



# Dichiarazione di Consenso Informato ad Intervento

del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
o per conto di \_\_\_\_\_ perchè

*minorenne* ,  *inabile*

Dichiaro di essere a conoscenza dello stato di malattia,

## **GRAVE ARTROPATIA DEGENERATIVA DELLA SPALLA**

Mi è stato proposto dal **dott.** \_\_\_\_\_

## **ARTROPLASTICA CON ARTROPROTESI TOTALE DI SPALLA**

### **(ANATOMICA O INVERSA)**

Mi è stata chiaramente spiegata l'effettiva portata di tale intervento, con le difficoltà ad esso legate, le possibilità e le probabilità dei risultati conseguibili, i prevedibili vantaggi ed i rischi connessi.

Sono consapevole che la mia patologia articolare presenta caratteristiche di cronicità ed un decorso peggiorativo; so che la malattia si trova in una fase di avanzata gravità clinica e radiografica e che non esistono trattamenti medici o fisici altrettanto efficaci in alternativa alla soluzione chirurgica propostami, in quanto la sostituzione articolare protesica può coniugare la risoluzione del dolore ad un rapido recupero funzionale.

Sono a conoscenza dei rischi di possibili **complicanze intraoperatorie** quali fratture omerali e/o scapolari (a tale proposito mi è stato comunicato che potrebbe rendersi necessario l'utilizzo di un tutore o di un bendaggio per favorire la stabilità dell'impianto), lesioni vascolari o neurologiche periferiche che potrebbero richiedere un trattamento complementare immediato.

L'intervento di artroprotesi di spalla negli ultimi anni ha senza dubbio notevolmente migliorato la sua prognosi grazie ai perfezionamenti della tecnica ed alla continua evoluzione dei materiali.

Nell'ambito di una corretta ed adeguata informazione al paziente mi sono state comunque menzionate le possibili **complicanze postoperatorie** che, anche se infrequentemente, possono occorrere.

**MARCATO E PERSISTENTE GONFIORE ARTICOLARE:** è una complicanza minore che viene risolta in genere con applicazioni regolari di ghiaccio e maggiore riposo; può richiedere talvolta l'aspirazione del liquido per mezzo di una siringa (artrocentesi).

**FLEBOTROMBOSI DELL'ARTO SUPERIORE:** è una infiammazione delle vene dell'arto operato che si manifesta con voluminoso gonfiore della mano e del braccio stesso, un senso di forte pesantezza all'arto e dolore. Per minimizzare i rischi di tale complicanza viene praticata una profilassi a base di eparina quale andrà scrupolosamente proseguita dopo la dimissione, eseguire precocemente e con assiduità la riabilitazione prescritta.

**RITARDO DI CICATRIZZAZIONE DELLA FERITA:** può essere sostenuto da alterazioni della circolazione locale ed in base a ciò può presentare diverse forme di gravità clinica, da semplici discromie della cute a vere e proprie piaghe con necrosi dei tessuti che possono comportare notevoli allungamenti dei tempi di guarigione della ferita.

**INFEZIONE DELLA ARTROPROTESI:** si può manifestare in forma acuta con febbre molto elevata, forte dolore alla spalla operata che si presenta gonfia e molto calda al tatto, oppure in maniera più subacuta, con febbre persistente, spalla gonfia, calda, notevolmente dolente. E' una complicanza molto importante ma che a volte può essere dominata con la ripresa della somministrazione di antibiotici per alcune settimane in dosi massicce. Se questo trattamento non ha esito positivo si può arrivare all'espanto della protesi con il posizionamento temporaneo di tubi di gomma per il lavaggio continuo dell'articolazione, ed un eventuale successivo intervento di artrodesi (blocco della articolazione) con grave compromissione della funzionalità di tutto l'arto. Per ridurre al minimo il rischio di tale complicanza viene praticata una profilassi antibiotica prima dell'intervento chirurgico.

**SCOLLAMENTO ASETTICO DELLA PROTESI:** è di solito una complicanza tardiva; con questo termine si intende un progressivo distacco delle componenti protesiche dall'osso non causato da infezioni. Se è di entità marcata può comportare il reimpianto di una nuova protesi.

**PERDITA PARZIALE DI MOVIMENTO:** quando si manifesta, è in genere solo di pochi gradi; la migliore prevenzione è quella di eseguire una adeguata fisioterapia. Solo se la perdita di movimento è di grado elevato può essere necessario eseguire un nuovo intervento (ad esempio di mobilizzazione articolare in narcosi) per correggere la perdita di motilità.

Mi è stato comunicato che se possibile saranno effettuate procedure di recupero ematico con successiva autotrasfusione, secondo le regole che disciplinano il buon uso del sangue. Nonostante ciò, a volte l'anemizzazione intraoperatoria o postoperatoria può risultare tale da rendere necessario l'impiego di trasfusioni di sangue omologo o dei suoi derivati.

Sono a conoscenza del normale decorso postoperatorio, dei tempi necessari al raggiungimento del recupero funzionale ed al conseguimento della autonomia deambulatoria.

So che essi sono connessi a variabili anche indipendenti dalla corretta esecuzione tecnica dell'intervento e che nonostante il miglioramento delle tecniche chirurgiche, non sempre risultano esattamente prevedibili.

Questi dipendono dalle condizioni generali e locali antecedenti l'operazione, dalla risposta dell'articolazione al trattamento e dalla terapia rieducativa che deve essere condotta intensamente durante i 3-6 mesi necessari al raggiungimento della stabilizzazione del quadro clinico.

Mi sono stati illustrati fattori quali la sintomatologia dolorosa conseguente all'intervento, gli effetti visibili sul segmento corporeo operato ed il protocollo riabilitativo specialmente in relazione agli accorgimenti relativi al carico ed alla progressione del recupero articolare che si dovranno adottare per evitare atteggiamenti posturali e movimenti erronei che potrebbero apportare peggioramenti al risultato chirurgico.

**Dichiaro di autorizzare il trattamento chirurgico** accettando il rischio delle complicazioni che mi sono state prospettate unitamente al rischio generico di una chirurgia complessa in una regione anatomica alterata dalla patologia in oggetto.

Manifesto piena fiducia nei chirurghi ortopedici e negli anestesisti che eseguiranno l'intervento.

Durante i colloqui con il personale medico sono stato adeguatamente informato sulle percentuali d'insuccesso dell'intervento e sul fatto che potrebbero essere necessarie modifiche tecniche durante il suo svolgimento; autorizzo fin da ora gli eventuali interventi alternativi previsti.

Ho ricevuto dal medico proponente le spiegazioni richieste per la piena comprensione ed ho avuto il tempo necessario per poter riflettere sulle informazioni ricevute in modo da acconsentire meditatamente.

Dichiaro di essere pienamente cosciente, di avere letto attentamente il documento e di aver compreso in ogni sua parte il significato di questo consenso.

NOTE:

---

---

---

---

---

---

---

Data

Firma del Medico

Firma del Paziente

---

---



Materiale informativo fornito da:  
SICOOP – Società Italiana Chirurghi Ortopedici dell'Ospedalità Privata