

**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 **ACROMION E SUTURA CUFFIA DEI ROTATORI**

anestesia proposta \_\_\_\_\_ 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 cuffia dei rotatori è una struttura muscolo-tendinea costituita da 4 muscoli con i rispettivi tendini (sovraspinato, sottospinato, sottoscapolare e piccolo rotondo) i quali si inseriscono a livello dell'omero fondendosi con la capsula articolare della spalla (il "guscio" che contiene questa articolazione) passando al di sotto dell'acromion (il "tetto" della spalla), e la cui funzione è quella di garantire, congiuntamente con il muscolo deltoide e i muscoli scapolari, il corretto movimento dell'articolazione scapolo-omerale.

La cuffia dei rotatori sviluppa una forza diretta verso il torace, mentre il deltoide sviluppa una forza diretta verso l'alto. Il capo lungo del bicipite (CLB) è uno dei tendini dell'omonimo muscolo del braccio che attraversa l'articolazione della spalla e sembra coadiuvare (almeno in parte) la cuffia nella sua azione

**Come si rompe la cuffia dei rotatori?**

Le lesioni della cuffia dei rotatori sono la conseguenza di un complesso di numerose cause che possono interagire tra loro. Queste lesioni possono essere infatti dovute ad un singolo evento traumatico in una spalla in cui la cuffia sia integra o con alterazioni da usura (lesioni traumatiche) oppure a eventi microtraumatici ripetuti e/o a sovraccarichi funzionali caratteristici di una particolare attività atletica/lavorativa (lesioni degenerative).

Un fattore causale e prognostico importante è l'età del paziente: classicamente la frequenza di questa patologia aumenta dopo i 40 anni ed è presente in maniera asintomatica in circa il 20% della popolazione (8). Con l'aumentare degli atleti che sottopongono la spalla a stress microtraumatici (e quindi sovraccarico cronico) sta aumentando però l'incidenza in età più giovane.

Un altro fattore di rischio fortemente associato con la presenza di una lesione della cuffia dei rotatori è il fumo di sigaretta

L'alterazione del vettore (cioè della forza) della cuffia per una lesione del sovra- o del sotto-spinato porta al prevalere del deltoide che quindi spinge la testa dell'omero (e schiaccia la cuffia) contro l'acromion (il "tetto" della spalla). Questa malattia è evolutiva con il progredire dell'età e con l'aumentare dell'ampiezza della lesione tendinea

**La diagnosi clinica** si avvale di decine di test funzionali. La diagnosi clinica non è sufficiente per poter dare indicazioni terapeutiche, poiché non è in grado di stabilire la qualità dei tessuti e la loro riparabilità. A tale scopo il protocollo diagnostico si avvale anche della radiologia convenzionale, dell'ecografia e della RMN



**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 prericovero potranno essere eseguite 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 il vostro 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'interrompere l'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.

**Riparazione della cuffia dei rotatori:**

Vi sono due categorie di interventi chirurgici. In passato esisteva solo la metodica "aperta", che richiede una incisione sulla spalla lunga circa 6-8 cm. Per raggiungere la cuffia è necessario passare attraverso il muscolo deltoide, che perciò viene inciso e alla fine suturato. Da oltre venti anni si sono sviluppate le metodiche artroscopiche, che utilizzano un sofisticato sistema basato su una piccola telecamera collegata ad uno schermo mediante fibre ottiche. Sono necessarie alcune piccole incisioni da 0,5-1 cm dietro, di lato e davanti alla spalla e non è necessario "aprire" il deltoide. I progressi di tecnica chirurgica e di tecnologia degli strumenti hanno fatto sì che anche in artroscopia si possano eseguire reinserzioni del tendine all'osso altrettanto sicure quanto quelle che si ottengono in chirurgia aperta.

Sebbene i tempi necessari per il recupero e i risultati delle riparazioni con tecniche aperte e artroscopiche siano uguali, queste ultime hanno guadagnato via via il favore dei chirurghi e dei pazienti e attualmente rappresentano lo "standard" della chirurgia della cuffia.

