

Notiziario ANIK

49 Dicembre 2015

Organo Ufficiale dell'Associazione Nazionale Idrokinesiterapisti

Sede legale: Via dei Panfili, 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 su "La riabilitazione in acqua nel trattamento degli esiti di patologie neurologiche: il Metodo A.S.P." svolto presso la Clinica Hildebrand di Brissago (Svizzera)

In questo numero di dicembre pubblichiamo la prima parte di un articolo del Dott. Sergio Rigardo Casa di Cura "Villa Igea" Aquis Terme (Alessandria).

Non è un socio ANIK, ma è interessante come confronto sulla parte logistica inerente gli ambienti.

L'articolo è tratto dal II Congresso

Nazionale di Idrokinesiterapia organizzato da Eci-Ernes nell'ottobre del 2005.

Il direttivo ANIK

GESTIONE A BORDO VASCA E IN ACQUA: AUSILI E ATTREZZATURE

La gestione del paziente a bordo vasca rappresenta una criticità importante per chi decide di trattare patologie a diversa eziologia, in quanto si diversifica integralmente secondo il grado di disabilità e le caratteristiche dei diversi quadri patologici.

Gli ausili che devono essere in dotazione a una vasca riabilita-

tiva si distinguono in almeno tre categorie:

- la prima è costituita da strumenti destinati alla stabilizzazione e al supporto del galleggiamento del soggetto da trattare;
- la seconda raccoglie attrezzi che amplificano le caratteristiche fisiche dell'acqua più sfruttate in idrokinesiterapia;
- la terza raccoglie una serie di apparecchiature più complesse, sia meccanicamente sia tecnologicamente, utilizzate per la valutazione del paziente, la programmazione del trattamento e il trattamento stesso.

Un gruppo a parte è costituito dall'attrezzatura utilizzata per lo spostamento del paziente dal bordo vasca; essa deve essere adeguata al livello di disabilità del paziente e alle caratteristiche architettoniche

del locale destinato alla piscina riabilitativa.

Un incidente è sempre possibile quando a un paziente viene somministrato un trattamento riabilitativo in acqua, ma molti infortuni possono essere evitati se il terapeuta è ben informato sui possibili rischi di incidente e agisce in modo da garantire sempre la massima sicurezza per il paziente e per se stesso. Nell'idrokinesiterapia emergono rischi addizionali rispetto a quelli incontrati abitualmente durante le sedute di fisioterapia e alcuni di essi possono risultare estremamente gravi.

L'improvvisa immersione nell'acqua è una bruttissima esperienza per chiunque, ma nel caso di un paziente disabile è estremamente pericolosa, perché egli, conscio della propria disabilità, reagisce immediatamente in modo drammatico. In

un caso come questo, un soggetto che già presentava un basso livello di acquaticità potrebbe perdere definitivamente fiducia nel trattamento riabilitativo in acqua.

L'immersione improvvisa e non controllata può avvenire mentre il paziente è in acqua perchè vengono meno il contatto con il terapista o l'appoggio alle ringhiere, oppure per la perdita dell'equilibrio, per il rilascio improvviso degli apparati di sostegno ai sollevatori usati per movimentare i pazienti o per lo spostamento dei galleggianti. I momenti più a rischio sono in assoluto le fasi di spostamento, cioè l'entrata e l'uscita dalla piscina. Il paziente può anche essere urtato da un altro paziente durante la seduta di idrochinesiterapia; questo accade spesso se la piscina è sovraffollata e se ai pazienti, con gradi diversi di disabilità, è concesso di spostarsi liberamente senza delimitare spazi appositi per le differenti attività. Si deve evitare sia che la piscina diventi sovraffollata sia, in particolare, che vengano trattati pazienti con gradi di disabilità molto diversi; inoltre deve sempre rimanere disponibile uno spazio sufficientemente ampio per gli spostamenti dei pazienti e dei terapeuti.

L'acqua permette l'esperienza della scoperta del proprio corpo attraverso la variazione dell'azione gravitaria, il contatto con l'acqua stessa, il galleggiamento, la temperatura eccetera. L'acqua permette un'esperienza dello spazio tridimensionale attraverso movimenti che alcuni disabili non possono realizzare a terra.

Durante il training di percezioni propriocettive, visive, uditive e dei recettori cutanei, per gli effetti sia della turbolenza dell'acqua sia del calore e della pressione idrostatica, si verificano un massiccio reclutamento di stimoli e un miglioramento della respirazione e dell'equilibrio. Tutto questo, però, può essere annullato dal disagio o dal rifiuto del soggetto da trattare, generati da una scorretta gestione della fase preparatoria al trattamento in acqua comunemente definita come "gestione a bordo vasca".

Questo momento della preparazione è particolarmente importante in occasione di tutte le sedute e non, come si potrebbe pensare, solo dell'inizio del ciclo di trattamento. Un corretto progetto rieducativo comprendente anche l'idrochinesiterapia deve individuare i soggetti che richiedono un particolare approccio a bordo vasca a causa delle condizioni climatiche generali o del grado di disabilità. Diventa indispensabile per il terapista conoscere le procedure di preparazione delle singole sedute per quanto riguarda sia la gestione rieducativa sia gli aspetti psicologici relativi al soggetto da trattare. Insieme alle verifiche necessarie a garantire la sicurezza, si richiede al terapista di preparare il soggetto alle sensazioni che proverà in acqua, tenendolo presente il suo grado di disabilità, e di fargli prendere confidenza con gli ausili che verranno usati in acqua (facendoli anche provare a secco, se necessario).

