



# SCHEDE di CHIRURGIA per TECNICI VETERINARI

**Paola Rueca**

*infermiera veterinaria*

*Roma*

POLETTO  
EDITORE



# Presentazione

Rileggo la prefazione al volume *Tecniche infermieristiche* e la trovo attuale: validità e indispensabilità del tecnico veterinario sono sempre più vere. Solo un atteggiamento reazionario può controbattere questa filosofia.

*Schede di chirurgia per tecnici veterinari* è un testo innovativo, probabilmente rivoluzionario e va a completare un lavoro di oltre trent'anni. La filosofia è quella di incrementare la conoscenza del tecnico veterinario, portandolo alla conoscenza profonda degli interventi chirurgici e delle loro fasi.

In questi anni Aldo Vezzoni mi ha suggerito di leggere *Check list* di Atul Gawande. Illuminante!

Qualunque procedura (dal decollo di un aereo, alla preparazione di una torta, a un intervento chirurgico, che sia una ovarioisterectomia o una protesi d'anca) può avere complicazioni, che possono essere drasticamente ridotte, seguendo una *check list*.

Ecco che il tecnico veterinario è la figura ideale, se viene coinvolto, a preparare l'intervento dalla A alla Z, dal posizionamento alle fasi della procedura stessa, se tutto è scritto codificato in schede precise e complete. Questo credo sia l'obiettivo che questo testo ha centrato: l'interazione chirurgo veterinario-tecnico veterinario diventa ideale.

MATTEO TOMMASINI DEGNA  
*medico chirurgo veterinario*  
*Dipl ECVS*  
*Chirurgia Veterinaria Percha*  
*Perca (Bolzano)*

Perca (Bolzano), aprile 2026

# Prefazione

La decisione di realizzare questo libro è maturata progressivamente nel tempo, come naturale evoluzione del mio percorso professionale. Lavoro da molti anni nel settore e mi sono specializzata in chirurgia, ambito che ha sempre rappresentato per me non solo un interesse professionale, ma una vera e propria passione. Nel corso degli anni, in particolare durante il periodo in cui ho ricoperto il ruolo di caposala di chirurgia, ho avuto l'opportunità di collaborare con numerosi colleghi e di partecipare attivamente alla formazione di molti operatori. Da questa esperienza è emersa con chiarezza la necessità di disporre di procedure operative condivise e standardizzate: ritengo, infatti, che solo attraverso un'organizzazione strutturata sia possibile garantire un servizio di qualità, assicurare il corretto svolgimento delle attività e tutelare sicurezza e benessere sia dei pazienti sia di tutti gli operatori coinvolti.

Da questa esigenza hanno preso forma le prime schede dedicate agli interventi più complessi. Con il tempo, tali schede si sono trasformate in una raccolta organica di riferimento, che i colleghi hanno definito il "libro sacro": uno strumento pratico e facilmente consultabile, pensato per offrire indicazioni essenziali e un supporto concreto nell'affrontare i diversi interventi chirurgici.

Il confronto con altre realtà professionali ha ulteriormente rafforzato in me la convinzione dell'utilità di un manuale di questo tipo, capace di contribuire a rendere il lavoro quotidiano più uniforme, consapevole ed efficace.

Desidero fare alcune precisazioni in merito allo sviluppo delle schede. Molte risultano applicabili sia al cane sia al gatto e, per questo motivo, non ho ritenuto necessario specificare sempre la specie di riferimento, preferendo un approccio generale dove possibile. In altri casi, invece, le schede sono state dedicate in modo specifico a una singola specie, poiché riguardano interventi esclusivi. Alcune schede presentano immagini identiche, in quanto il posizionamento risulta invariato e non è stato ritenuto utile differenziarle.

Questo manuale vuole rappresentare un punto di partenza: una base solida e strutturata sulla quale ciascun professionista potrà costruire, adattare e sviluppare il proprio personale "libro sacro". L'intento è quello di continuare ad arricchirlo nel tempo, affinché possa diventare sempre più completo e rispondente alle esigenze operative della pratica quotidiana.

