

Notiziario ANIK

46 Marzo 2015

Organo Ufficiale dell'Associazione Nazionale Idrokinesiterapisti

Sede legale: Via dei Panfilii, 104 - 00121 Roma - Ostia Lido

Segreteria: 393 9361828 - Fax. 06 66141333

Direttivo: 393 9462202; 393 9361828 Fax. 06 5615433

www.anik.it

e-mail: info@anik.it



Corso Roma 2015

In questo numero pubblichiamo due articoli tratti dal II Congresso Nazionale di Idrokinesiterapia tenutosi a Milano nel 2005.

L'ANIK ne era protagonista con numerose relazioni e con l'esclusiva parte pratica effettuata da Fulvio e Marco.

Il direttivo ANIK

PERCHE' IN ACQUA? INTERAZIONI CON LE TERAPIE A SECCO

Marco Forni

Fondazione Don C. Gnocchi onlus

La risposta alla domanda del titolo di questa relazione è semplice e complessa nello stesso tempo.

Si potrebbe semplicemente rispondere: "Perché ciò che conta è l'esercizio". Intendo dire con questo che se accettiamo l'idea che gli effetti contesto-dipendenti dell'acqua, per quanto clamorosi, non sono effetti terapeutici e se riteniamo che per effetto terapeutico si possa inten-

dere la modificazione stabile nel tempo di un pattern di movimento, allora non possiamo che immaginare ciò che in realtà avviene dove si lavora con criterio e cioè che il percorso riabilitativo, almeno nella sua parte medica, si compone di una serie di esercizi che scaturiscono dalla sequenza: valutazione riabilitativa → definizione degli obiettivi a breve e lungo termine → progetto riabilitativo → valutazione in funzione del trattamento → programma riabilitativo → trattamento → verifica e registrazione dei risultati ottenuti.

La sequenza sopra indicata non è rigidamente lineare, ma è, o può essere, ricorrente per consentire aggiustamenti nella definizione degli obiettivi e del programma in corso d'opera sulla scorta dei risultati parziali ottenuti.

In un'ottica di questo tipo, l'acqua è una delle risorse disponibili e, come tutte le risorse, va usata con criteri di efficacia e di economicità. L'acqua è uno dei contesti in cui avviene la terapia, ma il cuore della terapia è l'esercizio, non l'acqua, e il sapere di riferimento è quello riabilitativo molto di più di quello idrologico. Costruire il "metodo dell'acqua" è concet-

tualmente sbagliato, mentre ha senso declinare secondo le caratteristiche specifiche del contesto acquatico - che vanno ben conosciute dagli operatori che utilizzano l'acqua - gli obiettivi e le strategie impostate nella valutazione iniziale. Un'altra grave conseguenza dell'utilizzo dell'acqua come metodo riguarda la ricerca clinica in riabilitazione: chi è troppo motivato dall'appartenenza a una scuola di pensiero, a una corrente, a una posizione epistemologica facilmente finisce per valutare la qualità di ciò che fa più come coerenza con il metodo che come efficacia dell'esercizio e a utilizzare sistemi di riferimento e di misura interni al metodo stesso e, quindi, tautologici e non validi dal punto di vista scientifico, poiché infrangono le premesse sia della massima obiettività possibile, sia la riproducibilità dell'esperimento, sia della falsificazione dell'ipotesi.

Jhon Whyte, nel suo famoso articolo del 1994 ("Toward a methodology for rehabilitation research") ha messo molto bene in evidenza il rapporto che esiste tra patologia, *impairment*, *disability* e *handicap* e la coerenza che deve esistere tra il livello a cui pone l'intervento da studiare

e quello a cui si pone la misura del risultato da utilizzare. Noi stessi riabilitatori spesso violiamo questa regola, quasi che potesse essere definito un intervento specifico più sulla base della diagnosi di patologia (l'emiplegico, ma anche il neurologico) piuttosto che sulla base della valutazione il più precisa possibile degli altre tre livelli, accettando la frustrante ma inevitabile onscurezza che quanto più ci avviciniamo alla cosa che ci interessa di più (l'*handicap*) tanto meno i nostri sistemi di misura sono precisi, accurati e condivisi.

Sempre nel 1994 Paolo Crenna insieme ad altri Autori pubblicava i risultati della sua ricerca sui fattori fisiopatologici che contribuivano all'alterazione del cammino in pazienti affetti da esiti di lesioni soprasspinali. Questo lavoro, che purtroppo non ha avuto un grande seguito, ha in realtà suscitato un notevole interesse negli operatori della riabilitazione, proprio perchè arrivava a identificare e misurare in modo abbastanza preciso alcuni elementi assai più significativi della diagnosi di patologia per definire il programma riabilitativo. Conoscere il peso relativo di fattori come la spasticità, la co-contrazione, la *stiffness* non neurale e il reclutamento muscolare è assai più interessante e più utile per definire l'esercizio da proporre che non la diagnosi di patologia.

