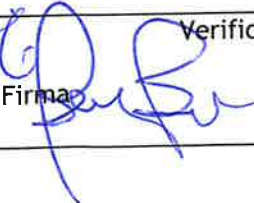


SOMMARIO

1. Selezione interventi chirurgici
2. Criteri di selezione dei pazienti
3. Accertamenti preoperatori
4. Consenso informato
5. Tipo di anestesia
6. Cura
7. Dimissione
8. Riferimenti

Redazione 		Verifica 		Approvazione 	
Firma	data 23/10/25	Firma	data 27/10/25	Firma	data 30/10/25

1. SELEZIONE INTERVENTI CHIRURGICI

- Ernioplastica inguinale con protesi
- Ernioplastica crurale
- Ernioplastica ombelicale
- Asportazione radicale di neoformazioni cutanee e sottocutanee
- Onicectomia e plastica de
-
-
- I letto ungueale
- Crossectomia radicale inguinale e poplitea
- Stripping grande e piccola safena
- Flebectomia
- Trattamento chirurgico delle patologie legate a ulcere venose, anche con innesto cutaneo

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. Il paziente deve inoltre poter comunicare telefonicamente con la struttura.

3. ACCERTAMENTI PREOPERATORI

La fase di selezione del paziente deve prevedere:

- visita chirurgica in regime ambulatoriale per poter decidere l'idoneità del paziente al trattamento.
- indagini preoperatorie e successiva visita anestesiológica di valutazione del rischio operatorio e della definitiva idoneità del paziente al trattamento chirurgico in regime di day surgery.
- 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 (spinali selettive incluse)
- SEDAIONE SUPERFICIALE
- SEDAIONE PROFONDA in pazienti selezionati
- NARCOSI 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
- È opportuno che l'informazione sia accompagnata da una serie di documenti:
 - Scheda informativa con informazioni riguardanti la preparazione all'intervento, la dieta e le modalità di accesso alla struttura.
 - Scheda informativa da consegnare dopo l'intervento nel quale sono riportate le indicazioni post operatorie alle quali il paziente è tenuto ad attenersi.

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
- 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.

Al paziente alla dimissione oltre alla scheda informativa sarà consegnata una relazione destinata al medico curante composta dai seguenti elementi:

- Breve descrizione dell'intervento chirurgico.
- Eventuali condizioni degne di nota realizzatesi nel perioperatorio.

- 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

1. Collopy L. Rodgers, J Williams, N. Jenner, I. Roberts, J. Warden, Clinical dicators for day surgery, Ambulatory Surgery 1999 7 (3), 155-157
2. E. Guzzanti, I. Mastrobuono, F. Mastrilli, M.C. Mazzeo; Day Surgery: Concetti e possibilità di attuazione. Federazione medica, 1993 1: 7-13
3. SICOP: Linee guida per la Day Surgery, 2000
4. Giunta Regionale del Piemonte D.G.R. n. 57 – 3226: Approvazione linee guida regionali per l'attività di Day Surgery.
5. ARESS della Regione Piemonte: Chirurgia ambulatoriale e Day surgery - proposta di linee guida regionali - Revisione del febbraio 2001.
6. D.C.R. n. 616-3149 del 22.2.2000.
7. D.G.R. n. 82-1597 del 5.12.2000.
8. Relazione finale Commissione Ministeriale sulla Day Surgery (istituita con Decreto del Ministero della Sanità 12 settembre 2000), gennaio 2001.
9. Tong KN, Seltzer S, Castle JT. Lipoma of the Parotid Gland. Head Neck Pathol. 2020 Mar;14(1):220-223.
10. Demicco EG. Molecular updates in adipocytic neoplasms☆. Semin Diagn Pathol. 2019 Mar;36(2):85-94.
11. Creytens D. A contemporary review of myxoid adipocytic tumors. Semin Diagn Pathol. 2019 Mar;36(2):129-141.
12. Putra J, Al-Ibraheemi A. Adipocytic tumors in Children: A contemporary review. Semin Diagn Pathol. 2019 Mar;36(2):95-104.
13. Aust MC, Spies M, Kall S, Jokuszies A, Gohritz A, Vogt P. Posttraumatic lipoma: fact or fiction? Skinmed. 2007 Nov-Dec;6(6):266-70.
14. Barisella M, Giannini L, Piazza C. From head and neck lipoma to liposarcoma: a wide spectrum of differential diagnoses and their therapeutic implications. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2020 Apr;28(2):136-143.

