**Unità Operativa/Divisione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Direttore/Responsabile: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Dichiarazione di avvenuta informazione ed espressione del consenso all’atto medico-chirurgico nei casi di MALATTIA DIVERTICOLARE COMPLICATA***

COGNOME E NOME DEL PAZIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COGNOME E NOME DEL MEDICO DELL’U.O. CHE FORNISCE L’INFORMAZIONE E ACQUISISCE IL CONSENSO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA, ORA E LUOGO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO, PREVIA INFORMATIVA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiaro di voler essere edotto delle informazioni necessarie al rilascio del consenso al trattamento proposto, di voler non voler coinvolgere o incaricare in mia vece il familiare Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o convivente Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o fiduciario Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

A seguito delle informazioni somministrate, dichiaro di essere stato/a informato/a in modo completo, chiaro e per me comprensibile, della sospetta patologia da cui sono affetto/a che potrebbe consistere in una delle seguenti complicanze correlate alla **MALATTIA DIVERTICOLARE**:

**[ ] Ascessi addominali non responsivi al trattamento medico o al drenaggio percutaneo** (STADIO\_\_\_ sec. WSES1)

**[ ] Perforazione libera con peritonite purulenta oppure stercoracea** (STADIO\_\_\_ sec. WSES1)

**[ ] Sanguinamento non suscettibile/non responsivo al trattamento endoscopico o all’angioembolizzazione**

**[ ] Fistolizzazione con altri organi cavi**

**[ ] Occlusione intestinale**

**[ ] Stenosi diverticolare del sigma (riduzione del lume intestinale conseguente agli episodi infiammatori)**

e che per la condizione acuta espostami, che potrebbe derivare anche da una considerevole molteplicità di patologie, è indicato ed inevitabilmente necessario un **intervento chirurgico**, non essendo efficaci e/o percorribili ulteriori opzioni terapeutiche. Mi è stato spiegato che **la diagnosi potrebbe essere modificata sulla scorta dei riscontri intra-operatori**, dopo l’esplorazione ed ispezione minuziosa della cavità addominale.

Sono stato/a informato/a che per la patologia sospettata l’intervento chirurgico potrebbe consistere in:

* **LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICO-OPERATIVA, con lavaggio della cavità addominale e posizionamento di drenaggi**
* **RESEZIONE DI SIGMA o EMICOLECTOMIA SINISTRA,** in base all’estensione della malattia, consistente nell’asportazione del sigma o di tutto il colon sinistro con ripristino del transito intestinale mediante un’anastomosi tra il colon ed il retto ed **eventuale stomia di protezione,** che a distanza di circa 6-8 settimane (ileostomia) o tre mesi (colostomia) potrà essere chiusa
* **RESEZIONE DI SIGMA SECONDO HARTMANN,** che consiste nell’asportazione del sigma con confezionamento di una **colostomia terminale** e la chiusura del retto; a distanza di circa tre mesi andrà rivalutata l’eventuale indicazione a nuovo intervento per ripristinare la continuità intestinale
* **COLOSTOMIA SEC. MIKULICZ,** che consiste nell’esteriorizzazione del tratto di intestino perforato nel caso che le condizioni intraoperatorie o lo stato del malato non consentissero una resezione immediata; **in un secondo momento** si potrà procedere alla **RESEZIONE DEL TRATTO DI COLON INTERESSATO DALLA MALATTIA** ed al ripristino del transito intestinale mediante un’anastomosi tra il colon discendente ed il retto; **in un terzo tempo**,si eseguirà la **chiusura dello stoma**
* **RESEZIONE DEL TRATTO INTERESSATO DALLA PERFORAZIONE, AFFONDAMENTO DEI MONCONI E CONFEZIONAMENTO DI LAPAROSTOMIA,** in caso di instabilità clinica; successivo **second look chirurgico** ed eventuale ripristino della continuità intestinale con o senza ileostomia di protezione, in base all’andamento clinico del paziente
* **EVENTUALE RESEZIONE DI ORGANI CAVI (intestino tenue, vescica), in caso di fistolizzazione**
* **EVENTUALE POSIZIONAMENTO DI STENT URETERALI** preoperatori (mono o bilaterali),a tutoraggio degli stessi, che potranno essere rimossi o mantenuti nel postoperatorio in base ad eventuali contestuali resezioni ureterali
* **ALTRO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Dichiaro di aver ricevuto esaurienti spiegazioni con particolare riguardo a: diagnosi, prognosi, benefici e rischi sia degli accertamenti diagnostici sia dei trattamenti sanitari indicati. Mi sono state illustrate le possibili alternative, le conseguenze del mio rifiuto dei trattamenti e/o accertamenti diagnostici, nonché della mia rinuncia agli stessi.

