|  |  |
| --- | --- |
| **Scheda tematica n.** | **2019.148.T05-1.2.01-1** |
| Allegato n. | 1 |
| Versione del | 10.12.2019 |

**Indicazioni e controindicazioni per la sostituzione chirurgica del menisco nell’articolazione del ginocchio**

In caso di domanda di garanzia di assunzione dei costi compilare il seguente elenco e allegare i documenti richiesti.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Materiale previsto per la sostituzione (trapianto / impianto)** | **Sì** | **No** |
| 01 | trapianto da cadavere (allotrapianto) |  |  |
| 02 | impianto artificiale, non di origine naturale (la descrizione dettagliata è contenuta nella documentazione allegata) |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2.** | **Indicazione (da compilare in maniera cumulativa)** | **Sì** | **No** |
| 01 | disturbi a carico del compartimento articolare interessato, sottoposto a meniscectomia |  |  |
| 02 | paziente attivo di età inferiore a 50 anni |  |  |
| 03 | asse della gamba ortogrado |  |  |
| 04 | articolazione del ginocchio con legamenti stabili |  |  |
| 05 | mobilità libera dell’articolazione senza alterazioni degenerative importanti |  |  |
| 06 | crescita conclusa |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3.** | **Controindicazioni** | **Sì** | **No** |
| 01 | segnali radiologici di una osteoartrosi (≥ stadio II secondo la classificazione di Kellgren e Lawrence) |  |  |
| 02 | danno a carico della cartilagine dell’articolazione del ginocchio ≥ ICRS III, se il trattamento non fa parte del piano terapeutico |  |  |
| 03 | asse della gamba patologico, se il trattamento non fa parte del piano terapeutico |  |  |
| 04 | presenza di instabilità del ginocchio, se il trattamento non fa parte del piano terapeutico |  |  |
| 05 | presenza di un’artrite reumatoide, parainfettiva, metabolica (per esempio artrite gottosa, artrite da pirofosfato di calcio) o infettiva e stato dopo queste patologie |  |  |
| 06 | lesioni cutanee sull’estremità da operare |  |  |
| 07 | abuso presente di medicinali o alcol |  |  |
| 08 | limitazione funzionale sull’estremità superiore che impedisce lo scarico per mezzo di stampelle |  |  |
| 09 | disturbo della coagulazione riconosciuto all’anamnesi o tendenza alla trombosi familiare o propria riconosciuta all’anamnesi |  |  |
| 10 | obesità (Body Mass Index > 30 kg/m2) |  |  |
| 11 | stato dopo Complex Regional Pain Syndrome CRPS |  |  |
| 12 | stato dopo asportazione completa del menisco nel caso in cui debba essere impiegato un tessuto artificiale, di origine non naturale per la sostituzione del menisco (non vale per trapianto da cadavere [allotrapianto]) |  |  |

Un ritardo sostanziale nella degenerazione della cartilagine / evoluzione dell’artrosi, di norma attese dopo la perdita del menisco, grazie a interventi chirurgici di sostituzione del menisco non è stato finora documentato in maniera convincente. L’indicazione di una sostituzione chirurgica del menisco allo scopo di prevenire l’evoluzione dell’artrosi è priva dell’evidenza scientifica richiesta e non può, pertanto, essere presa in considerazione.

Patologie a carico della cartilagine articolare (circoscritte), dell’asse della gamba e della stabilità dei legamenti dell’articolazione del ginocchio interessata rappresentano non necessariamente controindicazioni per la sostituzione chirurgica del menisco nella misura in cui sono inquadrate nell’ambito di un piano terapeutico completo. Allo stesso tempo occorre considerare e, eventualmente, discutere la proporzionalità fra l’intervento chirurgico accompagnatorio a carico dell’assicurato e le aspettative realistiche circa il risultato del trattamento da raggiungere in tali circostanze.

**Da allegare alla domanda:**

1. rapporto del consulto con dati anamnestici e referto clinico nonché discussione delle indicazioni  
    sulla sostituzione chirurgica del menisco
2. TRM in originale con referto radiologico specifico
3. radiografia gamba intera ap (ortoradiogramma)
4. radiografia articolazione del ginocchio ap in piedi, laterale e patella assiale, eseguita non più di 6 mesi prima
5. attestato di registrazione Swissmedic per il preparato da applicare
6. Se operato: artroscopia / rapporto operatorio e documentazione intraoperatoria (foto / video)

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