

	Pre Operatorio		Mod. 0438	Pag. 1 di 3	
	CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO - MALATTIA DI DUPUYTREN -			Parola chiave: <i>cons mano</i>	
				Rev. 00	del 12/02/2026

Gentile Sig./Sig.ra _____ ,

la sua storia clinica, l'esame clinico e gli eventuali esami strumentali da lei eseguiti, hanno confermato la diagnosi di MALATTIA DI DUPUYTREN alla mano _____ .

Per il trattamento di questa condizione le è stato proposto un intervento chirurgico di CORDOTOMIA

In cosa consiste questa malattia.

Nella malattia di Dupuytren la fascia fibrosa (aponeurosi palmare) che normalmente si trova sotto alla cute del palmo della mano si retrae e aderisce alla cute stessa formando noduli e cordoni fibrosi. Progressivamente, col passare del tempo, alcune dita possono tendere a piegarsi fino a rendere impossibile un normale utilizzo della mano.

Cosa potrebbe accadere se l'intervento non venisse eseguito.

La flessione delle dita potrebbe peggiorare limitando notevolmente la funzionalità della mano e complicando poi l'eventuale intervento.

In cosa consiste l'intervento.

La tecnica ad ago o cordotomia consiste nell' utilizzare aghi percutanei in modo da indebolire il cordone e far sì che si rompa tramite trazione meccanica e ripristinare l'estensione del raggio digitale.

L'intervento verrà eseguito dal Dottor _____.

Come avviene il decorso post-operatorio.

Dopo l'intervento la mano sarà protetta da una medicazione che dovrà essere mantenuta asciutta e pulita e dovrà essere rinnovata il giorno indicato sulla lettera di dimissione.

Nonostante la presenza di un bendaggio, la mano deve essere mantenuta prevalentemente sollevata e le dita libere devono essere mosse frequentemente. Le dita libere potranno anche essere usate per aiutarsi in alcune piccole azioni quotidiane che il paziente si sentirà di compiere. Andranno evitate invece le situazioni che possono rischiare di sporcare o bagnare la medicazione. Sarà cura del personale medico darle tutte le indicazioni riguardo al comportamento da tenere fino al successivo appuntamento. In alcuni casi, nei giorni successivi all'intervento, può essere necessario applicare un tutore che mantenga le dita estese per un tempo variabile, in relazione al processo di guarigione. Come anticipato in sede di visita, nei giorni successivi all'intervento, il paziente si impegna a contattare il chirurgo per organizzare le medicazioni post-operatorie, così come si impegna a contattare un/a fisioterapista A.I.R.M. (<https://riabilitazionemano.com/>) sia tramite SSN che libero professionista per seguire il protocollo riabilitativo e/o applicazione di tutore secondo indicazione del chirurgo operatore.

Cosa ci si aspetta dall'intervento.

L'intervento ha lo scopo di restituire l'estensibilità delle dita e di mettere la mano nelle condizioni migliori possibili per recuperare la funzionalità riducendo la probabilità che si formino in futuro nuovi cordoni retraenti. Come per tutti gli interventi chirurgici, non esiste mai la certezza assoluta del risultato; in particolare è possibile, anche se in una percentuale relativamente bassa di casi, che si riformino noduli e cordoni recidivi. Il tasso di recidiva è solitamente più alto rispetto ad altre tecniche chirurgiche in quanto i cordoni retraenti non vengono rimossi.

Possibili complicanze durante l'intervento e dopo l'intervento.

Nonostante il massimo impegno e le più attente cure dell'operatore, in casi estremamente rari, durante l'intervento potrebbero presentarsi delle complicazioni quali:

- lesione di piccoli vasi, nervi o tendini nella sede dell'intervento,
- lesione delle strutture compresse dal laccio emostatico,
- lesione della cute per il contatto con agenti disinfettanti o con strumenti cauterizzanti,
- necrosi

Alcune di queste condizioni tendono a risolversi spontaneamente, alcune possono essere trattate immediatamente, altre in un secondo momento ed altre ancora potrebbero rivelarsi permanenti.

Indipendentemente dalla buona riuscita dell'intervento e nonostante ogni precauzione e profilassi, potrebbero verificarsi alcune complicazioni nel periodo post-operatorio quali:

info@santannacasale.it	www.santannacasale.it
Nuova Casa di Cura Sant'Anna S.r.l. Viale Cavalli d'Olivola, 22 - 15033 - Casale M.to (AL) Tel 0142/334611 Fax 0142/75812 Documento di proprietà della Nuova Casa di Cura Sant'Anna srl - Clinica Privata Accreditata. È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta.	

	Pre Operatorio		Mod. 0438	Pag. 2 di 3
	CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO - MALATTIA DI DUPUYTREN -		Parola chiave: <i>cons mano</i>	
			Rev. 00	del 12/02/2026

- sanguinamento della ferita ed ematomi che, nella maggior parte dei casi, non necessitano di trattamenti particolari,
- infezione della ferita o dei tessuti profondi,
- formazione di coaguli che possono ostruire vasi sanguigni anche molto distanti dalla zona operata,
- cicatrizzazione esuberante o dolorosa della ferita cutanea o dei tessuti profondi,
- aderenze dei tendini con tessuti circostanti,
- incompleto recupero funzionale della mano.

In alcuni casi, dove non vi sia una precoce mobilitazione della mano da parte del paziente, potrebbe presentarsi gonfiore e dolore della mano che, se prolungato nel tempo, può portare a ad atrofia muscolare ed ossea esitando in una rigidità difficilmente reversibile della mano ("atrofia di Sudeck").

