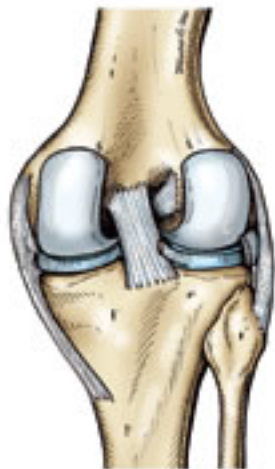


## RICOSTRUZIONE DEL LEGAMENTO CROCIATO POSTERIORE



*GENTILE SIG.RA/RE,  
LA CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA DEL LEGAMENTO CROCIATO POSTERIORE HA SUBITO NELL'ULTIMO DECENNIO NUMEROSI CAMBIAMENTI, SIA PER LA MIGLIORE CONOSCENZA CLINICA SIA PER UNA MIGLIORE COMPRESIONE DEI PROCESSI RIABILITATIVI. CON QUESTO OPUSCOLO INTENDIAMO PERMETTERLE UNA PIÙ COMPLETA COMPRESIONE DELL'INTERVENTO DI RICOSTRUZIONE E DI MEGLIO PREPARARLA AL PROTOCOLLO RIABILITATIVO POSTOPERATORIO A CUI SI DOVRÀ SOTTOPORRE.*

### IL LEGAMENTO CROCIATO POSTERIORE

IL LEGAMENTO CROCIATO POSTERIORE, AGENDO IN SINERGIA CON IL CROCIATO ANTERIORE, RAPPRESENTA UN'IMPORTANTE STRUTTURA PER IL CONTROLLO DELLA STABILITÀ ARTICOLARE DEL GINOCCHIO. I DUE LEGAMENTI, INFATTI, COSTITUISCONO IL COSIDDETTO "PIVOT CENTRALE" RESPONSABILE DEL CONTROLLO DI TUTTI I MOVIMENTI ROTAZIONALI E SAGITTALI DELLO STESSO. IL LEGAMENTO CROCIATO POSTERIORE, È LA STRUTTURA PIÙ ROBUSTA DEL GINOCCHIO, CON DIAMETRO QUASI DOPPIO RISPETTO AL SUO OMOLOGO ANTERIORE. IL LEGAMENTO AGISCE PRINCIPALMENTE CONTROLLANDO LA TRASLAZIONE POSTERIORE DELLA TIBIA, OSSIA IMPEDENDO CHE QUESTO OSSO SI SPOSTI ECCESSIVAMENTE ALL'INDIETRO E LIMITANDO SECONDARIAMENTE LA ROTAZIONE ESTERNA ARTICOLARE. IL LEGAMENTO SI LESIONA GENERALMENTE PER TRAUMI VIOLENTI (COSIDDETTI AD ALTA ENERGIA), FREQUENTI DURANTE INCIDENTI STRADALI O PER TRAUMI MENO VIOLENTI (A BASSA ENERGIA), POSSIBILI ANCHE DURANTE LA PRATICA SPORTIVA. LA LESIONE RISULTANTE SI PUÒ CLASSIFICARE COME ISOLATA, QUANDO IL SOLO LEGAMENTO POSTERIORE RISULTA ESSERE LESO O COMBINATA QUANDO SI ROMPANO ANCHE ALTRE STRUTTURE CAPSULARI E/O LEGAMENTOSE PERIFERICHE. SEBBENE NON INVALIDANTE COME LE LESIONI DEL LEGAMENTO CROCIATO ANTERIORE, LA ROTTURA ISOLATA DEL LEGAMENTO POSTERIORE NON CAUSA FENOMENI DI INSTABILITÀ ARTICOLARE MA SOLO UN DOLORE DI DIVERSA INTENSITÀ ED UN'ALTERAZIONE DELLA NORMALE MOTILITÀ ARTICOLARE CHE SI TRADURRÀ NEL TEMPO IN UN AUMENTATO RISCHIO DI ALTERAZIONI DEGENERATIVE A CARICO DELLA CARTILAGINE ARTICOLARE E DEI MENISCHI. LE LESIONI COMBINATE, CIOÈ ASSOCIATE A LESIONI DI ALTRI LEGAMENTI, CAUSANO UNA MARCATO INSTABILITÀ ARTICOLARE CHE PUÒ ESSERE PRESENTE ANCHE NELLA SEMPLICE DEAMBULAZIONE.

