



La comunicazione e il consenso informato

I primi modelli di informativa e consenso proposti dalla SIOT

Luigi Orlando Molendini¹ (foto), Pietro Galluccio²

¹ Medico Legale, consulente ospedaliero; ² Coordinatore della Commissione Rischio Clinico della SIOT

Introduzione

Dal codice di Hammurabi, per millenni, l'atto medico non ha avuto bisogno di una forma esplicita di consenso, essendo il consenso implicito nella richiesta stessa di aiuto. Chi si rivolgeva all'opera dello sciamano-guaritore nei tempi più antichi, al medico di corte e al suo barbiere-chirurgo poi od al medico-chirurgo per buona parte del '900, implicitamente accettava quanto lo stesso avrebbe messo in atto per migliorare il suo stato di salute. Richiedendo l'intervento del medico il paziente dava per rato e valido ogni atto che quello avrebbe compiuto, secondo quanto gli dei prima, la scienza e la coscienza poi, gli suggerivano di fare.

È andata più o meno così per quasi 4.000 anni, poi qualcosa è cambiato e la necessità di fornire al paziente informazioni chiare ed esaustive, preliminari per l'espressione del consenso agli atti sanitari, è divenuta sempre più matura, finendo con l'essere recepita e codificata da norme e regolamenti in molteplici paesi.

Purtroppo, ancora oggi, nel vissuto quotidiano di tanti colleghi, il consenso è percepito come una attività burocratica finalizzata alla firma del paziente su un modulo, prima che sia adagiato sul letto operatorio, affinché direzione sanitaria, amministrazione, assicurazione o lo stesso paziente non abbiano ad eccepire sull'adempimento del professionista. Lo qualificano una lunga serie di requisiti, frutto della applicazione dei principi costituzionali (articolo 13 – “la libertà personale è inviolabile” – e articolo 32 – “nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge” – della Costituzione) e deontologici (articolo 35 del Codice di Deontologia Medica – “il medico non intraprende né prosegue in procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la preliminare acquisizione del consenso informato o in presenza di dissenso informato”), nonché di una crescente attenzione della giurisprudenza rispetto alla tutela del diritto all'autodeterminazione di ogni cittadino. Il consenso, infatti, deve essere non solo “informato”, ma consapevole, personale, manifesto, libero, specifico, completo, preventivo e attuale, revocabile, richiesto e ricettizio. D'altra parte, ricordiamolo, il consenso del paziente, unitamente alla finalità terapeutica, è ciò che rende legittimo l'atto lesivo chirurgico distinguendolo da una lesione penalmente perseguita. Questa cresciuta sensibilità nazionale ha portato alla emanazione di una norma specifica, la Legge 219 del 2017 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”, la cui conoscenza è auspicabile da parte di ogni professionista sanitario, e di noi medici in particolare.

Tale norma, per quanto riguarda le modalità di espressione del consenso (art. 1 comma 4), impone la forma scritta (“o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare”) per ogni trattamento sanitario, senza alcuna distinzione.

La Legge in questione pone al centro la tutela della volontà del paziente, a cui il medico è tenuto a adeguarsi, risultando esente da responsabilità civile e penale

Ricevuto e accettato: 28 luglio 2021

Corrispondenza

Pietro Galluccio

Casa di Cura Villa Bianca, via Leuca 133,
73100 Lecce
E-mail: presidenza@villabianca.org

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interesse con l'argomento trattato nell'articolo.

Come citare questo articolo: Molendini LO, Galluccio P. La comunicazione e il consenso informato. I primi modelli di informativa e consenso proposti dalla SIOT. *Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia* 2021;47:204-227; <https://doi.org/10.32050/0390-0134-339>

© Copyright by Pacini Editore Srl



OPEN ACCESS

L'articolo è OPEN ACCESS e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

in relazione alle condotte poste in essere nell'intento di rispettare tale volontà (art. 1 comma 6).

Ma dietro il consenso, lo sappiamo bene, c'è il grande tema della comunicazione e della condivisione, tra noi e i nostri assistiti, delle conoscenze di cui oggi disponiamo, delle possibilità tecniche di cui siamo attrezzati, delle nostre capacità individuali e d'équipe e ancora delle patologie dei nostri pazienti, delle possibilità reali di cura e delle loro aspettative e ansie. Acquisire il consenso ad un atto chirurgico, ad una terapia infiltrativa, ad un percorso di cura è condividere con il cittadino, che a noi si è rivolto in elezione od in urgenza, quali siano le possibili indicazioni terapeutiche per la sua malattia, quali le finalità della cura che gli proponiamo, quali le possibili complicanze che sappiamo insite nel percorso che stiamo proponendo, quali gli esiti che è lecito attendersi. Tutto questo va detto, spiegato con pazienza, condiviso e spesso ripetuto ai familiari, magari non presenti al primo colloquio, ma che reclamano pari "dignità informativa".

Tutta questa attività per Legge 219 è "tempo di cura". Anche quando dobbiamo adempiere a queste funzioni in condizioni di urgenza e con poco tempo a disposizione o di emergenza senza la possibilità di ulteriori riflessioni e approfondimenti.

Il colloquio con il medico è quasi sempre gravato da asimmetria informativa: il sapere tecnico dell'uno, con ciò intendendo la complessità ma anche le incertezze di quel sapere e i pochi elementi interpretativi, uniti alla componente emotiva dell'altro, talvolta peggiorata dalle discutibili certezze di scarse informazioni apprese su internet e spesso mal comprese.

Il tutto complicato da situazioni particolari: la presenza di un minore accompagnato da un solo genitore di una coppia magari divorziata; un anziano affetto da demenza ma privo di tutore o amministratore di sostegno; un ragazzo ancora non maggiorenne, ma non per questo privo di convinzioni e di volontà; il disaccordo tra genitori o tra paziente e suo rappresentante legale.

Tabella I. Gruppo di lavoro Consenso informato in Ortopedia 2018-2020.

Roberto Ferrari	Ortopedico SIOT	Dir. 1° livello	Osp. Giovanni XXIII	Bergamo
Pietro Galluccio	Ortopedico SIOT Coordinatore	Med. Resp.	Casa di Cura Villa Bianca	Lecce
Matteo Ghiara	Ortopedico SIOT	Dir. 1° livello	Policlinico S. Matteo	Pavia
Luigi O. Molendini	Medico Legale	Risk Officer	Istituto Europeo di Oncologia	Milano
Tiziana Rumi	Avvocato	Resp. Area Legale e Rischio	IRCCS Galeazzi	Milano

La comunicazione e il consenso informato.
I primi modelli di informativa e consenso proposti dalla SIOT

Questo fa sì che, oltre alle criticità proprie dell'attività medica e per le quali i professionisti sono di solito preparati, quale diagnosi porre, quali le priorità per il caso che abbiamo dinanzi, quale indicazione chirurgica/terapeutica più appropriata, quali complicanze possiamo paventare, ci si trova giornalmente ad affrontare problematiche sulle quali non si è preparati, con il rischio di compiere errori.

SIOT ha incaricato un gruppo di lavoro (Tab. I) con competenze multidisciplinari, che ha portato a compimento lo studio già avviato da un precedente gruppo con la collaborazione del consulente legale della Società, avv. Ernesto Macri e del dr Fabio Donelli.

È stato quindi redatto un primo gruppo di informative per 8 interventi/procedure (Tab. II) e un unico modello di consenso.

Le informative e il modello di consenso elaborati sono stati quindi sottoposti all'attenzione delle società specialistiche affiliate alla SIOT che hanno fornito ulteriori contributi e integrazioni e, dopo essere stati approvati dal Direttivo della SIOT, vengono da oggi messi a disposizione sul portale della Società.

Modalità operative

Ma veniamo agli aspetti operativi. I documenti sono stati elaborati considerando il fatto che la comunicazione con il paziente, nell'ambito della quale vengono scambiate le informazioni sul percorso di cura, e l'espressione del consenso sono due fasi consequenziali ma distinte, con requisiti operativi ben differenti.

La comunicazione e lo scambio di informazioni è un processo continuo nell'ambito del rapporto tra medico e paziente, l'espressione del consenso cristallizza il momento in cui il paziente esprime al medico il suo assenso o il dissenso nei confronti di una proposta di trattamento. L'acquisizione del consenso del paziente al trattamento proposto è infatti un singolo momento (che si può ripetere se viene aggiornato il programma terapeutico) nell'ambito

di un processo che inizia al primo contatto con il paziente e prosegue poi anche dopo la procedura, per la gestione della convalescenza e della riabilitazione.

Da qui l'elaborazione di documenti distinti a supporto di queste due differenti fasi: **le informative**, da utilizzare quale integrazione e completamento delle informazioni comunicate verbalmente, e il **modulo di acquisizione del consenso**, per tracciare in forma scritta e certa la volontà del paziente come previsto dalla Legge 219 del 2017.

Si daranno di seguito alcune indicazioni operative di massima, senza pretesa di esaustività, in quanto una efficace gestione del consenso informato e del materiale di supporto richiedono un lavoro preliminare di organizzazione del processo che tenga conto del contesto in cui si opera. Infatti, l'attribuzione di compiti e responsabilità ai singoli medici dell'équipe, il *timing* del consenso, le modalità di refertazione, i luoghi e i tempi di sottoscrizione dei documenti da parte del paziente, nonché le modalità di conservazione degli stessi, andranno definiti in relazione al tipo di struttura (ospedale, casa di cura, poliambulatorio), al *setting* assistenziale della prestazione (ambulatoriale, ospedaliero), alla effettuazione o meno del prericovero, al tempo che intercorre tra prescrizione della prestazione (con inserimento in lista di attesa) ed erogazione della stessa, alle modalità di gestione della prestazione (in équipe o con professionista unico di riferimento), alle modalità di gestione della documentazione clinica e così via.

È facile prevedere che tali variabili possano rendere opportuno un adattamento dei moduli informativi e di raccolta del consenso, che SIOT propone, a quelle che sono le modalità operative specifiche della propria realtà organizzativa. Per essere più chiari, il processo tipo cui abbiamo fatto riferimento è quello del ricovero o del trattamento ambulatoriale **in elezione** in cui il paziente viene informato in modo dettagliato sulla procedura, durante la visita ambulatoriale in occasione della quale viene proposto il trattamento, e in tale circostanza gli viene consegnata l'informativa specifica. L'acquisizione del consenso scritto, secondo il modello proposto, viene volutamente differita ad un momento successivo ovvero a quello del prericovero od in assenza di prericovero direttamente a quello del ricovero o dell'accesso ambulatoriale per l'esecuzione della prestazione.

