

## DATI RELATIVI AL/LA PAZIENTE

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

visitato presso l'ambulatorio di \_\_\_\_\_

in qualità di:  paziente  (specificare rapporto in rel. al pz) \_\_\_\_\_

del paziente \_\_\_\_\_

*il quale allo stato attuale è impossibilitato ad esprimere valido consenso*

IN PIENA CAPACITA' DI INTENDERE E DI VOLERE DICHIARO DI ESSERE STATO ESAURIENTEMENTE INFORMATO/A SULLA NATURA, EVOLUZIONE E COMPLICANZE DELL'INFERMITA' DI CUI SONO/DI CUI E' AFFETTO/A:

1) DIAGNOSI \_\_\_\_\_

2) In particolare nel corso dei colloqui intercorsi con il  **Dr. ALESSANDRO MARIA PANTI**  **Dr. ANTONELLO**

**MARIA PANTI**

sono stato informato che per il suddetto processo morboso per il quale dovrò/dovrà essere ricoverato/a è indicato un intervento chirurgico di **ARTROSCOPIA PER RICOSTRUZIONE LEGAMENTI GINOCCHIO**

anestesia posta \_\_\_\_\_ la cui decisione definitiva sarà valutata a giudizio del medico anestesista competente, che effettuerà la visita di pre ricovero.

3) Mi sono state spiegate, secondo la procedura in vigore presso questa Società:

La tecnica artroscopica permette, mediante l'impiego di uno specifico strumentario, di "guardare nell'articolazione" e di eseguire gesti chirurgici, senza esporre l'articolazione stessa, la moderna tecnica artroscopica, mini-invasiva, consente la ricostruzione del legamento, passando attraverso piccoli fori della grandezza di 1 cm ed una incisione di circa 3 cm, attraverso questi forellini viene inserita una telecamera e possono essere manovrati gli strumenti chirurgici.

### **GINOCCHIO: RICOSTRUZIONE LCA**

Il legamento crociato anteriore (LCA), è uno dei legamenti più frequentemente interessati e a differenza di altre strutture anatomiche, quando lesionato, non è in grado di cicatrizzare e quindi non è in grado di svolgere la sua funzione di stabilizzazione. Ne risulterà pertanto un ginocchio instabile nei movimenti di rotazione, nei cambi di direzione, nei movimenti laterali. Questa instabilità può dar luogo a ripetuti cedimenti del ginocchio. L'instabilità cronica può causare l'insorgere di patologie meniscali e cartilaginee, con ulteriore progressivo danno al ginocchio ed una più precoce evoluzione verso una degenerazione artrosica.

### **Controindicazioni**

Le controindicazioni all'artroscopia sono principalmente l'artrosi avanzata, l'età molto avanzata e processi infiammatori in corso

### **Preparazione all'intervento**

- Valutazione medica (prericovero). Verrà programmato un esame fisico completo con l'anestesista (prericovero) prima dell'operazione. Questo è necessario per assicurarsi che sussistano le condizioni di salute generale per affrontare l'intervento chirurgico e per completare il processo di recupero. Molti pazienti con patologie croniche, come le malattie cardiache, possono anche necessitare una valutazione di uno specialista, come un cardiologo, prima della chirurgia. Durante il prericovero potranno essere eseguite radiografie necessarie per pianificare l'intervento chirurgico.

- Test. Diversi, come gli esami del sangue e delle urine, e un elettrocardiogramma, possono essere necessari per aiutare il Chirurgo ortopedico nel pianificare l'intervento chirurgico.



- **Farmaci.** Informi il Chirurgo ortopedico e l'anestesista durante il prericovero circa i farmaci che sta assumendo. Lui dirà di quali farmaci sarà necessario interrompere l'assunzione e quali potranno essere assunti prima dell'intervento chirurgico.
- **Esami delle urine.** Le persone con patologie urologiche o di frequenti infezioni urinarie potrebbero essere sottoposte ad una valutazione urologica prima dell'intervento chirurgico.
- **Pianificazione sociale.** Anche se si sarà in grado di camminare con le stampelle o un deambulatore subito dopo l'intervento chirurgico, avrete bisogno di aiuto per diverse settimane con attività come cucinare, fare il bagno, fare il bucato etc.

### **Tecnica chirurgica**

Per la corretta esecuzione sono necessari:

Ampliscopio (per la valutazione radiografica intraoperatoria),

Eventuale Pompa artroscopia,

Artroscopio: è un dispositivo che illumina all'interno dell'articolazione attraverso un cavo a fibre ottiche e filma tutto con una microtelecamera,

Strumentario chirurgico specifico per il tipo d'intervento.

