

DATI RELATIVI AL/LA PAZIENTE

Io sottoscritto _____

nato/a a _____ il _____

visitato presso l'ambulatorio di _____

in qualità di: paziente (specificare rapporto in rel. al pz) _____

del paziente _____

il quale allo stato attuale è impossibilitato ad esprimere valido consenso

IN PIENA CAPACITA' DI INTENDERE E DI VOLERE DICHIARO DI ESSERE STATO ESAURIENTEMENTE INFORMATO/A SULLA NATURA, EVOLUZIONE E COMPLICANZE DELL'INFERMITA' DI CUI SONO/DI CUI E' AFFETTO/A:

1) DIAGNOSI _____

2) In particolare nel corso dei colloqui intercorsi con il **Dr. ALESSANDRO MARIA PANTI** **Dr. ANTONELLO**

MARIA PANTI

sono stato informato che per il suddetto processo morboso per il quale dovrò/dovrà essere ricoverato/a è indicato un intervento chirurgico di **STABILIZZAZIONE DELLA SPALLA SECONDO LATARJET**

anestesia posta _____ la cui decisione definitiva sarà valutata a giudizio del medico anestesista competente, che effettuerà la visita di pre ricovero.

3) Mi sono state spiegate, secondo la procedura in vigore presso questa Società:

La lussazione di spalla è un evento traumatico che comporta spesso la necessità di un intervento chirurgico. Per lussazione di spalla si intende la fuoriuscita della testa dell'omero dalla sua sede naturale (glena); ciò comporta spesso il danneggiamento dei legamenti nella parte anteriore della spalla. Inoltre il labbro (l'anello cartilagineo attorno al bordo della glena) può lacerarsi. Questa viene comunemente chiamata Lesione di Bankart. In altri casi oltre alle strutture legamentose viene danneggiata anche la parte ossea della glena. Nei casi in cui non vi è l'interessamento osseo (lesione Bankart) è possibile effettuare la **capsuloplastica in artroscopia** con lo scopo di ricostruire anatomicamente il cerchio in modo anatomico.

Quando invece è presente un deficit osseo è necessario effettuare un intervento classico a cielo aperto chiamato "**Intervento di Latarjet**". Le indicazioni all'intervento vengono influenzate però anche da altri fattori esterni (età paziente, sport praticato, eccetera), per cui l'Intervento di Latarjet può essere consigliato anche in Pazienti che non hanno lesioni ossee in quanto ha una minore percentuale di recidive rispetto all'intervento di capsuloplastica e ciò è particolarmente rilevante in particolare per gli sportivi. È anche vero che la Latarjet, che viene appunto eseguita a cielo aperto, ha delle possibili complicanze, per fortuna non frequenti, che possono essere difficili da gestire (rottura della bratta ossea, rottura delle viti o sporgenza delle viti in articolazione) e che richiedono interventi complessi per essere risolte.

Preparazione all'intervento

Valutazione medica (prericovero). Verrà programmato un esame fisico completo con l'anestesista (prericovero) prima dell'operazione. Questo è necessario per assicurarsi che sussistano le condizioni di salute generale per affrontare l'intervento chirurgico e per completare il processo di recupero. Molti pazienti con patologie croniche, come le malattie cardiache, possono anche necessitare una valutazione di uno specialista, come un cardiologo, prima della chirurgia. Durante il pre ricovero potranno essere eseguite le radiografie necessarie per pianificare l'intervento chirurgico.

• Test. Diversi, come gli esami del sangue e delle urine, e un elettrocardiogramma, possono essere necessari per aiutare il Chirurgo ortopedico nel pianificare l'intervento chirurgico.



- Farmaci. Informi il Chirurgo ortopedico e l'anestesista durante il prericovero circa i farmaci che sta assumendo. Lui dirà di quali farmaci sarà necessaria l'interruzione dell'assunzione e quali potranno essere assunti prima dell'intervento chirurgico.
- Esami delle urine. Le persone con patologie urologiche o di frequenti infezioni urinarie potrebbero essere sottoposte ad una valutazione urologica prima dell'intervento chirurgico.

