

## NOTA INFORMATIVA

# DIVERTICOLITE

---

Nome e Cognome del paziente

Data di rilascio al paziente

----- [ \_\_/\_\_/\_\_\_\_ ] ora: \_\_/\_\_

**Ad integrazione delle informazioni ricevute con il Consenso Generale alle Cure, la preghiamo di leggere attentamente questo modulo informativo.**

**Dopo averlo letto faccia tutte le domande che ritiene necessarie all'Equipe medica.**

Il malato ha diritto, se lo desidera, a ricevere **un'adeguata informazione**, esposta in modo corretto e **comprensibile** riguardo alla propria condizione di salute e a tutti gli atti diagnostici e/o terapeutici, medici e chirurgici, che i sanitari propongono di attuare sulla sua persona.

Il paziente ha il **diritto** di conoscere i **vantaggi** ma anche **rischi**, i disagi e le possibili **complicanze** dei suddetti atti, e anche la natura e il peso delle conseguenze qualora si rifiuti di attuarli.

Ha diritto di conoscere le eventuali **alternative terapeutiche** con i relativi vantaggi e svantaggi. Inoltre, dopo aver ricevuto un'esaustiva informazione, qualora decida di dare il proprio consenso al trattamento proposto, ha diritto a **revocare** il suo **consenso** in qualsiasi momento.

Il malato ha diritto anche a mantenere riservate le notizie riguardanti la propria salute oppure **indicare una** o più persone che desidera vengano informate di dette **notizie**.

D'altra parte, il malato ha il **dovere** di fornire al medico **qualsiasi informazione in suo possesso riguardante la propria salute**, in modo da **evitare** che dalla mancata conoscenza di specifiche peculiarità possano generarsi **errori** di condotta terapeutica e/o diagnostica.

Il paziente deve inoltre **attenersi** con scrupolo **alle indicazioni** fornitegli **dai sanitari** riguardo a comportamenti e terapie da seguire per il problema medico che si sta trattando, sia nella fase antecedente alla procedura proposta, che nelle fasi successive alla sua effettuazione.

Nome e Cognome di chi  
fornisce le informazioni

CHIRCOL01 – rev. 13.06.2025

**Alla luce di tali premesse:**

desidera essere informato sulla patologia da cui è affetto nonché sulle motivazioni, la natura e le implicazioni degli atti diagnostici e/o terapeutici (anche invasivi) che si intendono intraprendere sulla sua persona<sup>1</sup>?

SI       NO

FIRMA DEL PAZIENTE

-----

Desidera che le informazioni relative al suo stato di salute e all'esito degli atti diagnostici/terapeutici intrapresi sulla sua persona vengano fornite anche ad alcuno dei suoi familiari, conoscenti o al suo medico di fiducia?

SI       NO

Se sì a chi?

Nome ----- Cognome -----

Recapito -----

FIRMA

-----

Nome ----- Cognome -----

Recapito -----

FIRMA

-----

Nome ----- Cognome -----

Recapito -----

FIRMA

-----

---

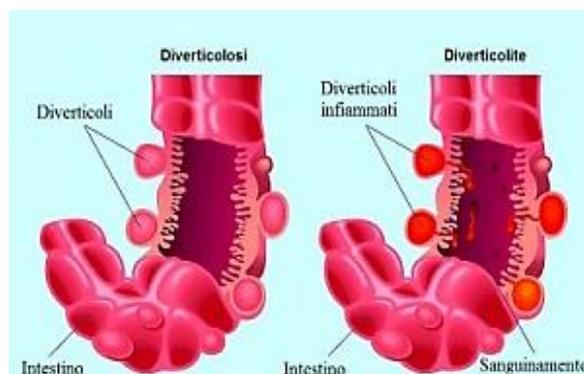
<sup>1</sup> Nel caso in cui il paziente decida di NON ricevere informazioni e nondimeno dia il consenso al trattamento DEVE esserne dato atto direttamente in Cartella Clinica e deve essere controfirmato dal paziente.

