

# Ruolo del Fisioterapista Respiratorio nell'Unità Spinale Unipolare: esperienza presso l'USU di Milano

**Tiziana Redaelli,  
Claudio Manera**

*Unità Spinale Unipolare  
Ospedale Niguarda Ca'Granda, Milano*

Quando la Redazione della Rivista ci ha proposto di scrivere un articolo sul ruolo della Fisioterapia Respiratoria nell'USU (Unità Spinale Unipolare) abbiamo accettato di buon grado sapendo che ci avrebbe aspettato un compito ad un tempo piacevole ed arduo. Piacevole, perché ci saremmo cimentati con contenuti in cui crediamo fermamente sul piano professionale, arduo perché in Italia non vi sono precedenti se non in termini di esperienze locali e per di più poco numerose. Pertanto il lettore non si deve aspettare un articolo scientifico, bensì un momento di osservazione e considerazione in tema di trattamento globale della persona mielolesa. Per capirci credo sia indispensabile chiarire alcuni aspetti, alcuni termini il cui significato nasconde anni di lavoro e di confronto fra i diversi operatori e con i rappresentanti di organi ufficiali regionali e ministeriali. Che cosa si intende per USU?

Mi permetto di sottolineare questo concetto perché ritengo non possa assolutamente essere dato per scontato in quanto da questo emerge il ruolo specifico della fisioterapia respiratoria nell'Unità Spinale. Rifacendoci alle Linee Guida per le attività di riabilitazione del 1998, l'USU è destinata all'assistenza dei soggetti con lesioni midollari di origine traumatica e non, sin dal momento dell'evento lesivo ed ha lo scopo di permettere ai mielolesi di raggiungere il miglior stato di salute ed il più alto livello di capacità funzionali compatibili con la lesione. L'USU è collocata all'interno di Ospedali sede di DEA di II° livello e deve avvalersi in forma organizzata oltre che delle specialità già previste nel DEA, di numerose altre competenze specialistiche indispensabili alla gestione globale della persona mielolesa. L'USU provvede ad accettare il paziente entro le prime ore dall'evento ed a fornirgli un'assistenza adeguata ed un trattamento completo. L'équipe che si fa carico del soggetto mieloleso è di tipo multiprofessionale ed è costituita da 1 medico dell'USU con funzioni di coordinatore, da 1 I.P. 1 FT con particolari competenze respiratorie, 1 T.O., 1 Psicologo ed 1 A.S. Tale équipe, tenuto conto delle condizioni generali, socio-familiari e della prognosi di recupero, stenderà un progetto individuale e definirà singoli programmi atti al raggiungimento di obiettivi personalizzati. Ovviamente progetto e programmi verranno periodicamente sottoposti a verifica in funzione dei risultati raggiunti e, quando necessario, saranno modificati (confronto fra risultato atteso e raggiunto). Nel documento del 4/4/2001 della Conferenza Permanente Stato-Regioni viene inoltre precisato come la presa in carico del paziente da parte dell'équipe dell'USU debba seguire un protocollo gestionale fin dal ricovero nell'area della emergenza, assicurando un protocollo per la rieducazione respiratoria che dovrebbe essere garantito 7 giorni alla settimana. Emergono pertanto concetti di estrema importanza, soprattutto nella realtà professionale italiana:

- la necessità di individuare una specificità professionale fra il gruppo dei FT che operano nell'USU;
- l'opportunità che le prestazioni di FT respiratoria siano erogate, quando necessario, anche sabato, domenica e giorni festivi;

– la necessità che il trattamento segua linee protocollari specifiche atte a contenere le complicanze e a facilitare e guidare, dove possibile, il weaning respiratorio;

– la modalità di lavoro ottimale dovrà essere quella in équipe con tutte le figure professionali che ruotano attorno al paziente mieloleso.

Sono tutti presupposti che non trovano una facile possibilità di applicazione nella nostra realtà, dove la figura del FT respiratorio non ha ancora acquisito una sua identità ufficiale, il trattamento riabilitativo è spesso riservato alla fascia settimanale da lunedì a venerdì, il lavoro in équipe è spesso ancora limitato a poche esperienze in pochi centri. Del resto, molteplici sono gli aspetti che devono essere gestiti in ambito respiratorio, sia nella fase acuta, che in quella di stabilizzazione. Nel documento ministeriale dell'aprile 2001 elaborato da una Commissione Ministeriale di esperti istituita nel 1999, si precisa quanto segue:

