

**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 GOMITO**

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:

Molte fratture periprotesi avvengono attorno allo stelo di una protesi di anca. Le fratture dell'acetabolo sono molto più rare. La frattura della protesi, meglio dell'osso attorno alla protesi, avviene a livello dello stelo femorale.

**Le fratture possono essere**Esistono diverse tipologie di fratture del gomito. Di seguito le strutture principalmente interessate.  
**Fratture del capitello radiale:** riguardano il capitello e/o il collo del radio e si verificano di solito a seguito di cadute sul palmo della mano col gomito leggermente piegato. La frattura può essere composta, scomposta, pluriframmentaria e con \_\_\_\_\_ possibile \_\_\_\_\_ lussazione.**Fratture dell'olecrano:** riguardano l'estremità superiore dell'ulna. Può essere causata da una caduta sul palmo della mano col gomito in iperestensione, oppure trauma diretto sulla zona posteriore del gomito. La lesione può essere composta col frammento osseo fermo nella sua posizione normale; composta e stabile col frammento osseo che si muove rispetto al resto dell'olecrano. In questo caso i legamenti rimangono integri o con lesioni parziali. Per questa ragione, il gomito resta stabile, senza rischio di lussazione. **La frattura può essere anche scomposta e instabile**, con tendenza del gomito a lussarsi. Ulteriori complicazioni possono essere legate in caso di lesione pluriframmentaria. In caso di caduta violenta, alla base del trauma, **può verificarsi anche una lussazione e/o frattura del radio (frattura – lussazione di Monteggia oppure frattura trans-olecranica).**

Nelle fratture composte, il trattamento consiste in una rapida immobilizzazione con immediata riabilitazione. Negli altri casi si ricorre all'operazione chirurgica.

**Fratture dell'estremità dell'omero:** alla base può esserci una caduta sul palmo della mano atteggiata a difesa. La lesione può essere: extra capsulare ed extra articolare (frattura dell'epicondilo, dell'epitroclea); intra capsulari ed extra articolari; intra capsulari ed intra articolari. In caso di fratture composte capsulari ed extra articolari, è indicato il trattamento conservativo con gesso da tenere non più di due o tre settimane. Dopodiché deve essere attivato un percorso di riabilitazione. Negli altri casi è necessario il ricorso all'operazione chirurgica con immediata riabilitazione.**Fratture della coronoide:** la coronoide è una sporgenza dell'osso posizionata nell'estremità superiore dell'ulna ed è il prolungamento anteriore dell'olecrano. Si tratta di uno degli elementi più importanti per la stabilità del gomito, facendo resistenza allo spostamento posteriore dell'ulna rispetto all'omero. Inoltre su questo processo si inserisce il

legamento collaterale mediale che ha origine dalla zona internale della paletta omerale e che è un altro elemento principale di stabilità del gomito. Raramente la frattura della coronoide si presenta isolata. È più facile che si verifichi accompagnata con altre lesioni del gomito. Come nel caso della frattura dell'estremità dell'omero, anche questa fattispecie è spesso legata ad una caduta sul palmo della mano atteggiata a difesa. Può verificarsi la semplice lesione dell'apice della coronoide, sino ad arrivare alle fratture complesse connesse tuttavia ad altri elementi ossei con eventuale lesione del legamento collaterale mediale. Fra le complicazioni c'è l'ipotesi di dolore acuto ai massimi gradi di flessione del gomito causato dall'urto della coronoide contro l'omero e legato ad una non ideale posizione dei frammenti consolidati.

**L'indicazione all'intervento chirurgico di OSTEOSINTESI:**

Se si decide di procedere con l'intervento chirurgico, di solito la frattura viene ridotta e stabilizzata con una placca e delle viti (osteosintesi). Dopodiché si procede con la riabilitazione.

Prima dell'intervento, in anestesia, verrà valutata la stabilità del gomito con amplificatore di brillantezza al fine di eseguire il bilancio delle lesioni legamentose spesso associate (legamenti collaterali). Verrà eseguita un'incisione cutanea posterolaterale o posteriore al gomito e sviluppato l'accesso chirurgico profondo secondo Kocher tra l'ancone e l'estensore ulnare del carpo. Si procederà al tentativo di riduzione dei frammenti di frattura ed alla sintesi attraverso viti libere, pin, placca e/o viti.

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 superficie articolare in questi casi il trattamento con apparecchio gessato non sarebbe in grado di ricostruire la normale anatomia che avevano prima della frattura, il medico vi proporrà quindi un intervento chirurgico.

