



La Gazzetta dello Specializzando

News, bandi di concorso, scadenze, informazioni utili & altro...

A Cura del Comitato Giovani SIAGASCOT – Responsabile: Dr. Carlo F. Minoli

APRIL EDITION

Congratulazioni ai vincitori dello Streaming Festival!



Il vincitore per la **categoria “THE FABOLOUS SIX AWARD: BEST OR WORST 6 CASES SCENARIOS”** è:
Dr. G. **Bernardi** – Lussazione recidivante di rotula con frattura osteocondrale della rotula: ricostruzione MPFL con tendine quadricipitale autologo e sintesi frammento osteocondrale con tecnica a suture incrociate

Complimenti anche agli altri partecipanti!

Il vincitore del prestigioso **Mario Randelli Award** è il dr. **Davide Cucchi!**

Il vincitore del prestigioso **Paolo Aglietti Award** è il dr. **Umberto Cardinale!**

Il vincitore del prestigioso **Renato Viola Award** è il dr. **Alessandro Annibaldi!**

Congratulazioni!

Per tutti una fellowship SIAGASCOT in Italia!

Per rivedere lo Streaming Festival

Vi siete persi la diretta? Stavate guardando l'evento principale e vi siete persi il Comitato Giovani? ;) Nessun problema, potete rivedere tutto sul sito Siagascot!

<https://www.siagascotevents.com/>





La Gazzetta dello Specializzando

News, bandi di concorso, scadenze, informazioni utili & altro...

A Cura del Comitato Giovani SIAGASCOT – Responsabile: Dr. Carlo F. Minoli

Ed è solo l'inizio!



Buon vino e casi clinici in ortopedia, cosa si può chiedere di meglio? (no, quello non posso scriverlo)

Discussione di casi clinici

9 Aprile 2021

Online e facilmente ascoltabile dalla comodità del vostro divano di casa ecco a voi il 19° congresso ESSKA! Con più di 450 relatori, 5 giorni di congresso, live o on-demand, direi che ce ne è per tutti!

11-15 maggio, Save the date!



Spostato da live a online il 15° congresso SICSeG sarà il 21-22 Maggio e non ad Aprile. Spalla e Gomito al day long, son previsti giusto un paio di nomi noti...Watch out, iscriversi entro il 13 Maggio

E come al solito, tanti tanti webinar, collaborazioni ed eventi patrocinati!



Da non perdere!



Sab 15 Maggio 2021 **OSTEOTOMY BEST CASES AWARD**

I migliori casi clinici proposti dai partecipanti, precedentemente inviati sulla base del template fornito e selezionati dalla commissione, verranno discussi on-line in diretta con i membri del [Working Group](#)

Sab 18 Settembre 2021 **THE FUTURE OF OSTEOTOMIES**

In diretta, cinque dei migliori osteotomisti italiani (D. Bonasia, M. Malavolta, F. Saccia) ed europei (K. Kley, M. Ollivier) in un confronto itinerante ed interattivo sulla loro esperienza chirurgica... e non solo

Ven 29 Ottobre 2021 **RELIVE SURGERY STEP BY STEP**

Durante cinque brevi relive surgery, riguardanti le principali tecniche osteotomiche, i partecipanti potranno interagire con i membri del [Working Group](#) su dubbi, curiosità, dettagli tecnici, [pearls](#) & [pitfalls](#).

- CORREZIONE TIBIALE IN ADDIZIONE MEDIALE Dr. Canton / Regazzola
- CORREZIONE TIBIALE IN SOTTRAZIONE MEDIALE Dr. Garcia Parra / Saccia
- CORREZIONE TIBIALE IN SOTTRAZIONE LATERALE Dr. Berruto / Vasta
- CORREZIONE FEMORALE IN ADDIZIONE LATERALE Dr. Bonasia / Malassi
- CORREZIONE FEMORALE IN SOTTRAZIONE MEDIALE Dr. Capella / Malavolta

Fine 2021/ Inizio 2022 **OSTEOTOMY LAB @ ICLO VERONA**

I dodici partecipanti che avranno dimostrato maggiore preparazione e coinvolgimento nei [precedenti incontri](#) avranno la possibilità di mettere in pratica su preparato anatomico le conoscenze consolidate durante il percorso, confrontandosi dal vivo con i membri del [Working Group Osteotomie Siagascot](#).

Se tutto vi sembra andare storto e vorreste darci un taglio, fatelo mediale e di sottrazione! Ecco a voi la combo di proposte dell'attivissimo Comitato Osteotomie!

X-FactOst: una serie di incontri a tema osteotomie che parte il 15 Maggio e prosegue per tutto il 2021 con Lab finale (a sx il programma)

E se aveste un caso da gestire ma non siete sicuri e volete un confronto? Arriva da oggi, direttamente a casa vostra (armato di sega in stile «Non aprite quella porta») GlovOst!



<https://siagascot-orto.com/master/>

FALEGNAME O ORTOPEDICO?

Puntata numero 3:

Perché i miei scalpelli non sono mai affilati?!?

Per farla semplice? Non sono disegnati per esserlo. L'usura dettata dal fatto che li stai usando come cacciavite non c'entra.

Gli scalpelli, nell'immaginario comune, sono quelli da falegname.

Esistono tuttavia un ampio numero di scalpelli diversi, per forma, dimensione, materiale e soprattutto angolo di taglio.

