

LE EMORROIDI E L'EMORROIDECTOMIA

La patologia Emorroidaria e Anorettale (Ragadi, Fistole, Ascessi, Etc.) costituisce una situazione molto comune e spesso "Autotrattata" dai pazienti.

Un poco per vergogna, un poco perché "tanto ne soffrono tutti" la prassi della Automedicazione è divenuta abituale per moltissimi pazienti.

Pensiamo però che se da un lato più del 50% degli individui lamenterà una patologia anale benigna nel corso della sua vita dall'altro il tumore del Colon e del Retto costituisce il secondo - terzo tumore maligno per incidenza e mortalità.

Molti stati hanno quindi introdotto degli esami per scoprire in tempo utile quelle situazioni che portano inesorabilmente alla comparsa di tumori avanzati come la Ricerca del Sangue Occulto Fecale e la Colonscopia.

Il consiglio è quindi quello di eseguire una visita alla presenza di sintomi "diversi dal solito": sanguinamento, dolore, perdita di muco, etc.

UNA PICCOLA MA DOVEROSA PREMESSA.

La patologia ColoProctologica in Italia e' stata ed e' tutt'ora trattata da diversi specialisti chirurgici (Vascolari, Generali, etc.) perché nella nostra formazione post universitaria al termine degli studi di Medicina non esiste una Specialità in Chirurgia Coloretale.

Nei paesi anglosassoni ed in molti altri paesi mondiali invece la figura del Chirurgo ColoRettale e' presente da molti anni e tale specializzazione può essere raggiunta dopo studi specifici che ampliano la conoscenza del Chirurgo nell'ambito della patologia Tumorale e non del Colon, del Retto, dell'Ano, del Perineo.

Per decenni in Italia ed in altri paesi si e' pensato che fosse superfluo creare una scuola apposita. L'emergere di dati scientifici inconfutabili che dimostrano un netto miglioramento dei risultati per interventi eseguiti da specialisti ColoRettali (nell'ambito del tumore del retto per esempio si parla di un miglioramento in termini di complicanze e di efficacia di 10 volte) rispetto ai non specialisti ha fatto riflettere molto e correre ai ripari.

Le società dei singoli stati (in Italia la SICCR, Società Italiana di Chirurgia Coloretale) hanno avviato corsi specialistici ed aggregazioni interstatali che potessero "competere" con le enormi società anglosassoni (per esempio la ASCRS, American College of ColoRectal Surgery).

In Europa si e' creata nell'ambito della UEMS (European Union of Medical Specialists) la EBSQ (European Board of Surgical Quality) con la sezione Coloproctology (EBSQ COLO) che si occupa di certificare, con un esame apposito e dopo valutazione del curriculum scientifico ed operatorio, i propri Fellows rilasciando il titolo di "**Fellow of the European Board of Surgery - F.E.B.S. - ColoProctology**".

LE EMORROIDI CHE COSA SONO?

Sono dei cuscinetti vascolari, prevalentemente a sangue venoso, e normalmente servono per:

1. "accompagnare" le feci all'esterno riducendo il trauma anale
2. completare il complesso sistema della continenza fecale.

Solo quando danno dei sintomi si parla di malattia emorroidaria.

E' la più diffusa causa di sofferenza della regione anorettale. Più del 50% della popolazione adulta occidentale soffre o ha sofferto di patologia emorroidaria.

Molti soggetti lasciano trascorrere molto tempo prima di chiedere delle cure.

Le cure attuali sono in grado di eliminare senza o con poco dolore il problema, soprattutto negli stadi iniziali.

COS'È LA MALATTIA EMORROIDARIA?

Erroneamente descritte come "varici dell'ano", le emorroidi patologiche sono dei corpi cavernosi di volume aumentato contenenti sangue venoso ed arterioso, che possono protrudere dall'ano. A seconda del plesso da cui traggono origine possono essere suddivise in *emorroidi interne ed esterne*.

Le **emorroidi interne** aumentano di volume dentro l'ano, e danno segno di sé in genere solo durante il passaggio delle feci, con dolore, sanguinamento e prurito, e possono prollassare all'esterno dell'ano e rientrare da sole o con l'aiuto delle dita; sono molto dolorose se non si riesce a riposizionarle dentro l'ano.

