

INAIL
CENTRO PROTESI

IL PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE NEI PAZIENTI IN ITA

Gestione dell'infortunato, valutazione fisiatrica e in equipe: orientamenti prescrittivi per le patologie più frequenti



Dr. Amedeo Amoresano

Primario Centro Protesi INAIL

Dr.ssa Barbara Contu

Dir. Medico I livello Fisiatra
Centro Protesi INAIL



I PAZIENTI IN ITA: LA RIABILITAZIONE COME MEZZO PER RIPORTARE ALLA MASSIMA AUTONOMIA POSSIBILE L'INFORTUNATO E RAGGIUNGERE L'OBIETTIVO DELLA RIPRESA DEL GESTO LAVORATIVO

nell'Inail la gestione degli infortunati in Inabilità Temporanea Assoluta (ITA) è avviata dal **medico legale** della sede.

NB: I fisiatri Inail infatti, siano Dirigenti Medici dei Centri di riabilitazione (Centro Protesi e filiali, CRM di Volterra), o DM/Specialisti ambulatoriali dei centri di FKT e Direzioni Regionali, possono prescrivere progetti riabilitativi a seguito della richiesta pervenuta dal medico di sede

Il Processo riabilitativo degli infortunati in ITA

Il Medico della Sede richiede la visita fisiatrica ed eventuale ciclo di FKT. A seguito del PRI l'infortunato potrà rivolgersi presso centri convenzionati o centri FKT Inail le terapie prescritte, ma ad ogni visita di controllo sarà necessaria la prescrizione del Medico di Sede per proseguire o meno il ciclo.

PERCORSO RIABILITATIVO INFORTUNATO IN ITA

Il Dirigente medico dell'UT per l'erogazione di un trattamento riabilitativo individuale (PRI) può avvalersi delle seguenti strutture:

- **Centri Inail di Fisiokinesiterapia** presenti sul territorio (CDAPR)
- **Centro di riabilitazione motoria** di Volterra (CRM)
- **Centro protesi** di Vigorso (CP)

PERCORSO RIABILITATIVO DELL'INFORTUNATO IN ITA

- **Le strutture sanitarie** private accreditate e convenzionate con l'Inail comprese le **strutture termali** convenzionate per la specialistica ambulatoriale
- **Strutture sanitarie ospedaliere o territoriali ASL di competenza** che hanno già preso in carico l'infortunato

RIABILITAZIONE AMBULATORIALE PER GLI INFORTUNATI IN ITA

Centro Protesi di Vigorso

Il **Centro protesi di Vigorso** è una struttura sanitaria certificata e accreditata SSN per trattamenti protesico-riabilitativi.

PERCORSO AMMINISTRATIVO ITA PER LE CURE AL CENTRO PROTESI

Il medico legale

1. Effettua la **richiesta di visita fisiatrica** e di eventuale trattamento **FKT**.
2. Invia l'infortunato, munito di richiesta, presso l'Ufficio Amministrativo per l'emissione del **modulo 127I** (Autorizzazione amministrativa) e prenotazione della visita fisiatrica presso il Centro protesi.
3. L'infortunato riceve le informazioni su giorno e ora dell'appuntamento

PRIMA VISITA FISIATRICA AMBULATORIALE

Redazione di una cartella clinica ambulatoriale (informatizzata)

Il medico fisiatra, per la presa in carico, richiede all'infortunato il consenso informato al trattamento che si compone di:

- Annotazione di dati anamnestici, di dati clinici ed di indagini strumentali relative all'infortunio.
- Descrizione dell'obiettività clinico-riabilitativa
- Stesura del progetto riabilitativo individuale (**PRI**)
- Visita fisiatrica di controllo di verifica del raggiungimento degli obiettivi del PRI

II PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

Definisce **l'outcome globale** cioè il recupero delle funzioni e delle autonomie nelle ADL finalizzato ad un reinserimento dell'infortunato nell'attività lavorativa e sociale.