Let's keep it simple: lo scalpello da falegname (quello affilato) ha un angolo di taglio di circa 30°

Tale tipo di scalpello (osteotomo) è derivato non dallo scalpello da falegname, ma da quello del...muratore. Ebbene sì, gli scalpelli che usiamo in sala operatoria altro non sono che scalpelli da muratore.



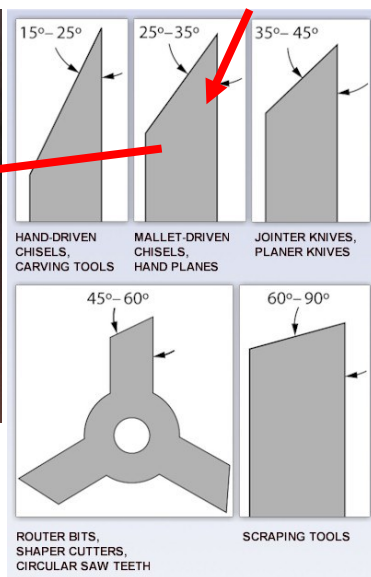
Notate qualche similitudine?

Di fatto l'osteotomo è un cuneo, non uno scalpello. Il muratore usa lo scalpello per rompere pietre, mattoni et similia, risulta pertanto abbastanza facile immaginare che l'affilatura del suo scalpello non rappresenti di certo la prima caratteristica ricercata. Ma allora perché usiamo scalpelli da muratore e non da falegname in sala operatoria?

Molto semplice: uno scalpello da falegname può essere considerato affilato decentemente se in grado di fungere da rasoio. Immaginate il traumatologo/ortopedico medio che fa un'osteotomia con un rasoio di 15-20 cm e una mazza... cosa potrebbe mai andare storto?

Piccolo bonus tip

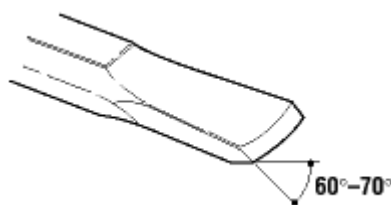
Più grande è lo scalpello maggiore il controllo. Di fatto la forza del colpo si distribuisce su un'area maggiore e permette di dosarla più correttamente ed in modo più mirato. Quando si può scegliere tra 2 dimensioni di scalpello, usate sempre il più grande.



Con possibili variazioni a seconda dell'utilizzo che viene fatto dello strumento.

Lo scalpello da ortopedico (in gergo osteotomo) ha un profilo completamente diverso.

Tipicamente presenta 2 «bevels», due angoli, che sommati tra loro portano ad un angolo incidente di circa 60°-70°.



*Carlo F. Minoli,
falegname per passione*

THE FUNNY SIDE OF ORTHO

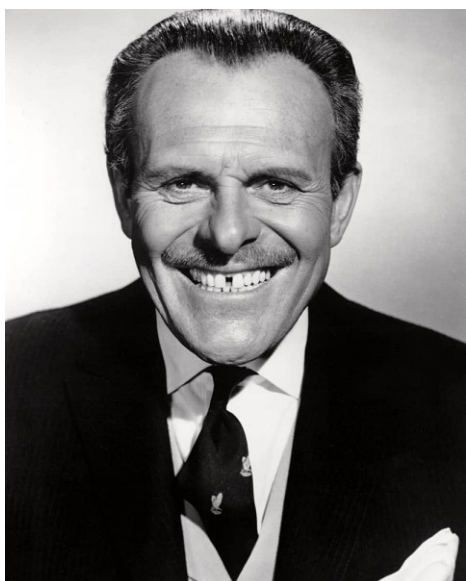
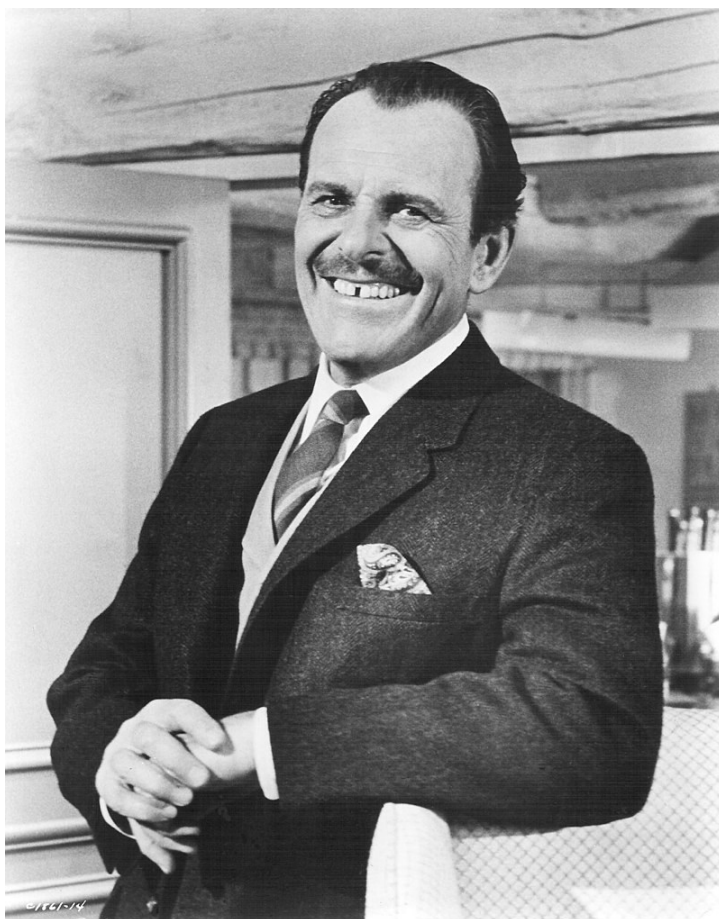
Il Terry-Thomas Sign