Buon lavoro a tutti.

PAOLA RUECA

Roma, aprile 2026

# SCHEDA E Set per laparoscopia

- 3 manici *click-line* (2)
- 3 camicie per pinze *click-line* (4)
- 1 pinza da biopsia (12)
- 1 pinza da presa Babcock (16)
- 1 pinza da preparazione e presa Kelly (13)
- 1 pinza con denti atraumatici fenestrata (15)
- 1 pinza da presa angolata (14)
- 1 forbice Metzenbaum (11)
- 1 portaghi destro e 1 sinistro (5)
- 1 palpatore (3)
- 1 retrattore a ventaglio (7)
- 3 trocar 5 mm (1)
- 1 trocar 11 mm (6)
- cavo di fibre ottiche (8)
- cavo per CO<sub>2</sub> (9)
- raccordi supplementari relativi al cavo per CO<sub>2</sub> (10)

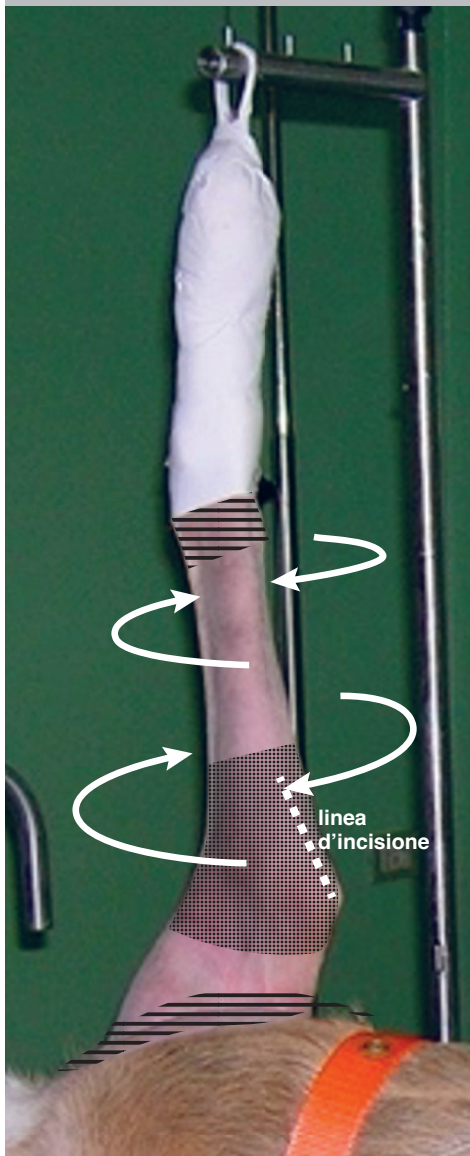



- Si seleziona il tipo di *scrub* (scheda 1) che si vuole eseguire e si prepara il materiale necessario.


### Procedura

- Eseguire la scarpetta (scheda 6) con garza e cerotto sulla parte distale dell'arto.

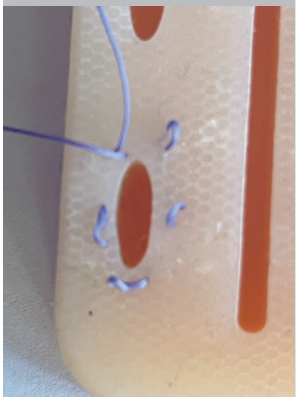
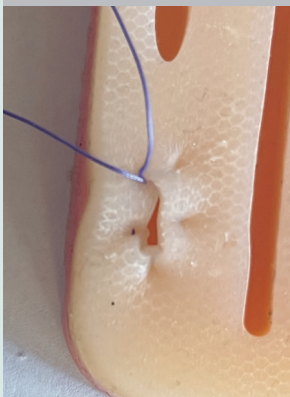
FIGURA 1




 periferia dell'area di *scrub*:  
 prossimale e distale (in prossimità del cerotto)