Si tratta in sostanza di allineare la modulistica utilizzata a supporto della attività del medico con quelle che sono le caratteristiche delle due distinte fasi di cui si è detto sopra: la fase della comunicazione su diagnosi e possibili trattamenti, che è continua nel corso del rapporto medico-paziente e la fase della espressione del consenso, che fotografa un singolo momento, dopo uno o più momenti di condivisione delle informazioni e dopo un tempo di riflessione da parte del paziente sulle informazioni ricevute. Con tale modalità si valorizza peraltro l'informativa scritta

non quale testo finalizzato al consenso ma quale completamento della comunicazione con il paziente che potrà portare o meno alla scelta di adesione alla proposta di trattamento.

L'unico trattamento per cui è stato previsto un documento che unisce la fase informativa a quella di espressione del consenso è la terapia infiltrativa che, per la sua minore complessità e invasività, non necessariamente richiede tempi lunghi di riflessione da parte del paziente.

Come dicevamo il modello operativo qui proposto è relativo alla attività in elezione. Le procedure eseguite in condizioni di urgenza hanno modalità operative differenti, nel merito delle quali entreremo in un futuro prossimo quando ci occuperemo del consenso per il trattamento dei traumi acuti. Pertanto, le informative e il modulo di consenso qui presentati sono dei modelli che possono, ma vorremo dire devono, essere modificati, integrati, ridotti od implementati, adattandoli alle specificità della singola struttura, del singolo reparto ed eventualmente del singolo professionista.

A) Le informative

Tabella II. Informative.

Artroprotesi di anca
Artroprotesi di ginocchio
Artroscopia di ginocchio
Correzione alluce valgo
Decompressione del mediano al polso
Infiltrazione articolare
Ricostruzione del LCA
Stabilizzazione vertebrale

Le informative sono differenziate in quanto specifiche per singoli trattamenti, che il gruppo di lavoro della SIOT ha inizialmente elaborato e pubblicato sulle procedure indicate nella Tabella I.

I documenti sono stati redatti secondo uno schema che prevede una introduzione nella quale si spiegano al paziente le finalità del documento, e poi una serie di paragrafi sui seguenti argomenti di pertinenza clinica:

- **indicazione clinica**, ovvero le motivazioni per cui, alla luce dell'anamnesi e dell'esito degli accertamenti diagnostici, si propone un determinato trattamento;
- **modalità di esecuzione della procedura**, nel quale si riportano alcuni elementi relativi alla tecnica chirurgica

ca, ai materiali impiegati, alle possibili modifiche intraoperatorie del programma;

- **benefici attesi**, ovvero quello che il paziente può ragionevolmente aspettarsi in termini di guarigione e/o recupero funzionale;
- **conseguenze in caso di mancata effettuazione della procedura**, informazione che diventa fondamentale nel caso in cui il paziente non accetti il trattamento proposto, opzione rispetto alla quale è chiamata in causa la responsabilità del medico nel far sì che il rifiuto sia un atto pienamente consapevole;
- **alternative all'intervento proposto**, talora trascurate nello scambio di informazioni con il paziente, ma indispensabili per consentirne una scelta effettivamente consapevole;
- **possibili complicanze**, in merito alle quali abbiamo perseguito l'obiettivo della completezza e, laddove possibile, della quantificazione del rischio, fornendo una indicazione delle frequenze pubblicate in letteratura;
- **informazioni sulla gestione del periodo di convalescenza successivo alla procedura**, spesso trascurate ma non meno importanti, sia con riferimento a quello che si chiede al paziente (riposo funzionale, riabilitazione, controlli, etc.) per perseguire il migliore *outcome* possibile, sia perché le modalità e la durata del decorso postoperatorio possono essere rilevanti rispetto alle scelte del paziente.

Le informative sono state concepite come materiale a supporto del colloquio con il paziente, da consegnare allo stesso sin dalla proposta iniziale del trattamento, lasciando traccia della sua consegna nel referto della prestazione ambulatoriale o di altra prestazione nell'ambito della quale sono state condivise.

La scelta di allegare alla documentazione (ambulatoriale e di ricovero) copia della informativa sottoscritta dal paziente è demandata alla singola struttura o professionista, per le implicazioni sulla gestione della archiviazione, soprattutto in caso di refertazioni su applicativi informatici a firma digitale, quindi con modalità di archiviazione non cartacea.

B) Il consenso

Come detto, l'espressione del consenso fotografa il momento in cui il paziente esprime al medico il suo assenso o il dissenso nei confronti di una proposta di trattamento, la cui validità permane fintanto che il paziente non la revoca oppure fintanto che non mutino le condizioni cliniche e il programma di trattamento, circostanze che richiedono il rinnovo o l'acquisizione di un nuovo consenso. È responsabilità del singolo medico valutare in quali casi sia opportuno rinnovare il consenso.

Se è auspicabile che le informative vengano condivise con ampio anticipo rispetto alle procedure chirurgiche,

l'espressione del consenso deve precedere il trattamento ma non in misura eccessiva, in quanto deve essere garantita la sua attualità rispetto al momento di esecuzione della procedura. In caso contrario (ad esempio per procedure elettive con lunghe liste di attesa) potrebbe rendersi opportuno il rinnovo del consenso da parte del paziente al momento del ricovero.

Il modulo del consenso è unico in quanto il suo scopo non è la condivisione di informazioni specifiche, ma è quello di tenere traccia in modo adeguato della espressione di volontà del paziente e della sua consapevolezza nel momento in cui questa volontà viene manifestata, a prescindere dal tipo di prestazione sanitaria.

In considerazione del fatto che, in particolare per le procedure chirurgiche, la fase della informazione avviene in tempi antecedenti rispetto alla espressione del consenso (non necessariamente acquisito dal medesimo medico della équipe), proponiamo un modulo nel quale deve essere riportata la data in cui il paziente è stato informato e il nome del medico che ha sostenuto il colloquio, consegnando l'informativa scritta. Riteniamo opportuno consigliare di allegare l'informativa al modulo di consenso e lasciamo alle singole strutture e professionisti decidere se fare sottoscrivere al paziente, oltre al consenso, anche l'informativa. Un ulteriore campo da compilare è quello relativo al tipo di procedura proposta, da riportare in modo chiaro, esaustivo e comprensibile al paziente (evitando gli acronimi).

Infine, oltre alla firma del paziente abbiamo previsto una serie di box specifici, che possano fungere da guida per la gestione di tutti quei casi particolari, che si presentano meno frequentemente e su cui i professionisti possono avere dei dubbi. Ci riferiamo alla eventualità di pazienti minori, di pazienti incapaci di intendere e volere, rappresentati da tutore o amministratore di sostegno, di pazienti che abbiano incaricato una terza persona alla espressione del consenso in loro vece (avvalendosi di quanto previsto dall'art. 1 comma 3 della Legge 219 del 2017), alla possibile assistenza di un mediatore culturale o di un testimone (per i pazienti in grado di esprimere una volontà ma non di firmare il consenso), nonché in caso di fiduciario (in presenza di Direttive Anticipate di Trattamento, come previsto sempre dalla Legge 219 del 2017).

La firma del medico è l'atto che chiude il documento in quanto il medico, con la sottoscrizione del modulo, attesta che il paziente ha effettivamente espresso le volontà come in esso riportate.

A completamento di quanto sopra alcune raccomandazioni.

La comunicazione con il paziente è tempo di cura e come tale deve trovare adeguato spazio all'interno del percorso

di cura e risultare tracciata nella documentazione clinica. È auspicabile che le modalità di utilizzo delle informative e di acquisizione dei consensi siano standardizzate e descritte in procedure specifiche, per conseguire l'omogeneità dei comportamenti delle varie équipe.

Al variare del piano di cura, od in presenza di mutate condizioni cliniche del paziente o di nuove informazioni diagnostiche, è opportuno il rinnovo del consenso del paziente.

I moduli devono essere compilati in ogni loro parte: meglio un modulo con meno campi liberi, ma compilato nella sua interezza, che un modulo ricco di dettagli personalizzabili,

ma incompleto nella compilazione, il che potrebbe essere ritenuto prova di comportamento superficiale.

Ovviamente sollecitiamo osservazioni e commenti da parte dei colleghi associati alla SIOT. L'obiettivo del gruppo di lavoro è produrre un secondo gruppo di consensi per interventi/procedure, nonché ulteriore materiale informativo sugli interventi/procedure più complessi e mantenere aggiornati i documenti già redatti, sulla base delle nuove evidenze scientifiche, degli indirizzi della giurisprudenza o di ulteriori disposizioni normative.

LE INFORMATIVE E IL MODELLO DI CONSENSO



DENOMINAZIONE STRUTTURA

INFORMATIVA SULL'ARTROPROTESI DI ANCA (in elezione)

Gentile Signora/Egregio Signore,
una adeguata informazione sul piano di cura rappresenta un elemento indispensabile per lo svolgimento di ogni attività sanitaria e costituisce una parte essenziale del piano diagnostico, terapeutico ed assistenziale.
Per tale motivo, ad integrazione del colloquio con il chirurgo, riteniamo utile fornirle la presente informativa, che Le permetta di divenire il più possibile partecipe dell'impegno comune alla tutela della Sua salute e di affidarsi con consapevolezza al trattamento condiviso.
Le informazioni contenute in questo documento mirano ad illustrare le modalità di esecuzione, i benefici, gli effetti collaterali ed i rischi nonché le possibili alternative al trattamento sanitario che Le è stato proposto. Tali informazioni tuttavia, in relazione al loro carattere generale, non sostituiscono il più esteso ed articolato colloquio informativo con il medico.
La procedura terapeutica consigliata di **INTERVENTO DI ARTROPROTESI DI ANCA** trova indicazione in considerazione della sintomatologia e della patologia riscontrata.

1. Motivazioni cliniche per cui si propone l'intervento

L'intervento proposto trova indicazione in diverse forme di artropatia cronica ad andamento evolutivo, sulla base della gravità clinica e radiografica. Le più comuni affezioni che conducono a tale tipo di intervento sono rappresentate da: artrosi primitiva dell'anca, artrite reumatoide o forme autoimmunitarie sieronegative, osteonecrosi asettica dell'epifisi femorale, artrosi posttraumatica (esiti di fratture-lussazioni del femore e/o del bacino), artrosi secondaria (ad es. in esiti di displasia congenita dell'anca, in esiti di epifisiolisi, esiti artriti settiche etc.), neoplasie ossee. Questa malattia si caratterizza per la deformazione delle superficie di contatto tra il femore e il bacino e per l'usura della cartilagine. La malattia causa rigidità, zoppia, dolore e limitazione della capacità di deambulare.
Il trattamento proposto, secondo le evidenze scientifiche disponibili è stato indicato anche sulla base di quanto da lei riferito in anamnesi in merito a problematiche note riguardanti il sistema cardiocircolatorio, la coagulazione, l'apparato respiratorio, il fegato, i reni, il sistema nervoso ed altri organi.

