
 Sanatorio Triestino SpA	Standard di Servizio	Requisito: G.6
	ORTOPEDIA	Edizione: 1
		Data: 13/01/2015
		Pag. 1 di 11

ORTOPEDIA

Redazione: dott. M.Del Ben –
Verifica: Serena Di Caccamo
Approvazione: Willy Pierre Mercante
Pareri specialistici: dott.P.Chemello


Modifiche rispetto alla versione precedente:

Aggiornamento

 Sanatorio Triestino SpA	Standard di Servizio	Requisito: G.6
	ORTOPEDIA	Edizione: 1
		Data: 13/01/2015
		Pag. 2 di 11

INDICE

- 1. OGGETTO E SCOPO**
- 2. CARATTERISTICHE DELL'U.O.**
- 3. IL PERSONALE**
- 4. ORARI DI SERVIZIO**
- 5. LE ATTIVITA'**
- 6. COME CONTATTARE**
- 7. RISORSE TECNOLOGICHE**
- 8. PRINCIPALI LINEE GUIDA ADOTTATE**
- 9. CATALOGO DEI PRODOTTI**
- 10.FORMAZIONE DEL PERSONALE**
- 11.STANDARD PRESCELTI**

 Sanatorio Triestino SpA	Standard di Servizio	Requisito: G.6
	ORTOPEDIA	Edizione: 1
		Data: 13/01/2015
		Pag. 3 di 11

1. OGGETTO E SCOPO

1.1. OGGETTO

Descrivere le caratteristiche e gli standard di riferimento del Prodotto / Servizio fornito dall'UO di Ortopedia della Casa di Cura Sanatorio Triestino

1.2. SCOPO

Consentire a tutte le parti interessate la valutazione della qualità erogata e la conformità agli standard prescelti e dichiarati.


2. CARATTERISTICHE DELL'U.O. (Responsabile dott. M.Del Ben)

L'U.O. di Ortopedia è dotata di 12 posti letto. Le degenze sono ubicate al 3° piano, facilmente raggiungibili dall'atrio principale mediante ascensore (anche per disabili) o scale.

L'U.O. dispone di n° 2 ambulatori ubicati al 1° Piano St.121 B (convenzionati e privati) e 4° Piano St.439 (solo pazienti privati), facilmente raggiungibili dall'atrio principale mediante ascensore (anche per disabili) o scale.

3. IL PERSONALE

	Qualifica	Ubicazione		Telefono	e-mail
Dr.Maurizio Del Ben	Responsabile	4° piano	St. 439	040.94095 11	
Dr.Paolo Chemello	Aiuto	1° piano	St.121B	040.94095 11	
Dr.Frassanito Francesco		1°Piano	St.121B	040.94095 11	
Inf. Prof. Sara Petri	Capo Sala	3° piano	degenze	040.940983 1	s.petri@sanatoriotriestino.it
D.I. Walter Rasman	R.I. esami pre-operatori	1° piano	St. 119	040.940953 3	w.rasman@sanatoriotriestino.it

 Sanatorio Triestino SpA	Standard di Servizio	Requisito: G.6
	ORTOPEDIA	Edizione: 1
		Data: 13/01/2015
		Pag. 4 di 11

L'U.O. è coadiuvata, per le urgenze, dall'equipe medica dell'U.O. di Medicina Interna, organizzata con turni di guardia attiva 24 h/24 h, oltre che dai Medici di turno notturno e festivo previsti per il Servizio di Guardia attivo.

4. ORARI DI SERVIZIO

La presenza medica è così garantita:

- il dott. Del Ben è presente in struttura il martedì, il mercoledì e qualche venerdì dalle 8;
- il dott. Chemello è presente in struttura il lunedì e il mercoledì dalle 8 alle 17.00;

5. LE ATTIVITA'

Le principali prestazioni erogate sono:

- Visite specialistiche ortopediche
- Confezionamento di apparecchi di immobilizzazione
- Medicazioni semplici e complesse
- Infiltrazioni
- Interventi chirurgici (vedi sezione dedicata)

6. COME CONTATTARE

Modalità di Comunicazione con i Medici Curanti e di accesso all'Unità Operativa


- Prenotazione CUP per visite ambulatoriali convenzionate
- Accesso diretto o telefonico per pazienti privati
- Contatto diretto con i Medici del Servizio ai seguenti numeri: 040/9409511-040/9409831

