

Presentato a Firenze un progetto organico per una nuova metodica di cura per il "piede torto"



necessaria la correzione chirurgica, proseguendo successivamente con apparecchi di immobilizzazione per altri due mesi e successivi splint a fisioterapia per circa un anno. Adesso le cose sono cambiate. Novembrì e Pagliuzzi hanno seguito uno stage a Parigi per apprendere i canoni della nuova metodica francese che stanno applicando a Firenze con molto successo e con evidente gradimento da parte dei familiari dei piccoli pazienti e dei fisioterapisti.

La tecnica che il prof. Seringe applica ormai da circa 15 anni consiste nell'applicazione con cerotti di una placchetta in plastica e di una doccia di posizione in resina termo-conformabile a scopo correttivo. "Tale metodo - spiegano Novembrì e Pagliuzzi - viene attuato mediante la collaborazione dei servizi fisioterapici che seguono il bambino a casa a giorni

alterni e con il centro di riferimento di Parigi che lo rivaluta ogni tre settimane. Tale metodica, pochissimo invasiva, a bassissimo costo e non traumatizzante al momento dell'attuazione, non solo permette al bambino una vita normale ma riduce di oltre il 50% il numero di interventi chirurgici necessari per completare la correzione della deformità".

In buona sostanza, ci troviamo di fronte ad una sensibile modificazione del tradizionale metodo di intervento sul piede torto congenito che da una parte migliora il rapporto traumatico malattia-paziente-famiglia, dall'altro consente di ridurre in maniera drastica le spese per degenza ed interventi chirurgici.

Le due foto che pubblichiamo mostrano la dottoressa Novembrì con un suo piccolo, sorridente paziente al CTO di Firenze ed il piede con la sua placchetta di posizione.

Dovrebbero bastare queste due immagini, oltre alle considerazioni su costi e serenità di pazienti e famiglie, per dare una svolta al progetto presentato da Novembrì e Pagliuzzi, per renderlo cioè organico e completo in tutti i suoi passaggi obbligati e nel coinvolgimento dei servizi fisioterapici territoriali.



Il piede torto congenito (PTC) è considerata la deformità scheletrica congenita più frequente, con una incidenza di 2-3 bambini affetti su 1.000. La deformità è più frequente nel sesso maschile. La bilateralità della lesione è riportata nel 50% dei casi. La causa della deformità non è chiara, anche se nei casi più seri si ritiene verosimile una predisposizione genetica. Incontra sempre più dubbi l'ipotesi di malposizione uterina e di scarsità di liquido amniotico. Queste affermazioni sono rese possibili dall'osservazione del PTC in utero, tramite ecografia prenatale. Con questa metodica è infatti possibile visualizzare la deformità in epoca gestazionale molto precoce (fin dalla diciassettesima settimana) quando il rapporto feto-liquido amniotico è ampiamente a favore di quest'ultimo.

Il trattamento deve essere il più precoce possibile. Quello tradizionale consiste in manipolazioni delicate ma ferme e nell'esecuzione di gessi gradualmente correttivi eseguiti con bende di materiale sintetico a rigidità controllata. Specie nelle prime settimane di vita, tali gessi devono essere sostituiti ogni 7-8 giorni per ottenere maggiore correzione e permettere la crescita del piede, in questa fase d'età molto rapida. All'età di 4 mesi un esame radiografico del piede è in grado di dire se la correzione ottenuta è soddisfacente. Solitamente però è quasi sempre necessario un intervento chirurgico nel caso in cui si debba completare la correzione dell'equinismo con l'allungamento di tendini mediali del piede e con le capsulotomie mediali.

L'intervento principale consiste nella plastica del tendine d'Achille, nelle capsulotomie posteriori e nella liberazione di tutte le strutture retratte e ispessite.

Segue un secondo ciclo di trattamento gestato che non deve mai essere inferiore ai 60-80 giorni ed un programma di tutorizzazione notturna fino ai 18 mesi di vita. Questo è molto importante, in quanto il PTC è una deformità scheletrica ad alto rischio di recidiva.

Un vademecum per imparare come si "usa" il Pronto soccorso pediatrico

Febbre, mal d'orecchi, diarrea, sederino irritato dal pannolino: sono tra le ragioni più comuni per cui un bambino si lamenta, piange forte, si vede che soffre. I genitori si allarmano, (magari è notte...) e non riescono a calmare il piccolo. Alla fine decidono: si va al Pronto Soccorso dell'Ospedale. Ma qui può accadere che gli operatori sanitari addetti al triage, dopo aver valutato la situazione, indichino alla famigliola la porta della sala d'attesa dei "codici bianchi", dove sostano i casi non urgenti destinati ad aspettare che vengano prima risolte le vere emergenze.

