

Il fisioterapista in rianimazione: una presenza inutile?

Ft Maurizio Sommariva

Ospedale Niguarda, Milano

Di norma quando si parla di fisioterapia si intendono una serie di esercizi o strumenti che, grazie ad una ripetizione costante e un utilizzo mirato, permettono nel tempo di ottenere un miglioramento delle prestazioni o quanto meno di prevenire l'insorgenza di complicanze. Molto lavoro è stato portato avanti in questi ultimi anni per superare il concetto di esercizio "artistico" della professione, per concedere finalmente spazio alla valutazione iniziale e alla misurazione del risultato in modo da portare la fisioterapia al medesimo livello delle altre discipline specialistiche che si occupano della cura della persona. Malgrado questo rimane il preconcetto che il fisioterapista disponga esclusivamente di strumenti terapeutici di limitata efficacia, con risultati visibili solo a medio o lungo termine e, in ambienti quali le terapie intensive, rimane spesso escluso da quella che è l'attività terapeutica vera e propria, mentre prevale ancora oggi la logica del "chiamiamo il fisioterapista che un po' di movimento non fa mai male".

La brillante revisione narrativa che viene presentata in questo numero della rivista relativa alle manovre di iperinsufflazione nel paziente in ventilazione meccanica della collega Anna Liberto, ribalta completamente questo modo di vedere. Infatti gli articoli selezionati evidenziano come l'iperinsufflazione costituisca una manovra "terapeutica" con effetto anche immediato per quanto riguarda la riespansione di parenchima polmonare collassato. Forse alcuni si chiederanno ma perché il fisioterapista? Si parla di utilizzo del ventilatore, di pazienti critici in rianimazione con monitoraggio, fili e tubi che rischiano di essere spositonati e di effetti collaterali pericolosi! Il dubbio che si pone è: ma non è meglio lasciare ad altri questo compito? Se proviamo oggettivamente ad analizzare la manovra proposta, si deve però ammettere che stiamo parlando di utilizzare una semplice pressione positiva applicata alle vie aeree, così come di pressione positiva si parla per il più classico degli esercizi di fisioterapia respiratoria ovvero soffiare in un tubo immerso nell'acqua di una bottiglia, oppure quando chiediamo al nostro paziente di effettuare dei respiri a labbra socchiuse, quando utilizziamo la PEP Mask, o l'In-Exsufflator per la disostruzione bronchiale nei soggetti neuromuscolari. Ma allora, perché mai l'In-Exsufflator sì e il ventilatore no? Sono entrambi apparecchi che sviluppano una pressione positiva, e la fase inspiratoria è esattamente sovrapponibile. È oltretutto curioso notare che, per quanto riguarda le pubblicazioni relative all'In-Exsufflator, sia negli articoli sperimentali [1,2] che negli studi clinici con soggetti adulti [3,4] e bambini [5], viene

definita in 40 cm. H₂O la pressione più efficace. Come potrete costatare leggendo l'articolo che segue la medesima pressione risulta essere quella in grado di riespandere le atelettasie quando si applicano le manovre di iperinsufflazione sia in soggetti adulti [6] che in bambini al di sopra dei sei mesi [7].

Non bisogna dimenticare che già dalla fine degli anni '70 sono comparsi studi [8,9] che ponevano in chiara evidenza come le manovre di fisioterapia respiratoria risultavano utili per riespandere le atelettasie e come in questi casi la fibroscopia non aggiungeva al riguardo alcun beneficio terapeutico, ma comportava effetti collaterali come desaturazioni durante e dopo la manovra. Tutto ciò significa che è dimostrato da anni che il fisioterapista può disporre di uno strumento terapeutico spesso efficace per risolvere o prevenire una delle più temibili complicanze respiratorie.

Se a questo aggiungiamo interventi di provata efficacia come la variazione di posizione per favorire gli scambi respiratori, l'adattamento alla ventilazione non invasiva, i programmi di svezzamento dalla ventilazione meccanica e la corretta disostruzione bronchiale, possiamo avere un quadro delle potenzialità della fisioterapia respiratoria con il paziente in fase acuta.