# INFORMAZIONI RELATIVE ALLA MALATTIA DIVERTICOLARE ED AGLI INTERVENTI ESEGUITI PER CURARLA

Gentile paziente, La ringraziamo per aver scelto la Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico e la nostra equipe che si prenderà cura di Lei in questo percorso terapeutico, ponendoLa al centro della nostra attenzione secondo la missione del nostro Policlinico: “La scienza per l’uomo”.

## 1. COSA È LA MALATTIA DIVERTICOLARE?

La presenza di diverticoli (Diverticolosi) - estroflessioni della mucosa e sottomucosa delle pareti intestinali, simili a piccole tasche sporgenti - nel tratto intestinale, ed in particolare nel colon, è una condizione molto frequente e generalmente asintomatica. I diverticoli si formano abitualmente a livello delle pareti del colon, ma possono svilupparsi anche in altre zone del tratto digerente. Solo in alcuni casi la presenza di diverticoli si associa a sintomi od a complicanze: in questi casi può essere necessario un trattamento chirurgico. Nel caso della diverticolite l'intervento chirurgico può essere necessario in condizioni di urgenza.



## 2. COSA È LA DIVERTICOLITE?

La **diverticolite** è un'**infiammazione dei diverticoli**. Si differenzia in **diverticolite non complicata**, se l'infezione o l'infiammazione è circoscritta, e **diverticolite complicata** se si associa ad ascesso, peritonite o sanguinamento.

## 3. COME SI CURA LA DIVERTICOLITE?

La diverticolite acuta può comportare un ricovero ospedaliero, ma la chirurgia è abitualmente limitata solo a quei pazienti che sviluppano complicanze o che presentano frequenti episodi di diverticolite acuta.

## 4. IN CASO DI MALATTIA DIVERTICOLARE, QUANDO È NECESSARIO UN INTERVENTO CHIRURGICO?

L'intervento chirurgico può essere necessario in caso di diverticolite acuta, in condizioni di urgenza o di elezione. Può essere ritenuto opportuno l'intervento anche in caso di **malattia diverticolare sintomatica non complicata** (SUDD) o in caso di **colite segmentaria associata a diverticolite** (SCAD).

La scelta dell'intervento chirurgico dipende da molti fattori: la gravità della malattia, l'età del paziente e la sua condizione medica generale, come pure la gravità e la frequenza degli attacchi o se i sintomi persistono dopo un primo episodio acuto. Nella maggior parte dei casi, la decisione di effettuare l'intervento chirurgico viene presa quando i rischi della chirurgia sono inferiori a quelli risultanti dalle complicanze della condizione. La chirurgia elettiva dovrebbe essere eseguita almeno sei settimane dopo la guarigione dalla diverticolite acuta.

La chirurgia di emergenza diviene necessaria quando si verifica una o più perforazioni del tratto intestinale interessato. Durante l'intervento chirurgico di diverticolite la sezione perforata viene rimossa e può essere eseguita una ricostruzione intestinale primaria (sutura diretta dei monconi intestinali, detta tecnicamente "**anastomosi**") oppure una **colostomia**:

- L'approccio chirurgico "ideale" consiste nella resezione e nell'anastomosi primaria. Questo intervento viene eseguito quando non sia presente una contaminazione eccessiva della cavità peritoneale e il chirurgo ritenga che il rischio di **deiscenza** (imperfetta guarigione) dell'anastomosi stessa sia sufficientemente basso.
- Qualora il chirurgo ritenga che la sutura dell'intestino non offra sufficienti garanzie di tenuta, ha a disposizione due opzioni:
  - La prima è quella di "proteggere" l'anastomosi creando, a monte di questa, una derivazione esterna del contenuto intestinale, che non va quindi a percorrere la anastomosi: una **stomia derivativa**. La stomia viene chiusa dopo aver controllato, con esami endoscopici e/o radiologici, che l'anastomosi è perfettamente guarita - di norma, almeno dopo 10 o 12 settimane - in un intervento chirurgico successivo, in cui le estremità tagliate dell'intestino si ricongiungono.
  - La seconda opzione è quella di rinunciare, almeno per il momento, a confezionare l'anastomosi, "affondando" il moncone distale (quello più vicino all'ano) e portando alla cute il moncone prossimale (quello più distante dall'ano), costruendo così una colostomia terminale. In questo caso si tratta del c.d. **intervento di Hartmann**. La stomia può essere chiusa in un secondo momento, quando le condizioni generali e locali lo permetteranno, ma l'intervento per chiudere questo tipo di stomia è più complesso.