Evitare inutili e trafelate corse al Pronto Soccorso si può, se si è bene informati su che cosa fare nel caso si manifestino i sintomi sopra citati. Cinque grandi Ospedali pediatrici italiani, il Meyer di Firenze, il Burlo Garofolo di Trieste, il Gaslini di Genova, il Salesi di Ancona e il Santobono di Napoli, in collaborazione con i pediatri di libera scelta, hanno lanciato a partire da lunedì 3 novembre nelle rispettive città una campagna di informazione che ha lo scopo di evitare il ricorso delle famiglie al Pronto Soccorso nei casi in cui non esistono le reali condizioni di urgenza, quando cioè il disturbo accusato dal bambino è tranquillamente curabile a casa o con la consulenza del pediatra di base. Con un duplice vantaggio: per la famiglia e per i bambini, che riescono a limitare ansia, stress, attese prolungate, e per la struttura sanitaria stessa, che può rivolgere tutte le energie ai casi veramente urgenti e di emergenza. La campagna prevede la distribuzione ai genitori di un vademecum, un agile depliant in cui sono descritti alcuni frequenti sintomi di malattia dei bambini (febbre, diarrea, dermatite da pannolini e mal d'orecchi), che cosa fare quando questi si manifestano, e i consigli su quando consultare il pediatra e quando invece è necessaria una visita urgente. Il depliant, intitolato "Leggere le istruzioni. Sapere, per saper scegliere il comportamento corretto", viene distribuito da lunedì 3 novembre 2003 nei Pronto Soccorso dei cinque ospedali, dai pediatri di famiglia e diffusi attraverso gli Ambulatori Pediatrici dei Distretti.

"Con questa azione informativa mirata ai genitori di bambini di età inferiore ai 5 anni - spiega il dottor Francesco Mannelli, responsabile del Dipartimento emergenza accettazione del Meyer - prevediamo di ridurre di almeno la metà il numero dei codici bianchi per queste patologie che si presentano al Pronto Soccorso e di assicurare quindi una gestione ancora migliore delle emergenze. Contiamo di distribuire, nel corso dell'anno almeno 10000 brochure".

Sulla base dei dati raccolti nei Pronto Soccorso saranno elaborate strategie e profili assistenziali per contenere il continuo aumento degli accessi impropri, migliorare l'educazione sanitaria della popolazione e aumentare la capacità di autogestione delle famiglie. La conclusione operativa è prevista ad agosto 2004.

le scrivanie delle direzioni aziendali fiorentine di Careggi e Meyer to arrivate due cartelle contenenti un progetto organico diretto a concretizzare una metodica già sperimentata in Francia con successo per intervenire sul piede torto congenito.

Il progetto è stato presentato da due medici fiorentini (Alessandra Novembrì e Alessandro Pagliuzzi) chirurghi ortopedici pediatrici dell'Area di degenza di pediatria Pediatrica del CTO di Firenze e, di recente, hanno svolto uno stage a Parigi presso il dipartimento di ortopedia pediatrica diretto dal prof. Seringe presso l'Ospedale Saint Vincent de Paul. I due medici, che hanno alle spalle, una ricchissima esperienza in materia di piede torto congenito (con ben 150 bambini operati), sono convinti che spostare a Firenze tale metodica potrebbe porre la città toscana in posizione di eccellenza a livello nazionale, visto che in Italia ancora nessun ospedale sta preoccupando per tale introduzione nella tecnica di intervento.

Le due direzioni coinvolte daranno il loro contributo. L'Assessorato regionale alla sanità potrebbe ipotizzare un coinvolgimento generalizzato dei servizi territoriali per raggiungere uno scopo preciso, quello di consentire ai bambini una migliore qualità della vita con normali ritmi quotidiani e momenti di libertà e gioco con l'obiettivo anche di ridurre sensibilmente il numero dei bambini da operare.

Già da due mesi addietro i due medici fiorentini trattavano il piede torto congenito secondo tradizione, con immobilizzazioni in apparecchi ad hoc femorodali dal 15° giorno di vita ai 4-6 mesi, età in cui praticamente si rende