|  |  |
| --- | --- |
| **Scheda tematica n°** | **2019.147.829.01-1** |
| Allegato n° | 1 |
| Versione del | 10.12.2019 |

**Indicazioni e controindicazioni per ACI nell'articolazione del ginocchio**

Per domanda di benestare si prega di compilare lista susseguente e allegare la documentazione richiesta a pagina 2:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indicazioni** | | **Sì** | **No** |
| 01 | Lesione isolata della cartilagine del ginocchio in stadio III-IV della classificazione di Outerbridge o dell'ICRS |  |  |
| 02 | Dimensione della lesione di 2-6 cm2 documentata alla risonanza magnetica o all'artroscopia |  |  |
| 03 | Lamella ossea subcondrale conservata (difetti osteocondrali con lesione ossea fino a 2 mm di profondità; in caso di difetti di maggiore profondità è richiesta una ricostruzione ossea precedente) |  |  |
| 04 | Struttura della cartilagine circostante intatta (spalla cartilaginea) intorno alla lesione, per l'ancoraggio della membrana |  |  |
| 05 | Localizzazione: condilo femorale mediale e laterale, troclea, rotula |  |  |
| 06 | Superfici articolari corrispondenti intatte (sono consentite lesioni fino al II grado della classificazione di Outerbridge delle superfici articolari corrispondenti) |  |  |
| 07 | Libera mobilità dell‘articolazione |  |  |
| 08 | Stabilità legamentosa |  |  |
| 09 | Solo pazienti che hanno completato la crescita |  |  |
| 10 | Età fino a 55 anni |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Controindicazioni** | | **Sì** | **No** |
| 01 | Più di due lesioni isolate o due lesioni corrispondenti |  |  |
| 02 | Lesioni contemporanee su entrambi gli arti inferiori |  |  |
| 03 | Segni radiologici di osteoartrosi (≥ Stadio II della classificazione di Kellgren e Lawrence) |  |  |
| 04 | Lesione ossea superiore a 2 mm di profondità |  |  |
| 05 | Presenza di instabilità articolare del ginocchio, a meno che non riparata chirurgicamente |  |  |
| 06 | Presenza di artrite reumatoide, artrite para-infettiva, metabolica (ad esempio artrite gottosa, condrocalcinosi), infettiva o esiti di queste malattie |  |  |
| 07 | Lesioni cutanee all'arto da operare |  |  |
| 08 | Esiti di resezione meniscale (è accettabile una resezione parziale fino a un terzo della superficie totale) |  |  |
| 09 | Abuso persistente di medicamenti o alcool |  |  |
| 10 | Infezione da HIV o epatite attiva nota A, B, C o non-A, non-B |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Controindicazioni** | | **Sì** | **No** |
| 11 | Malattie infettive acute note, malattie endocrine o metaboliche note, malattie del sistema immunitario o oncologiche note, malattie genetiche come la sindrome di Turner, ecc. |  |  |
| 12 | Grave ipoplasia, aplasia o displasia del cuscinetto di scorrimento rotuleo o della rotula ≥II grado secondo Wiberg |  |  |
| 13 | Deviazioni >5° dall'asse fisiologico della gamba (eccetto correzione prima o durante l’ACI) |  |  |
| 14 | Limitazioni funzionali agli arti superiori, che impediscono l’utilizzo di stampelle per lo scarico degli arti inferiori |  |  |
| 15 | Difetto della coagulazione in anamnesi o storia nota di trombofilia personale o familiare |  |  |
| 16 | Gravidanza o allattamento |  |  |
| 17 | Allergia al collagene nota |  |  |
| 18 | Esiti di morbo di Sudeck |  |  |
| 19 | Obesità (indice di massa corporea superiore a 30) |  |  |
| 20 | Tecniche di rigenerazione della cartilagine tramite stimolazione del midollo osseo negli ultimi sei mesi (p. es.: microfratturazione, perforazione secondo Pridie, ecc.) |  |  |

**Allegati da aggiungere alla domanda di benestare:**

1. Risonanza magnetica in originale, che identifica la lesione della cartilagine **più in aggiunta** un referto radiologico che commenti l'entità e la profondità della lesione della cartilagine o della lesione osteocondrale
2. Radiografia della gamba AP (ortoradiografia)
3. Radiografie del ginocchio su 2 piani e radiografia assiale della rotula di non più di 6 mesi
4. Attestato di registrazione Swissmedic per il prodotto utilizzato nell’ambito dell’ACI
5. Ad intervento chirurgico effettuato: artroscopia/rapporto operatorio e documentazione video intraoperatoria

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome del richiedente: | Luogo/Data: | Firma del richiedente: |
|  |  |  |