Entrambe le resezioni intestinali possono essere eseguite in modo tradizionale o con la **chirurgia laparoscopica o robotica**.

Presso il nostro Policlinico infatti gli interventi sul colon e sul retto vengono eseguiti in oltre il 90% dei casi con avanzate tecniche mininvasive: chirurgia laparoscopica anche con singolo accesso (single-port), chirurgia transanale, chirurgia robotica. Solo in rari casi si ricorre alla tecnica tradizionale, che comporta un ampio taglio sulla parete addominale.

La chirurgia laparoscopica o robotica, mediante l'induzione di pneumoperitoneo, insufflando gas in addome, permette di eseguire tutto l'intervento chirurgico mediante piccole incisioni cutanee (di 5 o 10 mm) attraverso le quali vengono introdotti una telecamera e gli strumenti chirurgici. Queste apparecchiature vengono manovrate dai chirurghi direttamente o attraverso un c.d. robot, un dispositivo che trasmette il movimento riducendo il fisiologico tremore e aumentando precisione ed accuratezza dei movimenti. Viene eseguita inoltre una incisione leggermente più grande (di circa 4 cm) per estrarre il pezzo operatorio. Tra i vari vantaggi della laparoscopia vi è un percorso post-operatorio più agevole e veloce, molto meno doloroso e con minori complicanze legate all'infezione della ferita.

Il recupero dopo l'intervento chirurgico è ulteriormente favorito dall'adozione di protocolli di gestione perioperatoria integrati e validati a livello internazionale, in grado di ridurre l'impatto della procedura sull'equilibrio fisiologico del paziente (protocollo ERAS).

**Cos'è una stomia?** viene chiamata stomia un'apertura artificiale dell'intestino alla cute. Qui viene applicato un sacchetto apposito per la raccolta delle feci in modo sicuro e pulito.

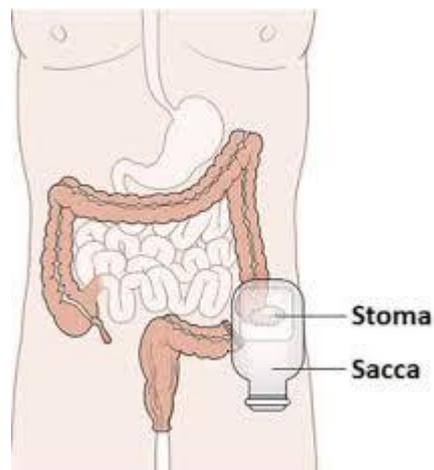
Nel caso di una stomia definitiva questa rappresenterà per tutta la vita l'orificio attraverso cui vengono eliminate le feci.

Il paziente ne imparerà la gestione con l'aiuto dell'équipe infermieristica e questa non condizionerà in modo significativo la qualità della vita del paziente.

Talora invece, viene confezionata una stomia **temporanea**.

Questo avviene in casi selezionati, qualora un intervento ricostruttivo sia possibile ma sia prudente rinviarlo, o quando si ritiene opportuno proteggere una anastomosi che è stata confezionata.

Quando viene confezionata una stomia temporanea la continuità intestinale può essere ristabilita con un secondo intervento chirurgico a distanza di qualche mese dal primo. Tuttavia può succedere che una stomia temporanea non venga chiusa, perché l'intervento viene considerato a rischio troppo elevato o per scelta del paziente che si è perfettamente adattato alla stomia. In questi casi la stomia viene considerata permanente anche se teoricamente potrebbe essere chiusa.



