**Unità Operativa/Divisione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Direttore/Responsabile: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Dichiarazione di avvenuta informazione ed espressione del consenso all'atto medico-chirurgico nei casi di PATOLOGIA a carico del SURRENE***

COGNOME E NOME DEL PAZIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COGNOME E NOME DEL MEDICO DELL’U.O. CHE FORNISCE L’INFORMAZIONE E ACQUISISCE IL CONSENSO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA, ORA E LUOGO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO, PREVIA INFORMATIVA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiaro di voler essere edotto delle informazioni necessarie al rilascio del consenso al trattamento proposto, di voler non voler coinvolgere o incaricare in mia vece il familiare Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o convivente Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o fiduciario Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

A seguito delle informazioni somministrate, dichiaro di essere stato/a informato/a in modo completo, chiaro e per me comprensibile della patologia da cui sono affetto/a che consiste in:

* **NEOFORMAZIONE BENIGNA,**
* **NEOFORMAZIONE MALIGNA,**
* **NEOFORMAZIONE METASTATICA,**
* **NEOFORMAZIONE SURRENALICA IPERFUNZIONE**
* **ALTRO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

con caratteristiche di: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In presenza di fattori aggravanti:

**□ SI** (sanguinamento, altro)

**□ NO**

Sono stato/a informato/a che per la patologia sospettata l’intervento chirurgico potrebbe consistere in: una **SURRENECTOMIA**, ovvero l'asportazione completa o parziale di uno o di entrambi i surreni, nelle sue possibili varianti tecniche:

* **SURRENECTOMIA MONOLATERALE DESTRA** □ **SINISTRA** □
* **SURRENECTOMIA PARZIALE DESTRA** □ **SINISTRA** □
* **SURRENECTOMIA BILATERALE**

MEDIANTE APPROCCIO**:**

* **TRANSPERITONEALE LATERALE**
* **RETROPERITONEALE**
* **TRANSPERITONEALE ANTERIORE**
* □ **MEDIANTE APPROCCIO ROBOTICO**
* □ **MEDIANTE APPROCCIO LAPAROTOMICO**
* □ **MEDIANTE APPROCCIO LOMBOTOMICO**
* **ALTRO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

L’intervento chirurgico propostomi sarà eseguito con approccio chirurgico:

□ **LAPAROTOMICO**  □ **VIDEOLAPAROSCOPICO** □ **ROBOTICO**

Inoltre sono stato/a edotto/a che:

* L’intervento potrebbe non risolvere completamente il quadro di iperfunzione surrenalica per l’iperplasia compensatoria della ghiandola controlaterale. In particolare non è possibile prevedere una risoluzione completa e certa del quadro di ipertensione arteriosa, ove presente, anche per la contemporanea coesistenza di un quadro di ipertensione arteriosa essenziale.
* nel caso in cui venga sottoposto/a ad intervento di rimozione di un surrene patologico secernente corticosteroidi della necessità di assumere una terapia steroidea sostitutiva, per un periodo variabile, anche a vita, soprattutto in caso di surrenectomia bilaterale, al fine di prevenire un ipocorticosurrenalismo acuto postoperatorio.

Dichiaro di aver ricevuto esaurienti spiegazioni con particolare riguardo a: diagnosi, prognosi, benefici e rischi sia degli accertamenti diagnostici sia dei trattamenti sanitari indicati. Mi sono state illustrate le possibili alternative, le conseguenze del mio rifiuto dei trattamenti e/o accertamenti diagnostici, nonché della mia rinuncia agli stessi.

Mi è stato spiegato che ho diritto di rifiutare in tutto o in parte gli accertamenti diagnostici o i trattamenti o revocare il consenso prestato e mi sono state illustrate le conseguenze di tali decisioni.

Mi è stato spiegato che ho diritto di rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni o indicare una persona incaricata di riceverle e di esprimere il consenso in mia vece e che tutto sarà annotato in cartella e nel fascicolo sanitario.

