

Prevenzione e riabilitazione. Un binomio possibile?

Ft. Anna Brivio

*Servizio Fisioterapia Clinica Pediatrica
De Marchi
Fondazione I.R.C.C.S Policlinico Milano*

Ogni anno l'influenza colpisce milioni di italiani, tuttavia i segni e i sintomi della malattia sono diversi nelle diverse fasce di età. Inoltre, alcune manifestazioni cliniche sono limitate a specifici gruppi di età e l'età pediatrica è la più colpita (1).

L'influenza è una malattia epidemica frequentissima in età pediatrica ed è una delle principali cause di ricovero ospedaliero. I tassi di ricovero ospedaliero sono fortemente associati all'età e la probabilità di ricovero aumenta di 2-4 volte nei bambini con fattori di rischio (2). Le complicanze più comunemente osservate sono le otiti e quelle a carico delle vie respiratorie. La preoccupazione per la salute del bambino, l'assenza da scuola e i giorni di lavoro persi per i genitori rendono il periodo dell'epidemia influenzale un momento particolarmente problematico.

Con l'arrivo della stagione fredda, è stato calcolato che un bambino va incontro, almeno 8 volte l'anno, nei primi tre anni di vita, ad episodi di infezione respiratoria. Il numero scende a 6 volte dopo quest'età fino ai 6-7 anni. Dal 5 al 10% di questi processi infettivi finisce con l'interessare i seni paranasali dando origine a rinosinusiti. Spesso, inoltre, l'infezione non si limita alle vie aeree superiori, ma raggiunge anche l'orecchio, i bronchi e i polmoni. Un considerevole numero di bambini da 0 a 3 anni viene colpito da otite, la metà dei quali presenta ricadute. Nei casi più gravi, l'infiammazione coinvolge i bronchi dando origine a bronchiolite, che causa un numero elevato di ricoveri ospedalieri pediatrici, un numero in costante aumento a causa dell'inquinamento atmosferico e di ambienti troppo caldi e secchi. Quando subentrano complicanze gravi, le conseguenze possono essere molto importanti, sia per la qualità di vita del bambino, che per il sistema sanitario nazionale. Un elevato numero di riniti si complica ed evolve verso quadri che richiedono terapia antibiotica (rinosinusite, otite, bronchite). L'instaurarsi di uno schema respiratorio di tipo orale anziché nasale comporta: difficoltà nell'assunzione del cibo, rischio di ipossia per ipertrofia delle adenoidi, modificazione della flora batterica per assenza di ventilazione, con formazione di ceppi anaerobi normalmente assenti e/o di polipi e diminuzione della funzione ciliare. Le infezioni delle alte vie respiratorie, naturalmente, non riguardano solo la popolazione pediatrica; è da ricordare che la rinorrea posteriore si è rilevata essere nella popolazione adulta la seconda causa di tosse cronica (3).

L'intervento fisioterapico, quindi, dovrebbe rivolgersi anche nell'ambito della prevenzione, ritenuto utile non solo per la "persona", ma anche per il sistema sanitario nazionale. Prevenire non è solo "meglio che curare", ma soprattutto meno dispendioso per il malato e permette agli operatori

maggiori risorse per affrontare patologie gravi e complesse (4).

In quest'ambito, un approccio preventivo permetterebbe di diminuire il numero e l'intensità delle complicanze respiratorie migliorando la qualità di vita dei pazienti.

Nonostante il lavaggio nasale sia una pratica largamente utilizzata nel paziente in età pediatrica, perché ritenuta utile nella prevenzione e nella cura delle malattie respiratorie delle alte e delle basse vie aeree, rimane frequentemente una pratica empirica e spesso eseguita non correttamente.

Perché questa terapia di supporto sia efficace, è indispensabile la stretta collaborazione della famiglia e del paziente con i medici e i fisioterapisti: solo così potranno essere ottenuti dei buoni risultati.

I programmi educazionali, nell'ambito delle patologie respiratorie, stanno assumendo un ruolo importante. Come delineato nelle linee guida del Ginasma (5) per ottenere l'autogestione da parte

del paziente è necessaria una collaborazione tra paziente e operatore sanitario, supportata da frequenti revisioni e rafforzamenti.

Il fisioterapista, in quest'ambito, vista la sua continuità di rapporto con il paziente può essere una tra le figure più indicate per istruire i genitori e/o i pazienti alla corretta esecuzione del lavaggio nasale.

Il fisioterapista con le sue competenze tecnico-professionali e con la vicinanza ai pazienti respiratori è il professionista ideale per la gestione di questi programmi (6).

L'introduzione di programmi educazionali assicura una migliore compliance, rispetto ad una semplice informazione somministrata passivamente, a volte in modo frettoloso.

L'uso di informazioni fornite oralmente e in forma cartacea, che prevede la descrizione accurata dello strumento da usare, il suo significato terapeutico, la dimostrazione pratica del suo utilizzo e l'adattamento ai diversi pazienti,

permette di rendere un intervento semplice, come il lavaggio nasale, un intervento terapeutico efficace.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Neuzil KM, Mellen BG, Wright PF, Mitchel EF, Griffin MR. The effect of influenza on hospitalizations, outpatient visits, and courses of antibiotics in children. *N Engl J Med* 2000; 342: 225-31.
- 2) Wang YH, Huang YC, Chang LY, Kao HT, Lin PY, Huang CG, Lin TY. Clinical characteristics of children with influenza A virus infection requiring hospitalisation *J Microbiol Immunol Infect* 2003; 36: 111-116.
- 3) Palombini BC, et al. Pathogenic Triad in Chronic Cough Asthma, Postnasal Drip Syndrome, and Gastroesophageal Reflux Disease *Chest*. 1999 Aug; 116(2): 279-84.
- 4) Lucchina C. La prevenzione è fondamentale per il nostro sistema sanitario Sanità in forma ed Città di Milano Anno 1 n° 2 settembre 2007 (3).
- 5) GUIDA TASCABILE PER IL TRATTAMENTO E LA PREVENZIONE DELL'ASMA www.ginasma.it
- 6) Zuffo S. Ruolo del fisioterapista nell'aerosol-terapia del bambino: revisione della letteratura - 2a Parte". *Rivista Italiana di Fisioterapia e Riabilitazione Respiratoria* 2002; 1: 19-28.