Alla Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico è presente un team di infermieri enterostomisti specializzati che assistono con competenze specifiche i pazienti sottoposti a stomia.

## 5. QUALI SONO I BENEFICI?

L'intervento permette di rimuovere la causa della malattia, i diverticoli, nei casi in cui essi siano la causa di episodi di diverticolite o interferiscano nella normale gestione delle attività quotidiane.

## 6. INFORMAZIONI SULLA FASE PRE-PROCEDURA

Solitamente viene effettuata una preparazione intestinale con lassativi associati ad antibiotici per bocca circa 8 ore prima dell'intervento chirurgico in caso di pazienti in elezione che non presentano complicanze quali perforazioni o fistole. Inoltre, potrebbe essere necessario attuare il protocollo per la profilassi trombo-embolica che viene comunicato dal medico referente in sede di preospedalizzazione; caso per caso, il medico referente indicherà se continuare o sospendere la terapia farmacologica quotidiana.

Il paziente può bere (acqua, the, caffè o camomilla, ma NON succhi di frutta o altre bevande) fino a 2 ore prima dell'anestesia. NON è necessario, anzi è dannoso, rimanere a digiuno dalla mezzanotte del giorno precedente. Può alimentarsi con altri tipi di liquidi (latte, frullati, succhi di frutta) fino a 6 ore prima. Può mangiare fino a 8 ore prima (piccole quantità, evitando cibi grassi e pesanti).

Per prevenire infezioni postoperatorie è opportuno e raccomandato eseguire una doccia il giorno prima dell'intervento o, se possibile, la mattina stessa, meglio se con un sapone antisettico; per lo stesso motivo è bene indossare biancheria intima pulita e abiti comodi.

La rasatura e la rimozione dei peli nell'area interessata dall'intervento NON va praticata, in quanto aumenta il rischio di infezioni.

**COSA LASCIARE A CASA:** anelli, orologio, braccialetti, collane, etc.

**COSA PORTARE CON SÈ:** il contenitore per eventuali protesi dentarie mobili o protesi acustiche; Tessera sanitaria; Impegnativa per l'intervento; Documento di riconoscimento valido (carta d'identità, passaporto, etc.); Eventuale tessera di esenzione; Documentazione sanitaria di esami/visite precedenti, soprattutto se eseguiti in altre strutture (immagini; dischetti CD-ROM; etc.) e i farmaci personali, da consegnare al personale infermieristico al ricovero.

## 7. DURATA DELLA PROCEDURA

L'intervento (a cielo aperto, per via laparoscopica o robotica) può durare da 2 ore fino a 6 ore o più; esclusi i tempi di attesa in pre-sala (prima dell'intervento) e post-intervento (monitoraggio post-intervento), in generale tra la discesa in sala e la risalita in camera trascorrono usualmente 8-9 ore.

## 8. INFORMAZIONI SULLA FASE POST-PROCEDURA

La fase post-intervento chirurgico viene effettuata seguendo le linee guida del protocollo ERAS.

Due aspetti molto importanti di questo protocollo sono rappresentati dalla **mobilizzazione precoce** e dalla **alimentazione**.

La tecnica chirurgica mini-invasiva consente che il paziente possa alzarsi dal letto poche ore dopo la fine dell'intervento; abitualmente il catetere vescicale – che viene posizionato all'inizio dell'intervento - viene rimosso al termine o a distanza di poche ore dal ritorno in reparto, salvo indicazione medica; non si utilizza abitualmente il sondino nasogastrico; solo in casi particolari viene posizionato un drenaggio addominale (che comunque consente al paziente di muoversi).

È molto utile che il paziente si alzi il prima possibile e trascorra fuori dal letto quanto più tempo possibile, passeggiando nel reparto o seduto sulle poltrone a disposizione.

Il digiuno ostacola la ripresa della funzione intestinale e non agevola in alcun modo la guarigione delle suture intestinali. L'alimentazione può riprendere poche ore dopo la fine dell'intervento, con cibi gradevoli e cucinati in modo leggero, senza mai eccedere in volume, privilegiando pasti piccoli e frequenti e ritornando progressivamente, nel corso delle successive settimane, ad una dieta varia e salubre.

