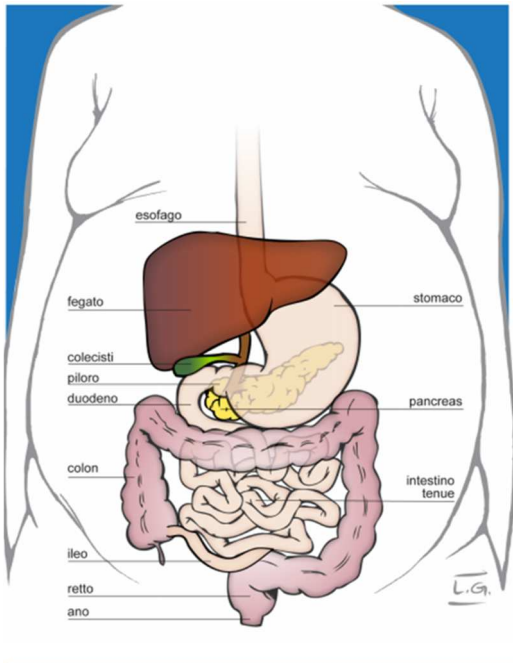


Gentile signora/e,

il presente documento Le viene fornito per darle informazioni sulla procedura chirurgica dell'Obesità al fine di giungere al consenso informato per l'eventuale intervento.

Quello che leggerà in questo fascicolo può non essere sufficiente a chiarirLe tutti i dubbi e le perplessità.

Il colloquio con uno dei chirurghi del Centro presso cui sarà operato è indispensabile per completare le Sue conoscenze, anche sulla base dell'esperienza specifica del Centro stesso. Altrettanto importante sarà avere un colloquio con chi, il chirurgo stesso o chi per lui, effettuerà i controlli clinici dopo l'intervento.



È importante sapere che:

- La chirurgia dell'obesità non ha scopi estetici e il suo principale scopo è quello di prevenire e/o correggere i problemi medici connessi all'obesità; benché una riduzione importante e costante del peso sia lo scopo della chirurgia dell'obesità, riduzioni di peso anche modeste possono provocare riduzione scomparsa delle malattie associate all'obesità stessa.
- La chirurgia dell'obesità trova indicazione in casi selezionati e solo dopo il fallimento delle terapie mediche e dietetiche.
- Non esiste un intervento ideale e tutti gli interventi proposti presentano aspetti positivi e negativi.
- Non esiste nessun intervento chirurgico privo di possibili complicanze. Qualsiasi intervento per la terapia dell'obesità può quindi avere complicanze medico-chirurgiche a volte gravi e anche potenzialmente mortali, sia nel corso dell'intervento sia nel decorso post-operatorio. Nel corso dei mesi e degli anni successivi si possono verificare altre complicanze che possono richiedere un nuovo intervento chirurgico.
- Ogni intervento presuppone da parte del paziente l'impegno a effettuare periodici controlli clinici concordati con il Centro. Questi sono indispensabili non solo per ottenere migliori risultati ma anche per ridurre le complicanze precoci, medie e tardive.

CONCETTI DI CARATTERE GENERALE

- Tutti gli interventi utilizzati nella chirurgia dell'obesità vengono eseguiti in anestesia generale.
- Ogni intervento può essere eseguito sia con tecnica chirurgica tradizionale (laparotomia) sia con tecnica laparoscopica.
- La via chirurgica tradizionale (laparotomia) prevede un'incisione della parete addominale. A seconda delle abitudini e delle preferenze del chirurgo l'incisione può essere verticale, di solito lungo la linea che va dall'ombelico allo sterno, od orizzontale sulla parte sinistra dell'addome, subito al di sotto dell'arcata costale.
- La tecnica laparoscopica prevede l'insufflazione della cavità addominale con gas, l'anidride carbonica e l'impiego di appositi strumenti inseriti nell'addome attraverso alcuni piccoli fori (di solito in numero variabile da 4 a 6 e di dimensioni variabili da 5 a 10/12 mm). In uno di questi fori viene inserita una videocamera che trasmette le immagini su uno schermo televisivo come guida per il chirurgo. Nel corso dell'intervento il chirurgo operatore può ritenere opportuno convertire l'intervento da laparoscopico a laparotomico.
- È indispensabile eseguire controlli clinici e nutrizionali post-operatori periodici. I controlli clinici dovranno essere effettuati presso il centro in cui si è stati sottoposti all'intervento chirurgico o in altri centri qualificati da esso consigliati.
- Come in ogni condizione di rapido calo di peso è sconsigliabile iniziare una gravidanza prima della stabilizzazione del peso raggiunto.

