PREPARAZIONE

Recupero rapido dopo un intervento ginecologico: come funziona il programma ERAS

18 novembre 2026 · 6 min di lettura

Niente digiuno prolungato né pulizia intestinale, e già in piedi la sera stessa dell'intervento. Vi spieghiamo in che cosa consiste il programma di recupero accelerato e che cosa ha dato alle donne dopo l'asportazione dell'utero.

Fino a poco tempo fa, prima di un intervento ginecologico a cielo aperto la donna veniva tenuta a digiuno per un giorno intero, le si praticava un clistere evacuativo e poi le si consigliava di restare a letto per diversi giorni. Oggi questo approccio viene abbandonato. Al suo posto è arrivato il programma ERAS (Enhanced Recovery After Surgery, recupero accelerato dopo la chirurgia), detto anche fast track. Il principio è semplice: ogni fase del trattamento è scelta in modo che l'organismo affronti l'intervento con il minimo stress e torni prima alla vita di tutti i giorni.

Ecco che cosa comprende esattamente il programma e quali risultati ha mostrato in uno studio ucraino su donne sottoposte ad asportazione dell'utero per miomi.

Da dove nasce l'idea

Il concetto di fast track è stato formulato dal chirurgo danese Henrik Kehlet. Aveva notato che le complicanze dopo gli interventi programmati spesso non sono causate dall'incisione in sé, ma dalla reazione dell'organismo a tutto ciò che la accompagna: fame, disidratazione, dolore, oppioidi, allettamento prolungato, drenaggi e cateteri. Eliminando il superfluo, il recupero accelera e le complicanze diminuiscono.

L’ERAS non è una singola procedura, ma un insieme di quindici-venti piccole scelte prima, durante e dopo l’intervento. Ognuna da sola dà poco, ma insieme cambiano in modo tangibile il decorso postoperatorio.

Prima dell’intervento: informazione invece di ansia

- Il colloquio con il chirurgo e l’anestesista. Gli autori della rassegna lo definiscono un elemento chiave: quando la paziente sa in anticipo che cosa le succederà, come verrà gestito il dolore, quando potrà bere, mangiare e alzarsi, l’ansia è nettamente minore e la soddisfazione per le cure più alta.
- Esami in regime ambulatoriale. Analisi e visite si eseguono prima del ricovero, per non trascorrere in ospedale giorni inutili.
- Valutazione dei rischi. Il medico considera il peso, la pressione arteriosa, le malattie endocrine, la predisposizione alla trombosi e lo stato del cuore.
- Correzione dell’anemia. L’emoglobina bassa viene corretta prima dell’intervento, anche con preparati a base di ferro, per evitare una trasfusione di sangue.
- Smettere di fumare e, se possibile, la «preabilitazione»: attività fisica e alimentazione.
- Niente clisteri evacuativi. La preparazione intestinale meccanica non fa parte del programma.
- Niente digiuno prolungato. Il cibo solido si sospende 6 ore prima dell’intervento, i liquidi 2 ore prima. Spesso, qualche ora prima, si somministra una bevanda a base di carboidrati.

Durante l’intervento

- Accesso mininvasivo — laparoscopico oppure vaginale con assistenza laparoscopica, quando possibile.
- Infusioni endovenose in quantità limitata. L’eccesso di liquidi provoca edema dei tessuti e rallenta l’intestino, per questo se ne somministra esattamente quanto serve.
- Mantenimento della temperatura — soluzioni riscaldate, controllo della temperatura corporea.
- Prevenzione della trombosi — compressione pneumatica intermittente delle gambe, calze elastocompressive.

- Riduzione della perdita di sangue. La rassegna riporta dati sull'acido tranexamico, che negli studi ha ridotto del 72% il ricorso alle trasfusioni senza aumentare i casi di trombosi.

Dopo l'intervento: bere, mangiare e alzarsi

- Analgesia senza oppioidi o con una quantità minima. Si associano più farmaci con meccanismi d'azione diversi e anestetici locali. Meno oppioidi significa meno nausea e stitichezza.
- Acqua e cibo precoci. Si può bere già dopo qualche ora e mangiare dal primo giorno.
- Mobilizzazione precoce. Nello studio, le donne del gruppo ERAS erano pronte ad alzarsi già 7 ore dopo l'intervento.
- Il minimo di tubi. Il catetere vescicale, i drenaggi e i cateteri venosi si rimuovono il prima possibile e, se non servono, non si posizionano affatto.
- Prevenzione della trombosi — anticoagulanti e indumenti elastocompressivi.