Le **emorroidi esterne** si sviluppano al margine dell'ano; se sotto tensione sono molto dolorose, più frequentemente delle interne possono complicarsi con la formazione di coaguli nel loro interno (trombosi emorroidaria).

CAUSE DELLA MALATTIA EMORROIDARIA

Non esiste una sola causa. Si sviluppano maggiormente con l'aumentare dell'età, le eccessive spinte per evacuare le feci, la lunga permanenza sulla tazza del bagno, le feci molto dure o irritanti quali quelle diarroiche, la gravidanza, i fattori ereditari.

I SINTOMI

Come già accennato, se si ha qualcuno di questi sintomi è possibile che si tratti di Patologia emorroidaria:

1. Sanguinamento alla defecazione con sangue rosso vivo
2. Prolasso che può rientrare più o meno facilmente
3. Prurito spesso accompagnato da senso di ano umido
4. Dolore, in genere tipo bruciore
5. Nodulo/i esterni dolenti, a volte ad insorgenza nel giro di poche ore.

COME SI FA DIAGNOSI?

All'esterno possono essere viste solo le emorroidi nello stadio più avanzato, le non riducibili o di IV grado, oppure quelle riducibili con accompagnamento con la mano (III grado); e ancora possono essere viste le complicazioni della malattia emorroidaria, come la trombosi.

E' solo l'anoscopia che permette di porre diagnosi certa e di individuare o escludere altre malattie proctologiche molto spesso associate.

C'E' CORRELAZIONE CON IL CANCRO?

Non c'è alcuna correlazione. Tuttavia molti di questi sintomi possono essere presenti anche in presenza di un cancro del retto o dell'ano. Ciò rende indispensabile una visita ColoProctologica.

Ogni trattamento effettuato senza una visita specialistica può essere causa di un inammissibile ritardo per una corretta diagnosi ed un'adeguata terapia.

QUALI SONO I TRATTAMENTI?

Il Trattamento Medico, una volta stabilita la patologia, va diretto verso la possibile causa:

1. Se stipsi aumento dell'assunzione di fibre vegetali ed uso di lassativi formanti massa per ottenere feci più soffici
2. Correzione della diarrea, se presente
3. Ri-Apprendimento di una corretta defecazione tendente ad evitare di spingere molto o a lungo
4. bidè con acqua tiepida per ridurre spasmo e dolore.

In caso di crisi acute, per lo più da trombosi emorroidaria, questi presidi possono essere di aiuto, assieme all'uso di analgesici, e nel giro di 7 gg circa la crisi si risolve.

Nei casi di dolore intenso che non si attenua, il curante potrà effettuare ambulatoriamente una piccola incisione in anestesia locale per asportare il/i coagulo/i.

Se ci si trova di fronte a quadri molto estesi di trombosi può essere necessario un trattamento in regime di ricovero.

QUALI SONO I TRATTAMENTI CHIRURGICI?

I trattamenti sono **ambulatoriali**, Day Surgery o in regime di **ricovero**, in relazione allo stadio della malattia ed alla gravità clinica.

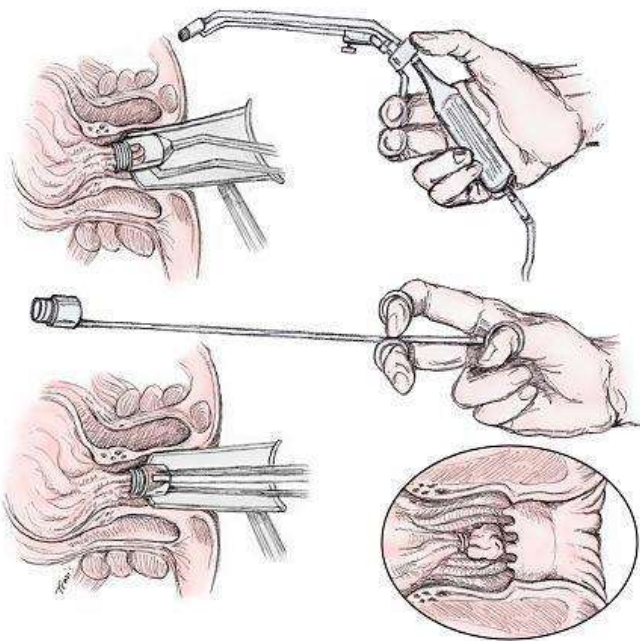
Diciamo che in generale il tipo di intervento deve essere adattato alla situazione ed al paziente (forme estese in un paziente giovane di sesso femminile per esempio avranno una indicazione a trattamento diverso rispetto a forme meno estese, magari in età più avanzata).