7. RISORSE TECNOLOGICHE A DISPOSIZIONE DELL'U.O.

Di seguito si dà esposizione circa l'elenco dei presidi e delle apparecchiature elettromedicali che rientrano nell'ambito della chirurgia ortopedica:

Colonna artroscopia:

- fonte luminosa smith & nephew images xenon light source
- centralina smith & nephew dyonics ep-1 per motori elite

 Sanatorio Triestino SpA	Standard di Servizio	Requisito: G.6
	ORTOPEDIA	Edizione: 1
		Data: 13/01/2015
		Pag. 5 di 11

- pedaliera a basso profilo
- monitor a tubo catodico
- unità do comando per videocamere 2CCD 460H
- testine per videocamera 2CCD 460H

Turniquet:

- turniquet elettrico vbm 4500 elc
- manicotti vbm per arti inferiori e superiori

Piattaforme per elettrochirurgia:

- valleylab force triad erogante energia rf per applicazioni
- chirurgie monopolari e bipolari di fusione tissutale
- valleylab force ez erogante energia rf per applicazioni chirurgiche monopolari e bipolari

Letto operatorio servoassistito con pianale mobile caricato su carrello marca opt modello 80 dotato di gruppo batterie ricaricabili collegate a generatore caricabatteria opt

Manipoli/motori ortopedici:

- manipolo sega sagittale a batteria ricaricabile
- manipoli elettrici collegati a centralina elettrica

Sistema di cementazione ossea mediante sistema sottovuoto J. & J. – De Puy (sistema ad effetto venturi collegato alla presa d'aria compressa) dotato di filtro a carboni attivi limitante le esalazioni di metacrilati.

Cemento osseo ad alta viscosità J. & J. – De Puy smart set ghv con o senza gentamicina.


Dispositivo di copertura protettiva del capo tramite sistema di protezione sterile adattabile agli elmetti di Stryker dotati di ventola di areazione ad alimentazione mediante batterie ricaricabili all'idruro di nichelio adattabili alla stazione ricaricabatterie Stryker 400-655.

Dispositivo di lavaggio pulsato attualmente in uso quello destinato al lavaggio di tessuti biologici in ambito chirurgico in-pulse f09001 dotato di impugnatura lava/aspira motorizzata e collegata ad un gruppo di batterie non ricaricabili. Il tutto confezionato sterilmente e totalmente monouso.

Sistema di illuminazione mediante due lampade alogene con variazione di intensità mediante reostato.

Sistema di aspirazione chirurgica mediante vuoto centralizzato e controllo di aspirazione mediante riduttore di pressione.

Linea protettiva mediante filtri in tnt.

 Sanatorio Triestino SpA	Standard di Servizio	Requisito: G.6
	ORTOPEDIA	Edizione: 1
		Data: 13/01/2015
		Pag. 6 di 11

8. PRINCIPALI LINEE GUIDA ADOTTATE

Linee guida per la profilassi antibiotica e antitrombotica in artroscopia, Società Italiana di Artroscopie – SIA, 2006

Linee Guida dell'ARS per la profilassi antibiotica in chirurgia, Regione autonoma FVG Agenzia Regionale della Sanità, 2000

Revisione sistematica sulle Protesi d'Anca: affidabilità dell'impianto, PNLG – Programma Nazionale per le Linee Guida, 2004 (aggiornamento 2007)


Linee Guida per la profilassi del tromboembolismo venoso in Ortopedia e Traumatologia, SIOT – Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia, 2001

Linee Guida per l'igiene delle mani in ambiente sanitario, Azienda Ospedaliera Università di Padova, 2005

Raccomandazioni SIMTI sul corretto utilizzo degli emocomponenti e dei plasmaderivati, Società Italiana di Medicina TrASFusionale e Immunoematologia, 2008