Stabilizzazione della Spalla: Anestesia, post-operatorio, riabilitazione e dettagli utili sull'intervento

Viene praticata una piccola incisione nella regione anteriore della spalla. La coracoide, una piccola prominenza ossea della scapola in cui inserisce il tendine del bicipite viene staccata e modellata, per poi essere fissata con 2 viti sul margine anteriore della glenoide. L'innesto di coracoide trasferito aumenta il diametro della glenoide ed il tendine ad essa adesso ha una funzione di "amaca" che impedisce alla testa dell'omero di lussarsi. La capsula ed i legamenti sono infine riparati da un sistema di ancore e fili per completare l'intervento di stabilizzazione.

La procedura viene eseguita in anestesia loco-regionale a cui può essere associata una sedazione per il confort del paziente (anestesia "blended"). L'intervento dura in media 60 minuti e richiede una degenza ospedaliera di circa 2 giorni.

Dopo l'intervento viene applicata una medicazione ed indossato un tutore di spalla modello "ad amaca". Il dolore dopo l'intervento, solitamente lieve-moderato, può essere facilmente controllato con antidolorifici.

In generale, **il recupero funzionale è relativamente rapido** per 4 settimane dopo l'intervento, la spalla sarà immobilizzata nel tutore; la mobilizzazione della spalla è comunque consentita da subito, in maniera graduale e progressiva. La riabilitazione può durare da 2 a 3 mesi, anche secondo il livello di attività atteso dal paziente, dallo sport praticato.

La ripresa della guida è possibile dopo 1 mese dall'intervento, mentre la ripresa delle attività lavorative è possibile dopo 1-2 mesi, e questo anche secondo la professione del paziente: il ritorno ad un lavoro "di ufficio" può avvenire prima. La ripresa di tutte le attività sportive avviene dopo 3 mesi dall'intervento.

La risoluzione del dolore, degli episodi di lussazione e della sensazione di instabilità della spalla è molto veloce dopo l'intervento. Il recupero della completa mobilità e forza muscolare di solito si verifica dopo 1-2 mesi dall'intervento.

La recidiva degli episodi di instabilità dipende soprattutto dal tipo di sport; un rischio maggiore è presente con sport di lancio (pallavolo, tennis...) e con sport di contatto (pallamano, pallacanestro, rugby...).

Tuttavia, questa tecnica porta ad ottimi risultati, **ripristinando una buona stabilità della spalla in circa il 95% dei pazienti trattati**

Complicazioni:

Oltre ai rischi comuni a qualsiasi intervento chirurgico, vi sono alcuni rischi specifici per questo tipo di chirurgia.

Si può sviluppare una rigidità articolare per diverse cause, tra cui una rigidità prima dell'intervento, un tempo d'immobilizzazione più lungo, una scarsa compliance al protocollo riabilitativo, una rieducazione post-operatoria mal eseguita. Il verificarsi di un'infezione del sito chirurgico rimane un caso eccezionale. Nel caso si verifichi, si esegue solitamente una terapia antibiotica più o meno lunga con, eventualmente, una pulizia chirurgica.

- **Dolore ingravescente localizzato gonfiore, formazione di ematoma e/o di raccolte di liquido che possono riassorbire spontaneamente o possono richiedere il drenaggio, perdita della sensibilità parziale o estesa dell'arto operato, insorgenza di febbre**, tali complicanze possono perdurare per qualche giorno o protrarsi per periodi più lunghi Fino a qualche mese

- **Reazione allergica a cerotti e/o materiale medicale:** una reazione allergica della pelle dovuta al contatto con sostanze chimiche o naturali, chiamate allergeni, in grado di stimolare una risposta immunologica. In seguito al contatto della cute con gli allergeni si sviluppa una reazione infiammatoria, pruriginosa della pelle, può provocare rash cutanei fino a vesciche o vere e proprie bruciature.

I nervi che circondano la spalla possono essere feriti accidentalmente durante l'intervento; questa rara complicanza può causare dolore e perdita di sensibilità in alcune parti del braccio.

