

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AD INTERVENTO CHIRURGICO

Del Sig./Sig.ra: _____ nato/a il _____

Dichiaro di essere a conoscenza del mio stato di malattia:

LESIONE DEL LEGAMENTO CROCIATO ANTERIORE DEL GINOCCHIO _____

Per il quale mi è stato proposto dal Dr. _____ l'intervento chirurgico di

ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA ED OPERATIVA CON IMPIANTO DI NEOLEGAMENTO (INNESTO LIBERO PRELEVATO DAL TENDINE ROTULEO)

Mi è stata chiaramente spiegata l'effettiva portata di tale intervento, con le difficoltà ad esso legate, le possibilità e le probabilità dei risultati conseguibili, i prevedibili vantaggi ed i rischi connessi.

Mi è stato spiegato che la tecnica propostami consiste in una procedura operatoria mini-invasiva dotata di accuratezza diagnostica e potenzialità chirurgiche.

L'artroscopia, che costituisce il primo tempo dell'intervento, rappresenta l'indagine più completa di tutte le formazioni anatomiche della cavità articolare e consente possibilità di valutazione statica e dinamica, mentre gli altri accertamenti diagnostici, compresi TC e RMN, non forniscono risultati di assoluta certezza sulla patologia in oggetto.

E' pertanto possibile che all'atto dell'artroscopia possano essere riscontrate condizioni anche difformi rispetto a quanto diagnosticato mediante gli accertamenti non invasivi precedentemente praticati.

In questi casi è verosimile che le procedure chirurgico-terapeutiche proposte nel presente documento possano subire variazioni rispetto a quanto preventivato.

In particolare potrebbero evidenziarsi altre patologie associate per le quali esiste l'indicazione ad un trattamento complementare immediato: lesioni condrali, pliche sinoviali patologiche, iperpressione rotulea, lesioni meniscali.

Vengono al contrario esplicitamente esclusi estensioni del trattamento che non rivestono carattere di urgenza e che diversamente da quanto concordato, comporterebbero una variazione significativa nei tempi e nelle modalità del decorso post-operatorio.

Mi è stato spiegato che le lesioni legamentose del ginocchio, provocando condizioni di instabilità articolare cronica determinano situazioni biomeccaniche sfavorevoli con comparsa di precoce usura delle altre componenti articolari.

Sono a conoscenza del fatto che la soluzione chirurgica propostami per la ricostruzione del Legamento Crociato Anteriore rappresenta a tutt'oggi la tecnica di riferimento, il c.d. "golden standard", secondo i dati di letteratura.

Sono stato informato che il ripristino della stabilità sarà realizzato mediante impianto di un neolegamento ottenuto attraverso il prelievo di componenti osteotendinee dal mio organismo (prelievo di una striscia di tendine di circa 1 cm dal 1/3 centrale del tendine rotuleo con due bratte ossee all'estremità rotulea e tibiale); per la fissazione del neolegamento saranno impiegati materiali di fissazione biocompatibili, metallici o riassorbibili.

Mi è stato inoltre comunicato che altre tecniche di trattamento, quali ad esempio l'impianto di legamenti artificiali, sono soggette con maggiore frequenza a specifiche complicanze e vanno incontro a maggiori percentuali di insuccesso. So che altre tecniche proposte in letteratura (plastiche periferiche di rinforzo) possono parimenti condurre a risultati altrettanto soddisfacenti e che non può essere esprimibile un giudizio di assoluta preferenza tra le metodiche attualmente in uso.

Sono tuttavia in accordo con i sanitari nella convinzione che l'intervento propostomi, condotto con una procedura chirurgica mini-invasiva mediante assistenza artroscopica, risulti il più indicato in tutti i casi in cui sia applicabile.

Ha il vantaggio di essere più efficace e meno traumatizzante rispetto alle procedure chirurgiche in artrotomia, con conseguente riduzione di tutti i tipi di complicanze locali connesse alla chirurgia a cielo aperto quali le infezioni e le rigidità articolari. Consente inoltre, successivamente al trattamento, un più agevole recupero funzionale ed una riduzione dei tempi necessari al trattamento riabilitativo.

Con tale tecnica operatoria il dolore post-operatorio risulta contenuto, l'arto mantiene una buona funzione propria anche nelle prime fasi di ripresa della deambulazione (pur assistita con ausili) e pertanto risulta possibile la riduzione dei tempi di degenza.

Mi è stato comunicato che nonostante gli evidenti fattori positivi derivanti dall'impiego della tecnica operatoria propostami, il trattamento risulta essere non esente da rischi, pur essendo questi ridotti rispetto a quelli connessi ad altri procedimenti operatori più invasivi.