I traumi di polso rappresentano indubbiamente una delle entità più frequenti in qualsiasi PS/sala gessi ortopedica. Quando si valutano tali traumi, soprattutto nella popolazione giovanile, non bisogna soffermarsi alla sola componente ossea. È possibile infatti, sebbene raro, che venga coinvolto uno dei legamenti cardine della prima filiera del carpo: il legamento scafo-lunato. La rottura di tale legamento porta ad un ampliamento dello spazio tra lo scafoide e il semilunare. Ciò determina nei movimenti di stretta del pugno il traslare verso la prima filiera del capitato nello spazio così creatosi, con conseguente progressiva evoluzione artrosica, instabilità di polso e dolore.

Il chirurgo ortopedico americano Victor H Frankel ha chiamato questo segno in onore del famoso comico e attore britannico Terry-Thomas (1911-1990) per motivi assolutamente sconosciuti...



Terry-Thomas ha autorizzato l'uso del suo nome per il segno radiologico. The more you know...



Frankel VH. The Terry-Thomas sign. *Clin Orthop Relat Res.* 1977 Nov-Dec;(129):321-2. doi: 10.1097/00003086-197711000-00048. PMID: 608295.

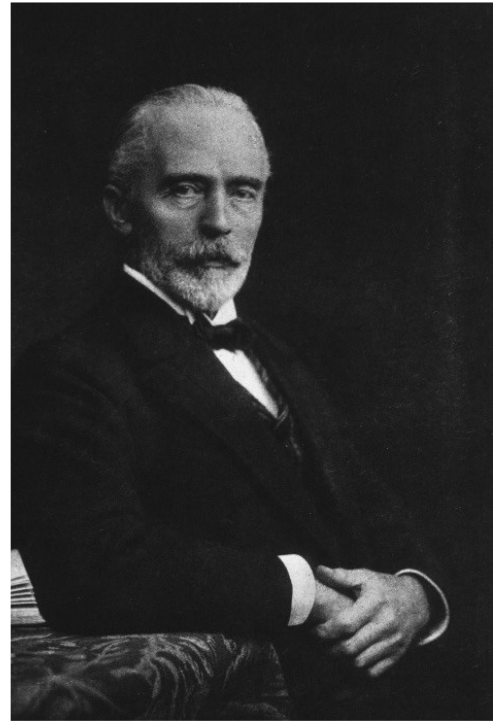
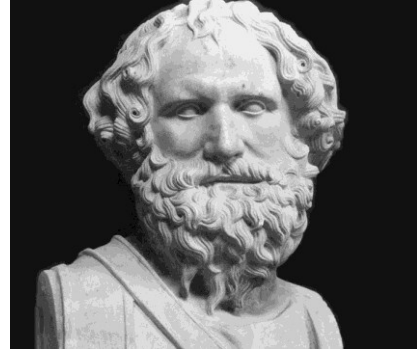
La Gazzetta dello Specializzando

News, bandi di concorso, scadenze, informazioni utili & altro...

L'ANGOLO DI ARCHIMEDE

A Cura Del Dr. Stefano Pasqualotto

La Pinza di Kocher



La pinza di Kocher è uno strumento ubiquitario in tutto l'ambito chirurgico. Il suo inventore, Emil Theodor Kocher, nacque a Berna (Svizzera) nel 1841. Dopo aver completato gli studi di medicina nel 1865 all'Università di Berna, Kocher iniziò alcune travelling fellowship che comprendevano esperienze di ricerca scientifica e di osservazione chirurgica a Berlino, Parigi e Londra. Durante tali fellowship ebbe come mentori medici del calibro di James Paget, Louis Pasteur, Rudolf Virchow, Askan Demme, Georg Lücke ma coloro che ebbero la maggior influenza furono Theodor Billroth, Joseph Lister e Bernhard von Langenbeck. In particolare, assistendo il dottor Billroth, Kocher vide che alcuni pazienti persero la vita in seguito ad interventi di tiroidectomia a causa di sepsi o di emorragie cospicue e che molti pazienti sviluppavano tetania a causa dell'asportazione delle paratiroidi. Fu in questo momento che Kocher chiese al dottor Lister di insegnargli l'importanza dell'asepsi nella tecnica chirurgica. Nel 1866, Kocher ritornò all'Università di Berna come un medico esperto e come assistente del Dr. Georg Lücke. Nel 1873, all'età di 31 anni, Kocher divenne Professore Ordinario di Chirurgia all'Università di Berna e mantenne tale carica per tutta la sua carriera durata 45 anni. Il contributo di Kocher alla medicina ed alla chirurgia va ben oltre l'ideazione di una pinza e la descrizione di approcci chirurgici. Egli infatti sviluppò numerose procedure ortopediche, neurochirurgiche, addominali e tiroidee oltre che a numerose collaborazioni con chirurghi di tutto il mondo tra cui William Halsted e Harvey Cushing.

