

	REGIONE PIEMONTE AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "MAGGIORE DELLA CARITA' " NOVARA SC ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA Direttore Struttura: Dr. Gino ROCCA	 <small>UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE</small>
STANDARD DI SERVIZIO		

PRESENTAZIONE DELLA STRUTTURA	2
LA MISSION	2

ATTIVITA' DI ECCELLENZA E GARANZIE SPECIFICHE

TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLE DEVIAZIONI ASSIALI DEGLI ARTI INFERIORI	3
---	---

- [GARANZIE](#) (clinico/organizzative/assistenziali, professionali, tecnologico/strutturali, scientifiche, rapporto col paziente / sicurezza del paziente)
- [DATI DI ATTIVITA' E INDICATORI](#)
- [ACCESSIBILITA' E TEMPI DI ATTESA](#)
- [PROGETTI DI MIGLIORAMENTO](#)

TRATTAMENTO ARTROSCOPICO DELLA PATOLOGIA ARTICOLARE DEL GINOCCHIO ...	5
--	---

- [GARANZIE](#) (clinico/organizzative/assistenziali, professionali, tecnologico/strutturali, scientifiche, rapporto col paziente / sicurezza del paziente)
- [DATI DI ATTIVITA' E INDICATORI](#)
- [ACCESSIBILITA' E TEMPI DI ATTESA](#)
- [PROGETTI DI MIGLIORAMENTO](#)

TRATTAMENTO CHIRURGICO DEL PIEDE PIATTO	7
--	---

- [GARANZIE](#) (clinico/organizzative/assistenziali, professionali, tecnologico/strutturali, scientifiche, rapporto col paziente / sicurezza del paziente)
- [DATI DI ATTIVITA' E INDICATORI](#)
- [ACCESSIBILITA' E TEMPI DI ATTESA](#)
- [PROGETTI DI MIGLIORAMENTO](#)

TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA	10
---------------------------------------	----

- [GARANZIE](#) (clinico/organizzative/assistenziali, professionali, tecnologico/strutturali, scientifiche, rapporto col paziente / sicurezza del paziente)
- [DATI DI ATTIVITA' E INDICATORI](#)
- [ACCESSIBILITA' E TEMPI DI ATTESA](#)
- [PROGETTI DI MIGLIORAMENTO](#)

AMBULATORIO PER LA PREVENZIONE E LA CURA DELLA SCOLIOSI	12
--	----

- [GARANZIE](#) (clinico/organizzative/assistenziali, professionali, tecnologico/strutturali, scientifiche, rapporto col paziente / sicurezza del paziente)
- [DATI DI ATTIVITA' E INDICATORI](#)
- [ACCESSIBILITA' E TEMPI DI ATTESA](#)
- [PROGETTI DI MIGLIORAMENTO](#)

ATTIVITA' GENERALE	14
PROGETTI DI MIGLIORAMENTO PER L'ANNO 2018.....	14

PRESENTAZIONE DELLA STRUTTURA

La SC di Ortopedia e Traumatologia Pediatrica è diretta dal Dr. Gino ROCCA ed ha iniziato l'attività nell'agosto del 2004, prima come Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale e successivamente come Struttura Complessa dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Maggiore della Carità" di Novara. In questi anni l'attività della Struttura si è progressivamente sviluppata in ambito Ambulatoriale, di Day Hospital/ Day Surgery e di Degenza Ordinaria.

La Struttura fa parte del Dipartimento Materno Infantile, anche denominato Dipartimento per la Salute della Donna e del Bambino, insieme alle SSCC di Pediatria, Neonatologia e Patologia Neonatale, Ostetricia e Ginecologia e Chirurgia Pediatrica.

La SC di Ortopedia e Traumatologia Pediatrica, per la sua peculiarità ed unicità risulta **centro di riferimento di quadrante per il Piemonte Orientale** (province di Novara, Vercelli, Biella e VCO) .

LA MISSION

L'Ortopedia e Traumatologia Pediatrica, è una disciplina specialistica che ha tra gli obiettivi la valutazione clinica, la diagnosi ed il trattamento delle patologie dell'apparato muscolo-scheletrico nell'età evolutiva (da 0 a 18 anni non compiuti).

Uno degli obiettivi di punta, oltre alla diagnosi, è la possibilità di fare prevenzione tra le patologie più gravi, sia del neonato che dell'infanzia, come la Displasia delle anche, le patologie del piede alla nascita (metatarso varo, piede torto), le deviazioni degli arti inferiori, le patologie della colonna con particolare interesse alla scoliosi.

