

TERAPIA OCCUPAZIONALE UN'OPPORTUNITÀ PER L'AUTONOMIA

COME FAVORIRE LA PARTECIPAZIONE E MIGLIORARE
LA PERFORMANCE NELLE OCCUPAZIONI

24 MAGGIO 2019
MATERA
CAMERA DI COMMERCIO

*Il ruolo del terapeuta occupazionale
nell'Unità Spinale: Dalla mano funzionale
alla scelta degli ausili.*

T.O. dott. Segaletti Leandro
C.T.O. "A.Alesini" Roma ASL RM2



REGIONE
LAZIO



Giornata nazionale del
terapeuta occupazionale

CENNI INTRODUTTIVI

Lesioni Complete

Interruzione anatomica totale di tutte le comunicazioni nervose al di sotto del livello di lesione

Tetraplegia

Danno o perdita della funzione motoria e/o sensitiva nei segmenti cervicali del midollo spinale dovuto al danno degli elementi neurali all'interno del canale spinale. La tetraplegia è il risultato del danno funzionale negli arti superiori così come del tronco, arti inferiori.

Lesioni incomplete

Presuppongono una sorta di "risparmio" neurologico al di sotto del livello di lesione

Paraplegia

Danno o perdita della funzione motoria e/o sensitiva nei segmenti toracico, lombare o sacrale del midollo spinale, secondari al danno degli elementi neurali all'interno del canale spinale. Con la paraplegia, la funzionalità degli arti superiori è risparmiata, ma, in base al livello di lesione, risultano coinvolti il tronco, gli arti inferiori.

SCALA DI VALUTAZIONE

ASIA Impairment Scale (AIS)

AIS=A: lesione completa sia motoria che sensitiva;

AIS=B: lesione incompleta dove la sensibilità è preservata, mentre vi è un'assenza di funzioni motorie al di sotto del livello della lesione;

AIS=C: lesione incompleta in cui è presente, in più della metà dei muscoli, movimento al di sotto della lesione ma non viene raggiunto il grado di forza muscolare F=3 (movimento attivo contro gravità);

AIS=D: lesione incompleta con, in più della metà dei muscoli, grado di forza uguale o superiore a F=3;

AIS=E: funzione sensitiva e motoria normale.

Patient Name _____ Examiner Name _____ Date/Time of Exam _____

ASIA INTERNATIONAL STANDARDS FOR NEUROLOGICAL CLASSIFICATION OF SPINAL CORD INJURY **ISCS**

MOTOR (KEY MUSCLES: moving to muscle site)

Upper Limb: C5 (Elbow flexion), C6 (Wrist extension), C7 (Elbow extension), C8 (Finger flexion/extension), T1 (Finger abduction/adduction)

Lower Limb: L2 (Hip flexion), L3 (Knee extension), L4 (Ankle dorsiflexion), L5 (Ankle plantar flexion)

Neurological Level: _____

SENSORY (KEY SENSORY POINTS)

Pin Prick Score: _____ Light Touch Score: _____

ASIA IMPAIRMENT SCALE (AIS)

AIS A: _____ AIS B: _____ AIS C: _____ AIS D: _____ AIS E: _____

Fase acuta o shock spinale

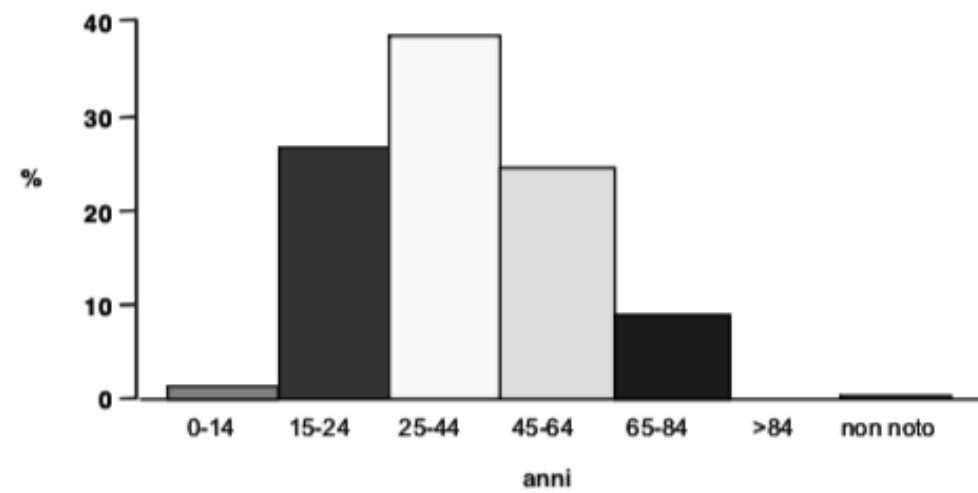
Dura circa 6/8 settimane dal momento della lesione e si caratterizza per la presenza di paralisi motoria (plegia) e sensitiva (anestesia), scomparsa dei riflessi osteo-tendinei, paralisi degli sfinteri con ritenzione di feci e urine