2. In cosa consiste l'intervento

Le è stato proposto un intervento di:

- artroprotesi di anca standard
- artroprotesi di anca cementata
- artroprotesi a conservazione del collo
- artroprotesi di superficie con conservazione testa-collo femorale
- endoprotesi senza sostituzione acetabolare
- altro:

Questo intervento prevede la sostituzione della sua articolazione malata con un dispositivo artificiale, la protesi, creato specificamente per migliorare il dolore e la funzionalità dell'anca. Questo dispositivo rimarrà permanentemente impiantato nel suo osso e sostituirà l'articolazione malata. È costituito di norma da due componenti (stelo e cotile) in leghe di metallo, impiantate a contatto diretto con l'osso a compressione (pressfit) o mediante applicazione di cementi specifici, che tra di loro si articolano mediante una testina (in ceramica o metallo) ed un inserto (in ceramica o polietilene, più raramente in metallo) scelti dal chirurgo ortopedico sulla base dei dati clinici e radiografici del singolo paziente.

Anche la via di accesso all'articolazione (anteriore, laterale o postero-laterale) verrà selezionata dal chirurgo operatore sulla base delle informazioni clinico/radiografiche e della sua personale esperienza.

Nel corso dell'intervento in relazione ai riscontri operatori, possono rendersi necessarie procedure chirurgiche aggiuntive diverse da quelle che sono state pianificate. La stessa via di accesso può essere modificata, estesa od associata ad altra via per evitare o gestire possibili complicanze. L'impianto protesico può essere variato rispetto a quello programmato e sopra indicato. Può rendersi necessaria la stabilizzazione delle componenti protesiche con viti, cementi, placche, cerchiaggi od altri presidi.

L'intervento sarà eseguito da un medico dell'equipe di questa Unità Operativa che potrebbe essere diverso da quello che ha effettuato la visita e/o che ha posto l'indicazione chirurgica, ma comunque in grado di eseguire con competenza il trattamento chirurgico necessario nel Suo caso.

3. Benefici attesi

Secondo la letteratura ortopedica nella maggior parte dei casi si ottiene un miglioramento della sintomatologia dolorosa e della limitazione della funzione articolare. In casi più rari questo obiettivo può non essere conseguito. A distanza di anni dall'intervento le protesi articolari possono andare incontro ad usura delle superfici e/o a fallimenti meccanici che ne possono pregiudicare l'integrità e la durata.

Il risultato funzionale definitivo è correlato anche ad una corretta gestione clinica del periodo successivo all'intervento. È pertanto importante che si attenga ai controlli clinici e radiografici periodici nonché a tutte le

31/05/2021



DENOMINAZIONE STRUTTURA



indicazioni che le verranno date alla dimissione dall'ospedale ed in occasione delle successive visite ambulatoriali. La correttezza dell'impianto non è garanzia di un buon risultato funzionale e clinico, poiché questo può dipendere da una corretta fisioterapia pre e postoperatoria, ma anche da altri fattori non valutabili e quantizzabili.

4. Conseguenze nel caso non venga eseguito l'intervento

La patologia dalla quale Lei è affetto in assenza di terapia prevede un lento e progressivo peggioramento della sintomatologia e della funzione articolare sino all'impotenza funzionale dell'articolazione interessata e compromissione della normale deambulazione.

5. Alternative all'intervento proposto

Trattamento riabilitativo, trattamenti medici, terapie infiltrative (iniezioni intrarticolari di farmaci od emoderivati) o artroscopia chirurgica (per il trattamento di specifiche patologie), che possono essere efficaci in casi selezionati. Sono praticabili anche altri trattamenti miniminvasivi ma che non sono supportati da sufficienti dati scientifici. La possibile indicazione a tali trattamenti alternativi deve essere valutata con l'ortopedico di riferimento.

6. Possibili complicanze dell'intervento

Durante e dopo l'intervento si possono manifestare le seguenti complicanze, riportate in letteratura con una frequenza complessiva compresa tra 0,1% (ovvero un caso su mille) ed il 3,0% (tre casi su cento) degli interventi, a seconda delle casistiche.

Nello specifico le principali possibili complicanze sono le seguenti (tra parentesi le percentuali di frequenza note):

- lesioni vascolari/emorragie, ematomi, trombosi venose-embolie polmonari; lesioni neurologiche periferiche con paralisi o paresi, danni cerebrali (2-3%);
- infezioni acute, subacute, tardive (1%); diabete, obesità, ipertensione ed altre patologie e/o condizioni espongono ad un rischio maggiore per questa complicanza;
- usura delle componenti protesiche; rottura della protesi stessa (1%);
- lussazioni articolari (<1%);
- fratture intra e post-operatorie (<1%);
- complicanze cardiache, polmonari e/o sistemiche o evoluzione di precedenti patologie con possibilità anche di esito letale (0,4%);
- anemia postchirurgica
- deiscenza ferita chirurgica; cicatrici inestetiche e/o dolorose; cheloidi;
- necrosi cutanea, in particolare in presenza di pregresse cicatrici chirurgiche
- insufficiente artolarità;
- allungamento o accorciamento dell'arto;
- mobilizzazione asettica della protesi;
- inidoneo posizionamento delle componenti protesiche;
- presenza di rumori articolari durante la mobilizzazione e/o la deambulazione;
- dolore persistente;
- zoppia;
- calcificazioni periarticolari ed ossificazioni eterotopiche;
- allergie/sensibilizzazioni a componenti metalliche precedentemente ignote al paziente;
- altre complicanze statisticamente meno frequenti;
- complicanze conseguenti alle procedure anestesologiche di cui discuterà con l'anestesista.

In caso di intervento bilaterale tali complicanze possono aumentare in percentuale.

L'età, l'obesità, la presenza di altre patologie locali/generali, terapie farmacologiche in corso ed altre condizioni soggettive possono causare un aumento delle condizioni di rischio per questo tipo di intervento.

La patologia sofferta, per la quale si ricorre alla protesizzazione dell'anca, influenza le possibili complicanze.

Interventi per displasie severe e/o inveterate, in esiti di gravi malformazioni, di fratture di femore o di bacino, così come l'eventuale presenza di mezzi di sintesi, espone a complicanze ulteriori ed aumenta il rischio di quelle già note.

Per fare fronte ad alcune di queste complicanze potrebbe rendersi necessario un reintervento chirurgico nel breve o lungo termine.

L'eventuale utilizzo di protesi di rivestimento o con teste in metallo di grandi dimensioni, espone con maggior rischio ad una malattia da detriti del metallo detta ARMD e richiede nei primi anni, controlli clinici e laboratoristici più ravvicinati rispetto alle protesi convenzionali. In presenza di fattori di rischio determinati, tali controlli possono estendersi all'intera vita dell'impianto. Il rilievo di elevati valori sierici degli ioni metallo, la comparsa di osteolisi, di raccolte fluide o pseudotumor può richiedere la revisione dell'impianto protesico.



DENOMINAZIONE STRUTTURA



7. Dopo la dimissione

Il conseguimento del miglior risultato funzionale atteso è strettamente correlato e dipendente anche dal rispetto:

- delle prescrizioni terapeutiche e riabilitative
- delle indicazioni relative alla convalescenza ed alla ripresa delle consuetudini di vita e di lavoro, di attività sportive, dall'eventuale uso di tutori;
- dalla corretta ed esecuzione dei trattamenti riabilitativi prescritti, **per un periodo non inferiore ai 3 mesi post-operatori.**

I tempi ed il grado di recupero dell'autonomia funzionale risultano piuttosto variabili e sono connessi a numerosi fattori, anche indipendenti dalla corretta esecuzione tecnica dell'intervento, quali ad esempio le condizioni generali antecedenti, la risposta soggettiva all'intervento, le possibilità riabilitative, lo stato psicofisico di salute etc.

I medici la informeranno sugli accorgimenti da adottare per evitare atteggiamenti posturali e movimenti erranei che potrebbero portare a lussazione con disassemblaggio dell'impianto protesico.

È comunque fondamentale per una buona durata dell'impianto protesico che mantenga il suo peso in linea con le indicazioni fornite, che eviti di svolgere attività ludiche o lavorative che mettano a rischio la funzionalità/durata dell'impianto stesso, che agisca sempre con prudenza ed attenzione, evitando condizioni di eccessiva sollecitazione dell'impianto.



DENOMINAZIONE STRUTTURA

INFORMATIVA SULL'ARTROPROTESI DI GINOCCHIO

Gentile Signora/Egregio Signore,
una adeguata informazione sul piano di cura rappresenta un elemento indispensabile per lo svolgimento di ogni attività sanitaria e costituisce una parte essenziale del piano diagnostico, terapeutico ed assistenziale.

Per tale motivo, ad integrazione del colloquio con il chirurgo, riteniamo utile fornirle la presente informativa, che Le permetta di divenire il più possibile partecipe dell'impegno comune alla tutela della Sua salute e di affidarsi con consapevolezza al trattamento condiviso.

Le informazioni contenute in questo documento mirano ad illustrare le modalità di esecuzione, i benefici, gli effetti collaterali ed i rischi nonché le possibili alternative al trattamento sanitario che Le è stato proposto. Tali informazioni tuttavia, in relazione al loro carattere generale, non sostituiscono il più esteso ed articolato colloquio informativo con il medico.

La procedura terapeutica consigliata di **INTERVENTO DI ARTROPROTESI DI GINOCCHIO** trova indicazione in considerazione della sintomatologia e della patologia riscontrata.

1. Motivazioni cliniche per cui si propone l'intervento

L'intervento proposto trova indicazione in diverse forme di artropatia cronica ad andamento evolutivo, sulla base della gravità clinica e radiografica.

Le più comuni affezioni che conducono a tale tipo di intervento sono rappresentate da: artrosi primitiva del ginocchio, artrosi secondaria ad artrite reumatoide od altra patologia reumatica o autoimmune, artrosi secondaria a gravi alterazioni dell'asse dell'arto (ginocchio varo o valgo), osteonecrosi idiopatica o post-traumatica del femore e/o della tibia, artrosi posttraumatica, esiti di artrite settica, di poliomielite, neoplasie ossee.

Questa malattia si caratterizza per la deformazione delle superficie di contatto tra il femore, la tibia e la rotula e per l'usura della cartilagine. La malattia causa rigidità, zoppia, dolore e limitazione della capacità di deambulare.