**Dichiaro di aver compreso che durante l’intervento chirurgico potrebbe rendersi necessario modificare la strategia chirurgica** sulla base della valutazione intraoperatoria della cavità addominale.

Mi è stato illustrato con chiarezza che potrebbe rendersi necessaria, in caso di intervento iniziato per via laparoscopica e/o robotica, per impedimenti di carattere tecnico, legati al paziente (ad esempio motivi cardio-respiratori) o di altra natura, **una conversione in laparotomia** (solitamente con un’incisione verticale al centro dell’addome o in altre sedi a discrezione del chirurgo), per poter addivenire alla corretta diagnosi e/o al fine di concludere l’intervento in sicurezza.

Dichiaro di essere stato/a informato/a sulla patologia da cui sono affetto/a, sugli eventuali trattamenti terapeutici possibili e sugli interventi chirurgici che vengono attualmente posti in essere secondo le linee guida nazionali ed internazionali per il trattamento della patologia di cui sono affetto. Sono altresì a conoscenza che ogni trattamento viene eseguito in scienza e coscienza non solo in base alla patologia ma anche in base alle caratteristiche del paziente stesso (età, comorbidità, rischi chirurgici ed anestesiologici).

Mi hanno attentamente spiegato che verrò sottoposto ad un intervento chirurgico e che i sanitari metteranno in atto tutte le conoscenze a loro disposizione al fine di ottenere il risultato migliore possibile e cercando di ridurre al massimo i fattori di rischio per la mia persona che non è possibile comunque mai azzerare.

Mi è stata fornita una chiara spiegazione riguardante il tipo di intervento, le finalità, i benefici, gli eventuali rischi, le possibili menomazioni che potrebbero derivare dall'intervento chirurgico al quale mi sottoporrò e che esiteranno una o più cicatrici.

Sono stato informato in modo chiaro ed esaustivo riguardo alle eventuali complicanze e/o conseguenze che possono derivare dall'intervento chirurgico proposto, indipendentemente dalla corretta esecuzione della procedura, di seguito elencate in modo esemplificativo e non esaustivo:

**PROBABILI (1-6,8%)**

* **Emorragie ed ematomi postoperatori intraperitoneali o retroperitoneali** che possono richiedere emotrasfusioni,procedure di radiologia interventistica e/o re-interventi chirurgici.
* **Lesioni vascolari intraoperatorie di grossi vasi sanguigni arteriosi e/o venosi** che potrebbe rendere necessario e immediata la conversione con approccio tradizionale. Le emorragie maggiori possono verificarsi soprattutto in corso di surrenectomia destra, poiché si lavora a stretto contatto con la vena cava inferiore, la maggiore vena del corpo umano. Ulteriori strutture vascolari suscettibili di una potenziale lacerazione sono la vena surrenalica, la vena renale di sinistra e la vena diaframmatica inferiore sinistra.
* **Infezioni o deiscenze delle ferite chirurgiche**, che possono richiedere antibioticoterapie e/o medicazioni avanzate. Più frequenti nei casi di approcci chirurgici open (laparotomici o lombotomici).
* **Infezioni:** che possono essere localizzate e interessare il sito chirurgico intraddominale oppure, nelle forme più gravi sistemiche. Normalmente vengono trattate conservativamente attraverso una terapia antibiotica. Le forme localizzate possono manifestarsi con la **formazione di raccolte o di ascessi intra-addominali** che possono richiedere antibioticoterapia associato a trattamenti di drenaggio percutaneo o più raramente un re-intervento chirurgico. L’eventualità più pericolosa è rappresentata dalla infezioni sistemiche di cui, la sepsi urinari (<3% dei casi), cioè un infezione delle vie urinarie con i batteri che raggiungono e invadono il torrente circolatorio è la causa più comune e colpisce tipicamente i pazienti più defedati o con plurime comorbidità.
* **L’insorgenza di alterazioni intraoperatorie della pressione arteriosa (crisi ipertensive, ipotensione),** con possibile insorgenza di accidenti cerebro-cardio-vascolari (ictus cerebrali, aritmie cardiache, infarto miocardio, scompenso cardiaco), soprattutto in caso di intervento per Feocromocitoma.
* **Disturbi elettrolitici:** sono una complicanza metabolica relativa alla carenza degli ormoni prodotti dalla ghiandola surrenalica che regolano i livello di sodio e potassio nel sangue. Gli squilibri idroelettrolitici di più comune riscontro sono l’ipokaliemia e l’iponatriemia. Entrambe le condizioni vengono trattate attraverso l’infusione di farmaci e soluzioni specifiche volte al ripristino die valori di normalità.
* **Complicanze sistemiche a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello** possono verificarsi, soprattutto in soggetti anziani e/o con importanti malattie d’organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiologica, chirurgica, farmacologica.