Fase di automatismo e di ripristino

Nel caso delle lesioni midollari complete la fase di automatismo è caratterizzata dalla ricomparsa dei riflessi osteo-tendinei, dalla spasticità e dal ripristino di una funzione automatica della vescica e dell'alvo che spesso conduce all'incontinenza urinaria e fecale. Nelle lesioni incomplete la fase di ripristino segue alla fase di shock e comporta un recupero totale o parziale dell'integrità anatomico-funzionale del midollo e un miglioramento del quadro clinico con regressione più o meno completa dei deficit sotto-lesionali.

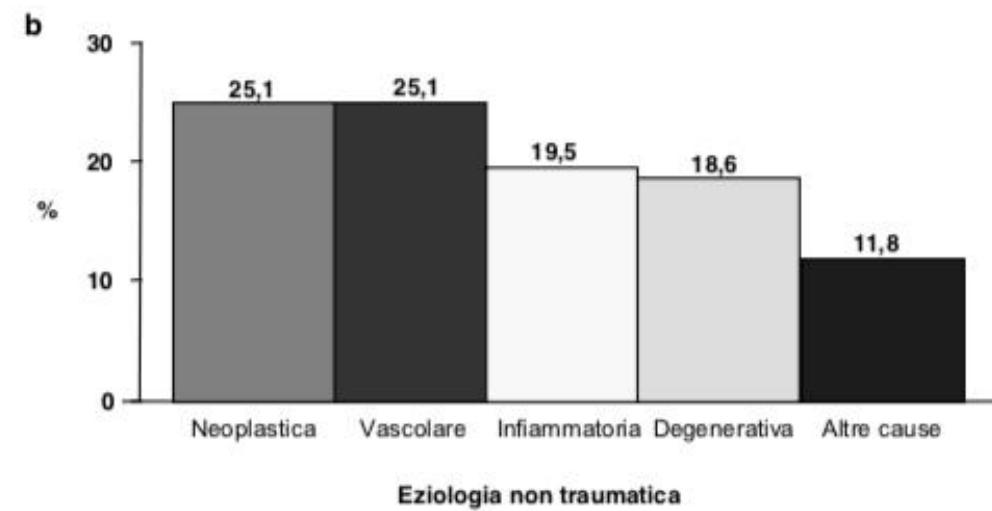
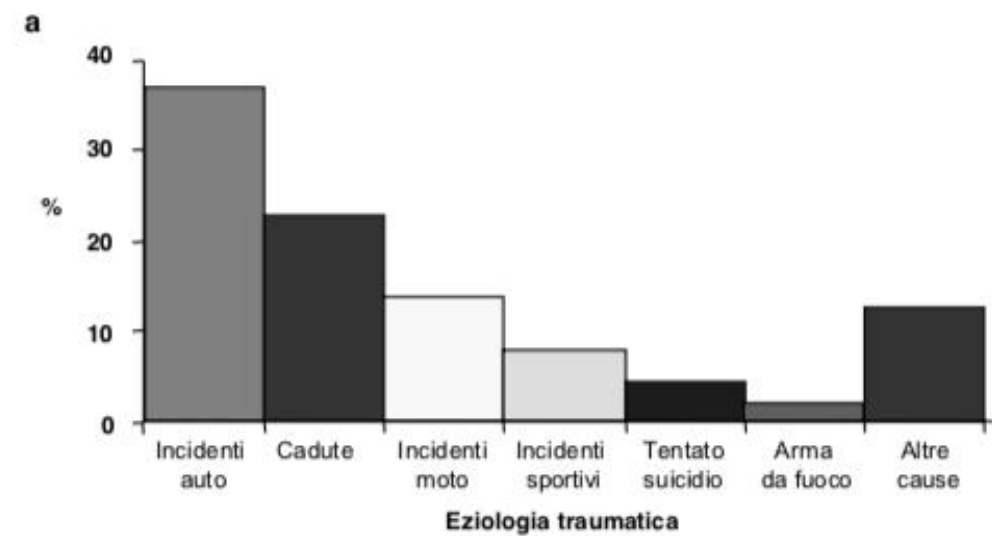
Fase di stato

Caratterizzata dallo stato cronico della lesione midollare con possibilità d'insorgenza di eventuali complicanze (lesioni da pressione, infezioni urinarie, osteoporosi, ecc.) che rappresentano potenziali fattori di rischio di ospedalizzazione e di morte dei pazienti.