La gestione a bordo vasca comprende anche due aspetti complessi del processo riedu-

cativo, cioè il passaggio in vasca e l'utilizzo di specifiche apparecchiature di valutazione che vengono posizionate a secco e poi utilizzate in acqua (come, per esempio, l'idrobiofeedback elettromiografico di superficie).

La gestione del passaggio in acqua deve essere effettuata in estrema sicurezza, perchè rappresenta uno dei momenti critici di tutto il trattamento. Il rischio di incidenti è al massimo livello e, paradossalmente, è elevato sia per il paziente sia per l'operatore: per questo è indispensabile la supervisione di una terza persona pronta a intervenire in caso di necessità.

L'utilizzo di specifici sollevatori dotati di differenti strumenti di stabilizzazione del paziente deve essere effettuato da personale esperto e la scelta dell'imbracatura deve essere adeguata alle effettive capacità motorie del paziente e al progetto rieducativo a cui sarà sottoposto. Durante l'evoluzione del progetto può essere necessario modificare il tipo di training a bordo vasca, sostituendo l'attrezzatura per il passaggio in acqua e adeguandola alle esigenze rieducative.

Quando si devono trattare bambini con disabilità di origine neurologica, è consigliabile "rompere" la superficie dell'acqua distribuendovi oggetti galleggianti, infatti, l'uniforme e ampia superficie d'acqua di una piscina, soprattutto se grande, può incutere paura, specialmente nei giovanissimi. E' anche importante fare attenzione a evitare al bambino posizioni che prospetticamente accentuino l'ampiezza della

piscina o la differenza di altezza tra la superficie dell'acqua e il bordo della piscina. Per esempio, si può far lavorare il paziente su uno dei lati più corti e non immediatamente sotto il bordo vasca, oppure è possibile gestire l'inizio del trattamento lavorando rivolti verso uno degli angoli della piscina o immergendo oggetti galleggianti nell'acqua entro il campo visivo del paziente.

Anche gli adulti possono dimostrare ansietà nell'entrare in acqua: in questi casi il terapista deve sempre precedere il paziente in acqua e curare con la massima attenzione i dettagli relativi all'entrata, proprio come per i bambini.

In genere con pazienti anziani o affetti da gravi disabilità è necessario utilizzare specifici sollevatori per piscine o altri metodi alternativi di entrata e uscita dalla vasca; tuttavia incoraggiare l'autonomia nell'esecuzione di queste manovre, insegnando al paziente - adulto o bambino - il metodo per entrare e uscire direttamente dal bordo della piscina senza pericolo e senza disturbare l'evoluzione del trattamento rieducativo; in questo modo il paziente potrà cavarsela da sé anche nelle vasche prive di gradini o di rampe e di altri ausili per la movimentazione dei pazienti, conseguendo, oltretutto, una maggiore autonomia e fiducia in se stesso. In ogni caso il terapista deve sempre entrare in acqua per primo ed essere pronto a ricevere il paziente, che si deve immergere lentamente evitando spruzzi; i bambini possono immergersi fino alle spalle espirando dentro l'acqua e for-

mando bolle d'aria, poiché queste azioni hanno un effetto rassicurante.

Una possibile procedura è quella con il bambino seduto sul bordo vasca con le gambe ciondoloni e i piedi staccati dalla parete e le mani in avanti appoggiate sulle spalle del terapista assumendo una figura "raccolta": il terapista afferra il bambino sotto le braccia, all'altezza delle scapole, e lo invita ad entrare in acqua. Una volta dentro la vasca, il terapista deve procedere immediatamente all'attività terapeutica, per non lasciare il tempo al bambino di sviluppare una reazione ansiosa.

Quando la disabilità lo consente, progredendo verso l'immersione completa, si insegnano anche la respirazione e il controllo della testa, che sono presupposti importanti per il raggiungimento dell'autonomia.

La progressione relativa all'entrata prevede inizialmente un contatto diretto tipo "mani sulle mani"; successivamente questo contatto diretto viene tolto, mantenendo però sempre una vicinanza tra terapista e paziente per assicurare l'azione di caduta in avanti e facilitarla - fino a renderla automatica -, evitando però in ogni caso lo schema in estensione.

L'uscita dal bordo vasca dovrebbe essere effettuata, quando il grado di disabilità e il progetto rieducativo lo consentono, in maniera tale da favorire l'indipendenza del disabile. Ciò si realizza facendo mettere al paziente le mani sul pavimento del bordo piscina, mentre il terapista lo sostiene per il braccio al di sotto del trochite; il paziente raggiunge prima

una posizione orizzontale prona con il tronco in appoggio sul pavimento e gli arti inferiori ancora immersi perpendicolarmente nell'acqua e formanti un angolo di 90° con il tronco, poi distende le gambe, quindi, successivamente, inizia una rotazione sull'asse longitudinale in appoggio sulle mani e sostenuto per i piedi dal terapista, fino a raggiungere la posizione seduta. L'apparente complessità di questa procedura ha un significato intrinseco di stimolo per il paziente e di verifica dell'evoluzione del progetto rieducativo per il terapista. Deve essere prestata molta attenzione nei casi in cui il controllo della testa è limitato, modificando la procedura di uscita per permettere le sinergie flessorie delle braccia, oppure usufruendo di sollevatori dotati di imbracatura specifica per il sostegno della testa.

[continua]

Sul prossimo notiziario pubblicheremo la II parte