Il trattamento proposto, secondo le evidenze scientifiche disponibili è stato indicato anche sulla base di quanto da lei riferito in anamnesi in merito a problematiche note riguardanti il sistema cardiocircolatorio, la coagulazione, l'apparato respiratorio, il fegato, i reni, il sistema nervoso ed altri organi.

2. In cosa consiste l'intervento

Le è stato proposto un intervento di:

- protesi mono-compartimentale (compartimento mediale, compartimento laterale o femoro-rotuleo isolati)
- protesi bi-compartimentale (compartimento mediale + femoro-rotuleo; compartimento laterale + femoro-rotuleo; compartimento mediale + compartimento laterale)
- protesi totale di ginocchio con rispetto o sacrificio del legamento crociato anteriore e senza/con protesizzazione della rotula
- altro:

Questo intervento prevede la sostituzione di parte o di tutta la sua articolazione malata con un sofisticato dispositivo artificiale (la protesi), creato specificamente per migliorare il dolore ed in parte la mobilità articolare e la funzionalità del ginocchio. Questo dispositivo rimarrà permanentemente impiantato nel suo osso e sostituirà in tutto od in parte l'articolazione malata.

L'intervento sarà eseguito da un medico dell'équipe di questa Unità Operativa che potrebbe essere diverso da quello che ha effettuato la visita e/o che ha posto l'indicazione chirurgica, ma comunque in grado di eseguire con competenza il trattamento chirurgico necessario nel Suo caso.

3. Benefici attesi

Nella nostra esperienza e secondo la letteratura ortopedica nella maggior parte dei casi si ottiene un miglioramento della sintomatologia dolorosa e della limitazione della funzione articolare. In casi più rari questo obiettivo può non essere conseguito.

A distanza di anni dall'intervento le protesi articolari possono andare incontro ad usura delle superfici e fallimenti meccanici che ne possono pregiudicare l'integrità e la sopravvivenza.

Il risultato funzionale definitivo è correlato anche ad una corretta gestione clinica del periodo successivo all'intervento. È pertanto importante che si attenga ai controlli clinici e radiografici periodici nonché a tutte le indicazioni che le verranno date alla dimissione dall'ospedale ed in occasione delle successive visite ambulatoriali.

4. Conseguenze nel caso non venga eseguito l'intervento

La patologia dalla quale Lei è affetto in assenza di terapia prevede un lento e progressivo peggioramento della sintomatologia e della funzione articolare sino all'impotenza funzionale dell'articolazione interessata e compromissione della normale deambulazione.

31/05/2020



DENOMINAZIONE STRUTTURA

5. Alternative all'intervento proposto

Trattamento riabilitativo, trattamenti medici, terapie infiltrative (iniezioni intrarticolari di farmaci od emoderivati) o artroscopia chirurgica (per il trattamento delle lesioni meniscali e/o cartilaginee) trapianto di condrociti etc), che possono essere efficaci in casi selezionati.

Sono praticabili anche altri trattamenti mininvasivi ma che non sono supportati da sufficienti dati scientifici.

La possibile indicazione a tali trattamenti alternativi deve essere valutata con l'ortopedico di riferimento.

6. Possibili complicanze dell'intervento:

Durante e dopo l'intervento si possono manifestare le seguenti complicanze, riportate in letteratura con una frequenza complessiva compresa tra 0,01 (ovvero un caso su diecimila) ed il 20,0% (20 casi su cento) degli interventi, a seconda delle casistiche.

Nello specifico le principali possibili complicanze sono le seguenti (tra parentesi le percentuali di frequenza note):

- dolore persistente (7-20%);
- mobilizzazione asettica della protesi (5-10%)
- infezioni acute, subacute, tardive (0,5-4%); diabete, obesità, ipertensione ed altre patologie e/o condizioni espongono ad un rischio maggiore per questa complicanza;
- complicanze cardiache, polmonari e/o sistemiche o evoluzione di precedenti patologie con possibilità anche di esito letale (0,4%);
- fratture intra e post-operatorie (0,3%);
- lussazioni articolari (0,01%);
- lesioni vascolari/emorragie; ematomi post-chirurgici; Trombosi venose-embolie polmonari;
- lesioni neurologiche periferiche con paralisi o paresi-danni cerebrali;
- deiscenza ferita chirurgica; cicatrici inestetiche e/o dolorose; cheloidi;
- anemia postchirurgica
- insufficiente artolarità;
- allungamento o accorciamento dell'arto;
- usura precoce delle componenti protesiche;
- inidoneo posizionamento delle componenti protesiche;
- presenza di rumori articolari durante la mobilizzazione e/o la deambulazione;
- instabilità articolare;
- zoppia;
- calcificazioni periarticolari ed ossificazioni eterotopiche;
- allergie/sensibilizzazioni a componenti metalliche precedentemente ignote al paziente;
- necrosi cutanea, in particolare in presenza di pregresse cicatrici chirurgiche
- altre complicanze statisticamente meno frequenti;
- complicanze conseguenti alle procedure anestesiolgiche di cui discuterà con l'anestesista.

In caso di intervento bilaterale tali complicanze possono aumentare in percentuale.

L'età, l'obesità, la presenza di altre patologie locali/generali, terapie farmacologiche in corso ed altre condizioni soggettive possono causare un aumento delle condizioni di rischio per questo tipo di intervento.

Per fare fronte ad alcune di queste complicanze potrebbe rendersi necessario un reintervento chirurgico nel breve o lungo termine.

7. Dopo la dimissione

Il conseguimento del miglior risultato funzionale atteso è strettamente correlato e dipendente anche dal rispetto:

- delle prescrizioni terapeutiche e riabilitative;
- delle indicazioni relative alla convalescenza ed alla ripresa delle consuetudini di vita e di lavoro, di attività sportive, dall'eventuale uso di tutori;
- dalla corretta esecuzione dei trattamenti riabilitativi prescritti **per un periodo non inferiore ai 3 mesi post-operatori.**

I tempi ed il grado di recupero dell'autonomia funzionale risultano piuttosto variabili e sono connessi a numerosi fattori, anche indipendenti dalla corretta esecuzione tecnica dell'intervento, quali ad esempio le condizioni generali antecedenti, la propria risposta soggettiva all'intervento, le possibilità riabilitative, lo stato psicofisico di salute etc.

I medici la informeranno sugli accorgimenti da adottare per evitare atteggiamenti posturali e movimenti non corretti che possano ritardare la guarigione od inficiarne il risultato.

È comunque fondamentale per una buona durata dell'impianto protesico che mantenga il suo peso in linea con le indicazioni fornite, che eviti di svolgere attività ludiche o lavorative che mettano a rischio la funzionalità/durata dell'impianto stesso ed in particolare che comportino un'elevata sollecitazione assiale della protesi come ripetuti accovacciamenti con pesi, la discesa di scale, le cadute e gli urti.

31/05/2020



DENOMINAZIONE STRUTTURA

INFORMATIVA SULL'ARTROSCOPIA DI GINOCCHIO

Gentile Signora/Egregio Signore,

una adeguata informazione sul piano di cura rappresenta un elemento indispensabile per lo svolgimento di ogni attività sanitaria e costituisce una parte essenziale del piano diagnostico, terapeutico ed assistenziale.

Per tale motivo, ad integrazione del colloquio con il chirurgo, riteniamo utile fornirle la presente informativa, che Le permetta di divenire il più possibile partecipe dell'impegno comune alla tutela della Sua salute e di affidarsi con consapevolezza al trattamento condiviso.

Le informazioni contenute in questo documento mirano ad illustrare le modalità di esecuzione, i benefici, gli effetti collaterali ed i rischi nonché le possibili alternative al trattamento sanitario che Le è stato proposto. Tali informazioni tuttavia, in relazione al loro carattere generale, non sostituiscono il più esteso ed articolato colloquio informativo con il medico.

La procedura terapeutica consigliata di **INTERVENTO DI ARTROSCOPIA DI GINOCCHIO** trova indicazione in considerazione della sintomatologia e della patologia riscontrata.

1. **Motivazioni cliniche per cui si propone l'intervento**

L'intervento proposto è praticato in caso di una lesione del menisco o della cartilagine articolare del ginocchio. Questa malattia consiste nella rottura o degenerazione del menisco, un componente cartilagineo del ginocchio che serve a distribuire il carico tra il femore e la tibia. Possono essere associate lesioni della cartilagine articolare. La malattia causa rigidità, zoppia, dolore e limitazione della capacità di deambulare. Il trattamento proposto, secondo le evidenze scientifiche disponibili è stato indicato anche sulla base di quanto da lei riferito in anamnesi in merito a problematiche note riguardanti il sistema cardiocircolatorio, la coagulazione, l'apparato respiratorio, il fegato, i reni, il sistema nervoso ed altri organi.

2. **In cosa consiste l'intervento**

Le è stato proposto un intervento artroscopico di:

- meniscectomia asportazione di corpi mobili endoarticolari
 condroplastica trattamento di lesioni cartilaginee sutura meniscale

L'intervento artroscopico consiste nella visualizzazione dell'articolazione del ginocchio con una microcamera introdotta attraverso due o tre piccole brecche praticate sulla parte anteriore del ginocchio. Attraverso tale via si ispeziona la cavità articolare e si accertamento le lesioni visibili. Si provvede quindi alla bonifica delle eventuali lesioni meniscali (ad esempio asportando i lembi di menisco rotto che si interpongono nell'articolazione causando dolore) e se necessario si associa la bonifica delle lesioni della cartilagine (ad esempio asportando frammenti instabili di cartilagine, regolarizzandone e/o cruentandone la superficie), l'asportazione di corpi mobili od altri piccoli gesti chirurgici.

L'intervento sarà eseguito da un medico dell'equipe di questa Unità Operativa che potrebbe essere diverso da quello che ha effettuato la visita e/o che ha posto l'indicazione chirurgica, ma comunque in grado di eseguire con competenza il trattamento chirurgico necessario nel Suo caso.

3. **Benefici attesi**

Secondo la letteratura ortopedica nella maggior parte dei casi si ottiene un miglioramento della sintomatologia dolorosa e della limitazione della funzione articolare. In casi più rari questo obiettivo può non essere conseguito. Il risultato funzionale definitivo è correlato anche ad una corretta gestione clinica del periodo successivo all'intervento. È pertanto importante che si attenga ai controlli clinici e radiografici periodici nonché a tutte le indicazioni che le verranno date alla dimissione dall'ospedale ed in occasione delle successive visite ambulatoriali.

4. **Conseguenze nel caso non venga eseguito l'intervento**

La patologia dalla quale Lei è affetto in assenza di trattamento chirurgico ha una maggiore probabilità di evolvere, con conseguente peggioramento della sintomatologia attuale.

