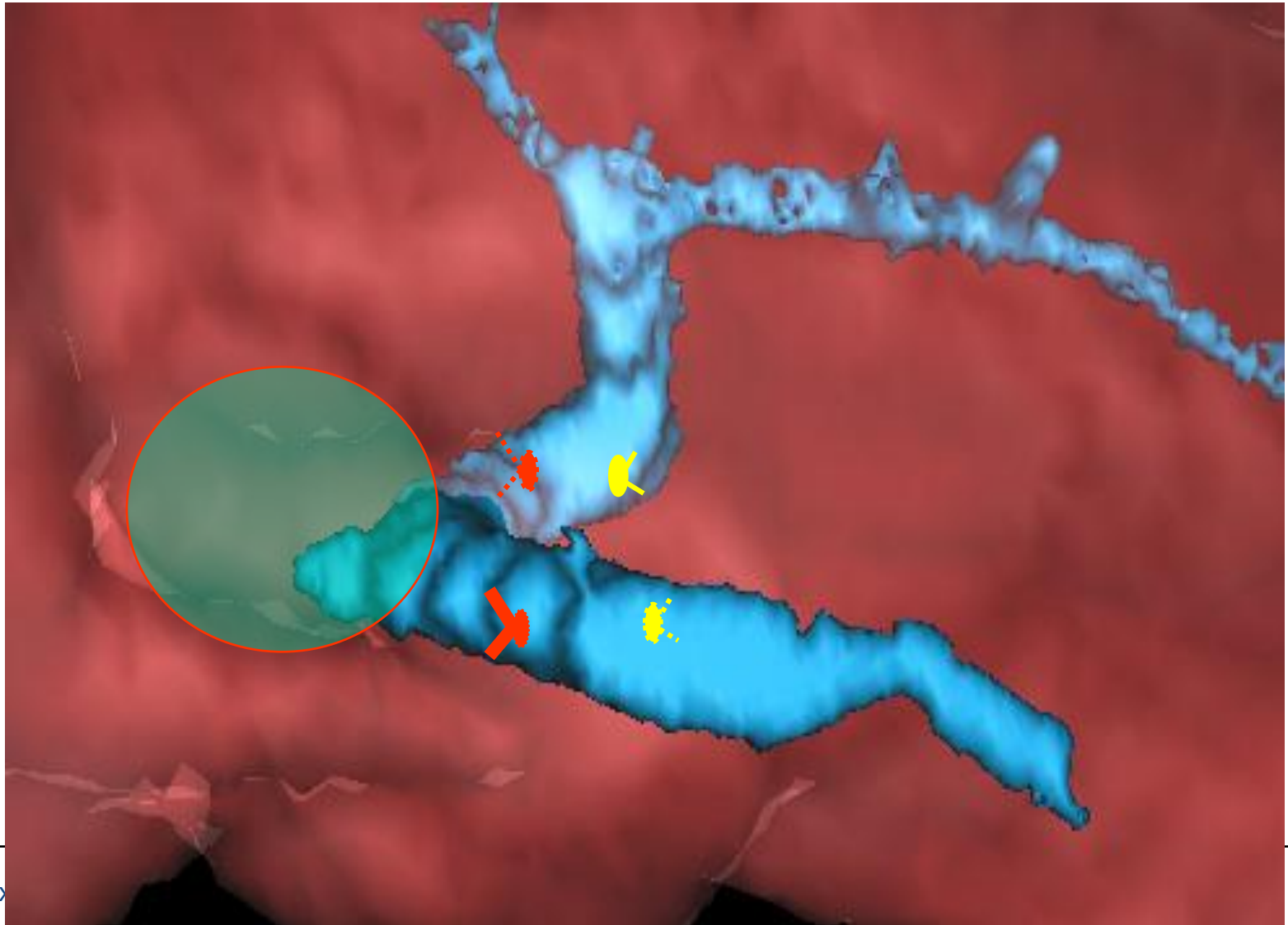


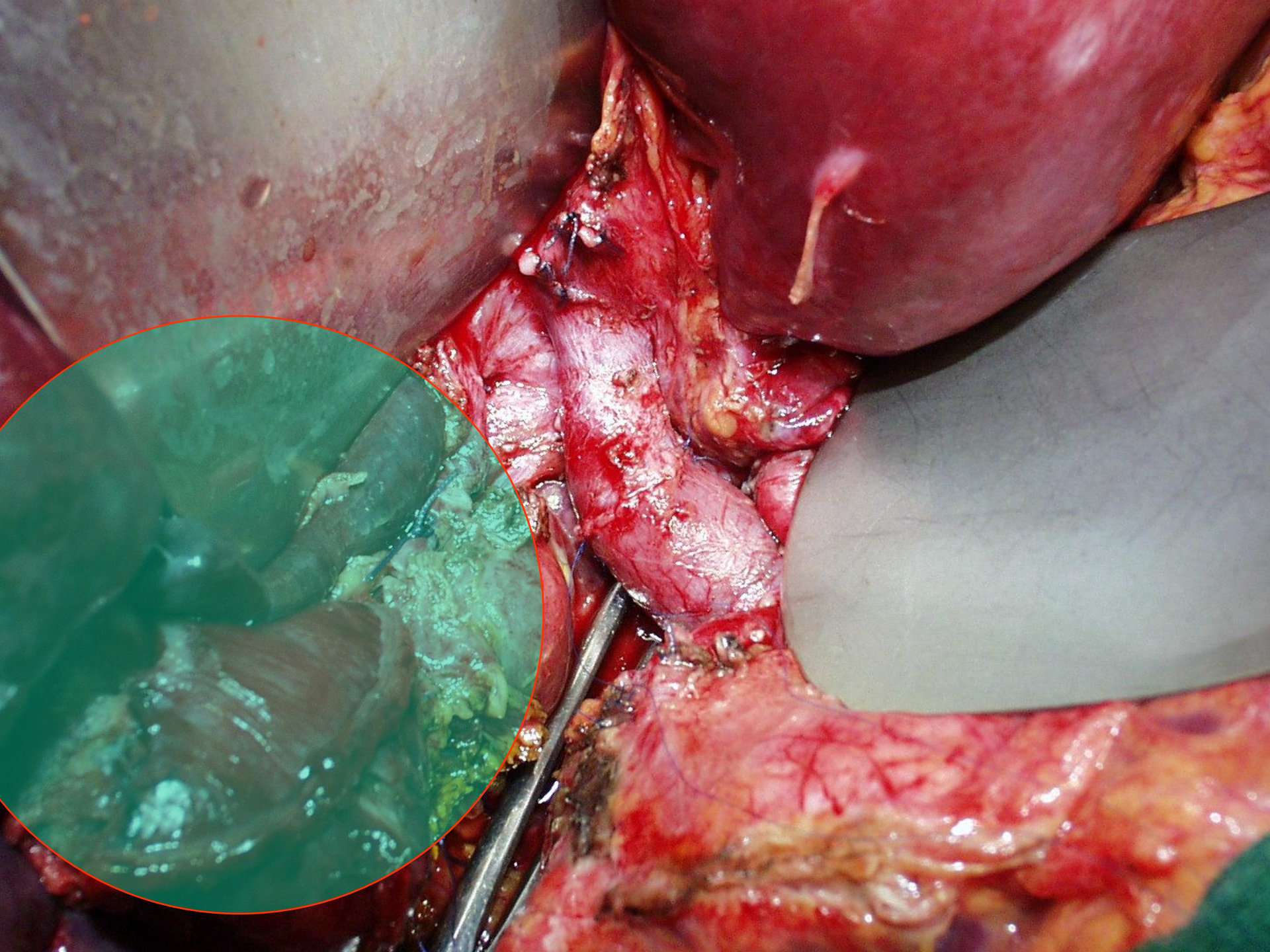
Calco-coromissione di un fegato preparato come per un donatore vivente pediatrico. Pietro Majno-Hurst.





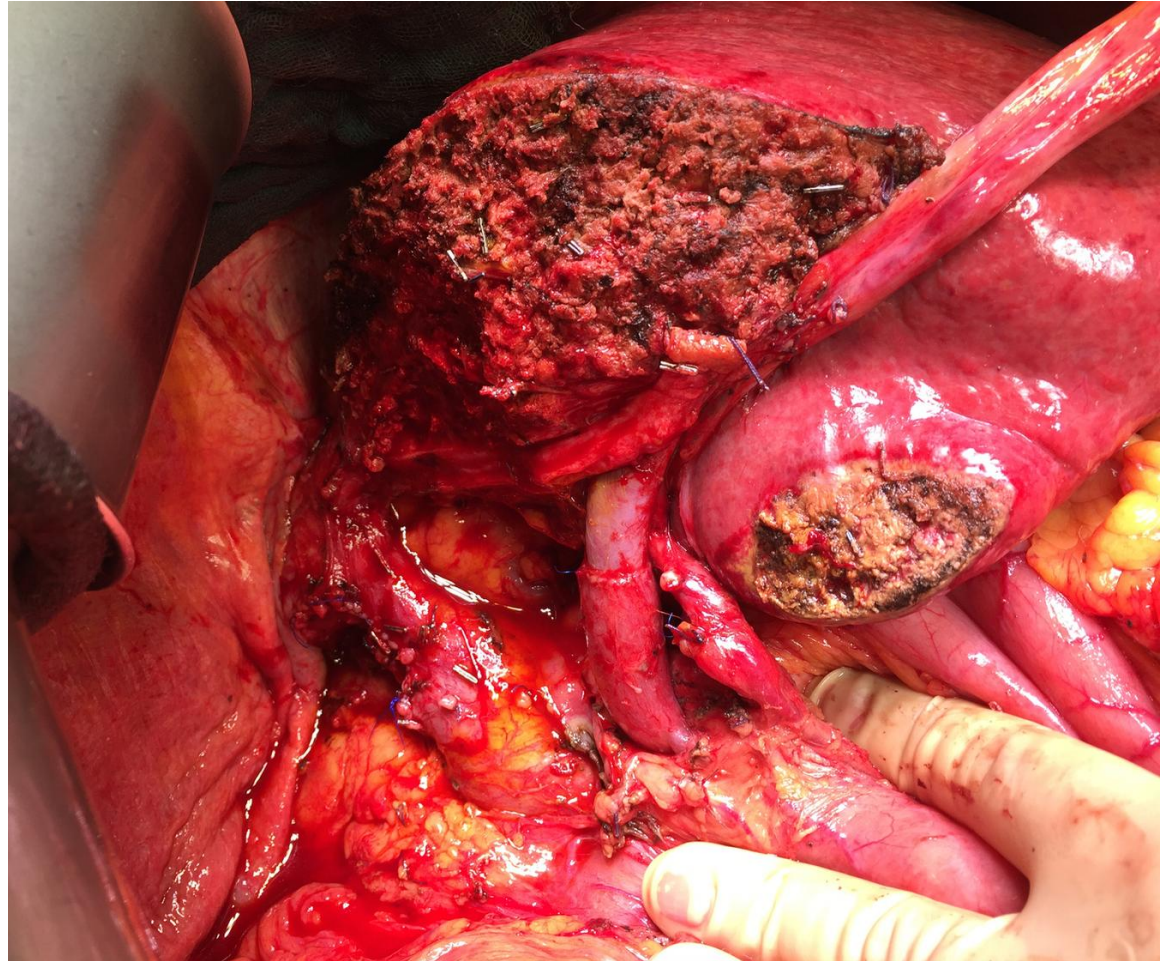
Tumore e vena porta





Alla fine il Paziente diventa il Donatore Vivente di se stesso

- Perché si può fare?

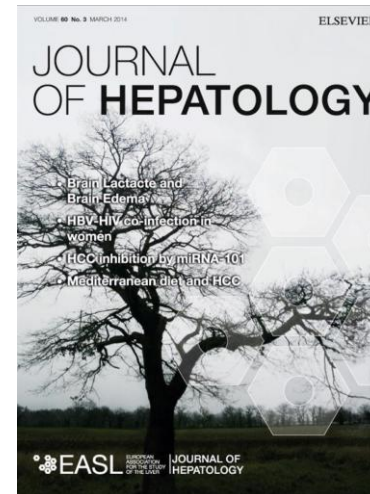


Sicurezza: lavoro di squadra



Perché sono venuto e dove vorrei andare con voi

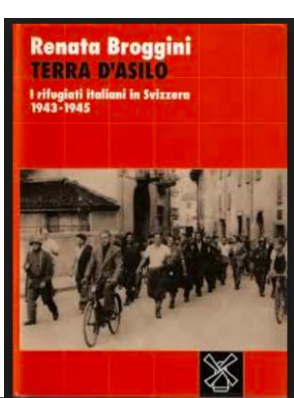
1. La storia...
2. Dove voglio portare il Servizio e il Dipartimento : Chirurgia Specialistica Universitaria, di Prossimità, empatica rispettosa e Disponibile (**SUP**er-disponibile)
3. Come intendo andarci assieme a voi: cosa posso offrire e cosa vi prego di darci



Chi sono, in famiglia



- 58 anni (1960)
- Nato a Milano da famiglia con legami Svizzeri +++
- 4 figli dalla mia prima moglie (1956-2011- BRCA1, radioterapista, trattata allo IOSI)
- Risposato con Samia Hurst (1971, direttrice Istituto di Bioetica UNIGE)
 - Bioethics blogspot
- Rifugiati in casa. Merito? Piuttosto privilegio ed risoluzione pratica



Chi sono, in famiglia

87

Archivio Storico Ticinese 162

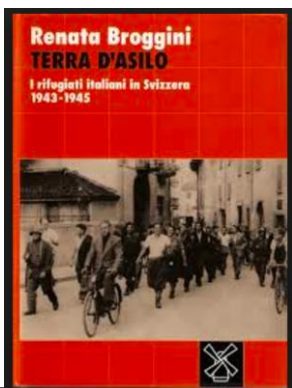
Renata Brogginì,
ricercatrice, Locarno
renata@brogginì.net

Renata Brogginì

Lettere di Guido e Carlo Majno a Guglielmo Canevascini, 1944-1945

«...che Lei fosse il nostro Papà d'esilio
lo sapevamo e lo sentivamo fino in fondo...»
(Guido Majno, Ginevra, 16 marzo 1944)

Il soccorso portato agli esuli politici italiani in Ticino negli anni '30 e '40 da Guglielmo Canevascini (Tenero 1886 - Lugano 1965), consigliere di stato per il PST dal 1922 al 1959, è testimoniato da un'ampia bibliografia, specie per l'attività della sezione ticinese del Comitato



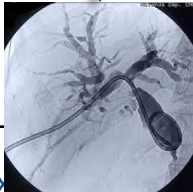
Chi sono, al lavoro

- Laurea a Milano nell'1986
- 5 anni di chirurgia di base nel **Regno Unito** (FRCS Engl.)
- Ginevra 1992 – **Martigny** (anno B) 1983 – Ginevra
- **Parigi** 1996-1997 (Henri Bismuth) per la CHB e TH
- Ginevra (Gilles Mentha / Philippe Morel) CHB e TH
- Direttore del CHBP (multidisciplinare) 2014-2017
- **2012**-2017: Direttore dell'Unità Cantonale Epatobilio-Pancreatica (UCEP@eoc.ch) per tenere la MAS in Ticino

Perché sono qui: la storia

- L'EOC mi ha chiesto di sviluppare e tenere la MAS HPB in Ticino dal 2012:
- CHPB modello Ph. Gertsch a Bellinzona → M. Bolli
- **Fallimento**: nonostante persone valide:
Modello desueto
Piramidale, Polivalente, Regionale
- **Modello moderno**
Pluridisciplinare, Specialistico, Cantonale
 - Team Surgery vs Flying Surgeon
 - Collaborativo vs Coloniale con gli HUG