LA DIAGNOSI DI ROTTURA DEL LEGAMENTO CROCIATO POSTERIORE SI PUÒ OTTENERE ATTRAVERSO IL CLASSICO APPROCCIO CLINICO MA MAI QUANTO IN QUESTA PATOLOGIA LE INDAGINI STRUMENTALI RISULTANO ESSERE IMPORTANTI PER UN CORRETTO APPROCCIO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO. INFATTI, OLTRE ALLA VISITA CLINICA GLI ULTERIORI APPROFONDIMENTI DIAGNOSTICI FREQUENTEMENTE RICHIESTI SONO:

LA RMN O RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE CHE EVIDENZIA LA MORFOLOGIA DEL LEGAMENTO FORNENDO AL CLINICO IMPORTANTI INFORMAZIONI SOPRATTUTTO NELLE LESIONI ACUTE, QUANDO IL GINOCCHIO È SPESSO DIFFICILMENTE VALUTABILE CLINICAMENTE;

LE RADIOGRAFIE SOTTO STRESS, CHE CONSENTONO DI MISURARE QUANTO LA TIBIA SI SPOSTA POSTERIORMENTE. IL LEGAMENTO CROCIATO POSTERIORE, CONTRARIAMENTE ALL'ANTERIORE, HA UNA DISCRETA CAPACITÀ DI GUARIRE E SVILUPPARE UNA "CICATRICE" FUNZIONALMENTE VALIDA, TANTO CHE IN MOLTI CASI, DOVE LA LESIONE NON RISULTI ESSERE COMPLETA, UN BUON TRATTAMENTO FISIOTERAPICO RIESCE EFFICACEMENTE A RIPRISTINARE UNA BUONA FUNZIONALITÀ ARTICOLARE. QUANDO INVECE LA ROTTURA RISULTA ESSERE COMPLETA E PRODUCE UN ECCESSIVO SPOSTAMENTO POSTERIORE DELLA TIBIA, RILEVABILE CON L'ESAME CLINICO E LE RADIOGRAFIE SOTTO STRESS, È INDICATA LA RICOSTRUZIONE CHIRURGICA DEL LEGAMENTO



