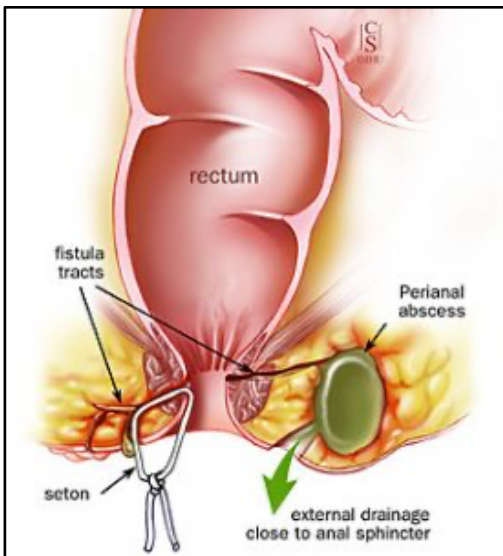


Io sottoscritto/a.....nato/a a .....il  
..... dichiaro di essere stato/a informato/a sia durante la visita che durante il ricovero, in modo  
a me chiaro e comprensibile dal dott .....che, per la patologia riscontrata: **ASCESSO e/o FISTOLA ANALE PERSISTENTE** è indicato il trattamento chirurgico.



Mi è stato spiegato in maniera comprensibile che l'ascesso perianale è una cavità ripiena di pus causata dall'infezione di alcune ghiandole situate nel canale anale e la fistola (che è spesso una conseguenza dell'ascesso) è un tramite patologico tra il lume ano-rettale e la superficie cutanea esterna.

Sono stato molto chiaramente informato/a che, alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, la cura degli ascessi e fistole anali è esclusivamente chirurgica e prevede, **a seconda della complessità del caso, uno o più interventi con lunghi tempi di guarigione e necessità di numerose visite e medicazioni.**

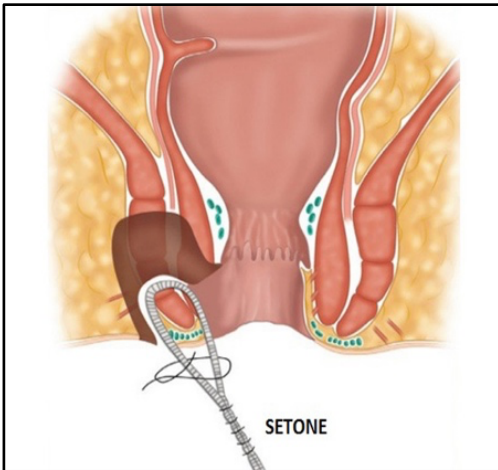
Mi è stato chiaramente spiegato che alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, l'intervento previsto consisterà: nell'INCISIONE dell'ASCESSO e nel suo DRENAGGIO in urgenza, per permettere la fuoriuscita del pus.

Sono stato/a chiaramente informato/a anche che **il trattamento della FISTOLA è molto più complesso ed esso varia a seconda dell'anatomia dei tramiti fistolosi e che spesso una corretta programmazione del tipo di intervento è possibile solo intraoperatoriamente**, quando, grazie al rilasciamento prodotto dall'anestesia, possono essere più agevolmente studiati i rapporti anatomici con i muscoli dell'apparato sfinterico. Il trattamento comunque è in funzione della sede e della quantità di sfintere coinvolto. Pertanto un **cambiamento intraoperatorio del programma preventivamente stabilito può comunque rendersi necessario.**

Mi è stato inoltre spiegato che, come riportato nella letteratura scientifica internazionale, **NESSUNO** degli interventi possibili per fistola può assicurare una guarigione nel 100% dei casi e che pertanto la patologia può persistere anche nonostante l'intervento.

Mi è stato/a comunque debitamente spiegato che la patologia può **recidivare** anche a distanza di molti anni e richiedere un nuovo intervento chirurgico.

L'intervento può consistere nella FISTULOTOMIA (ovvero nella sezione della fistola) o nella FISTULECTOMIA (ovvero nella asportazione della fistola) e nel POSIZIONAMENTO DI UN SETONE (ovvero di un grosso filo) con lo scopo di drenare l'infezione. Mi è stato detto che questo grosso filo potrà essere messo in TENSIONE, per favorire una SEZIONE LENTA e graduale dello sfintere e che questo iter può richiedere periodi di tempo molto variabili.