Esistono diverse opzioni di trattamento chirurgico:

- Placche e viti.
- Cerchiaggio
- Revisione

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.**

**Complicanze dei trattamenti chirurgici**

Le complicanze più frequentemente osservate nelle fratture del capitello radiale trattate con osteosintesi sono le seguenti: la rigidità in prono-supinazione, la necrosi a vascolare dei frammenti di frattura, i ritardi di consolidazione, la pseudoartrosi (ossia mancata guarigione della frattura), vizi di consolidazione successivi a scomposizione secondaria, ossificazioni eterotopiche, instabilità cronica, infezioni superficiali e profonde, mobilizzazione o intolleranza dei mezzi di sintesi, artrosi, e neuropatie croniche (soprattutto nervi radiale ed ulnare). Tali complicanze possono comportare dolore, limitazione dell'articolazione del gomito ed un deficit funzionale anche rilevante; in questi casi potrà essere necessario re intervenire chirurgicamente per rimuovere i mezzi di sintesi, i frammenti devitalizzati, le ossificazioni, o per eseguire un release capsulare



finalizzato al recupero dell'articolari   o una protesi per sostituire il capitello danneggiato. Le complicanze osservate dopo impianto di una protesi di capitello radiale sono rappresentate dal dolore laterale cronico al gomito, dal riassorbimento del collo radiale con mobilizzazione della protesi, dall'osteolisi peri protesica (15-100%), dalle ossificazioni eterotopiche peri protesiche (6- 48%), dalla mobilizzazione o rottura/usura dell'impianto. Molte di queste complicanze possono richiedere interventi chirurgici successivi per migliorare la funzione (4-27%). Si spiega inoltre che la sopravvivenza media di questo tipo d'impianti   in media di 7-10 anni e, quindi, che potranno essere necessari interventi di revisione. S'informa infine il paziente della generica possibilit  di complicanze infettive, neurologiche (centrali o periferiche), cardiocircolatorie, polmonari, vascolari locali, ossee (fratture iatrogene), urinarie e allergiche (a farmaci, a materiali protesici e di sintesi) che si possono associare a tutti gli interventi chirurgici e del loro relativo grado d'imprevedibilit . In particolare, si informa il paziente sulla possibilit  di danni transitori o permanenti al nervo radiale e ulnare in considerazione della loro vicinanza con il capitello radiale e con le strutture legamentose mediali.

- **Infezione della ferita** le cause per cui una ferita pu  infettarsi sono molteplici, in primis il fattore igienico e di cura della stessa, tale complicanza se non trattata tempestivamente pu  dar luogo a complicazioni pi  gravi quali l'infezione protesica. Talvolta pu  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 negativit  dell'esame colturale non esclude diagnosi di infezione, mentre la positivit  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 sensibilit  parziale o estesa dell'arto operato, insorgenza di febbre**, tali complicanze possono perdurare per qualche giorno o protrarsi per periodi pi  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, pu  provocare rash cutanei fino a vesciche o vere e proprie bruciature.

#### **Recupero funzionale**

Il gomito   una delle strutture osteoarticolari pi  complesse da trattare. Il percorso riabilitativo deve essere immediato dopo la rimozione del gesso o dall'eventuale operazione chirurgica. La complessit  sta nella difficolt  di calibrare la giusta intensit  della riabilitazione. Un approccio moderato pu  rallentare i tempi di recupero facilitando situazioni di rigidit , un iter pi  deciso pu  allo stesso tempo agevolare la formazione di calcificazioni anomale con dolore. I movimenti su cui concentrarsi sono chiaramente la flessione-estensione, fondamentale per i gesti della vita di tutti i giorni come mangiare, lavarsi le mani o pettinarsi, e la prono-supinazione importante per far s  che questi gesti siano armonici. Nei casi in cui sia stato eseguito un complesso intervento chirurgico, il fisioterapista presta attenzione ai processi da accelerare piuttosto che frenare ed in base alle esigenze pu  prescrivere il ricorso ad un tutore articolato con cui facilitare le attivit  o limitarle per scongiurare ricadute dopo l'operazione chirurgica. In sede di riabilitazione si fa spesso ricorso all'idroKinesiterapia in particolare nella fase iniziale. L'alta temperatura dell'acqua, miorelissante, agevola i movimenti, mentre la naturale densit  dell'elemento fa da ammortizzatore e la spinta di galleggiamento, possibilmente facilitata da manubri, consente un recupero molto veloce.   consigliato in alcuni casi un supporto di fisioterapia strumentale (tecar, Laser), in uno step riabilitativo successivo alle prime fasi. In sede di riabilitazione sono indicate, se occorrono, le Onde d'Urto focalizzate nei casi di pseudoartrosi.

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 sar  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 minorenni)

**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](http://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