## 9. POSSIBILI COMPLICANZE MAGGIORI E POTENZIALI PROBLEMATICHE CORRELATE ALLA PROCEDURA

Anche se sono presenti diversi benefici, nessun intervento chirurgico, benché eseguito con tecnica rigorosa, può considerarsi esente da rischi.

In alcuni casi, potrebbe rendersi necessario modificare l'intervento chirurgico, in rapporto alla valutazione intraoperatoria, associando eventualmente resezioni di altri tratti intestinali o la riparazione di fistole con la vescica.

Questi interventi possono comportare complicanze immediate e/o tardive, e/o menomazioni prevedibili.

È difficile pensare di poter elencare tutte le possibili complicanze di un intervento chirurgico, tuttavia elenchiamo in questa Nota Informativa quelle più frequenti e temute:

- Durante l'intervento o nell'immediato postoperatorio, possono verificarsi **emorragie** e/o ematomi, che possono richiedere un re-intervento chirurgico urgente a scopo emostatico, ed emotrasfusioni, con il relativo rischio infettivologico.
- Soprattutto in caso di emicolectomia sinistra (asportazione della metà sinistra del colon), si può verificare una **lesione della milza**, che può richiedere una splenectomia; tale intervento può comportare, nel postoperatorio, un incremento delle piastrine, con rischio di trombosi e, nei soggetti giovani, disturbi dell'immunità ed infezioni.
- La **deiscenza** dell'anastomosi consiste nella incompleta guarigione della sutura chirurgica eseguita sull'intestino, con conseguente fuoriuscita di liquido enterico dal lume intestinale nel cavo addominale, e possibile insorgenza di peritoniti localizzate o diffuse. In questo caso potrebbe essere necessario re-intervenire chirurgicamente e creare una deviazione intestinale temporanea o permanente (ileo o colostomia). Il rischio di complicazioni anastomotiche è molto maggiore e grave nei casi nei quali l'anastomosi sia molto bassa, poco sopra l'orifizio anale, o quando l'intervento venga condotto in condizioni d'urgenza.

- **Ripresa tardiva** della funzione intestinale.
- **Occlusione intestinale** legate a torsioni di ansa o alla comparsa di aderenze, che possono richiedere in alcuni casi un re-intervento chirurgico.
- **Disturbi urologici o della sfera sessuale** possono presentarsi dopo interventi sul colon sinistro e sul retto, a causa dell'interruzione di sottili strutture nervose, non sempre facilmente identificabili. In casi di ritenzione urinaria è necessario il posizionamento del catetere vescicale, che può essere necessario anche per periodi prolungati.
- **Infezioni a carico della ferita** precoci e/o tardive possono presentarsi in forma lieve o in forma più grave soprattutto in caso di peritoniti. Esse richiedono raramente la revisione chirurgica e possono talora comportare esiti estetici non felici.
- **Lesioni neurologiche** periferiche sono rare e legate a compressioni inavvertitamente causate dai bendaggi in sala operatoria; generalmente consentono una buona ripresa della funzione.
- **Laparoceli**: sono ernie addominali che si possono formare in corrispondenza della ferita chirurgica e che possono necessitare di un intervento ricostruttivo della parete. Sono più frequenti in caso di intervento laparotomico e più ancora in caso di reintervento.
- **Stenosi** dell'anastomosi (restringimenti cicatriziali a livello della sutura intestinale).
- **Disturbi funzionali** come stipsi o diarrea, temporanee o permanenti. La diarrea è più frequente e più difficile da controllare dopo interventi di colectomia (ovvero di asportazione del colon) subtotale o totale.
- Complicanze generiche (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) 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), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica.