Al termine della Visita verrà quindi deciso con il paziente il tipo di intervento a seconda della situazione, del sesso, dell'età e dei risultati ottenibili.

LEGATURA ELASTICA

La **legatura elastica** veniva utilizzata ambulatorialmente per il trattamento delle emorroidi e del prolasso mucoso rettale interno.

Rimane molto diffusa nei paesi anglosassoni.



Consiste nell'applicazione di piccoli anelli elastici all'apice delle emorroidi o del prolasso, applicazione che si effettua senza alcuna anestesia.

Ciò generalmente non provoca dolore anche se nelle ore successive può essere accusato dal paziente un fastidioso senso di peso.

Gli anellini elastici rimangono in sede per 7-15 giorni e generalmente la loro espulsione non viene rilevata dal paziente se non per una lieve perdita ematica che non deve spaventare. Solo in caso assolutamente eccezionale di emorragia occorre recarsi al Pronto Soccorso o prendere contatti con il proprio specialista.

PRO: Trattamento Ambulatoriale, poco dolore.

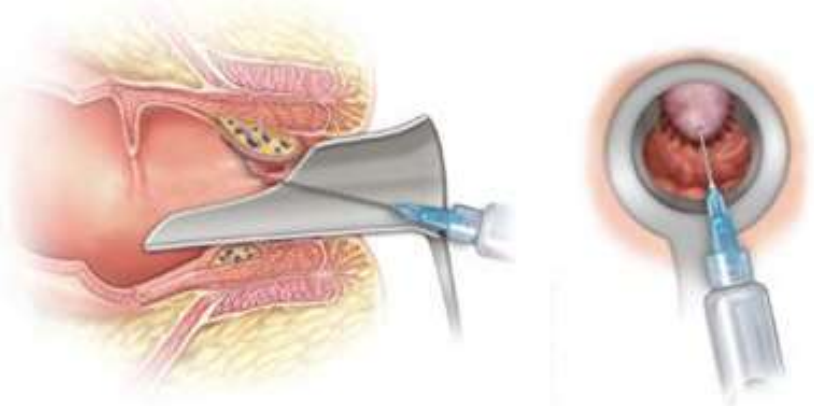
CONTRO: Diverse Sedute per ottenere un trattamento completo, Alto Indice di Recidiva.

SCLEROTERAPIA

La **Scleroterapia** è utilizzata soprattutto nel trattamento delle emorroidi sanguinanti ma in genere non prolassanti. Tale procedura causa scarso dolore ed il risultato è una discreta riduzione del volume delle emorroidi ed interruzione del sanguinamento.

PRO: Trattamento Ambulatoriale, poco dolore.

CONTRO: Recidive.