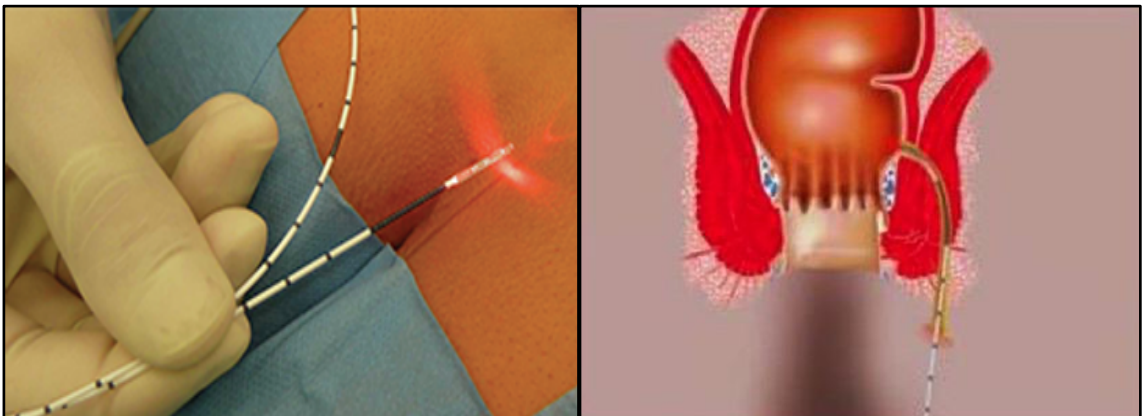


*Sezione lenta della fistola con la tecnica delle legature sequenziali*

In alternativa alla sezione lenta, allo scopo di sigillare, obliterare il tragitto fistoloso bisognerà sottoporsi ad una nuova procedura chirurgica dopo alcuni mesi dal posizionamento del setone.

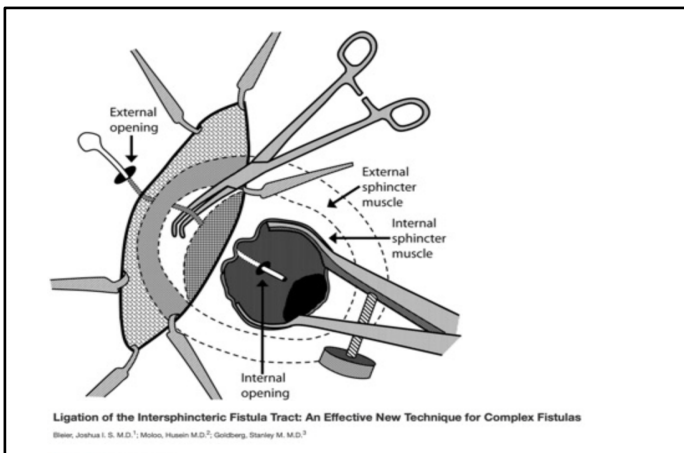
Le tecniche a disposizione per obliterare la fistola sono:

- FILAC (Fistula Laser Closure) che consiste nell'utilizzo di una sonda laser che sigilla il tramite fistoloso.



*FILAC (Fistula Laser Closure): chiusura della fistola con impiego di energia Laser*

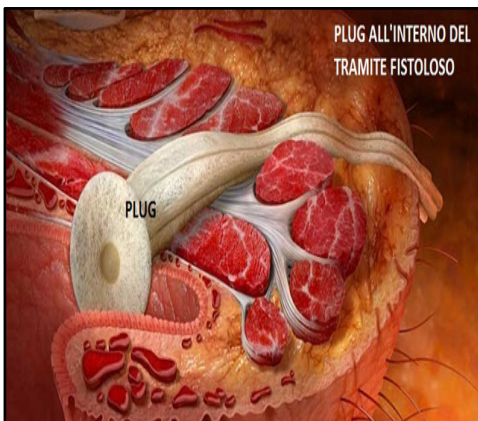
- LIFT (Ligation of Intersphincteric Fistula Tract) che consiste nella sezione e quindi nella interruzione della fistola nel suo punto di passaggio tra i due sfinteri (interno ed esterno) cioè nel cosiddetto spazio intersfinterico.



