DATI RELATIVI AL/LA PAZIENTE

Io sottoscritto _____

nato/a a _____ il _____

visitato presso l'ambulatorio di _____

in qualità di: ◯ *paziente* ◯ *(specificare rapporto in rel. al pz)* _____

del paziente _____

il quale allo stato attuale è impossibilitato ad esprimere valido consenso

IN PIENA CAPACITA' DI INTENDERE E DI VOLERE DICHIARO DI ESSERE STATO ESAURIENTEMENTE INFORMATO/A SULLA NATURA, EVOLUZIONE E COMPLICANZE DELL'INFERMITA' DI CUI SONO/DI CUI E' AFFETTO/A:

1) DIAGNOSI _____

2) In particolare nel corso dei colloqui intercorsi con il ◯ **Dr. ALESSANDRO MARIA PANTI** ◯ **Dr. ANTONELLO MARIA PANTI**

sono stato informato che per il suddetto processo morboso per il quale dovrò/dovrà essere ricoverato/a è indicato un intervento chirurgico di **OSTEOSINTESI CLAVICOLA**

anestesia proposta _____ la cui decisione definitiva sarà valutata a giudizio del medico anestesista competente, che effettuerà la visita di pre ricovero.

3) Mi sono state spiegate, secondo la procedura in vigore presso questa Società:

L'articolazione della spalla è composta dall'omero, dalla scapola, dalla clavicola e dall'acromion che si articolano tra loro formando due articolazioni: la gleno-omerale e l'acromion-clavicolare.
La frattura della clavicola riguarda l'osso che fa da ponte tra lo sterno e la scapola. Oltre al dolore, i sintomi di una clavicola fratturata includono gonfiore e deformità della parte.

Le fratture possono essere

Fratture extra-articolari: quando la rima di frattura non si spinge fin dentro l'articolazione. In genere queste sono le fratture più semplici da trattare e che hanno una prognosi più benevola.
La diagnosi è confermata tramite radiografia e, a seconda dell'entità del danno, lo specialista indicherà se è necessario ricorrere all'intervento chirurgico o se optare, come più spesso accade, per un trattamento conservativo.

Fratture del terzo medio (la parte più sottile, che è anche quella coinvolta più di frequente), del terzo laterale (ossia l'estremità della clavicola collegata alla scapola) o del terzo mediale (estremità collegata allo sterno); inoltre, la frattura può essere composta o scomposta.

Per la scelta della terapia, si valutano anche altri fattori, come l'età e le esigenze funzionali. Un atleta professionista, per esempio, avrà probabilmente la necessità di tornare alle attività di allenamento quanto prima.

Cause

La causa più comune di frattura della clavicola è la caduta a braccio teso.
Condizioni patologiche come l'osteoporosi (malattia in cui le ossa perdono il loro contenuto minerale e diventano più fragili e quindi più soggette alla rottura) favoriscono durante i traumi la rottura dell'osso, questo è il motivo per cui l'incidenza di queste fratture interessa maggiormente la popolazione anziana.

La clavicola si rompe anche nei giovani e adulti se il trauma ha un'energia sufficiente a determinare la frattura come ad esempio in un incidente stradale, una caduta da una bicicletta o con lo snowboard. Queste evenienze possono determinare traumi che portano alla rottura della clavicola.

Sintomi

Oltre al dolore, i sintomi di una clavicola fratturata includono gonfiore e deformità della parte.

L'indicazione all'intervento chirurgico di osteotomia:

Nel caso di frattura della clavicola scomposta sono possibili conseguenze più rilevanti poiché potrebbe essere coinvolto il plesso brachiale, il tessuto nervoso che si trova nella spalla e che è legato ai movimenti e alla sensibilità del braccio e della mano.

Se si sospetta un coinvolgimento del plesso brachiale, vengono indicati altri esami per indagare questi nervi e verificare se hanno riportato danni. In seguito, si decide l'approccio e il tipo di terapia da seguire, scelte in cui, a seconda del caso, sono coinvolti il neurologo, il neurochirurgo, l'ortopedico e il fisiatra.

Se si decide di procedere con l'intervento chirurgico, di solito la frattura viene ridotta e stabilizzata con una placca e delle viti (osteosintesi), e nel post-operatorio viene indicato l'uso di un tutore per alcuni giorni. Dopodiché di procede con la riabilitazione.

I tempi di recupero sono più veloci rispetto a quelli del trattamento conservativo ma, anche qui, non si può dare una risposta valida per tutti.

Chi pratica sport di contatto dovrà avere un po' di pazienza prima di tornare a fare attività e attendere che la guarigione sia completa e la sintomatologia scomparsa. Ci sono invece sport che possono essere praticati durante il recupero, come il ciclismo. Ma ricorda che è sempre bene attenerti alle indicazioni dell'ortopedico.

Esistono diverse opzioni di trattamento per questo tipo di fratture e la scelta dipende da molti fattori alcuni dei quali, i più importanti, sono:

Tipo di frattura (composta, scomposta, articolare ,extra-articolare esposta o chiusa).

Condizioni cliniche generali di un paziente.