**POCO PROBABILI (0.9-0,3%)**

* **Lesioni della milza,** in corso di surrenectomia sinistra, con conseguente eventualità di dover praticare una splenectomia, ovvero l’asportazione della milza; tale intervento può comportare nel postoperatorio un incremento della concentrazione di piastrine nel sangue, con rischio di trombosi, e disturbi dell’immunità e con aumentato rischio di infezioni da parte di batteri capsulati (incremento del 5% in tutta la vita rispetto alla popolazione generale).
* **Lesioni pancreatiche,** in corso di surrenectomia sinistra, che può esitare in una  **pancreatite acuta.** Si tratta di una complicanza medica grave che verrà trattata con terapia medica specifica Nei casi più gravi gli enzimi pancreatici possono essere direttamente rilasciati all’interno della cavità addominale, a seguito della lesione provocata, determinando una **fistola pancreatica** (0,6% ).
* **Torsioni del blocco spleno-pancreatico** in caso di non adeguato riposizionamento di milza e coda pancreas in corso di surrenectomia sinistra con ischemia di tali organi e necessità di reintervento chirurgico.
* **Lesioni renali** a carico del parenchima o delle strutture vascolari del peduncolo renale e/o di rami polari accessori che potrebbero danneggiarlo nella sua funzionalità complessiva.
* **Lesioni diaframmatiche**: Il diaframma è un organo muscolare che separa torace dalla cavità addominale. La sua accidentale lesione può determinare un versamento di sangue e liquido tra i due foglietti della pleura **(versamento pleurico)** oppure di aria **(pneumotorace)**. Queste complicanze si possono verificare soprattutto in seguito a surrenectomia laparoscopica oppure open per via lombotomica. Piccoli pneumotoraci possono essere trattati con la semplice osservazione, mentre pneumotoraci di maggiori dimensioni possono richiedere il posizionamento di un drenaggio pleurico.
* **Lesioni di visceri cavi**, il più delle volte dovute alla lisi delle aderenze presenti. Le perforazioni dell’ileo (intestino tenue) o del colon (intestino crasso) sono incidentali. Se minima, la lesione è suturata nel corso dell'intervento stesso; quando è invece di dimensioni maggiori, la sola sutura dell’organo non dà sufficienti garanzie e si è soliti confezionare una ileostomia/colostomia temporanea (sacchetto per le feci sulla parete addominale) per permettere una più sicura guarigione, che avviene in alcuni mesi.
* **Crisi addisoniana o ipocorticosurrenalismo acuto,** ovvero un corredo sintomi tali da influenzare l’emodinamica e lo stato neurologico del paziente conseguente ad una ridotta o assente produzione di corticosteroidi che potrebbe osservarsi nei casi di surrenectomia bilaterale o monolaterale per asportazione di neoformazioni secernenti corticosteroidi con una inadeguata copertura farmacologica.
* **Lacerazione dello specimen**: La ghiandola surrenalica ha una struttura soffice e di conseguenza fragile. L’eventuale rottura della capsula che potrebbe verificarsi durante le manovre chirurgiche, potrebbe comportare, nei casi sospetti o confermati di neoformazioni surrenaliche maligne la conversione a cielo aperto.
* **Trombosi venosa profonda (TVP)/Embolia polmonare**: Nelle vene, soprattutto a livello degli arti inferiori, possono formarsi dei trombi, dai quali si possono staccare degli emboli, che, seguendo la circolazione del sangue, raggiungono i polmoni e causano un’embolia polmonare; per prevenire la trombosi venosa profonda e l’embolia polmonare si instaura una terapia profilattica a base di eparina a basso peso molecolare; inoltre nei primi giorni dopo l’operazione si forniscono al paziente apposite calze contenitive.
* **Subocclusione o occlusione intestinale**: Essa può essere di due tipi: l’occlusione dinamica, dovuta alla ritardata ripresa della motilità intestinale (ileo paralitico), viene trattata con il posizionamento/mantenimento del sondino naso-gastrico e la somministrazione di farmaci che favoriscono la ripresa della peristalsi. L’occlusione meccanica, dovuta al formarsi di aderenze tra le anse che possono angolarsi e impedire il regolare transito intestinale, richiede solitamente il re-intervento per la rimozione della causa occlusiva.
* **Cheloidi**
* **Laparocele** (ernia in corrispondenza del sito chirurgico), con necessità di ulteriore intervento chirurgico, maggiormente evidenti in caso di interventi laparotomici.
* **Ipoestesia e relaxatio della parete addominale,** più frequente in caso di lombotomie o accessi retroperitoneiscopici.
* **Decesso perioperatorio o postopertaorio**: Nonostante la marginale mortalità perioperatoria l’intervento di surrenalectomia deve essere considerato un intervento di chirurgia maggiore.

