Gentile Signore/a,
ogni atto medico richiede l'assenso dell'interessato/a dopo adeguata informazione.
Affinché possa decidere in maniera autonoma, libera, consapevole, La invitiamo a leggere attentamente questo documento.
È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato.
Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

Descrizione della prestazione sanitaria e caratteristiche del trattamento.

COS'E L'ERNIA ADDOMINALE?

L'ernia dell'addome è caratterizzata dalla fuoruscita del peritoneo (il cosiddetto sacco erniario), nel quale può scivolare del grasso od un viscere, attraverso un'area di debolezza della parete addominale o attraverso un orifizio o un canale naturale, con formazione di un'ERNIA, che può essere INGUINALE , CRURALE, OMBELICALE O EPIGASTRICA.
Si definisce ombelicale un'ernia nell'ombelico, mentre epigastrica un'ernia che si forma più in alto rispetto all'ombelico
L'ernia si presenta come un "rigonfiamento" di varia grandezza visibile sotto la pelle. Il gonfiore può essere liscio o con bozzi, di consistenza molliccia o pastosa.
Le ernie possono essere primitive o secondarie. L'ernia secondaria si chiama laparocele e non è trattata in questa informativa. L'ernia può essere riducibile nella cavità addominale o non riducibile, così come contenibile o non contenibile se fuoriesce immediatamente. Il sintomo più frequente dell'ernia è il dolore. Diagnosticare un'ernia della parete addominale è normalmente semplice e solitamente basta una visita clinica per la diagnosi; occasionalmente l'ernia può essere di diagnosi incerta ed il medico le chiederà un'indagine ecografica e/o una TAC, solitamente utilizzata per decidere il tipo di chirurgia più appropriata nelle ernie ombelicali di grandi dimensioni

L'ERNIA VA SEMPRE OPERATA?

Le ernie addominali non hanno nessuna possibilità di guarire spontaneamente ed anzi l'ernia non trattata tende nel tempo (mesi od anni) ad aumentare di volume rendendo più difficili le comuni attività (soprattutto se si sta a lungo in piedi o si compiono sforzi fisici). Con il tempo l'intervento, sempre necessario, per evitare l'intasamento e/o lo strozzamento , diventa più complesso e la patologia è a maggior rischio di complicazioni..

IL TRATTAMENTO CHIRURGICO

L'intervento chirurgico potrà essere eseguito in **anestesia generale, locale o locoregionale** e consiste nella ricostruzione della parete addominale dopo il riposizionamento del contenuto dell'ernia nell'addome. Nella ricostruzione della parete addominale viene impiegata una rete protesica (in materiale plastico non riassorbibile) che viene fissata ai tessuti; questo permette di rendere più robusta la parete addominale, riducendo così il rischio di recidive.
L'intervento può essere fatto per via tradizionale (laparotomia) o laparoscopica.

Intervento "aperto" tramite un'incisione inguinale
Il sacco erniario viene isolato attraverso un'incisione cutanea all'inguine fino all'orifizio erniario interno. Il contenuto del sacco erniario viene riposto nella cavità addominale; il sacco erniario viene legato alla sua base e asportato. Quindi se necessario viene rinforzata la parete posteriore del canale inguinale con dei punti di sutura che rimodellano anche l'orifizio interno del canale inguinale. Su questo piano rinforzato viene posta la rete.
Per le ernie strozzate può rendersi necessaria un'altra incisione addominale, più ampia e se si è già sviluppata una gangrena si dovrà procedere all'asportazione di un segmento dell'intestino.

Intervento per via laparoscopica trans addominale (tapp)
Dopo avere gonfiato la cavità addominale con anidride carbonica iniettata attraverso un ago, si eseguono tre incisioni.
La prima a livello ombelicale di circa 1 cm e due lateralmente all'ombelico di 5 mm.
Dall'interno della cavità addominale viene inciso il peritoneo, riportato in cavità addominale il contenuto erniario e dopo avere staccato il sacco erniario dagli elementi del funicolo spermatico (nell'uomo) tutta la regione inguino-crurale viene protetta con una rete. Al termine dell'intervento il peritoneo viene richiuso a copertura della rete.

