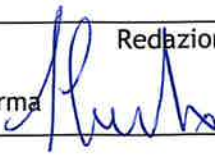
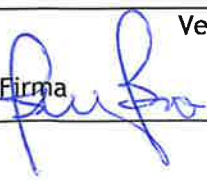


SOMMARIO

1. Tecnica
2. Criteri selezione pazienti
3. Accertamenti preoperatori:
4. Consenso informato
5. Tipo di anestesia
6. Cura
7. Dimissione
8. Riferimenti

Redazione Firma  data 23/10/25	Verifica Firma  data 27/10/25	Approvazione Firma  data 31/10/25
--	---	---

1. TECNICA

La tecnica di endoscopia articolare è ormai una metodica affermata da almeno metà degli anni '90 del secolo scorso e costituisce un imprescindibile strumento per la diagnosi ed il trattamento di numerose patologie articolari traumatiche e degenerative. In particolare consente la diagnosi di lesioni della sinoviale con l'ausilio dell'esame istologico ed il trattamento delle più frequenti lesioni traumatiche e degenerative delle fibro-cartilagini meniscali, di alcune lesioni della cartilagine articolare ed il controllo della riduzione articolare di diverse tipologie di fratture.

La possibilità di non violare chirurgicamente le articolazioni ma di poter procedere a diagnosi e trattamento con procedure mini invasive ha rappresentato un enorme passo avanti ed ha rivoluzionato la tecnica chirurgica in campo ortopedico consentendo un più corretto approccio diagnostico ed un trattamento precedentemente non immaginabile con enorme riduzione dello stress chirurgico, del dolore post operatorio e dei tempi di recupero rispetto a procedure che precedentemente venivano eseguite a cielo aperto.

Nella maggior parte dei casi l'Artroscopia può essere eseguita in regime di Day Surgery o CAC (Chirurgia Ambulatoriale Complessa) con indubbio maggior comfort del paziente rispetto al regime di ricovero e con riduzione dei costi sociali.

2. CRITERI DI SELEZIONE DEI PAZIENTI

- **CLINICI:**

Sono considerati possibili candidati i pazienti ASA I, ASA II ed ASA III con patologie associate di grado severo, in fase di compenso ben controllate dalla terapia.

I pazienti in ASA III trovano indicazione previo accordo tra anestesista e chirurgo quando la patologia di base è stabilizzata e l'intervento non interferisce con essa.

- **SOCIO-FAMIGLIARI:**

Relativamente alla struttura logistica è preferibile che la residenza del paziente non sia lontana rispetto all'ospedale di riferimento e comunque la distanza o il tempo di percorrenza debbono essere tali da permettere un tempestivo intervento in caso di necessità.

E' fondamentale valutare la possibilità per i pazienti di essere assistiti durante il ricovero e dopo l'intervento da un familiare o persona di fiducia opportunamente istruiti che dovranno farsi carico di accompagnare il paziente presso la propria abitazione e garantire tutta l'assistenza necessaria soprattutto nelle prime 24 ore dall'intervento (in modo particolare in caso di intervento su paziente minorenne/pediatrico).

Il paziente deve inoltre poter comunicare telefonicamente con la struttura.

3. ACCERTAMENTI PREOPERATORI

La fase di selezione del paziente deve prevedere:

1. Visita ortopedica in regime ambulatoriale per poter decidere l'idoneità del paziente al trattamento. In tale occasione al paziente vengono illustrate le procedure cui verrà sottoposto anche con l'ausilio di modelli in plastica e/o di materiale descrittivo (compresi file multimediali come immagini/video/animazioni di procedure).

Al paziente viene inoltre consegnato uno stampato con la descrizione delle varie fasi tecniche della procedura.

2. Indagini preoperatorie (esami ematochimici ed ECG) e successiva visita anestesilogica di valutazione del rischio operatorio e della definitiva idoneità del paziente al trattamento chirurgico in regime di day surgery/CAC.
3. Eventuali consulenze specialistiche qualora si rendano necessarie.