Gli interventi chirurgici prevalentemente in uso in Italia, suffragati da casistiche molto ampie e da un follow-up (controlli clinici) adeguatamente prolungato, sono i seguenti:

A. Interventi che limitano l'introduzione del cibo ad azione prevalentemente meccanica (interventi restrittivi):

1. Bendaggio Gastrico
2. Sleeve Gastrectomy
3. Plicatura Gastrica
4. Pallone Intra gastrico

B. Interventi ad azione prevalentemente funzionale:

1. Bypass Gastrico su ansa ad Y
2. Bypass Gastrico ad unica anastomosi (mini bypass gastrico)

C. Interventi che limitano l'assorbimento del cibo (interventi malassorbitivi):

1. Deviazione Bilio-Pancreatica (secondo Scopinaro e Duodenal Switch)

N.B.: Modulo da riportare al momento del ricovero per intervento.

Il Medico proponente è a disposizione per ulteriori approfondimenti, chiarimenti, etc., nel caso il Paziente ne avesse necessità.

IMPORTANTE

- Per ottenere i maggiori vantaggi con il minor rischio di complicanze a distanza sono necessari periodici controlli clinici e nutrizionali. Durante il periodo della perdita di peso e anche oltre esso (anche per tutta la vita), possono essere necessarie integrazioni vitaminiche e minerali. La scarsa collaborazione nel rispettare i consigli dietetici e farmacologici, il fumo, l'utilizzo di sostanze stupefacenti e l'abuso di alcool aumentano notevolmente il rischio di complicanze.
- Un importante calo di peso comporta quasi sempre un rilassamento dei tessuti cutanei che determina modificazioni estetiche dell'aspetto fisico.
- Tutti gli interventi chirurgici per la terapia dell'obesità hanno un'esperienza clinica limitata nel tempo, per cui le complicanze qui riferite si riferiscono a quelle attualmente conosciute; altre complicanze fino ad ora non incontrate non possono essere escluse.
- Tutti gli interventi chirurgici per la terapia dell'obesità sono reversibili, anche se alcuni solo funzionalmente (ripristino totale della capacità di mangiare e/o assorbire il cibo), per mezzo di un nuovo intervento chirurgico.
- È possibile, se ritenuto necessario e preventivamente concordato con il paziente, associare l'intervento di chirurgia per l'obesità ad altri interventi (colecistectomia, iatoplastica per ernia iatale, riparazione di ernie o laparoceli).

COMPLICANZE

Tutte le complicanze degli interventi possono richiedere terapie mediche intensive che possono allungare il periodo di degenza anche per numerose settimane ed eventualmente richiedere il ricovero in terapia intensiva.

In certi casi può essere necessario un nuovo intervento chirurgico.

Complicanze intra-operatorie

- Durante l'intervento può eccezionalmente verificarsi una lesione endoaddominale cui può conseguire emorragia e/o perforazione. Tale lesione può essere riparata o può richiedere anche l'asportazione di un organo (ad esempio, la milza). La tecnica laparoscopica può avere complicanze specifiche come emorragie e lesioni di visceri cavi ed organi parenchimatosi causate dal posizionamento degli strumenti chirurgici. Anche se raramente, la posizione laparoscopica del paziente a gambe divaricate sul letto operatorio può causare fenomeni compressivi sulle strutture nervose degli arti inferiori.

Complicanze post-operatorie precoci (entro i primi 30 giorni dall'intervento)

- Trombo-embolia venosa: è la formazione di coaguli di sangue nelle vene delle gambe e del bacino. Se i coaguli si staccano dalle pareti delle vene dove si sono formati possono giungere, attraverso la corrente sanguigna, nelle arterie polmonari. Si determina così una complicanza che può essere potenzialmente pericolosa per la vita nota come embolia polmonare. Questa rara complicanza è la più temuta nella chirurgia dell'obesità perché costituisce la causa principale di decesso post-operatorio immediato.
- Insufficienza respiratoria.
- Fistola gastrica e/o intestinale. Nei primi giorni dopo l'intervento, si può verificare una tenuta insufficiente delle cuciture dello stomaco e/o dell'intestino, oppure la perforazione di uno di essi. Ne può conseguire una fistola gastrica o intestinale che può causare una peritonite. Questa complicanza può essere curata con terapia medica oppure richiedere un nuovo intervento chirurgico fino anche, in casi eccezionali, all'asportazione dell'organo.
- Infezione delle ferite chirurgiche, più frequentemente osservabili negli interventi eseguiti in laparotomia.
- Emorragie talora gravi che possono richiedere un nuovo intervento chirurgico o altre terapie.
- Occlusione Intestinale. Questa complicanza può richiedere una terapia chirurgica.
- Tutte le complicanze post-operatorie precoci possono richiedere terapie mediche intensive che possono allungare il periodo di degenza anche per numerose settimane ed eventualmente richiedere il ricovero in terapia intensiva o rianimazione. In certi casi può essere necessario un nuovo intervento chirurgico. In base alle casistiche più attuali, il rischio di mortalità post-operatoria precoce varia tra 0.1 e 1 %. Occorre tenere presente che in ogni caso il rischio di mortalità e di complicanze aumenta con l'aumentare del peso corporeo del paziente e dell'età, se oltre i 60 anni.

