

La riabilitazione polmonare nel paziente BPCO

L'evoluzione *step by step*

Nicola Dilena
Maddalena Genco

La BPCO è al momento la quarta causa di morte nel mondo, ma le proiezioni la pongono al terzo posto tra le cause di morte nel 2020. La BPCO è una patologia prevenibile e trattabile, rappresenta un importante problema della sanità pubblica. Globalmente si prevede che il costo della BPCO aumenti nei prossimi decenni a causa della continua esposizione ai fattori di rischio e dell'invecchiamento della popolazione.¹

La riabilitazione polmonare (RP) nei pazienti con malattie croniche polmonari è uno strumento consolidatosi negli anni, per poter potenziare le terapie farmacologiche convenzionali nel sollievo dei sintomi e nella ottimizzazione delle capacità funzionali dei pazienti.

Nel 2013 viene definita dall'American Thoracic Society/European Respiratory Society (ATS/ERS) come "un insieme di interventi che si basano sulla valutazione del paziente con impostazione di terapie personalizzate sul singolo paziente, che in-

cludono (ma non solo) allenamento fisico, educazione, interventi di autogestione per ottenere modifiche utili nel comportamento, ideati per migliorare la condizione fisica e psicologica di persone affette da malattie respiratorie croniche e per promuovere l'aderenza a lungo termine a programmi per il benessere del paziente".²

Negli ultimi 70 anni abbiamo assistito a una evoluzione della RP ragionevolmente avvenuta a causa della sempre più rilevante incidenza della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) nella popolazione (Figura 1).

I programmi globali di RP attualmente includono diverse componenti chiave che coinvolgono il paziente quali la sua istruzione ed educazione sulla fisioterapia toracica e respiratoria, il riallenamento tramite esercizio fisico e, non ultimo, il sostegno psicologico coadiuvato dalla presenza del *caregiver*.

Numerose evidenze scientifiche hanno supportato negli anni i benefici della RP nei pazienti affetti da BPCO.