15. Panagopoulos I, Gorunova L, Agostini A, Lobmaier I, Bjerkehagen B, Heim S. Fusion of the HMGA2 and C9orf92 genes in myolipoma with t(9;12)(p22;q14). *Diagn Pathol.* 2016 Feb 09; 11:22.
16. Yoshii H, Izumi H, Tajiri T, Mukai M, Nomura E, Makuuchi H. Surgical Resection for Hemorrhagic Duodenal Lipoma: A Case Report. *Tokai J Exp Clin Med.* 2020 Jul 20;45(2):75-80.
17. Pintor-Tortolero J, Martínez-Núñez S, Tallón-Aguilar L, Padillo-Ruiz FJ. Colonic intussusception caused by giant lipoma: a rare cause of bowel obstruction. *Int J Colorectal Dis.* 2020 Oct;35(10):1973-1977.
18. Tjandra D, Knowles B, Simkin P, Kranz S, Metz A. Duodenal Lipoma Causing Intussusception and Gastric Outlet Obstruction. *ACG Case Rep J.* 2019 Nov;6(11):e00157.
19. Burkes JN, Campos L, Williams FC, Kim RY. Laryngeal Spindle Cell/Pleomorphic Lipoma: A Case Report. An In-Depth Review of the Adipocytic Tumors. *J Oral Maxillofac Surg.* 2019 Jul;77(7):1401-1410.
20. Chrisinger JSA. Update on Lipomatous Tumors with Emphasis on Emerging Entities, Unusual Anatomic Sites, and Variant Histologic Patterns. *Surg Pathol Clin.* 2019 Mar;12(1):21-33.
21. Forcucci JA, Sugianto JZ, Wolff DJ, Maize JC, Ralston JS. "Low-Fat" Pseudoangiomatous Spindle Cell Lipoma: A Rare Variant With Loss of 13q14 Region. *Am J Dermatopathol.* 2015 Dec;37(12):920-3.
22. Lichon S, Khachemoune A. Clinical presentation, diagnostic approach, and treatment of hand lipomas: a review. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat.* 2018 Sep;27(3):137-139.
23. Gryglewski A, Wantuch K, Wójciak S, Opach Z, Richter P. Pre-operative ultrasound diagnosis and successful surgery of a stomach incarcerated in epigastric hernia: a rare case report. *Folia Med Cracov.* 2020;60(1):55-60.
24. Johnson CN, Ha AS, Chen E, Davidson D. Lipomatous Soft-tissue Tumors. *J Am Acad Orthop Surg.* 2018 Nov 15;26(22):779-788.
25. Datir A, James SL, Ali K, Lee J, Ahmad M, Saifuddin A. MRI of soft-tissue masses: the relationship between lesion size, depth, and diagnosis. *Clin Radiol.* 2008 Apr;63(4):373-8; discussion 379-80.

26. Drylewicz MR, Lubner MG, Pickhardt PJ, Menias CO, Mellnick VM. Fatty masses of the abdomen and pelvis and their complications. *Abdom Radiol (NY)*. 2019 Apr;44(4):1535-1553.
27. Najaf Y, Cartier C, Favier V, Garrel R. Symptomatic head and neck lipomas. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2019 Apr;136(2):127-129.
28. Kwittken J. Sebaceous cyst: fact, not fiction. *Int J Dermatol*. 1994;33(3):218-219. doi: 10.1111/j.1365-4362.1994.tb04990.x.
29. Nakamura M. Treating a sebaceous cyst: an incisional technique. *Aesthet Plast Surg*. 2001;25(1):52-56. doi: 10.1007/s002660010095.
30. Klin B, Ashkenazi H. Sebaceous cyst excision with minimal surgery. *Am Fam Physician*. 1990;41(6):1746-1748.
31. Moore C, Greer DM. Sebaceous cyst extraction through mini-incisions. *Br J Plast Surg*. 1975;28(4):307-309. doi: 10.1016/0007-1226(75)90040-5.