Funzionamento

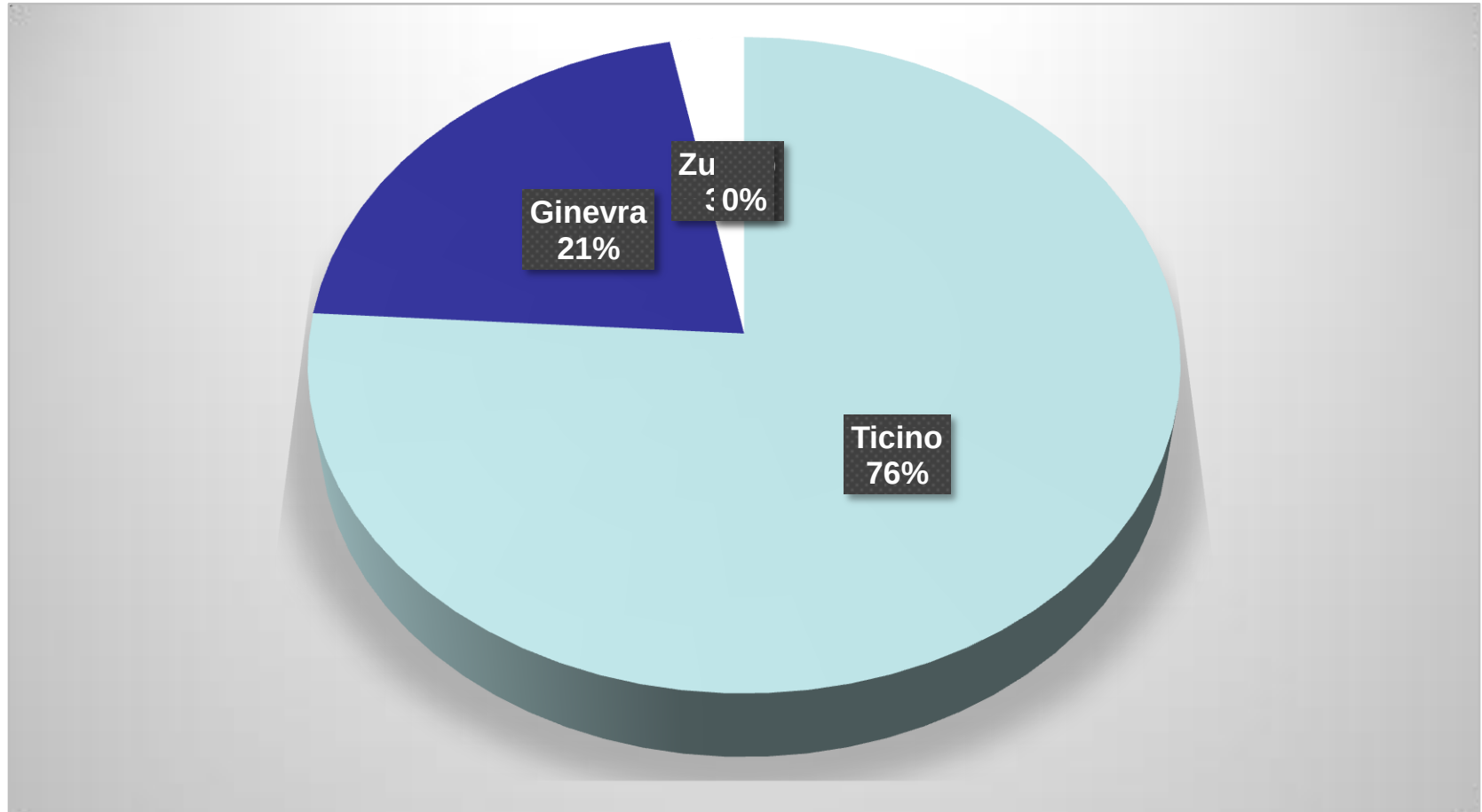


XXXXXXXXXX

AAA

EOC

Decolonizzazione: ripartizione 280 interventi 2012-2017

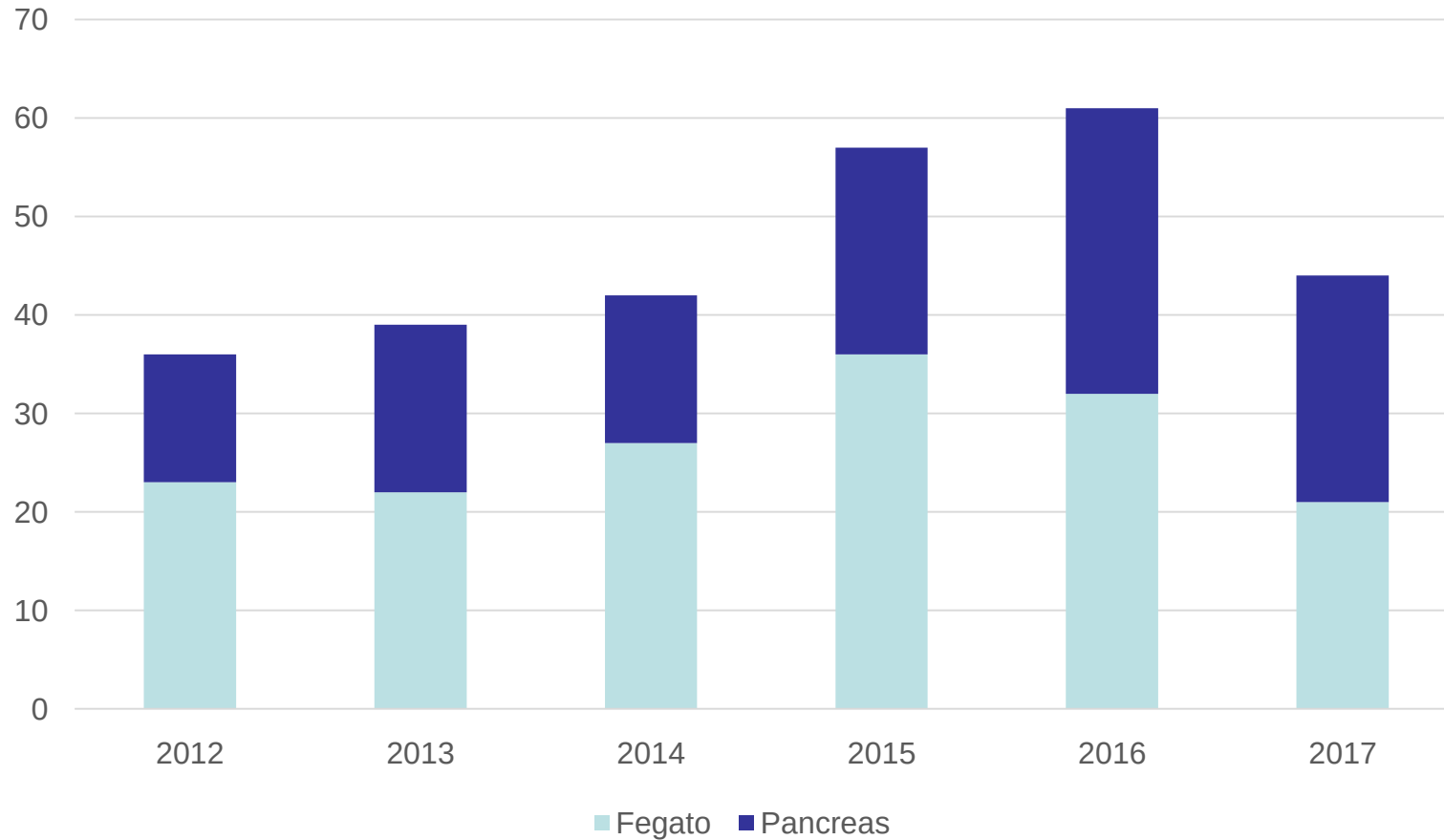


Esperienza rivelatrice e fondatrice

- **I numeri** ci sono, **purchè a livello del Cantone**
 - UCEP discute 15-20 dossiers epatobiliari alla settimana = 750-1000 all'anno, con la
 - collaborazione dell'EPT e degli altri ospedali EOC
- **La qualità** delle persone mi ha impressionato
 - Complicazioni e qualità delle resezioni epatiche (first-shot R0 vs R1) (ESA 2017)
 - Emulazione HUG –EOC (preparazione / approfondimento discussione dei dossier)
 - Radiologia / Chirurgia / Pancreatologia