Di conseguenza rispetto alle storiche abitudini, il fisioterapista vedrà da una parte aumentata esponenzialmente l'efficacia dell'intervento, ma dall'altra dovrà anche prendersi carico di responsabilità legate sia agli effetti collaterali di questi interventi che al loro inadeguato o mancato utilizzo. Ovvero viene superato il concetto di fisioterapia come innocuo optional che viene in mente solo per pochi pazienti, ma diviene una vero e proprio strumento terapeutico da attuare in collaborazione con il team di reparto.

In Italia, purtroppo, la formazione di base nei corsi universitari di norma non si prende carico di approfondire questi argomenti e d'altro canto per i medici intensivisti risulta spesso più semplice e produttivo addestrare gli infermieri ad eseguire queste manovre, in quanto possono garantire una presenza più significativa rispetto a quella che può fornire un fisioterapista, spesso disponibile ad intervenire solo su chiamata e con una tempistica inadeguata. In tal caso anche eventuali corsi specifici di formazione o master in fisioterapia respiratoria non permetteranno mai ad un fisioterapista di combinare le nozioni acquisite con l'esperienza necessaria per arrivare a formulare proposte che siano autorevoli e degne di considerazione all'interno del team, rendendo di conseguenza inutile la sua presenza.

Infatti a titolo di esempio, nel caso specifico delle manovre di iperinsufflazione, è evidente che anche un fisioterapista con una formazione teorica appropriata, non potrà iniziare a testa bassa "smanettando" con un ventilatore in una terapia intensiva. Prima dovrà divenire competente rispetto alla ventilazione meccanica, avvalendosi della letteratura scientifica, dell'esperienza e degli insegnamenti degli operatori disponibili, prenderà confidenza con i ventilatori in uso e, solo successivamente, con la supervisione del medico specialista di reparto e l'accordo con gli infermieri, inizierà a collaborare con il team per effettuare con i pazienti in cui c'è indicazione le manovre di iperinsufflazione.

Fortunatamente in alcuni centri il ruolo dei fisioterapisti nei reparti di terapia intensiva inizia a cambiare. Il comune denominatore che appare indispensabile per dare luogo a questi cambiamenti è caratterizzato dai seguenti punti:

- > individuazione di medici e infermieri interessati a promuovere la fisioterapia respiratoria, disponibili inizialmente per attività di tutoraggio con i fisioterapisti ed in seguito anche disponibili al confronto;
- > garanzia di una presenza quotidiana del fisioterapista e disponibilità a seguire pazienti selezionati anche durante i fine settimana e nei giorni festivi;
- > contatto diretto con il medico specialista di reparto per la presa in carico del paziente;
- > consapevolezza di un lavoro effettuato in équipe.

Sicuramente è ancora molta per tutti la strada da percorrere sia per migliorare le competenze tecniche che per aggiustare i problemi organizzativi, ma i risultati fino ad ora ottenuti nei centri dove il fisioterapista appare integrato nel team della terapia intensiva sono apprezzati a tal punto da spingerci a insistere affinché questo tipo di organizzazione possa essere esportata in altri centri, in modo che ci si possa finalmente avvicinare a quello che avviene all'estero. Il nostro obiettivo non vuole essere quello di imitare il modello dei Respiratory Therapist americani, il cui compito principale rimane quello della gestione in esclusiva del ventilatore. La loro formazione di base e organizzazione è troppo differente ri-

spetto alla nostra. In Europa si sta cercando di uniformare la preparazione dei fisioterapisti respiratori e la presenza costante del fisioterapista in Terapia Intensiva è in molti paesi una consuetudine. Per portare un esempio vicino a noi presso la Terapia Intensiva dell'Ospedale Erasme di Bruxelles che conta in tutto 32 posti letto sono impiegati 8 fisioterapisti che si occupano anche dei pazienti con insufficienza respiratoria già a partire dal Pronto Soccorso, garantiscono una presenza 7 giorni su 7 e insieme ai colleghi degli altri reparti assicurano anche la disponibilità notturna di una unità che interviene su chiamata per casi selezionati.

Tutto questo può apparire molto lontano da noi e per alcuni può sembrare irraggiungibile anche la semplice organizzazione che si è consolidata in alcuni ospedali italiani.