Per ricostruzione si intende una tecnica che prevede l'utilizzazione di tendini che vengono inseriti nel ginocchio per sostituire il legamento crociato anteriore. Sono stati utilizzati numerosi tendini, sia autologhi (prelevati cioè dallo stesso ginocchio infortunato) sia eterologhi (prelevati cioè da un cadavere). La tecnica attualmente considerata è quella ALL-INSIDE che prevede l'impianto per via artroscopica del tendine del muscolo semitendinoso che è abbastanza lungo da essere triplicato o quadruplicato per aumentare la robustezza del neo legamento. Il trapianto tendineo è posto all'interno dell'articolazione, nella posizione più prossima a quella del legamento originale. L'evoluzione della tecnica chirurgica permette l'esecuzione della ricostruzione del legamento in "artroscopia" cioè una sonda a fibre ottiche ed altri strumenti che passano attraverso piccolissimi tagli della pelle. Non vi è quindi bisogno di eseguire un'artrotomia (chirurgia maggiore a cielo aperto) con minor invasività e quindi minor rischio di infezioni e recupero funzionale più rapido. Il neo legamento viene fissato al femore e alla tibia tramite dispositivi di fissazione di sospensione di ultima generazione che garantiscono un 3 ancoraggio solido, indispensabile per l'applicazione di protocolli accelerati di riabilitazione. Questo opuscolo ha lo scopo di dare informazioni adeguate al paziente che deve affrontare un intervento di ricostruzione del LCA con tecnica ALL-INSIDE.

### **Complicazioni**

Come per tutti gli interventi chirurgici possono esserci delle complicazioni, ma in questo caso sono rare e più spesso transitorie (ovvero si risolvono in pochi giorni, al massimo qualche settimana). Le complicazioni possono essere:

Lesioni cutanee, muscolari o neurologiche da trazione;

Rottura di strumenti in articolazione;

Infezione;

Lesioni neuro vascolari maggiori;

L'artroscopia è una pratica chirurgica ben tollerata dal paziente con tempi di degenza ospedaliera ridotti rispetto ad un intervento in artrotomia.

- **Infezione della ferita** le cause per cui una ferita può infettarsi sono molteplici, in primis il fattore igienico e di cura della stessa, tale complicità se non trattata tempestivamente può dar luogo a complicazioni più gravi quali l'infezione protesica. Talvolta può risultare difficoltosa la cura alla luce di falsi esiti negativi dei Tamponi Colturali effettuati, per i quali la letteratura scientifica si esprime affermando che "La negatività dell'esame colturale non esclude diagnosi di infezione, mentre la positività significativa potrebbe assumere valore diagnostico anche in assenza di un quadro fortemente flogistico all'esame chimico fisico"
- **Dolore ingravescente localizzato o esteso a riposo e/o sotto carico, gonfiore, formazione di ematoma e/o di raccolte di liquido che possono riassorbire spontaneamente o possono richiedere il drenaggio, perdita della sensibilità parziale o estesa dell'arto operato, insorgenza di febbre**, tali complicanze possono perdurare per qualche giorno o protrarsi per periodi più lunghi Fino a qualche mese
- **Reazione allergica a cerotti e/o materiale medicale:** una reazione allergica della pelle dovuta al contatto con sostanze chimiche o naturali, chiamate allergeni, in grado di stimolare una risposta immunologica. In seguito al contatto della cute con gli allergeni si sviluppa una reazione infiammatoria, pruriginosa della pelle, può provocare rash cutanei fino a vesciche o vere e proprie bruciate.



### Il Percorso post operatorio

La riabilitazione del ginocchio operato per la ricostruzione del legamento crociato è molto più semplice di quella necessaria dopo altri tipi d'intervento sul ginocchio. In seguito ad una ricostruzione LCA il paziente può ritornare a camminare con stampelle 24 ore dopo l'intervento e recuperare completamente la mobilità articolare in 3 mesi circa. Spesso è necessaria qualche seduta di fisioterapia per il recupero completo della funzionalità dell'articolazione: 1. recupero della flessione completa del ginocchio; 2. incremento della forza del quadricipite fino ad almeno il 90% del controlaterale, incremento della resistenza; 3. recupero completo della stabilità del bacino; 4. aumento della sensibilità percettiva e propriocettiva; 5. ripresa della corsa.

Il tempo medio di degenza in ospedale è di una notte, massimo due. Un lavoro sedentario può essere ripreso mediamente dopo circa 3-4 settimane. I punti di sutura sono rimossi 12-14 giorni dopo l'intervento. In generale la cicatrice è limitata ai soli accessi artroscopici, 2 o 3 incisioni lunghe 1 cm anteriormente al ginocchio. È necessario non bagnare le cicatrici per 15-20 giorni. Durante questo periodo è sconsigliato andare in piscina o fare il bagno. Solitamente si riprende la guida dopo 30 giorni dall'operazione (quando si abbandonano le stampelle).

