



**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO DI
RIPARAZIONE ARTROSCOPICA O A CIELO APERTO DELLA
CUFFIA DEI ROTATORI**

Il Sottoscritto

per se stesso

esercente/i la potestà genitoriale del minore a cui è stata data adeguata informazione sul consenso e sulla procedura sottoriportati
(di norma raccogliere le firme di entrambi i genitori ed allegare fotocopia del documento d'identità di entrambi)

legale rappresentante (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale) di
(allegare fotocopia del documento d'identità del legale rappresentante)

DICHIARA

- **di aver ricevuto** dal dr. e dal personale medico che lavora presso la struttura nella quale è (o sarà) degente ogni possibile informazione riguardo sede, natura ed entità delle lesioni da cui e' affetto ed ai presumibili esiti futuri;
- di essere stato informato altresì che per l'intervento proposto vi è necessità di somministrare sostanze analgesiche ed anestetiche per le quali vi è la possibilità di intolleranza;
- di essere a conoscenza che tale consenso è libero da pressioni, revocabile in qualsiasi momento, eventualmente modificabile, eventualmente delegabile a terzi di fiducia preventivamente autorizzati per iscritto;
- di assumersi ogni responsabilità che possa derivare da conseguenze del rifiuto alle prestazioni sanitarie
- di assumersi ogni responsabilità che possa derivare da interruzioni volontarie del programma terapeutico previsto;
- di essere disposto a fornire la massima collaborazione possibile con il personale curante e di assistenza, al comune scopo di ottenere il più valido risultato possibile;
- di aver compreso l'importanza di segnalare, nel proprio interesse, precedenti trasfusioni ed eventuali reazioni avverse, interventi subiti, terapie pregresse o in corso, nonché eventuali manifestazioni tossiche o allergiche sofferte in passato, in particolare a farmaci e/o metalli
- di essere stato informato delle possibili alternative terapeutiche
- di essere informato che la patologia dalla quale e' affetto
-
- presenta come indicazione: o una tecnica artroscopica che si attua mediante introduzione di strumenti ottici e meccanici attraverso piccole incisioni della cute o una tecnica chirurgica a cielo aperto e di averne discusso con il chirurgo vantaggi e svantaggi.

Convinto della validità del metodo in questo caso, **esprime il proprio CONSENSO, consapevole che:**

- l'atto chirurgico potrebbe avere valenza solo diagnostica, o limitarsi soltanto ad un'acromionoplastica (asportazione di una parte dell'osso acromiale), ad una borsectomia (pulizia della borsa sierosa), ad un distacco (tenotomia) del tendine bicipitale (vedi oltre);
- alla tenotomia del "Capo Lungo del Bicipite Brachiale" può essere associata eventuale riparazione della "Cuffia dei Rotatori";
- la riparazione può essere preceduta o seguita dall'asportazione di una parte dell'osso acromiale (acromionoplastica), necessaria a garantire un migliore scorrimento dei tendini della cuffia dei rotatori.
- il dolore alla spalla persiste a lungo dopo l'intervento, con tempi di recupero molto variabili. In caso di riparazione di una rottura della cuffia, l'attività lavorativa pesante non potrà essere ripresa prima di 3-4 mesi. Nella maggior parte dei casi il successo dell'intervento sarà realizzabile solo con una adeguata e costante chinesiterapia (riabilitazione) post-operatoria; è importante quanto prima prenotare presso un centro riabilitativo le terapie necessarie.
- L'incidenza di una nuova rottura, dopo eventuale intervento di riparazione della cuffia dei rotatori, è statisticamente stimata attorno al 40% dei casi (dato rilevato a due anni dall'intervento) ma, anche in questi casi, pochissime sono le lesioni che rimangono dolorose.
- la Casa di Cura dispone di letti di terapia subintensiva; qualora fosse necessario, la struttura lavora "in rete" con le unità operative di terapia intensiva degli ospedali vicini.
- La Casa di Cura si avvale di un comitato per la gestione del rischio, che analizza le criticità reali e potenziali che possono verificarsi in una struttura sanitaria, per adottare le necessarie azioni migliorative.
- Il successo dell'intervento sarà realizzabile solo con una adeguata e costante chinesiterapia (riabilitazione) post-operatoria; è importante quanto prima prenotare presso un centro riabilitativo le terapie necessarie.