Dott. David Alessio Merlini

Medico Chirurgo

Specialista in Chirurgia Generale

Direttore Chirurgia Generale - Ospedale di Garbagnate M.se - ASST Rhodense

F.E.B.S. - Fellow of the European Board of Surgery

Professore a Contratto Università degli Studi di Milano

Chirurgia Addominale, Coloretale e Laparoscopica

Ecografia Diagnostica ed Operativa

MUCOANOPESSIA

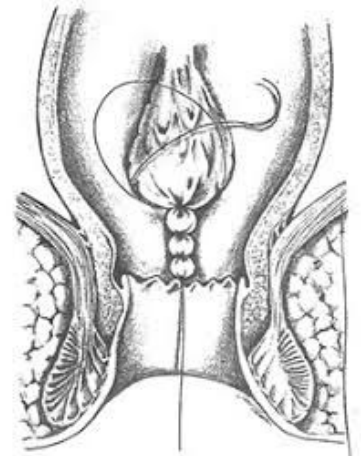
L'**MucoAnopessia** con o senza Doppler consiste nell'apposizione di punti nel retto inferiore che tendono ad accorciare la parete e quindi richiamare all'interno il materiale prolassato ed una certa misura anche a ridurre l'afflusso ematico ai cuscinetti emorroidari. E' una tecnica eseguibile ambulatorialmente anche se si consiglia nei casi più importanti di procedere ad una blanda sedazione oltre che alla anestesia locale.

Ha avuto negli ultimi anni molto sviluppo e corregge sia prolasso che sanguinamento evitando interventi più dolorosi sebbene offra un tasso di recidive più elevato.

Si effettua prevalentemente nelle emorroidi di III grado sebbene lavori scientifici abbiano descritto questa tecnica anche per gli altri gradi. Il trattamento viene eseguito in day hospital o ambulatoriale, in anestesia locale con sedazione o in anestesia spinale; l'80% dei pazienti non ha necessità di analgesici subito dopo l'intervento, e le complicazioni segnalate sono minime nel numero, nella gravità e nella durata.

PRO: Ambulatoriale, Poco Dolore, Risolutiva

CONTRO: Recidive più elevate che con Emorroidectomia Classica



EMORROIDECTOMIA

L'**emorroidectomia** è il trattamento riservato ai casi che non possono essere trattati con le tecniche precedenti, o nei casi in cui non si è riusciti ad ottenere un risultato soddisfacente per il paziente oppure per situazioni che impongono una recidiva inferiore.

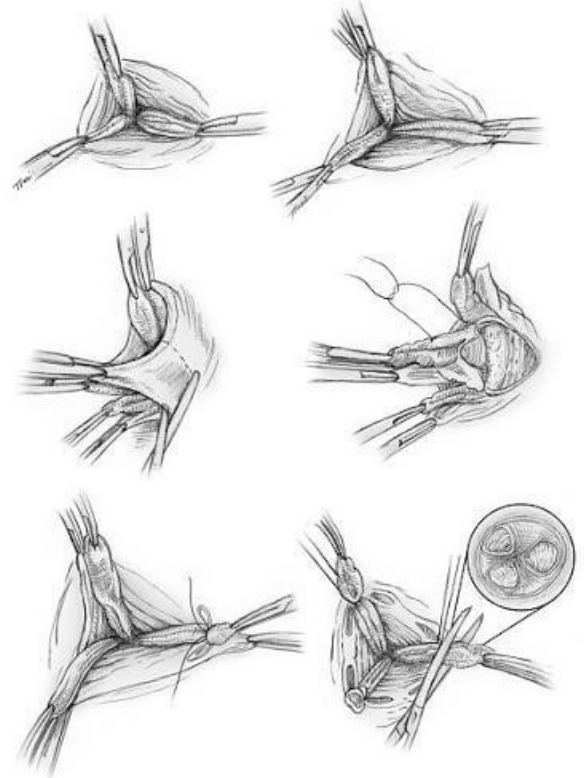
Esistono molte tecniche che hanno in comune la rimozione delle emorroidi (**Milligan & Morgan, Ferguson, etc.**).

Necessitano in genere di un breve ricovero (SPESSO IN REGIME AMBULATORIALE O DI DAY-SURGERY) e si effettuano in anestesia locale con sedazione. Esistono diversi protocolli per il controllo dei disagi e del dolore postoperatorio.

Tecniche che utilizzano il bisturi Laser non danno una riduzione del dolore rispetto a quelle più tradizionali. L'utilizzo di nuovi strumenti di coagulazione in radiofrequenza ed ad ultrasuoni riducono il dolore postoperatorio anche se non tutti i lavori scientifici danno un miglioramento statisticamente significativo.

PRO: Intervento Standardizzato da moltissimi anni, Recidive Estremamente Basse.

CONTRO: Dolore Postoperatorio.