Quando viene confezionata una stomia, è possibile che si verifichino complicanze quali il distacco della stessa dalla parete addominale, l'erniazione, l'irritazione o l'infezione del tessuto sottocutaneo circostante, a causa dell'azione irritante del liquido intestinale sulla pelle, la stenosi dell'orifizio. Tutti questi eventi possono avvenire in forma lieve e non essere motivo di preoccupazione, ma possono anche richiedere, a loro volta, un trattamento chirurgico per la loro correzione.

Durante l'intervento, condotto per via laparoscopica, possono verificarsi complicanze legate a questo particolare tipo di tecnica quali:

- lesioni di grossi vasi, al momento della introduzione degli strumenti;
- diffusione del gas nel tessuto sottocutaneo o in torace (enfisema sottocutaneo o mediastinico);
- embolia polmonare gassosa, causata dall'ingresso di gas nei grossi vasi, o ipercapnia, che consiste nell'eccessivo assorbimento di anidride carbonica nel sangue;

La conversione dell'intervento nella via laparotomica tradizionale non è una vera complicanza, ma una modifica della tecnica chirurgica a cui si ricorre quando si incontrino condizioni tali da non consentire la prosecuzione dell'intervento stesso, con margine sufficiente di sicurezza.

Possono comunque verificarsi delle complicanze minori o non prevedibili o di natura infettiva.

## 10. DOLORE POST-PROCEDURA

Il dolore postoperatorio è generalmente minimo nel caso di interventi eseguiti in laparoscopica; la procedura laparotomica può risultare più dolorosa per la sede e le dimensioni della ferita.

L'equipe infermieristica misura più volte al giorno il dolore impiegando una scala che confronta il dolore sperimentato dal paziente con il massimo dolore possibile (Scala VAS). La terapia antidolorifica viene impiegata seguendo un cosiddetto "Step-up approach" mediante utilizzo graduale di paracetamolo, FANS (Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei) e oppioidi in base alla risposta clinica al fine di eliminare

o ridurre al minimo il dolore. In particolare, la somministrazione ad orari fissi del paracetamolo nelle prime giornate post-operatorie, consente, nella maggioranza dei casi, un adeguato controllo del dolore. Il paziente deve riferire esattamente, al personale sanitario, se riscontra beneficio alla terapia in corso, in caso contrario, la terapia, verrà rivista.

## **11. POSSIBILI CONSEGUENZE IN CASO DI MANCATO TRATTAMENTO**

In caso di diverticolite acuta, in presenza o meno di una perforazione, i batteri si possono diffondere all'esterno del colon, raggiungendo la sierosa della cavità addominale (**peritoneo**) e causando una peritonite localizzata all'area circostante i diverticoli o generalizzata, che coinvolge cioè l'intera cavità peritoneale, con una evoluzione potenzialmente fatale.

A volte il ripetersi di episodi infiammatori può causare restringimento dell'intestino, portando ad un quadro di occlusione. Inoltre, la parte interessata del colon può aderire alla vescica o ad altri organi nella cavità pelvica, causando aderenze o addirittura un'anormale connessione (una **fistola**) tra un organo e la struttura adiacente.

È particolarmente frequente una comunicazione tra colon e vescica (fistola colo-vescicale) che si manifesta con infezioni urinarie ricorrenti e con presenza di gas intestinali nelle urine (pneumaturia).

## **12. COME COMPORTARSI IN CASO DI COMPLICANZE DOPO LA DIMISSIONE**

In caso insorgessero febbre o dolore addominale, nausea o vomito, o altri sintomi inattesi nei 30 giorni successivi all'intervento è bene contattare subito i curanti (controllare i recapiti sulla lettera di dimissione). In caso di forte dolore addominale è bene ricorrere al medico di medicina generale e/o al Pronto Soccorso più vicino.

## **13. LE TERAPIE ALTERNATIVE: VANTAGGI E SVANTAGGI**

Nella maggior parte dei casi di semplice diverticolite, la malattia risponde alla terapia conservativa con il riposo intestinale e con gli antibiotici. La terapia medica consiste nella somministrazione prolungata di un antibiotico associato a un antispastico. Meno consigliato è l'uso di FANS e corticosteroidi che possono facilitare una perforazione in prossimità del diverticolo. In caso di ascessi o perforazioni senza la presenza di una estesa peritonite può essere indicato il drenaggio radiologico dell'ascesso combinato a terapia antibiotica.

