

L'espiazione rilasciata: una nuova prospettiva di trattamento per i pazienti enfisematosi, un'occasione d'impegno per i riabilitatori

Da quando mi occupo di riabilitazione ho sempre avvertito un certo disagio ogni qualvolta mi si poneva il problema di formulare un piano di trattamento per un paziente con patologia respiratoria. Le metodiche e gli schemi di trattamento che conoscevo mi sembravano stereotipati e, salvo forse per alcune come le tecniche di distruzione bronchiale, di assai dubbia efficacia nei confronti di patologie spesso croniche ad evoluzione spontaneamente peggiorativa.

Respirazione diaframmatica, drenaggio posturale, rieducazione alla tosse, ventilazione a pressione positiva intermittente: erano questi i termini che più frequentemente ricorrevano nel tentativo di dare un ipotetico supporto fisioterapico al trattamento delle complesse problematiche dei malati respiratori.

D'altra parte come medico, specializzato nell'uso del movimento quale terapia per rieducare il movimento stesso, avvertivo che la patologia respiratoria costituiva un ambito molto particolare. Infatti l'attività motoria in essa coinvolta, il respiro appunto, si differenzia notevolmente da quelle abitualmente oggetto del trattamento chinesiologico; essa infatti è solo in minima parte volontaria in quanto fondamentalmente vincolata al mantenimento dell'omeostasi di alcuni parametri vitali interni e solo marginalmente alla interazione con l'ambiente esterno (si pensi in tal senso al suo ruolo nella fonazione).

Fortunatamente negli ultimi anni ho avuto modo di constatare come non solo queste perplessità fossero legittime e comuni a molti operatori della riabilitazione (medici e terapisti), ma come ad esse tendessero a dare una risposta molti degli sforzi che in quest'ultimo decennio hanno portato la Fisioterapia Respiratoria (Ft. R.) a nuovi interessanti sviluppi.

Una menzione particolare merita innanzitutto l'aspetto valutativo, diagnostico ed anche prognostico, del riabilitatore nei confronti della patologia respiratoria. Anche questo infatti ha subito un notevole sviluppo sia in ambito clinico (l'esame del malato) che strumentale (la quantificazione di alcuni parametri della funzione respiratoria). Sembrano ormai sempre più allontanarsi i tempi in cui l'impostazione del trattamento di Ft. R. si basava quasi esclusivamente sulla diagnosi e sulla valutazione funzio-

nale del **pneumologo** e del fisiopatologo respiratorio (che giustamente hanno interessi clinici e compiti differenti rispetto al riabilitatore).

Oggi finalmente la valutazione in funzione riabilitativa del paziente respiratorio si avvia ad essere sempre più specifica, non già indipendente ma complementare a quella degli altri specialisti necessariamente coinvolti nel trattamento del malato, trattamento che, non dimentichiamolo, deve essere medico prima ancora che fisioterapico. D'altra parte se la diagnosi medica (ossia il riconoscimento della malattia da cui è affetto il paziente) e la valutazione funzionale (cioè la definizione delle caratteristiche e dell'entità della compromissione funzionale che tale malattia ha prodotto) sono indispensabili e preliminari alla valutazione riabilitativa, quest'ultima deve anche basarsi sulla ricerca di tutti quei segni (semeiotica) e sulla misurazione di tutti quei parametri (valutazione strumentale) utili alla scelta e alla impostazione specifica del trattamento di Ft. R., segni e parametri che non necessariamente interessano il pneumologo ed il fisiopatologo e che anche il fisiatra e il fisioterapista dovrebbero essere in grado di ricercare e valutare.

E' appunto in questo ambito che si sono forse riscontrate le maggiori novità con lo studio ad esempio del profilo respiratorio e la misurazione dei suoi parametri (VT, Ttot, ecc.), con le varie tecniche di valutazione della forza e della "fatigue" dei mm. respiratori (Mip, Mep, P 0.1, EMG, ecc.) alcune delle quali possibili senza il ricorso a mezzi tecnici sofisticati (come sembrano lontani, in proposito, i tempi in cui la valutazione dei muscoli respiratori non poteva far conto che sulla tecnica dell'esame muscolare). Analogamente si è ampliata la semeiotica con la ricerca ad esempio dei segni fisici di "fatigue" dei mm. respiratori (aumento della FR, respiro paradossoso, respiro alternato, ecc.), o come per la ricerca del segno di Hoover nei pazienti con BPCO che ventilano ad alti volumi polmonari.