9. CATALOGO DEI PRODOTTI

Protesi d'anca: intervento chirurgico di artroprotesi d'anca consistente nella sostituzione della testa femorale (che può essere usurata – coxartrosi – collassata – necrosi – o fratturata – frattura mediale del collo del femore) e nel rivestimento della cavità acetabolare (dove la testa del femore trova alloggio), mediante applicazione di dispositivi costituiti da materiali metallici, plastici o ceramici di adeguate forme, dimensioni e resistenza meccanica, in grado di riprodurre il movimento dell'articolazione senza attrito né dolore. L'ancoraggio all'osso delle componenti proteiche impiantate, può essere affidato ad una sostanza cementante (il polimetilmetacrilato: protesi cementata) oppure all'accrescimento diretto dell'osso stesso sulla protesi (protesi non cementata): la scelta può dipendere da numerosi fattori tra cui l'età, le esigenze funzionali, il sesso, la qualità dell'osso. Attualmente l'affidabilità dei materiali utilizzati in associazione alla tecnica chirurgica, hanno raggiunto degli standard di qualità tali da consentire per lo più un impianto senza il ricorso del cemento.


 Sanatorio Triestino SpA	Standard di Servizio	Requisito: G.6
	ORTOPEDIA	Edizione: 1
		Data: 13/01/2015
		Pag. 7 di 11

Tutto ciò viene realizzato con una incisione chirurgica che viene pianificata sulla base delle caratteristiche peculiari del paziente, seguendo dei criteri individuali di "minor invasività possibile" o più correttamente, secondo quei principi che oggi sono largamente condivisi dalla comunità scientifica di "chirurgia a risparmio dei tessuti" (*TSS Tissue Sparing Surgery* degli autori anglosassoni).

È importante sottolineare come il concetto di TSS sia ritenuto basilare non tanto per i tessuti superficiali (cutaneo e sottocutaneo), per i quali è tuttavia innegabile un vantaggio sul piano estetico ed antalgico, bensì per quegli strati più profondi (tessuto fasciale, muscolare, legamentoso ed osseo) nei confronti dei quali la miniinvasività risulta determinante per il recupero funzionale a breve termine.

Trattandosi di un'articolazione profonda, più o meno circondata da voluminose formazioni muscolari, l'anca risulta chirurgicamente aggredibile seguendo diverse strade che prendono il nome di "vie chirurgiche d'accesso". La via chirurgica anteriore mininvasiva a risparmio dei tessuti, qualora perseguibile, consente al chirurgo di intervenire senza la necessità di selezionare i muscoli, ma più semplicemente divaricandoli con gli intuibili vantaggi in termine di perdite ematiche, dolore e tempi di recupero funzionale post operatori. A conclusione è doveroso ricordare che la mininvasività, sebbene importante per il recupero precoce, non incide affatto sulla durata dell'impianto protesico né sulle attività affrontabili a recupero funzionale ultimato: caratteristiche che, invece, dipendono più strettamente (ma non esclusivamente) dall'utilizzo più o meno gravoso cui l'impianto verrà sottoposto, nonché dal tipo di protesi e della sua corretta applicazione.

Protesi di ginocchio: In presenza di una patologia articolare del ginocchio – in particolare della gonartrosi – le superfici di rivestimento – scorrimento, non più lisce, determinano un movimento sempre più dolente e limitato. Qualora terapie mediche, fisiche e riabilitative non dimostrino efficacia nel controllo dei disturbi, può essere indicata la sostituzione delle superfici articolari con protesi di ginocchio. L'intervento chirurgico consiste nella rimozione del sottile strato residuo di cartilagine usurata assieme a pochi millimetri di tessuto osseo sottostante e nella successiva sostituzione delle parti asportate


 Sanatorio Triestino SpA	Standard di Servizio	Requisito: G.6
	ORTOPEDIA	Edizione: 1
		Data: 13/01/2015
		Pag. 8 di 11

con dispositivi metallici, plastici o ceramici, di adeguata forma e dimensione, in grado di restituire un movimento più ampio, più fluido e con sollievo dei dolori. È interessante notare che la sostituzione con protesi può coinvolgere tutti e tre i compartimenti del ginocchio (femoro-tibiale interno, esterno e femoro-rotuleo) o in casi selezionati può essere limitata ad uno di essi (monocompartimentali o emoprotesi). In tali casi la preservazione delle parti sane dell'articolazione comporta indubbi vantaggi in termine di perdite ematiche (sanguinamento), estensione della ferita chirurgica, dolore postoperatorio e tempi di recupero funzionale.