Se la frattura è scomposta è necessario riallineare i frammenti per ricostituire un'anatomia dell'osso normale per ridurre al minimo le complicanze legate ad una guarigione scorretta. Per riduzione intendiamo una manovra che porti a riallineare i frammenti di una frattura. Quando questo si ottiene senza intervenire chirurgicamente si parla di riduzione chiusa o incruenta. Una volta eseguita la riduzione incruenta e confezionato l'apparecchio gessato sarà eseguito un controllo radiografico per valutare la buona composizione dei monconi di frattura. Non è escluso che, se il gesso non fosse in grado di mantenere una riduzione ottimale nel tempo di guarigione, il medico consigli di effettuare un trattamento chirurgico per ridurre la frattura. Accade a volte che la frattura è molto scomposta o instabile o interessa in modo ampio la superfice articolare in questi casi il trattamento con apparecchio gessato non sarebbe in grado di ricostruire la normale anatomia che avevate prima della frattura, il medico vi proporrà quindi un intervento chirurgico.

Esistono diverse opzioni di trattamento chirurgico:

- Placche e viti.
- Fissatore Esterno.
- Varie combinazioni tra i precedenti.

La scelta del tipo di intervento chirurgico dipende:

- Dal tipo di frattura.
- Dalle condizioni della cute e dei tessuti molli.
- Dalle condizioni generali del paziente.
- Dall'esperienza del Chirurgo.

La placca è l'unico mezzo di sintesi che stabilizza i frammenti anche nel senso rotatorio.

Descrizione Intervento

Placca e viti

La riduzione con placca e viti, è una opzione chirurgica che viene utilizzata ampiamente (quando è possibile) perché presenta alcuni vantaggi:

- Riduzione anatomica dei frammenti soprattutto nelle fratture che interessano la superfice articolare.
- Precoce mobilizzazione del polso con riduzione del rischio di rigidità dell'articolazione.

Fissatore esterno

Per fissatore esterno si intende un mezzo di fissazione che non viene coperto dalla pelle ma attraverso piccole aste metalliche chiamate "fiches" che vengono posizionate sopra e sotto la frattura nell'osso e un corpo centrale che serve a mantenere la riduzione si esegue la riduzione e la stabilizzazione della frattura. Talvolta il fissatore esterno viene associato ad altri sitemi di fissazione come ad esempio i fili di Kirschner.
Il fissatore esterno può anche essere un mezzo di sintesi temporaneo ovvero quando la qualità dei tessuti molli è scadente si posiziona per poi essere sostituito con un impianto interno come la placca e le viti quando i tessuti molli ritornano ad essere in buone condizioni. Lo svantaggio di questo sitema chirurgico rispetto all'osteosintesi con placca e viti è l'infezione delle viti metalliche che fuoriescono dalla pelle, l'impossibilità di ridurre accuratamente la frattura e l'impossibilità di eseguire le mobilizzazioni precoci, mentre il vantaggio è la non esposizione della frattura.

Complicanze dei trattamenti chirurgici

Infezioni.
Mancata consolidazione (la frattura non guarisce).
Lesioni nervose e vascolari.
Rigidità articolare.

- **Infezione della ferita** le cause per cui una ferita può infettarsi sono molteplici, in primis il fattore igienico e di cura della stessa, tale complicanza se non trattata tempestivamente può dar luogo a complicazioni più gravi quali l'infezione protesica. Talvolta può risultare difficoltosa la cura alla luce di falsi esiti negativi dei Tamponi Colturali effettuati, per i quali la letteratura scientifica si esprime affermando che "La negatività dell'esame colturale non esclude diagnosi di infezione, mentre la positività significativa potrebbe assumere valore diagnostico anche in assenza di un quadro fortemente flogistico all'esame chimico fisico"
- **Dolore ingravescente localizzato o esteso a riposo e/o sotto carico, gonfiore, formazione di ematoma e/o di raccolte di liquido che possono riassorbire spontaneamente o possono richiedere il drenaggio, perdita della sensibilità parziale o estesa dell'arto operato, insorgenza di febbre,** tali complicanze possono perdurare per qualche giorno o protrarsi per periodi più lunghi Fino a qualche mese
- **Reazione allergica a cerotti e/o materiale medicale:** una reazione allergica della pelle dovuta al contatto con sostanze chimiche o naturali, chiamate allergeni, in grado di stimolare una risposta immunologica. In seguito al contatto della cute con gli allergeni si sviluppa una reazione infiammatoria, pruriginosa della pelle, può provocare rasch cutanei fino a vesciche o vere e proprie bruciature.

Recupero funzionale

Considerando l'ampia varietà di trattamento per le fratture di clavicola , il recupero dell'articolarità dipende da diversi fattori:
Tipo di frattura.
Tipo di trattamento.
Età del paziente.
Eventuali complicanze (vedi complicanze dei trattamenti non chirurgici e chirurgici).
La maggior parte dei pazienti sarà in grado di riprendere attività leggere come il nuoto o la corsa entro 1 o 2 mesi dalla guarigione della frattura. Attività più pesanti come lo sci, la bicicletta, il tennis o il calcio verranno consigliate dopo circa 3 o 6 mesi dall'infortunio. La maggior parte delle persone che riportano una frattura di clavicola non riusciranno ad avere una guarigione completa, in base al tipo di frattura e trattamento potrà rimanere un grado di rigidità e dolore tuttavia la rigidità è generalmente scarsa e non influenza in modo negativo il funzionamento complessivo della spoalla.