4) Dichiaro di essere a conoscenza in quale misura le mie/sue condizioni generali di salute contribuiscono ad aumentare i rischi operatori, la valutazione definitiva dei quali sarà effettuata dall'anestesista prima dell'intervento chirurgico.

5) Sono al corrente che durante l'intervento chirurgico propostomi potrebbero presentarsi complicazioni da richiedere una modifica della tecnica operatoria, in tal caso autorizzo il chirurgo ad effettuare le modifiche a sua discrezione in scienza e coscienza

6) Sono al corrente che l'intervento potrà essere interrotto o limitato per sopravvenuti motivi tecnici.

7) Sono stato informato sulle conseguenze temporanee e/o permanenti dipendenti dall'intervento, nonché delle eventuali ripercussioni sull'attività lavorativa.

8) Sono al corrente delle scelte alternative terapeutiche.

9) L'intervento chirurgico sarà effettuato da: il  Dr. ALESSANDRO MARIA PANTI  Dr. ANTONELLO MARIA

**PANTI** Insieme all'equipe chirurgica della struttura presso cui sarò operato.

10) Qualora non mi/si sottoponesse/all'intervento chirurgico propostomi, possono sopraggiungere rischi e svantaggi per il mio/suo stato di salute:

11) Qualora mi sottoponesse/all'intervento chirurgico propostomi sarà necessario effettuare i seguenti controlli post operatori:

a. **dopo 30 giorni** dall'intervento previa esecuzione delle radiografie di controllo indicate nella lettera di dimissione

#### salvo diverse specifiche indicazioni

Preso atto di quanto sopra, dopo avere riflettuto sulle informazioni ricevute consapevole del mio/suo stato di salute, acconsento a sottopormi/lo all'intervento chirurgico propostomi:

SI  NO

Non acconsento, pur essendo informato/a delle conseguenze che possono derivare dal mio rifiuto.

Verificato comunque che il/la destinatario dell'informazione ha compreso il significato delle informazioni ed è consapevole dei rischi e dei benefici dell'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo proposto, si procede ad acquisirne il consenso.

**Firma del/la paziente** \_\_\_\_\_

(se maggiorenne e capace di intendere e volere)

**Firma dei genitori o di chi esercita la tutela,** \_\_\_\_\_

(verificata la loro identità in caso di pz minorenni)

**Firma del tutore, curatore, amministratore di sostegno, fiduciario** \_\_\_\_\_

(verificata la sua identità ed acquisita copia del provvedimento di tutela, curatela, amministrazione di sostegno, nomina fiduciario)

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

Firma del Medico



*Il presente modulo è da ritenersi a tutti gli effetti parte integrante della cartella clinica.*

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

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

visitato presso l'ambulatorio di \_\_\_\_\_

in qualità di:

paziente

(specificare rapporto in rel. al pz) \_\_\_\_\_

del paziente \_\_\_\_\_

il quale allo stato attuale è impossibilitato ad esprimere valido consenso

IN PIENA CAPACITA' DI INTENDERE E DI VOLERE DICHIARO DI:

1. Aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati e Regolamento UE2016/679 pubblicata nel sito [www.orthocarestp.it](http://www.orthocarestp.it) e/o inviata tramite mail e di esprime il consenso al trattamento dei dati indicati **al punto 1)** ed il consenso alla comunicazione degli stessi secondo **le finalità indicate al punto 2) dell'informativa stessa.**
2. Aver preso visione, relativamente ai pazienti minorenni ,di quanto precisato nella integrazione, dell'informativa.  
Garantisco e dichiaro sotto la mia responsabilità, così tenendo indenne il titolare da qualsivoglia responsabilità al riguardo, la veridicità di quanto esplicitato nei **punti a) e b) dell'Integrazione sopra richiamata.**
3. Di aver sottoscritto il consenso informato al trattamento chirurgico dopo averne preso visione
4. Di aver ricevuto il certificato medico predisposto da parte del Dr Pantì
5. Di aver ricevuto tutta la documentazione medica

Verificato comunque che il/la destinatario dell'informazione ha compreso il significato delle informazioni ed è consapevole dei rischi e dei benefici dell'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo proposto, si procede ad acquisirne il consenso.

**Firma del/la paziente** \_\_\_\_\_

(se maggiorenne e capace di intendere e volere)

**Firma dei genitori o di chi esercita la tutela,** \_\_\_\_\_

(verificata la loro identità in caso di pz minorenni)

**Firma del tutore, curatore, amministratore di sostegno, fiduciario** \_\_\_\_\_

(verificata la sua identità ed acquisita copia del provvedimento di tutela, curatela, amministrazione di sostegno, nomina fiduciario)

**Il suo consenso verrà ritenuto valido salvo diversa comunicazione scritta, ciò in applicazione della norma relativa al silenzio assenso**

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

Firma del Medico

