

Nice to meet you!

Maddalena Genco
Nicola Dilena

Il momento del primo incontro tra fisioterapista e paziente rappresenta un'opportunità di cui quest'ultimo si avvale per far sì che il suo S.O.S. sia accolto. Il fisioterapista a sua volta mette a disposizione le proprie competenze come risposta allo stesso. Si instaura un'intesa in grado di rendere il coinvolgimento del paziente efficace, dando vita alla vera "alleanza terapeutica".¹

La raccolta delle informazioni è alla base di ogni valutazione; il fisioterapista ripercorre la storia del paziente con l'obiettivo di costruire una precisa valutazione multidimensionale che possa identificare: i danni che la perdita della funzione respiratoria ha determinato nel paziente, la riduzione delle sue abilità e le conseguenze funzionali sulla sua qualità di vita.

Il fisioterapista raccoglie i dati che possono identificare il paziente e che trae dalla sua cartella clinica: la diagnosi e i motivi per i quali il paziente è stato indirizzato al fisioterapista; tutti i problemi medici e chirurgici avuti in passato o ancora presenti (precedenti malattie e terapie alle quali il paziente è stato sottoposto, interventi chirurgici,

trauma del torace o a carico dell'intero apparato muscolo-scheletrico); le terapie farmacologiche alle quali il paziente è stato sottoposto e quelle in corso; le malattie ereditarie o a carattere familiare dell'apparato respiratorio o quelle che possono influenzare le funzioni respiratorie; la presenza di dati strumentali (EGA, RX torace o TAC, esame spirometrico completo, MIP e MEP, DLCO, test di reversibilità dell'ostruzione e di broncospasmo, ossimetria notturna e/o polisonnografia, esami di laboratorio, esame culturale dell'espettorato, BAL, test cutanei, test allergici, ECG, ecocardiografia)

Non si può trascurare l'analisi dell'ambiente familiare e/o lavorativo per l'esposizione ad agenti infettivi e/o nocivi come il fumo (attivo e/o passivo). Qualora il paziente fosse un fumatore attivo o un ex-fumatore sarebbe utile considerare: l'età in cui il paziente ha iniziato a fumare e quando ha smesso; le variazioni di abitudine; i tentativi di cessazione riusciti e non, ma, soprattutto, il consumo di sigarette (*pack-year*). Lo stile di vita quotidiano del paziente fornirà numerose informazioni sul suo stato di salute attuale.

Il momento *clou* del colloquio è rappresentato dalla indagine sui principali sinto-

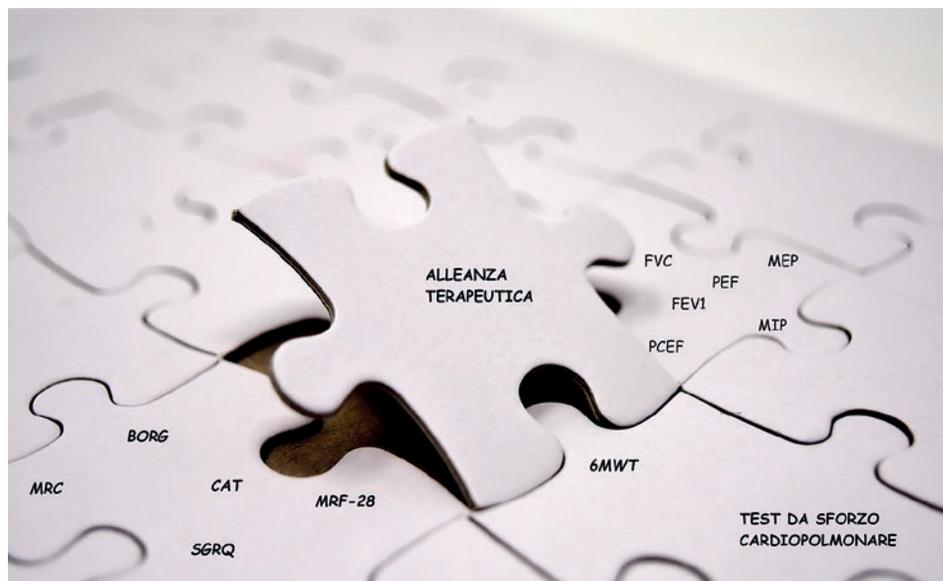
U.O. di Pneumologia, Istituti Clinici Scientifici Maugeri, IRCCS, Cassano delle Murge (BA)
nicola.dilena@icsmaugeri.it