Che cosa ha mostrato lo studio

I ricercatori dell'Università Medica Nazionale Bogomolets, dell'Università Medica Nazionale di Ivano-Frankivsk e dell'Università dei Precarpazi hanno confrontato due gruppi di donne sottoposte ad asportazione dell'utero per miomi: 82 pazienti sono state trattate secondo il programma ERAS, 78 secondo lo schema tradizionale. L'età media era di circa 46 anni e i gruppi non differivano né per peso, né per malattie concomitanti, né per motivo dell'intervento.

Le differenze tra i gruppi:

- perdita di sangue — 269 contro 358 ml, cioè un quarto in meno
- nausea e vomito — 3,7% contro 12,2%
- ileo paralitico (l'intestino «non riparte») — 2,4% contro 8,9%
- necessità di oppioidi — 10,9% contro 39,7%
- permanenza in terapia intensiva — 17,1% contro 62,8%

- durata del ricovero — 4,6 contro 6,5 giorni
- primo sorso d'acqua — in media dopo 5 ore invece di quasi un giorno intero.

Nelle prime 6–12 ore dopo l'intervento, l'assenza completa di dolore nel gruppo ERAS si è verificata 1,6 volte più spesso e il dolore intenso quasi la metà delle volte (19,5% contro 34,6%). Il catetere vescicale è stato rimosso con un anticipo doppio, i drenaggi 2,7 volte prima, e la funzione intestinale si è ripresa quasi due volte più in fretta.

I risultati migliori gli autori li hanno ottenuti con l'isterectomia vaginale laparoscopicamente assistita: la funzione fisica secondo la scala di qualità della vita SF-36 in queste donne era di circa 26 punti più alta rispetto all'intervento a cielo aperto. È proprio questa tecnica, associata all'ERAS, che i ricercatori indicano come ottimale.

Che cosa sapere in anticipo

Rimettersi in piedi in fretta non significa dimenticare in fretta l'intervento. A un anno dall'operazione, il 39% delle donne era pienamente soddisfatto delle proprie condizioni; le altre riferivano un miglioramento, ma con alcuni disturbi: problemi urinari (35%), disfunzione sessuale (14%), debolezza dei muscoli del pavimento pelvico o prolasso della cupola vaginale (13%). Per questo, dopo un'isterectomia, conviene chiedere al medico della riabilitazione del pavimento pelvico e non rimandare la visita se qualcosa vi preoccupa.

Domande frequenti

Si può davvero bere prima dell'intervento? I liquidi chiari sì, fino a 2 ore prima dell'intervento, se l'anestesista non vi ha dato indicazioni diverse. Il digiuno prolungato non rende l'anestesia più sicura, ma aumenta la debolezza e lo stress.

Non è troppo presto alzarsi il giorno stesso dell'intervento? No. La mobilizzazione precoce riduce il rischio di trombosi, polmonite e ileo paralitico. La prima volta ci si alza con l'aiuto di un'infermiera.

L’ERAS va bene per tutte? La maggior parte degli elementi sì, ma il programma viene adattato alla singola paziente: malattie concomitanti, entità dell’intervento, tipo di analgesia.

Se vi è stato proposto un intervento, cominciate con una visita dal ginecologo: il medico vi spiegherà l’entità dell’operazione e come prepararvi. Sugli interventi programmati nella clinica trovate informazioni nella sezione chirurgia; potete prenotare ai numeri di telefono indicati nella sezione contatti.

Fonti

- Proshchenko O., Ventskivska I., Vasyliuk S., Mykytiuk A. Accelerated rehabilitation after hysterectomy in reproductive age patients. Hellenic Journal of Obstetrics and Gynecology. 2023;22(2):63–75. doi.org/10.33574/hjog.0526 (accesso libero)
- Proshchenko O., Govsieiev D., Vasyliuk S., Mykytyuk A. et al. Perioperative management for gynecological surgery in accelerated rehabilitation programme. HJOG. 2023;22(3):118–130. doi.org/10.33574/hjog.0533 (accesso libero)

L’articolo ha carattere informativo e non sostituisce la visita medica. La strategia di trattamento viene decisa dal medico dopo una visita di persona e gli accertamenti necessari.