Possibili complicanze ed interventi successivi
L'orifizio erniario a causa di cicatrizzazioni esuberanti può stringere il condotto spermatico o i vasi sanguigni che provvedono ai testicoli lesionandoli. Ciò può portare ad un rigonfiamento temporaneo del testicolo e in singoli casi si può giungere ad una permanente atrofia o alla perdita del testicolo che determina la sterilità solo in caso vi sia una lesione anche dell'altro condotto spermatico o dell'altro testicolo.
Durante l'intervento possono venir lesi organi addominali (p.es. l'intestino tenue, il colon, la vescica) in corso di laparoscopia o se questi rappresentano il contenuto del sacco erniario o la parete del sacco erniario stesso. Soprattutto dopo un danno all'intestino (p.es. a causa di incarceramento, lesione o rottura della sutura) può essere necessario aprire l'addome per curare o asportare parti intestinali lesionate.
In caso si formi un ematoma scrotale la cute assume spesso un colore bluastro fino alla borsa scrotale. Di solito il travaso regredisce spontaneamente entro un paio di settimane, solo raramente si deve intervenire chirurgicamente per eliminarlo
Emorragie che possono richiedere un ulteriore intervento chirurgico per arrestare il sanguinamento o una trasfusione, sono rare.
Recisioni o inglobamento di nervi cutanei nelle cicatrici possono determinare sensazioni di torpore in corrispondenza della ferita chirurgica e forti dolori in regione inguinale o perineale. A causa di lesioni dei nervi muscolari, molto raramente si può manifestare una paralisi alla parete addominale o alle gambe; può quindi rendersi necessari ulteriori trattamenti ed eventualmente anche altri interventi chirurgici.
Danni da compressione a nervi o parti molli con conseguenti disturbi della sensibilità e raramente paralisi alle gambe, che possono verificarsi a causa della posizione in cui si giace durante l'intervento, così come danni cutanei o di altri tessuti causati dalla corrente elettrica (bisturi elettrico), da calore e/o da disinfettanti, di solito, regrediscono da soli.
Infezioni, ascessi e fistole o l'insorgenza di un idrocele in regime scrotale, raramente richiedono un trattamento chirurgico.

In caso di disturbi alla guarigione della ferita o a predisposizione individuale possono insorgere cicatrici ispessite con iperpigmentazioni cutanee (cheloidi) esteticamente deturpanti e dolorose. A causa di restringimenti delle cicatrici si possono avere delle limitazioni della mobilità. Con trattamenti conservativi (p.es. pomate, massaggi) e/o interventi correttivi si può cercare di migliorare queste cicatrici.
In caso di apertura della ferita chirurgica, in conseguenza di un difetto della cicatrizzazione, può rendersi necessario un nuovo intervento chirurgico.
In caso di allergie o di ipersensibilità (p.es. a farmaci, disinfettanti, lattice), possono manifestarsi effetti di solito transitori come: gonfiori, starnuti, eruzioni cutanee, capogiri con vomito ed altre lievi reazioni. Complicanze molto serie che possono compromettere le funzioni vitali (cuore, circolazione, respirazione, reni) e danni permanenti (p.es. a carico del sistema nervoso o dei reni, paralisi) sono molto rari.
Come dopo ogni intervento chirurgico nelle grosse vene possono formarsi coaguli (trombosi) che, staccandosi dalla parete vascolare, possono andare a ostruire un vaso sanguigno (embolia). Come misura preventiva si procede fra l'altro alla somministrazione di anticoagulanti (p.es. un'iniezione di eparina) che può causare, però, tendenza al sanguinamento e un disturbo molto grave della coagulazione.
Le reti sintetiche vengono usate da tempo. Generalmente vengono tollerate bene dal corpo. Sono molto rare le reazioni di rigetto. Spesso la rete si ritira o si sposta senza che ciò debba avere per forza conseguenze sulla riuscita dell'intervento.
Si possono formare delle cicatrici percettibili, soprattutto quando la rete è ampia, esse possono pregiudicare l'elasticità delle parti molli e possono causare (raramente) dolori cronici. Il materiale sintetico può aderire al tessuto circostante e con gli organi addominali (soprattutto intestino crasso e tenue, vescica) e di conseguenza portare alla formazione di fistole.
In singoli casi (fino al 5%) queste complicanze possono determinare l'asportazione del materiale sintetico ed un eventuale intervento successivo esteso.
Aderenze formatesi nell'addome possono dare luogo a dolori addominali cronici anche a distanza di tempo dall'intervento o causare, raramente, un'occlusione intestinale; in questi casi può rendersi necessario un nuovo intervento chirurgico.