L'Outcome globale può necessitare dello sviluppo di più programmi riabilitativi individuali

PRI: VISITA FISIATRICA DI VERIFICA DEGLI OUTCOME

Tramite utilizzo degli **indicatori di misura** (ROM, Scale etc) si verifica il **livello di raggiungimento dell'outcome:**

1.Totale: obiettivo riabilitativo raggiunto

2.Parziale: pianificazione di un ulteriore programma riabilitativo

3.Non raggiunto:

a) rivalutazione clinico-strumentale in caso di mancato raggiungimento dell'outcome prestabilito

b) revisione del programma riabilitativo

VISITA FISIATRICA DI CONTROLLO

Invio di relazione fisiatrica alla Sede Territoriale

A seguito della **visita fisiatrica di controllo** viene inviata al medico prescrittore Inail competente, una relazione sul sullo stato di avanzamento dell'obiettivo riabilitativo e sull'eventuale necessità di effettuare o meno ulteriori cicli riabilitativi o eventuali rivalutazioni diagnostiche.

NB: il medico legale della sede territoriale, visionate tali indicazioni, rivaluta l'infortunato e decide se procedere o meno con l'iter di prescrizione della eventuale prosecuzione del trattamento

PUNTI DI FORZA DEL CENTRO PROTESI

- Il CP di Vigorso è un centro all'avanguardia dotato delle più recenti tecnologie fisioterapiche
- E' possibile erogare visite specialistiche per la chirurgia della mano e della spalla (convenzione con IOR Bologna)
- Equipe multi-disciplinare per prescrizione di protesi, ausili, ortesi, adattamento veicoli/domotica e attrezzature sportive
- Personale sanitario qualificato e aggiornato su metodiche e tecniche riabilitative
- Maggiore durata e personalizzazione del trattamento riabilitativo neuro-motorio