Età

Traumatiche



Non traumatiche

DEFICIT

Motorio ed ipertonica

Sensitivi e
percezione corporea

Sintomi genito-urinari

Sintomi neurovegetativi

Sintomi respiratori

PROGETTO RIABILITATIVO IN T.O.

Suddiviso in tre fasi

Fase di allettamento

Fase di recupero

Fase di reintegrazione

FASE DI ALLETTAMENTO

Tetraplegico

- Esame muscolare ed articolare
- Posizionamento per la “mano funzionale”
- Mobilizzazione arti superiori
- Posizionamenti a letto per prevenzione LdP
- Inchiesta abitativa e familiare

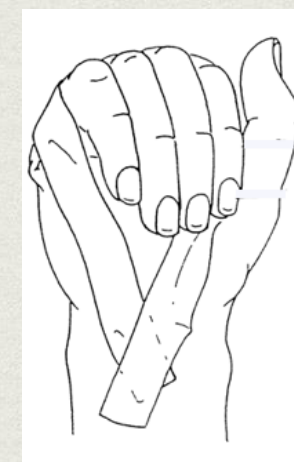
Paraplegico

- Presa in carico
- Inchiesta abitativa e familiare
- Posizionamenti a letto per prevenzione LdP

MANO FUNZIONALE



Una mano in grado di svolgere una funzione prensoria in assenza delle potenzialità motorie ad essa deputati



- **Ottenere un accorciamento dei flessori delle dita**
- **Impedire l'accorciamento degli estensori delle dita**
- **Impedire contratture articolari e dare un posizionamento articolare non fisiologico per mezzo di mobilizzazione e confezionamento di splint**

TETRAPLEGIA AIS “A”



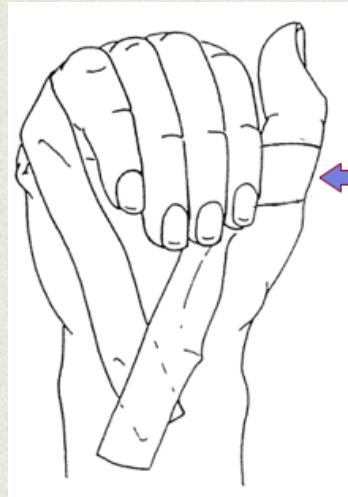
Posizionamento
Lesione C1-C4 per
evitare detrazioni

Mancette + Cerotti
Lesione C1-C4
(lesioni incomplete)



POSIZIONAMENTO

Mancette + Cerotti
Lesione C5-C6
(lesioni complete)



Cerotti a “fionda”
dopo 2 mesi
con primo dito
Lesione C5-C6



C5 - M.F. Passiva
C6 - M.F. Attiva

TEMPI DI POSIZIONAMENTO

Il posizionamento deve essere
impostato si da subito (max nei prime
3/6 mesi dal trauma)

Effettuato per 3/4 mesi e deve essere
rimosso ogni giorno solo per il tempo
delle cure igieniche e della terapia.

FILMATO

Movimentazione della mano



OBIETTIVO: FORMARE LA MANO FUNZIONALE





POSSIBILI PRESE CON LA MANO FUNZIONALE

Presa cilindrica



Presa digito-palmare



Presa laterale



Presa interdigitale



Presa intrecciata



Presa a gancio





FASE DI RECUPERO NEL TETRAPLEGICO

Principali training

- Training x l'utilizzo della mano funzionale
- Training dell'alimentazione
- Training di scrittura
- Training di uso pc o tablet
- Training igiene personale viso
- Training all'autocateterismo

FASE DI RECUPERO NELLA MIELOLESIONE

Principali training con il tetraplegico e paraplegico

- Training alla vestizione.
- Training all'igiene personale del corpo.
- Addestramento ai trasferimenti.....
- Scelta carrozzina elettrica o ad autospinta.
- Scelta cuscino antidecubito e/o del sistema di postura
- Addestramento all'uso della carrozzina
- Profilassi o addestramento per la prevenzione da LdP
- Scelta ausili per le Attività Vita Quotidiana
- Addestramento al care-giving
- Verifica domiciliare

LA POSTURA

COSA DEVE PERMETTERE

Spostamenti

Trasferimenti

Vestirsi

Gestire la vescica

Alimentarsi

Comunicare

Evitare le LdP

COSA CI SERVE SAPERE

Diagnosi
evoluzione

Condizione apparato locomotore
deformità - rigidità - lussazioni

Funzioni fisiologiche che influenzano la postura
problemi respiratori, circolatori, digestivi, vista, udito

Rischi legati alla postura seduta
condizione della cute, sensibilità, dolore

Come e dove verrà usata la carrozzina?
caregiver? casa/lavoro? auto?