**RARE (< 0,3%)**

* **Fistola Chilosa,** in caso di surrenectomia sinistra.
* **Sindrome di Nelson,** osservata nei pazienti sottoposti a surrenectomia bilaterale dopo per sindrome di Cushing ed è caratterizzata da un incremento compensatorio della ghiandola ipofisiaria con ipersecrezione di ACHT e iperpigmentazione cutanea.
* **Embolia polmonare gassosa**, causata dall’ingresso del gas (anidride carbonica) nei grossi vasi utilizzata in corso di interventi mininvasivi.
* **Ipercapnia**, che consiste nell’ eccessivo assorbimento di anidride carbonica nel sangue.
* **Altre complicanze**: includono enfisema sottocutaneo o mediastinico, embolia polmonare gassosa, ipercapnia (causato dalla diffusione dei gas utilizzati in chirurgia mininvasiva).
* **Complicanze da sepsi:** La sepsi rappresenta una grave infezione generalizzata del corpo. Può verificarsi come risultato di un'infezione che si sviluppa nella zona operata o si diffonde da altre parti del corpo.
* **Complicanze sistemiche** che coinvolgono il cuore, i polmoni, i reni, il fegato e il sistema nervoso. Queste complicanze possono variare in frequenza e gravità a seconda delle condizioni preesistenti. L'equipe medica adotterà misure preventive e monitorerà attentamente il paziente per rilevare e trattare tempestivamente eventuali complicanze sistemiche.
* **Decesso**: l'incidenza delle complicanze può essere influenzata da malattie preesistenti e dalla gravità della condizione clinica. In casi rari, le complicanze possano gravare fino a poter determinare, il decesso.

Mi è stato illustrato che in caso di rinuncia e/o rifiuto di trattamenti necessari per la mia sopravvivenza mi verranno chiarite le conseguenze, le possibili alternative e sarà promossa ogni possibile azione di sostegno affinché sia volontaria e consapevole la manifestazione della mia volontà.

Sono stato informato che la mia accettazione, revoca o rifiuto ai trattamenti saranno annotati in cartella e nel fascicolo elettronico sanitario.