L'ancoraggio all'osso delle componenti proteiche impiantate, diversamente alla chirurgia protesica dell'anca, viene affidato più frequentemente, ma non esclusivamente, ad una sostanza cementale: il polimetilmetacrilato (protesi cementata).

Artroscopie di ginocchio: può essere definita una metodica endoscopica che, con il minimo trauma chirurgico, permette di porre (o confermare) una diagnosi endoarticolare e, nella maggior parte dei casi, di eseguire contestualmente i necessari provvedimenti chirurgici. Tale metodica, attualmente utilizzata su molte articolazioni, in origine venne applicata (e si diffuse) per il riconoscimento e il trattamento di patologie meniscali del ginocchio, fino ad allora aggredite con una incisione chirurgica molto più ampia (artrotomia). Naturalmente anche le lesioni dei legamenti crociati e del tessuto cartilagineo venivano trattate con una incisione analoga. Il trattamento artroscopico, invece, necessita di accessi chirurgici minimi (per lo più due incisioni di 1 cm ai lati della rotula⁹, che solo saltuariamente, in casi particolari, possono richiedere incisioni suppletive o "allungate". Attraverso queste mini incisioni vengono introdotti l'ottica artroscopica (che attraverso una telecamera consente la visione su video dell'ambiente articolare) e gli strumenti necessari per il trattamento delle lesioni così osservate, il tutto con un indubbio vantaggio rispetto alle tecniche classiche in termini di dolore e recupero funzionale post-operatorio.

Ricostruzione artroscopica di Legamento Crociato Anteriore: abbiamo già visto come l'artroscopia, in origine, venne applicata e si diffuse per il riconoscimento e il trattamento di patologie meniscali del ginocchio, che fino ad allora erano aggredite con una incisione chirurgica molto più ampia (artrotomia). Questo approccio artrotomico o

 Sanatorio Triestino SpA	Standard di Servizio	Requisito: G.6
	ORTOPEDIA	Edizione: 1
		Data: 13/01/2015
		Pag. 9 di 11

chirurgico "classico", veniva a maggior ragione utilizzato in caso di lesioni del ginocchio di maggior complessità, come quelle dei legamenti crociati che attualmente, invece, possono essere affrontate con l'ausilio dell'artroscopio e dei numerosi specifici strumenti ideati per questa chirurgia.


Il presupposto delle attuali tecniche ricostruttive e non riparative del LCA, risiede nella scadente capacità riparativa (sia spontanea, che chirurgicamente indotta) dimostrata da questo importante legamento del ginocchio. Da qui la necessità di una vera e propria sostituzione che attualmente è perseguibile utilizzando:

- un sostituto biologico che può essere
 - un innesto tendineo autologo, di provenienza dallo stesso paziente
 - un innesto tendineo omologo, proveniente da un paziente donatore multiorgano
- un sostituto sintetico, prodotto in laboratorio con sofisticati procedimenti industriali


La metodica di ricostruzione biologica con innesto autologo è attualmente la tecnica ricostruttiva più utilizzata e più affidabile per la ricostruzione le LCA. L'inconveniente, rispetto alle metodiche alternative, è dato dai possibili disturbi in sede di prelievo, correlati all'inevitabile incisione ed alla successiva asportazione del tendine prescelto come innesto.

Dott. Pistan:

- osteotomie di ginocchio per correzione di difetti in varo o valgo. La correzione viene effettuata al femore o alla tibia. La sintesi è demandata a placche o fissatori esterni.
- PIEDE: alluce valgo - correzione mediante osteotomia del I metatarsale. L'intervento può essere effettuato a cielo aperto e sintesi con viti o può essere mininvasivo e sintesi temporanee per 30 gg con filo metallico che a scadenza viene rimosso; dito a martello - correzione in anestesia locale mediante resezione delle teste della I falange e stabilizzazione con filo metallico per 21 gg; metatarsalgia - si procede ad osteotomia distale delle teste metatarsali interessate e loro sollevamento senza mezzi di sintesi; neuroma di Morton - in anestesia locale incisione dorsale, sezione del legamento intermetatarsale, neurolisi del nervo o asportazione del neuroma.