4. CONSENSO INFORMATO

Deve prevedere l'assenso all'intervento chirurgico ed il paziente dovrà dimostrare di aver compreso esattamente le istruzioni relative al comportamento domiciliare e dare garanzia di disporre a domicilio di una sufficiente assistenza.

L'informazione deve riguardare:

- Le condizioni cliniche del paziente
- La tecnica chirurgica che verrà adottata, i rischi e le complicanze ad essa connesse e la possibilità che la tecnica venga modificata durante l'intervento qualora l'operatore lo ritenga opportuno.

5. TIPO DI ANESTESIA

- PERIFERICHE (anestesia spinale/spinale selettiva/blocchi periferici con o senza sedazione associata)
- SEDAZIONE PROFONDA (in pazienti selezionati)

6. CURA

All'atto dell'accoglimento del paziente è necessario procedere alla verifica di:

- Dati anagrafici sulla lista operatoria
- Aderenza alle istruzioni preoperatorie e ai requisiti socio-familiari
- Presenza di accompagnatore

7. DIMISSIONE

La dimissione del paziente viene stabilita dal chirurgo che ha effettuato l'intervento o da altro chirurgo da lui delegato in collaborazione con l'anestesista ed è subordinata alla verifica dei seguenti parametri:

- Recupero completo dell'orientamento temporo-spaziale.
- Confermata stabilità cardio-circolatoria.
- Confermato recupero dei riflessi di protezione delle vie aeree ed assenza dei problemi respiratori.
- Ripristino della minzione spontanea.
- Assenza di sanguinamento attivo
- Minima sensazione di dolore e nausea compatibili con una gestione domiciliare.
- Confermata capacità di assumere liquidi.
- Confermata capacità deambulatoria.
- Controllo e medicazione della ferita.
- Confermata presenza di un accompagnatore.
- Assenza di disagio psico-emotivo.

Si garantisce inoltre per le prime 24 ore dall'intervento la continuità delle cure anche al di fuori dell'orario di attività compresi i giorni festivi mediante reperibilità telefonica.

Alla dimissione viene illustrato al paziente il comportamento da mantenersi nel post operatorio sino al controllo da parte dell'ortopedico e viene consegnata copia

dattiloscritta personalizzata della procedura effettuata. Al paziente viene inoltre consegnata una relazione destinata al medico curante composta dai seguenti elementi:

- Breve descrizione dell'intervento chirurgico.
- Eventuali condizioni degne di nota realizzatesi nel peri-operatorio.
- Trattamenti farmacologici consigliati nell'immediato postoperatorio.
- Indicazione della struttura reperibile per ogni eventuale comunicazione compreso recapito telefonico.
- Indicazione della prima visita di controllo e rimozione punti.

8. RIFERIMENTI

- Collopy L. Rodgers, J Williams, N. Jenner, I. Roberts, J. Warden, Clinical indicators for day surgery, Ambulatory Surgery 1999 7 (3), 155-157
- E. Guzzanti, I. Mastrobuono, F. Mastrilli, M.C. Mazzeo; Day Surgery: Concetti e possibilità di attuazione. Federazione medica, 1993 1: 7-13
- Giunta Regionale del Piemonte D.G.R. n. 57 – 3226: Approvazione linee guida regionali per l'attività di Day Surgery.
- Lemos P, Jarrett P, Beverly K. Day Surgery - Development and Practice. International Association for Ambulatory Surgery 2006.
- SICP: Linee guida per la Day Surgery, 2018
- Basile G, Passeri A Amadei F. La valutazione del rischio negli interventi di chirurgia della mano in day surgery o in regime ambulatoriale: implicazioni cliniche e medico legali. Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia 2022;48:24-28; <https://doi.org/10.32050/0390-0134-351>