31/05/2020



DENOMINAZIONE STRUTTURA

5. Alternative all'intervento proposto

Trattamento riabilitativo o trattamenti medici ed infiltrativi (iniezioni intrarticolari di farmaci od emoderivati) che possono essere efficaci in casi selezionati.

La possibile indicazione a tali trattamenti alternativi deve essere valutata con l'ortopedico di riferimento.

6. Possibili complicanze dell'intervento

Durante e dopo l'intervento si possono manifestare le seguenti complicanze, riportate in letteratura con una frequenza complessiva compresa tra 0,1% (ovvero un caso su mille) e 0,5% (cinque casi su mille) degli interventi, a seconda delle casistiche.

Nello specifico le principali possibili complicanze sono le seguenti (tra parentesi le percentuali di frequenza note):

- dolore persistente e zoppia (0,5%);
- instabilità articolare con alterazione della funzionalità capsulo-legamentosa (0,2%);
- degenerazione secondaria di strutture osteocartilaginee-legamentose rilevate integre al momento dell'intervento (0,2%);
- lesioni vascolari, emorragie, trombosi venose, embolie polmonari (0,1%);
- lesioni neurologiche periferiche con paralisi o paresi, danni cerebrali (0,1%);
- infezioni e/o ematomi post-chirurgici (0,1%);
- limitazione dell'articolarià / rigidità articolare (0,1%);
- deiscenza delle cicatrici artroscopiche; dolore in sede di accesso artroscopico (0,1%);
- rotture intraoperatorie dello strumentario chirurgico con possibile persistenza di frammenti metallici endoarticolari che richiedano interventi maggiormente invasivi (0,1%);
- versamento articolare (emartro e/o idrarto) con sinovite e tumefazione del ginocchio che potrebbe richiedere lo svuotamento con ago della cavità articolare (artrocentesi);
- degenerazione cartilaginea in senso artrosico;
- rottura del residuo meniscale e/o fallimento della sutura meniscale;
- necrosi avascolare (assenza di vascolarizzazione dell'osso) di parte di un'articolazione con conseguente dolore e rigidità articolare;
- complicanze cardiache, polmonari e/o sistemiche o evoluzione di precedenti patologie con possibilità anche di esito letale;
- altre complicanze statisticamente meno frequenti;
- complicanze conseguenti alle procedure anestesiolgiche, di cui discuterà con l'anestesista.

L'età, l'obesità, la presenza di altre patologie locali/generali, terapie farmacologiche in corso ed altre condizioni soggettive possono causare un aumento delle condizioni di rischio per questo tipo di intervento.

Per fare fronte ad alcune di queste complicanze potrebbe rendersi necessario un reintervento chirurgico nel breve o lungo termine.

7. Dopo la dimissione

Il conseguimento del migliore risultato funzionale atteso è strettamente correlato e dipendente anche dal rispetto:

- delle prescrizioni terapeutiche e riabilitative;
- delle indicazioni relative alla convalescenza ed alla ripresa delle consuetudini di vita, del lavoro, delle attività sportive, nonché dall'eventuale uso di tutori;
- dalla corretta esecuzione dei trattamenti riabilitativi prescritti.



DENOMINAZIONE STRUTTURA

INFORMATIVA SULLA CORREZIONE DELL'ALLUCE VALGO

Gentile Signora/Egregio Signore,
una adeguata informazione sul piano di cura rappresenta un elemento indispensabile per lo svolgimento di ogni attività sanitaria e costituisce una parte essenziale del piano diagnostico, terapeutico ed assistenziale.

Per tale motivo, ad integrazione del colloquio con il chirurgo, riteniamo utile fornirle la presente informativa, che Le permetta di divenire il più possibile partecipe dell'impegno comune alla tutela della Sua salute e di affidarsi con consapevolezza al trattamento condiviso.

Le informazioni contenute in questo documento mirano ad illustrare le modalità di esecuzione, i benefici, gli effetti collaterali ed i rischi nonché le possibili alternative al trattamento sanitario che Le è stato proposto. Tali informazioni tuttavia, in relazione al loro carattere generale, non sostituiscono il più esteso ed articolato colloquio informativo con il medico.

La procedura terapeutica consigliata di **INTERVENTO DI CORREZIONE DELL'ALLUCE VALGO** trova indicazione in considerazione della sintomatologia e della patologia riscontrata.

1. **Motivazioni cliniche per cui si propone l'intervento**

L'alluce valgo è una deformità del primo raggio del piede che si manifesta con una sporgenza interna dell'osso metatarsale ed una deviazione laterale del dito, che si avvicina e talvolta si sottopone o sovrappone al secondo. È una condizione patologica spesso a carattere eredo-familiare, sicuramente aggravata dall'uso di calzature a tacco alto e punta ristretta. In molti casi causa solo disagio estetico, ma può divenire dolorosa per strofinamento della sporgenza (c.d. "cipolla") con la calzatura, o per compressione sul II° dito, o per la comparsa di "metatarsalgie", vale a dire dolore in area plantare in corrispondenza delle teste metatarsali minori (più di frequente la seconda). Tali disturbi possono arrivare ad impedire di indossare calzature normali o di camminare a lungo o causare un anomalo appoggio del piede nella deambulazione.

2. **In cosa consiste l'intervento**

Le è stato proposto un intervento di correzione dello

- alluce valgo alluce valgo, II° dito e _____
 alluce valgo, II° dito altro _____

Questo intervento prevede la correzione della forma dell'alluce e/o delle piccole dita del piede e dei carichi sulle teste dei metatarsi, per mezzo di una combinazione di osteotomie (resezioni dell'osso per correggerne l'asse, riportandolo in una situazione più vicina alla normalità), associate a dislocazioni temporanee della testa del metatarso (con un filo metallico che la sposta lateralmente, rimosso dopo alcune settimane) od a stabilizzazioni (bloccando l'osso nella nuova posizione con piccole viti, placche o cambre), tenotomie (incisioni nei tendini per alleviare la loro tensione) e suture della capsula in posizione correttiva. In certi casi con malattia molto evoluta, può essere necessaria la eliminazione della mobilità di una o più articolazioni per consentire una correzione duratura della deformità.

Nei casi in cui è presente un quadro di metatarsalgia, possono associarsi osteotomie dei metatarsi per alleviare l'eccessiva pressione delle ossa della pianta del piede. In tali casi i tempi di guarigione sono più lunghi perché assimilabili a quelli di una o più fratture e possono rendersi necessari piccoli e successivi reinterventi correttivi.

L'intervento è in genere eseguito in anestesia locoregionale o spinale, con eventuale blanda sedazione.

L'intervento sarà eseguito da un medico dell'equipe di questa Unità Operativa che potrebbe essere diverso da quello che ha effettuato la visita e/o che ha posto l'indicazione chirurgica, ma comunque in grado di eseguire con competenza il trattamento chirurgico necessario nel Suo caso.

3. **Benefici attesi**

Lo scopo del trattamento è di correggere l'asse del I° dito, ripristinare i rapporti articolari, risolvere o ridurre il dolore. Per le altre deformità eventualmente associate (dita a martello etc) l'obiettivo è il ripristino della posizione, della lunghezza e della funzionalità in appoggio al polpastrello, pur se con dito residuo rigido.

Secondo la letteratura ortopedica gli obiettivi dell'intervento vengono raggiunti in circa il 70-80% dei casi. In una parte minore dei casi questi obiettivi possono non essere conseguiti.

Il risultato funzionale definitivo è correlato anche ad una corretta gestione clinica del periodo successivo all'intervento. È pertanto importante che si attenga ai controlli clinici e radiografici periodici nonché a tutte le indicazioni che le verranno date alla dimissione dall'ospedale ed in occasione delle successive visite ambulatoriali.

4. **Conseguenze nel caso non venga eseguito l'intervento**

In caso di mancato trattamento, col progredire del tempo possono persistere od aggravarsi le deformità esistenti (80-100%) e comparire anche deformità delle dita minori (dita a martello, camptodattilia, clinodattilia), con possibile comparsa di tilomi dolorosi (calli) sia sul dorso delle dita stesse sia sulle parti infradigitali.

31/05/2020



DENOMINAZIONE STRUTTURA

5. Alternative all'intervento proposto

Intervento solo sulle parti molli (capsula) associato o meno alla semplice levigatura della parte sporgente (esostosectomia), terapia medica conservativa (antinfiammatori, analgesici), uso di tutori o di bendaggi, che possono essere efficaci in casi selezionati.

La possibile indicazione a tali trattamenti alternativi deve essere valutata con l'ortopedico di riferimento.

6. Possibili complicanze dell'intervento

Durante e dopo l'intervento si possono manifestare le seguenti complicanze, riportate in letteratura con una frequenza complessiva compresa tra 0,1% (ovvero un caso su mille) e 16% (sedici casi su cento) degli interventi, a seconda delle casistiche.

Nello specifico le principali possibili complicanze sono le seguenti (tra parentesi le percentuali di frequenza note):

- flebo-trombosi della gamba (3-16%);
- ritardo di consolidazione, pseudoartrosi (mancata saldatura dell'osso), necrosi epifisaria (1-3,8%);
- dolore persistente (1-8%);
- marcato e persistente gonfiore del piede (0,1-5,7%),
- perdita parziale di mobilità delle articolazioni interessate (0,1-2,5%);
- mobilizzazione dei mezzi di osteosintesi (0,1-2,2%);
- ritardo di cicatrizzazione della ferita (0,1-2%);
- anomala cicatrizzazione della ferita (cicatrici atrofiche, ipertrofiche, cheloidi) (0.5-2%);
- infezione a livello dei mezzi di sintesi, infezione della ferita chirurgica, infezione ossea profonda, osteomielite acuta o cronica (1-2%);
- perdita della correzione con recidiva parziale o totale della deformità (0,1-1,5%);
- lesione dei nervi adiacenti;
- distrofia simpatico-riflessa (sindrome dolorosa regionale complessa);
- instabilità articolare;
- ischemia (insufficiente irrigazione sanguigna) dei tessuti che in alcuni casi (sebbene estremamente rari) potrebbe rendere necessaria l'amputazione di segmenti anatomici;
- sindrome compartimentale;
- sanguinamenti, ecchimosi, ematomi;
- tromboembolia polmonare;
- rottura od intolleranza dei mezzi di sintesi;
- fratture di segmenti scheletrici manipolati nell'intervento;
- diminuzione della mobilità e/o sviluppo di artrosi precoce delle articolazioni vicine;
- calcificazioni intorno alla articolazione, con limitazione della mobilità o rigidità articolare;
- complicanze cardiache, polmonari e/o sistemiche o evoluzione di precedenti patologie con possibilità anche di esito letale;
- altre complicanze statisticamente meno frequenti;
- complicanze conseguenti alle procedure anestesilogiche, di cui discuterà con l'anestesista.