Infine presso questa struttura viene trattata tutta la traumatologia pediatrica con particolari tecniche mini invasive a livello del ginocchio.

ATTIVITA' DI ECCELLENZA E GARANZIE SPECIFICHE

DIFETTI ASSIALI DEGLI ARTI INFERIORI

Le deviazioni assiali a carico degli arti inferiori, si riconoscono soprattutto nel ginocchio varo e nel ginocchio valgo, possono essere dei paramorfismi o delle vere e proprie deformità, cioè modificazioni sul piano frontale, dei rapporti tra l'asse meccanico del femore e della tibia. L'eziopatogenesi del varismo e del valgismo delle ginocchia ha una classificazione sovrapponibile, infatti la possiamo suddividere in tre tipi: Congenito - Paramorfico - Secondario.

Il quadro congenito, di entrambe le deformità è legato a rare malformazioni con ipoplasie o aplasie ossee più o meno estese a carico dei condili del femore o dell'emipiatto tibiale. I paramorfismi, risultano essere i più comuni e si possono risolvere spontaneamente o con l'utilizzo di ortesi nel corso dei primi anni di vita. Mentre in entrambi i casi può essere secondaria a: gravi traumatismi, osteoartrite, patologie neoplastiche, malattie metaboliche (rachitismo), malattie congenite e displasie, in particolare riconosciamo una tibia vara o morbo di Blount e un valgismo del ginocchio in quadro paralitico.

La diagnosi è principalmente di tipo clinico (misurazione della distanza intermalleolare D.I.M. o intercondilica D.I.C.) valutazione del paziente sia in clino che in ortostatismo, supportata dal radiologia tradizionale, ed in rari casi ricorrendo ad accertamenti più impegnativi come la TC.

Il nostro approccio chirurgico prevede: anestesia generale e/o spinale, non è necessario il laccio emostatico, breve incisione cutanea (circa 3 cm.) a livello del femore e/o della tibia e successivamente sotto c.llo rx-scopico al posizionamento di una placca con due viti cannulate (*eight-plate*) a livello della cartilagine di coniugazione, sutura, emostasi e bendaggio.

Tutti i bambini vengono trattati in regime di one day surgery, quindi dimessi il giorno successivo all'intervento concedendo da subito il carico libero, senza particolari prescrizioni.

In conclusione, possiamo affermare la validità di questa metodica per i seguenti motivi: scarsa invasività, rapidità di esecuzione, assenza di complicanze, minimo impatto sul bambino per la breve ospedalizzazione, riduzione dei costi e ripresa immediata della vita quotidiana, in alternativa alle altre tecniche chirurgiche già in uso quali l'osteoclasia, l'epifisiodesi di Blount con cambre e l'osteotomia, che prevedono un approccio più aggressivo con una maggiore ospedalizzazione e maggiori costi di gestione.

DATI DI ATTIVITA'

INDICATORI	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017
N° pazienti operati affetti da valgismo delle ginocchia	28	32	34	22	22	29
N° pazienti operati affetti da varismo delle ginocchia	4	7	5	3	2	4

GARANZIE SPECIFICHE

GARANZIE CLINICO / ORGANIZZATIVE / ASSISTENZIALI

La programmazione degli interventi è basata su protocolli e linee guida internazionali e si avvale di valutazioni

cliniche-funzionali.

I pazienti vengono valutati in prima istanza dal medico specialista presso l'ambulatorio e, ove necessario uno studio del caso, si procede a prescrivere gli esami necessari per pianificare l'eventuale intervento. Di norma si eseguono radiografie specifiche e solo in rari casi esami più approfonditi quali la TAC.

Nella visita conclusiva, pianificando l'intervento, ai genitori viene ampiamente descritta la tecnica chirurgica visualizzando anche la metodica con l'ausilio di opuscoli informativi.

GARANZIE PROFESSIONALI

La Struttura si avvale di professionisti specialisti in ortopedia e traumatologia, con una lunga esperienza nello specifico della pediatria.

Il Direttore della Struttura ed i suoi collaboratori che si occupano di questa metodica di trattamento delle deviazioni assiali degli arti inferiori, vantano una vasta esperienza in tale campo.

GARANZIE TECNOLOGICO / STRUTTURALI

La struttura utilizza per questo tipo di trattamento gli strumenti più idonei e sofisticati all'avanguardia anche nel materiale, titanio di ultima generazione; supporto radiologico con apparecchio fluoroscopico a bassa emissione di radiazioni ionizzati.