## L'INTERVENTO CHIRURGICO

L'INTERVENTO DI RICOSTRUZIONE DEL LEGAMENTO CROCIATO POSTERIORE È ESEGUITO CON TECNICA ARTROSCOPICA CHE, SEBBENE PIÙ DIFFICILE ESECUZIONE, OFFRE NUMEROSI VANTAGGI TRA I QUALI: MIGLIORE VISUALIZZAZIONE DELLA CAVITÀ ARTICOLARE, MIGLIOR POSIZIONAMENTO DEL TRAPIANTO, UNA RIDUZIONE DEL DOLORE POST-OPERATORIO ED UN MIGLIOR RECUPERO POSTOPERATORIO. LA RICOSTRUZIONE DEL LEGAMENTO CROCIATO POSTERIORE È IN REALTÀ UN TERMINE IMPROPRIO, POICHÉ IL LEGAMENTO, UNA VOLTA ROTTO, NON PUÒ ESSERE RIPARATO E LA SUA FUNZIONE È RIPRISTINATA SOLO RICORRENDO AD UN TRAPIANTO TENDINEO. POSSONO ESSERE IMPIEGATI DIVERSI TENDINI: IL TENDINE DEL QUADRICIPITE, IL TENDINE DELLA ROTULA OPPURE I TENDINI DEI MUSCOLI FLESSORI DEL GINOCCHIO. IL TENDINE È PRELEVATO CON UN'INCISIONE CUTANEA, (UNICO TEMPO CHIRURGICO A CIELO APERTO). SOTTO COMPLETO CONTROLLO ARTROSCOPICO, IL TENDINE È PASSATO IN ARTICOLAZIONE ED INTRODOTTO IN DUE TUNNELS (UNO AL FEMORE ED UNO NELLA TIBIA), ANDANDO COSÌ A RICOSTITUIRE IL LEGAMENTO ROTTO. IL TRAPIANTO È POI BLOCCATO AL FEMORE ALLA TIBIA CON DUE VITI METALLICHE O IN MATERIALE A LENTO RIASSORBIBILE. A SEGUITO DELLA VIGENTE NORMATIVA, L'USO INTRAOPERATORIO DEL MATERIALE DI CONSUMO (VITEL, FILI DI SUTURA, LAME, CANNULE, ECC.) CI DOVRÀ ESSERE PREVENTIVAMENTE AUTORIZZATO: A TAL FINE UN MIO COLLABORATORE PROVVEDERÀ A FARLE FIRMARE PRIMA DELL'INTERVENTO, IL MODULO PER IL CONSENSO INFORMATO. LA DURATA DELL'INTERVENTO SARÀ DI CIRCA 90 MINUTI. AL MOMENTO DELL'USCITA DALLA SALA OPERATORIA IL GINOCCHIO SI PRESENTERÀ BENDATO CON UNA FASCIATURA ELASTICA DA CUI FUORI ESCONO DUE DRENAGGI PICCOLI TUBI DI GOMMA POSIZIONATI ALL'INTERNO DEL GINOCCHIO CHE PERMETTONO LA FUORIUSCITA DEL SANGUE CHE SI RACCOGLIERÀ DENTRO L'ARTICOLAZIONE E SOTTO L'INCISIONE. IL TRAPIANTO IN SEI MESI POTRÀ ASSUMERE CARATTERISTICHE MECCANICHE SIMILI, MA NON IDENTICHE, A QUELLE DEL CROCIATO POSTERIORE. A TAL SCOPO, È NECESSARIA ANCHE UNA CORRETTA RIABILITAZIONE IMPOSTATA IN MANIERA TALE DA EVITARE ECCESSIVE SOLLECITAZIONI AL TRAPIANTO CHE POSSANO CONDURRE ALLA SUA ROTTURA O ALLUNGAMENTO. L'IMPOSSIBILITÀ AD ESEGUIRE UN CORRETTO TRATTAMENTO RIABILITATIVO È CONTROINDICAZIONE ASSOLUTA ALL'INTERVENTO. LE PROSPETTIVE DI UN INTERVENTO DI RICOSTRUZIONE SONO DI RECUPERARE LA STABILITÀ DEL GINOCCHIO, SIA STATICA SIA DINAMICA, COMPROMESSA CON L'INFORTUNIO, DI RESTITUIRE UN GRADO DI MOVIMENTO PRESSOCHÉ COMPLETO E DI CONSENTIRE UN PRECOCE RITORNO ALL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE E SPORTIVA.



## PROBLEMI POSTOPERATORI

**DOLORE ANTERIORE DI GINOCCHIO:** CON TALE TERMINE SI INDICA LA PRESENZA DI SINTOMATOLOGIA DOLOROSA, TALORA PRESENTE ANCHE PER UNO O DUE ANNI, LOCALIZZATA IN CORRISPONDENZA DELLA ROTULA, DELLA PORZIONE SUPERIORE DELLA TIBIA O DEL TENDINE ROTULEO, CHE SI MANIFESTA TIPICAMENTE SOTTO SFORZO. TALE DOLORE PUÒ ESSERE CAUSATO DAL PRELIEVO DEL TENDINE, MA È SOPRATTUTTO CAUSATO DA UNA NON CORRETTA RIDUZIONE POST-OPERATORIA O DA UNA PERSISTENTE IPOTROFIA DEL QUADRICIPITE.

**DEFICIT DEL QUADRICIPITE:** L'ESPERIENZA HA EVIDENZIATO CHE UN DEFICIT DELLA FORZA MUSCOLARE È COSTANTE IN TUTTE LE RICOSTRUZIONI LEGAMENTOSE DEL GINOCCHIO. UN DEFICIT DEL 20-30% VALUTABILE AI TEST ISOCINETICI, CONSENTE DI SVOLGERE UN'INTENSA ATTIVITÀ SPORTIVA, ANCHE A LIVELLO PROFESSIONISTICO. UN DEFICIT SUPERIORE DEVE ESSERE COMPENSATO DA INTENSA GINNASTICA POSTOPERATORIA.