 area centrale dello *scrub*

- Posizionare il corpo del paziente nella posizione idonea all'intervento da eseguire.
- Appendere l'arto all'asta di trazione.
- Spruzzare il cerotto con la soluzione alcolica di clorexidina.
- Suddividere simbolicamente l'area in due parti, considerando come centro la linea d'incisione e due periferie, una che confina con il cerotto della scarpetta e una che è rappresentata dal margine del pelo.
- Iniziare lo *scrub* partendo dal punto d'incisione con movimenti rotatori prima in una direzione (verso il cerotto).
- Quando si arriva in prossimità del cerotto, si gettano le garze.
- Procedere quindi dal punto d'incisione con movimenti rotatori verso l'altra periferia (il margine del pelo).
- Quando si arriva in prossimità del pelo, si gettano le garze.
- Eseguire gli stessi movimenti con garze imbevute di sola soluzione fisiologica, prima nella direzione del cerotto e secondariamente (con nuove garze pulite) nella direzione del pelo, come indicato dalle frecce in **figura 1**.
- Alternare per 3 volte (fino a 5, se necessario) i passaggi con garze imbevute di clorexidina saponosa e con quelle imbevute di soluzione fisiologica.
- Terminati i passaggi necessari, prendere con la mano non sterile lo spray di clorexidina alcolica ed erogarla sulla cute in maniera uniforme.
- Chiudere la confezione di garze.
- Gettare le garze utilizzate e il guanto.
- Sistemare e rifornire il carrellino dello *scrub*.

**FIGURA 1****FIGURA 2****FIGURA 3**

- Procedere allo svuotamento dell'ampolla rettale.
- Inserire garze pulite (eventualmente leggermente inumidite) nell'ampolla rettale.
- Eseguire una borsa di tabacco (**figure 1-3**).
- Applicare un promemoria sul paziente (nastro al collo, cerotto su un orecchio o altro) per ricordarsi di rimuovere la borsa e le garze inserite.
- Ripulire la superficie cutanea da eventuali detriti prima di portare la paziente in sala operatoria.
- Chiudere la busta dei rifiuti ed eliminarla in maniera adeguata.

### Il opzione, paziente maschio

- Lavarsi le mani.
- Indossare due paia di guanti.
- Posizionare la busta per i rifiuti in prossimità del paziente.
- Prendere della carta e svuotare le ghiandole perianali.
- Gettare la carta con il materiale raccolto nell'apposita busta.
- Procedere allo svuotamento dell'ampolla rettale.
- Inserire garze pulite (eventualmente leggermente inumidite) nell'ampolla rettale.
- Eseguire una borsa di tabacco.
- Applicare un promemoria sul paziente (nastro al collo, cerotto su un orecchio o altro) per ricordarsi di rimuovere la borsa e le garze inserite.
- Ripulire la superficie cutanea da eventuali detriti prima di portare il paziente in sala operatoria.
- Chiudere la busta dei rifiuti ed eliminarla in maniera adeguata.

## POSIZIONAMENTO

### Indicazioni

- L'area perineale è una zona che richiede un posizionamento particolare per garantire buona esposizione della parte e corretto accesso chirurgico.

### Occorrente

- tavolo inclinato in posizione Trendelenburg (margine caudale più alto rispetto al margine craniale)

# 17 Fasciatura di gomito e omero

## Indicazioni

- È importante che la fasciatura comprenda:
  - articolazione a monte (scapolomeroale);
  - torace;
  - due terzi dell'avambraccio o tutto l'avambraccio.

## Occorrente

- *Vedere* scheda 14.