Dott. David Alessio Merlini

Medico Chirurgo

Specialista in Chirurgia Generale

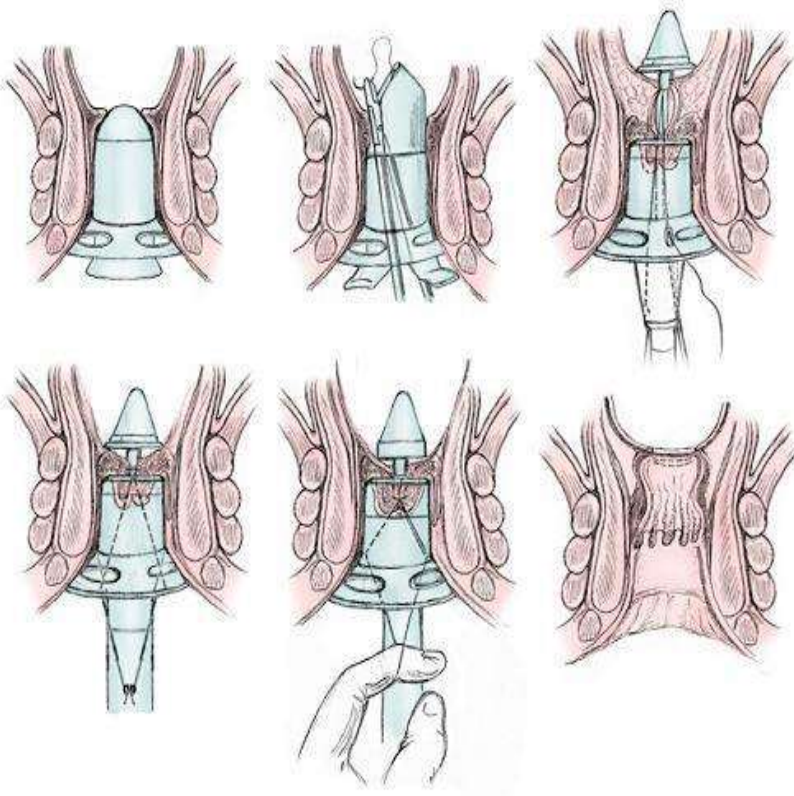
Direttore Chirurgia Generale - Ospedale di Garbagnate M.se - ASST Rhodense

F.E.B.S. - Fellow of the European Board of Surgery

Professore a Contratto Università degli Studi di Milano

Chirurgia Addominale, Coloretale e Laparoscopica

Ecografia Diagnostica ed Operativa



MUCOPROLASSECTOMIA

La **Mucoprolassectomia** con suturatrice meccanica, o tecnica di Longo in onore del connazionale che l'ha inventata, viene utilizzata con sufficiente consenso della letteratura nelle emorroidi di III grado, mentre negli altri gradi vi è ancora discussione tra gli esperti. Si effettua in regime di ricovero o Day Surgery. I risultati a breve termine sono buoni ma il tasso di recidive risulta alto rispetto all'emorroidectomia classica.

Negli ultimi anni nuovi sviluppi tecnologici hanno permesso di migliorare la tecnica (per esempio con suturatrici che accolgono).

PRO: Risolutivo nei casi di prolasso a 360°, poco dolore, ripetibilità intervento a distanza.

CONTRO: Recidive (10-15% a 5 anni).

A QUALE TIPO DI INTERVENTO CHIRURGICO VERRA' SOTTOPOSTO?

L'esperienza nel campo della Chirurgia Coloretale permette agli specialisti come il Dott. Merlini di poter trovare l'intervento più adatto alla situazione anatomica ed alle esigenze dei pazienti.

Il tipo di intervento verrà discusso una volta evidenziata la gravità della patologia, l'eventuale coesistenza di altre malattie (esempio malattie infiammatorie intestinali), la coesistenza di altre situazioni (esempio gravidanza), le necessità lavorative (ripresa più o meno rapida dell'attività lavorativa), il sesso del paziente, etc.

IL DECORSO POSTOPERATORIO

Nei tempi passati gli interventi per emorroidectomia erano sicuramente caratterizzati da un decorso postoperatorio particolarmente doloroso.

