

Dove sta andando la riabilitazione respiratoria?

Un'opinione

Margherita Neri

Divisione di Pneumologia
Fondazione S. Maugeri IRCCS,
Tradate (VA)

I risultati di una ricerca su Med-line effettuata utilizzando le parole-chiave "riabilitazione respiratoria o polmonare", sia pur limitando il periodo richiesto agli ultimi due anni, danno esito a migliaia di titoli pubblicati su numerose riviste recensite. Esaminando con pazienza titolo ed abstracts ci si accorge che in realtà moltissimi lavori riguardano aspetti marginali della riabilitazione, non solamente respiratoria, o sono incentrati sulla terapia farmacologica e sono quindi interessanti per aspetti specifici, ma non per una riflessione generale sulla riabilitazione. Restringendo il campo alle pubblicazioni con carattere di review o editoriali il risultato si modifica drasticamente ed i titoli elencati si riducono a poche unità sicuramente molto più interessanti; si evidenzia infatti una vivacità innovativa e si conferma la sensazione di chi lavora nella riabilitazione respiratoria, che ci sia stata un'evoluzione notevolissima nel corso degli ultimi 10 o 15 anni e che tale tendenza sia destinata a proseguire, se mai accentuata, nel futuro (1).

Il futuro della medicina respiratoria sarà inevitabilmente intrecciato a quello della riabilitazione respiratoria a causa dei riscontri epidemiologici che evidenziano in tutto il mondo l'aumento enorme della prevalenza dei portatori di patologia polmonare cronica. Le malattie respiratorie croniche infatti (bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma, ecc), con le inevitabili conseguenze di disabilità ed invalidità, sono in aumento esponenziale in tutto il mondo (2); sarà indispensabile una stretta collaborazione ed integrazione fra Medici pneumologi e riabilitatori, Fisioterapisti, Infermieri professionali, Psicologi e Dietologi per far fronte alle crescenti esigenze sanitarie e sociali in questo campo.

Una riflessione su quelli che sono diventati i principali interventi di riabilitazione respiratoria mette in evidenza l'abbandono pressoché totale di tecniche fisioterapiche obsolete (ad esempio la respirazione diaframmatica), mentre sono utilizzati universalmente interventi come l'allenamento all'esercizio fisico la cui efficacia è comprovata. Numerosi studi randomizzati e controllati infatti documentano che tale intervento di riabilitazione riduce la dispnea e la percezione della medesima, migliora la capacità e la sensazione di controllo del paziente sulla propria condizione, infine migliora, anche se in misura modesta, la capacità di performance fisica dei pazienti (3).

Tuttavia il riallenamento all'esercizio fisico non è certamente una novità nel campo degli interventi riabilitativi, mentre ad esempio l'applicazione della ventiloterapia domiciliare a lungo termine (invasiva e soprattutto non invasiva), da considerarsi un intervento di riabilitazione a tutti gli effetti, si è conquistata un posto di primo piano e l'evidenza scientifica della sua efficacia ed efficienza è ormai indiscutibile. Di pari passo con la diffusione della ventiloterapia, anche il ruolo del Fisioterapista nell'adattamento e nell'assistenza del paziente ventilato viene sempre più conside-

rato indispensabile e fondamentale (1).

Un altro strumento che fa parte dell'intervento riabilitativo è la terapia occupazionale, per vari motivi poco utilizzata fino ad ora nella riabilitazione respiratoria: il presente numero della rivista ospita un interessante articolo di Lorenzi ed altri sull'argomento. Gli Autori ripropongono tale intervento inserendolo in un programma riabilitativo personalizzato e potenzialmente destinato a pazienti anche molto compromessi; viene anche proposto un itinerario molto rigoroso e documentato che parte dalla valutazione iniziale dei bisogni e della situazione del paziente, attraverso la definizione degli interventi, fino alla valutazione dei risultati ottenuti. L'intervento proposto si basa molto sull'educazione del paziente e dei familiari. L'educazione del paziente è un altro intervento che è divenuto parte integrante di ogni programma di riabilitazione, man mano che viene riconosciuta l'importanza essenziale di fornire al paziente con patologia cronica gli strumenti necessari a comprendere la sua specifica condizione, conoscere e convivere con la sua malattia, gestire la sua salute nei modi più opportuni ed appropriati. Tuttavia, se è stato dimostrato per alcune situazioni croniche come per l'asma, che un intervento di educazione migliora non solo le conoscenze ma anche il comportamento dei pazienti e di conseguenza i risultati clinici e funzionali delle terapie, riducendo infine i costi della malattia (4), gli interventi di educazione e le prospettive del self-management ad esempio nella BPCO sono invece ancora da valutare e validare (5). Nel campo dell'educazione va sottolineato un intervento riabilitativo fondamentale che consiste nell'aiutare il paziente fumatore a desistere dall'abitudine tabagica: è