## Procedura

- Lavarsi le mani.
- Indossare i guanti.
- Pulire la cute con soluzione fisiologica o acqua ossigenata, se è sporca di sangue. Attenzione a non passare l'acqua ossigenata direttamente sulla ferita.
- Procedere alla medicazione della parte interessata (scheda 13).
- Srotolare la benda coesiva pesante o leggera da utilizzare e riavvolgerla nuovamente per limitarne la tensione.
- Procedere all'esecuzione della fasciatura in base alle indicazioni (benda coesiva pesante o leggera - scheda 14).
- Preparare due strisce di cerotto lunghe il doppio della parte da fasciare e applicarle sulle superfici mediale e laterale dell'arto. Metà del cerotto andrà oltre l'arto e si farà aderire l'uno contro l'altro (leggermente sfalsati) (**figura 1**).

FIGURA 1



- **Applicare l'ovattina (cotone di Germania) sulla parte, partendo dall'estremità distale, fino a ricoprire tutto l'arto e il torace. L'arto deve aderire al torace e diventare un tutt'uno con esso.**
- **Si deve fare attenzione per evitare che la fasciatura possa arrivare a fare leva sulla rima di frattura.**
- **Il coinvolgimento del torace prevede il passaggio di ovattina e benda coesiva leggera a incrocio intorno a entrambi gli arti anteriori a fasi alterne, per evitare lo scivolamento della fasciatura.**
- **Fare sempre attenzione alla tensione esercitata sul torace.**
- **Verificare che la fasciatura non crei attrito a livello ascellare; in caso contrario, rifilare i margini del bendaggio e rifinire con una striscia di cerotto.**

# 25 Castrazione

## GATTO

### Gestione del paziente

- Visita con il medico interno, con esecuzione di esami del sangue (da integrare in base al caso).
- Digiuno di 8 ore da cibo; acqua a disposizione fino a 2 ore prima in piccole quantità.

### Tricotomia

- Tosare lo scroto
  - *marginale craniale*: 1-2 cm cranialmente allo scroto;
  - *marginale caudale*: 1 cm caudalmente allo scroto;
  - *margini laterali*: lungo il margine scrotale.

### Posizionamento del paziente e preparazione della sala

- Decubito dorsale o laterale in base alla preferenza del chirurgo con arti posteriori divaricati.
- Centrare il tavolo con le scialitiche in base al punto d'incisione.
- Sistemare in sala:
  - materiale per lo *scrub*;
  - un servitore a braccio;
  - traversa sul tavolo.
- Procedere con lo *scrub* chirurgico.

### Materiale necessario

- guanti sterili
- lama da bisturi numero 10
- telino di piccole dimensioni con fenestrazione centrale
- *se necessario*
  - 1 pinza Mosquito;
  - filo di sutura riassorbibile EP 2 o 1,5.



### Fasi chirurgiche

- Tutto il materiale viene aperto a inizio intervento e si resta a disposizione in caso di necessità o complicazioni.

### Fase post-operatoria

- Collaborare con il chirurgo alla compilazione della cartella chirurgica.
- Raccogliere tutta la documentazione per consegnarla al cliente alla dimissione.
- Pulire la sala operatoria (o preanestesia).
- Pulire, disinfettare e sterilizzare tutto il materiale usato.

## Gestione del paziente

- La gestione del paziente varia in base all'eventuale condizione di urgenza.
- In caso di urgenza, il paziente entrerà in chirurgia in seguito a stabilizzazione e lavanda gastrica.
- In caso di gastropessi preventiva, il paziente effettuerà visita con il medico interno, con esecuzione di esami del sangue (da integrare in base al caso).
- Digiuno di 8 ore da cibo; acqua a disposizione fino a 2 ore prima in piccole quantità.

## Tricotomia

- Tosare tutto l'addome
  - *marginie craniale*: 5 cm oltre la cartilagine xifoidea;
  - *marginie caudale*: piatto delle cosce e confine della zona perineale;
  - *margini laterali*: oltre la metà delle superfici laterali.