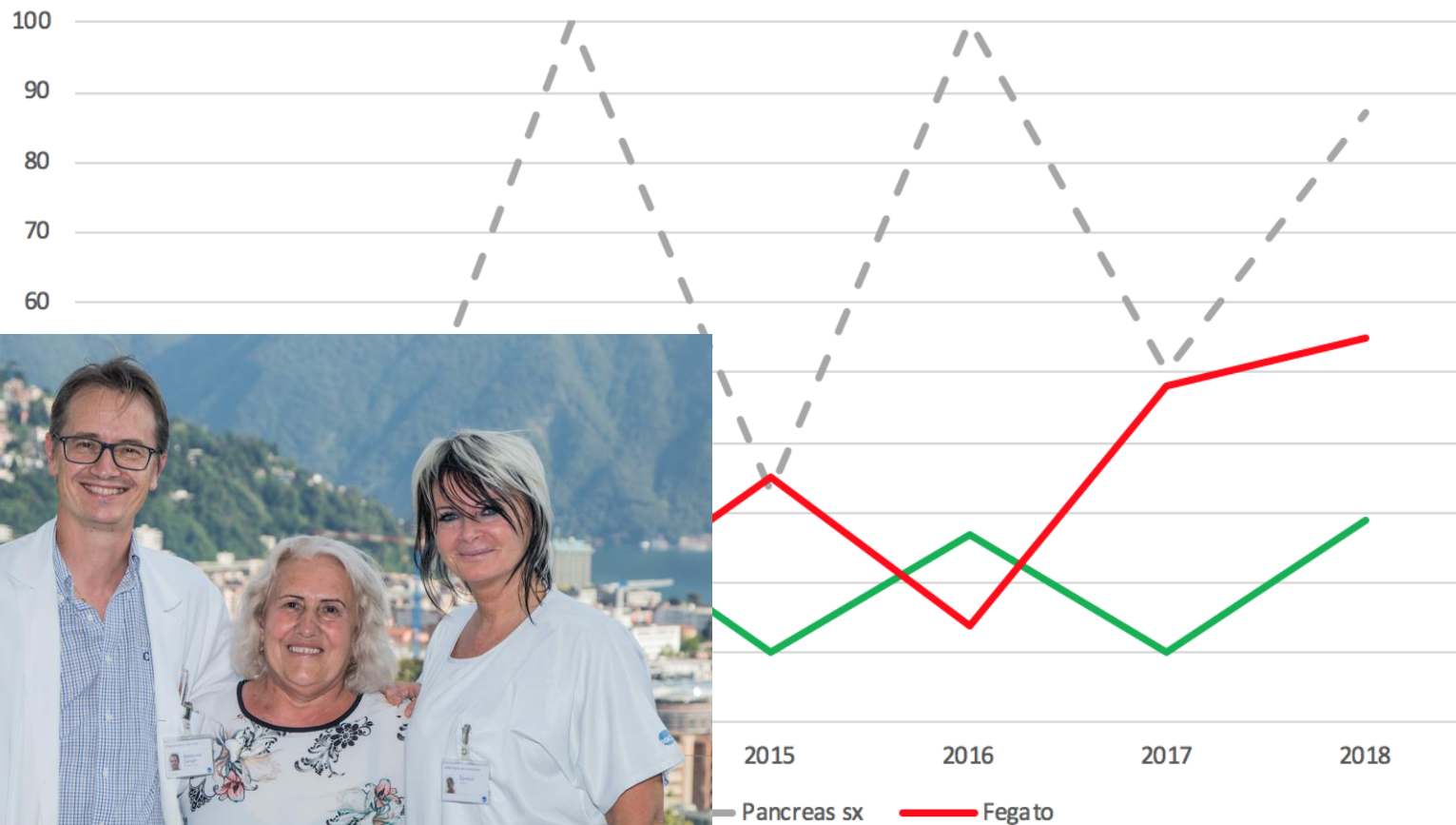
Chirurgia HBP 2012-2017

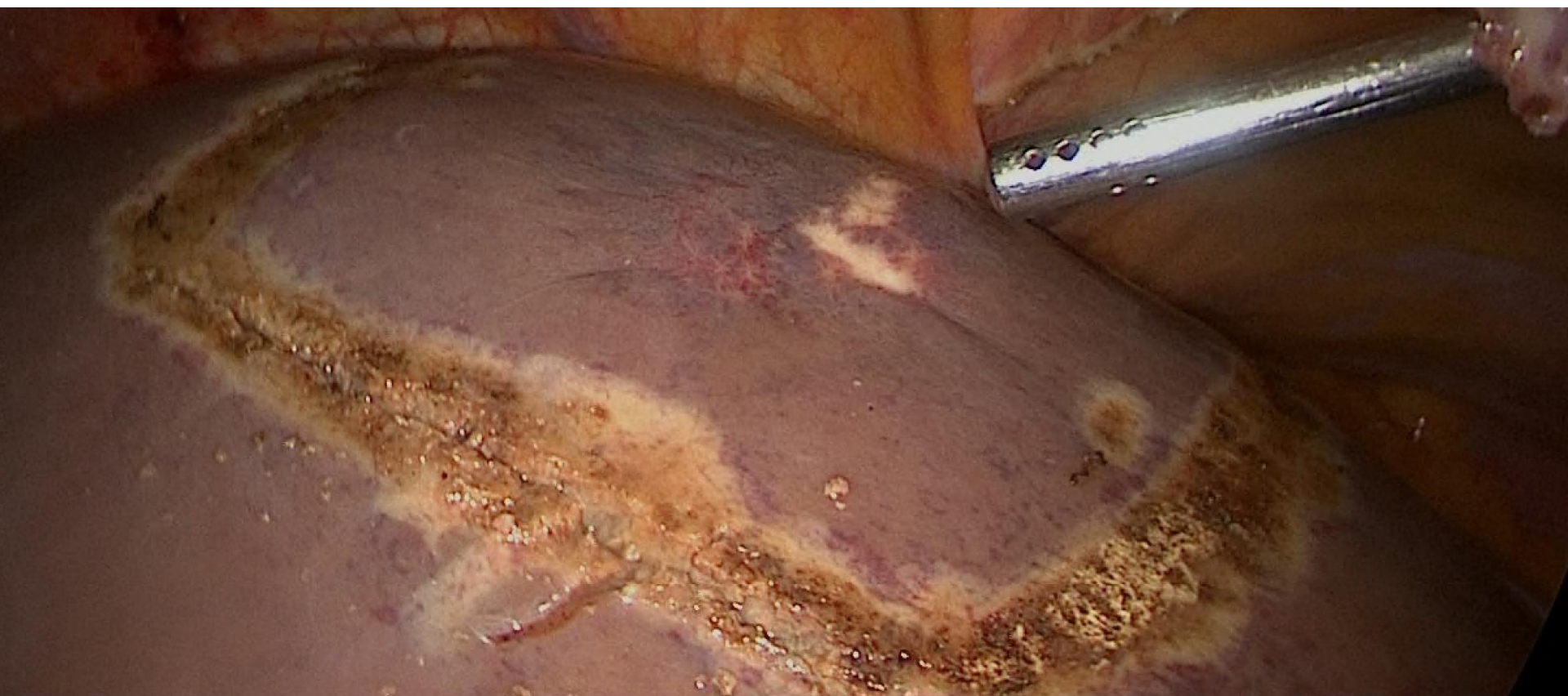
80

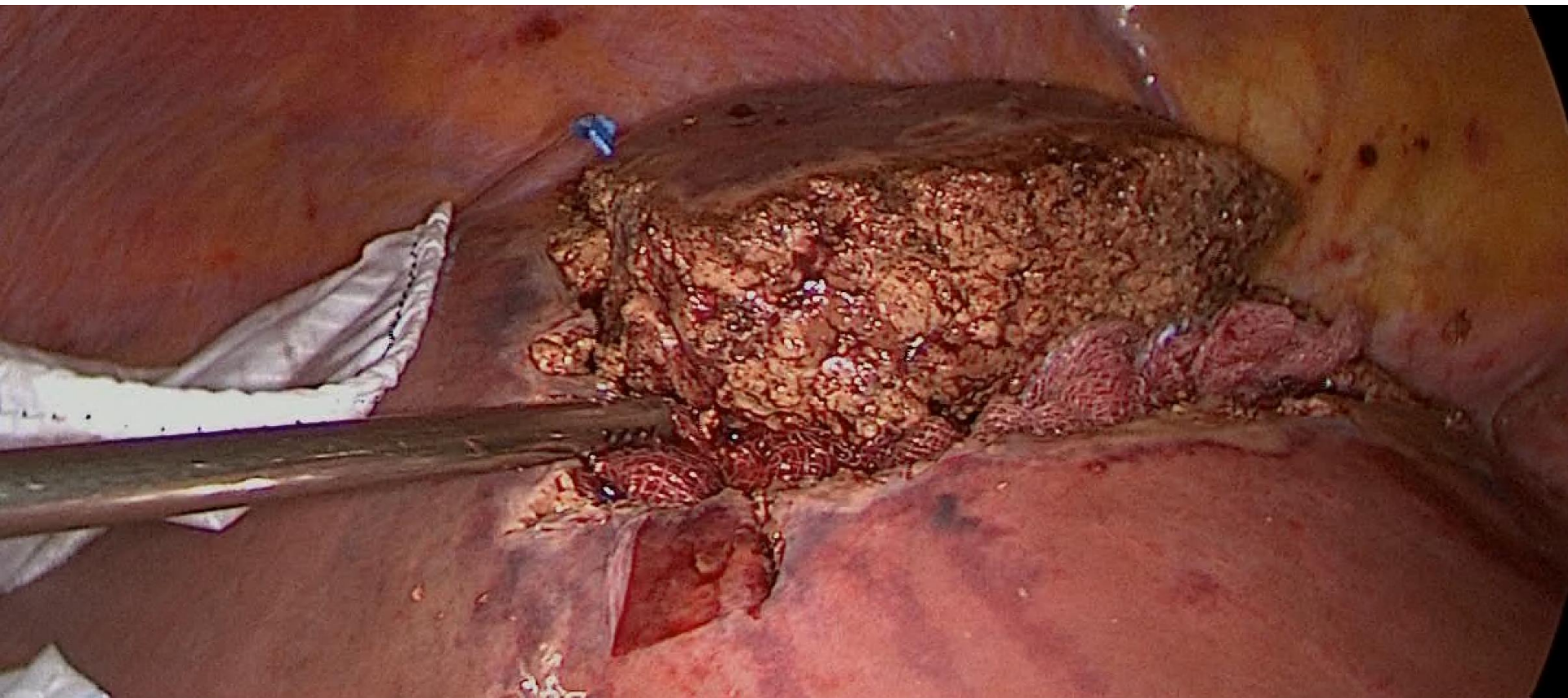


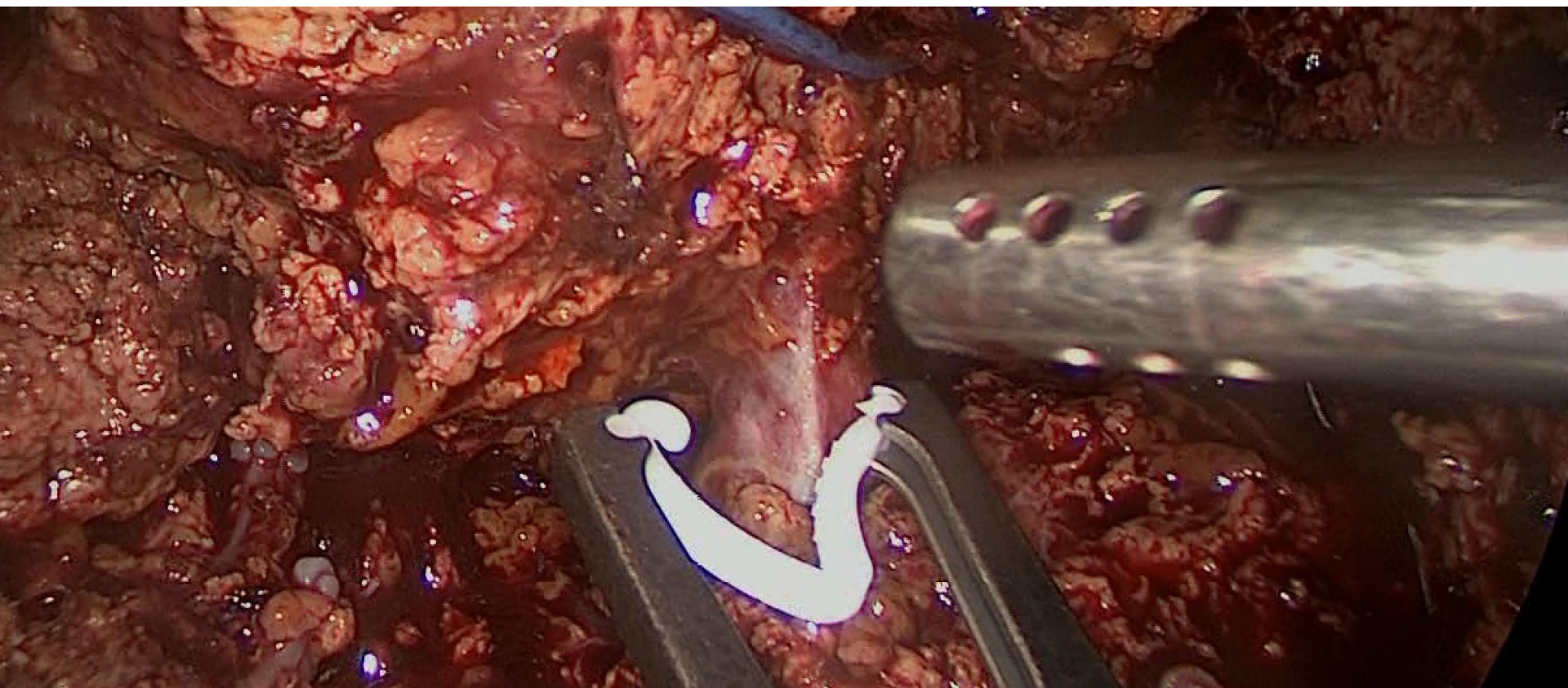
2018

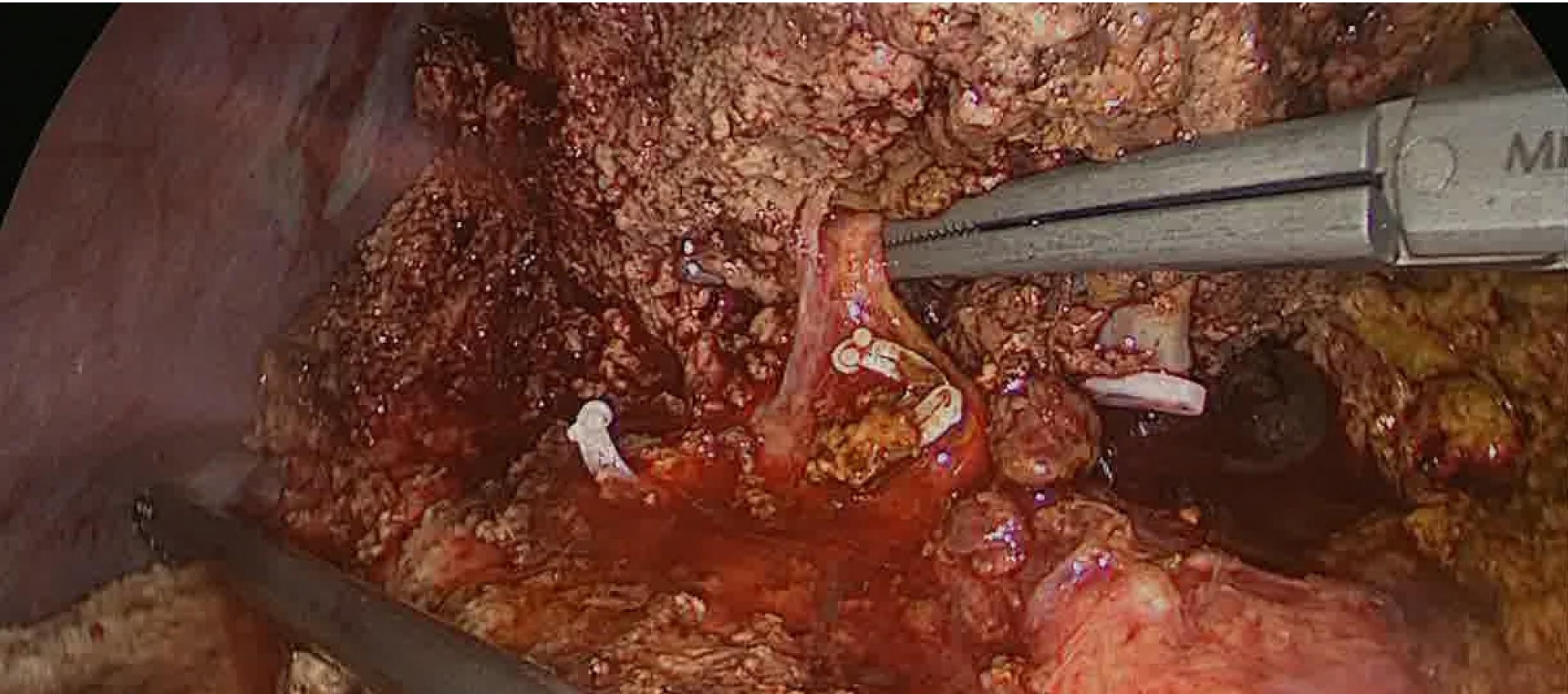
HPB & Laparoscopia

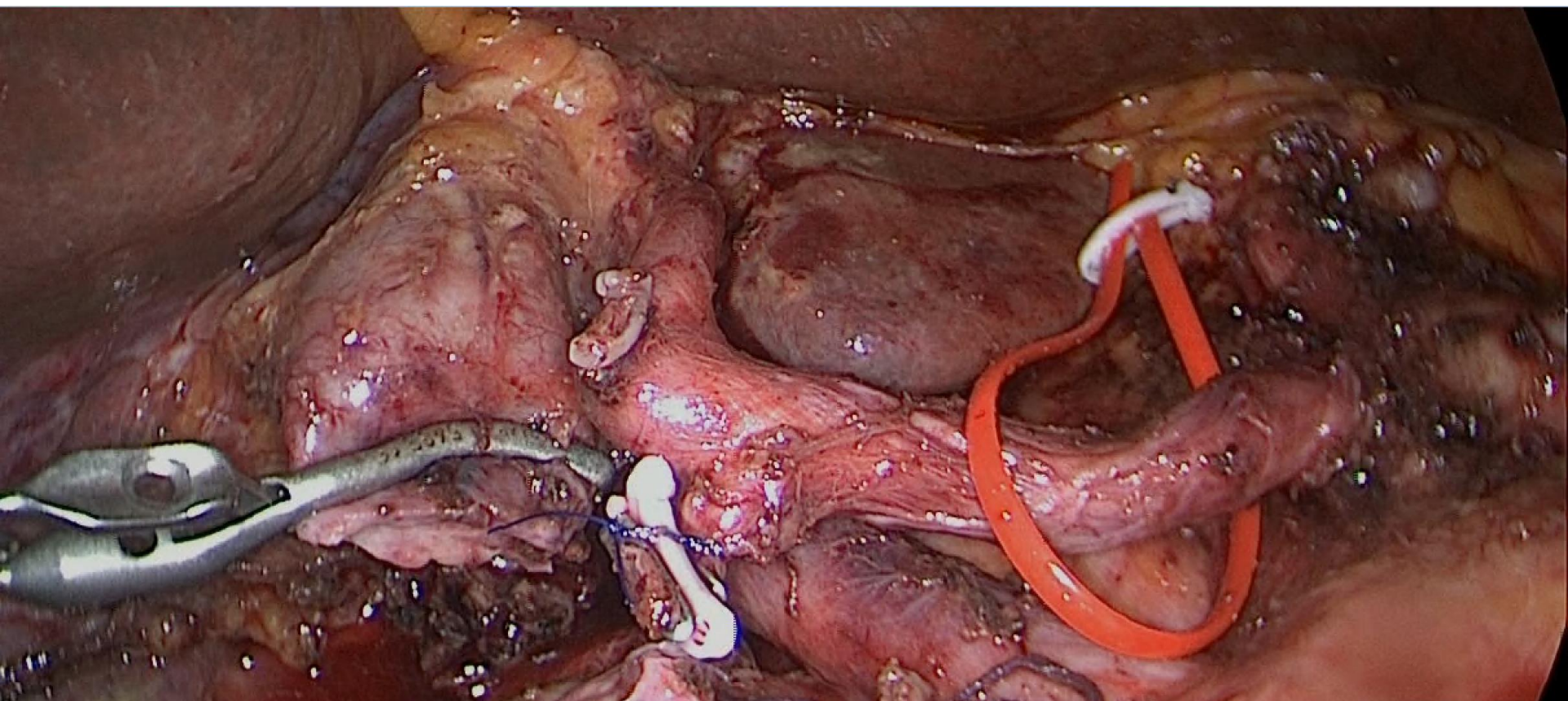