Mi è stato spiegato che ho diritto di rifiutare in tutto o in parte gli accertamenti diagnostici o i trattamenti o revocare il consenso prestato e mi sono state illustrate le conseguenze di tali decisioni.

Mi è stato spiegato che ho diritto di rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni o indicare una persona incaricata di riceverle e di esprimere il consenso in mia vece e che tutto sarà annotato in cartella e nel fascicolo sanitario.

**Dichiaro di aver compreso che durante l’intervento chirurgico potrebbe rendersi necessario modificare la strategia chirurgica** sulla base della valutazione intraoperatoria della cavità addominale.

Mi è stato spiegato che l’intervento chirurgico propostomi verrà eseguito mediante l’approccio **laparoscopico** o **laparotomico** e che esso verrà effettuato in anestesia generale o mediante altre tecniche anestesiologiche, in base alla decisione congiunta con l’anestesista.

Mi è stato illustrato con chiarezza che potrebbe rendersi necessaria, in caso di intervento iniziato per via laparoscopica, per impedimenti di carattere tecnico, legati al paziente (ad esempio motivi cardio-respiratori) o di altra natura, **una conversione in laparotomia** (solitamente con un’incisione verticale al centro dell’addome o in altre sedi a discrezione del chirurgo), per poter addivenire alla corretta diagnosi e/o al fine di concludere l’intervento in sicurezza.

Mi è stata fornita una chiara spiegazione riguardante il tipo di intervento, le finalità, i benefici, gli eventuali rischi, le possibili menomazioni che potrebbero derivare dall'intervento chirurgico al quale mi sottoporrò e che esiteranno una o più cicatrici.

Sono stato informato in modo chiaro ed esaustivo riguardo alle eventuali complicanze e/o conseguenze che possono derivare dall'intervento chirurgico proposto, indipendentemente dalla corretta esecuzione della procedura, di seguito elencate in modo esemplificativo e non esaustivo:

* **Lesioni della milza,** durante le manovre di mobilizzazione della flessura colica sinistra con conseguente necessità di dover eseguire una splenectomia; essa può comportare nel postoperatorio piastrinosi con aumento del rischio di trombosi e disturbi dell’immunità (OPSI, overwhelming post-splenectomy infections) che saranno prevenuti mediante la somministrazione di vaccini specifici.
* **Lesioni intraoperatorie dei grossi vasi addominali, con necessità di ricostruzione vascolare; emorragie ed ematomi post-operatori,** che possono richiedere emotrasfusioni, angioembolizzazioni e/o reinterventi chirurgici a scopo emostatico.
* **Complicanze settiche** da inquinamento intraoperatorio/traslocazione batterica o da deiscenze anastomotiche con formazione di **ascessi** intra-addominali e/o intraparietali e/o **fistole enteriche** che possono richiedere trattamenti percutanei e talora necessità di reinterventi e/o di confezionamento di ano preternaturale.
* **Recrudescenza del quadro diverticolitico con necessità di reintervento** (in caso di lavaggio-drenaggio).
* Comparsa di **occlusione intestinale** da aderenze che potrebbe necessitare di reintervento nel caso fallisca il NOM
* Insorgenza di **disfunzioni della sfera genito-urinaria:** possono manifestarsi in una minima percentuale di casi a causa della lesione delle terminazioni nervose della regione pelvica o in caso di resezione ureterale o vescicale, con conseguente necessità di cateterizzazione prolungata e/o di terapia farmacologica o riabilitativa.
* Formazione di un **versamento pleurico** e/o di **pneumotorace**, con eventuale necessità di un drenaggio pleurico.
* Sieromi od **infezioni del sito chirurgico** che possono richiedere antibioticoterapie e/o medicazioni avanzate.
* Malfunzionamento della **stomia** o complicanze ad essa relate quali prolassi, ernie parastomali, od altre.
* **Stenosi cicatriziale dell’anastomosi** che possono richiedere un trattamento endoscopico e/o chirurgico.
* **Laparocele** (ernia in corrispondenza delle ferite chirurgiche), con necessità di ulteriore intervento chirurgico.
* **Lesioni di visceri cavi** che possono richiede un reintervento chirurgico (eventuali resezioni intestinali e/o eventuale riconfezionamento di stomia).
* **Lesioni ureterali** con possibile confezionamento di uro/nefrostomia o posizionamento stents endoluminali
* **Lesioni pancreatiche e conseguente pancreatite acuta**.
* **Reintervento chirurgico**.
* **Cheloidi**.
* Diffusione del gas (anidride carbonica) utilizzato in corso della laparoscopia nel tessuto sottocutaneo o in torace **(enfisema sottocutaneo o mediastinico)**.
* **Embolia polmonare gassosa**, causata dall’ingresso del gas (anidride carbonica) utilizzato in corso della laparoscopia nei grossi vasi.
* **Ipercapnia**, che consiste nell’eccessivo assorbimento di anidride carbonica nel sangue.
* **Complicanze sistemiche a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello**, soprattutto in soggetti anziani e/o con importanti malattie d’organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), possono verificarsi in corso o dopo qualunque manovra anestesiologica, chirurgica, farmacologica.
* **Decesso**.

Mi è stato illustrato che in caso di rinuncia e/o rifiuto di trattamenti necessari per la mia sopravvivenza mi verranno chiarite le conseguenze, le possibili alternative e sarà promossa ogni possibile azione di sostegno affinché sia volontaria e consapevole la manifestazione della mia volontà.

Sono stato informato che la mia accettazione, revoca o rifiuto ai trattamenti saranno annotati in cartella e nel fascicolo elettronico sanitario.

Sono stato informato che comunque non posso esigere trattamenti contrari alla legge, alla deontologia professionale dei curanti, alle buone pratiche cliniche assistenziali e che di fronte a queste richieste i Sanitari non hanno alcun obbligo di esecuzione né possono essere responsabili della mancata ottemperanza.

Sono stato anche informato che i tassi di insorgenza delle eventuali complicanze, anche nel postoperatorio, possono variare a seconda delle condizioni cliniche del paziente e della gravità della patologia.

Sono stato reso edotto che qualora ricorra un pericolo attuale di danno grave alla mia persona o pericolo di vita non altrimenti evitabile, o se si verifichino difficoltà nell'eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica proposta, i sanitari curanti adotteranno tutte le pratiche ritenute idonee per prevenire o limitare il pericolo e, comunque, **eseguire l'intervento chirurgico nel modo più sicuro possibile, anche se ciò dovesse comportare modifiche al programma terapeutico precedentemente illustrato**.

Mi è stato illustrato il rischio che l’intervento possa non essere risolutivo e che possa quindi residuare o recidivare la patologia per cui è stato indicato l’intervento.

Sono stato reso edotto che, sulla base delle condizioni emodinamiche e respiratorie riscontrate a fine intervento, potrebbe essere necessario il trasferimento post-operatorio presso un reparto di terapia intensiva, presso questo ospedale o, in caso di mancanza di posto letto, presso altro ospedale individuato dal servizio di emergenza a seguito di ricerca di posto letto; che nelle situazioni di assoluta emergenza, urgenza i componenti dell’equipe sanitaria mi assicureranno le cure necessarie anche quando le mie condizioni cliniche e le circostanze non consentano di recepire la mia volontà.