Complicanze post-operatorie a distanza (oltre i 30 giorni dall'intervento)

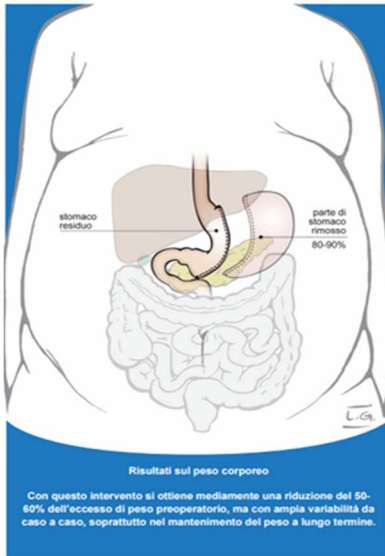
- Occlusione Intestinale. Si possono formare aderenze interne che determinano quadri di occlusione intestinale. La risoluzione di questa complicanza generalmente richiede un intervento chirurgico.

N.B.: Modulo da riportare al momento del ricovero per intervento.

Il Medico proponente è a disposizione per ulteriori approfondimenti, chiarimenti, etc., nel caso il Paziente ne avesse necessità.

- Ernia interna. Nelle grandi perdite di peso, i tessuti possono divenire molto sottili e consentire una rotazione dell'intestino tenue che va corretta chirurgicamente. E' un'evenienza grave che richiede una diagnosi precoce ed un intervento in urgenza.
- Ernia sulla incisione chirurgica (laparocele) soprattutto se è stata utilizzata la via chirurgica tradizionale (laparotomia). Nel caso si voglia correggere questa complicanza è necessario un nuovo intervento chirurgico.

SLEEVE GASTRECTOMY



L'intervento consiste in una resezione parziale dello stomaco (gastrectomia parziale verticale).

In modo schematico si tratta di dividere lo stomaco in due parti in senso verticale utilizzando delle apposite suturatici meccaniche.

La parte sinistra dello stomaco, che corrisponde al 80-90% di tutto lo stomaco, viene successivamente asportata dopo averla isolata dalle sue connessioni vascolari con la milza. Lo stomaco che rimane in sede assume la forma di una "Manica" (= Sleeve) il cui volume sarà di circa 100-150 ml. La porzione finale dello stomaco (antro gastrico) rimane intatta.

La parte di stomaco rimanente avrà le stesse funzioni di prima dell'intervento. Questo infatti non modifica il fisiologico transito del cibo che viene ingerito, pur osservandosi un accelerato svuotamento gastrico.

L'intervento deve considerarsi anatomicamente irreversibile per quanto riguarda la parte di stomaco rimossa. In alcune condizioni cliniche la Sleeve Gastrectomy viene eseguita come prima fase chirurgica (es: pazienti con un elevato rischio operatorio e/o super-obesi) allo scopo di ridurre il peso corporeo e quindi i rischi operatori relativi ad una successiva procedura chirurgica più complessa.

Nel corso dei mesi e anni successivi all'intervento si possono verificare le seguenti complicanze:

- Gli eccessi alimentari, provocando continui aumenti di pressione all'interno della tasca gastrica, possono provocarne la dilatazione. Ne consegue la capacità di introdurre progressivamente più cibo, e quindi un arresto del calo di peso o un recupero del peso stesso. La correzione della dilatazione richiede un nuovo intervento chirurgico.
- Si possono verificare episodi di reflusso gastro-esofageo, fino a alla vera e propria malattia da reflusso, la cui conseguenza è l'esofagite che può essere anche grave.
- Disturbi funzionali come nausea, vomito, intolleranza per cibi solidi tendono ad autolimitarsi con adeguati consigli nutrizionali ed opportuna terapia medica.
- Fistola gastrica (precoce o a distanza) cioè la riapertura di parte della sutura gastrica. La fistola può essere trattata con terapia medica oppure richiedere un nuovo intervento chirurgico.

Io sottoscritto/a _____ nata/o a _____ il _____

Essendo affetto/a da obesità grave e non avendo conseguito risultati con le terapie conservative convenzionali, consento a sottopormi a intervento chirurgico specifico per la mia condizione.

Sono consapevole che tale intervento chirurgico ha motivazioni di carattere medico e non estetico e che lo scopo della chirurgia dell'obesità è quello di trattare e prevenire le complicanze legate all'obesità, (diabete, ipertensione arteriosa, alterazioni respiratorie, cardiache, osteo-articolari, iperlipemia ecc.), e non quello di ottenere un peso corporeo ideale.