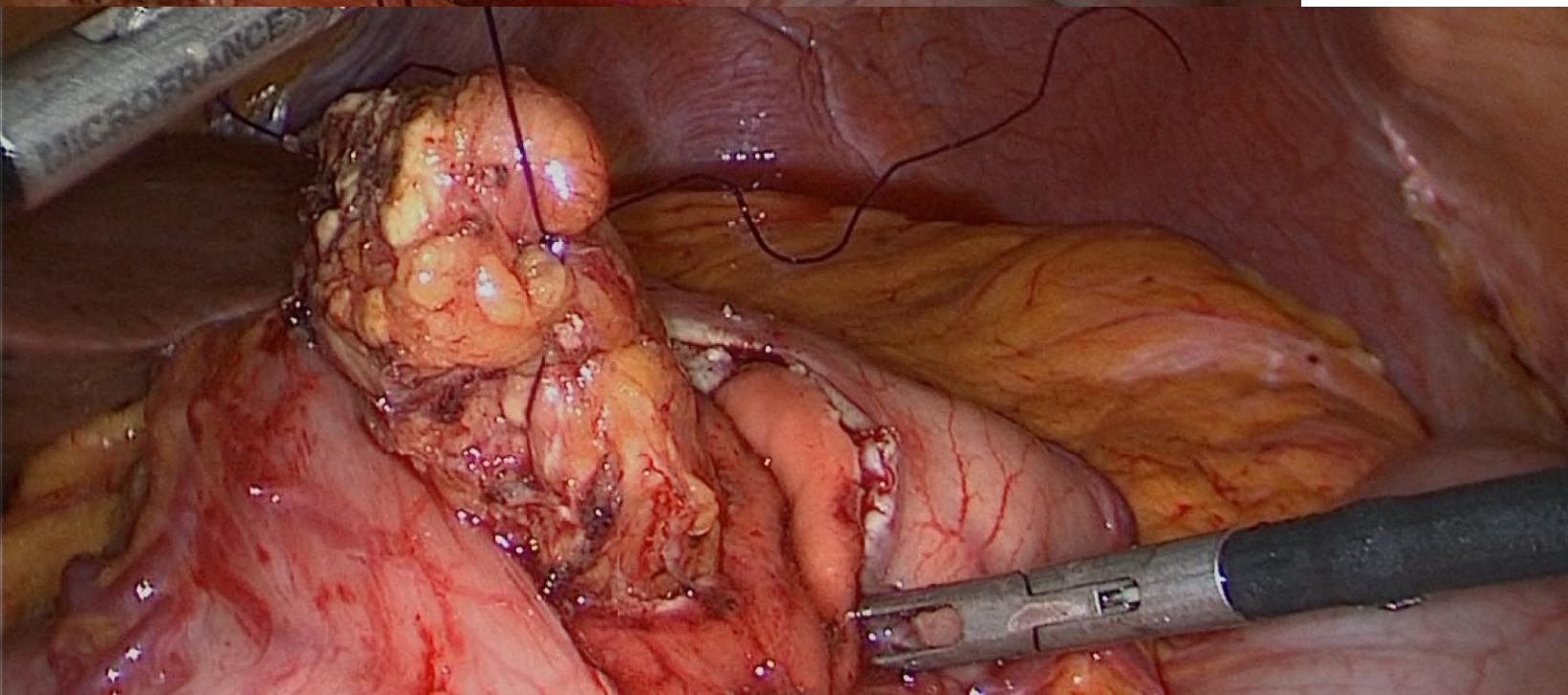
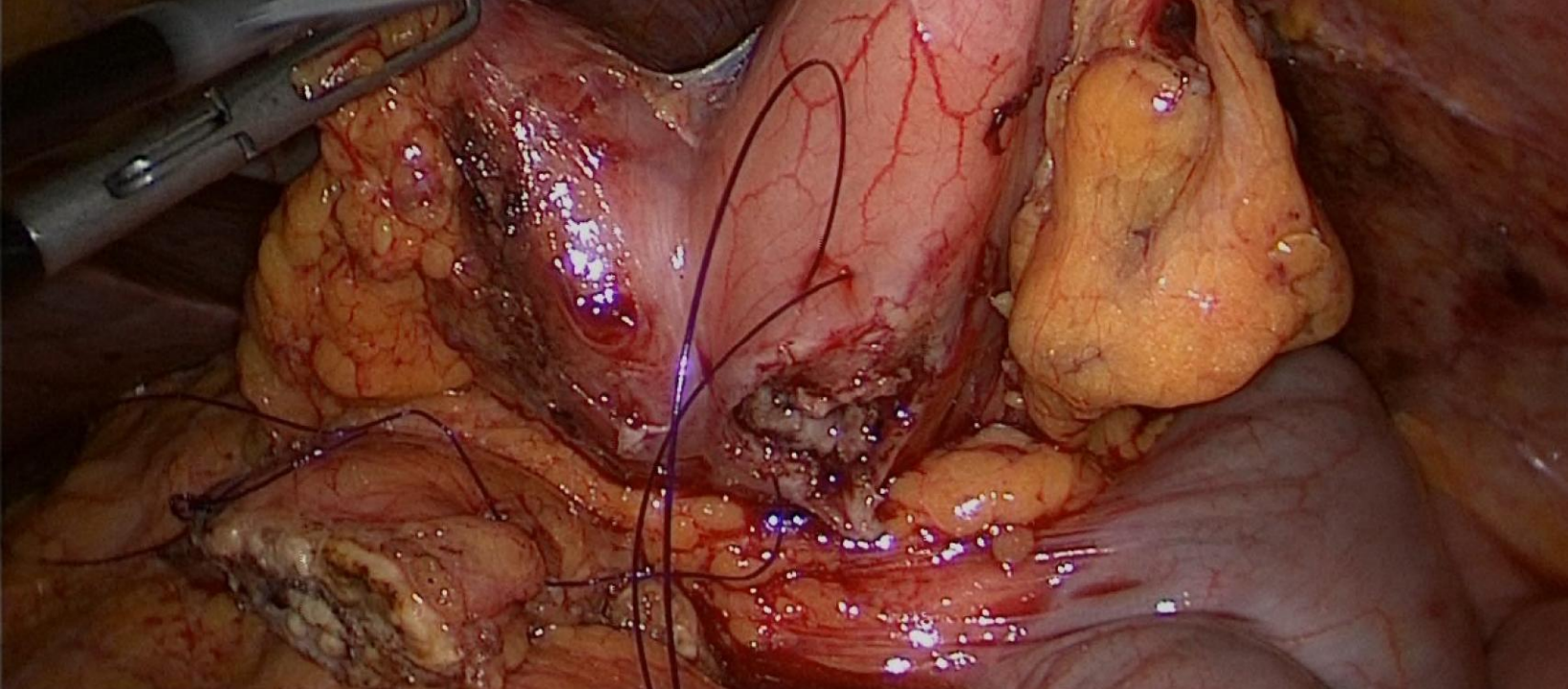


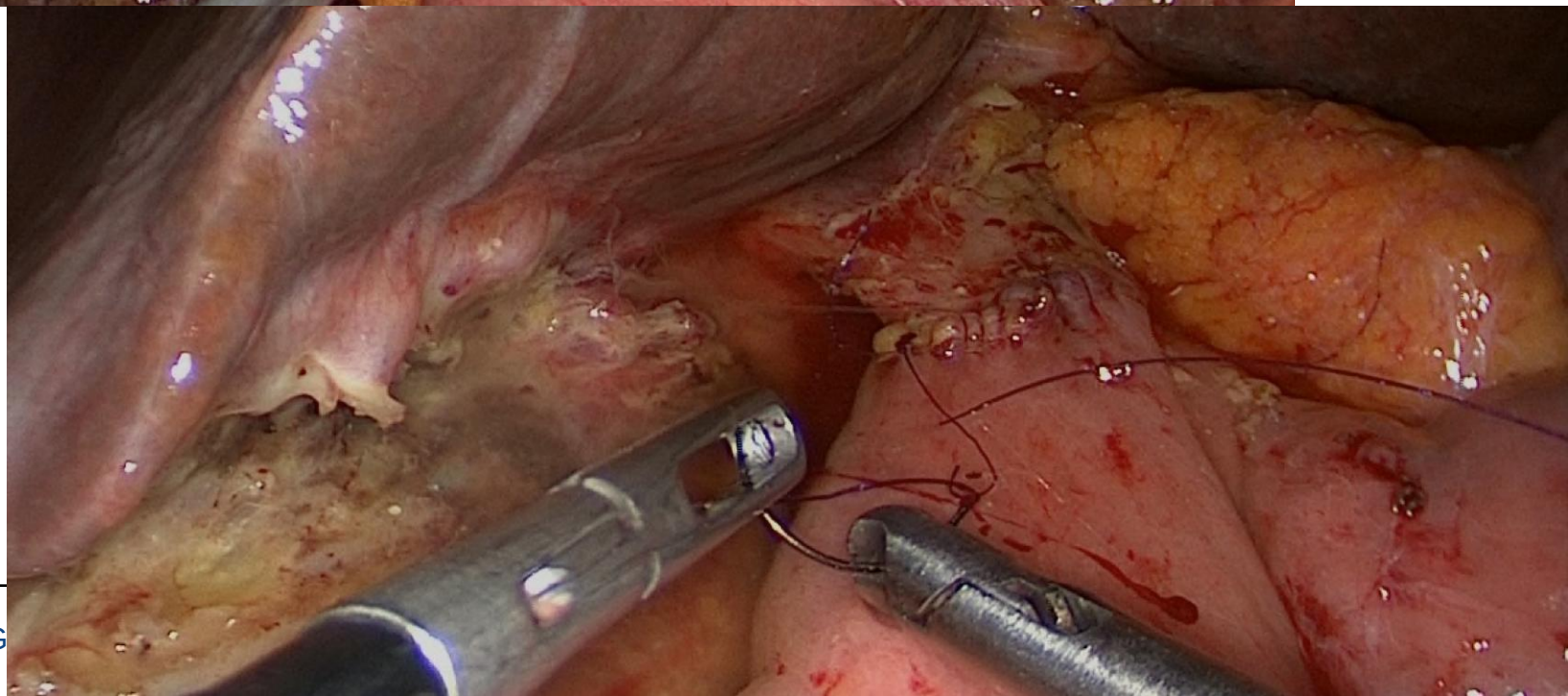
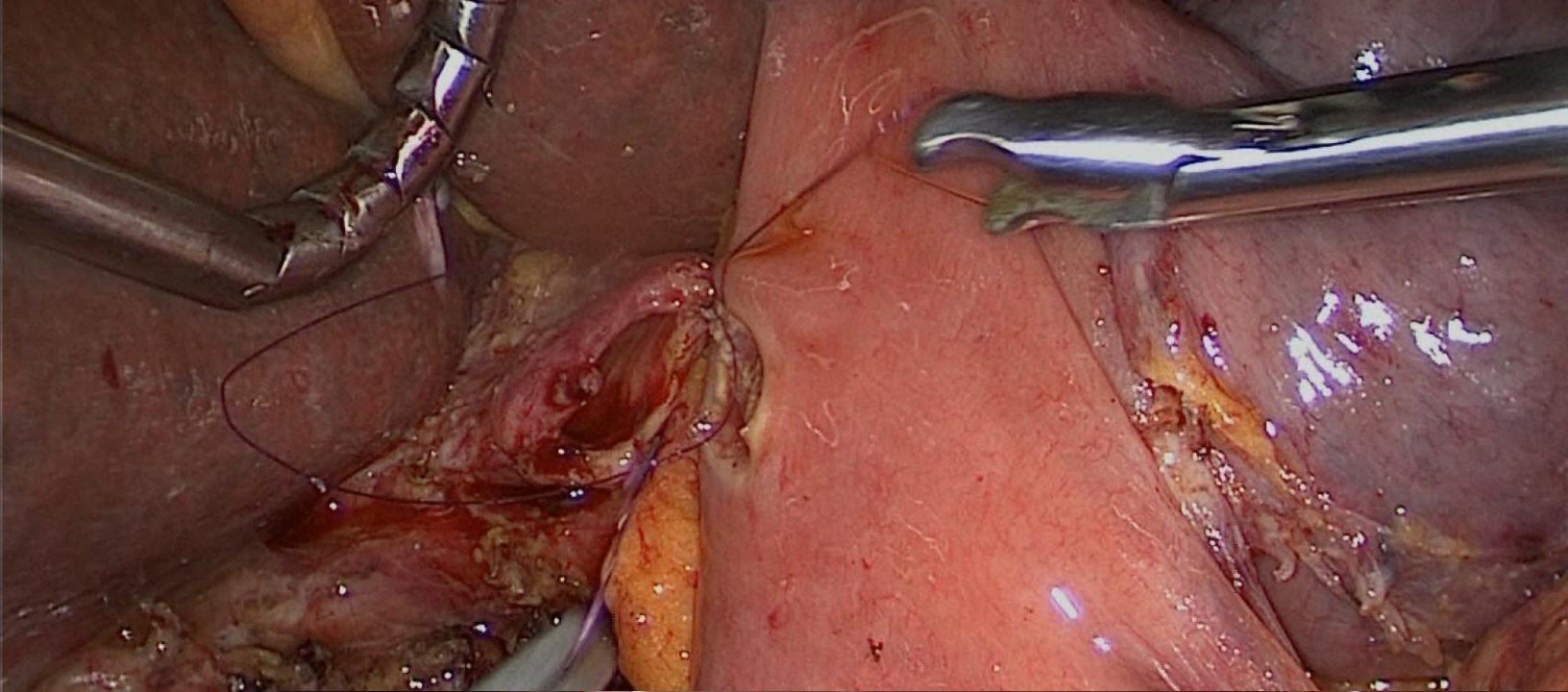


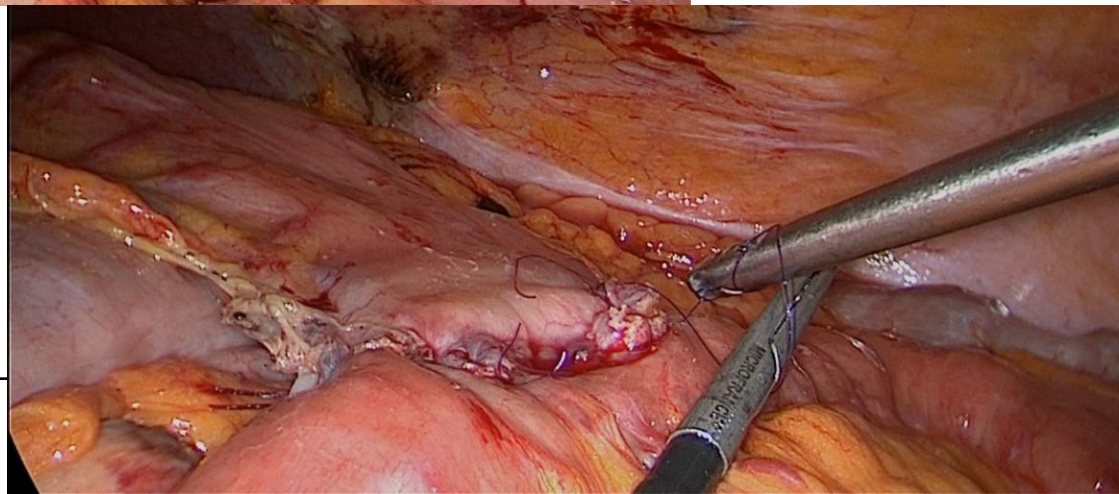
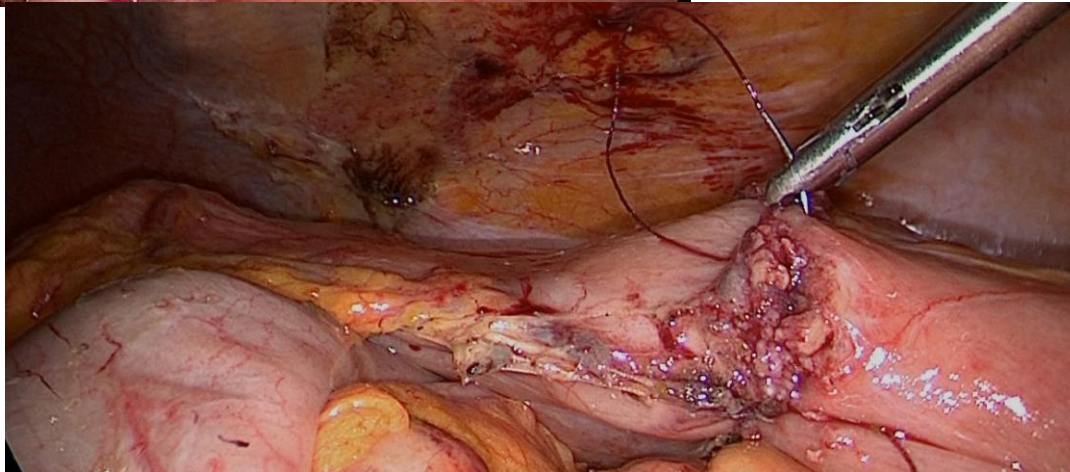
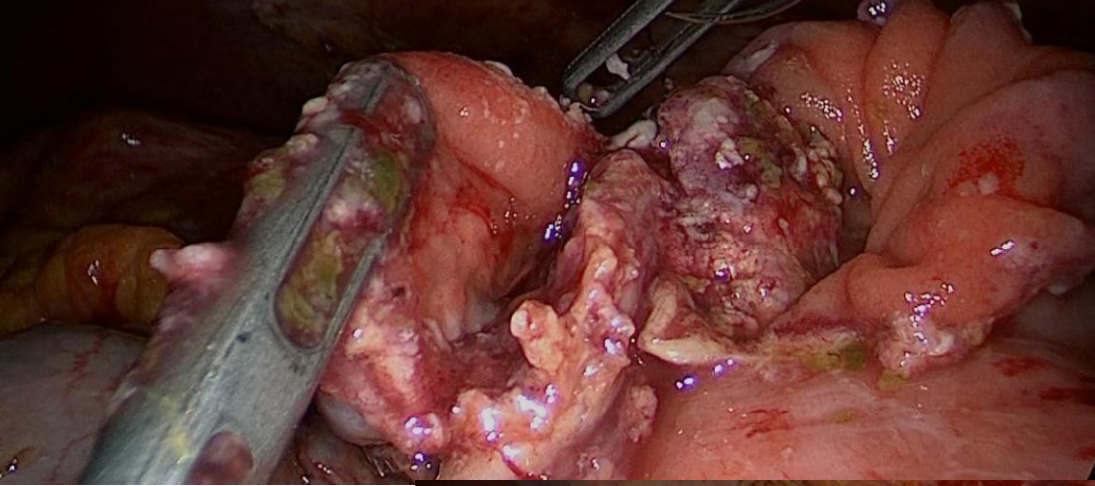