*“in fase acuta, ovvero nel periodo immediatamente successivo alla fase di emergenza fino alla stabilizzazione delle condizioni generali, la parte Diagnostica prevede prove di funzionalità respiratoria, monitoraggio dell'attività respiratoria e della concentrazione dei gas ematici, monitoraggio periferico della SaO<sub>2</sub>, diagnostica per immagini Rx, Rx scopia, TAC, EMG diaframmatica, broncoscopia. La prevenzione delle complicanze implica la Ft respiratoria da praticarsi 7 giorni alla settimana, l'assistenza manuale e meccanica alla tosse, l'assistenza ventilatoria meccanica non invasiva. La Terapia implica la broncoscopia terapeutica, il drenaggio di eventuale emo-pneumotorace o versamento pleurico, il trattamento delle infezioni, la ventilazione meccanica non invasiva, la gestione dello svezzamento dalla ventilazione controllata e/o assistita. Nella fase di stabilizzazione oltre a tutti gli aspetti enunciati in fase acuta, deve essere garantito lo svezzamento dalla ventilazione controllata, nonché il supporto ventilatorio*

*temporaneo. Nel caso di lesione cervicale alta si deve garantire un supporto ventilatorio meccanico. In tali pazienti particolare attenzione e competenza deve essere posta alla gestione delle problematiche legate ai disturbi della comunicazione e della alimentazione(in questo ambito gioca un ruolo fondamentale il lavoro in équipe con il TO e l'IP)”*

Il passaggio dalla ventilazione meccanica tramite cannula a quella non invasiva costituisce una delle attività più complesse della fase di svezzamento respiratorio

Una più diffusa e approfondita conoscenza delle modalità e delle tecniche di gestione della ventilazione meccanica non invasiva permetterebbe, forse anche in questo specifico ambito, di ridurre il numero dei soggetti sottoposti a tracheotomia e l'instaurarsi delle complicanze legate alla ventilazione meccanica non invasiva.

Benché sia innegabile che le manovre di ventilazione, riespirazione e aspirazione tramite cannula siano di più facile attuazione, anche in soggetti poco collaboranti, è altrettanto vero che la familiarità con ausili meccanici (ad esempio In-Exsufflator, Emerson, Vivisol) permette di attuare tali manovre anche in modalità non invasiva.

D'altro canto, in situazioni particolarmente instabili, la presenza della cannula tracheale, anche di minimo calibro, può svolgere una funzione di “paracadute” se il quadro clinico dovesse precipitare.

È quindi opportuno che, attraverso la collaborazione e l'interazione di diverse figure professionali, già nella fase di emergenza, i riabilitatori respiratori sappiano far fronte a quadri particolarmente impegnativi e i rianimatori non considerino il paziente unicamente come soggetto da gestire nella sola fase acuta, ma li vedano anche “proiettati” in quella successiva, al di fuori delle unità di cura intensiva.

Si tratta di un impegno culturale ed operativo rilevante che richiede una specifica professionalità ed un note-

vole spirito collaborativo nell'ambito del lavoro in équipe con tutti gli operatori che ruotano attorno alla persona mielolesa ed ai suoi bisogni in termini di salute e di autonomia.

In tale ottica riteniamo particolarmente propositiva l'esperienza ancora in fase di maturazione presso la nostra struttura collocata all'interno del Dipartimento di Emergenza-Urgenza-Accettazione. Qui si è identificato (anche se ancora con modalità non ufficiali) un gruppo di FT con provata esperienza e preparazione culturale in ambito respiratorio, ai quali compete il trattamento dei pazienti mielolesi ricoverati, sia nell'Area della Emergenza, che in USU. La loro attività è coordinata dai Ri-animatori (due dei quali sono referenti ufficiali per l'USU) e si coordina quotidianamente, sia con gli I.P nell'U.O. di Terapia Intensiva, che con l'équipe dell'USU a cui è affidato il paziente. Questo approccio consente al personale dell'Unità Spinale di conoscere il mieloleso sul piano clinico-riabilitativo fin dal momento del ricovero in Rianimazione, garantendo unitarietà e continuità di interventi che accompagneranno il para/tetraplegico al trasferimento in Unità Spinale. Non solo, tale esperienza ha consentito gradualmente la crescita culturale degli stessi FT respiratori, ma anche e soprattutto quella degli altri operatori, sia tecnico-riabilitativi, che assistenziali in un iter continuo di proficuo scambio e verifica di risultati.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Linee Guida del Ministero della Sanità per le attività di Riabilitazione, 11/03/1998
- 2) Documento Conclusivo, Commissione Unità Spinali Unipolari, Ministero della Sanità, Dipartimento della Programmazione, Aprile 2001
- 3) Linee Guida per l'organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati con mielo-cerebrolesioni, Conferenza permanente Stato-Regioni, 4/04/2002