GARANZIE SCIENTIFICHE

Il personale medico è autore di numerose pubblicazioni su riviste specialistiche Nazionali ed Internazionali e partecipa costantemente ai congressi nazionali della società italiana di Ortopedia e Traumatologia Pediatrica e a corsi di aggiornamento e congressi sia nazionali sia internazionali.

GARANZIE RAPPORTO COL PAZIENTE / SICUREZZA DEL PAZIENTE

Vedasi le altre garanzie.

ACCESSIBILITA' E TEMPI DI ATTESA

TEMPI DI ATTESA (in giorni)	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017
Prima visita	90-120	120	130	120	120	120
Visita per lo studio del caso	15-20	15-20	15-20	15-20	15-20	15-20
Regime di ricovero programmato	90	90	90	90	90	90
Follow-up periodico	90	90	90	90	90	90

PROGETTI DI MIGLIORAMENTO

Implementare il bacino di utenza, continuando l'iter già in essere.

Favorire il follow-up per mantenere aggiornata la casistica con sempre nuovi risultati ed eventuali criticità.

TRATTAMENTO ARTROSCOPICO DELLA PATOLOGIA ARTICOLARE DEL GINOCCHIO

La S.C. di Ortopedia e Traumatologia Pediatrica, è l'unica struttura specifica del Piemonte che tratta le patologie articolari del ginocchio anche nei bambini. Ormai con l'aumento esponenziale delle attività fisico sportive somministrate ai bambini di tutte le età, naturalmente questo aumento determina anche l'incremento delle patologie articolari, sia di tipo traumatico acute (lesioni meniscali, lesioni capsulo-legamentose, fratture, ecc..) che le problematiche da sovraccarico funzionale anche su base malformativa (instabilità rotulea, iperpressione rotulea, osteocondrite dissecante, ecc.) e le patologie simil-reumatiche (sinovite villonodulare, ecc.).

Tutte le patologie trattate artroscopicamente necessitano di un ricovero in One Day Surgery, con il ricovero il giorno stesso dell'intervento e la dimissione il giorno successivo.

DATI DI ATTIVITA'

PATOLOGIE TRATTATE ARTROSCOPICAMENTE	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017
Lesioni meniscali	8	14	16	19	18	22
Lesioni Legamento Crociato anteriore	2	6	3	4	2	4
Avulsione spine tibiali	3	3	1	3	2	3
Osteocondrite dissecante	2	1	1	1	-	-
Instabilità rotulea e/o iperpressione sintomatica	7	12	14	18	21	21
Sinovite villo-nodulare	2	1	1	1	-	-
Plica medio-patellare ipertrofica dolorosa	6	7	7	9	15	16

GARANZIE SPECIFICHE

GARANZIE CLINICO / ORGANIZZATIVE / ASSISTENZIALI

La programmazione degli interventi è basata su protocolli e linee guida internazionali e si avvale di valutazioni cliniche-funzionali. I pazienti vengono valutati in prima istanza dal medico specialista presso l'ambulatorio e, ove necessario uno studio del caso, si procede a prescrivere gli esami necessari per pianificare l'eventuale intervento. Di norma si consiglia e prescrive la RMN, unico esame strumentale che associato alla valutazione clinica ci può aiutare nella decisione terapeutica.

Nella visita conclusiva, pianificando l'intervento, ai genitori viene ampiamente descritta la tecnica chirurgica visualizzando anche la metodica con l'ausilio di opuscoli informativi.

GARANZIE PROFESSIONALI

La Struttura si avvale di professionisti specialisti in ortopedia e traumatologia, con una lunga esperienza nello specifico della pediatria.

Il Direttore della Struttura ed i suoi collaboratori che si occupano di questa metodica di trattamento delle deviazioni assiali degli arti inferiori, vantano una vasta esperienza in tale campo.

GARANZIE TECNOLOGICO / STRUTTURALI

La struttura si avvale di uno strumentario artroscopico all'avanguardia, fibre ottiche di ultima generazione e strumenti chirurgici idonei al trattamento delle patologie articolari in tutte le età.

GARANZIE SCIENTIFICHE

Il personale medico è autore di numerose pubblicazioni su riviste specialistiche Nazionali ed Internazionali e partecipa costantemente ai congressi nazionali della società italiana di Ortopedia e Traumatologia Pediatrica e a corsi di aggiornamento e congressi sia nazionali sia internazionali.