A volte si può verificare una frattura, una mancata consolidazione od un riassorbimento dell'innesto osseo di coracoide; è stato dimostrato che l'effetto stabilizzatore con intervento di Latarjet si verifica anche con parziale



rottura o riassorbimento dell'innesto osseo. Inoltre, queste complicanze non richiedono necessariamente un ulteriore intervento chirurgico.

9) L'intervento chirurgico sarà effettuato da: il **Dr. ALESSANDRO MARIA PANTI** **Dr. ANTONELLO MARIA PANTI**

Insieme all'equipe chirurgica della struttura presso cui sarò operato.

10) Qualora non mi/si sottoponessi/sse all'intervento chirurgico propositomi, possono sopraggiungere rischi e svantaggi per il mio/suo stato di salute:

11) Qualora mi sottoponessi/sse all'intervento chirurgico propositomi sarà necessario effettuare i seguenti controlli post operatori:

a. **dopo 35 giorni** dall'intervento previa esecuzione delle radiografie di controllo indicate nella lettera di dimissione

salvo diverse specifiche indicazioni

Preso atto di quanto sopra, dopo avere riflettuto sulle informazioni ricevute consapevole del mio/suo stato di salute, acconsento a sottopormi/lo all'intervento chirurgico propositomi:

SI NO

Non acconsento, pur essendo informato/a delle conseguenze che possono derivare dal mio rifiuto.

Verificato comunque che il/la destinatario dell'informazione ha compreso il significato delle informazioni ed è consapevole dei rischi e dei benefici dell'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo proposto, si procede ad acquisirne il consenso.

Firma del/la paziente _____

(se maggiorenne e capace di intendere e volere)

Firma dei genitori o di chi esercita la tutela, _____

(verificata la loro identità in caso di pz minorenni)

Firma del tutore, curatore, amministratore di sostegno, fiduciario _____

(verificata la sua identità ed acquisita copia del provvedimento di tutela, curatela, amministrazione di sostegno, nomina fiduciario)

Data ___/___/___

Firma del Medico _____



Il presente modulo è da ritenersi a tutti gli effetti parte integrante della cartella clinica.

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

visitato presso l'ambulatorio di _____

in qualità di:

paziente

(specificare rapporto in rel. al pz) _____

del paziente _____

il quale allo stato attuale è impossibilitato ad esprimere valido consenso

IN PIENA CAPACITA' DI INTENDERE E DI VOLERE DICHIARO DI:

1. Aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati e Regolamento UE2016/679 pubblicata nel sito www.orthocarestp.it e/o inviata tramite mail e di esprime il consenso al trattamento dei dati indicati **al punto 1)** ed il consenso alla comunicazione degli stessi secondo **le finalità indicate al punto 2) dell'informativa stessa.**
2. Aver preso visione, relativamente ai pazienti minorenni ,di quanto precisato nella integrazione, dell'informativa.
Garantisco e dichiaro sotto la mia responsabilità, così tenendo indenne il titolare da qualsivoglia responsabilità al riguardo, la veridicità di quanto esplicitato nei **punti a) e b) dell'Integrazione sopra richiamata.**
3. Di aver sottoscritto il consenso informato al trattamento chirurgico dopo averne preso visione
4. Di aver ricevuto il certificato medico predisposto da parte del Dr Pantì
5. Di aver ricevuto tutta la documentazione medica

Verificato comunque che il/la destinatario dell'informazione ha compreso il significato delle informazioni ed è consapevole dei rischi e dei benefici dell'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo proposto, si procede ad acquisirne il consenso.

Firma del/la paziente _____
(se maggiorenne e capace di intendere e volere)

Firma dei genitori o di chi esercita la tutela, _____
(verificata la loro identità in caso di pz minorenni)

Firma del tutore, curatore, amministratore di sostegno, fiduciario _____
(verificata la sua identità ed acquisita copia del provvedimento di tutela, curatela, amministrazione di sostegno, nomina fiduciario)

Il suo consenso verrà ritenuto valido salvo diversa comunicazione scritta, ciò in applicazione della norma relativa al silenzio assenso

Data ___/___/___

Firma del Medico