4) Dichiaro di essere a conoscenza in quale misura le mie/sue condizioni generali di salute contribuiscono ad aumentare i rischi operatori, la valutazione definitiva dei quali sarà effettuata dall'anestesista prima dell'intervento chirurgico.
5) Sono al corrente che durante l'intervento chirurgico propostomi potrebbero presentarsi complicazioni da richiedere una modifica della tecnica operatoria, in tal caso autorizzo il chirurgo ad effettuare le modifiche a sua discrezione in scienza e coscienza
6) Sono al corrente che l'intervento potrà essere interrotto o limitato per sopravvenuti motivi tecnici.
7) Sono stato informato sulle conseguenze temporanee e/o permanenti dipendenti dall'intervento, nonché delle eventuali ripercussioni sull'attività lavorativa.
8) Sono al corrente delle scelte alternative terapeutiche.

9) L'intervento chirurgico sarà effettuato da il ◯ **Dr. ALESSANDRO MARIA PANTI** ◯ **Dr. ANTONELLO MARIA PANTI** Insieme all'equipe chirurgica della struttura presso cui sarò operato.

10) Qualora non mi/si sottoponessi/sse all'intervento chirurgico propostomi, possono sopraggiungere rischi e svantaggi per il mio/suo stato di salute:

11) Qualora mi sottoponessi/sse all'intervento chirurgico propostomi sarà necessario effettuare i seguenti controlli post operatori:

a. **dopo 30 giorni** dall'intervento previa esecuzione delle radiografie di controllo indicate nella lettera di dimissione

salvo diverse specifiche indicazioni

Preso atto di quanto sopra, dopo avere riflettuto sulle informazioni ricevute consapevole del mio/suo stato di salute, acconsento a sottopormi/lo all'intervento chirurgico propostomi:

❑ SI ❑ NO

Non acconsento, pur essendo informato/a delle conseguenze che possono derivare dal mio rifiuto.

Verificato comunque che il/la destinatario dell'informazione ha compreso il significato delle informazioni ed è consapevole dei rischi e dei benefici dell'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo proposto, si procede ad acquisirne il consenso.

Firma del/la paziente _____
(se maggiorenne e capace di intendere e volere)

Firma dei genitori o di chi esercita la tutela, _____
(verificata la loro identità in caso di pz minorenne)

Firma del tutore, curatore, amministratore di sostegno, fiduciario _____
(verificata la sua identità ed acquisita copia del provvedimento di tutela, curatela, amministrazione di sostegno, nomina fiduciario)

Data___/___/_____ Firma del Medico

_____

Il presente modulo è da ritenersi a tutti gli effetti parte integrante della cartella clinica.

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

visitato presso l'ambulatorio di _____

in qualità di:

◯ *paziente*

◯ *(specificare rapporto in rel. al pz)* _____

del paziente _____

il quale allo stato attuale è impossibilitato ad esprimere valido consenso

IN PIENA CAPACITA' DI INTENDERE E DI VOLERE DICHIARO DI:

1. Aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati e Regolamento UE2016/679 pubblicata nel sito www.orthocarestp.it e/o inviata tramite mail e di esprime il consenso al trattamento dei dati indicati **al punto 1)** ed il consenso alla comunicazione degli stessi secondo **le finalità indicate al punto 2) dell'informativa stessa.**

2. Aver preso visione, relativamente ai pazienti minorenni ,di quanto precisato nella integrazione, dell'informativa**.**
   Garantisco e dichiaro sotto la mia responsabilità, così tenendo indenne il titolare da qualsivoglia responsabilità al riguardo, la veridicità di quanto esplicitato nei **punti a) e b) dell'Integrazione sopra richiamata.**

3. Di aver sottoscritto il consenso informato al trattamento chirurgico dopo averne preso visione

4. Di aver ricevuto il certificato medico predisposto da parte del Dr Panti

5. Di aver ricevuto tutta la documentazione medica

Verificato comunque che il/la destinatario dell'informazione ha compreso il significato delle informazioni ed è consapevole dei rischi e dei benefici dell'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo proposto, si procede ad acquisirne il consenso.

Firma del/la paziente _____
(se maggiorenne e capace di intendere e volere)

Firma dei genitori o di chi esercita la tutela, _____
(verificata la loro identità in caso di pz minorenne)

Firma del tutore, curatore, amministratore di sostegno, fiduciario _____
(verificata la sua identità ed acquisita copia del provvedimento di tutela, curatela, amministrazione di sostegno, nomina fiduciario)

Il suo consenso verrà ritenuto valido salvo diversa comunicazione scritta, ciò in applicazione della norma relativa al silenzio assenso

Data___/___/_____ Firma del Medico

_____