## Posizionamento del paziente e preparazione della sala

- Decubito dorsale con arti anteriori estesi cranialmente e arti posteriori estesi caudalmente.
- In caso di conosciuta artrosi alle anche, posizionare alcuni cuscinetti sotto gli arti posteriori per evitare eccessiva sollecitazione.
- Centrare il tavolo, ovvero la zona corrispondente all'area chirurgica (in questo caso centrare all'altezza delle ultime costole), con il centro delle scialitiche.
- Sistemare la placca dell'elettrobisturi in prossimità del sito d'intervento e verificare il funzionamento dell'apparecchio (applicare carta bagnata o gel tra placca e paziente per favorire la conduzione).
- Montare e verificare il funzionamento dell'aspiratore chirurgico; predisporre un secondo calice pronto in caso di necessità.
- Sistemare in sala:
  - aspiratore montato;
  - elettrobisturi pronto;
  - generatore per dispositivo bipolare avanzato pronto all'uso (in caso di contemporanea splenectomia);
  - materiale per lo *scrub*;
  - ciotola per i rifiuti del campo operatorio;
  - un servitore a ponte;
  - archetto alzatelo in corrispondenza della testa del paziente;
  - traversa sul tavolo operatorio.
- Procedere con lo *scrub* chirurgico.

## Materiale necessario

- 2 camici sterili + guanti sterili
- set 5 teli 100 x 120 cm
- set standard con aspiratore fenestrato (Poole)  
(*Set chirurgico* - scheda B)
- manipolo per elettrobisturi
- manici per le scialitiche
- lama da bisturi numero 10
- nylon EP 0 o 1
- ago da 16 o 18 G per decomprimere lo stomaco in caso di necessità (gastropessi d'urgenza)
- *se necessario*
  - siringa sterile da 60 ml;
  - soluzione Ringer lattato sterile da 500 ml a temperatura controllata (38 °C);
  - ciotola sterile;
  - divaricatore addominale, tipo Balfour o Gosset;
  - dispositivo bipolare avanzato;
  - confezioni di garze supplementari;
  - garze laparotomiche.

## Gestione del paziente

- Visita con il medico interno, con esecuzione di esami del sangue (da integrare in base al caso).
- Digiuno di 8 ore da cibo (se il paziente è cucciolo, il digiuno si riduce a 4 ore); acqua a disposizione fino a 2 ore prima in piccole quantità.

## Tricotomia

- Tosare il treno posteriore
  - *marginale prossimale*: margine delle ali dell'ileo;
  - *marginale caudale*: variabile in base al tipo di lesione; la lesione e la parte restante di coda possono non essere tostate ed essere coperte con la benda coesiva pesante.

## Posizionamento del paziente e preparazione della sala

- Decubito sternale (può essere utile posizionare uno spessore sotto il muso del cane).
- Tavolo leggermente inclinato in posizione Trendelenburg.
- Arti posteriori lasciati sospesi fuori dal tavolo o raccolti sotto il bacino.
- Prestare particolare cura nell'imbottire il bordo del tavolo per evitare danni da compressione a livello inguinale.
- Coda sospesa tramite scarpetta collegata all'asta per la flebo (**figura 1**).
- Sistemare in sala:
  - materiale per lo *scrub*;
  - aspiratore montato;
  - placca dell'elettrobisturi in prossimità del sito d'intervento e verificare il funzionamento dell'apparecchio (applicare carta bagnata o gel tra placca e paziente per favorire la conduzione);
  - ciotola per i rifiuti del campo operatorio;
  - caricare le radiografie o il referto TC sul computer (se necessario);
  - un servitore a ponte;
  - traversa sul tavolo;
  - archetto alzatelo in corrispondenza della testa del paziente.

FIGURA 1



- archetto alzatelo in corrispondenza della testa del paziente;
- inserire in acido peracetico l'ottica per laparoscopia (lineare od operativa), con eventuali rubinetti aperti, quando si sta entrando in sala; attenzione a saturare il canale operativo con una siringa pronta all'uso;
- preparare il materiale per il risciacquo (guanti sterili e soluzione fisiologica da 250 ml).
- Procedere con lo *scrub* chirurgico.