GARANZIE RAPPORTO COL PAZIENTE / SICUREZZA DEL PAZIENTE

Vedasi le altre garanzie

ACCESSIBILITA' E TEMPI DI ATTESA

Tempi di ATTESA (in giorni)	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017
Ricovero in urgenza	immediato	immediato	immediato	immediato	immediato	immediato
Ricoveri programmati	60-90	60-90	60-90	60-90	60-90	60-90
Prima visita	90-120	90-120	90-120	90-120	90-120	90-120
Follow-up programmati	10-15	10-15	10-15	10-15	10-15	10-15

PROGETTI DI MIGLIORAMENTO

Incrementare ulteriormente l'attività e riuscire a mantenere inalterata l'esclusività con una sempre maggiore affidabilità.

TRATTAMENTO CHIRURGICO DEL PIEDE PIATTO

E' un piede caratterizzato dall'appiattimento della volta plantare normalmente formata dalla forma e dal reciproco incastro delle ossa del piede, dalla maturità del tessuto connettivo costituente capsule e legamenti, e dal perfetto funzionamento di una serie di muscoli chiamati cavizzanti. Quando il bambino inizia a camminare, l'immaturità del tessuto connettivo e lo scarso sviluppo dei muscoli permettono un'ampia escursione dei movimenti ammortizzanti del piede, con l'appiattimento della volta ad ogni passo. Questo fenomeno iniziale non è un fenomeno di insufficienza ma un importante elemento di apprendimento. La volta che si appiattisce permette infatti di toccare o di sfiorare il suolo ad una serie di elementi riflessogeni posti nella pianta del nostro piede, i quali inviano informazioni cosiddette propriocettive ai centri nervosi che a loro volta azionano per via riflessa spinale i muscoli deputati alla creazione e al mantenimento della volta informandoli della quantità e della forma che ad essa devono conferire.

Esistono due forme cliniche di piede piatto infantile: flessibile e rigido

- **Il piede piatto flessibile** è la varietà più comune, (95%), o piede piatto con retropiede valgo-pronato, o piede cavo valgo-pronato, a volte associato a lassità articolari generalizzate. È una forma benigna, quasi sempre asintomatica, spesso associata ad altri disturbi posturali (ginocchio valgo, passo intrarotato).
- **Il piede piatto rigido**, caratterizzato da rigidità e dolore del piede, associato a condizioni patologiche congenite come coalizioni tarsali o astragalo verticale.

A seconda dell'entità della deformazione distinguiamo inoltre 4 gradi di deformità, caratterizzati da diverse impronte plantari osservabili al podoscopio o all'esame baropodometrico.

Per classificare il grado di deformità del piede del bambino ed escludere condizioni più severe è fondamentale infatti la diagnosi precisa, effettuata da un medico specialista mediante l'osservazione diretta e ricorrendo a strumenti che permettano di visualizzare la volta e se necessario ad esami radiografici o tac ove vi sia il sospetto di anomale fusioni scheletriche (sinostosi o coalizioni tarsali).

Trattamento conservativo nel piede piatto nel bambino

Consiste in piccole regole di vita quotidiana suggerite dal medico ai genitori, ma soprattutto nella prescrizione di plantari specifici. È fondamentale l'utilizzo del plantare corretto, prescritto da un medico specialista ortopedico o fisiatra, frutto di un ragionamento biomeccanico preciso che dia inizio a un progetto terapeutico da seguire nel tempo adatto al caso specifico. Troppo spesso osserviamo bambini che indossano ortesi non idonee che addirittura ostacolano la correzione spontanea del piede. Come abbiamo spiegato precedentemente il piede piatto è generato dal movimento anomalo di rotazione interna del retropiede costituito dal calcagno e dall'astragalo, al quale segue per reazione con il suolo la rotazione esterna dell'avampiede con il sollevamento del primo metatarso. Scopo fondamentale del plantare sarà quindi di correggere la pronazione del retropiede, sollevando e spingendo verso l'alto l'astragalo, e di permettere all'avampiede di ruotare internamente.

Trattamento chirurgico del piede piatto nel bambino

Nei bambini di 11 -12 anni con piede piatto di 3° o 4° grado, con severa valgizzazione del retro piede che giungono all'osservazione dello specialista per la prima volta o in cui il trattamento con plantare non ha dato miglioramenti, e' sicuramente indicato il trattamento chirurgico.

Questo consiste nell'introduzione di una semplice vite per via percutanea attraverso un forellino della cute, all'interno del seno del tarso. Il synus è quello spazio normalmente esistente tra calcagno e astragalo tra le articolazioni della sottoastragala la cui escursione eccessiva in pronazione e' responsabile come abbiamo visto precedentemente, della deformita'. L'introduzione pertanto di una vite ad incastro in questo spazio (artrosi subastragala), o avvitata nel calcagno in modo che la testa sporga nel pavimento del synus (calcaneo stop), limita l'iperpronazione impedendo lo scivolamento dell'astragalo sul calcagno.