I trattamenti postoperatori possono causare complicanze lievi.
Infusioni o iniezioni p.es. possono causare danni locali come ascessi da puntura, necrosi, irritazioni/infiammazioni ai nervi e/o alle vene.

Successo terapeutico
Le prospettive di successo di un intervento erniario sono molto buone. Il rischio che l'ernia si riformi (ernia recidiva) è inferiore al 5%.

Prima dell'intervento
I farmaci anticoagulanti (p.es. Coumadin, Sintrom, Aspirina) sotto controllo del medico curante, devono essere sospesi o sostituiti con un altro farmaco. In ogni caso la loro assunzione deve essere segnalata ai medici di reparto prima dell'intervento.

Dopo l'intervento
Per il rientro a casa è necessario che La venga a prendere una persona in possesso della patente di guida. Alla dimissione Le verrà comunicato quando potrà riprendere a guidare un veicolo.

Nell'immediato postoperatorio consigliamo di non bere alcolici e di non prendere decisioni importanti.
In caso di temperature elevate (sopra i 38,5°C), dolori o arrossamenti alle ferite o un rigonfiamento al testicolo, anche se questi disturbi sopraggiungono solo alcuni giorni dopo l'intervento informi immediatamente il medico della Casa di Cura. Ciò vale anche se dovesse avvertire disturbi della defecazione (stitichezza, diarrea, forti crampi addominali).
E' consigliato attendere almeno due mesi per quanto riguarda le tecniche aperte prima di riprendere appieno le sue attività fisiche (incluso praticare sport a livello agonistico e di resistenza) e nel frattempo eviti di sollevare pesi.

Esistono fattori di rischio per le complicanze post-operatorie come l'infezione della ferita e fattori che possono incidere nella comparsa di recidiva dell'ernia. Alcuni di essi sono modificabili e noi chiediamo la sua collaborazione per cercare di ridurli, ben consapevoli che tutto questo non è sempre semplice:
FUMO: è importante cercare di smettere di fumare almeno 1 mese prima dell'intervento. Le potremo fornire, se vorrà, il numero del centro antifumo che potrà aiutarla nel compito.
OBESITÀ: l'obesità rappresenta uno dei fattori di rischio più importanti per la sua salute in generale prima che per l'intervento. Ogni persona è diversa per quanto riguarda il suo dimagrimento; la potremo aiutare facendola seguire dai nostri dietisti.
DIABETE: se è diabetico occorrerà uno stretto controllo della glicemia e sarà prenotata una visita presso il centro diabetologico di riferimento. È importante creare tra il chirurgo ed il paziente una collaborazione per rendere la chirurgia PIÙ SICURA. Alla dimissione riceverete una lettera dove troverete sia le istruzioni post-operatorie, sia i farmaci da utilizzare; sarà inoltre fissato l'appuntamento per la visita post-dimissione. Subito dopo l'intervento è consigliato il riposo, evitando sforzi fisici per almeno 3 settimane per non sforzare la muscolatura addominale (es. portare pesi; eseguire attività ginnica). Dovrà portare una ventriera postoperatoria per un periodo di circa 2 mesi

È essenziale che non sussistano dubbi su qualsiasi aspetto del trattamento prospettato, per cui La invitiamo a chiedere liberamente e serenamente, tutto quello che ritenga importante o non ancora sufficientemente compreso.