### Materiale necessario

- 2 camici sterili + guanti sterili
- set 3 teli
  - 2 teli 90 × 100 cm;
  - 1 telo 200 × 200 cm;
- set standard con aspiratore lineare (Frazier) (*Set chirurgico* - scheda B)
- manici per le scialitiche
- lama da bisturi numero 11
- ottica (lineare od operativa, a discrezione del chirurgo)
- occorrente antiappannante
  - soluzione fisiologica sterile da 250 ml calda e ciotola sterile piccola;
- oppure*
  - soluzione antiappannante e siringa da 1 ml;
- oppure*
  - soluzione di iodopovidone e siringa da 2,5 ml;
- set per laparoscopia (*Set chirurgico* - scheda E)
- dispositivo bipolare avanzato
- trocar grande (se si utilizza l'ottica operativa)
- guaina per la telecamera
- filo di sutura riassorbibile EP 4 o 3,5 o 3, a seconda delle dimensioni del paziente (chiedere al chirurgo)

### Fasi chirurgiche

#### ■ Preparazione del campo operatorio

- Si contano ferri e garze.
- Si collega e si accende il dispositivo bipolare avanzato.
- Si collega il cavo a fibre ottiche alla fonte di luce, accendendola.
- Si collega il cavo di CO<sub>2</sub> alla pompa dell'insufflatore
  - si apre la bombola di CO<sub>2</sub>;
  - si impostano pressione e flusso di CO<sub>2</sub>;
  - si avvia il flusso di CO<sub>2</sub>.
- S'indossa un guanto sterile e si apre una soluzione fisiologica da 250 ml per risciacquare l'ottica (prestare particolare attenzione al canale operativo).
- Si porta l'ottica in sala sul servitore sterile.
- Si veste la telecamera con la guaina.
- Si esegue il bilanciamento del bianco.
- Si fornisce tutto il materiale richiesto.

#### ■ Accesso all'addome

- Il chirurgo procede all'inserimento del/dei trocar.
- Il paziente viene ruotato sul fianco sinistro per consentire di evidenziare l'ovaio destro.
- Dopo l'applicazione della sutura di stazionamento, il chirurgo procede a distacco e rimozione in sicurezza dell'ovaio grazie al dispositivo bipolare avanzato.
- Il paziente viene ruotato successivamente sul fianco destro per esporre l'ovaio sinistro.

# 55 Occlusione del dotto arterioso pervio

## Gestione del paziente

- Visita con il cardiologo, con esecuzione di ecocardiogramma, elettrocardiogramma ed esami del sangue (da integrare in base al caso).
- Digiuno di 8 ore da cibo (se il paziente è cucciolo, il digiuno si riduce a 4 ore); acqua a disposizione fino a 2 ore prima in piccole quantità.

## Tricotomia

- Tosare il piatto delle cosce (iniziando dall'area femorale destra)
  - *marginale craniale*: esteso fino a tutto l'inguine;
  - *marginale ventrale*: area peniena o base della vulva;
  - *marginale caudale della coscia*: angolo femorotibiale.



## Posizionamento del paziente e preparazione della sala

- Tavolo in posizione centrale ruotato di 90°, sul quale sarà posizionato un piano aggiuntivo grande (200 x 50 cm).
- Decubito destro:
  - corpo del paziente posto sulla porzione sinistra del tavolo;
  - testa rivolta verso l'estremità sinistra del tavolo (la porzione destra del tavolo sarà quella su cui poggiano le sonde e gli strumenti);
  - arto posteriore destro legato in estensione distale senza eccessiva tensione;
  - arto posteriore sinistro sollevato e legato in posizione laterodistale (il ginocchio dev'essere leggermente flesso e la cute non tesa).
- Centrare il tavolo, ovvero la zona corrispondente all'area chirurgica (posizionare sul femore), con il centro delle scialitiche.
- No elettrobisturi.
- No aspiratore.
- Verificare che la posizione del carrello di anestesia sia idonea (in prossimità dell'estremità destra del tavolo) e che lo stesso non risulti troppo vicino al tavolo operatorio, risultando d'ingombro ai cardiologi interventisti.