L'età, l'obesità, la presenza di altre patologie locali/generali, terapie farmacologiche in corso ed altre condizioni soggettive possono causare un aumento delle condizioni di rischio per questo tipo di intervento.

Per fare fronte ad alcune di queste complicanze potrebbe rendersi necessario un reintervento chirurgico nel breve o lungo termine.

7. Dopo la dimissione

Il conseguimento del migliore risultato funzionale atteso è strettamente correlato e dipendente anche dal rispetto:

- delle prescrizioni terapeutiche e riabilitative;
- delle indicazioni relative alla convalescenza ed alla ripresa delle consuetudini di vita, del lavoro, delle attività sportive, nonché dall'eventuale uso di tutori;
- dalla corretta esecuzione dei trattamenti riabilitativi prescritti.



DENOMINAZIONE STRUTTURA

INFORMATIVA SULLA DECOMPRESSIONE DEL NERVO MEDIANO AL POLSO

Gentile Signora/Egregio Signore,

una adeguata informazione sul piano di cura rappresenta un elemento indispensabile per lo svolgimento di ogni attività sanitaria e costituisce una parte essenziale del piano diagnostico, terapeutico ed assistenziale.

Per tale motivo, ad integrazione del colloquio con il chirurgo, riteniamo utile fornirle la presente informativa, che Le permetta di divenire il più possibile partecipe dell'impegno comune alla tutela della Sua salute e di affidarsi con consapevolezza al trattamento condiviso.

Le informazioni contenute in questo documento mirano ad illustrare le modalità di esecuzione, i benefici, gli effetti collaterali ed i rischi nonché le possibili alternative al trattamento sanitario che Le è stato proposto. Tali informazioni tuttavia, in relazione al loro carattere generale, non sostituiscono il più esteso ed articolato colloquio informativo con il medico.

La procedura terapeutica consigliata di **INTERVENTO DI DECOMPRESSIONE DEL NERVO MEDIANO AL POLSO** trova indicazione in considerazione della sintomatologia e della patologia riscontrata.

1. **Motivazioni cliniche per cui si propone l'intervento**

L'intervento proposto è praticato in caso di una sindrome del tunnel carpale. Questa malattia è dovuta alla compressione per fattori infiammatori o post-traumatici del nervo mediano e dei suoi rami a livello del polso dove passa, sul lato palmare, all'interno del canale del carpo costituito da un pavimento osseo (ossa del carpo) e da una volta legamentosa (legamento trasverso del carpo). Tale struttura legamentosa, in particolari condizioni, può ispessirsi e, assieme alla tenosinovite, che è una patologia infiammatoria dei tendini, può portare a una riduzione dello spazio nel quale il nervo risiede. Tale riduzione dello spazio può causare parestesie (formicolio) alle prime tre dita ed alla metà del quarto e dolore soprattutto notturno. Talvolta, a seguito di varianti anatomiche, il formicolio può coinvolgere anche altre parti della mano. In una fase più avanzata, dovuta alla sofferenza ed alla degenerazione del nervo stesso, si può arrivare anche alla perdita della sensibilità e della forza di prensione.

Il trattamento proposto, secondo le evidenze scientifiche disponibili è stato indicato anche sulla base di quanto da lei riferito in anamnesi in merito a problematiche note riguardanti il sistema cardiocircolatorio, la coagulazione, l'apparato respiratorio, il fegato, i reni, il sistema nervoso ed altri organi.

2. **In cosa consiste l'intervento**

Le è stato proposto un intervento di liberazione del nervo mediano al carpo che si esegue di norma in anestesia locale mediante una piccola incisione (3-4 cm) a livello della base del palmo della mano, attraverso la quale si raggiunge e si seziona il legamento trasverso del carpo. Durante l'intervento potrebbe infine rendersi necessario estendere l'esplorazione ad altre strutture vicine per poter trattare patologie concomitanti (es.: sinoviectomia parziale dei flessori). In caso di pazienti ad aumentato rischio infettivo (diabetici, cardiopatici, immunodepressi, etc.) viene somministrata una profilassi antibiotica.

L'intervento sarà eseguito da un medico dell'equipe di questa Unità Operativa che potrebbe essere diverso da quello che ha effettuato la visita e/o che ha posto l'indicazione chirurgica, ma comunque in grado di eseguire con competenza il trattamento chirurgico necessario nel Suo caso.

3. **Benefici attesi**

La letteratura scientifica evidenzia che nella maggior parte dei casi (60-85%) si ottiene un miglioramento della sintomatologia dolorosa. In una parte minore di casi questo obiettivo può non essere conseguito.

Il risultato clinico complessivo di tale procedura chirurgica è influenzato da variabili anche indipendenti dalla corretta esecuzione tecnica dell'intervento e non sempre risulta esattamente prevedibile l'entità della ripresa funzionale del nervo mediano. In particolare, l'esito di tale intervento è influenzato da fattori quali l'età, l'entità della lesione del nervo (minori sono le possibilità di recupero se l'intervento chirurgico viene effettuato nella fase avanzata della malattia), il periodo intercorso dall'inizio dei sintomi, il potenziale evolutivo della malattia, il tipo costituzionale, la tendenza a formare aderenze tra i vari piani anatomici e cicatrici ipertrofiche, l'eventuale componente reumatoide o di altre malattie reumatiche, le abitudini di vita, le caratteristiche ambientali e lavorative, l'osservanza dei consigli postoperatori.

Tutti questi fattori condizionano il tempo di guarigione, che può andare da poche settimane nelle persone giovani ed in buone condizioni a periodi più lunghi nelle persone anziane con condizioni sfavorevoli (diabete, epilessia, disturbi circolatori, alterazioni trofiche cutanee, malattie reumatiche associate etc.).

Il risultato funzionale definitivo è correlato anche ad una corretta gestione clinica del periodo post-operatorio.

31/05/2020



DENOMINAZIONE STRUTTURA

È pertanto importante che si attenga ai controlli clinici e strumentali periodici nonché a tutte le indicazioni che le verranno date alla dimissione dall'ospedale ed in occasione delle successive visite ambulatoriali.

4. Conseguenze nel caso non venga eseguito l'intervento

La patologia dalla quale Lei è affetto in assenza di trattamento chirurgico ha una maggiore probabilità di evolvere, in senso peggiorativo, con aumento del dolore e dei deficit sensitivi e motori della mano.

5. Alternative all'intervento proposto

Non esistono altre terapie potenzialmente risolutive. I trattamenti medici (antinfiammatori, antalgici, neurotrofici) e quelli riabilitativi possono migliorare transitoriamente i disturbi. La loro eventuale efficacia deve essere valutata con lo specialista di riferimento.

6. Possibili complicanze dell'intervento

Durante e dopo l'intervento si possono manifestare le seguenti complicanze, riportate in letteratura con una frequenza complessiva compresa tra 0,2% (ovvero due casi su mille) e 3,0% (tre casi su cento) degli interventi, a seconda delle casistiche.

Nello specifico le principali possibili complicanze sono le seguenti (tra parentesi le percentuali di frequenza note):

- aderenze cicatriziali con rigidità del polso e delle dita e/o recidiva della sintomatologia presentata prima dell'intervento (0,3-3%);
- lesione del nervo mediano, di piccoli vasi, nervi o tendini nella sede dell'intervento (0,5-2,8%);
- eccessivo sanguinamento con successivo ematoma (0,2-2,4%);
- cicatrice esuberante o dolorosa della ferita cutanea (0,3-2%);
- complicanze infettive superficiali e profonde con deiscenza ovvero mancata guarigione della ferita chirurgica (1,5%);
- dolore (0,5-0,8%);
- CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) o algodistrofia caratterizzata tra gli altri sintomi, da dolore cronico all'arto;
- lesione delle strutture compresse dal laccio emostatico;
- lesione della cute per il contatto con agenti disinfettanti o con strumenti cauterizzanti;
- formazione di coaguli che possono ostruire vasi sanguigni anche molto distanti dalla zona operata;
- tumefazione e dolore della mano per mancata mobilizzazione precoce che, se prolungato nel tempo, può esitare in rigidità (sindrome dolorosa regionale complessa);
- altre complicanze statisticamente meno frequenti;
- complicanze conseguenti alle procedure anestesiolgiche, di cui discuterà con l'anestesista. (*)

L'età, l'obesità, la presenza di altre patologie locali/generali, terapie farmacologiche in corso ed altre condizioni soggettive possono causare un aumento delle condizioni di rischio per questo tipo di intervento.

Per fare fronte ad alcune di queste complicanze potrebbe rendersi necessario un reintervento chirurgico nel breve o lungo termine.

7. Dopo la dimissione

Il conseguimento del migliore risultato funzionale atteso è strettamente correlato e dipendente anche dal rispetto:

- delle prescrizioni terapeutiche e riabilitative;
- delle indicazioni relative alla convalescenza ed alla ripresa delle consuetudini di vita, del lavoro, delle attività sportive, nonché dall'eventuale uso di tutori;
- dalla corretta esecuzione dei trattamenti riabilitativi prescritti.

(*) In caso di procedura in anestesia locale, eseguita direttamente dal chirurgo, l'informativa deve essere integrata con la descrizione delle modalità, dei rischi e delle complicanze della stessa.



DENOMINAZIONE STRUTTURA

INFORMATIVA SULLA TERAPIA INFILTRATIVA

Gentile Signora/Egregio Signore,

una adeguata informazione sul piano di cura rappresenta un elemento indispensabile per lo svolgimento di ogni attività sanitaria e costituisce una parte essenziale del piano diagnostico, terapeutico ed assistenziale.

Per tale motivo, ad integrazione del colloquio con il medico, riteniamo utile fornirle la presente informativa, che Le permetta di divenire il più possibile partecipe dell'impegno comune alla tutela della Sua salute e di affidarsi con consapevolezza al trattamento condiviso.

Le informazioni contenute in questo documento mirano ad illustrare le modalità di esecuzione, i benefici, gli effetti collaterali ed i rischi nonché le possibili alternative al trattamento sanitario che Le è stato proposto. Tali informazioni tuttavia, in relazione al loro carattere generale, non sostituiscono il più esteso ed articolato colloquio informativo con il medico.

La procedura terapeutica consigliata di **TERAPIA INFILTRATIVA** trova indicazione in considerazione della sintomatologia e della patologia riscontrata.

È importante che riferisca al medico i farmaci assunti, con particolare riferimento agli anticoagulanti orali, e che si attenga alle indicazioni ricevute su eventuali sospensioni o modifiche della terapia.