**DOLORE POSTOPERATORIO:** LE LESIONI MENISCALI O CARTILAGINEE SONO SPESSO RISCOINTRATE NELLE ROTTURE DEL LCA, SPECIE SE TRATTATE A DISTANZA DI MOLTO TEMPO DALL'EVENTO TRAUMATICO O DOPO RIPETUTI EPISODI DI INSTABILITÀ. IN TALI CASI È NECESSARIO ESEGUIRE UNA MENISCECTOMIA. LA PERSISTENZA DI UN DOLORE LOCALIZZATO IN CORRISPONDENZA DELL'INTERLINEA ARTICOLARE, SPECIALMENTE DURANTE UN'ATTIVITÀ CHE COMPORTI RIPETUTI IMPATTI, È SEGNO DI UNA SOFFERENZA DEL GINOCCHIO PER LA MANCANZA DI TALI STRUTTURE. IN TALI CASI, UN TRATTAMENTO MEDICO O RIABILITATIVO PROLUNGATO PUÒ RISOLVERE LA SINTOMATOLOGIA DOLOROSA. IN ATRI CASI PUÒ ESSERE PRESENTE UN DOLORE LOCALIZZATO IN CORRISPONDENZA DELLA VITE TIBIALE CAUSATO DAI FENOMENI INFIAMMATORI NECESSARI PER IL RIASSORBIMENTO DELLA VITE STESSA.

**COMPLICAZIONI:** L'INFEZIONE ARTICOLARE, LA FLEITE PROFONDA, LA LASSITÀ RESIDUA O ROTTURA DEL TRAPIANTO, LA RIGIDITÀ ARTICOLARE, SONO COMPLICAZIONI AMPIAMENTE DESCRITTE IN LETTERATURA CON INCIDENZA VARIABILE.

■ L'INFEZIONE ARTICOLARE HA UN'INCIDENZA DELL'ORDINE DEL 1-2%, ED È TRATTABILE CON TERAPIA ANTIBIOTICA PER DUE-TRE MESI. TALORA È NECESSARIA UN'ARTROSCOPIA ALL'INSORGERE DELL'INFEZIONE PER RIMUOVERE IL MATERIALE INFETTO DALL'ARTICOLAZIONE. UN RIALZO DELLA TEMPERATURA CORPOREA NEI PRIMI GIORNI SUCCESSIVI ALL'INTERVENTO RIVESTE CARATTERE FISIOLGICO.

■ L'INCIDENZA DI UN INSUCCESSO DELL'INTERVENTO, RECIDIVA DI LASSITÀ, DOPO UN INTERVENTO CHIRURGICO DEL CROCIATO POSTERIORE È VALUTATO IN TERMINI DEL 15-20%. POTRÀ, INOLTRE, RESIDUARE UNA MODESTA LASSITÀ POSTERIORE MA DI SCARSO SIGNIFICATO FUNZIONALE.

■ NELLE PRIME FASI DEL PROTOCOLLO RIABILITATIVO PUÒ ESSERE PRESENTE UNA LIMITAZIONE DELLA FLESSIONE DEL GINOCCHIO CHE REGREDISCE DOPO ALCUNI MESI. UNA MODESTA LIMITAZIONE DELLA MASSIMA FLESSIONE PUÒ INVECE RESIDUARE SPESSO MA È TALE DA NON IMPEDIRE LE NORMALI ATTIVITÀ LABORATIVE.