Tale correzione e' inizialmente di natura meccanica ma successivamente assume una natura propriocettiva, in quanto lo stimolo meccanico esercitato dalla vite a livello dei recettori presenti nei tessuti del synus tarsi stimola per via riflessa i muscoli deputati al mantenimento della volta la cui tensione viene adattata alla nuova situazione e perpetua la correzione anche dopo la rimozione della vite che generalmente avviene dopo tre anni.

L'intervento e' tecnicamente molto semplice, va eseguito sotto guida scopica, con l'ausilio di strumentari appositi che permettono di inserire la vite per via percutanea attraverso un piccolo forellino della cute.

La durata dell'intervento è mediamente di 20 minuti per piede, viene eseguito su entrambi i piedi e in anestesia locale con una piccola sedazione per evitare stress al piccolo paziente.

Non necessita assolutamente di ricovero, non da luogo a edema post-operatorio, e il dolore e' controllato nei primi due giorni con banali farmaci antidolorifici. Nel decorso post-operatorio il bambino restera' a letto i primi due giorni assumendo antibiotici e antidolorifici in compresse, il piede verra' fasciato con un semplice bendaggio imbottito che sara' mantenuto per 10 giorni circa. Dopo qualche giorno il bambino potrà scendere dal letto ed eseguire i primi passi con cautela e con il piede in supinazione, appoggiando sul bordo esterno. Dopo due settimane potrà deambulare con apprensione ma senza dolore, ancora in leggera supinazione. Progressivamente il passo si normalizzerà e a un mese il bambino sarà libero di correre.

La correzione e' spettacolare ed immediata. L'esame radiografico evidenzia subito il riallineamento dell'arco interno mentre clinicamente si apprezza la completa correzione della valgizzazione del calcagno.

L'esame al podoscopio mostra la normalizzazione dell'appoggio con la comparsa di una volta normale.

Essendo una procedura mininvasiva rarissime sono le possibili complicazioni. L'unica descritta e' l'intolleranza del bambino alla vite che, se presente dopo due mesi dall'intervento, richiede la rimozione, senza nessun danno per le strutture muscolo scheletriche del piede. L'assoluta non invasività della tecnica, la semplicità e la rapidità di esecuzione, la convalescenza brevissima, e la spettacolarità della correzione rendono pertanto assolutamente consigliabile la correzione chirurgica del piede piatto del bambino, procedura che pratichiamo in bambini di 10 -13 anni affetti da piede piatto severo.

DATI DI ATTIVITA'

INDICATORI	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017
N° bambini operati	142	145	147	150	150	176

GARANZIE SPECIFICHE

GARANZIE CLINICO / ORGANIZZATIVE / ASSISTENZIALI

La programmazione degli interventi è basata su protocolli e linee guida internazionali e si avvale di valutazioni cliniche-funzionali. I pazienti vengono valutati in prima istanza dal medico specialista presso l'ambulatorio e, ove necessario uno studio del caso, si procede a prescrivere gli esami necessari per pianificare l'eventuale intervento. Di norma si consiglia e prescrive le Radiografie dei piedi in comparativa sottocarico, unico esame strumentale che associato alla valutazione clinica ci può aiutare nella decisione terapeutica, nel sospetto di una patologia congenita si esegue TC. Nella visita conclusiva, pianificando l'intervento, ai genitori viene ampiamente descritta la tecnica chirurgica visualizzando anche la metodica con l'ausilio di opuscoli informativi.

GARANZIE PROFESSIONALI

La Struttura si avvale di professionisti specialisti in ortopedia e traumatologia, con una lunga esperienza nello specifico della pediatria.

Il Direttore della Struttura ed i suoi collaboratori che si occupano di questa metodica di trattamento delle deviazioni assiali degli arti inferiori, vantano una vasta esperienza in tale campo.

GARANZIE TECNOLOGICO / STRUTTURALI

L'utilizzo di uno strumentario dedicato, materiale utilizzato che può essere in acciaio o in titanio che si usano nei soggetti allergici ;

Supporto radiologico con apparecchio fluoroscopico a bassa emissione di radiazioni ionizzati.

GARANZIE SCIENTIFICHE

Il personale medico è autore di numerose pubblicazioni su riviste specialistiche Nazionali ed Internazionali e partecipa costantemente ai congressi nazionali della società italiana di Ortopedia e Traumatologia Pediatrica e a corsi di aggiornamento e congressi sia nazionali sia internazionali.