L'obiettivo dell'intervento di riparazione è di riportare il lembo di tendine strappato alla sua sede di inserzione all'osso della testa omerale e fissarlo. Per far questo esistono diversi sistemi di ancoraggio, i più comuni sono rappresentati da "ancorette" di vari materiali che si avviano o si impiantano a pressione nell'osso e a cui sono attaccati dei fili con i quali si sutura e si riporta in sede il tendine. I dispositivi utilizzati sono i più innovativi, e quando possibile utilizziamo ancorette di solo filo, riassorbibili o radiotrasparenti in modo da ridurre ulteriormente l'invasività chirurgica.

**Anestesia, post-operatorio, riabilitazione e dettagli utili sull'intervento**

È possibile procedere alla riparazione della cuffia dei rotatori in anestesia generale o con anestesia loco regionale (impiegando il blocco nervoso periferico dei nervi dell'arto superiore) per ridurre il dolore durante la prima notte dopo l'intervento. La scelta del tipo di anestesia è indifferente dal punto di vista chirurgico e in genere viene fatta dall'anestesista di sala operatoria, tenendo conto, per quanto possibile, delle richieste e delle preferenze del paziente. Il trattamento post-operatorio si avvale di un tutore che immobilizza la spalla per 3-4 settimane, seguito da un protocollo riabilitativo di ripristino del movimento articolare e della potenza muscolare con mobilizzazione precoce in acqua e idrochinesiterapia. È necessario non bagnare la cicatrice per 15-20 giorni. Durante questo periodo è sconsigliato andare in piscina, fare la doccia o il bagno. In generale si riprende la guida dopo 45 giorni dall'intervento. La ripresa dello sport e del sollevamento di pesi superiori ai 5 Kg non può comunque avvenire prima di 4-5 mesi dall'intervento chirurgico.

**Complicazioni:**

**Recidiva:** Una lesione della cuffia dei rotatori (traumatica o degenerativa) trattata chirurgicamente può andare incontro a una recidiva di rottura in una percentuale che varia dal 10% al 90%. Tali recidive sono strettamente dipendenti dalla qualità del tessuto tendineo. I fattori di rischio più importanti, che aumentano la percentuale di recidiva, sono: età oltre i 65 anni, lesioni cronico-degenerative, ampia estensione della lesione.

**Infezione;**

**Peggioramento dei sintomi** (dovuto al carattere evolutivo della malattia di base piuttosto che alla procedura chirurgica). **Rigidità articolare, Ridotta rotazione**



- **Infezione della ferita** le cause per cui una ferita può infettarsi sono molteplici, in primis il fattore igienico e di cura della stessa, tale complicanza se non trattata tempestivamente può dar luogo a complicazioni più gravi quali l'infezione protesica. Talvolta può risultare difficoltosa la cura alla luce di falsi esiti negativi dei Tamponi Colturali effettuati, per i quali la letteratura scientifica si esprime affermando che "La negatività dell'esame colturale non esclude diagnosi di infezione, mentre la positività significativa potrebbe assumere valore diagnostico anche in assenza di un quadro fortemente flogistico all'esame chimico fisico"
- **Dolore ingravescente localizzato o esteso, 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 rasch cutanei fino a vesciche o vere e proprie bruciature.

4) Dichiaro di essere a conoscenza in quale misura le mie/sue condizioni generali di salute contribuiscono ad aumentare i rischi operatori, la valutazione definitiva dei quali sarà effettuata dall'anestesista prima dell'intervento chirurgico.

5) Sono al corrente che durante l'intervento chirurgico propostomi potrebbero presentarsi complicazioni da richiedere una modifica della tecnica operatoria, in tal caso autorizzo il chirurgo ad effettuare le modifiche a sua discrezione in scienza e coscienza

6) Sono al corrente che l'intervento potrà essere interrotto o limitato per sopravvenuti motivi tecnici.

7) Sono stato informato sulle conseguenze temporanee e/o permanenti dipendenti dall'intervento, nonché delle eventuali ripercussioni sull'attività lavorativa.

8) Sono al corrente delle scelte alternative terapeutiche.

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 propostomi, possono sopraggiungere rischi e svantaggi per il mio/suo stato di salute:

11) Qualora mi sottoponessi/sse all'intervento chirurgico propostomi 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 propostomi:

☐ 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](http://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 minorenne)

**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

