****

**NOTA INFORMATIVA A INTERVENTO DI ARTROPROTESI TOTALE DEL GINOCCHIO**

Gentile Sig/Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vogliamo fornirle alcune informazioni riguardanti l’ intervento chirurgico che le è stato consigliato al fine di decidere in modo consapevole se aderire o meno a questa proposta di trattamento chirurgico.

La patologia di cui è affetta consiste in grave artrosi dell’ articolazione del ginocchio.

La sintomatologia di cui attualmente soffre e cioè il forte dolore al ginocchio con limitazione della mobilità e la zoppia sono determinati dal deterioramento delle superfici articolari del ginocchio affetto.

**ALTERNATIVE ALL’INTERVENTO CHIRURGICO**

Le possibili alternative all’intervento chirurgico sono rappresentate da:

 attività fisica, dimagrimento

 terapie mediche (FANS, condroprotettori, infiltrazioni con cortisone e lidocaina, con acido ialuronico)

 fisiochinesiterapia e terapie fisiche

 uso di ausili/tutori ortopedici

Tali terapie hanno un elevato indice di fallimento in quanto non eliminano la causa, ma agiscono temporaneamente e parzialmente sul controllo della sintomatologia algica. Ritardare oltremodo l’intervento chirurgico comporta un decorso progressivo del dolore, con aumento della limitazione deambulatoria ed dell’autonomia del paziente; ciò causa progressiva ipotonotrofia muscolare e disturbi della circolazione periferica sia arterovenosa che linfatica; da non sottovalutare inoltre i possibili danni collaterali da uso prolungato o abuso di farmaci antinfiammatori non steroidei.

Gli accertamenti a cui è stata sottoposta durante la fase di pre-ricovero hanno consentito, oltre che di formulare la diagnosi, di verificare la possibilità di trarre vantaggio dalla terapia chirurgica.

**PREPARAZIONE ALL’INTERVENTO CHIRURGICO**

Il ricovero viene preceduto da una valutazione ambulatoriale (pre-ricovero) comprendente gli esami di laboratorio, l’elettrocardiogramma, le radiografie di torace, la visita ortopedica, la visita cardiologica e la visita anestesiologica.

Tali accertamenti consentono di determinare lo stato di salute del paziente; può verificarsi la necessità di eseguire ulteriori approfondimenti diagnostici e di modificare le terapie mediche in atto a domicilio. È sempre necessaria la sospensione temporanea delle terapie antiaggreganti e anticoagulanti in atto e la sostituzione con eparine a basso peso molecolare, per ridurre il rischio di sanguinamento perioperatorio; deve essere inoltre sospesa un’eventuale terapia estro-progestinica.

Vengono fornite indicazioni per il ricovero: si raccomanda la pulizia intestinale, il digiuno nelle 12 ore precedenti, un accurata igiene e la tricotomia dell’arto da sottoporre all’intervento chirurgico.

La scelta dell’impianto protesico viene effettuata in base a criteri precisi, valutando principalmente il tipo di anatomia dell’arto da trattare, ma anche l’età del paziente e le sue esigenze funzionali.

Il ricovero prevede la preparazione finale del paziente, che viene sottoposto a profilassi antibiotica e antitromboembolica personalizzata al fine di prevenire le complicanze infettive e tromboemboliche.

**DESCRIZIONE DELL’INTERVENTO**

La nostra struttura è in grado di effettuare questa tipologia di intervento essendo in possesso delle strutture e delle conoscenze tecniche adatte allo scopo.

L’ intervento può essere effettuato sia in anestesia generale che in anestesia spinale o loco-regionale, a seconda delle indicazioni che darà lo Specialista Anestesista prima della procedura e i cui rischi e vantaggi di ciascuna le verranno illustrate dallo stesso.

L’ intervento necessiterà di una incisione longitudinale della lunghezza di circa 15-20 cm sulla superficie anteriore del ginocchio e consiste nell’ asportare i capi articolari malati (deteriorati dall’ artrosi o altra patologia) e sostituendoli con una protesi totale, cioè formata da 2 componenti; uno che sostituisce la parte tibiale (cioè l’ estremo prossimale della tibia) e una quella femorale (cioè l’ estremo distale del femore) e che si articolano tra di loro. Al termine viene solitamente posizionato un tubicino di drenaggio del sangue onde evitare la formazione di ematomi nel sito operato.

I vantaggi di questo trattamento consistono nell’ eliminare le superfici articolari consumate che durante il movimento del ginocchio e il carico causano dolore, sostituendole con quelle protesiche, non dolorose .

Deve inoltre essere consapevole che, nel corso dell’ intervento chirurgico, possono rendersi necessarie, a giudizio del Chirurgo, procedure addizionali diverse da quelle che le sono state preliminarmente illustrate.

**DECORSO POSTOPERATORIO**

Subito dopo la fine dell’intervento e prima del trasferimento nel reparto di ricovero viene eseguito controllo radiografico postoperatorio e vengono monitorizzati i parametri vitali, la temperatura corporea, il circolo e motricità periferici, la sensibilità dell’arto operato, il dolore e gli eventuali sanguinamenti della ferita chirurgica.

Vengono controllati periodicamente nei giorni successivi i valori ematici di emoglobina, elettroliti, parametri della coagulazione e corrette le eventuali alterazioni.