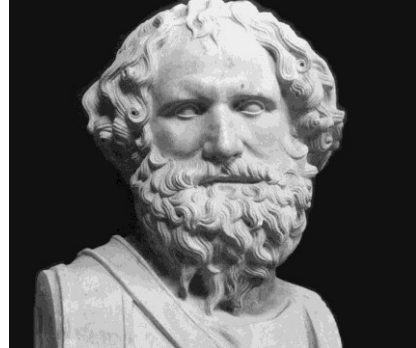
Nel 1872, Kocher portò a termine la sua prima tiroidectomia usando la tecnica di Billroth che tuttavia era caratterizzata da un cospicuo sanguinamento che spinse Kocher a sviluppare una nuova tecnica chirurgica in cui prima di splittare la capsula tiroidea si eseguiva la legatura dei vasi e l'identificazione del nervo laringeo ricorrente. Tale tecnica permise a Kocher di eseguire un'accurata dissezione e preservazione anche delle paratiroidi riducendo al minimo i decessi per emorragia e i casi di tetania post-operatoria. L'interesse di Kocher era altresì rivolto verso le problematiche



La Gazzetta dello Specializzando

News, bandi di concorso, scadenze, informazioni utili & altro...

cerebrovascolari e nel 1901, al termine di numerosi studi sulla fisiopatologia della pressione intracranica, Kocher fu il primo chirurgo ad eseguire una craniotomia decompressiva con l'obiettivo di ridurre la pressione intracranica. L'utilità della pinza vascolare di Kocher è ben conosciuta mentre lo è meno la sua origine. Curiosamente, un disegnatore di strumenti francese, Joseph-Frédéric-Benoît Charrière sviluppò il concetto delle moderne pinze vascolari, gestibili con una mano e con un meccanismo di chiusura prossimale. Charrière pubblicò il suo progetto nel 1852, periodo nel quale i chirurghi eseguivano legature dei vasi o mantenevano una pressione manuale sul vaso per controllare l'emorragia.



Attualmente, tale pinza può essere utilizzata per clampare vasi o sostenere tessuti permettendo di continuare la procedura chirurgica. Diversi chirurghi negli anni 1860 e 1870 apportarono delle modifiche al progetto di Charrière; tra questi, il Dr. Thomas Spencer Wells progettò una pinza con "braccia" più corte e denti più profondi per migliorare la presa e la compressione. Nel 1882 Kocher presentò la sua pinza, che aveva un aspetto simile a quella di Wells ma con delle "braccia" più lunghe e più sottili e con una struttura terminale a denti di topo. Non è chiaro se la pinza di Kocher fu disegnata dopo la versione di Wells o dopo quella di Billroth; tuttavia, l'aggiunta della struttura terminale a denti di topo fu fondamentale per garantire una presa ferma dei tessuti solidi mentre veniva eseguita la legatura dei vasi, riducendo così il rischio di contaminazione. Nel corso della sua carriera, Kocher contribuì a

249 articoli riguardanti in particolare la tiroide, l'epilessia traumatica, i danni cerebrali e la pressione intracranica, fu mentore di più di 150 dottorandi e condivise la sua conoscenza ed esperienza attraverso un autorevole libro di tecniche chirurgiche chiamato *Textbook of Operative Surgery*, che ebbe numerose

edizioni e traduzioni in inglese, francese, spagnolo ed italiano. Kocher è rinomato per la sua devozione alla medicina ed alla chirurgia, fu il primo chirurgo ad enfatizzare il concetto della dissezione internervosa e fu il primo cittadino svizzero ed il primo chirurgo a vincere il Premio Nobel per la Medicina grazie ai suoi studi sulla fisiopatologia e la gestione chirurgica del morbo di Graves.



STRANGER THINGS FOR ORTHOPEDISTS

Il trauma del massiccio facciale

Quali sono le cause tipiche del trauma d'interesse del chirurgo maxillo facciale?

I traumi del massiccio facciale sono spesso conseguenza d'incidenti stradali, meno frequentemente sono dovuti a incidenti sul lavoro, aggressioni, incidenti sportivi, colluttazioni o lesioni balistiche.

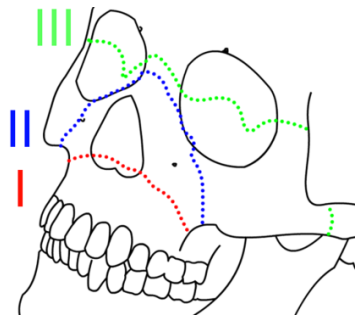
Quali sono le Urgenza di pertinenza del Chirurgo Maxillo-Facciale?

Fatto salvo le condizioni di prima gestione del paziente traumatizzato e delle fratture e ferite con coesistente interesse neurochirurgico, ci si può trovare di fronte a condizioni che inizialmente possono essere misconosciute e che, in alcuni casi, possono portare a sequele anche gravi. Per quanto complesse e cruente, raramente le lesioni dei tessuti molli e dello scheletro del massiccio facciale possono causare shock emorragico. Ferite particolarmente profonde del volto e coinvolgenti le cavità nasali possono essere meritevoli di trattamento di urgenza per il mantenimento della pervietà della vie aeree, come del resto la ptosi posteriore della lingua, conseguente a frattura doppia o particolarmente complessa della mandibola. In sintesi le tre emergenze per il nostro distretto sono classificabili in traumi con conseguente ostruzione delle prime vie aeree (ptosi della lingua o frattura complessa regione naso-etmoido-mascellare), emorragie in rima di frattura non altrimenti controllabili, lesioni con alterazioni del visus da compressione della via ottica conseguente ad un ematoma retrobulbare: le sopra elencate emergenze prevedono misure immediate

Quali sono le fratture che caratterizzano più l'attività del chirurgo maxillo facciale?

