

	Pre Operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO CHIRURGICO SPALLA	Mod. 0468	Pag. 1 di 3
		Parola chiave: <i>spalla</i>	
		Rev. 01	del 10/07/2025

Cognome e Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Diagnosi _____

Intervento _____

L'artroscopia è una procedura mini invasiva che consiste nel praticare dei fori di piccole dimensioni attraverso i quali vengono introdotte in articolazione: una soluzione fisiologica, che consente la dilatazione della cavità articolare, una telecamera e una serie di strumenti che consentono l'esecuzione di atti chirurgici, in taluni casi viene convertita in chirurgia a cielo aperto.

- **ACROMIONPLASTICA:** l'intervento consiste nel rimodellare la forma dell'acromion con l'obiettivo di ampliare lo spazio disponibile per i tendini della cuffia dei rotatori e quindi consentire un loro migliore scorrimento, rimuovendo così la causa del dolore e dei problemi funzionali della spalla.
- **RIPARAZIONE DELLA CUFFIA DEI ROTATORI:** l'intervento consiste nella completa o parziale e/o nella reinserzione all'osso (trochite omerale) dei tendini della cuffia dei rotatori rotti per migliorare il movimento della spalla. L'esito di tale intervento è frutto di numerose variabili in parte non prevedibili quale l'estensione della rottura dei tendini, il tempo trascorso prima dell'intervento con possibilità di retrazione dei muscoli e quindi dei tendini, la qualità del tessuto tendineo residuo. Non è possibile prevedere con esattezza l'effettiva riparabilità dei tendini ed il grado di ripresa funzionale attiva e passiva della spalla.
- **STABILIZZAZIONE SPALLA:** l'intervento consiste nella reinserzione del cercine glenoideo e/o nel ritensionamento del complesso capsulo-legamentoso al fine di ridare stabilità all'articolazione. Nei casi di ricorrenti lussazioni di spalla si esegue una stabilizzazione a cielo aperto secondo Latarjet che prevede la trasposizione della coracoide ed il fissaggio della stessa al margine della glena.
- **ASPORTAZIONE DI CORPI MOBILI ARTICOLARI:** l'intervento consiste nella asportazione di frammenti cartilaginei liberi in articolazione che non consentono una normale funzionalità della spalla.
- **ARTROLISI:** capsulotomia e pulizia delle aderenze intraarticolari che comportano una limitazione funzionale importante della spalla.

Mi sono state illustrate le motivazioni che rendono preferibili tale tipo di intervento rispetto ad altre scelte terapeutiche (mediche, fisioterapiche o chirurgiche) che, stante le caratteristiche della mia

	Pre Operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO CHIRURGICO SPALLA	Mod. 0468	Pag. 2 di 3
		Parola chiave: <i>spalla</i>	
		Rev. 01	del 10/07/2025

patologia, non risulterebbero altrettanto efficaci nel ridurre il dolore articolare e nel migliorare la funzionalità articolare e quindi la qualità della vita.

Dichiaro di essere informato sulle complicanze di origine generale e sui rischi generici osservabili in tutti gli interventi chirurgici ed in particolare il rischio di infezioni, di emorragie, di reazioni avverse o allergiche a farmaci, di complicanze alla trasfusione di sangue, di complicanze a carico dell'apparato cardiovascolare, dell'apparato respiratorio, dell'apparato genito-urinario, dell'apparato gastroenterico, di perdita della sensibilità, di perdita della funzionalità parziale di organi o funzioni, di paralisi, di danni cerebrali, di complicanze anche letali. Il tutto con specifico riferimento anche alle mie attuali condizioni generali di salute. Dichiaro altresì di essere stato esaurientemente informato sulle complicanze specifiche relative all'intervento indicato e qui di seguito elencate.

I RISCHI DURANTE L'ESECUZIONE DELL'INTERVENTO CHIRURGICO SONO:

- lesioni di strutture vascolari (tronchi arteriosi e/o tronchi venosi maggiori) con possibile importante perdita di sangue e conseguente anemizzazione più o meno grave che può rendere necessarie trasfusioni di sangue.
- lesioni nervose con possibile perdita della sensibilità e/o paralisi parziale o completa, temporanea o permanente e conseguente ridotta o assente capacità di utilizzare alcuni gruppi muscolari.
- fratture ossee con necessità di modificare il programma chirurgico preoperatorio allo scopo di stabilizzare la frattura (sintesi con cerchiaggi metallici o placche e viti).
- rottura dello strumentario all'interno dell'articolazione: evenienza rara che di regola non compromette l'esito dell'intervento ma che può rendere necessaria una artrotomia (apertura dell'articolazione) per l'asportazione del pezzo rotto.

I RISCHI NEL PERIODO POST-OPERATORIO:

- complicanze vascolari,
- infezione dell'articolazione (artrite settica) o infezione superficiale.
- idrarto per sinovite reattiva o emartro per versamento di sangue
- formazione di ematomi sottocutanei o profondi.
- formazione di cicatrice chirurgica retraente, ipertrofica, dolorosa o inestetica.
- sofferenza sulle vie di accesso atroscopiche.
- limitazione dell'articolarià/rigidità articolare
- intolleranza (precoce o tardiva) ai mezzi di fissazione intraarticolare
- lesioni cartilaginee iatrogene
- persistenza del dolore alla spalla per qualche mese, anche a riposo.
- necrosi ossea.

	Pre Operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO CHIRURGICO SPALLA	Mod. 0468	Pag. 3 di 3
		Parola chiave: <i>spalla</i>	
		Rev. 01	del 10/07/2025

TERAPIA POST-OPERATORIA

Uso di tutore, terapia analgesica, eventuale profilassi antitromboembolica, ciclo di fisioterapia secondo protocolli.

Mi è stato illustrato con chiarezza il normale decorso post-operatorio, menzionando la sintomatologia dolorosa conseguente all'intervento, gli effetti visibili sul segmento operato ed il protocollo riabilitativo con i successivi accorgimenti da adottare dopo l'intervento.

Sono a conoscenza dei trattamenti farmacologici che saranno effettuati e della possibilità, peraltro assai remota in questo tipo di intervento, di essere sottoposto ad emotrasfusioni effettuate utilizzando sangue proveniente dal Centro Trasfusionale.

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI ESPRESSIONE DEL CONSENSO ALL'ATTO MEDICO

Il/la sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____

DICHIARA

- di essere pienamente cosciente
- di aver letto attentamente il presente documento
- che il medico ha provveduto a fornire le spiegazioni richieste e utili per la piena comprensione di quanto in esso riportato
- di averne pertanto compreso interamente il contenuto con particolare riguardo alla condizione clinica, al tipo di intervento programmato, ai rischi connessi alla procedura chirurgica ed ai risultati a breve e lungo termine
- di autorizzare il medico ad effettuare il trattamento chirurgico sopra descritto

Data _____

Firma del Paziente/Tutore Legale _____

Firma del Medico _____

In caso di pazienti minorenni firma di entrambi i genitori:

GENITORE O TUTORE _____

GENITORE O TUTORE _____

☐ **REVOCA DEL CONSENSO RILASCIATO IN DATA** _____

Firma del Paziente/Tutore Legale _____