Il graduale miglioramento delle tecniche, dello strumentario e dei farmaci a disposizione ha reso il decorso dell'intervento molto meno traumatico.

Come regola generale vige il discorso che il dolore postoperatorio deve gradualmente ridursi ed un suo calo iniziale seguito da una intensificazione deve allertare il paziente che deve contattare il chirurgo per un consulto.

Una perdita di materiale sieroso (giallastro), sangue (di una quantità non superiore a mezzo bicchiere di acqua al giorno) o muco (liquido biancastro) sono normali soprattutto in quegli interventi ove vi sia una ferita aperta (Milligan e Morgan ad esempio).

Una sensazione di tenesmo (il paziente avverte il retto pieno più o meno costantemente ma all'atto defecatorio non viene emesso pressoché nulla) e' normale, soprattutto in interventi quali la mucoprolassectomia (Longo o S.T.A.R.R.) o in situazione preoperatorie molto importanti (grossi prolassi emorroidari). Questa sensazione ha la tendenza a svanire nei 6 mesi successivi l'intervento con gradualità.

La graduale comparsa di stenosi anale (restringimento del canale con sforzo defecatorio e tendenza alle feci di assumere un diametro sottile) e' una delle complicanze più temibili ma purtroppo imprevedibili. Un suo rapido riconoscimento e trattamento porta il più delle volte ad una risoluzione senza necessità di interventi ma solo l'utilizzo di dilatatori a diametro crescente.

Le visite di controllo devono essere eseguite dopo 24 ore, 10 giorni, 30 giorni e 6 mesi onde poter evidenziare sia le complicanze precoci (sanguinamento, infezione) che quelle tardive (stenosi, recidive) onde poter porre rimedio tempestivamente ed il risultato finale della procedura eseguita.

Pulizia Locale: dal punto di vista scientifico non vi sono prove che l'utilizzo per la pulizia di altro se non acqua e normali saponi determini un miglioramento e/o un peggioramento del decorso postoperatorio.

Il paziente verrà pertanto invitato a mantenere la parte pulita utilizzando normali saponi ed acqua. La sola avvertenza aggiuntiva, specialmente nel caso di ferite aperte come nella tecnica di Milligan & Morgan, e' quella di non utilizzare la carta igienica ma, se necessario perché impossibilitati ad un bidet, salviettine umidificate non alcoliche.

La pulizia deve essere effettuata 2 volte al giorno e dopo ogni defecazione.

Applicazioni Locali: localmente consigliata l'applicazione di una crema contenente Cortisonico ed antitrombotico per circa 7 giorni, 2 volte al giorno, non oltre per i rischi legati al cortisone.

Inoltre, a seconda dei casi, la letteratura e' abbastanza concorde nel suggerire l'applicazione locale di creme Ca – Antagonisti per ridurre l'ipertono sfinteriale.

Analgesici Generali: l'utilizzo di antidolorifici assunti per via orale o iniettiva e' consigliato al bisogno ossia quando il dolore va al di sopra della soglia personale.

In questo caso l'associazione tra blandi oppioidi (anche in forma di cerotto transdermico) e Paracetamolo si dimostrata molto efficace.

Mantenimento delle Feci Morbide: anche in questo caso la letteratura, ma soprattutto il buon senso, insegnano che una defecazione morbida possa aiutare e ridurre il dolore. Sono suggeriti in questo caso farmaci che determinano un ammorbidimento fecale (PEG, PSYLLIUM) ma non lassativi di contatto (SENNA, ERBE, ETC.) perché causerebbero diarrea con frequenti deposizioni dell'alvo e dolore conseguente.

COMPLICANZE

Gli interventi e le procedure volte alla cura delle Emorroidi hanno delle possibili complicanze più o meno frequenti.