# 60 Dotto arterioso persistente

## Gestione del paziente

- Visita con il medico interno, con esecuzione di esami del sangue (da integrare in base al caso), e visita cardiologica con ecocardiogramma.
- Digiuno di 8 ore da cibo (se il paziente è cucciolo, il digiuno si riduce a 4 ore); acqua a disposizione fino a 2 ore prima in piccole quantità.

## Tricotomia

- Tosare tutto l'emitorace interessato (*vedere schema*)
  - *margine craniale*: 5 cm cranialmente all'ascella;
  - *margine caudale*: 8 cm oltre l'ultima costola;
  - *margine dorsale*: 2-4 cm oltre la colonna;
  - *margine ventrale*: 2-4 cm oltre lo sterno.

## spazi intercostali per accesso al torace (i valori tra parentesi indicano l'accesso opzionale)

	cuore	dotto arterioso persistente	arco aortico destro persistente	valvola polmonare	polmoni			esofago		vena cava craniale	vena cava caudale
					lobo craniale	lobo intermedio	lobo caudale	tratto craniale	tratto caudale		
					IV-VI						
<i>emitorace sinistro</i>	IV-V	IV (V)	IV	IV	IV-V	–	V (VI)	III-IV	VII-IX	(IV)	(VI-VII)
<i>emitorace destro</i>	IV-V	–	–	–	IV-V	V	V (VI)	–	VII-IX	(IV)	VI-VII

L'accesso alle strutture contenute in cavità toracica può essere effettuato sia a destra sia a sinistra, a livello di III-IX spazi intercostali; la sede di accesso viene definita in modo specifico in base alla struttura d'interesse, qualora sia necessario o indicato intervenire su un'area in particolare.

## Posizionamento del paziente e preparazione della sala

- Decubito laterale con arto anteriore esteso in avanti senza eccessiva tensione.
- Sistemare la placca dell'elettrobisturi in prossimità del sito d'intervento e verificare il funzionamento dell'apparecchio (applicare carta bagnata o gel tra placca e paziente per favorire la conduzione).
- Montare e verificare il funzionamento dell'aspiratore chirurgico.
- Sistemare in sala:
  - materiale per lo *scrub*;
  - ciotola per i rifiuti del campo operatorio;
  - caricare le immagini ecografiche sul computer;
  - un servitore a ponte;
  - traversa sul tavolo operatorio;
  - archetto alzatelo in corrispondenza della testa del paziente (attenzione che non disturbi il chirurgo).
- Procedere con lo *scrub* chirurgico.

## Gestione del paziente

- Visita con ortopedico e medico interno, con esecuzione di esami ematochimici.
- RX preoperatoria (in sede di visita - eventualmente da ripetere il giorno dell'intervento chirurgico, se risulta troppo datata o non corretta come posizionamento) in due o tre proiezioni. Può essere eseguita anche una ricostruzione con TC. Le RX da eseguire sono le seguenti:
  - anteroposteriore del bacino;
  - laterolaterale del bacino;
  - laterolaterale del bacino obliqua.
- **In caso di dubbi (per esempio, su quale lato sia il distacco), chiamare il chirurgo.**

## Tricotomia

- Tosare il bacino
  - *margini prossimale*: fino all'arcata costale;
  - *margini caudale*: fino all'area perianale e parte della coda;
  - *margini laterali*: fino al ginocchio su entrambi i lati.
- In seguito alla tricotomia, si deve effettuare lo svuotamento dell'ampolla rettale e delle ghiandole perianali e applicare una borsa di tabacco (apporre un promemoria per la rimozione - per esempio, fiocco al collare, cerotto su un orecchio).

## Posizionamento del paziente e preparazione della sala

- Decubito sternale con:
  - cuscinetto sotto il bacino abbastanza alto, in modo da avere le ginocchia che appena sfiorano il tavolo;
  - arti anteriori in posizione fisiologica;
  - può essere indicato fare la "scarpetta" sulla coda e appenderla (scheda 6).