ACCESSIBILITA' E TEMPI DI ATTESA

ATTESA (giorni)	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017
Prima visita	90	90-100	90-100	90-100	90-100	90-100
Ricovero per intervento	120-150	120-180	120-180	120-180	120-180	120-180
Follow-up successivi	15-20	15-20	15-20	15-20	15-20	15-20

PROGETTI DI MIGLIORAMENTO

Mantenere lo standard già in uso, migliorare l'attrazione introducendo nuove tecniche con previsioni di risultato ancor più rapide e meno invasive.

TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA

La traumatologia pediatrica, la possiamo dividere in **traumatologia minore**, che naturalmente parlando di bambini è la più comune, comprende:

- Traumi contusivi
- Traumi distorsivi
- Lussazioni
- Fratture a legno verde o fratture lievemente scomposte;

da differenziarsi dalla **traumatologia maggiore**, che colpisce una fascia di età più alta, e dove è previsto un trattamento incruento o cruento, ma sempre con l'ausilio dell'**anestesista**, e comprende:

- Distacchi epifisari
- Fratture scomposte
- Fratture scomposte esposte
- Politrauma con più fratture
- Lesioni dell'apparato capsulo-legamentoso del ginocchio e della caviglia

INDICATORI (totale pazienti trattati)	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017
Traumatologia minore	420	530	540	680	680	780
Fratture arti superiori	440	505	520	560	560	600
Fratture arti inferiori	260	325	330	370	370	390
Lesione apparato capsulo-legamentoso ginocchio e caviglia	165	215	250	270	270	282

GARANZIE SPECIFICHE

GARANZIE CLINICO / ORGANIZZATIVE / ASSISTENZIALI

L'indicazione al tipo di approccio terapeutico-assistenziale più idoneo è basata su protocolli e linee guida internazionali e si avvale di valutazioni cliniche-funzionali. I pazienti vengono valutati in prima istanza dal medico specialista presso l'ambulatorio o il pronto soccorso e, ove necessario uno studio del caso, si procede a prescrivere gli esami necessari per pianificare l'eventuale intervento.

GARANZIE PROFESSIONALI

La Struttura si avvale di professionisti specialisti in ortopedia e traumatologia, con una lunga esperienza nello specifico della traumatologia pediatrica.

Il Direttore della Struttura ed i suoi collaboratori che si occupano di traumatologia pediatrica, vantano una vasta esperienza in tale campo.

GARANZIE TECNOLOGICO / STRUTTURALI

La S.C. di Ortopedia e Traumatologia Pediatrica, ha in dotazione numerosi strumentari per affrontare tutti i tipi di

patologia acuta, vedi:

- Fili in acciaio o titanio per osteosintesi endomidollare (Kirschner, Nancy)
- Strumentario AO per la sintesi delle fratture complesse
- Fissatori esterni per la stabilizzazione temporanea o definitiva delle fratture
- Strumentario di viti cannulate
- Trapano e seghe di tutte le misure
- Strumentario per osteosintesi dedicato
- Sistema di artroscopia per il trattamento delle lesioni articolari

GARANZIE SCIENTIFICHE

Il personale medico è autore di numerose pubblicazioni su riviste specialistiche Nazionali ed Internazionali e partecipa costantemente ai congressi nazionali della società italiana di Ortopedia e Traumatologia Pediatrica e a corsi di aggiornamento e congressi sia nazionali sia internazionali.

GARANZIE RAPPORTO COL PAZIENTE / SICUREZZA DEL PAZIENTE

Vedasi le altre garanzie

ACCESSIBILITA' E TEMPI DI ATTESA

I pazienti traumatizzati giungono alla nostra osservazione per accesso diretto o meglio previo triage del pronto soccorso

INDICATORE (tempi di attesa trattamento in giorni)	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017
Traumatologia minore	1-3	1-3	1-3	1-3	1-3	1-3
Traumatologia maggiore	1-2	1-2	1-2	1-2	0-1	0-1
Lesioni capsulo-legamentose articolari acute	1-3	1-3	1-3	1-3	1-3	1-3

PROGETTI DI MIGLIORAMENTO

La traumatologia, non essendo prevedibile, richiederebbe una presenza costante per garantire al massimo l'efficacia di intervento, purtroppo il numero esiguo delle forze lavoro, medici, non ci permette di eccellere, come servizio in questa materia; auspicando in un incremento del numero di medici per poter garantire, davanti ad una professionalità indiscussa anche un servizio efficace al 100%.