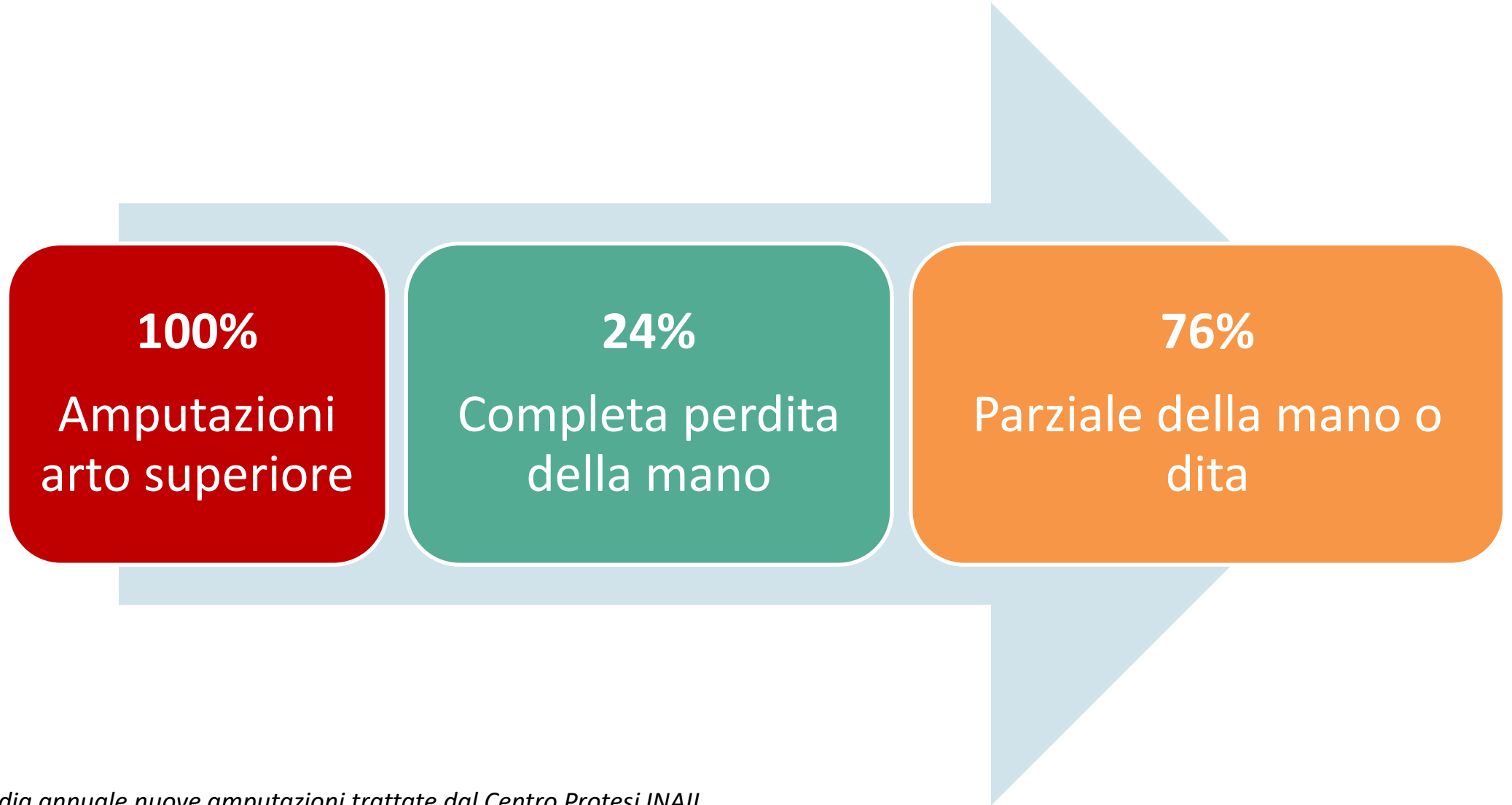
CASISTICA ITA al CP

I dati a disposizione indicano una netta prevalenza delle patologie a carico dell'arto superiore ed in particolare della mano.

Nell'ambito delle patologie della mano è stata riscontrata una prevalenza di:

- Lesioni ossee (fratture)
- Lesioni tendinee (più frequenti dei tendini estensori e flessori delle dita)
- Amputazioni

Statistiche su base annua (INAIL-CP)



() Media annuale nuove amputazioni trattate dal Centro Protesi INAIL*

PATOLOGIE DELLA SPALLA

PATOLOGIE POST TRAUMATICHE PIÙ FREQUENTI

- Trauma contusivo-distorsivo (conflitto subacromiale)
- Lesione dei tendini della cuffia dei rotatori
- Lussazioni scapolo-omerali o acromion-claveari
- Fratture omero (trochite, testa o collo omero)
scapola e clavicola

AMPUTAZIONE

L'amputazione è intesa come la perdita accidentale o l'asportazione chirurgica di un arto, totale o parziale (di un segmento), con tutte le sue componenti (pelle, vasi, nervi, osso e muscolo) (Markatos et al., 2019).

CAUSE

- AMPUTAZIONE CHIRURGICA (complicanze vascolari periferiche – morbo di Burger-, tumori, necrosi tissutale – congelamento/folgorazione-)
- AMPUTAZIONE TRAUMATICA (incidenti stradali, infortuni sul lavoro)
- AMPUTAZIONE SU BASE INFETTIVA (gangrena – CID)
- AMPUTAZIONE CONGENITA

Amputazioni parziali di mano

- Amputazione delle dita della mano (totale di dito o parziale, falange)
- Amputazione del metacarpo

Presentazioni anatomiche



Complicanze ricorrenti

Neuromi
dolorosi

Infezioni

Prominenze
ossee

Stoffatura
scadente
(grafting)

ROM limitato

Ipersensibilità

Rifiuto

Rabbia

Depressione

NECESSITA' DI SCALE DI VALUTAZIONE DEL PAZIENTE AMBULATORIALE FISIATRICO CHE TENGANO CONTO DI

- CAPACITA' DI INTEGRARE DANNO ANATOMICO E DANNO FUNZIONALE
- MONITORARE L'EVOLUZIONE NEL TEMPO DEL RECUPERO FUNZIONALE
- FAR DIALOGARE LE VARIE FIGURE DELL'EQUIPE RIABILITATIVA
- SUPPORTARE LE DECISIONI TERAPEUTICHE E PROGNOSTICHE SINTETIZZATE NEL PRI