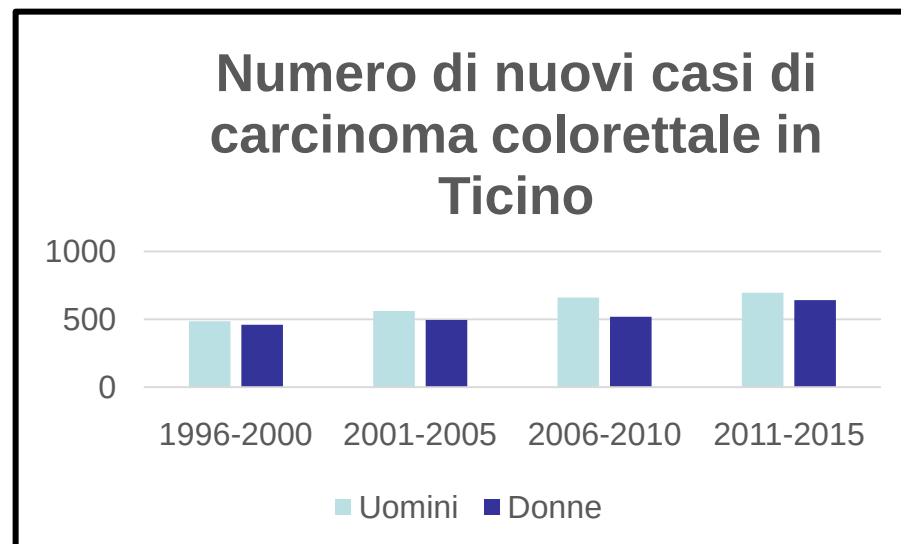
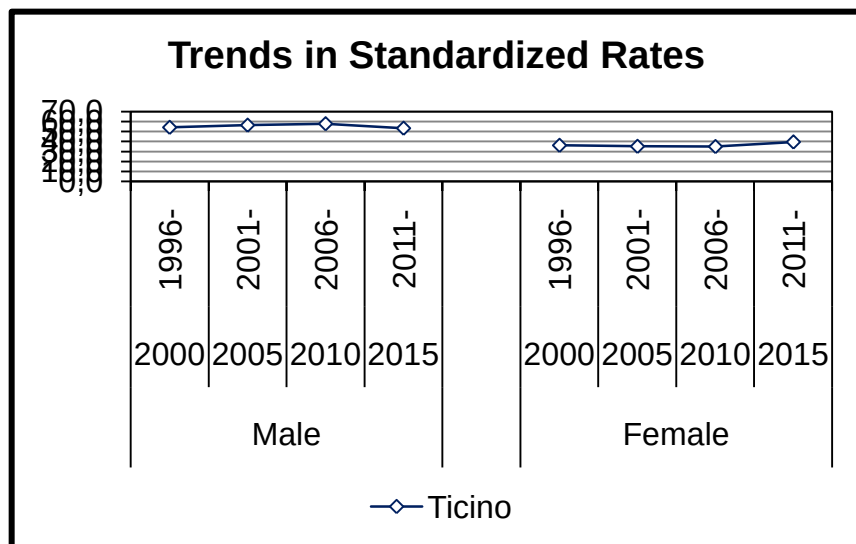


xxxxxxxxxxxx, GG.MM.AAAA

2012-2018

- **340 interventi per 310 pazienti**
- Fegato 55% / Pancreas 45%
 - F 64% / P 36% → F 48% / P 52%
- Ticino 79% / Extra 21%
 - T 75% / E 25% → **T 96% / E 4%**
- Fistola pancreatica B/C 29% / W 26%
 - B/C 22% / W 28% → B/C 50% / W 57% → **B/C 30% / W 18%**
- Fistola biliare 7%
- Mortalità a 3 mesi: fegato 0.5% / pancreas 3%

Universitaria ? Tumori colorettali



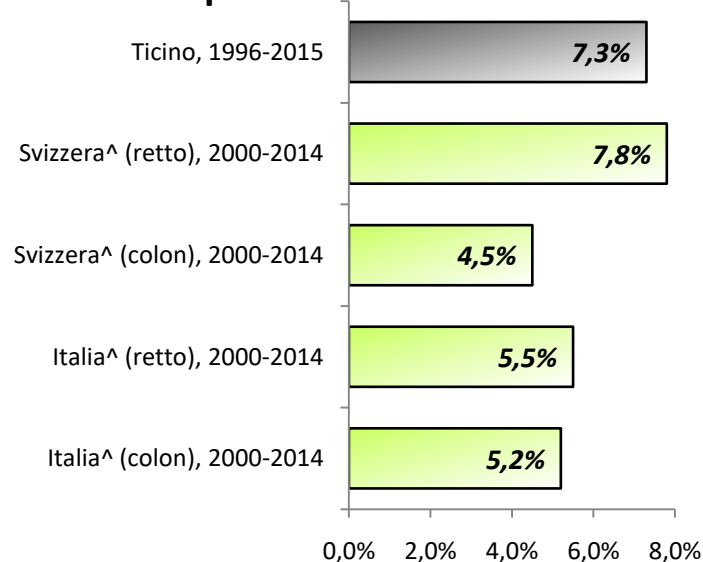
➤ Circa 250 nuovi casi/anno

*Per gentile concessione MSc ETH Math Laura Ortelli,
Registro Cantonale dei Tumori*

In Ticino - sopravvivenza

<i>Periodo di analisi</i>	<i>Vivi all'inizio del periodo</i>	<i>Sopravvivenza Relativa a 5 anni (IC95%)</i>
1996-2000	895	60.5 % (56.8-64.4)
2001-2005	1009	64.2 % (60.8-67.8)
2006-2010	1099	63 % (59.3-66.9)
2011-2015	1427	67.8 % (64.6-71.1)

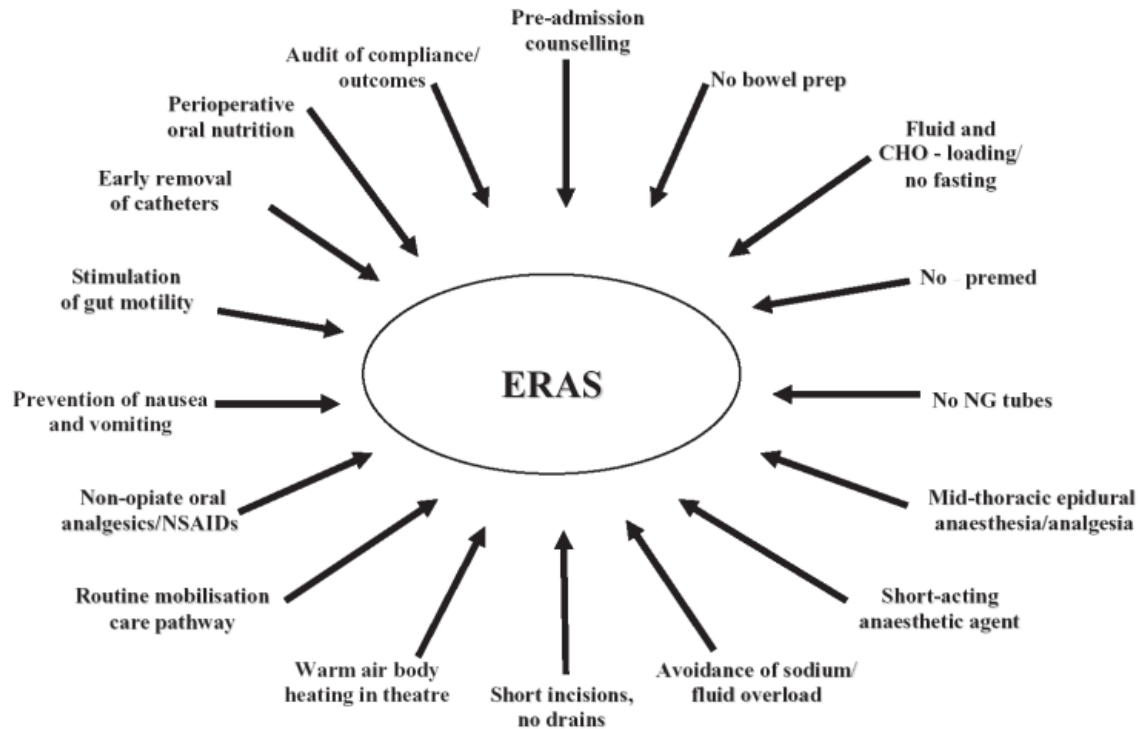
Differenza nella SR tra inizio e fine periodo di studio



*Per gentile concessione MSc ETH Math Laura Ortelli,
Registro Cantonale dei Tumori*

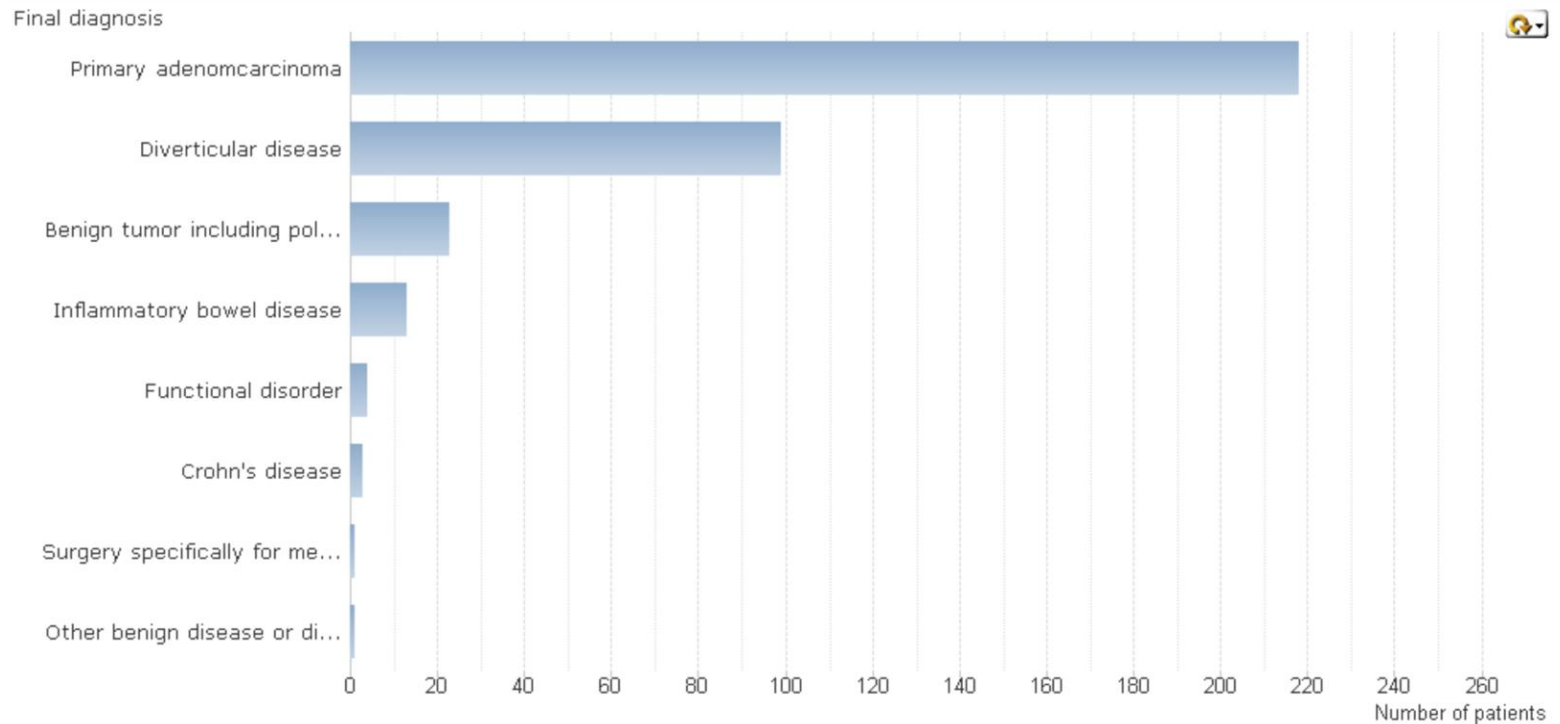
ERAS (Enhanced Recovery After Surgery)

Medicina peroperatoria



Patienti ERAS: 7/2012-2018

Final diagnosis

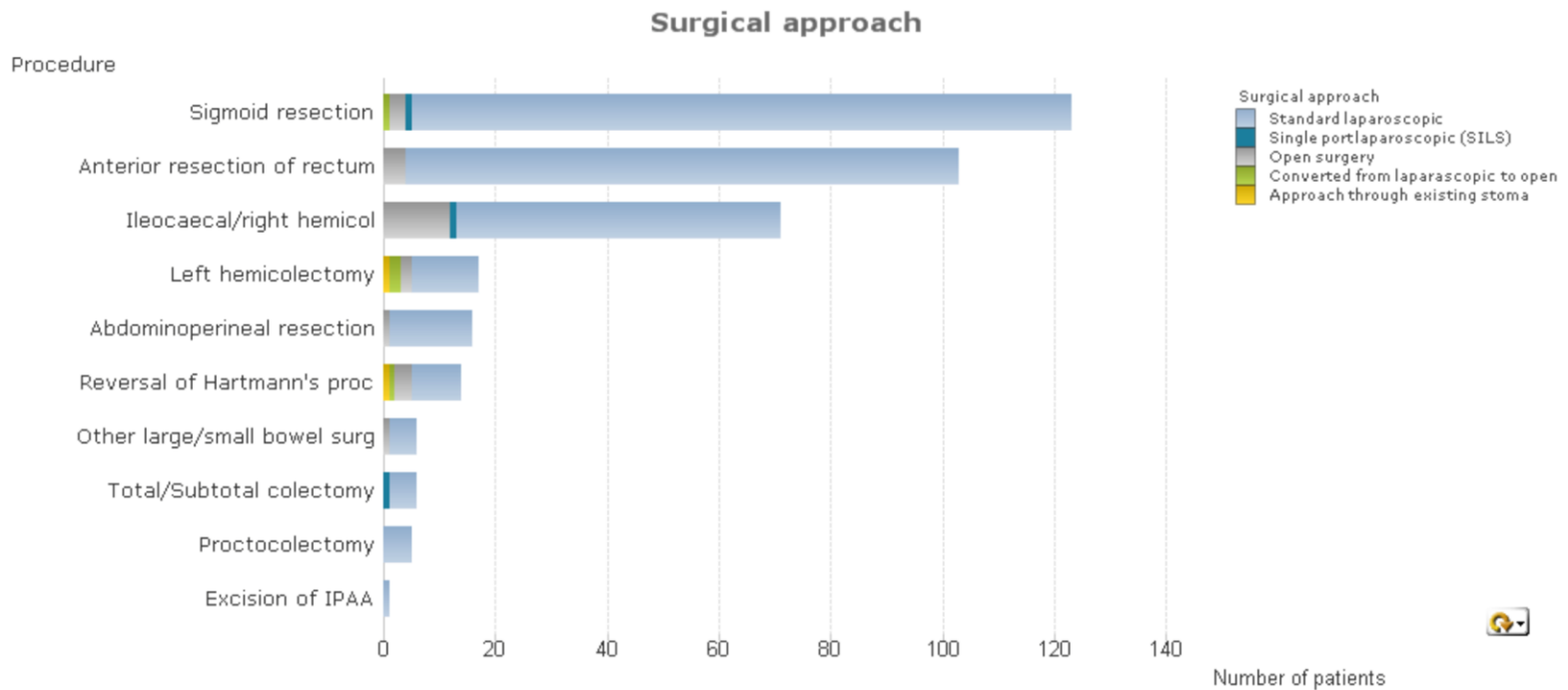


Latest update from Data Entry: 2018-09-15 9:00:20 AM (GMT+1) | Version 4.3.1.1 | Support: support@encare.net