Di seguito si riportano quelle riscontrabili con una frequenza tale da essere previste sebbene rare

- Sanguinamento post-operatorio precoce (entro 12/24 ore dall'intervento). Raro ma possibile, potrebbe rendersi necessario un ritorno in sala operatoria per effettuare l'emostasi.
- Sanguinamento post-operatorio tardivo (generalmente fino a 15 giorni dall'intervento). Potrebbe rendersi necessario un ritorno in sala operatoria per effettuare l'emostasi ma spesso si autorisolve.
- Dolore post-operatorio: in genere controllabile con comuni analgesici, ma talvolta più prolungato nel tempo

- Lieve incontinenza (incapacità al trattenimento delle feci e dell'aria) per i primi giorni, ma talvolta dura settimane con graduale risoluzione.
- Ritenzione di urina (potrebbe rendersi necessaria l'applicazione di un catetere urinario nelle prime 12/24 ore dall'intervento).
- Permanenza delle agrafes metalliche all'interno del canale anale per più di un mese.
- Suppurazione, ossia infezione in sede di ferita.
- Recidiva emorroidaria. Più che una complicanza è una probabilità che conosciamo ed è relativa al tipo di trattamento eseguito.
- Stenosi Anale, ossia un restringimento dell'Ano: risolvibile se riscontrata in tempo (durante le visite di controllo programmate).
- Incontinenza parziale o completa. In genere deriva da interventi multipli o pregresse gravidanze che hanno già indebolito l'apparato sfinteriale (maggiore frequenza in interventi per fistola anale).
- Ematoma
- Perforazione del retto
- Fistola Retto - Vaginale
- Sepsi Pelvica
- Pneumoretroperitoneo

Bibliografia:

1. Reese GE, von Roon AC, Tekkis PP. Haemorrhoids. Clin Evid (Online). 2009; 29;2009.
2. Shanmugam V, Thaha MA, Rabindranath KS, Campbell KL, Steele RJ, Loudon MA. Rubber band ligation versus excisional haemorrhoidectomy for haemorrhoids. Cochrane Database Syst Rev 2005; 20;(3):CD005034.
3. Jayaraman S, Colquhoun PH, Malthaner RA. Stapled versus conventional surgery for hemorrhoids. Cochrane Database Syst Rev 2006; 18;(4):CD005393.
4. Burch J, Epstein D, Baba-Akbari A, Weatherly H, Fox D, Golder S, Jayne D, Drummond M, Woolacott N. Stapled haemorrhoidectomy (haemorrhoidopexy) for the treatment of haemorrhoids: a systematic review and economic evaluation Health Technol Assess. 2008;12: 1-193.
5. Khubchandani I, Fealk MH, Reed JF 3rd. Is there a post-PPH syndrome? Tech Coloproctol 2009;13(2):141-4.
6. Pescatori M, Gagliardi G. Postoperative complications after procedure for prolapsed hemorrhoids (PPH) and stapled transanal rectal resection (STARR) procedures. Tech Coloproctol 2008;12(1):7-19.
7. Dal Monte PP, Tagariello C, Sarago M, Giordano P, Shafi A, Cudazzo E, Franzini M. Transanal haemorrhoidal dearterialisation: nonexcisional surgery for the treatment of haemorrhoidal disease. Tech Coloproctol. 2007;11(4):333-8.
8. Bursics A, Morvay K, Kupcsulik P, Flautner L. Comparison of early and 1-year follow-up results of conventional hemorrhoidectomy and hemorrhoid artery ligation: a randomized study. Int J Colorectal Dis 2004;19:176-80.

Dott. David Alessio Merlini

Medico Chirurgo

Specialista in Chirurgia Generale

Direttore Chirurgia Generale - Ospedale di Garbagnate M.se - ASST Rhodense

F.E.B.S. - Fellow of the European Board of Surgery

Professore a Contratto Università degli Studi di Milano

Chirurgia Addominale, Coloretale e Laparoscopica

Ecografia Diagnostica ed Operativa

9. Infantino A, Bellomo R, Dal Monte PP, Salafia C, Tagariello C, Tonizzo CA, Spazzafumo L, Romano G, Altomare DF. Transanal Haemorrhoidal Artery Echodoppler Ligation and anopexy (THD) is effective for II and III degree haemorrhoids: a prospective multicentric study. Colorectal Dis. 2009 Apr 15