Tenendo conto delle fratture classiche più complesse e gravi del massiccio facciale possiamo elencare le tre fratture di Le Fort, che sono nominate secondo le omonime linee di debolezza dello splancnocranio. Senza entrare troppo nello specifico sono: la frattura di Le Fort III (disgiunzione cranio-facciale) con un distacco completo delle ossa facciali dal neurocranio; quella di Le Fort II che segue in linea di disgiunzione più caudale rispetto alla precedente; la frattura di Le Fort I che trova la propria linea di debolezza all'altezza della parete anteriore dei seni mascellari superiormente al processo alveolare.

Queste fratture si associano a un coinvolgimento sia delle porzioni anteriori dello splancnocranio che di quelle profonde ed in particolare a



livello dei processi pterigoidei, che sono interessati nell'ordine, nel loro 1/3 superiore per la Le Fort III, nel 1/3 medio per la Le Fort II e nel 1/3 inferiore per la Le Fort I. In tutte e tre le fratture, l'occlusione dentale è molto alterata per una retroposizione in blocco del moncone che trascina con sé il mascellare. Clinicamente tale distacco dello splancnocranio è apprezzabile con la mobilizzazione, praticamente indolore, del mascellare superiore a livello dell'arcata dentaria e la contemporanea valutazione della presupposta motilità preternaturale a livello delle linee di frattura. Un altro segno patognomonico di tali fratture è apprezzabile alla percussione degli elementi dentali del mascellare che produrrà un tipico suono definito "a pentola fessa" (segno di Obwegeser).

STRANGER THINGS FOR ORTHOPEDISTS

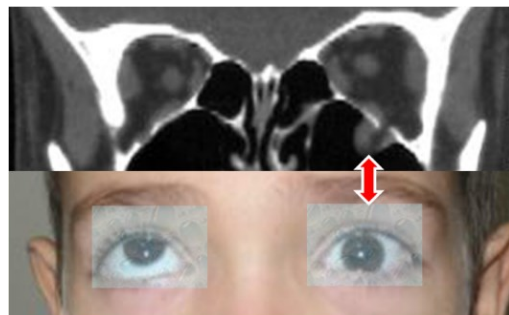
Queste condizioni particolarmente d'impatto, sia per il medico sia per il paziente, si possono associare a traumi di altri distretti che devono prevedere una più celere gestione medico-chirurgica, rispetto a quelle di riduzione e contenzione delle fratture del massiccio facciale. Spesso però tali priorità possono far ritardare esami di particolare interesse per la gestione complessiva del traumatizzato.

Quali esami e valutazioni possiamo eseguire prima di ad una esame specialistico da parte del Chirurgo Maxillo-Facciale?

Faccio un esempio con traumi meno gravi. Come le fratture precedenti, quelle del Complesso Orbito-Maxillo-Zigomatico (COMZ), possono interessare le strutture endo-orbitarie, con conseguenza non frequente di emorragie retro-bulbari (condizione di emergenza), incarceramento dei muscoli estrinseci dell'occhio all'interno delle rime di frattura (fratture Trap-Door), ma possono interessare anche le strutture endo-bulbari. In questi casi una valutazione clinica oftalmologica generale e specialistica è necessaria. La semplice valutazione del visus e della motilità oculare estrinseca sono di facile esecuzione anche dal non specialista, ma particolarmente suggestivi per condizioni potenzialmente gravi. Altri accertamenti come l'esame del fondo oculare (per escludere un distacco retinico post traumatico) o gli schermi di Hess-Lancaster (per la valutazione quantitativa della diplopia) hanno bisogno di valutazione specialistica. L'esame del fondo oculare può essere prioritaria anche rispetto alla valutazione del Chirurgo Maxillo-Facciale.

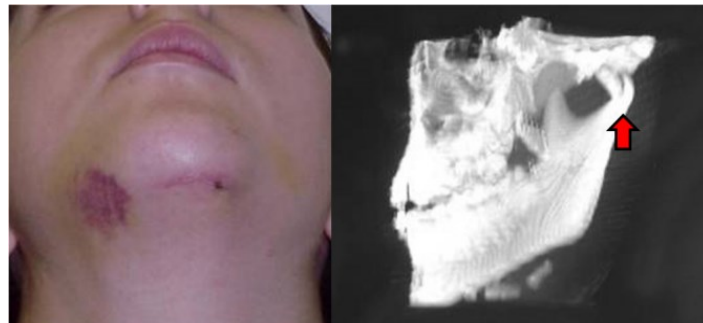
Di elevato interesse per la gestione del paziente in cui si sospetti o in cui sia presente un trauma potenzialmente d'interesse del Chirurgo

Maxillo-Facciale è l'esecuzione di un esame TC a strato sottile (0.5 mm) con ricostruzione rispetto ai tre assi principali che consenta la corretta valutazione delle strutture ossee estremamente sottili, e che coinvolga anche la mandibola nella sua interezza.