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Paziente e/o Legale Rappresentante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Medico dell’U.O.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Ciò premesso:

* Il sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella piena capacità di intendere e di volere, dopo essere stato/a edotto/a in maniera completa, esaustiva e comprensibile ed in un tempo di comunicazione ritenuto congruo e non avendo ulteriori domande da porre riguardo all’intervento chirurgico che è stato proposto,
* L’avente diritto/rappresentante legale o esercente la potestà in qualità di genitore/tutore/amministratore di sostegno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ assume la presente dichiarazione per conto del/della paziente (nome e cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, che allo stato attuale è impossibilitato/a ad esprimere valido consenso perché minore/inabilitato/incapace/interdetto, dopo essere stato edotto in maniera completa, esaustiva e comprensibile ed in un tempo di comunicazione ritenuto congruo, e non avendo ulteriori domande da porre riguardo all’intervento chirurgico che è stato proposto e dopo che comunque sono state fornite informazioni all'incapace e/o minore con riguardo alla sua possibilità di comprensione, maturità e possibilità di esprimere volontà (gli aventi diritto vengono resi edotti che in caso di conflitto con la volontà anche parzialmente espressa dal minore/incapace o conflitto tra il rappresentate legale che rifiuti le cure e il medico che le ritenga appropriate e necessarie, la decisione sarà rimessa al Giudice tutelare, tranne in casi di emergenza/urgenza),

**consapevolmente dichiara**:

* Accetto il trattamento chirurgico proposto dall'equipe di questa Unità Operativa anche autorizzando i sanitari curanti individualmente o in equipe, al trattamento di eventuali patologie aggiuntive che possano essere rilevate durante l'intervento chirurgico, nel rispetto degli standard di cura e della mia volontà. Inoltre, autorizzo l'utilizzo dei tessuti e/o organi asportati per scopi diagnostici e di ricerca scientifica.
* Acconsento alla registrazione audio e video e/o riprese e fotografie durante le procedure diagnostiche e/o terapeutiche, e alla loro eventuale archiviazione, e che queste vengano utilizzate a scopi di ricerca scientifica nonché ai fini di audit e per il monitoraggio del rischio clinico, nel rispetto della mia privacy e delle normative sulla protezione dei dati personali.
* Rifiutoil trattamento chirurgico proposto dall'equipe di questa Unità Operativa.
* Rinuncio agli accertamenti diagnostici e/o ai trattamenti sanitari proposti e revoco il consenso precedentemente prestato all’atto chirurgico

Prendo atto che la mia accettazione, la revoca, il rifiuto saranno annotati nella cartella clinica e/o nel fascicolo sanitario elettronico e che il rifiuto la rinuncia o la revoca, finché possibile, rende esente l'equipe medica da responsabilità civile e/o penale.