Le prime linee guida sono state pubbli-

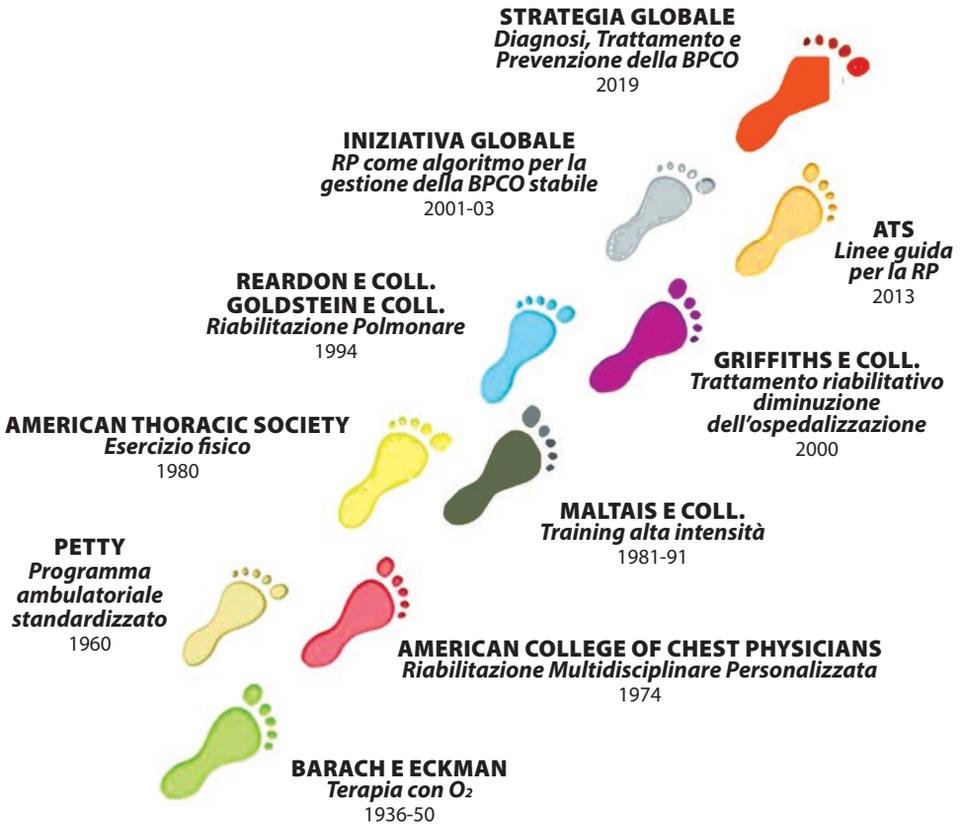


Figura 1. Evoluzione cronologica della riabilitazione polmonare per la cura di pazienti con malattie croniche polmonari.

cate dall'American College of Chest Physicians e dall'American College of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation nel 1997 e in seguito aggiornate nel 2007. Successivamente i documenti ATS/ERS hanno presentato revisioni sulla RP evidenziando miglioramenti significativi nella resistenza allo sforzo, nella dispnea, nella capacità funzionale e, non per ultima, nella qualità della vita dei pazienti con una evidente riduzione del consumo delle risorse sanitarie del Paese.

Già nel 1936 Barach ed Eckman suggerivano l'utilizzo dell'ossigenoterapia (O₂) come strategia per prevenire le complicanze dei sintomi e migliorare la dispnea da

sforzo nel paziente con BPCO, proponendo l'uso sia ambulatoriale che durante le attività di vita quotidiana all'interno della propria abitazione. Successivamente, questo metodo veniva approfondito e ampliato creando un vero e proprio **Programma ambulatoriale standardizzato di riabilitazione polmonare**, noto anche come **modello di Petty**, il quale aveva poi associato alla terapia con O₂ la *clearance* delle vie aeree, la rieducazione respiratoria e il ricondizionamento fisico³.

Studi condotti tra il 1956 e il 1964 dimostravano un aumento significativo della tolleranza allo sforzo con la diminuzione del tasso di ospedalizzazione dopo un

anno di *follow-up*.

Nel 1974 l'American College of Chest Physicians definiva i pilastri della terapia per i pazienti con BPCO introducendo il concetto di **Riabilitazione multidisciplinare personalizzata** focalizzando l'attenzione sull'educazione del paziente, il ricondizionamento fisico e la *clearance* delle vie aeree.

L'ATS interveniva sull'argomento nel 1980 descrivendo le componenti del programma di intervento nei confronti dei pazienti con BPCO, sottolineando l'importanza dell'esercizio fisico quale componente essenziale associato all'educazione del paziente, all'assistenza psico-sociale e all'intervento comportamentale.

Nonostante i numerosi studi svolti in questo periodo, la RP non godeva di molta fiducia da parte degli operatori del settore, molti erano i dubbi sull'efficacia dell'allenamento, quale parte integrante della RP.

A supportare tale filosofia, nel 1981, Belman e Kendregan pubblicarono un articolo nel quale il loro studio non evidenziava un miglioramento delle condizioni cliniche del paziente dopo l'allenamento fisico. Parallelamente il Dott. Haber criticò lo studio di Belman asserendo che l'allenamento a bassa intensità poteva essere la motivazione di un mancato miglioramento clinico nei pazienti.

Solo nel 1996, Maltais e colleghi hanno condotto studi sul riallenamento ad alta intensità mettendo in evidenza una riduzione del lattato indotto dall'esercizio dopo l'allenamento fisico, il che stava a significare una migliore tolleranza allo sforzo.

Nel 1994, due importanti ricerche vennero pubblicate rispettivamente da Rardon e colleghi, e da Goldstein e colleghi sulla rivista *Chest*, dimostrando gli effetti della RP sulla riduzione della sintomato-

logia dispnoica e sul miglioramento della qualità di vita.

Nel 2000, Griffiths e colleghi insieme a Bourbeau e colleghi, dimostravano una diminuzione dell'ospedalizzazione nei pazienti che si sottoponevano a trattamento riabilitativo polmonare associato, di conseguenza, a una diminuzione dei costi sanitari.