impensabile che qualsiasi operatore sanitario, trovandosi a trattare qualsiasi paziente affetto da dipendenza dalla nicotina, possa esimersi da intervenire anche solo con semplici consigli ed incoraggiamenti. È dimostrato che tale intervento, anche minimale, può avere un'efficacia notevole (6).

Il benessere psicologico del paziente è un aspetto della gestione della malattia molto importante, a volte sottovalutato così come ne vengono sottovalutate le possibili ricadute positive sulla salute generale della persona. Un aspetto che nella pratica quotidiana dell'intervento riabilitativo viene spesso trascurato, soprattutto per carenza di personale e di tempo, è proprio la necessità di una interazione e di un lavoro di equipe che coinvolga anche lo Psicologo (1). Un aspetto altrettanto importante ed ancora più trascurato è la necessità di supporto psicologico da parte degli operatori sanitari che si confrontano spesso con pazienti in condizioni molto gravi e che potrebbero trarre grande giovamento da suggerimenti che potrebbero migliorare la relazione con il malato e la sua famiglia.

La riabilitazione respiratoria è un intervento che si rivolge spessissimo a pazienti cronici e richiede interventi ripetuti anche a distanza di tempo: per questi motivi è evidente che è logico indirizzarsi verso le cure domiciliari, sia nel senso di proseguire un intervento iniziato in ambiente di ricovero appena è possibile dimettere il paziente, sia nel senso di ripetere cicli di terapie a domicilio se un nuovo ricovero non è necessario. L'home care respiratoria è una realtà in alcuni Paesi (1), mentre nel nostro muove ancora a fatica i primi passi, sia pure con alcune lodevoli eccezioni che per ora restano tali. Non mi pare tuttavia che vi siano dubbi sul fatto che in questa

direzione stia andando con convinzione crescente la riabilitazione. A questo proposito una tecnica di intervento la cui applicazione nei pazienti con BPCO costituisce una novità, cioè la stimolazione elettrica neuromuscolare, è stata proposta recentemente per il trattamento domiciliare di pazienti molto compromessi ed i risultati sembrano molto incoraggianti (7). In conclusione, il futuro della riabilitazione respiratoria mi sembra molto promettente, definito in alcune grandi linee di sviluppo che sono stimolanti e consentono ampia facoltà di sperimentazione e proposte. Molti Fisioterapisti, Medici, Psicologi che si occupano di riabilitazione dimostrano in questa situazione grande vivacità intellettuale e capacità di iniziative indispensabili a percorrere nuove strade oppure a rivedere modalità operative collaudate, ma non necessariamente intoccabili.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Pierson DJ. The future of respiratory care. *Respir Care* 2001; 46 (7): 705-718
- 2) Murray C J L, Lopez A. Projections of mortality and disability by cause 1990-2020. *The Lancet* 1997; 349: 1498-150
- 3) Lacasse Y, Brosseau L, Milne S, Martin S, et al. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane database Syst Rev* 2002; (3): CD003793
- 4) Toelle BG, Ram FS. Written individualized management plans for asthma in children and adults. *Cochrane database Syst Rev* 2002; (3) CD002171
- 5) Monninkhof EM, Van Der Vaalk PD, Van Der Palen, Jvan Herwaarden CL et al. Self-management education for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane database Syst Rev* 2003(1); CD002990
- 6) Roussos C. Banning tobacco advertisements: is there a question? *Eur Respir J* 1998; 11: 517-9
- 7) Neder JA, Sword D, Ward SA, Mackay E et al. Home based neuromuscular electrical stimulation as a new rehabilitative strategy for severely disabled patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Thorax* 2002; 57(4) 333-7