Di fatto questo è solo un utilizzo oculato di risorse, in questo caso della risorsa fisioterapista, al fine di ottimizzare le cure per il paziente e non dovrebbe essere considerato un lusso che pochi possono permettersi.

Sappiamo bene che in Italia anche nelle rianimazioni più all'avanguardia sia intellettualmente che tecnologicamente, quando non è presente in maniera costante il fisioterapista si possono incontrare pazienti che per motivi apparentemente banali come ad esempio l'ingombro di secrezioni, continuano a sviluppare complicanze respiratorie che allungano le degenze che hanno un costo molto elevato. Un classico esempio sono i pazienti con lesione midollare alta che, anche in assenza di problematiche respiratorie di base o contusioni polmonari, a causa della non corretta gestione della tosse assistita e della ventilazione non invasiva, sono soggetti a complicanze respiratorie che ritardano i trasferimenti e costringono a tracheostomie spesso evitabili con una attenta e semplice fisioterapia respiratoria.

Per avviare a questi problemi, funziona la politica dei piccoli passi, dove, come detto, prima di tutto vanno ricercati medici e infermieri disponibili a colmare il nostro vuoto culturale e la nostra mancanza di esperienze. Visto che spesso non possiamo contare su evidenze scientifiche assolute sarà necessario utilizzare anche le conoscenze di fisiopatologia e

il buon senso, verificando di volta in volta, con una valutazione di base e il monitoraggio, se le nostre aspettative terapeutiche siano poi rispettate. In una fase iniziale, una volta che un medico rianimatore avrà constatato la curiosità e disponibilità da parte del fisioterapista sarà certamente motivato a proporre in amministrazione soluzioni per superare gli anosi ostacoli quali lo scarso tempo concesso al fisioterapista o i ritardi dovuti alle questioni burocratiche. Se non siamo disponibili a compiere questo primo passo, rimarrà più facile per un rianimatore puntare esclusivamente sulla formazione del personale infermieristico, rivolgendosi al fisioterapista solo per la questione del "un po' di movimento non fa mai male", abbandonandolo al quieto vivere di una prestazione in più da aggiungere al conteggio giornaliero, ma anche all'amara frustrazione di un intervento parziale e limitato.

Bibliografia

- [1] Gomez-Merino E, Sancho J, Marin J, Servera E, Blasco ML, Belda FJ, Castro C, Bach JR. Mechanical insufflation-exsufflation: pressure, volume, and flow relationships and the adequacy of the manufacturer's guidelines. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2002;81(8):579-83.
- [2] Sancho J, Servera E, Marin J, Vergara P, Belda FJ, Bach JR. Effect of lung mechanics on mechanically assisted flows and volumes. *Am J Phys Med Rehabil*. 2004;83(9):698-703.
- [3] Winck JC, Gonçalves MR, Lourenço C, Viana P, Almeida J, Bach JR. Effects of mechanical insufflation-exsufflation on respiratory parameters for patients with chronic airway secretion encumbrance. *Chest* 2004;126(3):774-80.
- [4] Kang SW. Pulmonary rehabilitation in patients with neuromuscular disease. *Yonsei Med J*. 2006;47(3):307-14.
- [5] Fauroux B, Guillemot N, Aubertin G, Nathan N, Labit A, Clément A, Lofaso F. Physiologic benefits of mechanical insufflation-exsufflation in children with neuromuscular diseases. *Chest*. 2008;133(1):161-8.
- [6] Rothen HU, Sporre B, Engberg G, Wegenius G, Hedenstierna G. Re-expansion of atelectasis during general anaesthesia: a computed tomography study. *Br J Anaesth* 1993;71:788-95.
- [7] Tusman G, Bohm SH, Tempra A, Melkun F, Garcia E, Turchetto E, Mulder PG, Lachmann B. Effects of recruitment maneuver on atelectasis in anesthetized children. *Anesthesiology*. 2003;98(1):14-22.
- [8] Marini JJ, Pierson DJ, Hudson LD. Acute lobar atelectasis: a prospective comparison of fiberoptic bronchoscopy and respiratory therapy. *Am Rev Respir Dis* 1979;119:971-78.
- [9] Mackenzie CF, Shin B, McAslan TC. Chest physiotherapy: the effect on arterial oxygenation. *Anesth Analg* 1978;57(1):28-30.