1. Motivazioni cliniche per cui si propone l'infiltrazione

Le principali indicazioni comprendono sia processi infiammatori acuti articolari, sia la patologia artrosica degenerativa ed i processi infiammatori acuti/cronici dei tessuti molli. Le principali patologie trattate con l'infiltrazione sono: l'artrosi, l'artrite reumatoide, le tendiniti, le borsiti, le fasciti, le fibromiositi, la sindrome radicolare.

2. In cosa consiste l'infiltrazione

L'intervento consiste previa accurata preparazione della cute, nella somministrazione mediante introduzione di un ago fino alle sedi anatomiche interessate, di sostanze terapeutiche quali: corticosteroidi, corticosteroidi con anestetico locale, acido ialuronico, PRP (plasma arricchito in piastrine). Talora può essere preceduta dall'aspirazione (artrocentesi) di liquidi contenuti nell'articolazione.

L'infiltrazione può essere effettuata anche con l'aiuto di un ecografo (eco-assistita) o sotto la guida dello stesso (ecoguidata), in modo da permettere una visualizzazione diretta del percorso dell'ago nei tessuti molli e del suo corretto posizionamento, oppure mediante l'ausilio di apparecchiature radiologiche sotto controllo scopico o sotto controllo TC; ciò è particolarmente utile in alcune sedi profonde, difficili da individuare a mano libera.

3. Benefici attesi

I benefici attesi sono variabili in relazione alla diversità delle sostanze terapeutiche utilizzate ed alle finalità del trattamento effettuato. Nella maggior parte dei casi si ottiene un miglioramento della sintomatologia dolorosa e della limitazione della funzione articolare per un periodo di tempo variabile da caso a caso. In alcuni pazienti questo obiettivo può non essere conseguito, con persistenza dei sintomi.

Il risultato funzionale definitivo è correlato anche ad una corretta gestione clinica del periodo successivo alla procedura.

4. Conseguenze nel caso non venga eseguita l'infiltrazione proposta

La sintomatologia della patologia dalla quale Lei è affetto in assenza di trattamento infiltrativo ha una maggiore probabilità di persistere. .

5. Alternative al trattamento proposto

Trattamento fisioterapico, terapia farmacologica, o intervento chirurgico qualora indicato.

La possibile indicazione a tali trattamenti alternativi deve essere valutata con l'ortopedico di riferimento.

09/11/2018



DENOMINAZIONE STRUTTURA

INFORMATIVA SULLA RICOSTRUZIONE ARTROSCOPICA DEL LEGAMENTO CROCIATO ANTERIORE DEL GINOCCHIO

Gentile Signora/Egregio Signore,
 una adeguata informazione sul piano di cura rappresenta un elemento indispensabile per lo svolgimento di ogni attività sanitaria e costituisce una parte essenziale del piano diagnostico, terapeutico ed assistenziale.
 Per tale motivo, ad integrazione del colloquio con il chirurgo, riteniamo utile fornirle la presente informativa, che Le permetta di divenire il più possibile partecipe dell'impegno comune alla tutela della Sua salute e di affidarsi con consapevolezza al trattamento condiviso. Le informazioni contenute in questo documento mirano ad illustrare le modalità di esecuzione, i benefici, gli effetti collaterali ed i rischi nonché le possibili alternative al trattamento sanitario che Le è stato proposto. Tali informazioni tuttavia, in relazione al loro carattere generale, non sostituiscono il più esteso ed articolato colloquio informativo con il medico.
 La procedura terapeutica consigliata di **INTERVENTO DI RICOSTRUZIONE ARTROSCOPICA DEL LEGAMENTO CROCIATO ANTERIORE (LCA) DEL GINOCCHIO** trova indicazione in considerazione della sintomatologia e della patologia riscontrata.

1. **Motivazioni cliniche per cui si propone l'intervento**

L'intervento proposto è praticato in caso di una instabilità del ginocchio dovuta alla lesione del legamento crociato anteriore. La instabilità comporta un movimento articolare anormale con il carico, il quale causa cedimenti e dolore con difficoltà ad eseguire attività fisiche complesse. Nel lungo termine, la instabilità comporta un'accelerazione dell'usura normale dell'articolazione e quindi, un'artrosi precoce. Il trattamento proposto, secondo le evidenze scientifiche è definito anche sulla base di quanto dichiarato in anamnesi in merito a disturbi noti riguardanti il sistema cardiocircolatorio, la coagulazione, l'apparato respiratorio, il fegato, i reni, il sistema nervoso ed altri organi.

2. **In cosa consiste l'intervento**

Le è stato proposto un intervento di ricostruzione artroscopica del legamento crociato anteriore del ginocchio previo prelievo ed utilizzo:

- del tendine rotuleo omolaterale
- del/i tendine/i del semitendinoso/gracile omolaterale
- altro:

Questo intervento consiste nella visualizzazione dell'articolazione del ginocchio con una microcamera introdotta attraverso due o tre piccole brecche praticate sulla parte anteriore del ginocchio. Attraverso tale via si ispeziona la cavità articolare, si accertamento le lesioni visibili e si valuta il grado di lesione del legamento o dei legamenti. Si provvede quindi alla bonifica delle eventuali lesioni associate, meniscali e/o cartilaginee od altri piccoli gesti chirurgici. A continuazione viene preparato un neo-legamento, di norma utilizzando una parte del tendine rotuleo o sacrificando uno/due tendini flessori dello stesso ginocchio. Di rado si possono utilizzare gli stessi tendini del ginocchio controlaterale oppure legamenti di materiale sintetico o prelevati da cadavere attraverso banche dei tessuti. Il neo-legamento viene infine fissato all'osso praticando dei tunnel e ancorandolo con dispositivi di fissazione. L'intervento sarà eseguito da un medico dell'equipe di questa Unità Operativa, con specifica competenza professionale, che potrebbe essere diverso da quello che ha effettuato la visita e/o che ha posto l'indicazione chirurgica.

3. **Benefici attesi**

Secondo la letteratura ortopedica nella maggior parte dei casi si ottiene un miglioramento della stabilità articolare, della sintomatologia dolorosa, nonché della funzionalità articolare. In casi più rari questo obiettivo può non essere conseguito. Il risultato funzionale definitivo è correlato anche ad una corretta gestione clinica del periodo successivo all'intervento. È pertanto importante che si attenga ai controlli clinici e radiografici periodici nonché a tutte le indicazioni che le verranno date alla dimissione dall'ospedale ed in occasione delle successive visite ambulatoriali.

4. **Conseguenze nel caso non venga eseguito l'intervento**

La patologia dalla quale Lei è affetto in assenza di trattamento chirurgico ha una maggiore probabilità di evolvere con peggioramento della sintomatologia attuale.

31/05/2020



DENOMINAZIONE STRUTTURA

5. Alternative all'intervento proposto

Il trattamento riabilitativo e/o l'uso di tutori possono essere efficaci in casi selezionati, la cui possibile indicazione andrà valutata con l'ortopedico di riferimento.

6. Possibili complicanze dell'intervento

Durante e dopo l'intervento si possono manifestare le seguenti complicanze, riportate in letteratura con una frequenza complessiva compresa tra 0,2% (ovvero due casi su mille) e 1,0% (un caso su cento) degli interventi, a seconda delle casistiche.

Nello specifico le principali possibili complicanze sono le seguenti (tra parentesi le percentuali di frequenza note):

- dolore persistente; zoppia (1%);
- intolleranza mezzi di sintesi (1%);
- degenerazione secondaria o rottura di strutture osteocartilaginee e legamentose integre al momento dell'intervento (0,5%);
- necrosi avascolare (assenza di vascolarizzazione dell'osso) di parte di un'articolazione con conseguente dolore e rigidità articolare (0,5%)
- instabilità articolare con alterazioni della funzionalità capsulo-legamentosa (0.5%)
- insufficiente articolarietà / rigidità articolare (0,5%)
- lesioni vascolari-emorragie-trombosi venose-embolie polmonari (0,2 – 0,5 %);
- lesioni neurologiche periferiche con paralisi o paresi-danni cerebrali (0,2%);
- infezioni e/o ematomi post-chirurgici (0,2%);
- deiscenza ferita chirurgica o dei portali artroscopici (0,2 %);
- fratture intra o post-operatorie (0,2%);
- complicanze cardiache, polmonari e/o sistemiche o evoluzione di precedenti patologie con possibilità anche di esito letale;
- emartro / idrarto con sinovite e tumefazione del ginocchio che potrebbe richiedere svuotamento della cavità articolare (artrocentesi);
- cyclope sindrome (formazione di tessuto fibroso all'interno della cavità articolare che comporta limitazione della flessione del ginocchio);
- ferita/breccia artroscopica dolorosa;
- dolore in sede di prelievo;
- instabilità articolare con alterazione della funzionalità capsulo-legamentosa e/o rottura neo- legamento;
- tendiniti o lesione del tendine rotuleo e/o dei tendini della zampa d'oca;
- degenerazione cartilaginea in senso artrosico;
- rotture intraoperatorie dello strumentario chirurgico con possibilità di persistenza di frammenti metallici endoarticolari non rimuovibili se non con interventi maggiormente invasivi.
- altre complicanze statisticamente meno frequenti.
- complicanze conseguenti alle procedure anestesilogiche di cui discuterà con l'anestesista.

L'età, l'obesità, la presenza di altre patologie locali/generali, terapie farmacologiche in corso ed altre condizioni soggettive possono causare un aumento delle condizioni di rischio per questo tipo di intervento.

Per far fronte ad alcune di queste complicanze, esiste la possibilità di un reintervento a breve-medio-lungo termine.

7. Dopo la dimissione

Il conseguimento del migliore risultato funzionale atteso è strettamente correlato e dipendente anche dal rispetto:

- delle prescrizioni terapeutiche e riabilitative;
- delle indicazioni relative alla convalescenza ed alla ripresa delle consuetudini di vita, del lavoro, delle attività sportive, nonché dall'eventuale uso di tutori;
- dalla corretta esecuzione dei trattamenti riabilitativi prescritti.

31/05/2020



DENOMINAZIONE STRUTTURA

INFORMATIVA SULLA STABILIZZAZIONE VERTEBRALE PER VIA POSTERIORE

Gentile Signora/Egregio Signore,

una adeguata informazione sul piano di cura rappresenta un elemento indispensabile per lo svolgimento di ogni attività sanitaria e costituisce una parte essenziale del piano diagnostico, terapeutico ed assistenziale.

Per tale motivo, ad integrazione del colloquio con il chirurgo, riteniamo utile fornirle la presente informativa, che Le permetta di divenire il più possibile partecipe dell'impegno comune alla tutela della Sua salute e di affidarsi con consapevolezza al trattamento condiviso.