Sono stato informato che comunque non posso esigere trattamenti contrari alla legge, alla deontologia professionale dei curanti, alle buone pratiche cliniche assistenziali e che di fronte a queste richieste i Sanitari non hanno alcun obbligo di esecuzione né possono essere responsabili della mancata ottemperanza.

Sono stato anche informato che i tassi di insorgenza delle eventuali complicanze, anche nel postoperatorio, possono variare a seconda delle condizioni cliniche del paziente e della gravità della patologia.

Sono stato reso edotto che qualora ricorra un pericolo attuale di danno grave alla mia persona o pericolo di vita non altrimenti evitabile, o se si verifichino difficoltà nell'eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica proposta, i sanitari curanti adotteranno tutte le pratiche ritenute idonee per prevenire o limitare il pericolo e, comunque, **eseguire l'intervento chirurgico nel modo più sicuro possibile, anche se ciò dovesse comportare modifiche al programma terapeutico precedentemente illustrato**.

Mi è stato illustrato il rischio che l’intervento possa non essere risolutivo e che possa quindi residuare o recidivare la patologia per cui è stato indicato l’intervento.

Sono stato reso edotto che, sulla base delle condizioni emodinamiche e respiratorie riscontrate a fine intervento, potrebbe essere necessario il trasferimento post-operatorio presso un reparto di terapia intensiva, presso questo ospedale o, in caso di mancanza di posto letto, presso altro ospedale individuato dal servizio di emergenza a seguito di ricerca di posto letto;

che nelle situazioni di assoluta emergenza, urgenza i componenti dell’equipe sanitaria mi assicureranno le cure necessarie anche quando le mie condizioni cliniche e le circostanze non consentano di recepire la mia volontà.

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Ciò premesso:

* Il sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella piena capacità di intendere e di volere, dopo essere stato/a edotto/a in maniera completa, esaustiva e comprensibile ed in un tempo di comunicazione ritenuto congruo e non avendo ulteriori domande da porre riguardo all’intervento chirurgico che è stato proposto,
* L’avente diritto/rappresentante legale o esercente la potestà in qualità di genitore/tutore/amministratore di sostegno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ assume la presente dichiarazione per conto del/della paziente (nome e cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, che allo stato attuale è impossibilitato/a ad esprimere valido consenso perché minore/inabilitato/incapace/interdetto, dopo essere stato edotto in maniera completa, esaustiva e comprensibile ed in un tempo di comunicazione ritenuto congruo, e non avendo ulteriori domande da porre riguardo all’intervento chirurgico che è stato proposto e dopo che comunque sono state fornite informazioni all'incapace e/o minore con riguardo alla sua possibilità di comprensione, maturità e possibilità di esprimere volontà (gli aventi diritto vengono resi edotti che in caso di conflitto con la volontà anche parzialmente espressa dal minore/incapace o conflitto tra il rappresentate legale che rifiuti le cure e il medico che le ritenga appropriate e necessarie, la decisione sarà rimessa al Giudice tutelare, tranne in casi di emergenza/urgenza),

**consapevolmente dichiara**:

* Accetto il trattamento chirurgico proposto dall'equipe di questa Unità Operativa anche autorizzando i sanitari curanti individualmente o in equipe, al trattamento di eventuali patologie aggiuntive che possano essere rilevate durante l'intervento chirurgico, nel rispetto degli standard di cura e della mia volontà. Inoltre, autorizzo l'utilizzo dei tessuti e/o organi asportati per scopi diagnostici e di ricerca scientifica.
* Acconsento alla registrazione audio e video e/o riprese e fotografie durante le procedure diagnostiche e/o terapeutiche, e alla loro eventuale archiviazione, e che queste vengano utilizzate a scopi di ricerca scientifica nonché ai fini di audit e per il monitoraggio del rischio clinico, nel rispetto della mia privacy e delle normative sulla protezione dei dati personali.
* Rifiuto il trattamento chirurgico proposto dall'equipe di questa Unità Operativa.
* Rinuncio agli accertamenti diagnostici e/o ai trattamenti sanitari proposti e revoco il consenso precedentemente prestato all’atto chirurgico

Prendo atto che la mia accettazione, la revoca, il rifiuto saranno annotati nella cartella clinica e/o nel fascicolo sanitario elettronico e che il rifiuto la rinuncia o la revoca, finché possibile, rende esente l'equipe medica da responsabilità civile e/o penale.