[User Guide](#)

Pazienti ERAS: 2012-2018

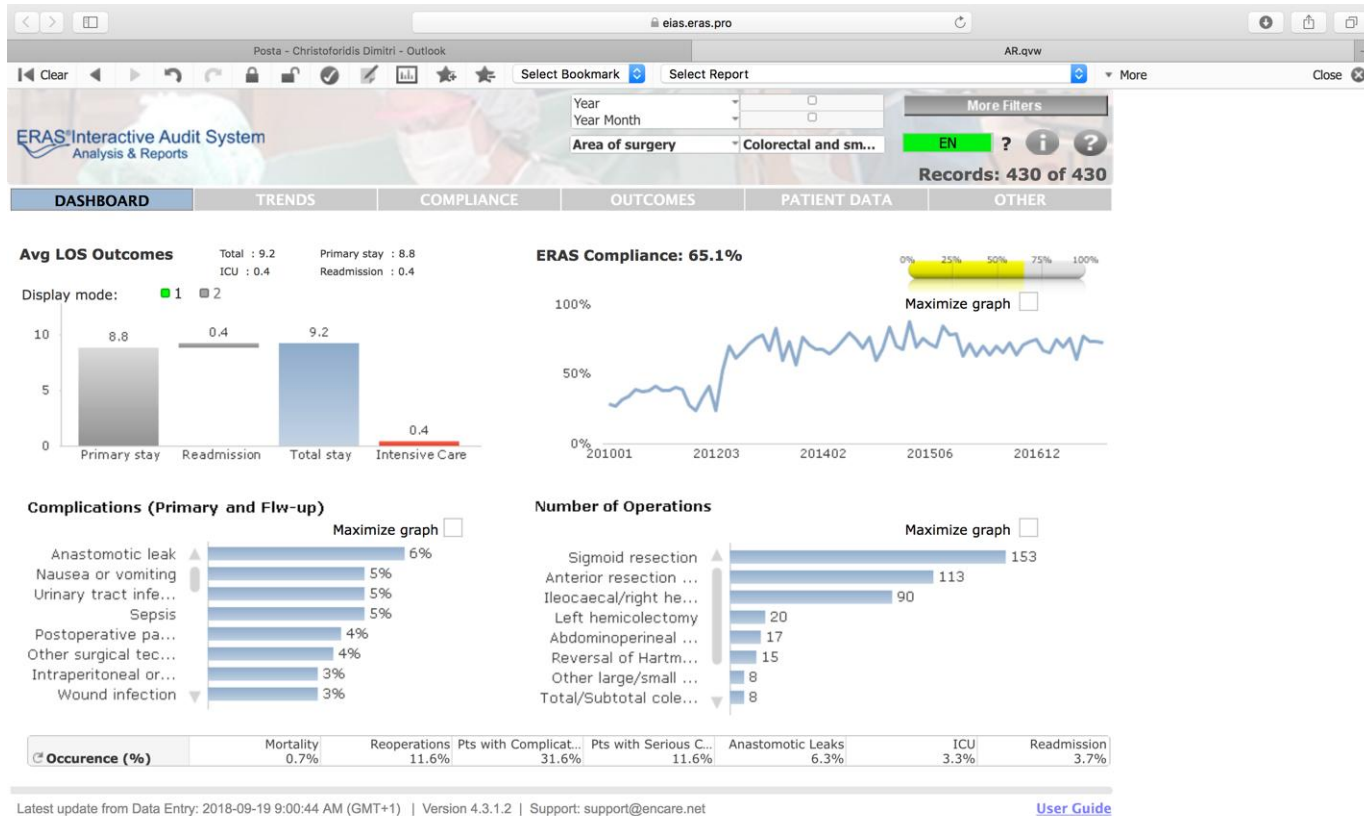
Surgical approach



Latest update from Data Entry: 2018-09-15 9:00:20 AM (GMT+1) | Version 4.3.1.1 | Support: support@encare.net

[User Guide](#)

Database prospettico in tempo reale



Studio sulla durata di degenza ORL - ERAS

- 138 pazienti consecutivi ERAS 2014 & 2015
- Giorno di dimissibilità (criteri Fiore*) vs. giorno di dimissione
- Risultati:
 - G post-op di dimissione (mediana): 6 (3-50)
 - G post-op di dimissibilità (mediana): 5 (2-48)
 - Differenza (mediana): 1 (1-11)
- Nessuna complicanza diagnosticata dopo G dimissibilità
- Re-ricovero in ospedale entro 30gg: 7 (5%)

*

TABLE 2. Criteria to determine readiness for hospital discharge following colorectal surgery	
Criteria	End points to determine when criteria should be considered to have been achieved
Tolerance of oral intake	Patient should be able to tolerate at least 1 solid meal without nausea, vomiting, bloating, or worsening abdominal pain. Patient should drink liquids actively (ideally >800-1000 ml/day) and not require intravenous fluids infusion to maintain hydration.
Recovery of lower gastrointestinal function	Patient should have passed flatus
Adequate pain control with oral analgesia	Patient should be able to rest and mobilize (sit up and walk, unless unable preoperatively) without significant pain (ie, patient reports pain is controlled or pain score ≤ 4 on a scale from 0 to 10) while taking oral analgesics.
Ability to mobilize and self-care	Patient should be able to sit up, walk and perform activities of daily living (eg, go to the toilet, dress, shower, and climb stairs if needed at home) unless unable preoperatively.
Clinical examination and laboratory tests show no evidence of complications or untreated medical problems	Oral temperature should be normal Pulse, blood pressure, and respiratory rate should be stable and consistent with preoperative levels. Serum hemoglobin concentration should be stable, within acceptable levels. Patient should be able to empty the bladder without difficulty or match preoperative level of bladder function.

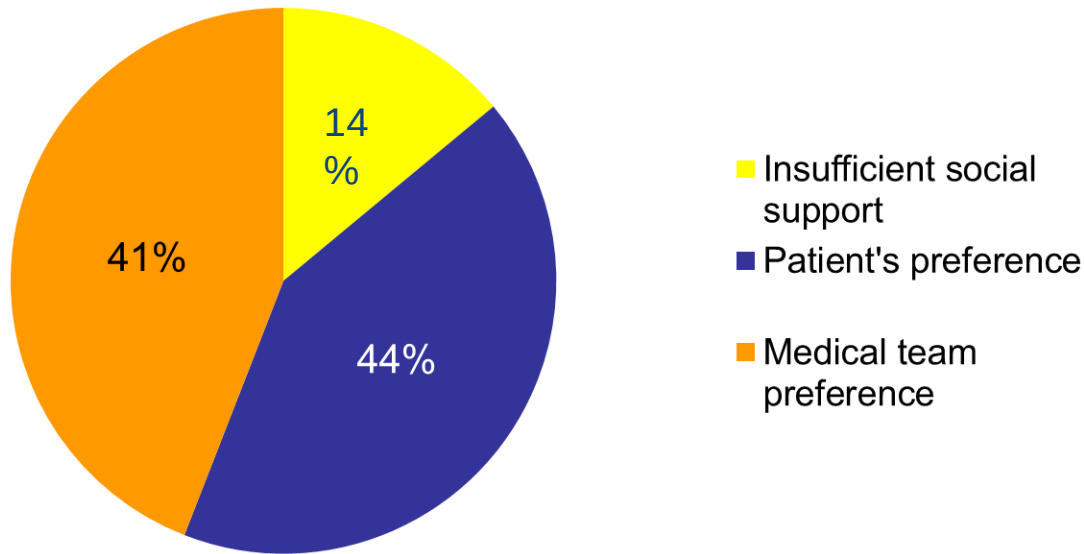
When the criteria described above are fulfilled, the patient is considered to have reached short-term postoperative recovery and should be considered ready for discharge. Discharge may take place as soon as the patient has adequate postdischarge support (family at home, nursing or rehabilitation facility) and is willing to leave the hospital. If the patient had a stoma constructed, the patient or the patient's family should have received training on stoma care or had outpatient training arranged.

Fiore JF, Dis Colon Rectum 2012

Celio D, De Kruijf E, Poggi R, Schmalzbauer M, Rosso R, Christoforidis D
4th World ERAS Congress, Lisbon, Portugal, April 27-30, 2016

Studio sulla durata di degenza ORL - ERAS

Motivi di ritardo alla dimissione:



*Celio D, De Kruijf E Poggi R, Schmalzbauer M, Rosso R, Christoforidis D
4th World ERAS Congress, Lisbon, Portugal, April 27-30, 2016*

Fattori di rischio per «ritardo» nella dimissione

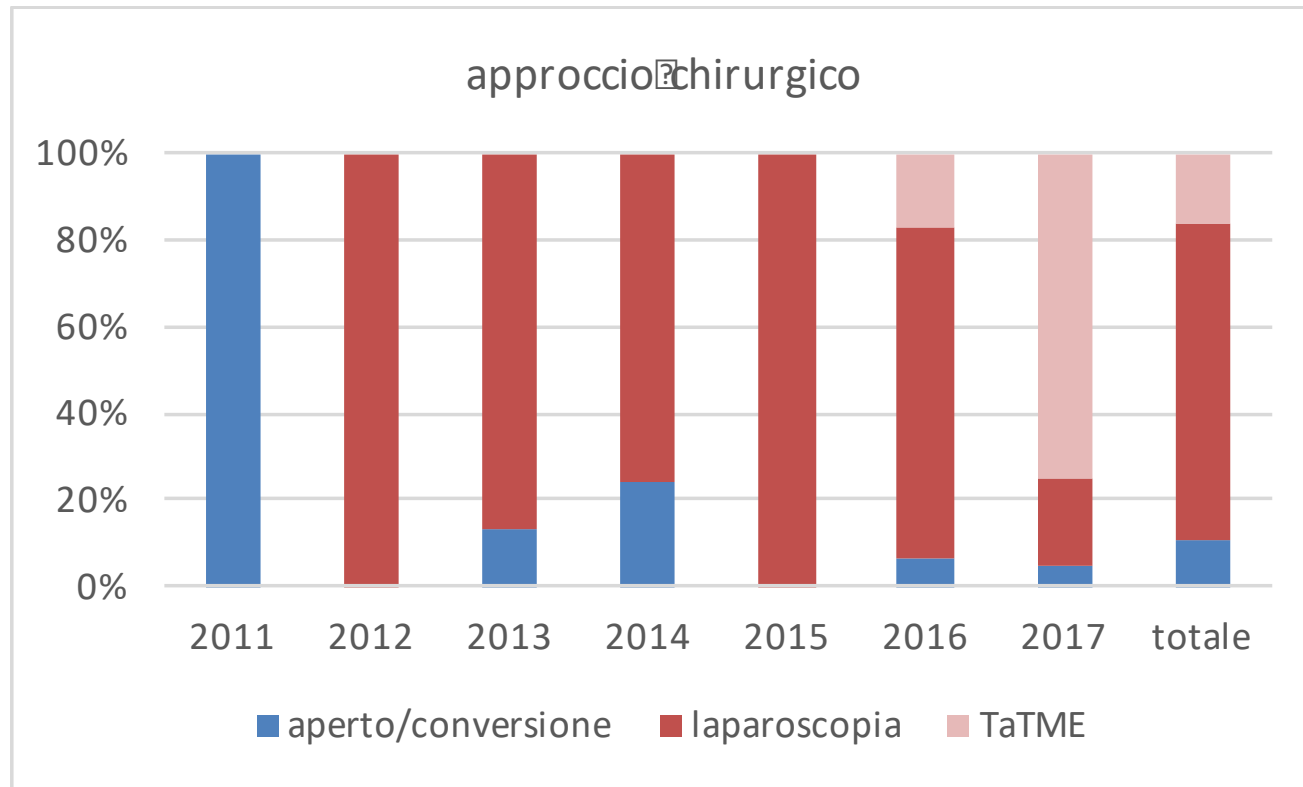
Table: Risk for delay logistic regression:

	Univariate			Multivariate			
	N	OR	95%CI	p-value	OR	95%CI	p-value
Age (constant)		1.02	0.99-1.05	0.228	1.02	0.99-1.06	0.196
Gender				0.475			0.712
Female	66	1.00			1.00		
Male	72	1.30	0.63-2.66		1.17	0.52-2.62	
Insurance				0.018			0.034
Non-private	90	1.00			1.00		
Private	48	2.76	1.191-6.39		2.61	1.08-6.34	
Dignity				0.633			0.194
Malignant	51	1.00			1.00		
Benign	87	1.20	0.57-2.54		1.91	0.72-5.05	
Resection-type				0.418			0.112
Right	31	1.00			1.00		
Left	61	0.58	0.22-1.50		0.39	0.13-1.18	
Rectum	46	0.88	0.32-2.47		1.04	0.33-3.29	
Complication				0.198			0.110
Yes	46	1.00			1.00		
No	92	1.63	0.77-3.44		1.95	0.86-4.42	
Day of discharge				0.036			0.023
Monday	29	1.00			1.00		
Other	109	2.44	1.06-5.70		2.94	1.16-7.14	

	Privati	Non-privati	P value
Dimissibile	4 (2-48)	5 (2-48)	0.718
Dimesso	6 (3-50)	6 (3-27)	0.997

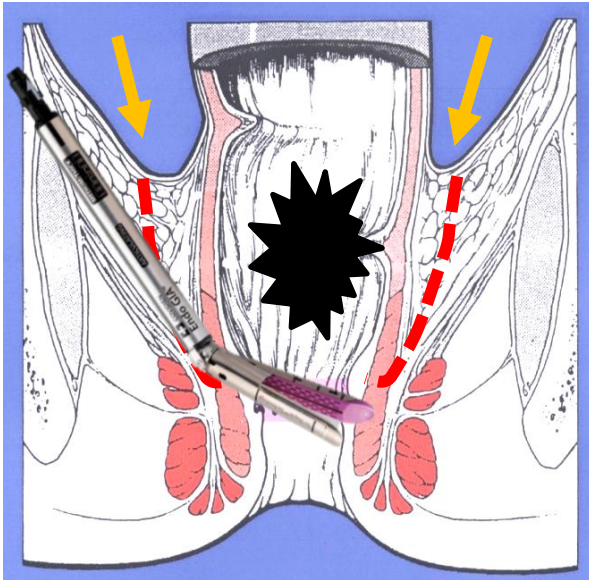
Celio D, De Kruijf E Poggi R, Schmalzbauer M, Rosso R, Christoforidis
4th World ERAS Congress, Lisbon, Portugal, April 27-30, 2016

MAS Retto Lugano

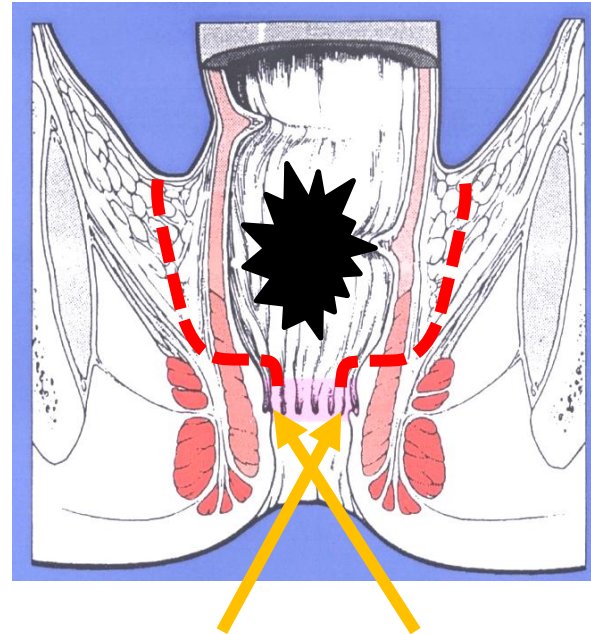


Resezione totale del mesoretto

per via addominale (TME)



per via transanale (TaTME)