*LIFT (Ligation of Intersphincteric Fistula Tract): interruzione della fistola nello spazio tra sfintere interno ed esterno*

- SLOFT (Submucosal Ligation Of Fistula Tract) che consiste nella sezione e quindi nella interruzione della fistola nel suo punto di passaggio tra sfinteri interno e sottomucosa;

- Posizionamento di un PLUG nell'orifizio fistoloso (ovvero di una spugnetta di materiale biocompatibile con l'intento di drenare l'infezione e consentire la chiusura della fistola).



- Chiusura del tramite della fistola con COLLA di FIBRINA oppure PASTA DI PERMACOL;

In caso di fistole complesse potrebbe essere necessario un intervento combinato perineale e addominale con la necessità di confezionamento di una COLOSTOMIA temporanea, per deviare il normale transito fecale e consentire una migliore guarigione dell'area perineale.

Mi è stato spiegato che l'intervento necessario per la cura della fistola avverrà in anestesia locoregionale (mediante iniezione di anestetico in regione lombosacrale) associata, se necessario, a sedativi, ma che in alternativa ed in situazioni particolari, può essere impiegata l'anestesia generale o l'anestesia locale. Sono stato/a informato/a che è necessario un ricovero che può durare da poche ore a 2-3 giorni in ragione

dell'entità del problema da trattare e del tipo di anestesia praticata e che la sintomatologia dolorosa viene in genere controllata con l'assunzione dei comuni antidolorifici.

Dell'intervento propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici, gli eventuali rischi e/o e che questo intervento può essere gravato da **complicanze** immediate o tardive ognuna delle quali può anche richiedere un intervento chirurgico.

Le più frequenti sono:

- **Sanguinamento** che, se abbondante, può richiedere l'utilizzo di trasfusioni e/o una revisione chirurgica in sala operatoria;
- **Difficoltà a trattenere gas o feci liquide**, che può essere anche permanente;
- **Incontinenza** ai gas o più raramente alle feci soprattutto in soggetti anziani e nelle donne con preesistente presenza di alterazioni della continenza;
- **Ritenzione urinaria**, che può richiedere l'applicazione di un catetere vescicale per alcune ore;
- **Suppurazione** delle ferite chirurgiche;
- **Infezioni perineali massive o croniche** (in caso soprattutto di malattia di Crohn) che possono necessitare di asportazione dell'ano-retto e confezione di colostomia definitiva;
- **Recidiva** della fistola;
- **Lesioni da postura**, possibili per il posizionamento sul letto operatorio e per la durata dell'intervento. Possono interessare le parti molli, i nervi o i tessuti. Questi danni di solito si risolvono entro un tempo variabile;
- **Complicanze generiche gravi** (a carico di cuore, polmone, reni, fegato, cervello, nervi, decesso ecc) che possono verificarsi soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento, ecc) così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica farmacologica.
- Altre complicanze o sequele possibili sono:.....

Il chirurgo mi ha informato/a sufficientemente sulla incidenza che hanno queste complicanze (anche nella sua Unità Operativa) e che questa può comunque essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e da cui sono affetto e dalle terapie mediche che assumo e su come questa/e possano gravare anche sul decorso post-operatorio.

Mi è stato anche spiegato come la chirurgia benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi e che la presenza di una fistola può essere espressione di una malattia cronica intestinale, in rarissimi casi anche di una malattia neoplastica e che l'esame istologico effettuato di routine può indirizzare verso tali patologie.

Sono inoltre informato/a che comunque residueranno una o più cicatrici chirurgiche. Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente non altrimenti evitabile e/o da un danno grave alla mia persona, o se si constatassero delle difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica propostami, verranno poste in atto tutte le pratiche che i sanitari curanti riterranno idonee a scongiurare o limitare tale pericolo e, comunque, a portare a termine l'intervento chirurgico nella migliore sicurezza, ove necessario anche modificando il programma terapeutico prospettatomi.

Quindi consapevolmente **ACCONSENTO** al trattamento chirurgico propostomi, che verrà praticato dall'equipe di questa Unità

**AUTORIZZO** inoltre i sanitari curanti, ove durante l'intervento chirurgico venissero evidenziate altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere secondo scienza e coscienza, al loro trattamento, anche modificando il programma terapeutico prospettatomi e preventivamente concordato.

**AUTORIZZO** l'utilizzo dei tessuti e/o organi eventualmente asportatimi durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.

Inoltre ACCONSENTO che nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste vengano utilizzate in ambito medico per migliorare le conoscenze scientifiche, nel completo riserbo della mia privacy.

Data.....

Firma del/della Paziente.....

Firma del Medico.....