

La Fisioterapia, la VAM terapeutica e di palliazione e il paziente avanzato e terminale in ospedale e a domicilio (Sintesi)

F. Pasqua

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità *“Le Cure Palliative (CP) sono l'assistenza (care) globale, attiva, di quei pazienti la cui malattia non risponda ai trattamenti curativi (cure). È fondamentale affrontare e controllare il dolore, gli altri sintomi e le problematiche psicologiche, sociali e spirituali. L'obiettivo delle CP è il raggiungimento della migliore qualità di vita per i Pazienti e per le loro famiglie. Molti aspetti dell'approccio palliativo sono applicabili anche più precocemente nel corso della malattia”*.

Le CP possono migliorare la qualità della vita dei malati e delle famiglie che si confrontano con i problemi associati a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo dalla sofferenza per mezzo dell'identificazione precoce, dell'approfondita valutazione e del trattamento del dolore e di altri problemi fisici, psico-sociali e spirituali.

Per tale motivo le cure palliative non vanno identificate con la palliatività di fine vita, ma rappresentano un concetto molto più ampio, in quanto dovrebbero accompagnare il paziente e la sua famiglia fin dall'inizio della malattia cronica ed anche dopo la morte¹. Un team multidisciplinare formato da diverse figure professionali si dovrebbe dedicare alla presa in carico più precoce possibile intensificando i propri interventi con il progredire della malattia. La dispnea è uno dei sintomi più temuti dal malato e dai *caregivers*. Nei portatori di neoplasie polmonari, ad esempio, è presente almeno nell'85% dei casi e si associa ad una riduzione del *performance status* e della sopravvivenza. Nella dispnea, come nel

dolore, convivono sensazioni sensitive ed affettive con multiple componenti, delle quali almeno tre sono distinguibili: fame d'aria, eccessiva percezione dello sforzo respiratorio, sensazione di compressione toracica. La dispnea provoca pertanto un'esperienza terribilmente stressante nei malati pneumologici con insufficienza respiratoria, specie nella fase terminale della malattia. La gestione della dispnea deve affrontare il sintomo continuando contemporaneamente a trattare tutte le cause sottostanti. Quando queste cause non sono più reversibili l'obiettivo principale diventa l'applicazione di efficaci trattamenti farmacologici, soprattutto gli oppiacei, e non farmacologici.

La ventilazione meccanica non invasiva (NIV) si è dimostrata un importante presidio nell'alleviare questo sintomo in varie patologie respiratorie, soprattutto nella fase *end stage*. Per quanto riguarda la BPCO esistono degli indicatori che ci consentono di stabilire con buona approssimazione l'avvicinarsi del fine vita²! In questi pazienti la NIV è raccomandata nelle forme di severa intensità dagli *statements* delle principali Società scientifiche mondiali^{1,3}. La sua applicazione deve ovviamente rispettare precise norme etiche e deve essere pertanto, preceduta da una accurata e precisa informazione. Molto spesso però (e nonostante ciò) il livello culturale dei soggetti è di ostacolo ad una completa comprensione degli obiettivi di questa terapia⁴.

Nei malati affetti da patologie neuromuscolari è associata ad un aumento della sopravvivenza, ad un miglioramento

della qualità della vita ed un ritardato ricorso alla tracheotomia^{5,6}.

Nelle neoplasie polmonari *end stage* riduce in maniera significativa la dispnea ed il consumo di oppiacei⁷.

Pochi sono i dati infine di cui disponiamo circa il suo utilizzo nelle interstiziopatie in fase terminale, anche se, in pazienti selezionati, sembrerebbe migliorare la sopravvivenza⁸.

BIBLIOGRAFIA

1. Lanken PN, Terry PB, Delisser HM, et al. An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. *Am J Respir Crit Care Med* 2008; 177: 912-27.
2. Duenk RG, Verhagen SC, Janssen MA, et al. Consistency of medical record reporting of a set of indicators for proactive palliative care in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Chron Respir Dis* 2017; 14: 63-71.
3. Mahler DA, Selecky PA, Harrod CG, et al. American College of Chest Physicians consensus statement on the management of dyspnea in patients with advanced lung or heart disease. *Chest* 2010; 137: 674-91.
4. Carlucci A, Vitacca M, Malovini A, et al. End-of-Life Discussion, Patient Understanding and Determinants of Preferences in Very Severe COPD Patients: A Multicentric Study. *COPD* 2016; 13: 632-8.
5. Morelot-Panzini C, Bruneteau G, Gonzalez-Bermejo J. NIV in amyotrophic lateral sclerosis: The 'when' and 'how' of the matter. *Respirology* 2019; 24: 521-30.
6. Khamankar N, Coan G, Weaver B, et al. Associative Increases in Amyotrophic Lateral Sclerosis Survival Duration With Non-invasive Ventilation Initiation and Usage Protocols. *Front Neurol* 2018; 9: 578.
7. Nava S, Ferrer M, Esquinas A, et al. Palliative use of non-invasive ventilation in end-of-life patients with solid tumours: a randomised feasibility trial. *Lancet Oncol* 2013; 14: 219-27.
8. Vianello A, Arcaro G, Battistella L, et al. Noninvasive ventilation in the event of acute respiratory failure in patients with idiopathic pulmonary fibrosis. *J Crit Care* 2014; 29: 562-7.

Prof. Franco Pasqua, UO Pneumologia Riabilitativa, Casa di Cura Villa delle Querce; Nemi (RM).

Per la corrispondenza:
pasquafranco@gmail.com