Informativa consegnata in data _____ da _____

Firma del professionista _____

Firma del Paziente _____

Io sottoscritto/a

☐ paziente
☐ genitore esercente la potestà genitoriale di
☐ tutore
☐ amministratore di sostegno di

Spazio per l'etichetta

DICHIARO

- di essere stato/a esaustivamente informato/a dal Prof./Dott. in modo chiaro e comprensibile, mediante colloquio e modulo informativo MC 12/15 CH all 1:

  - che sono/che_____è affetto/a da

  _____

  - che per il trattamento di tale patologia è indicato l'intervento chirurgico di

  _____

  Sito intervento _____ Lato intervento _____

  - del tipo e delle caratteristiche dell'intervento chirurgico proposto;
  - delle indicazioni, controindicazioni, possibili benefici ed insuccessi dell'intervento chirurgico proposto;
  - degli eventuali rischi generici e specifici e delle possibili complicanze dell'intervento chirurgico proposto;
  - del fatto che la tecnica chirurgica concordata potrà essere modificata dall'operatore nel corso dell'intervento qualora egli lo ritenesse necessario e/o opportuno;
  - del decorso post-operatorio e dei tempi di degenza medi;
  - dei controlli da effettuare e delle misure igieniche e prescrizioni da seguire a domicilio;
  - delle possibili alternative terapeutiche all'intervento chirurgico proposto e dei relativi rischi e complicanze;
  - delle motivazioni che rendono più indicato l'intervento chirurgico proposto rispetto alle alternative terapeutiche;
- di aver avuto la possibilità di fare domande sulle informazioni ricevute e di aver ricevuto esaurienti risposte;
- di essere stato informato della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento chirurgico proposto;
- di essere stato informato dei rischi in caso di ritardo o rifiuto del trattamento proposto;
- di essere stato informato del fatto che in caso di rifiuto verrò ugualmente curato/a ed assistito/a;
- di aver compreso quanto mi è stato spiegato.

Tutto ciò premesso, in piena coscienza e libertà

. **Acconsento** ☐ **Non Acconsento** ☐ a sottopormi al trattamento chirurgico, che verrà eseguito dall'Equipe di questa Unità Operativa secondo le modalità espostemi;

. **Autorizzo** ☐ **Non Autorizzo** ☐ i Sanitari curanti, ove durante l'intervento evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere secondo scienza e coscienza alla loro cura anche modificando il programma terapeutico preventivamente concordato.

. **Autorizzo** ☐ **Non Autorizzo** ☐ l'utilizzo dei tessuti e/o organi che mi sono stati eventualmente asportati durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica o per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico;

. **Acconsento** ☐ **Non Acconsento** ☐ a che, nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche, vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche da poter utilizzare in ambito medico per il miglioramento delle conoscenze scientifiche, nel completo rispetto delle leggi in vigore sulla privacy.

Data …… ……
Firma del paziente, del legale rappresentante o dell'esercente la patria potestà

Data …… ……
Firma del medico dell'equipe chirurgica che acquisisce il consenso

POSSIBILITA' DI DISSENSO SUCCESSIVO AL CONSENSO DATO

In ogni caso ed in ogni momento lei può rinunciare al piano terapeutico al quale questo documento fa riferimento.
Le sarà sufficiente, anche dopo il suo ingresso in struttura, firmare il suo dissenso qui a seguito riportato, per ottenere la sospensione del piano di cura a cui si riferisce.

Io sottoscritto/a …….
Dichiaro il mio dissenso alla prosecuzione del piano terapeutico al quale questo documento fa riferimento

Data …… ……
Firma del paziente, del legale rappresentante o dell'esercente la patria potestà

Data …… ……
Firma del medico dell'equipe chirurgica che acquisisce il consenso