Quanto
può
spendere?

SCELTA DELLA POSTURA

Valutazione postulare

Misure antropometriche



Paziente in posizione seduta
Bacino-Tronco-Capo-Cingolo scapolare

Paziente in posizione supina sopra un letto rigido
Bacino-Anche-Ginocchia-Caviglie

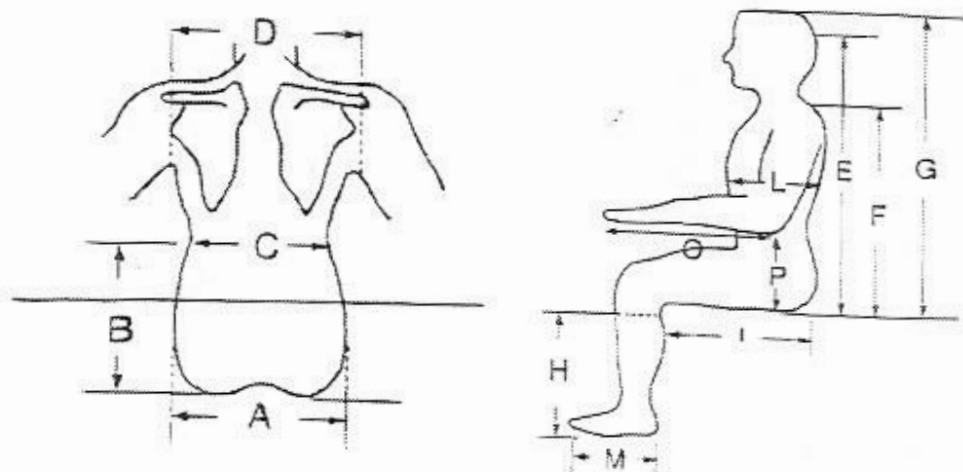


Cognome e nome		Telefono		Età
Indirizzo				
Data lesione		Livello lesione		ASIA
Medico		Terapista		

Note:

Misure antropometriche

A:	B:	C:	D:
E:	F:	G:	H (dx)
H (sn):	I (dx):	I (sn):	L
M:	N:	O:	P:



Valutazione da supino

F= Fissa L= Libera G= Gradi

Bacino	dx	sn	Anca	dx	sn	Ginocchio	dx	sn	Piede	dx	sn
Obliquità			Flessione								
Rotazione			Estensione								
			Abduzione						Pronazione		
Retroversione			Adduzione								
Antiversione			Intrarotaz.						Supinazione		
			Extrarotaz.								

Note:

Valutazione da seduto

Bacino	dx	sx	Assimetria AA.II	Controllo tronco	Controllo capo
Obliquità				Cifosi dorsale	
Rotazione				Lordosi lombare	

Valutazione carrozzina

Modello		Misure
H anteriore	Cuscino	Inserti
H posteriore	Schienale	Pelotta
U.L.	Pedane	Telaio

Valutazione cute

Valutazione Funzionale

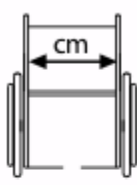
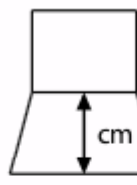
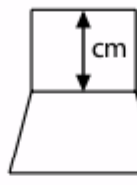
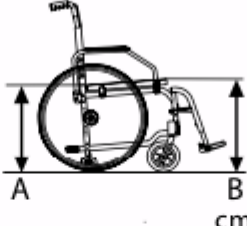
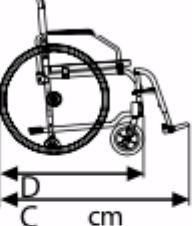
Modalità di trasferimento	
Modalità di spinta	
Assistenza richiesta	
Attività nella vita quotidiana	

RIFLESSIONI

Stabilire una graduatoria delle priorità

Non esiste una postura che
garantisca la certezza di
non incorrere in una Ldp

“ASSETTARE” UNA CARROZZINA

							
38	57	38 40 42 44	37	A : 45, 47, 50 B : 48, 50, 52	C : 100 D : 77	30	15,9 Kg con seduta with seat 40 x 40 cm
40	59		39				
42	61		41				
44	63		43				
46	65						
48	67						
50	69						