## RICOVERO

IL SUO RICOVERO È PREVISTO PER LA MATTINA STESSA DEL GIORNO PROGRAMMATO PER L'INTERVENTO, PRESSO LA "CASA DI CURA VILLA STUART", SITA IN ROMA, VIA TRIONFALE 5952, TEL. 06.355281. ALCUNI GIORNI PRIMA DEL RICOVERO SARÀ CONTATTATO DIRETTAMENTE DALLA SEGRETERIA RICOVERI DELLA CASA DI CURA CHE PRENDERÀ NOTA DELLE SUE ESIGENZE E LE FORNIRÀ TUTTE LE INFORMAZIONI E LE MODALITÀ DEL RICOVERO. LA SERA PRECEDENTE IL RICOVERO POTRÀ EFFETTUARE UNA NORMALE CENA, NON ESSENDO NECESSARIA UNA PARTICOLARE PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO, AD ECCEZIONI DELL'OBBLIGO DI DIGIUNO SIA SOLIDO CHE LIQUIDO DALLE ORE 24.00. SE L'INTERVENTO FOSSE PROGRAMMATO PER LE ORE POMERIDIANE LA MATTINA DEL RICOVERO POTRÀ EFFETTUARE UNA LEGGERA COLAZIONE LIQUIDA (UN CAFFÈ O UNA TAZZA DI TÈ). DURANTE LA DEGENZA E SINO A DOPO L'INTERVENTO NON POTRANNO ESSERE ASSUNTI CIBI O BEVANDE, ACCOGLIA COMPRESA. PER QUALSIASI INFORMAZIONE DI NATURA AMMINISTRATIVA INERENTE ALLA DEGENZA PUÒ CONTATTARE DIRETTAMENTE L'AMMINISTRAZIONE DELLA CASA DI CURA.

## IN ATTESA DELL'INTERVENTO

LA MATTINA DEL RICOVERO, SE AVRÀ DECISO DI ESEGUIRE GLI ESAMI PREOPERATORI PRESSO VILLA STUART, LE SARÀ FATTO UN PRELIEVO DI SANGUE, UN ELETTROCARDIOGRAMMA E UNA RADIOGRAFIA DEL TORACE. NEL CASO CHE LEI DECIDA DI EFFETTUARE GLI ESAMI PREOPERATORI AUTONOMAMENTE, GLI ESAMI PREOPERATORI NECESSARI SONO:

- EMOCROMO COMPLETO CON FORMULA
- PIASTRINE
- VES
- CREATININEMIA
- TRANSAMINASI (GOT E GPT)
- AZOTEMIA
- GLICEMIA
- COLINESTERASI
- CPK
- PT, PTT, FIBRINOGENO, ELETTROLITI
- GRUPPO SANGUIGNO
- HBSAG, HCAG
- ESAME DELLE URINE
- ESAME RX DEL TORACE CON REFERTO
- ESAME ECG E VISITA CARDIOLOGICA CON REFERTO.
- ESAME RX DEL GINOCCHIO SOTTO STRESS E RM

LA MATTINA DEL RICOVERO RICEVERÀ LA VISITA DI UN MIO COLLABORATORE PER LA STESURA DELLA CARTELLA CLINICA. LA INVITO A FORNIRE IN MANIERA PRECISA LE MODALITÀ RELATIVE ALL'EVENTO TRAUMATICO POICHÉ NON È CONSENTITO IN ALCUN MODO MODIFICARE IN SEGUITO QUANTO RIPORTATO IN PRECEDENZA IN CARTELLA. TUTTI GLI ESAMI STRUMENTALI (ESAME RX E/O ESAME ECOGRAFICO E/O RMN E/O TAC) ANTECEDENTI IL RICOVERO DEVONO ESSERE PORTATI LA MATTINA DEL RICOVERO STESSO. IN ASSENZA DI TALE DOCUMENTAZIONE, QUESTA SARÀ RIPETUTA OBBLIGATORIAMENTE LA MATTINA DEL RICOVERO STESSO. PRIMA DELL'INTERVENTO DOVRÀ ESEGUIRE UNA VALUTAZIONE FUNZIONALE MUSCOLARE ED ARTROMETRICA PRESSO IL LABORATORIO DI VALUTAZIONE FUNZIONALE DELLA CASA DI CURA. IN PREVISIONE DELLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER L'ANESTESIA E PER LA TERAPIA DEL DOLORE POSTOPERATORIO, È DI FONDAMENTALE IMPORTRANZA CHE LEI INDICHI ALL'ANESTESISTA ED AI MIEI ASSISTENTI LA PRESENZA DI EVENTUALI ALLERGIE E/O INTOLLERANZE VERSO SOSTANZE FARMACOLOGICHE. ALCUNI INDIVIDUI SONO PORTATORI SANI DI PARTICOLARI MALATTIE INFETTIVE A TRASMISSIONE EMATICA; TRA QUESTE LE PIÙ