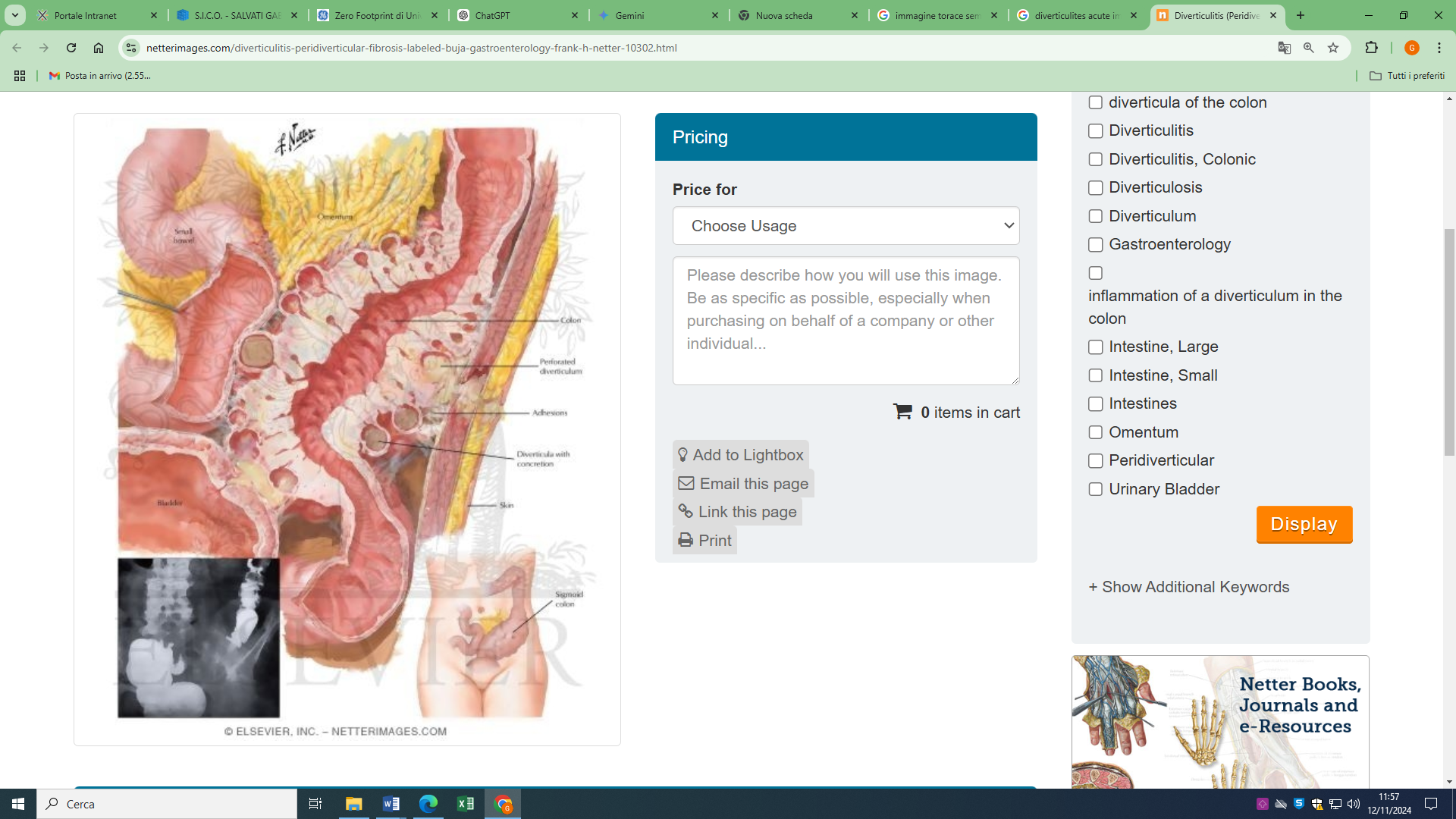
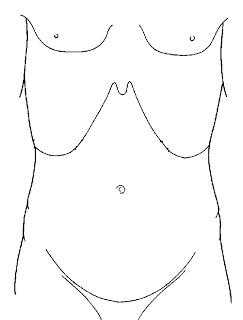
Si dà atto che l’acquisizione del consenso è avvenuta:

* in lingua italiana
* con traduzione in lingua comprensibile al paziente a mezzo di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Paziente e/o Legale Rappresentante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Medico dell’U.O.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fonte: Atlas of human Anatomy, Netter

**RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**

* 1 Sartelli M, Weber DG, Kluger Y, Ansaloni L, Coccolini F, et al. **2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. World J Emerg Surg. 2020** May 7;15(1):32.
* Azhar N, Johanssen A, Sundström T, Folkesson J, Wallon C, et al. **SCANDIV Study Group. Laparoscopic Lavage vs Primary Resection for Acute Perforated Diverticulitis: Long-term Outcomes From the Scandinavian Diverticulitis (SCANDIV) Randomized Clinical Trial. JAMA Surg. 2021** Feb 1;156(2):121-127.
* Schultz JK, Azhar N, Binda GA, Barbara G, Biondo S, et al. **European Society of Coloproctology: guidelines for the management of diverticular disease of the colon. Colorectal Dis. 2020** Sep;22 Suppl 2:5-28.
* Anne F. Peery, Aasma Shaukat, Lisa L. Strate. **AGA Clinical Practice Update on Medical Management of Colonic Diverticulitis: Expert Review, Gastroenterology, 2020**. ISSN 0016-5085, https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.09.059
* Ryan OK, Ryan ÉJ, Creavin B, Boland MR, Kelly ME, Winter DC. **Systematic review and meta-analysis comparing primary resection and anastomosis versus Hartmann's procedure for the management of acute perforated diverticulitis with generalised peritonitis. Tech Coloproctol. 2020** Jun;24(6):527-543.
* Lambrichts DP, Edomskis PP, van der Bogt RD, Kleinrensink GJ, Bemelman WA, et al. **Sigmoid resection with primary anastomosis versus the Hartmann's procedure for perforated diverticulitis with purulent or fecal peritonitis: a systematic review and meta-analysis. Int J Colorectal Dis. 2020** Aug;35(8):1371-1386.
* Zizzo M, Castro Ruiz C, Zanelli M, Bassi MC, Sanguedolce F, et al. **Damage control surgery for the treatment of perforated acute colonic diverticulitis: A systematic review. Medicine (Baltimore). 2020** Nov 25;99(48):e23323.
* Kafka-Ritsch R, Zitt M, Perathoner A, Gasser E, Kaufman C, et al. **Prospectively Randomized Controlled Trial on Damage Control Surgery for Perforated Diverticulitis with Generalized Peritonitis. World J Surg. 2020** Dec;44(12):4098-4105.
* Lambrichts DPV, Vennix S, Musters GD, Mulder IM, Swank HA, et al. LADIES trial collaborators. **Hartmann's procedure versus sigmoidectomy with primary anastomosis for perforated diverticulitis with purulent or faecal peritonitis (LADIES): a multicentre, parallel-group, randomised, open-label, superiority trial. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2019** Aug;4(8):599-610.
* Acuna SA, Wood T, Chesney TR, Dossa F, Wexner SD, et al. **Operative Strategies for Perforated Diverticulitis: A Systematic Review and Meta-analysis. Dis Colon Rectum. 2018** Dec;61(12):1442-1453.
* Shaban F, Carney K, McGarry K, Holtham S. **Perforated diverticulitis: To anastomose or not to anastomose? A systematic review and meta-analysis. Int J Surg. 2018** Oct;58:11-21.
* Binda GA, Bonino MA, Siri G, Di Saverio S, Rossi G, et al. LLO Study Group. **Multicentre international trial of laparoscopic lavage for Hinchey III acute diverticulitis (LLO Study). Br J Surg. 2018** Dec;105(13):1835-1843.
* Coccolini F, Roberts D, Ansaloni L, Ivatury R, Gamberini E, et al. **The open abdomen in trauma and non-trauma patients: WSES guidelines. World J Emerg Surg. 2018** Feb 2;13:7.
* Cirocchi R, Afshar S, Shaban F, Nascimbeni R, Vettoretto N, et al. **Perforated sigmoid diverticulitis: Hartmann's procedure or resection with primary anastomosis-a systematic review and meta-analysis of randomised control trials. Tech Coloproctol. 2018** Oct;22(10):743-753.
* Bridoux V, Regimbeau JM, Ouaissi M, Mathonnet M, Mauvais F, et al. **Hartmann's Procedure or Primary Anastomosis for Generalized Peritonitis due to Perforated Diverticulitis: A Prospective Multicenter Randomized Trial (DIVERTI). J Am Coll Surg. 2017** Dec;225(6):798-805.
* Coccolini F, Montori G, Ceresoli M, Catena F, Moore EE, et al. **The role of open abdomen in non-trauma patient: WSES Consensus Paper. World J Emerg Surg. 2017** Aug 14;12:39.