



DR. FILIPPO MARIA RANALDI

Ortopedia & Traumatologia

Dott. Filippo Maria Ranaldi

Medico Chirurgo - Specialista in Ortopedia e Traumatologia

Dirigente Medico ASL Roma 5 – P.O. Colferro-Palestrina-Monterotondo

Docente Università Sapienza di Roma

Medico Sociale Frosinone Calcio

Studio Medico MAGNA GRECIA – Via Magna Grecia, 65 – Roma

Centro Polispecialistico ADITERM – Via Casilina Km 77.600 – Ferentino (FR)

PROTOCOLLO RIABILITATIVO POST OPERATORIO

NOME: **COGNOME:**

DIAGNOSI:

INTERVENTO CHIRURGICO:

DATA:

INDICAZIONI POSTOPERATORIE:

- **Settimana 1-3:** mantenere valva gessata e in seguito il tutore Walker per 15 gg, con arto in scarico completo ed elevazione, deambulazione fuori carico con 2 bastoni canadesi, terapia adeguata prescritta per dolore, profilassi antitromboembolica, antibiotica e antiedemigena. La prima medicazione avviene dopo circa 4 gg dall'intervento, al fine di visualizzare eventuali sofferenze della cute, che in questo tipo d'intervento possono essere relativamente frequenti nei primi 15-20 giorni per il massivo ematoma che si forma dopo il trauma fratturativo e la scarsa rappresentazione di tessuti molli che separano la cute dall'osso sottostante. Sotto la soglia del dolore, con arto in scarico ed elevazione e fuori dal tutore, il paziente può iniziare circa 2/3 volte al giorno dei cauti esercizi attivi di mobilizzazione in flessione dorsale e plantare del piede. La rimozione dei punti di sutura avviene a 15-21 gg dall'intervento (dipende dallo stato di guarigione della ferita chirurgica). In questa fase, è indicato svolgere Magnetoterapia con CEMP, durante la notte e per 6-8h/die consecutivamente per almeno 1 mese.

- **Settimana 3-4:** dopo la desutura, mantenere il tutore solo in ambiente non protetto (fuori casa), mantenere l'utilizzo di bastoni canadesi per spostarsi, con divieto assoluto di carico sull'arto operato e iniziare ad aumentare gli esercizi di recupero articolare della caviglia con l'ausilio di un fisioterapista che possa svolgere una dorsiflessione passiva del piede con stretching graduale dei flessori della coscia e del TdA, fino a mantenere senza alcun problema una flessione dorsale di 90° della caviglia. In questa fase si deve iniziare a svolgere anche terapie con mezzi fisici quali Laserterapia, CrioterapiaUS, CMF e/o Pressoterapia, abbinando lavoro isometrico muscolare e aumentando lo stretching graduale del soleo e delle catene cinetiche posteriori, oltre allo scollamento aderenziale sulla cicatrice chirurgica (solo se la ferita è chiusa e asciutta). Al 30° giorno postoperatorio si dovrà eseguire una prima rivalutazione clinica e radiografica della caviglia trattata, per valutare l'inizio del recupero alla deambulazione in carico.
- **Settimana 4-8:** tra il 30° e il 60° giorno postoperatorio, se consentito dal curante, il paziente dovrà iniziare un graduale lavoro di recupero propriocettivo, con dismissione graduale degli ausili (prima in ambiente protetto, poi in ambiente non protetto), rimozione completa del tutore anche in ambiente non protetto e recupero del carico completo e della deambulazione senza ausili, fino al completamento del secondo mese postoperatorio. Se il paziente lo gradisce, può anche iniziare a svolgere un lavoro in acqua d'idrokinesiterapia (considerando la pericolosità dell'ambiente acquatico per il rischio di scivolare, si consiglia di eseguire tale fase quando si è acquisita una valida e sicura deambulazione). Al termine di questa fase (2 mesi postoperatori) il paziente dovrà essere in grado di aver completato il ciclo del passo e recuperato il carico completo senza ausili. Durante questa fase, se il paziente ha abbandonato completamente gli ausili, il tutore e ha acquisito una deambulazione valida e sicura, può ricominciare a guidare la macchina. Per moto, scooter o altri mezzi su due ruote, occorre attendere ulteriori 20/30 giorni, per i rischi connessi alle cadute o al brusco appoggio del piede che può essere necessario per mantenere l'equilibrio.
- **Dal 2° al 3° mese postoperatorio:** il paziente deve proseguire il lavoro propriocettivo e il rinforzo muscolare isotonico e isometrico, abbinando esercizi in acqua a esercizi con cyclette e step. Se tollerato, può iniziare a svolgere una camminata rapida/corsetta leggera e non faticosa, su tapis roulant o su terreno non accidentato, in piano. Al termine di questa fase il paziente dovrà avere acquisito un recupero completamente valido della deambulazione, stabilità articolare, tono muscolare simmetrico tra arto sano e arto operato.
- **Dal 3° al 5° mese postoperatorio:** iniziare un graduale ricondizionamento alla corsa più rapida, con costante stretching di mantenimento e ginnastica propriocettiva con rinforzo degli stabilizzatori della caviglia, introducendo gradualmente anche il salto e i cambi di direzione. Al termine di questa fase il paziente dovrà essere in grado di correre più intensamente in modo aerobico, cambiare direzione durante la corsa e saltare in modo valido.