Risultati ORL paragonati con dati da studi randomizzati recenti sulla chirurgia laparoscopica del retto (solo pazienti operati per via addominale)

	COLOR III NEJM 2015	ALaCaRT JAMA 2015	ACOSOG Z6051 JAMA 2015	ORL 2012-2017
% conversione (lap-scopia in lap-tomia)	16%	9%	11.3%	3/112 (2.7%)
% resezione R0	90%	93%	90%	112/120 (93%)
N linfonodi	13 (10-18)	n/a	17.9 (+/-10.1)	15 (2-42)
% insuff. anastomotica	13%	7%	2.1%	12%
morbilità	Severa: ? Tot : 40%	Severa: 18% Tot: ?	Severa: 22.5% Tot: 57%	Dindo III-IV: 22% Tot: 28%
Degenza media (giorni)	8 (6-13)	8 (6-12)	7.3 (+/-5.4)	8 (4-49)
mortalità	1%	0.6%	0.8%	2/120 (1.7%)
% recidiva locale solo		n/a	n/a	2/120 (1.7%)*
% recidiva locale + sistemica				4/120 (3%)*
% recidiva sistemica solo				16/120 (13%)*

**follow-up, mediana (range): 21 (1-70) mesi*

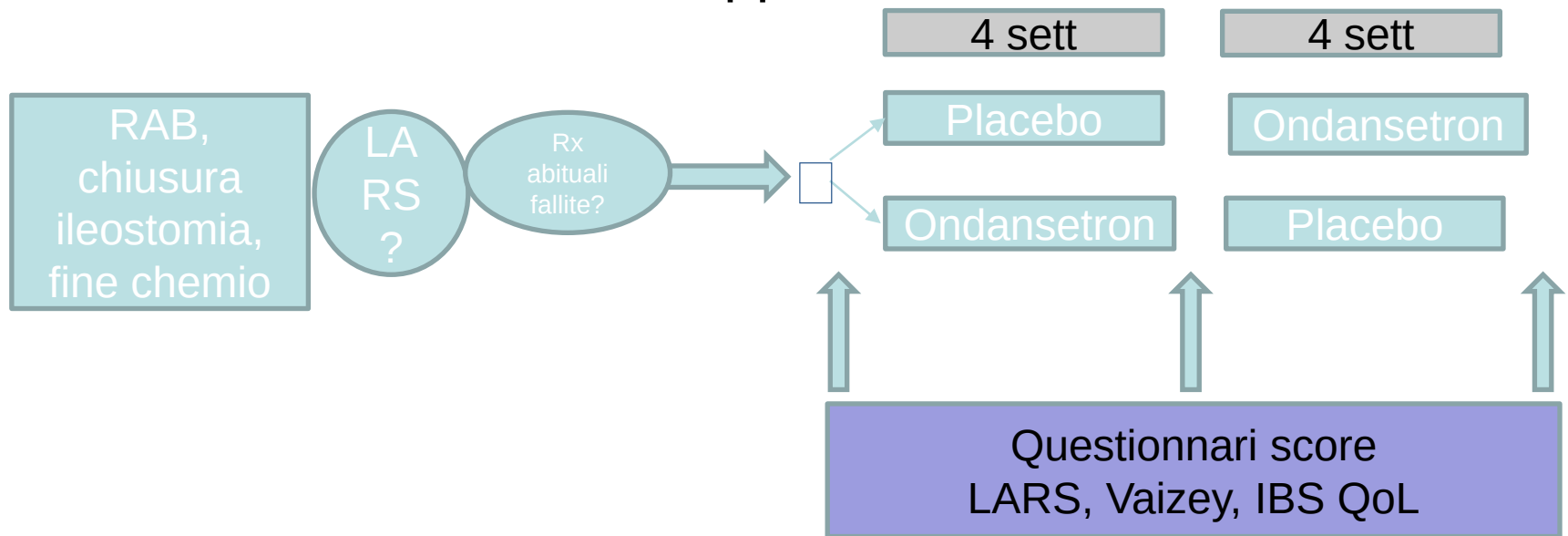
Oltre i risultati post-op e oncologici

Conseguenze funzionali della chirurgia del retto

- Stomia definitiva
- Sindrome post Resezione Anteriore Bassa («LARS»)
 - Urgenze
 - Frammentazione
 - Incontinenza
- Disfunzioni urogenitali

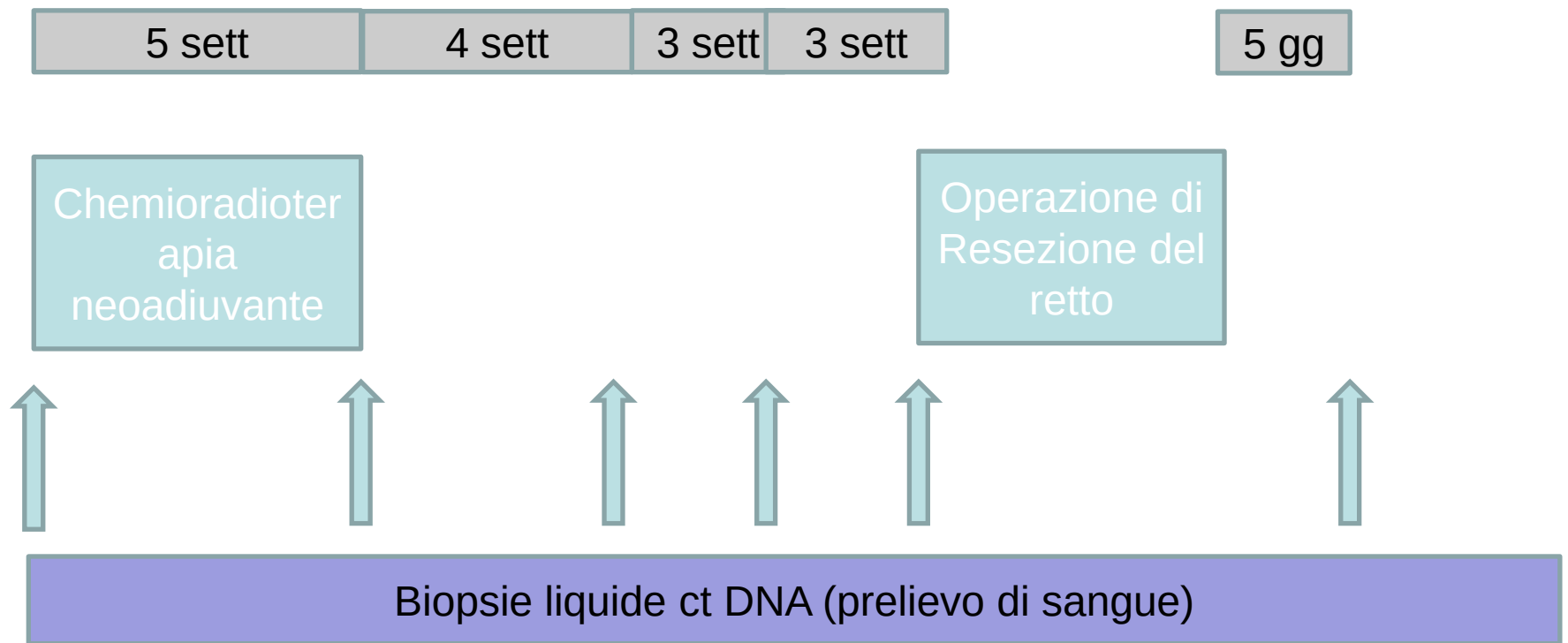
Studio «Hodolar» - *ORLugano-CHUV*

- Ondansetron (Zofran) utile per l'IBS-D (effetto anti 5-HT)
- Sintomi LARS simili al IBS-D
- Studio Randomizzato a doppio ceco:



Studio «LiBReCa» - *ORLugano - IPC - Moncucco*

- chemioradioterapia pre-operatoria risposta completa in 15-20% => chirurgia probabilmente inutile
- molto difficile identificare le risposte complete in pre-op
- I tumori segretano continuamente frammenti di DNA tumorale nella circolazione sanguinea («ctDNA») che possiamo misurare («biopsia liquida»)
- Se ctDNA azzerato = risposta completa => marcatore affidabile per risparmiare un intervento pesante al paziente!



ORL

Christoforidis, Valli, Saletti
, Cappio

IPC

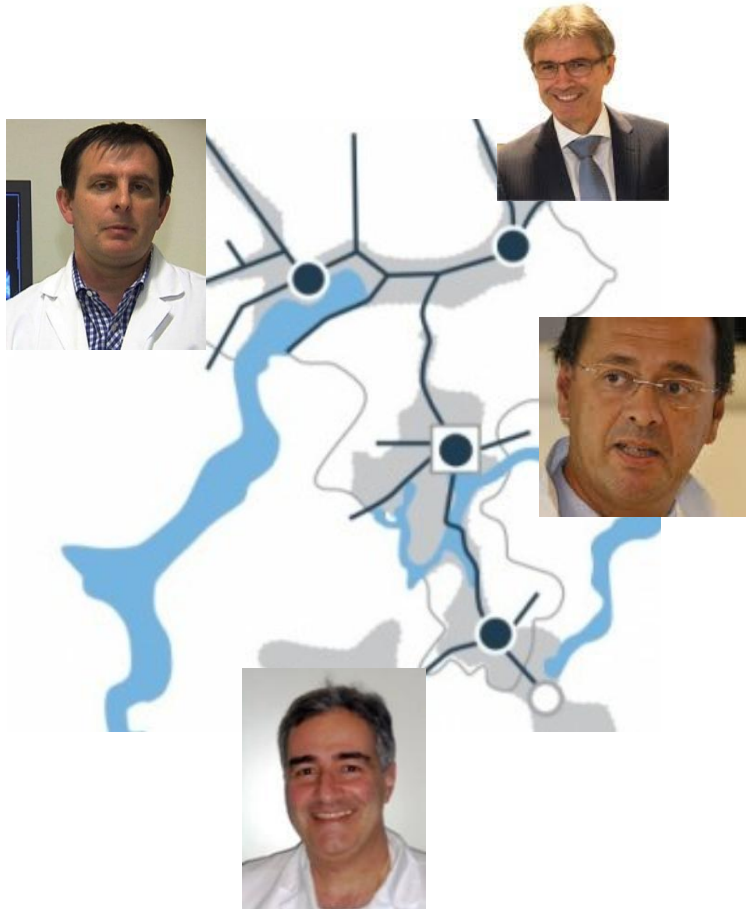
Frattini
Spina, Mazzuccheli

Clinica Moncucco

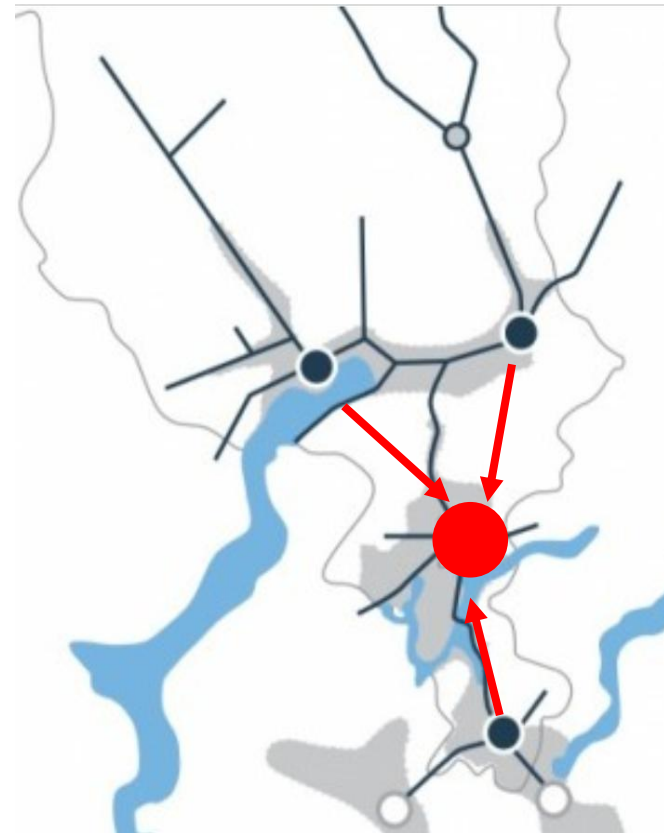
Franzetti-Pelanda
DePaoli
Kuhрмаier, Donadini

Chirurgia EOC → 2017

Prossimità e Specialità



Prossimità

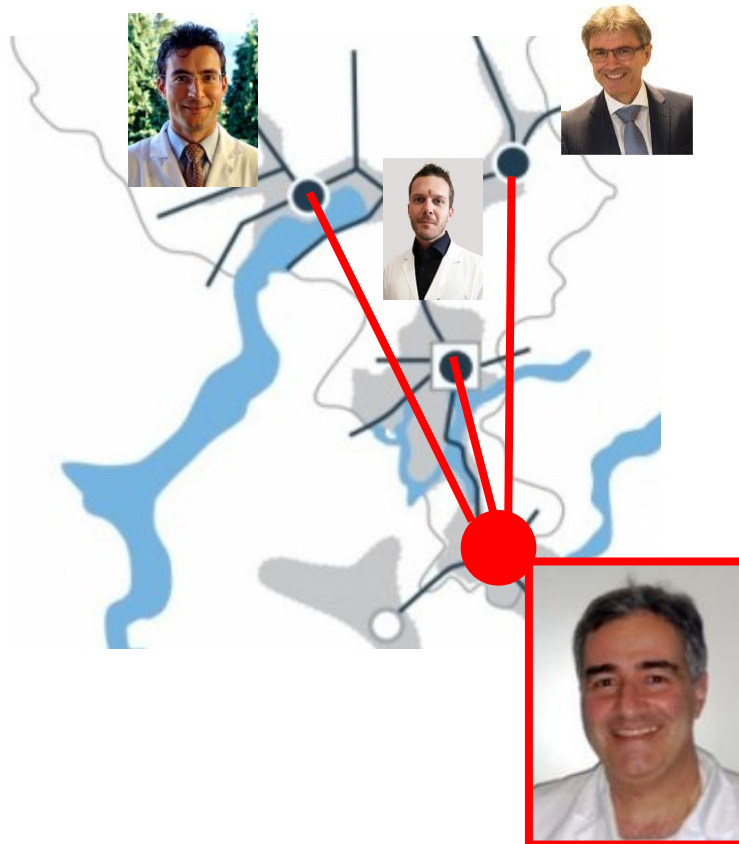


MAS
Hub & Spoke

Non ci sono solo le MAS

Hubs & Spokes

Endocrina



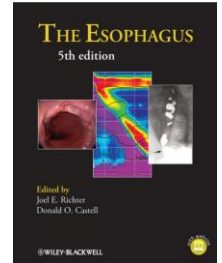
Upper-G.I.