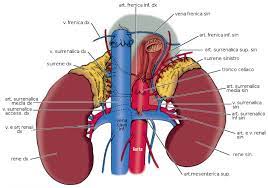
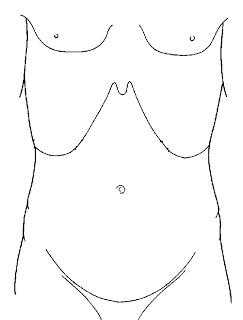
Si dà atto che l’acquisizione del consenso è avvenuta:

* in lingua italiana
* con traduzione in lingua comprensibile al paziente a mezzo di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Paziente e/o Legale Rappresentante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Medico dell’U.O.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**

* **SAGES guidelines for minimally invasive treatment of adrenal pathology.** Dimitrios Stefanidis, Melanie Goldfarb, Kent W. Kercher, William W. Hope, William Richardson, Robert D. Fanelli . Surgical Endoscopy volume 27, pages3960–3980(2013)
* **European Society of Endocrine Surgeons (ESES) and European Network for the Study of Adrenal Tumours (ENSAT) recommendations for the surgical management of adrenocortical carcinoma.** S Gaujoux, R Mihai, joint working group of ESES and ENSAT. Br J Surg. 2017 Mar;104(4):358-376. doi: 10.1002/bjs.10414
* **American Association of Endocrine Surgeons Guidelines for Adrenalectomy: Executive Summary.** Yip L, Duh QY, Wachtel H, Jimenez C, Sturgeon C, Lee C, Velázquez-Fernández D, Berber E, Hammer GD, Bancos I, Lee JA, Marko J, Morris-Wiseman LF, Hughes MS, Livhits MJ, Han MA, Smith PW, Wilhelm S, Asa SL, Fahey TJ 3rd, McKenzie TJ, Strong VE, Perrier ND. JAMA Surg. 2022 Oct 1;157(10):870-877. doi: 10.1001/jamasurg.2022.3544.
* **Laparoscopic adrenalectomy for giant adrenal tumours: Technical considerations and surgical outcome.** AlessioGiordano, Giovanni Alemanno, Carlo Bergamini, Andrea Valeri, Paolo Prosperi. J Minim Access Surg. Jan-Mar 2021;17(1):76-80. doi: 10.4103/jmas.JMAS\_266\_19.
* **Perioperative outcomes of robotic and laparoscopic adrenalectomy: a large international multicenter experience.** Simone Sforza, Andrea Minervini, Riccardo Tellini, Changwei Ji, Carlo Bergamini, Alessio Giordano, Qun Lu, Wei Chen, Feifei Zhang, Hao Ji, Fabrizio Di Maida, Paolo Prosperi, Lorenzo Masieri, Marco Carini, Andrea Valeri Hongqian Guo. Surg Endosc. 2020 Apr 23.doi: 10.1007/s00464-020-07578-5
* **Complications in laparoscopic adrenalectomy: the value of experience.** Carlo Bergamini, Jacopo Martellucci, Fabiano Tozzi, Andrea Valeri. Surg Endosc. 2011 Dec;25(12):3845-51.doi: 10.1007/s00464-011-1804-0
* **Recurrence and functional outcomes of partial adrenalectomy: a systematic review and meta-analysis.** Vinayak Nagaraja, Guy D Eslick , Senarath Edirimanne. Int J Surg. 2015 Apr;16(Pt A):7-13.doi: 10.1016/j.ijsu.2015.01.015. Epub 2015 Feb 11