Il post-operatorio generalmente avviene secondo le seguenti tappe:

* 1° giornata: a letto con arto tutelato in doccia di posizione
* 2° giornata: rimozione del drenaggio e mobilizzazione del malato in poltrona
* 3° giornata: inizio della fisioterapia a letto con Kinetec
* 5° giornata: inizio del carico tutelato

**RECUPERO FUNZIONALE**

In assenza di complicazioni locali e sistemiche, il paziente viene dimesso dopo 7 giorni e trasferito in una apposita struttura per la riabilitazione preventivamente concordata per un periodo di circa 3 settimane.

A domicilio verrà posta indicazione a proseguire profilassi antitromboembolica fino al recupero del carico completo e dell’autonomia deambulatoria, proseguire fisiochinesiterapia, deambulare con ausili indossando calza elastica ed evitare manovre lussanti.

La terapia medica comprende l’utilizzo di farmaci antidolorifici. La sutura chirurgica viene rimossa dopo circa 2 settimane previa guarigione della ferita chirurgica.

La collaborazione del paziente nel mantenere una corretta e costante igiene personale e di vita è fattore cruciale nella prevenzione delle infezioni secondarie, in particolare devono essere monitorate e, ove necessario, trattate le possibili sedi di patologia infettiva quali ascessi dentari, unghie, apparato respiratorio e gastroenterico, apparato genitourinario.

La prognosi per un ritorno completo alla vita normale di relazione può configurarsi in tre mesi. La durata di efficacia della protesi mediamente è di 15-20 anni. Successivamente potrà essere eseguito un nuovo intervento di reimpianto protesico.

**COMPLICANZE:**

Trattandosi di una procedura chirurgica invasiva essa è normalmente gravata da possibili complicanze, sia generali che locali, immediate o tardive, che elenchiamo qui di seguito con le relative percentuali:

* Mancata remissione della sintomatologia o recupero funzionale (6-8%)
* Complicanze settiche (infezione) (0,2%)
* Recidiva del dolore a distanza di tempo (5-10%)
* Complicanze trombo-emboliche (20-25%)
* Complicanze emorragiche (2-3%)
* Lesioni vascolo nervose (0,2%)
* Febbre (10%)
* Anemizzazione post-operatoria (30%)
* Cicatrice cheloidea (5%)
* Fratture peri-protesiche (1%)
* Mobilizzazione della protesi (4%)
* Necessità di re-interventi (5%)
* Intolleranza ai materiali innestati (2%)
* Altro……………………………………………………………………………………………………

**DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE IN MERITO AI CONTENUTI DELL’INFORMAZIONE RICEVUTA:**

Io sottoscritto ………………………………………………………………. capace di intendere e di volere e in grado di capire la lingua italiana dichiaro di avere ben letto e compreso quale sono le mie condizioni cliniche, di essere stato adeguatamente informato circa i benefici, i rischi prevedibili, le possibili complicanze prevedibili e le eventuali alternative possibili riguardo la terapia o il trattamento propostomi; dichiaro inoltre di avere avuto il tempo necessario per la lettura e la comprensione di quanto contenuto, di avere posto al Medico Compilatore nella persona del Dr ………………………………........................... tutte le eventuali domande di chiarimento che ho ritenuto opportuno ricevendone chiara ed esplicativa risposta e dimostrando allo stesso di averne compreso il significato. Sono stato inoltre informato del diritto di potere revocare il mio consenso in qualsiasi momento prima che la terapia o intervento non sia più arrestabile. A tal fine dichiaro che:

🞎 ACCONSENTO 🞎 NON ACCONSENTO

di essere sottoposto all’ intervento di ARTROPROTESI TOTALE DEL GINOCCHIO

Firma del paziente

Firma del testimone

Firma del medico

Luogo e Data

*PS: Nel caso di impedimento fisico che renda impossibile la sottoscrizione da parte del paziente , il documento dovrà essere letto alla presenza di un testimone il quale, sotto la sua responsabilità, dichiarerà che il paziente ha prestato il consenso al trattamento*

*Il Sottoscritto/a Sig./Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*DICHIARA*

*- Che il presente documento è stato letto al Sig./Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*In sua presenza*

*- Che il medico procedente ha provveduto a fornire le spiegazioni richieste ed utili per la piena comprensione di quanto in esso riportato*

*- Che il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha autorizzato il medico procedente ad effettuare il trattamento sopra descritto*

*- Il Sottoscritto/a Sig./Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizzo fin da ora a procedere ad un ulteriore e diverso intervento qualora si verifichino circostanze tali da renderlo opportuno*

*Data\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Firma medico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Firma testimone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\*Nel caso in cui il paziente si trovi in stato di momentanea incoscienza e fuori dai casi di ricorrenza dello stato di necessità, il medico dovrà attendere che egli riprenda coscienza per chiedere il consenso al trattamento. Non è corretto chiedere il consenso ai familiari, poiché si tratta di un atto personale.*

*\*Nel caso di paziente minore di età o in stato di incapacità legale e salvo la ricorrenza dello stato di necessità, il consenso dovrà essere prestato dal genitore esercente la patria podestà o dall’Autorità Tutoria.*

*\*Nel caso in cui il paziente non sia interdetto né in abilitativo e tuttavia si trovi in stato di incapacità naturale (non in grado di intendere e di volere salvo la ricorrenza dello stato di necessità- il consenso all’intervento/esame dovrà essere prestato da un curatore appositamente nominato da Tribunale competente.*