Parietologia



Esempio: Chirurgia antireflusso



USA
325.000.000
abitanti

28 casi per
150.000
abitanti/anno

Chirurgia:
62.000
casi/anno

Luganes
e
150.000
abitanti

2010 - 2015

0 - 3 casi/anno

EOC

EFFETTI SECONDARI DA IPP

- **Terapie a corto termine:**
 - Polmoniti extraospedaliere
 - Infezioni enteriche (C. difficile, Campylobacter)
- **Terapie a lungo termine (> 1 anno):**
 - Osteoporosi e fratture ossee
 - Ipomagnesemia
 - Diminuzione assorbimento vit. B12
 - Nefriti interstiziali
 - Aumento rischi di demenza (dati limitati)
 - Gastrite atrofica



www.swissmecinfo.ch, monografia Pantozol (versione 05.2016)
Guidelines d'utilisation des IPP, Pharmacie Interjurassienne, version 2012-2014
JAMA Internal Medicine 2016, 176(2):172-174
JAMA neurology. 2016 73(4): 410-416
IPP chez l'adulte: comment les prescrire sans sur-prescrire? CHUV, 12.2015

Indicazioni evidence-based

Have failed medical management

(inadequate symptom control, severe regurgitation not controlled with acid suppression, or medication side-effects)

Opt for surgery despite successful medical management

(due to quality-of-life considerations, lifelong need for medication intake, expense of medications, etc.)

Have complications of GERD

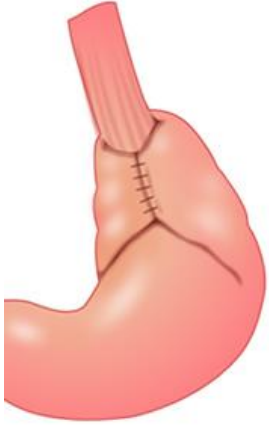
(e.g., Barrett's esophagus, peptic stricture)

Have extra-esophageal manifestations

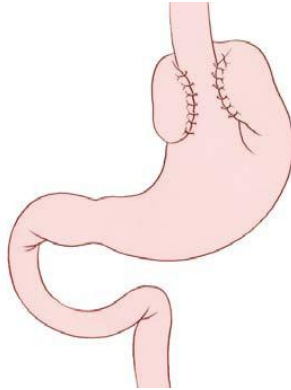
(asthma, hoarseness, cough, chest pain, aspiration)



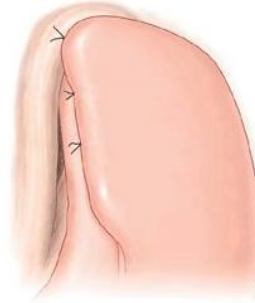
Quale terapia antireflusso? À la carte!



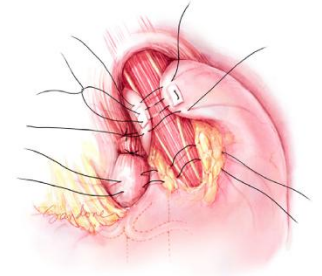
NISSEN



TOUPET



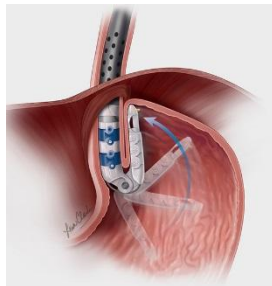
DOR



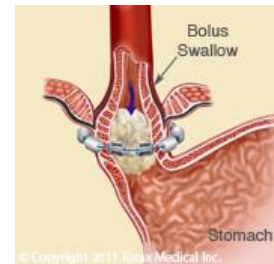
HILL



STRETTA



**ESOPHYX
DEVICE**



LINX



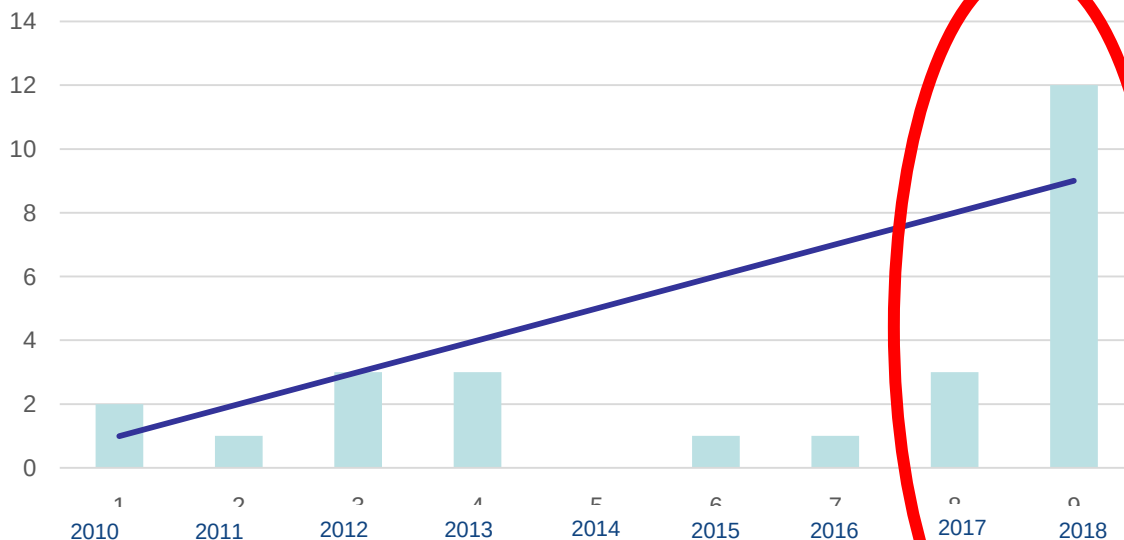
**BYPASS
GASTRICO**

Chirurgia esofagogastrica funzionale 07.09.2017 – 07.09.2018

Cura ernia iatale/paraesofagea = 15
Cura di acalasia= 3
Piloplastica per gastroparesi= 2
Ripresa chirurgica per recidiva di ernia paraesofagea precoce = 1
Revisione post gastrectomia per reflusso biliare= 2

**TOTALE= 23 casi
laparoscopici**

**Nessuna conversione
in tomia**



Chirurgia anti-
reflusso

EOC

Team di chirurgia bariatrica



Chirurghi



A.
Guerra



M.
Marengo



F.
Garofalo

Ambulatori obesità



E.
Biacchi

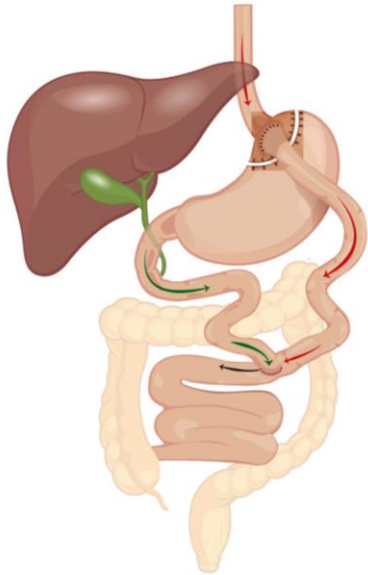


N.
Ossola

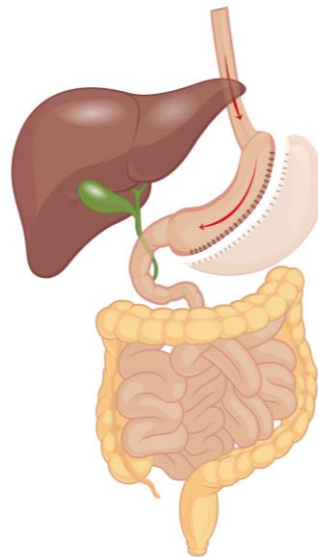


J.
Vermes

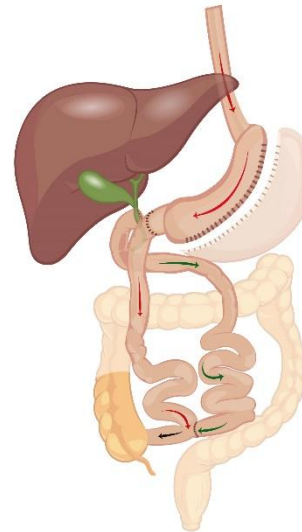
Chirurgia bariatrica all'EOC: In base al paziente e alle sue comorbidità



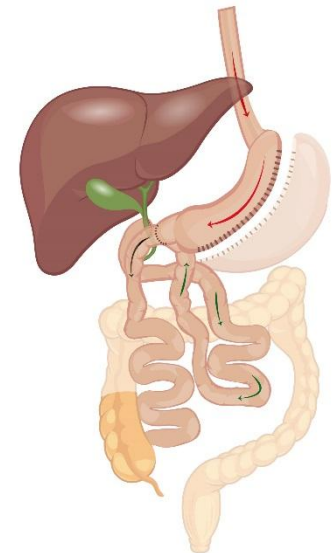
**Bypass
gastrico**



**Gastrectomia
verticale
(sleeve)**



**Duodenal
switch**

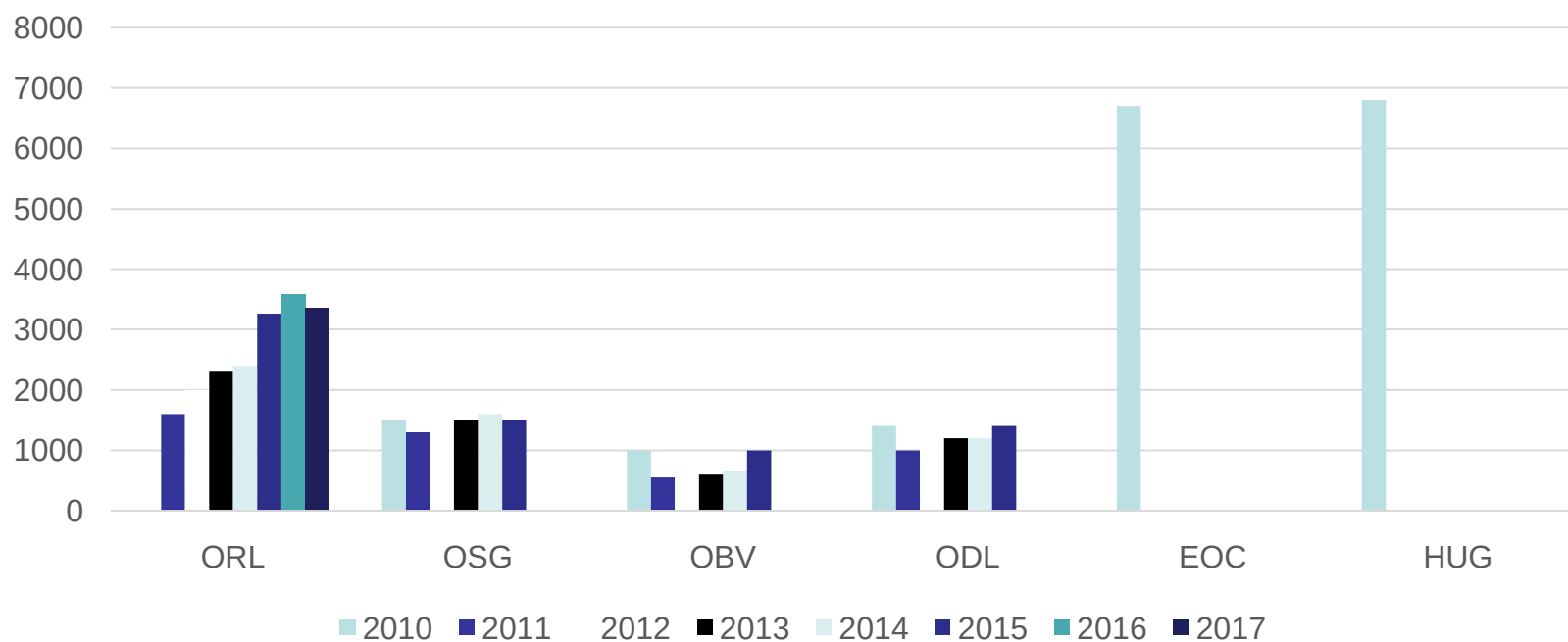


SADI-S

Progetto: estendere alle altre specialità il modello collaborativo cantonale

- Gruppi pluridisciplinari **multisito** con un **responsabile Cantonale**, ma anche dei Referenti Regionali nei 4 Ospedali
 - **Epatobiliare-pancreatica (UCEP: Balzarotti/Majno)**
 - **Vascolare (Dr Giovannacci)**
 - **Colo-rettale (Prof. Christoforidis)**
 - **Metabolica / Obesità (Dr. Guerra→ORL)**
 - **Toracica (Drs Caffarotti/Inderbitzi)**
 - *Funzionale-Upper GI – esofago (Dr La Regina →OSG)*
 - *Endocrina (Dr Fasolini Mendrisio)*
 - *Ortopedica Traumatologica (...)*
 - **Generale / Melanoma / Ernie (Dr Arigoni, Locarno)**
 - *Urologia (Servizio Cantonale)*

INTERVENTI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



Master in Medicine



Mi riconosco perfettamente nel modello della MMS:

- piccolo, bed-side, *op-side* and *beside*

Lezioni e frustrazioni imparate a Ginevra
Fare meglio in Ticino

Alain Kaelin, Luca Gabutti, Michele Ghielmini, Pietro Majno-Hurst, Giacomo Simonetti, Giovanni Pedrazzini

Cosa può offrire il modello Hubs & Spokes

Oggi

- **S**pecialistica
di qualità
- **U**niversitaria
- **P**rossimità

- Trasparenza
- Collegialità
- Disponibilità

Cosa può offrire il modello Hubs & Spokes

Oggi

- ❑ Specialistica di qualità
- ❑ Universitaria
- ❑ Prossimità

- ❑ Trasparenza
- ❑ Collegialità
- ❑ Disponibilità

Domani

- Collaborazione PP
- Attrattività
 - specialisti di primo piano
 - operativi nel territorio
- Ricerca
 - collaborativa
 - Scala Svizzera e più (IOSI)
- Insegnamento
 - pre- e postgraduato

Insegnamento e formazione di base

- Abbiamo bisogno di voi per la chirurgia di prossimità:
 - Ernie
 - Laparoceli
 - Colecisti
 - Protesi di anca e di ginocchio
 - Lesioni cutanee...

Cosa non può offrire il modello Hubs & Spokes

Oggi

- Specialistica di qualità
- Universitaria
- Prossimità
- Trasparenza
- Collegialità
- Disponibilità

Domani

- Collaborazione PP
- Attrattività
specialisti di primo piano
operativi nel territorio
- Ricerca
- collaborativa
Scala Svizzera e più (IOSI)
- Insegnamento
pre- e postgraduato

Mai

- Regionalità
campanilismo
- Autarchia
 - Formazione
(tradizionale vs personalizzata)



Ente Ospedaliero Cantonale

A: Franco Muggli

Dettagli

iMessage con 41796207090
30.04.18, 18:03

Buongiorno Pietro ho visto Josef Widmer con chiaro ascite ++ circonferenza 115 cm! Peso 78.5kg con scarpe uguale a 3 mesi fa lieve succulenza malleolare PA 130/80mmHg polso 76"/ regolare MV e quindi in buon compenso K oggi 4.3 mmol/L Na 135mmol/L dopo 3 gg di KCL 3x2 Peso falsamente stabile sulla mia bilancia perché dimagrito di brutto Ho proposto furosemid e aldactone come alternativa a co-amiloride Albumina oggi 35g/L anemia 9.0g/L nota già immagino Chiamami quando vuoi Cari saluti Franco Muggli

30.04.18, 20:47

Posso ancora chiamarti?

Certo



Dr. med. Terziroli Benedetta
vu aujourd'hui à 19:55

Les messages que vous envoyez dans cette discussion et les
en bout.



Meroni Emanuele
vu le mardi à 18:44

Caro Emanuele,
posso parlarti di una paziente di 76 anni (ricoverata da me in urgenza. È la suocera che ha bisogno di un bypass bilio gastrico avanzato con occlusione della vena meser km in bici al giorno ma ha perso 20kg in 6
Grazie mille,
P.

Scusa Emanu

Si certo

21:38

Disponibilità

Pietro.Majno-Hurst@eoc.ch

+41 79 220 4330

ucep@eoc.ch

chirurgia.viscerale.senior@eoc.ch

+41 91 811 6122 (08:30-17:30)

Lun-Ven 16:30 -17:30