## **14. POSSIBILI CONSEGUENZE IN CASO DI MANCATO TRATTAMENTO**

In caso di mancato trattamento potrebbe andare incontro a un'infezione dei diverticoli fino alla perforazione degli stessi con possibile evoluzione in peritonite. In questo caso necessiterebbe di un intervento in urgenza, dato il rischio di sepsi intraddominale, con una più alta probabilità di confezionamento di stomia terminale.

## **15. PROBABILITÀ DI SUCCESSO**

L'intervento chirurgico, rimuovendo la porzione di colon (sigma), che rappresenta la sede più frequente di infiammazione dei diverticoli, ha una probabilità di successo molto alta. Nonostante ciò, il 100% di successo non è raggiunto per la possibilità di episodi di diverticolite a carico di altre porzioni di colon.

## 16.EDUCAZIONE DEL PAZIENTE

Nell'ambito dell'educazione clinica dei pazienti, la Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico ha creato delle pagine web e degli opuscoli informativi utili al paziente.

Di seguito trova il QR code, che potrà inquadrare con il suo cellulare, e che la porterà alle informazioni cliniche e organizzative di sua utilità.



**GUIDA AL PERCORSO DI  
PREOSPEDALIZZAZIONE**



**GUIDA  
ALL'INTERVENTO CHIRURGICO**

## GLOSSARIO

**Anastomosi:** Sutura tra due segmenti intestinali. Può avere diverse configurazioni, e viene eseguita a mano con ago e filo, o con l'ausilio di strumenti meccanici (saturatrici).

**Ascesso:** Un ascesso è una raccolta circoscritta di pus, un accumulo di batteri, globuli bianchi, plasma e detriti cellulari in una cavità chiusa originata dall'infiammazione e lisi dei tessuti.

**Chirurgia laparoscopica:** Intervento eseguito senza praticare una ampia incisione della parete addominale, utilizzando invece una telecamera collegata a un monitor e sottili strumenti chirurgici (pinze, forbici, elettrocoagulatore, saturatrice, porta-ago, ecc.) che vengono introdotti attraverso piccoli fori effettuati nella parete addominale.

**Chirurgia robotica:** Intervento eseguito con l'ausilio di uno strumento che esegue manovre chirurgiche guidato dalla mano del chirurgo, e che consente una maggior precisione di movimento e l'abolizione del fisiologico tremore delle mani.

**Colon o grosso intestino:** Tratto di intestino interposto tra il piccolo intestino (ileo) e il canale anale. Si divide in colon destro o ascendente, trasverso, sinistro o discendente, sigma, retto. La flessura destra è al confine tra colon ascendente e trasverso, la flessura sinistra tra colon trasverso e discendente. La funzione principale del colon è concentrare le feci riassorbendo l'acqua.

**Colostomia:** La colostomia è una stomia (vedi) in cui il viscere aperto alla parete addominale è il colon.

**Deiscenza (di anastomosi):** è la mancata guarigione di una anastomosi, che causa la fuoriuscita del materiale enterico dal lume intestinale.

**Diverticolite:** infiammazione dei diverticoli.

**Emicolectomia sinistra:** L'asportazione del colon sinistro, dalla flessura sinistra al sigma.

**ERAS (Enhanced Recovery After Surgery):** è un protocollo assistenziale perioperatorio che consente il recupero veloce di una normale qualità della vita e una dimissione precoce postoperatoria, riducendo altresì il rischio di complicanze legate all'intervento.

**FANS:** Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei sono farmaci utilizzati per alleviare il dolore (analgesici) ridurre l'infiammazione (antiflogistici), abbassare la temperatura corporea in caso di febbre (antipiretici).

**Fistola:** La fistola è un canale anomalo (che non fa parte nella normale struttura anatomica del corpo umano) che collega due cavità del corpo, o una cavità con l'esterno.

