

INTERVISTA AL DOTTOR RODOLFO GUARNIERI, RESPONSABILE DELL'UNITÀ OPERATIVA DI PN POLICLINICO SAN MARCO DI ZINGONIA (BG)

Riabilitazione pneumologica, non ma migliora l'aspettativa e la qual

Cosa si intende per Riabilitazione Respiratoria?

“È a pieno titolo una branca medica multidisciplinare. Da tempo è stata inserita nelle Linee Guida Nazionali ed Internazionali sulle malattie respiratorie croniche come BPCO, fibrosi polmonare, etc. “ ci spiega il dottor Rodolfo Guarneri, 50 anni, responsabile dell'Unità Operativa di Pneumologia Riabilitativa e Servizio di Fisiopatologia Respiratoria del Policlinico San Marco di Zingonia, che dirige un reparto di 18 letti di riabilitazione respiratoria e fisiopatologia respiratoria, oltre ad un ambulatorio dal quale passano quaranta pazienti cronici in media ogni giorno.



Rodolfo Guarneri

Cosa è in grado di fare la riabilitazione respiratoria?

“Ridurre la disabilità, consentire più prolungati periodi di benessere nelle fasi intercritiche e in soggetti che possano quindi raggiungere le migliori condizioni di performance psicofisica che la patologia consente. E' considerata, assieme ad altre (poche) misure terapeutiche, come efficace, con grado di “evidenza A”, nel ridurre i sintomi, migliorare l'efficienza fisica e la qualità di vita di pazienti che si presentano con disabilità correlata a malattie respiratorie”.

Tra le riabilitazioni non è molto rappresentata?

“Non c'è una risposta al perché ciò accada, anche se è vero che ci sono più malati sul fronte che coinvolge le discipline della riabilitazione neuro-motoria, geriatrica, cardiologica. E c'è anche il problema che il paziente ‘tipo’ della nostra riabilitazione è difficile da individuare a causa della miopia di molti. Infatti, in realtà, sta crescendo il loro numero”.

Come mai?

“Devo fare una premessa, i nostri malati sono per la stragrande maggioranza affetti da

Bcpo, bronco-pneumopatia cronica ostruttiva, che è una dei quattro grandi gruppi di patologie che più portano alla morte (cancro, patologie cerebro-vascolari, cardio-vascolari e Bcpo) ma non accenna a diminuire”.

La Bcpo che quota di popolazione interessa?

“La prevalenza è del 5 per cento”.

Chi sono questi pazienti?

“La stragrande maggioranza di chi è affetto da Bcpo, diciamo 8-9 su dieci, sono in queste condizioni a causa del fumo. La gente è spaventata dal cancro non dalla Bcpo. La restante percentuale riguarda persone che hanno avuto esposizione professionale alle esalazioni da saldatura, polveri, che ha lavorato nelle fonderie, nelle cave, nelle miniere. Spesso sono malati con infezioni alle vie aeree, oppure che escono da situazioni acute oppure sono tracheo-stomizzati. Adesso li vediamo con la bombola ad ossigeno, quarant'anni fa sarebbero morti”.

Il fumo...

“Che il fattore scatenante e aggravante che condiziona malattia sia un fattore voluttuario dovrebbe far riflettere”.

In cosa consiste la riabilitazione?

“La pneumologia riabilitativa è un ambiente dove il malato migliora anzi reimpara a far funzionare l'apparato respiratorio: questo aspetto è strettamente correlato alla parte di ginnastica respiratoria e fisioterapia respiratoria. Devono migliorare la qualità di ventilazione ed espettorazione e imparare a conoscere la propria capacità di respirare”.

Si può disimparare a respirare?

“La disabitudine a respirare è la realtà in questi pazienti. Nell'enfisematoso c'è una scorretta automatica impostazione del respiro. I polmoni, infatti, per colpa malattia sono iper-insufflati, il malato riesce ad inspirare ma l'aria resta intrappolata. In alcuni di loro si intuisce la presenza di malattia solo guardando la posizione del torace rigonfio con le spalle rialzate. Un respiro spontaneo funziona male, devono imparare a lavorare su diaframma e spalle. Un miglioramento del 5% è già moltissimo per noi”.

Perché l'ossigeno rimane intrappolato?

“Perché la malattia è ostruttiva: nella fase di inspirazione c'è una mini-dilatazione, ma nella fase di espirazione, l'aumento della pressione sub-occlude i polmoni. L'interrata cassa toracica può modificare la sua conformazione”.

L'impatto della malattia sull'umore?