Frattura del pavimento orbitario a sinistra con incarceramento del muscolo retto inferiore.

che porta ad una limitazione del movimento verso l'alto del globo oculare, condizione non evidente nel semplice sguardo frontale Frattura Trap-Door



Frattura a distanza condilo mandibolare intracapsulare per contusione in regione sottomentoniera segni clinici minimi

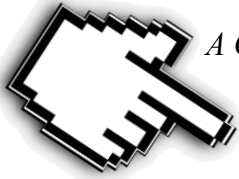
In conclusione

Un'attenta valutazione clinico-radiografica, e qualche "giusto consiglio" possono evitare ritardi diagnostico-terapeutici, anche in assenza di una consulenza specialistica di pronta esecuzione.

Dott. Caruso Davide

*Specialista in Chirurgia Maxillo-Facciale
A.O.U. Mater Domini di Catanzaro – Dir.
Prof.ssa M.G. Cristofaro*

Rubrica a cura di Davide Castioni

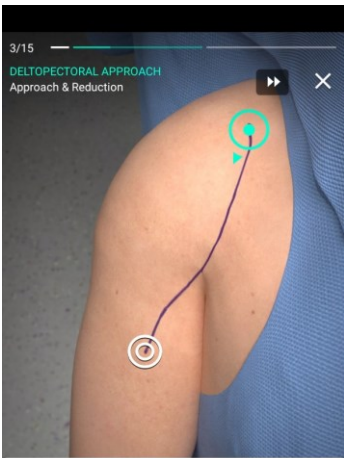
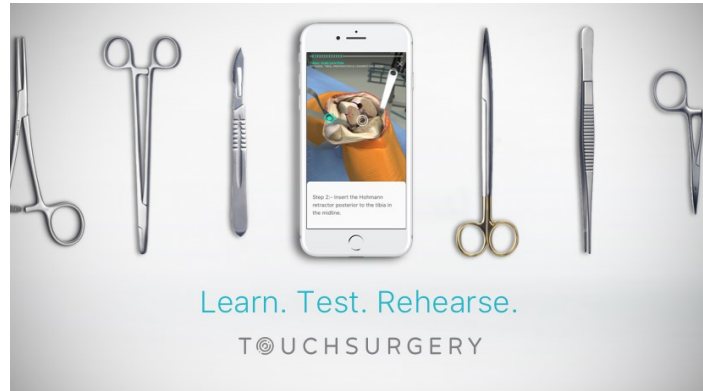


A Cura del Comitato Giovani SIAGASCOT – Responsabile: Dr. Carlo F. Minoli

High-Tech news for Residents

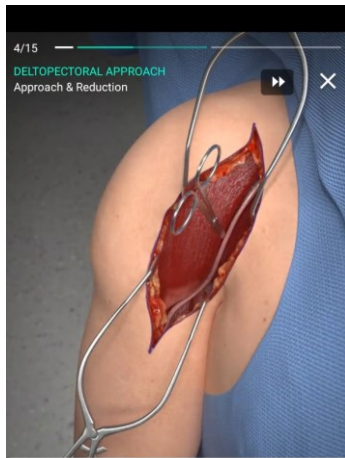
Touchsurgery: l'app da scaricare.

Sappiano già tutti che l'AO ha una meravigliosa app che permette di rivedersi rapidamente gli interventi prima di entrare in sala, da posizionamento a riduzione a fissazione. Ed ora ecco a voi la concorrente: Tuch-surgery. È un app che comprende sia ortopedia che traumatologia. Gli interventi sono interattivi, sotto forma di video, facili da capire e dettagliati. Cosa si può chiedere di più? Direi che finché non inventano una macchina in stile Matrix «conosco il Kung-fu» dobbiamo abbastanza accontentarci... Per ora andatevela a vedere, merita davvero!!



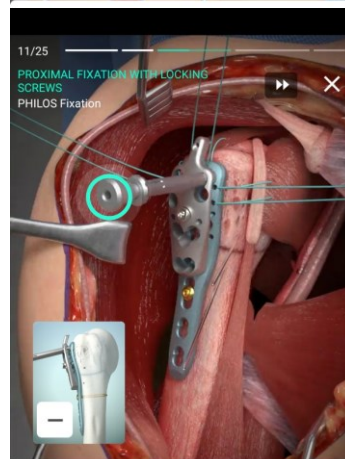
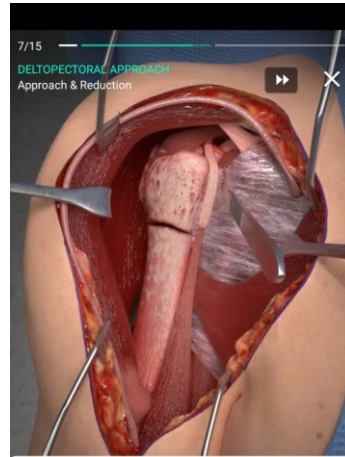
Incise the skin 12–14 cm, starting at the coracoid process, and extending to the humerus at the level of the deltoid tuberosity.

Using an additional delta retractor...



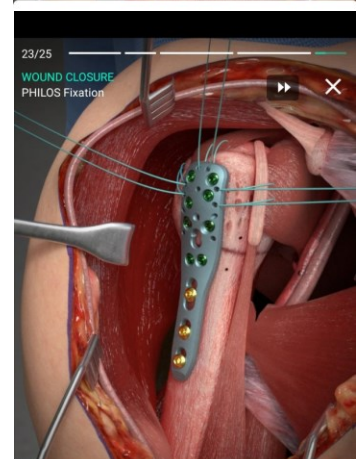
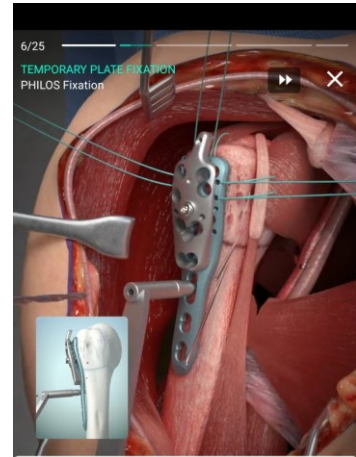
Identify the cephalic vein and the groove between the deltoid and pectoralis. Bluntly release and retract the cephalic vein laterally.