Anche per chi non abbia a disposizione strumentazioni sofisticate come la *gait analysis*, il lavoro di Crenna è estremamente interessante se ci si sforza di correlare l'osservazione del paziente e i compensi che spontaneamente utilizza con i criteri del profilo fisiopatologico. Il risultato che ci si può aspettare da un lavoro di questo genere è l'evidenza, nella cartella clinica come nel lavoro in palestra o in piscina, di una corrispondenza stretta tra i singoli elementi della valutazione e i singoli elementi del piano di lavoro, cioè le sequenze di esercizi volte a raggiungere gli obiettivi a breve termine. Ciò è tanto più importante nei pazienti gravi (come gli esiti recenti di coma prolungato) nei quali spesso proprio con il pretesto della gravità si rischia di cadere nella genericità.

Premesso che non credo vi sia una sostanziale differenza concettuale tra la riabilitazione di pazienti affetti da disturbi

neurologici od ortopedici, cerco di dare alcuni esempi della logica che seguiamo a Sarzana una volta che sia stata fatta la valutazione iniziale di un paziente affetto da disturbi neurologici secondo i criteri accennati.

In acqua abbiamo raggruppato l'infinita gamma di esercizi possibili in cinque categorie che per facilità abbiamo denominato con il nome della caratteristica fisica che prevale nel loro uso e cioè: archimede, metacentro, inerzia, turbolenza e vincoli.

Componendo variamente gli esercizi in funzione degli obiettivi, possiamo cercare nel tempo risultati relativamente a ciascuno dei fattori illustrati e alle *performance* che li incorporano. La comparabilità dei risultati tra acqua e terraferma è legata alla valutazione in funzione del trattamento, cioè a quell'operazione logica che permette di "tradurre" nel linguaggio dell'acqua gli effetti provocati dalla lesione sulla postura e sul movimento che sono diversi (in virtù degli effetti del contesto) tra i due ambienti.

Il terapeuta che lavora in acqua declinerà gli obiettivi e le strategie definiti nella valutazione iniziale (che avviene ovviamente fuori dall'acqua) secondo il "linguaggio dell'acqua" e definirà sequenze di esercizi sulla base di questa valutazione. In questo modo noi possiamo aspettarci di integrare secondo una logica unitaria la parte di lavoro fatta nell'acqua e quella fatta fuori e di poter misurare come miglioramento della funzione sulla terraferma anche il lavoro fatto in acqua.

IL RUOLO DELLA RIABILITAZIONE IN ACQUA NELL'EMIPLEGIA STABILIZZATA

Lorena Menta

Nel caso di pazienti affetti da esiti di lesioni motorie croniche e grave spasticità, la riabilitazione in acqua potrebbe rappresentare il giusto stimolo a ritrovare motivazione verso il recupero.

Scopo dello studio

La finalità di questa ricerca è stata quella di valutare se nel gruppo analizzato di pazienti affetti da esiti di emiplegia stabilizzata la riabilitazione in acqua abbia

portato un miglioramento significativo.

Materiali e metodi

Criterio di inclusione del campione

Soggetti affetti da primo ictus cerebrale a causa di malattia cerebrovascolare con esordio databile prima di sei mesi dall'inizio del trattamento in acqua presso il Centro In Aqua di Piacenza. Ogni paziente ha dovuto firmare il consenso informato.

Trattamento

Il ciclo di trattamento in acqua ha compreso dalle dieci alle venti sedute di 40 minuti ciascuna e in ogni caso ha dovuto essere a carico del Sistema Sanitario Nazionale.

Periodo di sperimentazione

Sei mesi (febbraio-luglio 2014).

Strumenti di valutazione

Sono stati utilizzati strumenti che potessero misurare il recupero a livello della menomazione motoria (Motricity Index, Scala della spasticità secondo Ashworth modificata), a livello della disabilità (FIM, Tinetti, WT6 mnt con misurazione della frequenza cardiaca) e a livello della qualità di vita (*Euroqol Quality of Life Scale - EQLF - Short Form 36 Health Status Survey*).

Analisi statistiche

Il modello seguito nello studio è di tipo prospettivo e sono stati considerati campioni appaiati. Le caratteristiche cliniche e funzionali del gruppo, valutate all'inizio e alla fine del trattamento, sono state espresse come media e deviazione standard delle variabili numeriche. Per definire il potenziale riabilitativo sono state impiegate le differenze tra i punteggi totali di inizio e fine trattamento ed è stato applicato il t di Student, al fine di valutare la significatività statistica (considerata per valori di p uguale minore 0,05).