Larghezza

Profondità

Altezza pedane (UL)

Altezza schienale

Altezza anteriore

Altezza posteriore

Attiva/passiva

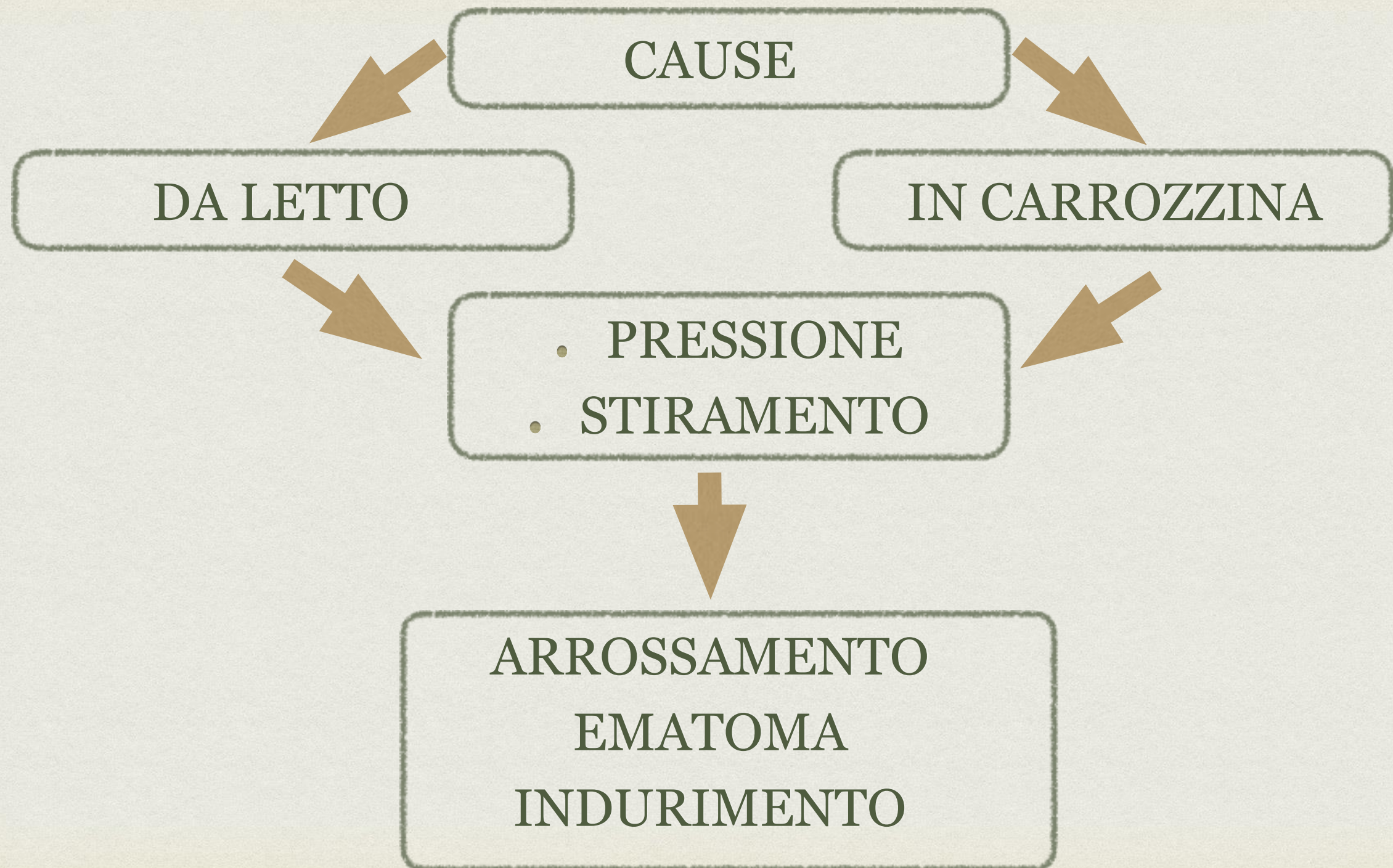
Angolo telaio

Larghezza e lunghezza tot., peso, costo, colore





LESIONI DA PRESSIONE



COSA FARE?

- Deve essere operato? Attendete il post-operatorio
- Allettamento forzato, ma nel giusto posizionamento
- Inizio seduta in shot-sitting
- Valutazione posturale
- Prove di posture con tempi progressivi di seduta
- Insegnare a “scaricare” ed auto-ispezionarsi



GRAZIE PER L'ATTENZIONE