The cephalic vein usually sits in t...



Drill a hole to 5-8 mm below the joint surface, using a calibrated 2.8 mm LCP drill bit. Read the measurement off the drill bit.

If this drill bit is not available, or if...



Confirm correct screw placement with the image intensifier.

The screws must not penetrate the articular surfaces, as this impedes full range of motion. It is...

Qui un breve esempio di via deltoidea pettorale per una frattura dell'omero prossimale da sintetizzare con una Philos, non male eh?

Carlo F. Minoli

ORTOQUIZ?



ORTOQUIZ!



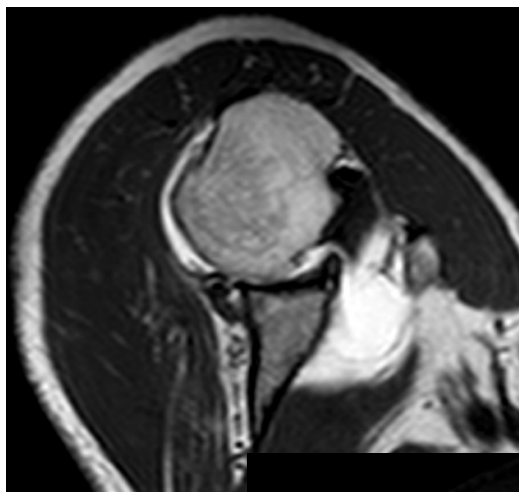
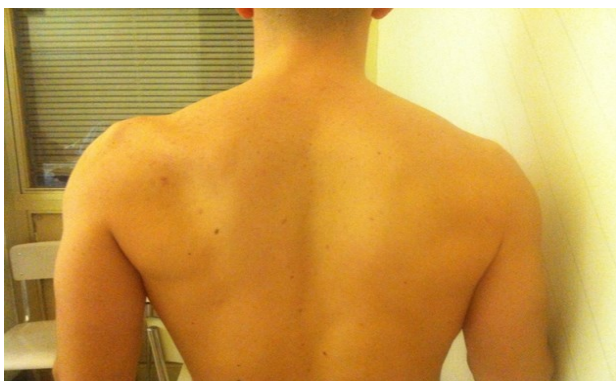
CASO CLINICO

Si presenta in ambulatorio da voi un paziente, Maschio, 47 anni, che svolge attività lavorativa pesante e che riferisce, in assenza di traumi la comparsa da circa 1 mese di dolore alla spalla sinistra e difficoltà nelle attività overhead.

POSSIBILE DIAGNOSI E PASSO SUCCESSIVO?

- Cisti?
 - Ematoma?
 - Neoplasia?
- Next step?
- Altre indagini
 - Trattamento

NOI ABBIAMO OPTATO PER FARE UNA ARTRO-RM

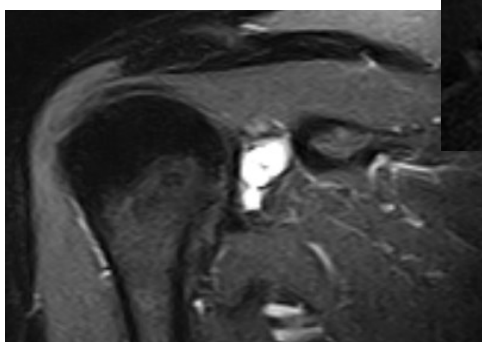
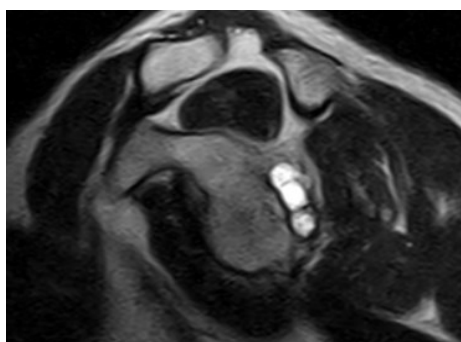
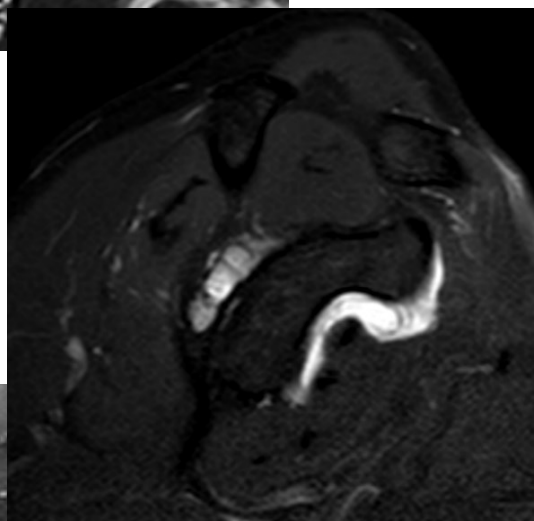


All' esame obiettivo il paziente presenta:

- ROM completo
- Jobe -, Pate+, ER contro resistenza –
- Napoleon -, Lift-off -, Bear-hug –
- Palm-up – , O'Brien +
- Ipotrofia del muscolo infraspinato (Patte +)
- Deficit di forza in rotazione esterna e abduzione
- Dolore è di difficile localizzazione e peggiora con le attività overhead
- Non segni di instabilità
- Non apparenti deficit sensitivi né vascolari



Il paziente porta con sé una RMN di spalla



Qual è la diagnosi del paziente?