 [TOP](#)

LA SCOLIOSI

La scoliosi costituisce ancora oggi uno dei più interessanti e promettenti campi dell'ortopedia.

I progressi della ricerca biomeccanica vertebrale hanno sensibilmente mutato, in quest'ultimo decennio l'approccio terapeutico al paziente scoliotico.

In passato il termine denominava una deviazione laterale della colonna vertebrale.

Infatti è noto a tutti che la radiografia in antero-posteriore di un rachide scoliotico evidenzia una curva sul piano frontale, ove, in caso di normalità, non è rilevabile alcuna curva.

Gli studi e la monografia di René Perdriolle, pubblicata nel 1979 e dedicata alla scoliosi di forma toracica e toraco-lombare hanno contribuito in maniera determinante a modificare l'approccio culturale e pratico alla scoliosi sostituendo al vecchio concetto di "curva piana", quello moderno di "curva tridimensionale".

Infatti la scoliosi, precedentemente considerata come "curva laterale", è oggi meglio definibile come disallineamento spaziale nei reciproci rapporti tra le vertebre costituenti la curva scoliotica generato da un movimento di torsione di tutta la colonna vertebrale: tale disallineamento è tridimensionale e si evidenzia con la comparsa di una curvatura sul piano frontale associata ad una modificazione in senso riduttivo delle curvature fisiologiche sagittali e ad un cambiamento della posizione e dell'orientazione di ogni singola vertebra nello spazio.

Sotto l'aspetto geometrico quindi, la deformità scoliotica, in questo caso definibile come "strutturale" è scomponibile in tre componenti rotazionali: rotazione sul piano coronale, ossia "**rotazione propriamente detta**", rotazione sul piano frontale, ossia "**inflessione**" e rotazione sul piano sagittale "**decifosi toracica**" o "**delordosi lombare**".

Sotto l'aspetto eziologico, le scoliosi possono essere distinte, principalmente, in "**congenite**"

(malformative), "**neuromuscolari**" (neuropatiche e miopatiche) e "**collagenopatiche**" (alterazioni primitive del collagene, artrite reumatoide, ecc.), anche se, ancora oggi, l'impossibilità di individuare l'eziologia nella maggior parte delle scoliosi mantiene numericamente preponderante il gruppo della cosiddetta "**scoliosi idiopatica**".

Da queste "scoliosi", la cui caratteristica comune è la "strutturazione", vanno tenute separate tutte quelle "deviazioni scoliotiche", che evidenziano scarse od incomplete caratteristiche rotazionali e che, di conseguenza, possono essere denominabili "**deviazioni scoliotiche non strutturate**" o "**posturali**".

Tra queste ricordiamo gli "atteggiamenti scoliotici" (da difetto nel sistema di controllo posturale), le "**scoliosi isteriche**" (da problematiche di tipo psicopatologico), le "**scoliosi statiche**" (da dismetria degli arti inferiori) e le "**scoliosi sintomatiche**" (da patologia infiammatoria, tumorale, malformativa del nevrasso, ecc.).

Un rachide scoliotico presenta una o due (talvolta tre) curve strutturate, che devono essere ritenute la vera curva scoliotica; a queste si associano altre curve, all'inizio poco o nulla strutturate, che possono evolvere e strutturarsi anche se rappresentano l'effetto dell'automatica ricerca di un equilibrio nella statica rachidea.

A seconda della localizzazione e dell'estensione topografica della curva, le scoliosi sono anche classificabili secondo la "forma": si distinguono in "**cervico-dorsali**", "**toraciche**", "**toraco-lombari**", "**lombari**" e "**doppie**".

Le scoliosi doppie, ossia a doppia curva, sono più frequentemente rappresentate dall'associazione di una curva toracica destra con una lombare sinistra, talvolta dall'associazione di una curva cervico-toracica con una toraco-lombare controlaterale.

DATI DI ATTIVITA'

INDICATORI	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017
N° bambini visitati	180	220	300	320	360	420

GARANZIE SPECIFICHE

GARANZIE CLINICO / ORGANIZZATIVE / ASSISTENZIALI

I pazienti vengono valutati in prima istanza dal medico specialista presso l'ambulatorio e, ove necessario uno studio del caso, si procede a prescrivere gli esami necessari per pianificare il trattamento da intraprendere.

Di norma si eseguono radiografie specifiche, in antero-posteriore + laterali sottocarico con arti paralleli.

Nella visita conclusiva, pianificando il protocollo terapeutico, ai genitori viene ampiamente descritto il percorso assistenziale anche con l'ausilio di opuscoli informativi.