“C'è ovviamente assistenza medica e un appoggio psicologico con attenzioni mirate per impostare un percorso a lungo termine sul paziente. Si studieranno linee guida per insegnarli a gestirsi in seguito”.

Altri pazienti?

“La riabilitazione respiratoria è utile nelle fasi pre-operatorie sul polmone, anche in caso di asportazione di un polmone per tumore è importante per portare il malato al tavolo operatorio nelle condizioni migliori, oltre che nella fase post-intervento”.

Crescono in quantità o anche in complessità?

“L'una e l'altra. Sono pazienti che diventano sempre più compromessi, hanno avanzate malattie respiratorie croniche, ma quando non sono più capaci di far funzionare in modo corretto il proprio apparato respiratorio, ciò si riflette anche sull'apparato locomotorio, su quello circolatorio. Spesso sono soggetti diabetici. Ed è questa complessità che rende complicato rimmetterli sui binari di una possibile normalità, sono

EUMOLOGIA RIABILITATIVA E SERVIZIO DI FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA DEL

è solo una ginnastica respiratoria, ità di vita

malati estremamente delicati, fragili. Una polmonite o una piccola riacutizzazione dell'insufficienza respiratoria li mette a rischi di vita".

Questa disciplina è cresciuta?

"La riabilitazione respiratoria è una delle poche discipline che ha dimostrato su malattie respiratorie di garantire un miglioramento sulla spettanza di vita, sulla qualità della vita. E con una spesa relativamente ridotta".

Cioè?

"Veniamo pagati a giornata di degenza: 245 euro al giorno e in questo budget devono stare dentro il medico, il personale infermieristico, il fisioterapista, i farmaci. L'assistenza è da reparto per acuti".

Una curiosità: i vostri pazienti, smettono di fumare?

"Solo le persone che hanno chiara loro situazione ma non sono in fase così avanzata, quelli avanzati sono rassegnati e non è raro trovare tubicini per l'ossigeno che giungono al naso sporchi di catrame, anche se loro giurano di aver smesso di fumare".

Cosa ancora potrebbe accadere in soggetti di questo genere?

"Due scenari sono per noi la regola: la disabilità e il perpetuo circolo vizioso del decondizionamento con conseguente declino di ogni funzione: motoria, psicologica, rapporti sociali. La complicità: in un così fragile rapporto tra disequilibri funzionali di diversi apparati (respiratorio, cardiocircolatorio, locomotore etc) l'evento peggiorativo acuto e potenzialmente dietro l'angolo (riacutizzazione bronchiale, broncopolmonite, evento ischemico cardiaco, etc). Più passano gli anni e più i pazienti affetti

da patologie croniche respiratorie vedono migliorare la loro spettanza di vita ma con essa la malattia "trascina con sé" altre condizioni nosologiche che rendono il soggetto più fragile, invalido per definizione o, peggio, a rischio di acuzie pericolose (la mortalità per BPCO è oggi al 3° posto quando fino a poco più di 10 anni fa era la 5°).

In conclusione?

"Possiamo dire che la Pneumologia Riabilitativa è il prendersi in carico del "malato in toto", accogliere il paziente come centro di attenzione non tanto per gestire la malattia respiratoria, quanto per combatterla conoscendone ogni aspetto, compresa complicità di comorbidità, nell'ambito di un programma dove il malato venga curato e difeso innanzitutto a cagione della sua fragilità e poi ricondotto al miglior regime di vita possibile. Tutto ciò necessita conoscenza approfondita del problema mezzi

tecnici, grande volontà e tempo. La moderna pneumologia riabilitativa non può optare per la sola "ginnastica respiratoria" come unico strumento di miglioramento della performance, ma deve considerare tutti gli aspetti critici poiché "critica" è ormai la situazione di questa popolazione". Il malato cronico avanzato è soggetto in cui non si può considerare il solo approccio conservativo ma è malato in assai labile equilibrio. Non di rado è possibile che la gestione sconfini nel target terapeutico consuetudinalmente attribuito ai cosiddetti "malati acuti", con ausilio di ventilazione meccanica non invasiva in supporto a situazioni molto avanzate o complicate. Storicamente è stato riservato forse troppo poco merito a quelle Unità Operative che con tanta buona volontà (e troppo spesso con poche sovvenzioni!) hanno saputo gestire malati cronici anche critici che altrimenti non sarebbero stati orientati ad altro genere di reparto. ■



Da sinistra a destra: il dottor Rodolfo Guarnieri, la dottoressa Eleonora Bonacci e il dottor Leonardo Ruvolo