ORTOQUIZ?



ORTOQUIZ!



DIAGNOSI:

CISTI SPINO-GLENOIDEA:

- Si sviluppa quando le lesioni capsulo-labrali creano un effetto simile a una valvola e spingono il liquido sinoviale nei tessuti circostanti.
- È simile al modo in cui si ritiene che le lesioni meniscali del ginocchio portino a cisti meniscali
- A seconda della localizzazione può comprimere il nervo soprascapolare prima o dopo la biforcazione e dare quindi deficit di ssp e isp o solo di isp.
- Alta incidenza di lesioni labrali con presenza di cisti adiacenti.
- Sono due le sedi più frequenti di compressione del nervo soprascapolare: l'incisura scapolare e l'incisura spino-glenoidea



QUALE TRATTAMENTO?

- Non-operative management
(*Ferretti A, et al 1987*)
- Needle aspiration
(*Piatt BE et al 2002*)
- Arthroscopic treatment
(*Antoniu J, et al 2001*)
- Open cyst excision
(*Fehrman DA, et al 1995*)

NOSTRA SCELTA:

Trattamento artroscopico:

1- Abbiamo iniziato a staccare il labbro prima con un dissectore di Chisel, poi utilizzando lo shaver per aprire l'ostio della cisti e far fuoriuscire il fluido contenuto.



2- Quindi, abbiamo riparato il labbro con tre ancore in PEEK con suture non riassorbibili



3- Abbiamo infine trattato il difetto cartilagineo con microfratture

Dopo il trattamento chirurgico, il paziente ha indossato un tutore in abduzione per 4 settimane. Ed eseguito due fasi di protocollo

riabilitativo. La prima ha previsto il recupero passivo del ROM, la seconda fase ha previsto il rinforzo muscolare.



*A Cura del Dr. Luigi Capasso
 Per gentile concessione del Prof Giuseppe Milano*

Il nostro corrispondente dall'estero



Of orthopedics!

Buongiorno a tutti! Sono Beatrice Zanini, specializzanda al quarto anno a Novara, appassionata di chirurgia della spalla. Al momento mi trovo a Lione, al Centre Orthopédique Santy, che è un punto di riferimento per la chirurgia di questo settore (e non solo).

Ho iniziato a prendere contatti per venire qui circa un anno e mezzo fa e questo è stato possibile grazie a Paolo Fornara, strutturato del mio reparto, che si occupa di spalla e che, a suo tempo, fece lo stesso percorso. Questo gli ha permesso di conoscere il Dottor Nové-Josserand, che al momento seguo nella sua attività ambulatoriale e chirurgica.

Quando ho iniziato ad organizzarmi per venire qui, non immaginavo certo che i miei otto mesi avrebbero coinciso con uno dei periodi più neri dell'emergenza Covid. Ma tant'è. Otto mesi a Lione, pochi contatti sociali se non sul lavoro, locali chiusi, lockdown o coprifuoco. Come in tutto c'è un aspetto negativo, molto evidente, ma anche un aspetto positivo. Certo, non ho avuto modo di conoscere molta gente, né ho potuto vivere molto la città, che tutti mi hanno detto essere così stimolante. D'altro canto, mi sono inevitabilmente concentrata molto sul lavoro, anche perché qui in Francia, il sistema sanitario ha sempre permesso di proseguire l'attività ambulatoriale e chirurgica, che è stata solo ridotta nei momenti di maggior pressione.

L'attività chirurgica, nello specifico, si svolge due giorni alla settimana, il lunedì e il mercoledì, ed il programma è sempre denso; ci sono in media otto interventi a seduta, che sono fondamentalmente artroscopie, protesi o interventi open per l'instabilità (Buteée anteriori o posteriori); la traumatologia, invece, è piuttosto scarsa. Il Dottor Nové-Josserand è sempre molto disponibile e chiaro nelle spiegazioni e dopo un rodaggio iniziale, ha cominciato a farmi fare dei piccoli step chirurgici degli interventi artroscopici.

Seguire le visite in ambulatorio, ovviamente è molto formativo, anche se all'inizio ho fatto un po' fatica con la lingua. Quando sono partita il mio livello di francese era molto basico: riuscivo a capire il senso delle conversazioni, ma non a parlarlo con disinvoltura o ad avere una conversazione "normale". Anche in questo i colleghi hanno saputo mettermi a mio agio, e giorno dopo giorno, il mio francese è migliorato al punto che ora riesco tranquillamente a capire tutto e interagire (quasi) normalmente.

Per quanto questo periodo non sia dei migliori per fare un'esperienza all'estero, i colleghi e le strumentiste di sala, Alice e Stephanie, sono stati tutti estremamente gentili e comprensivi e hanno fatto sì che non sentissi il peso di questa situazione. Grazie anche a loro, la mia resta un'esperienza insostituibile, soprattutto da un punto di vista professionale, e la consiglio assolutamente a tutti!