GARANZIE PROFESSIONALI

La Struttura si avvale di professionisti specialisti in ortopedia e traumatologia, con una lunga esperienza nello specifico delle patologie ortopediche.

Il Direttore della Struttura ed i suoi collaboratori che si occupano della diagnosi e del trattamento "incurato" della scoliosi e della cifosi.

Per quanto riguarda un eventuale indicazione chirurgica, facciamo riferimento ai centri di alta specializzazione per la chirurgia del rachide nell'età evolutiva.

GARANZIE SCIENTIFICHE

Il personale medico è autore di numerose pubblicazioni su riviste specialistiche Nazionali ed Internazionali e partecipa costantemente ai congressi nazionali della società italiana di Ortopedia e Traumatologia Pediatrica e a corsi di aggiornamento e congressi sia nazionali sia internazionali.

GARANZIE RAPPORTO COL PAZIENTE / SICUREZZA DEL PAZIENTE

Vedasi le altre garanzie

ACCESSIBILITA' E TEMPI DI ATTESA

I pazienti affetti da sospetta patologia del rachide, approdano od occasionalmente dalle visite dell'ambulatorio divisionale o nella maggior parte dei casi inviate direttamente dal pediatra, seguendo un percorso dedicato

INDICATORE (tempi di attesa trattamento in giorni)	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017
Prima visita	Entro i 10 giorni					

N.B. le susseguenti visite di controllo vengono direttamente suggerite dallo specialista, in considerazione del quadro clinico presente e della possibile evolutività del problema.

PROGETTI DI MIGLIORAMENTO

Incrementare ulteriormente l'attività, ma soprattutto per riuscire a prevenire, per ridurre al minimo l'utilizzo di corsetti ortopedici, necessari nei casi gravi di queste patologie.

E non ultimo mantenere inalterata l'esclusività con una sempre maggiore affidabilità.

ATTIVITA' GENERALE

La nostra Struttura articola le proprie attività in:

➤ AMBULATORIALE

- **AMBULATORIO DIVISIONALE**
visite ortopediche pediatriche, prestazioni urgenti (richieste dal Medico Curante), visite di controllo post-operatorie
- **AMBULATORIO PREVENZIONE E CURA DELLA SCOLIOSI**
- **AMBULATORIO DELLE PATOLOGIE DEL PIEDE IN ETA' PEDIATRICA**
- **AMBULATORIO DI ECOGRAFIA DELL'ANCA NEONATALE**

➤ CHIRURGICA

- **Urgenza ed elezione in regime di ricovero ordinario**
- **Day Surgery**
- **Day hospital**

PROGETTI DI MIGLIORAMENTO PER L'ANNO 2018

Obiettivo della nostra Struttura è quello di **aumentare l'attrazione delle nostre attività di eccellenza**, e davanti ad un possibile incremento delle risorse umane di migliorare e garantire una adeguata accoglienza e trattamento della **traumatologia**. Il progetto, condiviso da tutto il dipartimento, è quello di concentrare tutti gli sforzi nella promozione e facilitazione dell'istituzione della nuova **Rianimazione Pediatrica** al fine di poter garantire prestazioni chirurgiche, anche complesse, con i massimi standard di sicurezza. Infine l'avviamento del progetto di un'area comune chirurgica pediatrica, dove trattare le diverse patologie specialistiche, con il coinvolgimento degli specialisti dedicati (otorinolaringoiatra, chirurgo maxillo-facciale, oculista, chirurgo padiatra) è risultato particolarmente interessante soprattutto nell'ottica di garantire il miglior standard qualitativo al paziente pediatrico in termini di assistenza e quindi di sicurezza. Anche l'attività ambulatoriale potrebbe migliorare, **riducendo le lunghe liste di attesa**, cercando di sfruttare al meglio, l'acquisizione di un nuovo ambulatorio anche in isorisorse. Per ultimo, ma di notevole importanza e pregio, la possibilità di attivare una reperibilità, ortopedica pediatrica per i fine settimana, obiettivo raggiungibile sono con l'incremento di almeno una unità, medico, nell'organigramma della SCDO.

Redatto: Dr. Gino ROCCA Direttore SC Ortopedia Pediatrica	Verificato ed approvato: Dr. Gino ROCCA Direttore SC Ortopedia Pediatrica	Data emissione: Novara, 01/10/2018	Stato documento: Rev. 1 – Anno 2018 
STS_Ortopedia Pediatrica Rev2 181009.doc			Pag. 14 di 14