Parallelamente, con l'evolvere delle conoscenze di fisiologia e di fisiopatologia respiratoria che si sono ancora recentemente modificate ed approfondite, anche molte delle metodiche di Ft. R. sono state abbandonate, rivedute o sostituite in quanto riconosciute inefficaci o talvolta controproducenti. Parte delle attrezzature che fino a pochi anni fa erano ritenute indispensabili in una palestra di Ft. R. fanno oggi parte di un armamentario ormai superato e nuovi ausili sono stati e sono costantemente proposti per questo tipo di trattamento, ma il loro utilizzo terapeutico non è sempre sufficientemente precisato per quanto riguarda le indicazioni, modalità d'impiego ed eventuali controindicazioni.

In questo vasto e stimolante panorama può trovare a mio giudizio una non secondaria collocazione la metodica della Espirazione Rilasciata (ER).

Essa costituisce infatti nel suo genere una proposta con caratteristiche peculiari sotto il profilo strettamente riabilitativo, per i presupposti su cui si fonda, per le soluzioni che suggerisce e, non ultimo per le modalità pratiche con cui (ER) si propone di perseguirle.

Ciò che contraddistingue tale metodica è infatti il suo approccio rigorosamente chinesilogico. Essa partendo dall'analisi delle alterazioni dei muscoli respiratori nei pazienti

con enfisema identifica nel loro stato di accorciamento, in particolare di quelli accessori, non solo uno degli elementi determinanti l'evoluzione clinica negativa di tale forma morbosa, ma al tempo stesso un bersaglio ideale per un trattamento chinesiterapico.

Per la prima volta dopo tanto tempo troviamo una proposta di esercizio terapeutico rivolto ad alcuni dei muscoli inspiratori del paziente enfisematoso che non si propone di intervenire su di essi per modificare le modalità del loro reclutamento attivo, cioè durante l'inspirazione. Al contrario questa metodica si propone originalmente di sfruttare il tempo espiratorio per l'intervento chinesiterapico e cioè la fase di rilasciamento della muscolatura su cui intende agire.

Da ultimo l'effetto terapeutico non è ricercato attraverso l'utilizzo meccanicistico di strumenti esterni "estranei" al paziente, come spesso accade con molte pur efficaci metodiche di fisioterapia respiratoria, ma è frutto dell'incontro tra la consapevole partecipazione del malato (ottenuta pazientemente con il rilasciamento secondo Jacobson) e l'intervento diretto, attentamente dosato nel tempo e nell'intensità, delle mani del terapeuta (con tutte le implicazioni psicologiche che chi lavora in questo campo ben conosce).

Due sole critiche, a mio giudizio, potrebbero essere mosse a questa metodica pur senza toglierle alcun merito, qualora ne venga ulteriormente confermata l'efficacia: il fatto di non essere autonomamente gestibile dal paziente e quello di non implicare un vero e proprio processo di apprendimento, cioè l'acquisizione di un nuovo pattern respiratorio.

Alla prima pur vera obiezione si potrebbe controbattere almeno parzialmente che questo è un problema generale della riabilitazione, in tutte le patologie croniche ed ancor più in quelle ad evoluzione spontaneamente peggiorativa. E ciò non solo e non tanto per il difetto di idonei esercizi o programmi chinesiterapici, quanto piuttosto per l'estrema difficoltà a mantenere in questi pazienti una spinta motivazionale ed una compliance adeguate e costanti nel tempo.

Alla seconda obiezione credo si possa rispondere che l'obiettivo di ottenere una riprogrammazione neuromotoria della respirazione in soggetti affetti da patologie polmonari come l'enfisema costituisce forse per ora solo una aspirazione ideale ben lontana dalla realtà, almeno fin quando le alterazioni parenchimali che contraddistinguono una simile patologia rimarranno irreversibili e tendenzialmente progressive.

Non resta quindi a mio giudizio che impegnarci, soprattutto noi riabilitatori, in un doveroso sforzo di verifica della reale efficacia di questa metodica, per arrivare quanto prima ad una conferma dei dati finora raccolti e ad una precisazione delle indicazioni e modalità di applicazione della stessa. Tale verifica non può che passare attraverso un protocollo di studio multicentrico che coinvolga un elevato numero di pazienti e di operatori, condotto in maniera scientificamente rigorosa, con il contributo di quanti, pneumologi, fisiopatologi respiratori, fisiatri e fisioterapisti hanno interesse ad un reale progresso della riabilitazione respiratoria.

*Dott. Roberto Adone
Fisiatra - Vice-Presidente ARIR*