Non è possibile quindi escludere complicanze intra-operatorie, peri e post-operatorie.

Tra le **complicanze intraoperatorie** vanno ricordate le rotture intrarticolari degli strumenti chirurgici utilizzati (dipendenti dalla particolare conformazione strutturale degli strumenti) e le sempre possibili, pur altamente improbabili, lesioni ossee, vascolari o neurologiche periferiche.

L'insorgenza di tali complicanze, o la diagnosi artroscopica di alcune rare patologie intrarticolari (cisti meniscali, corpi mobili o neoformazioni endoarticolari), può rendere necessario il ricorso ad artrotomia tradizionale con esecuzione di procedure chirurgiche a cielo aperto.

Tra le possibili **Complicanze peri e post operatorie** vanno ricordate

Rigidità articolare. si intende con questo termine un certo grado di perdita della flessione-estensione del ginocchio. Generalmente si tratta di un fenomeno temporaneo che va contrastato con l'intensificarsi del programma riabilitativo. Nei casi più gravi può richiedere successivi trattamenti chirurgici quali manovre di mobilizzazione articolare, artroscopia, artroliasi.

Infezioni della ferita o intra-articolari (< 1%).

Ematomi, che si possono sviluppare nonostante l'utilizzo di un drenaggio postoperatorio normalmente localizzati ma talvolta estesi a tutto l'arto inferiore..

Lesioni nervose o vascolari: di solito vi è una diminuzione della sensibilità (ipoestesia o anestesia) intorno alla ferita, zona innervata dal nervo safeno spesso intersecato dall'incisione chirurgica che tuttavia nel giro di qualche mese tende a scomparire. Allo stesso modo non è possibile escludere a priori la possibilità di complicanze di tipo vascolare quali le flebotrombosi o le tromboembolie. Più raramente sono danneggiati i nervi o i vasi arteriosi che controllano l'arto inferiore.

Frattura di rotula e Dolore anteriore di ginocchio.

Tendiniti del tendine rotuleo

Fallimento del trapianto: 5-10% a 10 anni.

La possibile insorgenza di complicanze va citata pur nella certezza che la loro incidenza risulta statisticamente non significativa essendo rappresentata da cifre esprimibili percentualmente in valori inferiori all'unità percentuale.

Sono stato messo a conoscenza che per ridurre ulteriormente i rischi di tali eventi saranno comunque attuate le profilassi antibiotiche e/o antitrombotiche che dalla letteratura e dall'esperienza dell'Unità Operativa risultano essere le più efficaci.

Con tale tecnica chirurgica risulta essere assolutamente infrequente la necessità di dover ricorrere ad emotrasfusioni. Mi è stato inoltre espresso che al termine del trattamento, il risultato complessivo si presenta correlato a variabili anche indipendenti dalla corretta esecuzione tecnica dell'intervento, in relazione a fattori quali la risposta biologica dell'organismo; risulta inoltre determinante per la riuscita di tale intervento la qualità e la quantità della riabilitazione eseguita.

Mi è stato illustrato con chiarezza il normale decorso postoperatorio menzionando la sintomatologia dolorosa conseguente all'intervento, gli effetti visibili sul segmento corporeo operato ed il protocollo riabilitativo, con i successivi accorgimenti da adottare dopo l'intervento.

Dichiaro di autorizzare il trattamento chirurgico accettando il rischio delle complicanze che mi sono state prospettate, unitamente al rischio generico illustratomi durante la visita anestesiológica.

Manifesto piena fiducia nei chirurghi ortopedici e negli anestesisti che eseguiranno l'intervento.

Durante i colloqui con il personale medico sono stato adeguatamente informato sulle percentuali d'insuccesso dell'intervento e sul fatto che potrebbero essere necessarie modifiche tecniche durante il suo svolgimento; autorizzo fin da ora gli eventuali interventi alternativi e complementari previsti.

Firma del Paziente: _____

Persona altra (qualifica e firma): _____

Firma del Medico: _____ **Data:** ___/___/___

IDENTIFICAZIONE SITO CHIRURGICO	INTERVENTO DI RICOSTRUZIONE L.C.A.		
	Contrassegnare con una X	Data	Firma del Medico:
LATO CHIRURGICO	DESTRO		
	SINISTRO		

Io sottoscritto paziente dichiaro inoltre che il medico, coinvolgendomi pienamente, ha provveduto a contrassegnare con pennarello indelebile il sito chirurgico.

Firma del Paziente: _____