La mia richiesta e il mio consenso a sottopormi a intervento chirurgico sono anche motivati da una necessità personale e non più rinviabile di voler ridurre il mio eccesso di peso, in quanto la mia condizione di obesità interferisce in modo fortemente negativo sulla mia qualità di vita.

Dichiaro di essere stato/a informato/a, in un precedente colloquio in modo chiaro e comprensibile dal Prof/Dott _____ e per mezzo del presente materiale informativo scritto, sugli interventi che vengono attualmente utilizzati per il trattamento dell'obesità, sulle complicanze post- operatorie immediate e a distanza e i vantaggi e svantaggi che ciascuno presenta.

Dichiaro di aver avuto tempo ed opportunità di consultarmi con i miei familiari e/o con il mio medico di famiglia o di fiducia, e di avere valutato in modo consapevole i potenziali vantaggi e svantaggi sia immediati sia futuri che l'intervento presenta.

Dichiaro di essere al corrente dei possibili rischi generici connessi a qualsiasi trattamento chirurgico e dei rischi specifici connessi all'intervento cui ho scelto di essere sottoposto/a. Sono consapevole che per ottenere i maggiori vantaggi con il minor rischio di complicanze sono necessari periodici controlli clinici che effettuerò presso il centro in cui mi sono operato/a o presso altro centro da questo indicato.

Sono consapevole che talora i risultati possono non essere conformi alle aspettative e il risultato finale può essere compromesso dalle complicanze che possono sopraggiungere.

Dichiaro che tutte le informazioni contenute in questo documento informativo, tutte le ulteriori informazioni riguardanti l'intervento, il decorso postoperatorio a breve e lungo termine e i relativi rischi e benefici fornitemi, e tutte le risposte alle domande da me formulate, sono risultate per me comprensibili ed esaurienti.

Sono consapevole che in caso di difficoltà o impossibilità ad eseguire l'intervento chirurgico con le tecniche propostemi, verranno poste in atto tutte le pratiche che i sanitari curanti riterranno idonee a portare a termine l'atto chirurgico nella migliore sicurezza.

Ciò premesso,

Io sottoscritto _____ in qualità di:

- Diretto interessato all'atto medico
 Tutore di _____
 Esercente la potestà sul minore _____

A seguito delle informazioni ricevute

- Dichiaro** di essere stata/o invitata/o a leggere con molta attenzione quanto riportato nel fascicolo informativo che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi a voce.
 Dichiaro altresì di aver ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto, di non avere bisogno di ulteriori chiarimenti e quindi consapevolmente

Accenso

Non Accenso

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.

Accenso

Non Accenso

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 della legge sulla privacy.

Data ____/____/____ **Firma del paziente** _____

Confermo di aver spiegato la natura e gli scopi della procedura da eseguire

Data . ____/____/____ **Firma del medico proponente** _____

QUESTIONARIO DI VERIFICA ALLEGATO AL CONSENSO INFORMATO S.I.C.OB. (rispondere vero o falso)	VERO	FALSO
1. La diarrea è una possibile complicazione della gastroplastica verticale.		
2. Gli interventi di restrizione gastrica garantiscono la normalizzazione della Colesterolemia.		
3. L'embolia polmonare è una complicazione possibile dopo tutti gli interventi per la chirurgia dell'obesità.		
4. La principale finalità della chirurgia dell'obesità è quella estetica.		
5. Conservare il contatto con il centro ove si è stati operati o con altro centro da esso consigliato dà le maggiori probabilità di ottenere i migliori risultati con il minor rischio di complicazioni.		
6. Esistono interventi per l'obesità che non comportano rischio di occlusione intestinale.		
7. La malnutrizione proteica è la principale complicazione degli interventi di restrizione gastrica.		
8. Trascorsi tre anni dopo un intervento di chirurgia dell'obesità non è più necessario rivolgersi a centri specializzati per eventuali problemi.		
9. La perdita di peso e il mantenimento del peso raggiunto dopo interventi di restrizione gastrica dipendono dalla capacità del paziente operato di ridurre l'introito di calorie e mantenere tale riduzione per tutta la vita.		
10. Alcuni interventi per la chirurgia dell'obesità non sono anatomicamente reversibili, ma tutti lo sono nel senso del totale recupero della capacità di mangiare e assorbire il cibo.		
11. Nessun intervento per la chirurgia dell'obesità può garantire il risultato.		
12. Trascorso un certo numero di anni dopo gli interventi di restrizione gastrica le complicazioni non sono più possibili.		
13. Tutti gli interventi per la chirurgia dell'obesità possono richiedere integrazioni vitaminiche e minerali.		
14. Gli interventi di restrizione gastrica possono avere complicazioni che riguardano l'esofago.		
15. Ogni intervento per la chirurgia dell'obesità può richiedere un nuovo intervento per correggere una complicazione.		