NOTE SONO L'EPATITE B, L'EPATITE C E L'AIDS. NEL CASO LEI FOSSE A CONOSCENZA DI UNA POSITIVITÀ AL TEST PER UNA DI QUESTE MALATTIE, LE SAREMMO GRATI SE VORRÀ SEGNALARCELO IN TEMPO ONDE CONSENTIRCI DI METTERE IN ATTO PARTICOLARI MISURE PRECAUZIONALI DURANTE L'INTERVENTO.

DURANTE LA DEGENZA LE SARÀ EFFETTUATA UNA TERAPIA ANTIBIOTICA PREOPERATORIA, CHE SARÀ ESEGUITA ANCHE DOPO LA DIMISSIONE. INOLTRE, SARÀ ESEGUITA ANCHE UNA PROFILASSI ANTITROMBOTICA, AL MOMENTO DEL RICOVERO LE SARANNO FORNITE ULTERIORI DELucidAZIONI IN MERITO.

## ANESTESIA

PER L'ESECUZIONE DELL'INTERVENTO È NECESSARIA UN'ANESTESIA. TALE SCOPO PUÒ ESSERE RAGGIUNTO CON DIVERSE METODICHE: L'ANESTESIA GENERALE, L'ANESTESIA PERIDURALE ED INFINE L'ANESTESIA REGIONALE. QUESTA ULTIMA CONSENTE ANCHE UNA VALIDA ANALGESIA POSTOPERATORIA PER LE PRIME 24-48 ORE. LA SCELTA DEL TIPO DI ANESTESIA È DI STRETTA COMPETENZA DELL'ANESTESISTA CHE DURANTE LA VISITA PRELIMINARE LE ILLUSTRERÀ I VANTAGGI E SVANTAGGI DELL'UNA E DELL'ALTRA METODICA. VALUTATI TUTTI GLI ELEMENTI CLINICI E LE SUE EVENTUALI RICHIESTE, L'ANESTESISTA CONCORDERÀ CON LEI IL TIPO DI ANESTESIA DA EFFETTUARE. LA SUA PERMANENZA NELL'AMBIENTE OPERATORIO SARÀ SUPERIORE ALLE 2-3 ORE, PER PERMETTERE ALL'EQUIPE DEGLI ANESTESISTI DI ESEGUIRE LA PREVISTA PREPARAZIONE ANESTESIOLOGICA E DI SEGUIRILA FINO AL COMPLETO RISVEGLIO.