Risultati

Caratteristiche del gruppo di pazienti analizzato

Nello studio sono stati arruolati dieci pazienti affetti da emiplegia cronica con le caratteristiche mostrate in tabella 1.

Tabella1 **Caratteristiche del gruppo di studio**

CARATTERISTICHE TECNICHE	GRUPPO DI STUDIO		
	Media	Range	DS
Età (anni)	63,7	49-74	7,49
Sesso F (%)	50	-	-
Tempo dall'esordio dell'ictus (mesi)	27	13-70	19,81
Ictus ischemico (%)	70	-	-
Emiplegia sinistra (%)	60	-	-

Risultati ottenuti

In base all'analisi dei dati, pur avendo considerato un test a due code, si è evidenziato che tutti i pazienti hanno ottenuto un outcome migliore in tutte le variabili considerate, confermando così che la riabilitazione in acqua ha migliorato la situazione clinica, funzionale e la qualità di vita dei pazienti affetti da emiplegia stabilizzata.

Per individuare in quali aree la riabilitazione in acqua possa assumere un ruolo fondamentale all'interno di un progetto riabilitativo, abbiamo eseguito un' valutazione comparata dell'entità del recupero mettendo a confronto le variazioni del livello fra l'inizio e la fine del trattamento. La t risulta statisticamente significativa con $p < 0,001$ per tutte le differenze delle medie dei punteggi ottenuti, a eccezione della frequenza cardiaca ($p < 0,01$) e dell'EQLF ($p = 0,01$).

In particolare all'interno della FIM, della Tinetti e della Motricity Index gli item che hanno generato la significatività con $p < 0,001$ sono stati:

- . FIM:
 - mobilità: trasferimenti vasca o doccia
 - locomozione: cammino e scale.
- . Tinetti:
 - deambulazione: inizio del cammino
 - equilibrio: spinta sullo sterno.
- . Motricity Index:
 - arti superiori: flessione del gomito
 - arti inferiori: estensione del ginocchio e flessione dell'anca.

Le attività che hanno avuto un incremento maggiore e molto simile sono l'equilibrio e la deambulazione. Una notevole diminuzione si è riscontrata nella spasticità, probabilmente correlabile con un aumento della motricità (MI) e con una diminuzione del carico assistenziale

(FIM).

Altro parametro riscontrato è stata la diminuzione della frequenza cardiaca (prima dopo WT) anche se con una significatività minore; tale risultato potrebbe mostrare un legame con la diminuzione della spasticità.

Discussione

Dall'analisi dei risultati risulta che le attività in cui la riabilitazione in acqua ha avuto un ruolo fondamentale sono state l'equilibrio, la deambulazione e la diminuzione della spasticità.

Effetti sull'equilibrio

L'intervento riabilitativo in acqua è improntato:

- . sulla correzione dei recettori alterati e quindi sulla riprogrammazione del sistema tonico-posturale (Cirillo ed al. 2002);
- . su una più omogenea ripartizione del carico sugli arti inferiori con conseguente riduzione dello spostamento laterale del centro di gravità, percezioni lontane nel ricordo del paziente (Nardone 1998)

Effetti sulla spasticità

Sono riconducibili a:

- . calore dell'acqua;
- . possibilità di eseguire i movimenti con meno sforzo.

La diminuzione della spasticità si traduce in una maggiore facilità d'esecuzione dei movimenti, soprattutto in termini di una diminuzione del costo energetico (Zamparo ed al 1998), e in una maggiore autonomia in alcune attività, prima fra tutte la deambulazione, sul piano sia qualitativo sia quantitativo.

Effetti sulla deambulazione

Sono dovuti a:

- . diminuzione della spasticità;
- . correzione di eventuali asimmetrie del carico sugli arti inferiori.

Tutto questo spiega il miglioramento della percezione della qualità della vita nelle voci che richiamano la fatica e l'affaticamento.

Questo risultato completa le conclusioni tratte recentemente da Lambeck (2004), il quale afferma che l'idroterapia può migliorare la situazione del paziente neu-

rologico solo nella fase postacuta della malattia.

Conclusioni

Considerando tutti i limiti di questa tesi (inesperienza, numero ridotto di pazienti valutati, mancanza di gruppo di controllo, mancanza di follow-up), credo comunque di aver dimostrato l'ipotesi iniziale e che questo sia da considerarsi uno studio campione, a fronte anche della carenza bibliografica sull'argomento. Studi di lavoratori hanno, inoltre, dimostrato che il recupero della funzione continua ad avvenire anche più di cinque anni dopo l'insorgenza dell'ictus (Davies, 2000), quindi ritengo che la riabilitazione in acqua possa considerarsi un valido supporto alla riabilitazione tradizionale.