Nel 2001, un'iniziativa globale per la malattia polmonare ostruttiva inseriva la RP come trattamento standard ed elettivo per tale patologia, ma solo nel 2003 veniva inclusa nell'algoritmo per la gestione della BPCO stabile.

Più tardi nel 2006 le Società ATS/ERS hanno definito la RP come "un intervento onnicomprensivo, multidisciplinare e basato sull'evidenza scientifica, rivolto a pazienti affetti da patologie respiratorie croniche che sono sintomatici e spesso limitati nelle attività della vita quotidiana. Integrata nel trattamento personalizzato del paziente, la riabilitazione polmonare ha lo scopo di ridurre i sintomi, ottimizzare lo stato funzionale, aumentare la partecipazione e ridurre i costi di assistenza sanitaria attraverso la stabilizzazione o la regressione delle manifestazioni sistemiche della malattia"⁴.

Nel 2013 ATS/ERS hanno focalizzato la loro attenzione soffermandosi sulla scarsa aderenza a lungo termine ai programmi riabilitativi dei pazienti cercando nuove strategie volte al miglioramento dell'aderenza.

Una revisione sistematica pubblicata nel 2017⁵ ha avuto come obiettivo quello di esaminare gli studi clinici, pubblicati esclusivamente tra il 2009 e il 2016, sull'efficacia della RP rispetto alle sole cure standard (trattamento farmacologico) incentrate principalmente sullo stato funzionale dei pazienti ospedalizzati per esacerbazio-

ni acute della BPCO (AECOPD).

Le AECOPD sono una causa importante di perdita di funzionalità nei pazienti con BPCO. È necessario un tempo considerevole per i pazienti con BPCO per recuperare lo stato funzionale basale, definito come la capacità di un individuo di eseguire le normali attività quotidiane richieste per soddisfare i bisogni di base, i ruoli usuali e mantenere la salute e il benessere.

A oggi tale revisione ha rilevato che, per i pazienti ospedalizzati per AECOPD, la RP ha migliorato significativamente il loro stato funzionale rispetto alle cure standard con rilevante incremento degli *outcome* a favore della riabilitazione.

Bibliografia

- 1) Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease – strategia globale per la diagnosi, il trattamento e la prevenzione della BPCO. Revisione 2019. http://goldcopd.it/wp-content/uploads/materiali/2019/GOLD_workshop_report_2019.pdf
- 2) SPRUIT MA, SINGH SJ, GARVEY C, ET AL; ATS/ERS Task Force on Pulmonary Rehabilitation. *An official ATS/ERS statement: key concept and advanced in pulmonary rehabilitation*. Am J Respir Crit Care Med 2013;188:e13-64.
- 3) VAISHALI K, SINHA MK, MAIYA AG, BHAT A. *The initial steps in pulmonary rehabilitation: how it all began?* Lung India 2019;36:139-41.
- 4) NICI L, DONNER C, WOUTERS E, ET AL; ATS/ERS Pulmonary Rehabilitation Writing Committee. *American Thoracic Society/European Respiratory Society statement on pulmonary rehabilitation*. Am J Respir Crit Care Med 2006;173:1390-413.
- 5) TORRES-SÁNCHEZ I, CRUZ-RAMÍREZ R, CABRERA-MARTOS I, ET AL. *Results of physiotherapy treatments in exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review*. Physiother Can 2017;69:122-32.



2019 CONGRESSO NAZIONALE AAIITO

Associazione Allergologi ed Immunologi Italiani Territoriali ed Ospedalieri

Associazione Allergologi Immunologi Italiani Territoriali e Ospedalieri



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

AIM Group International

Sede di Firenze

Viale G. Mazzini, 70 - 50132 Firenze

Tel. 055 233881 - Fax 055 3906908

aaито2019@aimgroup.eu

www.aimgroupinternational.com

Milano, 12-15 ottobre 2019

www.aaито.it