## DECORSO POST-OPERATORIO

TUTTE LE INFORMAZIONI SUL PERIODO POST-OPERATORIO SONO DESCRITTE DETTAGLIATAMENTE IN UN OPUSCOLO CHE LE SARÀ CONSEGNATO DA UNO DEI MIEI COLLABORATORI LA MATTINA DELL'INTERVENTO, UNITAMENTE AD UNA VIDEOCASSETTA SULLA FISIOTERAPIA PER IL RICOVERO FUNZIONALE. UN'ALTRA VIDEOCASSETTA, CON LA REGISTRAZIONE DELLA FASE ARTROSCOPICA DELL'INTERVENTO, LE SARÀ CONSEGNATA ALL'USCITA DALLA SALA OPERATORIA. NEL RIEPILOGO TROVERÀ RIASSUNTE LE PRINCIPALI FASI RIABILITATIVE ONDE CONSENTIRLE UNA PROGRAMMAZIONE DELLE SUE ATTIVITÀ LAVORATIVE. IL SECONDO GIORNO DOPO L'INTERVENTO SARANNO RIMOSSI I DRENAGGI ED APPLICATO UN TUTORE IN ESTENSIONE CON UN RIALZO AL DI SOTTO DELLA GAMBA. DOPO UNA SETTIMANA, INIZIERÀ LA GINNASTICA PASSIVA CON L'AUTO DI UN PARTICOLARE STRUMENTO, IL KINETEK, CHE POTRÀ AFFITTARE IN CLINICA. IL TUTORE SARÀ RIMOSSO AL 45° GIORNO DALL'INTERVENTO E SOLO DOPO LA RIMOZIONE DEL TUTORE POTRÀ ESSERE AUTORIZZATA LA GUIDA DELL'AUTOVEETTURA. UN FISIOTERAPISTA DELLA CLINICA LA SEGUIRÀ DURANTE LA DEGENZA PER FORNIRLE IL NECESSARIO SUPPORTO PER LA CORRETTA ESECUZIONE DELLA GINNASTICA PASSIVA E PER LA DEAMBULAZIONE. LA DIMISSIONE DALLA CLINICA AVVIENE NORMALMENTE AL TERZO GIORNO POST-OPERATORIO. IN TALE OCCASIONE, RICEVERÀ DA UN MIO COLLABORATORE TUTTE LE INFORMAZIONI RIGUARDANTI LA TERAPIA MEDICA DOMICILIARE. DOPO CIRCA DUE SETTIMANE DALL'INTERVENTO EFFETTUERÀ LA PRIMA VISITA DI CONTROLLO PER LA RIMOZIONE DEI PUNTI. IL LAVORO SVOLTO DAL FISIOTERAPISTA DI SUA FIDUCIA, E CONSEGUENTEMENTE I PROGRESSI DA LEI OTTENUTI, SARÀ VALUTATO PERIODICAMENTE FINO AL SESTO MESE DURANTE LE VISITE DI CONTROLLO CHE SARANNO EFFETTUATE DA ME O DAI MIEI COLLABORATORI. AD OGNI VISITA DI CONTROLLO, DOPO AVER VALUTATO LE CONDIZIONI LOCALI DEL SUO GINOCCHIO, LE SARÀ CONSEGNATO UN NUOVO PROTOCOLLO FISIOTERAPICO, ADATTO ALLE SUE CONDIZIONI, CHE DOVRÀ SEGUIRE FINO ALLA SUCCESSIVA VISITA DI CONTROLLO. INOLTRE, IN FUTURO POTRÀ ESSERE CONTATTATO DA ME O DA PARTE DEI MIEI ASSISTENTI, PER SOTTOPORSI AD UNA VISITA DI CONTROLLO, ANCHE A DISTANZA DI ANNI, ALLO SCOPO DI VALUTARE NEGLI ANNI IL RISULTATO DEGLI INTERVENTI EFFETTUATI.

### RIEPILOGO DEI TEMPI POSTOPERATORI

**2° GIORNO:** MEDICAZIONE ED INIZIO DEAMBULAZIONE CON L'AUSILIO DI BASTONI CANADESI E CON TUTORE IN ESTENSIONE.

**3° GIORNO:** DIMISSIONE DALLA CLINICA.

**6° - 7° GIORNO:** INIZIO GINNASTICA PASSIVA.

**15° GIORNO:** RIMOZIONE DEI PUNTI DI SUTURA E PROSEGUIMENTO GINNASTICA PASSIVA.

**21° GIORNO:** INIZIO DELLA GINNASTICA ATTIVA E FISIOTERAPICA.

**45° GIORNO:** RIMOZIONE DEL TUTORE, DEAMBULAZIONE LIBERA, AUTORIZZATA LA GUIDA DI AUTOMOBILE.

**TRA IL 45° E IL 60° GIORNO:** RIPRESA DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA.

**DOPO IL 90° GIORNO:** INTENSIFICAZIONE DEGLI ESERCIZI IN PALESTRA E RIPRESA DI UNA MODESTA ATTIVITÀ FISICA.

**DOPO IL 6° MESE:** RIPRESA DELL'ATTIVITÀ SPORTIVA.

AUGURANDOMI CHE QUESTO OPUSCOLO LE SIA STATO UTILE, LA INFORMO CHE SIA IO SIA I MIEI COLLABORATORI SIAMO A SUA COMPLETA DISPOSIZIONE PER OGNI ULTERIORE CHIARIMENTO.