Le informazioni contenute in questo documento mirano ad illustrare le modalità di esecuzione, i benefici, gli effetti collaterali ed i rischi nonché le possibili alternative al trattamento sanitario che Le è stato proposto. Tali informazioni tuttavia, in relazione al loro carattere generale, non sostituiscono il più esteso ed articolato colloquio informativo con il medico.

La procedura terapeutica consigliata di **INTERVENTO DI STABILIZZAZIONE VERTEBRALE PER VIA POSTERIORE** trova indicazione in considerazione della sintomatologia e della patologia riscontrata.

1. Motivazioni cliniche per cui si propone l'intervento

L'intervento proposto è indicato in presenza di dolore lombare ingravescente, resistente ai trattamenti medici e/o riabilitativi, eventualmente irradiato ad una o a entrambe le gambe, talora accompagnato anche da difficoltà nella deambulazione protratta, mancanza di forza agli arti inferiori, disturbi della sensibilità ed in casi più rari da disturbi agli sfinteri. L'indicazione all'intervento chirurgico si basa sulla impossibilità di controllare il dolore, sulla presenza di un danno neurologico o di una compressione del midollo. Il trattamento proposto, secondo le evidenze scientifiche disponibili è stato indicato anche sulla base di quanto da lei riferito in anamnesi in merito a problematiche note riguardanti il sistema cardiocircolatorio, la coagulazione, l'apparato respiratorio, il fegato, i reni, il sistema nervoso ed altri organi.

2. In cosa consiste l'intervento

L'intervento di stabilizzazione si esegue a paziente prono e consiste nella fissazione per via posteriore di una o più articolazioni della colonna vertebrale, mediante l'impianto sotto controllo radioscopico di una strumentazione costituita da viti peduncolari e/o uncini e/o cerchiaggi e barre metalliche/PEEK etc. (stabilizzazione strumentata). Al fine di ottenere l'artrodesi, ovvero la fusione di due o più vertebre, potrà essere utilizzato anche un innesto osseo prelevato dalla sua cresta iliaca (ovvero dalla porzione laterale del bacino) o proveniente da una banca dell'osso autorizzata (mediante osso da donatore vivente o da cadavere) o sintetico. Se previsto, per la presenza di una sintomatologia correlabile ad un restringimento del canale vertebrale (stenosi) o se necessario sulla base di quanto emerge al campo operatorio, alla stabilizzazione strumentata potrà essere associata una decompressione delle strutture nervose interessate procedendo alla liberazione delle stesse dalle strutture anatomiche che determinano una compressione. L'intervento sarà eseguito da un medico dell'equipe di questa Unità Operativa che potrebbe essere diverso da quello che ha effettuato la visita e/o che ha posto l'indicazione chirurgica, ma comunque in grado di eseguire con competenza il trattamento chirurgico necessario nel Suo caso.

3. Benefici attesi

L'intervento ha come obiettivo quello di migliorare la sintomatologia riducendo il dolore ed interrompendo la storia naturale della malattia. Secondo la letteratura ortopedica nella maggior parte dei casi si ottiene questo obiettivo. In casi più rari questo obiettivo può non essere conseguito. Il risultato funzionale definitivo è correlato anche ad una corretta gestione clinica del periodo successivo all'intervento. È pertanto importante che si attenga ai controlli clinici e radiografici periodici nonché a tutte le indicazioni che le verranno date alla dimissione dall'ospedale ed in occasione delle successive visite ambulatoriali.

4. Conseguenze nel caso non venga eseguito l'intervento

La patologia dalla quale Lei è affetto in assenza di trattamento chirurgico ha una maggiore probabilità di evolvere, con conseguente peggioramento della sintomatologia attuale.

5. Alternative all'intervento proposto

Trattamento riabilitativo o trattamenti medici prolungati (antinfiammatori, cortisonici, terapia del dolore) ed infiltrativi (infiltrazioni peridurali e/o zigoapofisarie di farmaci) e/o il trattamento con corsetti ortopedici, possono essere efficaci in casi selezionati.

La possibile indicazione a tali trattamenti alternativi deve essere valutata con l'ortopedico di riferimento.

6. Possibili complicanze dell'intervento

Durante e dopo l'intervento si possono manifestare le seguenti complicanze, riportate in letteratura con una frequenza complessiva compresa tra 0,1% (ovvero un caso su mille) e 20% (20 casi su cento) degli interventi, a seconda delle casistiche.

31/05/2020



DENOMINAZIONE STRUTTURA

Nello specifico le principali possibili complicanze sono le seguenti (tra parentesi le percentuali di frequenza note):

- anemia post-chirurgica (5-20%);
- pseudoartrosi (0,5-11%);
- lesioni delle membrane di rivestimento del midollo (0,1-8%);
- estensione dell'artrosi strumentata (0,3-6%);
- cefalea (1-5%);
- intolleranza a mezzi di sintesi (0,5-2,9%);
- infezioni (1,5-2,5%);
- mobilizzazione dell'impianto (barre e viti) (0,1-2,6%);
- lesioni delle strutture nervose (1,2%);
- trombosi venosa profonda (rischio <1%);
- tromboembolia polmonare (rischio <1%);
- ematoma epidurale (<1%), eventualmente responsabile della sindrome della cauda equina (complesso di segni e sintomi caratterizzato da: disturbi della sensibilità cutanea perineale, ritenzione o incontinenza urinaria e/o fecale, disturbi della sensibilità cutanea e/o della motricità degli arti inferiori).
- lesione oculare conseguente al decubito prono, cecità transitoria o permanente (<0,2%);
- emorragia per lesione di un vaso addominale maggiore, (0,01-0,05%) è caratterizzata da elevata mortalità;
- lesioni cutanee da pressione e/o lesioni di nervi o plessi nervosi da compressione o stiramento per il posizionamento sul letto operatorio, più spesso disturbi sensitivi transitori raramente permanenti;
- cheloide cicatriziale (cicatrizzazione ipertrofica della cute);
- fistola liquorale (fuoriuscita di liquido cefalorachidiano attraverso una breccia nella dura);
- aderenze perineurali (cicatrici dolorose);
- instabilità secondarie;
- fratture iatrogene;
- artrosi da sindrome giunzionale (sovraccarico del livello inferiore o superiore all'area di artrosi);
- pseudo-spondilolistesi (scivolamento di una vertebra sull'altra);
- ematomi sottofasciali;
- sieroma (raccolta di siero nel sottocute);
- recidiva di ernia;
- persistenza della sintomatologia dolorosa;
- rotture dello strumentario;
- fibrosi muscolare (può essere causa di dolore).
- complicanze cardiache, polmonari e/o sistemiche o evoluzione di precedenti patologie con possibilità anche di esito letale;
- altre complicanze statisticamente meno frequenti;
- complicanze conseguenti alle procedure anestesologiche, di cui discuterà con l'anestesista.

L'età, l'obesità, la presenza di altre patologie locali/generali, terapie farmacologiche in corso ed altre condizioni soggettive possono causare un aumento delle condizioni di rischio per questo tipo di intervento.

Per fare fronte ad alcune di queste complicanze potrebbe rendersi necessario un reintervento chirurgico nel breve o lungo termine.

7. Dopo la dimissione

Il conseguimento del migliore risultato funzionale atteso è strettamente correlato e dipendente anche dal rispetto:

- delle prescrizioni terapeutiche e riabilitative;
- delle indicazioni relative alla convalescenza ed alla ripresa delle consuetudini di vita, del lavoro, delle attività sportive, nonché dall'eventuale uso di tutori;
- dalla corretta esecuzione dei trattamenti riabilitativi prescritti.



DENOMINAZIONE STRUTTURA

CONSENSO AL TRATTAMENTO PROPOSTO

Io sottoscritto/a
avendo ricevuto informazioni dal dott.
relative alle mie condizioni cliniche, ai trattamenti indicati per la mia, ai benefici attesi ed ai rischi di
complicanze, anche mediante una informativa scritta consegnatami durante il colloquio avvenuto in
data consapevole che l'intervento potrebbe essere eseguito da un medico di questa
U.O. diverso da quello che mi ha visitato ed informato, ma con adeguata competenza per l'intervento
proposto, dopo avere avuto il tempo necessario per valutare e comprendere quanto illustrato dai medici
della equipe chirurgica, avendogli rivolto tutte le domande di chiarimento di cui necessitavo, conscio
di potere in qualsiasi momento revocare il consenso espresso

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

ad eseguire il trattamento chirurgico di
.....

Data _____ Firma del paziente _____

<p>CONSENSO ESPRESSO DA GENITORI DI PAZIENTE MINORE</p> <p>L'espressione del consenso qui indicata <input type="checkbox"/> corrisponde <input type="checkbox"/> non corrisponde alla volontà del paziente minore, che è stato informato secondo le sue capacità di comprensione.</p> <p>Cognome e nome (genitore/i) _____</p> <p>Io sottoscritto/a _____ dichiaro che il genitore non presente è d'accordo con l'espressione del consenso da me fornita</p> <p>Firma del/i genitore/i presente/i</p> <p>_____</p>
<p>CONSENSO ESPRESSO DA <input type="checkbox"/> TUTORE <input type="checkbox"/> AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO</p> <p>L'espressione del consenso qui indicata <input type="checkbox"/> corrisponde <input type="checkbox"/> non corrisponde alla volontà del paziente, che è stato informato secondo le sue capacità di comprensione.</p> <p>Cognome e nome (tutore / AdS) _____</p> <p>Firma del tutore/AdS _____</p>



DENOMINAZIONE STRUTTURA

CONSENSO ESPRESSO DA FIDUCIARIO

Fiduciario nominato da paziente mediante atto di Disposizioni Anticipate di Trattamento (ai sensi della Legge 219/2017), essendo il paziente nella attuale incapacità di autodeterminarsi

Cognome e nome (fiduciario) _____

Firma del fiduciario _____

CONSENSO ESPRESSO DA INCARICATO DEL PAZIENTE

A seguito di indicazione scritta da parte del paziente che ha manifestato la volontà di delegare altri a ricevere informazioni ed esprimere il consenso (ai sensi della Legge 219/2017)

Cognome e nome (incaricato) _____

Firma dell'incaricato _____

MEDIATORE CULTURALE

Cognome e nome (mediatore) _____

Firma del mediatore _____

TESTIMONE

In presenza di paziente non in grado di sottoscrivere il consenso, attesto che egli/ella ha compreso quanto riferitogli ed in mia presenza ha manifestato la volontà sopra indicata

Cognome e nome (testimone) _____

Firma del testimone _____

Medico che acquisisce il consenso

Cognome e nome _____

Firma del medico _____