**Ileostomia:** L'ileostomia è una stomia (vedi) in cui il visceri aperto alla parete addominale è l'ileo o piccolo intestino.

**Intervento di Hartmann:** è una resezione del colon in cui si rinuncia a confezionare l'anastomosi, "affondando" il moncone distale e portando alla cute il moncone prossimale, costruendo così una colostomia terminale.

**Laparocele:** Ernia che compare dopo un intervento chirurgico, per una imperfetta guarigione della parete in corrispondenza dell'incisione chirurgica.

**Chirurgia laparoscopica:** Intervento chirurgico eseguito introducendo nell'addome una telecamera che consente di controllare visivamente strumenti lunghi, introdotti attraverso piccoli fori e tenuti in mano dal chirurgo.

**Laparotomia:** Intervento chirurgico eseguito attraverso una incisione ampia sulla parete dell'addome, per consentire di eseguire procedure con le mani o con strumenti chirurgici sotto la guida della vista.

**Perforazione diverticolare:** si verifica quando la parete del diverticolo "scoppia", portando così a riversare il contenuto del colon all'interno della cavità addominale, provocando la cosiddetta peritonite.

**Peritonite:** infiammazione della sierosa (chiamata appunto "peritoneo") che riveste i visceri e la cavità addominale, dovuta, in genere, ad una contaminazione batterica.

**Peritonite stercoracea:** fuoriuscita di materiale fecale nel cavo peritoneale.

**Sigma:** Parte dell'intestino che si estende dal colon discendente al retto.

**Stomia:** termine generico che include le colostomie e le ileostomie. È un'apertura chirurgica del colon alla parete addominale per permettere al contenuto fecale di fuoriuscire attraverso una via alternativa a quella naturale. Può essere temporanea o definitiva, terminale o laterale (derivativa). Alla cute della parete addominale viene applicato un sacchetto apposito per la raccolta delle feci in modo sicuro e pulito. Nel caso di una stomia definitiva questa rappresenterà per tutta la vita l'orificio attraverso cui vengono eliminate le feci. Vedi anche **Cos'è una stomia** pag. 5

#### Appunti del paziente per eventuali domande da fare al medico

- 1.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 2.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 3.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si precisa, infine, che questa unità, afferendo ad un Policlinico Universitario deve ottemperare anche ai correlati compiti di formazione universitaria. Pertanto, è possibile che una procedura venga eseguita da un medico chirurgo iscritto alla Scuola di Specializzazione di Chirurgia Generale oppure a corsi di formazione specialistica ma sempre sotto la diretta sorveglianza e supervisione di uno specialista strutturato del Policlinico Universitario.

È possibile che vengano conservate registrazioni dell'intervento chirurgico eseguito, che potranno essere usate a finalità scientifiche o didattiche. Qualora previsto dalla normativa, l'uso delle immagini registrate sarà soggetto ad apposito consenso informato (POL72), e sarà garantito l'anonimato del paziente.

## RESTITUZIONE DELL'INFORMATIVA

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**DICHIARO CHE QUESTO MODULO INFORMATIVO MI È STATO CONSEGNATO IN TEMPO UTILE PER PERMETTERMI DI LEGGERLO CON ATTENZIONE E MATURARE EVENTUALI DUBBI DA CHIARIRE CON IL PERSONALE MEDICO.**

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

*Firma del paziente/dell'esercente la patria potestà/del tutore*

\_\_\_\_\_

Io sottoscritto dott. \_\_\_\_\_

confermo di aver fornito al paziente tutte le informazioni sopra riportate<sup>2</sup>.

Ora \_\_ : \_\_

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

*Firma del medico*

\_\_\_\_\_

**QUESTO MODULO DEVE ESSERE CONSERVATO IN CARTELLA CLINICA  
INSIEME AL MODULO “POL06 – CONSENSO INFORMATO” FIRMATO**

<sup>2</sup> Nel caso in cui il medico intenda avvalersi di “testimoni” dell’atto del consenso è necessario raccogliere le generalità e la firma leggibile di ognuno di essi.