- **SCALE DI DISABILITA' PIU' IN USO IN AMBITO RIABILITATIVO AMBULATORIALE FISIATRICO**
- **mRankin** Strutturata secondo 6 items organizzati in una scala di punteggio di disabilità crescente da 0 a 5
- La scala Rankin modificata è validata dalla Regione Emilia-Romagna e si differenzia dalla originaria scala di Rankin per l'assenza del settimo item che è la condizione: "morte" qui non presente

- 0 Nessun sintomo
- 1 Nessuna inabilità significativa, pur manifestando sintomi: svolge ogni funzione e attività usuali
- 2 Leggera inabilità: incapace di svolgere tutte le attività precedenti, ma capace di occuparsi di sé senza assistenza
- 3 Inabilità moderata: richiede aiuto, ma svolge la funzione richiesta senza assistenza
- 4 Inabilità moderatamente severa: svolge la funzione con assistenza e necessita di assistenza per i bisogni primari
- 5 Inabilità severa: assenza di funzione, allettamento, totalmente dipendente in tutte le ADL

Scala mRankin

STRF PUNTEGGIO 0 se:

mancanza di movimento (rigidità, gesso, fissatori o altro che impedisca la mobilitazione passiva del distretto in esame)

totale impotenza funzionale (totale incapacità di compiere un'attività nel modo e nel tempo considerati normali, condizionante profondo stato di frustrazione e isolamento sociale della persona)

totale dipendenza nelle ADL (completa dipendenza da caregiver)

STRF PUNTEGGIO 1 se:

minimi movimenti articolari (ROM entro il primo terzo)

non funzionali (accenna a compiere un'attività, ma senza riuscirci in modo efficace con stato di frustrazione e isolamento sociale potenzialmente grave per la persona)

dipendenza pressochè totale nelle ADL (intenso supporto del caregiver al paziente)

STRF PUNTEGGIO 2 se:

motilità articolare limitata ai gradi intermedi (ROM limitato a ½ rispetto al normale)

parziale reclutamento funzionale (capacità di compiere un'attività secondo modalità e tempi personali che potrebbero non essere compatibili con la vita sociale e di relazione considerata normale, condizionando o potendo condizionare disagio psico-sociale di grado medio-alto)

parziale dipendenza nelle ADL (assistenza diretta del caregiver al paziente)

STRF PUNTEGGIO 3 se:

motilità articolare limitata agli ultimi gradi (ROM limitato all'ultimo terzo)

reclutamento funzionale possibile (con compensi e/o ausili e buona possibilità di reinserimento socio lavorativo e relazionale)

parziale indipendenza nelle ADL (assistenza indiretta del caregiver)

STRF PUNTEGGIO 4 se:

articolari libera o limitata agli ultimissimi gradi

funzione sostanzialmente conservata ma esauribile, dolente e/o imprecisa che il paziente può vivere con disagio, presenta comunque risorse emotive e sociali adeguate a superarlo

indipendenza nelle ADL primarie (caregiver di supporto per attività più complesse, prolungate e multifattoriali)

STRF PUNTEGGIO 5 se:

articolari libera secondo il normale ROM

funzione conservata (capacità di compiere un'attività nel modo e nel tempo considerati normali per un essere umano con ottime potenzialità di ripresa socio-lavorativa e relazionale)

indipendenza nelle ADL e IADL

Scala Temporale del Recupero Funzionale (STRF)

Elaborata dal CML INAIL
di Asti
(vol. 39-N.3 Giornale
Italiano di Medicina
Riabilitativa. Settembre
2023 pag 50-57)

● STRF

- Strutturata secondo 6 items (da 0 a 5) organizzati in una scala di recupero funzionale crescente rispetto alla disabilità iniziale
- La persona/infortunato come il risultato di un sistema che considera
- Ampiezza del movimento residuo al danno della parte anatomica interessata
- La conseguente abilità funzionale residua
- Rimanente livello di indipendenza nelle ADL e in ambito sociale

GRAZIE