La percentuale complessiva delle complicanze, riportata nella letteratura internazionale, si aggira intorno al 10% e la percentuale di recidive si aggira intorno al 30%. La letteratura internazionale riporta percentuali molto variabili delle complicanze citate, secondo alcune revisioni anche molto alte. L'Unità di Chirurgia della Mano mette in atto tutte le procedure per mantenere il rischio di complicanze ai livelli minimi riportati.

Fattori che influenzano la buona riuscita del trattamento chirurgico.

Le variabili che possono influenzare un qualsiasi trattamento chirurgico, dal momento dell'intervento alla guarigione, sono innumerevoli e molte di queste sono sconosciute: il chirurgo, con la sua tecnica e la sua esperienza, ne può controllare soltanto una parte. Proprio per questo motivo la medicina e la chirurgia non sono scienze "matematiche": il risultato non può essere mai assolutamente certo.

Anche il paziente però può contribuire in maniera sostanziale alla buona riuscita del trattamento, ad esempio:

- rispettando attentamente le istruzioni impartite dal personale medico e paramedico riguardo i comportamenti da tenere e le indicazioni da osservare nel periodo della convalescenza,
- chiedendo delucidazioni specifiche sulla propria situazione clinica, su consigli o prescrizioni che non sono stati ben compresi,
- avvertendo tempestivamente il personale medico e paramedico (anche mediante i recapiti telefonici che saranno forniti al momento della dimissione) in caso di: repentini cambiamenti del suo stato di salute; comparsa di eventi o complicanze inattese; dolore incontrollabile nonostante la terapia indicata; comparsa di nuovi disturbi di movimento, di sensibilità o di colorazione della cute.

Alternative al trattamento chirurgico.

Limitatamente a specifici casi è possibile un trattamento non chirurgico della malattia mediante iniezione locale di collagenasi di Clostridium Histolyticum. Esistono dei presidi fisioterapici che, in alcuni casi, possono diminuire temporaneamente la flessione delle dita.

Domande.

Nel caso in cui questo modulo informativo non sia stato esauriente, la preghiamo di annotarsi tutte le domande che riterrà necessarie per aiutarla ad affrontare consapevolmente e serenamente l'intervento che le è stato proposto. Un medico della nostra équipe sarà disponibile per rispondere ai suoi quesiti in sede di pre-ricovero. Nella stessa occasione le verrà richiesto di firmare il "consenso informato", formulato qui di seguito, in segno di definitiva accettazione del trattamento chirurgico che le è stato proposto, ovvero di firmare un esplicito rifiuto ad esso.

Come conferma della lettura e della comprensione di questo documento, le chiediamo di apporre qui di seguito la sua firma:

Consegnato il, _____

Firma del Paziente/Tutore Legale _____

Firma del Medico _____

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

Firma del Paziente/Tutore Legale _____

info@santannacasale.it www.santannacasale.it

Nuova Casa di Cura Sant'Anna S.r.l. Viale Cavalli d'Olivola, 22 - 15033 - Casale M.to (AL) Tel 0142/334611 Fax 0142/75812

Documento di proprietà della Nuova Casa di Cura Sant'Anna srl - Clinica Privata Accreditata.

È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta.

	Pre Operatorio		Mod. 0438	Pag. 3 di 3
	CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO - MALATTIA DI DUPUYTREN -		Parola chiave: <i>cons mano</i>	
			Rev. 00	del 12/02/2026

Consenso informato per intervento chirurgico/procedura invasiva/procedura ad elevato rischio

Io sottoscritto/a _____ confermo di aver avuto un colloquio durante il quale mi è stata esposta la natura della mia malattia, il tipo di trattamento chirurgico proposto, con i benefici ed i potenziali rischi ad esso connessi e le relative probabilità di successo, nonché il probabile decorso post-operatorio. Sono stato/a altresì informato/a delle eventuali opzioni terapeutiche previste per il mio caso. Sono consapevole del fatto che, nel corso dell'intervento chirurgico, possano rendersi necessarie, a giudizio del medico, procedure addizionali o diverse da quelle che mi sono state preliminarmente illustrate.

Sono stato informato/a che, nel caso in cui l'intervento venga eseguito con tecniche di chirurgia mini-invasiva, è possibile che l'intervento stesso, qualora si renda necessario, venga convertito intraoperatoriamente in una operazione tradizionale e cielo aperto.

Sono stato/a inoltre informato/a sulla possibilità che, in caso di intervento eseguito in anestesia locale e su indicazione del chirurgo e/o dell'anestesista, l'intervento venga proseguito in anestesia generale.

Sono altresì consapevole che, su giudizio dei sanitari e nell'interesse della mia salute, la degenza potrà prolungarsi rispetto a quanto pianificato. Confermo di aver ricevuto informazioni esaurienti e di aver ottenuto risposta a tutte le mie domande.

Dichiaro, inoltre, di essere stato informato sulle conseguenze del mancato intervento.

Acconsento quindi ad essere sottoposto/a ad intervento di:

CORDOTOMIA

Data _____

Firma* _____

Il Medico _____ Firma eventuale interprete _____

**Nota: la firma deve essere quella dell'interessato. Nel caso ciò non sia possibile, specificare chiaramente per iscritto la qualifica del firmatario, che deve rientrare tra una delle seguenti: chi esercita la patria potestà; il tutore o curatore; il parente più prossimo.*