PER MAGGIORI INFORMAZIONI SI CONSIGLIANO I SEGUENTI SITI:

www.siccr.org

(Società Italiana di Chirurgia Coloretale)

www.escp.eu.com

(Società Europea di Chirurgia Coloretale)

www.fascrs.com

(Società Americana di Chirurgia Coloretale)



Dott. David A. Merlini

CONSENSO PER INTERVENTO PER EMORROIDECTOMIA

Io sottoscritto avendo ricevuto la proposta di sottopormi ad

intervento chirurgico per posta diagnosi di

che mi è stato spiegato nei dettagli, con le possibili varianti che saranno ritenute necessarie nonché il trattamento di altre patologie che dovessero essere rilevate nel corso dell'intervento operatorio.

Dichiaro, in piena capacità d'intendere e di volere:

- Di essere stato messo al corrente dai medici della natura e caratteristiche della mia malattia;
- Di essere stato edotto della procedura tecnica che mi è stata proposta, dell'approccio chirurgico, nonché dei vantaggi e delle complicanze che detto intervento può presentare, secondo le statistiche operatorie più accreditate.
- Si essere stato informato circa le complicanze.
- Di essere stato informato delle possibili tecniche alternative e delle possibili sequele se non operato.
- Sono altresì informato che l'esito cicatriziale cutaneo perianale potrà avere estensione variabile, in funzione delle particolari caratteristiche della mia malattia; tale cicatrice potrà essere an-estetica, in base alle mie attitudini cicatriziali;
- Della possibilità di recidive;
- Della possibilità di ulteriori tempi chirurgici;
- Della possibilità di complicanze, anche non strettamente correlate
- Di aver ricevuto un opuscolo informativo.

Questo premesso esprimo il mio consenso ad Intervento Chirurgico di:

Emorroidectomia []

Mucopessia

Mucoprolassectomia

Legatura Elastica

Scleroterapia

ALTRO :

- **DICHIARO**

di accettare l'intervento chirurgico proposto, Edotto di quanto sopra esposto con parole semplici e chiare dal Prof/Dott David Alessio Merlini,

Rilascio il mio pieno consenso informato alle pratiche di cui sopra e acconsento all'intervento chirurgico, sollevando questa struttura e l'equipe Operatoria da conseguenze derivanti dall'atto decisionale di accettazione di quanto sopra esposto, atto da me liberamente preso.

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.

Autorizzo l'utilizzo dei tessuti e/o organi che mi sono stati eventualmente asportati durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica o per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.

Autorizzo a che, nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche, vengano eseguite riprese filmate e/o fotografate da poter utilizzare in ambito medico per il miglioramento delle conoscenze scientifiche, nel completo rispetto della legge 676/96 e del D.L. 123/97 sulla privacy.

Vista la legge 676/96 e il D.L. 123/97 sulla privacy,

Autorizzo NON Autorizzo inoltre i sanitari e il personale della struttura in cui sono ricoverato a trattare i miei dati personali e la documentazione sanitaria.

Letto, confermato e sottoscritto

Data

Il/La Paziente o il Tutore

Il Medico

Dott. David Alessio Merlini

Medico Chirurgo

Specialista in Chirurgia Generale

Direttore Chirurgia Generale - Ospedale di Garbagnate M.se - ASST Rhodense

F.E.B.S. - Fellow of the European Board of Surgery

Professore a Contratto Università degli Studi di Milano

Chirurgia Addominale, Coloretale e Laparoscopica

Ecografia Diagnostica ed Operativa

Dott. David A. Merlini

Dichiarazione di dissenso

Ciò premesso, Io sottoscritto

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.

Non Autorizzo l'utilizzo dei tessuti e/o organi che mi sono stati eventualmente asportati durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica o per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.

Non Autorizzo a che, nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche, vengano eseguite riprese filmate e/o fotografate da poter utilizzare in ambito medico per il miglioramento delle conoscenze scientifiche, nel completo rispetto della legge 676/96 e del D.L. 123/97 sulla privacy.

Data

Il/La Paziente o il Tutore

Il Medico

Dott. David A. Merlini