Il sottoscritto pertanto, **DICHIARA** inoltre:

1. di aver **compreso le caratteristiche tecniche dell'intervento proposto**
.....
....., che consiste in:
 - analisi delle strutture endoarticolari
 - eventuale trattamento artroscopico delle patologie rinvenute durante la fase diagnostica
 - l'eventuale riparazione delle lesioni della cuffia dei rotatori può richiedere l'impianto di sistemi meccanici di fissazione in materiale riassorbibile o non riassorbibile (viti, ancore)
2. di essere stato **informato del rischio operatorio** e delle **possibili complicanze**, tra cui (secondo la letteratura italiana ed anglosassone disponibile presso la Direzione Sanitaria) le più frequenti:
 - febbre (evento abbastanza frequente, ma transitorio di breve durata)
 - parestesie (formicolio, diminuzione della sensibilità) all'arto superiore, a carattere transitorio, nel 10-30% dei casi;
 - complicanze meccaniche legate al fallimento e/ o alla mobilizzazione dei sistemi di fissazione nel 3,3% dei casi;
 - le complicanze infettive e tromboemboliche sono estremamente rare nell'artrosopia di spalla (<0,02% in uno studio nord-americano);
 - sono stati descritti rarissimi casi di compressione tracheale intra-operatoria dovuti ad accumulo di liquido (specie in interventi molto lunghi);
 - altre complicanze, quali la rigidità articolare, il dolore post operatorio, gli ematomi, l'artrosinovite (infiammazione con gonfiore articolare), le alterazioni cutanee, le sindromi simpatico-riflesse (dolore e rigidità associate ad osteoporosi localizzata) possono prolungare il periodo di guarigione di alcune settimane o mesi, ma sono, in genere, destinate ad esaurirsi nel tempo.

Durante l'artrosopia può essere riscontrata una non concordanza rispetto al sospetto clinico iniziale.

di aver ben compreso il significato di quanto esposto, di aver ricevuto risposta a tutte le domande poste.

Osservazioni eventuali:

DICHIARA quindi di accettare o non accettare il **trattamento chirurgico proposto**

Inoltre autorizza o non autorizza l'utilizzazione, per scopi scientifici ed educativi, dei dati ottenuti dalla procedura a cui verrò sottoposto nel pieno rispetto del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati (GDPR 2016/679, D.lgs. 196/2003 e successive modifiche), ovvero con immagini e dati resi anonimi.

Il sottoscritto è stato informato che, nel caso di dubbi non emersi dal colloquio, ovvero se non è chiaro quanto sopra riportato o se volesse ulteriori delucidazioni riguardo alla proposta chirurgica, le alternative ad essa e le sue eventuali e/o potenziali complicazioni, è pregato di telefonare a:

- Segreteria del reparto al n. 041-5071 **806**
 - “ “ “ “ 041-5071 **810**
 - Centralino 041-5071 **611**
- per poter parlare con un medico.

data Firma del Paziente *

** in caso di paziente minorenne, firmano di norma entrambi i genitori ed anche il minore stesso se ha sufficiente capacità di ascolto e discernimento; analogo comportamento vale per il paziente "incapace" e il suo tutore.*

Firma del Medico (e timbro)
che ha verificato che il paziente abbia compreso quanto illustrato

per poter riflettere e chiedere eventualmente un parere ad altra persona di fiducia, si precisa che:

- Copia del presente consenso è stata consegnata al paziente in data
- Ulteriori chiarimenti richiesti successivamente in data
- Ha ricevuto il "documento di primo accesso" M-CHI-21 in data
- E' stato informato il paziente sulle istruzioni preoperatorie (IO-CHI-09) in data
- telefonicamente in data
- Il paziente ha già ricevuto opuscolo /i informativo/i su tale intervento SI NO
-

Data

Firma del personale addetto Firma paziente

Eventuali note contemporanee o successive inerenti il presente consenso (Esempio: se il paziente comprende bene la lingua italiana, se si è ricorsi ad un facilitatore, mediatore culturale, se è presente un testimone. In tal caso è opportuno raccogliere nelle note oltre alla firma del paziente anche la firma del testimone/facilitatore/mediatore)

.....
.....

Firma paziente

EVENTUALI DISEGNI ESEMPLIFICATIVI