 Sanatorio Triestino SpA	Standard di Servizio	Requisito: G.6
	ORTOPEDIA	Edizione: 1
		Data: 13/01/2015
		Pag. 10 di 11

- SPALLA: rottura cuffia rotatoria e conflitto sotto acromiale – procedura a cielo aperto in anestesia plessica, si procede ad assottigliare l’acromion per un miglior scorrimento delle cuffie sottostanti e suture dei tendini rotti con ancore metalliche fissate all’asse. Tutore di spalla per 5 settimane; lussazione abituale di spalla – procedura a cielo aperto con minincisione, reinserzione delle capsule articolari slabbrate con ancorette metalliche all’asse gleonideo e sua duplicatura.
- GOMITO: compressione del n. ulnare al gomito – intervento in anestesia di plesso con incisione al lato interno del gomito e liberazione del nervo dalle aderenze e sua trasposizione anteriore; epicondilite - anestesia di plesso disinserzione di alcuni tendini estensori dall’epicondilo e loro pulizia prima di reinserirli all’asse; epitrocleite - anestesia di plesso, disinserzione di alcuni tendini flessori dall’epitrocleite e loro pulizia prima di reinserirli all’asse.
- MANO: sindrome del tunnel carpale – anestesia locale, incisione al palmo della mano, sezione del legamento trasverso del carpo e verifica delle condizioni del nervo mediano con liberazione di eventuali aderenze; sindrome del m.ulnare al polso – anestesia locale, incisione al palmo della mano, verifica delle condizioni del m.ulnare con liberazione di eventuali aderenze; dito a scatto – anestesia locale, incisione a livello della base del dito interessato, sezione delle puleggia di scorrimento del tendine e liberazione dalle aderenze; morbo di De Quervain o tenosinovite del I compartimento della mano – anestesia di flusso, incisione a livello della regione radiale del carpo e sezione del retinacolo che comprime i tendini abduuttore lungo ed estensione breve del pollici. Lisi delle aderenze; morbo di Dupuytren – anestesia di plesso, si procede ad asportare le parti di aponeurosi palmare riducendo l’estensione alle dita della mano.

 Sanatorio Triestino SpA	Standard di Servizio	Requisito: G.6
	ORTOPEDIA	Edizione: 1
		Data: 13/01/2015
		Pag. 11 di 11

10. FORMAZIONE DEL PERSONALE

Il dott. Del Ben ha partecipato a numero corsi tra i quali:

- XVIII Congresso di Traumatologia e Riabilitazione Sportiva – La cartilagine del ginocchio: strategie di cura nei pazienti sportivi dal trauma all’artrosi, Bologna 2009
- 4° International S.I.A. meeting, Udine 2010
- La medicina delle prove di efficacia, Trieste 2012

Il dott. Chemello ha partecipato a numero corsi tra i quali:

- 9° Congresso Sodalizio Veneto Ortopedici Traumatologi Ospedalieri, Marostica 2010
- Visit center sulla chirurgia protesica dell’anca, ASS n.2 Isontina 2011
- Fratture di spalla, omero, gomito ed avambraccio. Traumatologia dell’anello pelvico, Riccione 2011
- La gestione ed il trattamento delle complicanze precoci nella protesica di ginocchio, Udine 2012
- La protesi di spalla, Udine 2012
- Le fratture del pilone tibiale e della tibio tarsica, Udine 2013

11. STANDARD PRESCELTI

Artroscopie di ginocchio: 90% dei pazienti dimessi entro la sera della giornata d’intervento

11. 1 LISTE DI ATTESA, TEMPI E MODALITA’ DI MISURA

Le liste d’attesa dei pazienti ortopedici, inseriti dopo visita convenzionata, sono depositate presso l’ambulatorio del prericovero.

Sono suddivise per classi di complessità di intervento, ciascuna delle quali distinguibile a sua volta per classe d’urgenza:

- interventi ambulatoriali (urgente, urgente differibile e programmato)
- interventi in DH (urgente, urgente differibile e programmato)
- interventi in ricovero – di media complessità (urgente, urgente differibile e programmato)
- interventi in ricovero – di medio alta complessità (urgente, urgente differibile e programmato)

La valutazione dei tempi d’attesa per l’intervento viene eseguita calcolando la media dei giorni di attesa dei pazienti operati (in assenza di ritardi dovuti a necessità contingenti – approfondimenti o esami particolari – o specifiche richieste dell’interessato).