mi che il paziente riferisce: dispnea; tosse; espettorato (emottisi); dolore toracico; fatica e dolori muscolari; cefalea e sonnolenza diurna, ecc. Per ciascun sintomo descritto dal paziente occorrerà approfondire l'insorgenza, le circostanze, la localizzazione, la gravità, le caratteristiche, la frequenza e la durata con cui si presenta, l'andamento e i fattori che possono aggravarlo o alleviarlo. Se il paziente non fosse in grado di fornire tutte le informazioni richieste, i familiari o i *caregiver* potranno intervenire contribuendo alla ricostruzione della storia del paziente.

Il colloquio iniziale col paziente (rilevazione dei sintomi), l'anamnesi e i dati raccolti dalla cartella andranno supportati dall'osservazione generale del paziente (rilevazione dei parametri vitali, esame obiettivo del torace, ecc.), dall'auscultazione polmonare e dalla sua valutazione funzionale.

Alla prima osservazione del paziente sarà possibile esaminare:¹

- ▶ i segni vitali - temperatura, saturazione, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, pressione arteriosa;
- ▶ lo stato di coscienza - l'insufficienza respiratoria può portare ad alterazioni dello stato di coscienza (ipossimemia, ipercapnia, alterazioni equilibrio acido-base);
- ▶ la taglia e lo stato nutrizionale - le variazioni di peso sono dovute all'aumento o perdita di tessuto adiposo o massa muscolare e a disturbi nell'equilibrio idrico;
- ▶ la morfologia del torace - le alterazioni della forma possono inficiare sulla funzionalità respiratoria e sulla dinamica della ventilazione (cifoscoliosi, deformità delle coste e dello sterno, asimmetrie dell'emitorace, torace a botte, ipertrofia dei muscoli accessori, ecc.);
- ▶ la dinamica della ventilazione - profilo ventilatorio, cinematica della parete toracica, movimenti paradossi toracici e addominali, attivazione dei muscoli respiratori, ossigenoterapia, alterazioni *pattern* respiratorio (respiro di Cheyne-Stocks, di Kussmaul, di Biot), uso dei muscoli respiratori accessori, ecc.;
- ▶ le alterazioni cardio-respiratorie - edemi declivi, cianosi per vasocostrizione



periferica, ippocratismo digitale, ecc.;

- ▶ gli eventuali presidi terapeutici e di monitoraggio - drenaggio toracico, protesi ventilatorie, sondino naso-gastrico o PEG, cannula tracheostomica, catetere venoso centrale o PIC, ecc.;
- ▶ postura adottata (ortopnea, “posizione del cocchiere”, ecc.);
- ▶ attività motoria ed eventuali limitazioni fisiche, neurologiche e sensoriali - emiparesi, paraparesi, sindrome da allettamento, atassia, presenza di artroprotesi, protesi auricolari, uso di ausili per la deambulazione.

Seguirà l'auscultazione polmonare, ovvero l'ascolto e l'interpretazione dei suoni prodotti a livello toracico. L'American College of Chest Physicians (ACCP) e l'American Thoracic Society (ATS)² hanno raccomandato i termini di: RRN, rumore respiratorio normale a livello delle aree polmonari distali e RRB, rumore respiratorio bronchiale a livello delle vie aeree di ampio calibro o lateralmente sul collo. In condizione patologica possono essere presenti gli RRA rumori respiratori aggiunti distinti in RRAD discontinui o *crackel* (crepitii) e gli RRAC continui o *wheeze* (sibili). Esistono altri tumori patologici come lo stridore generato da un flusso aereo attraverso vie aeree di calibro ridotto e i *pleural crackling* ovvero sfregamenti pleurici.

Alla valutazione clinica del paziente seguiranno quelle di carattere funzionale¹:

- ▶ **Valutazione delle capacità e della tolleranza all'esercizio del paziente.** Il *gold standard* per la misurazione del grado di tolleranza allo sforzo e l'identificazione degli eventuali fattori limitanti è il **test da sforzo cardiopolmonare** in grado di indurre un notevole stress muscolare, ventilatorio e cardiovascolare; accanto ai test di laboratorio

vi sono i test del cammino sia a tempo 6 *minute walking test* (6MWT) sia incrementali *shuttle walking test*.³

- ▶ **Valutazione della forza e resistenza muscolare del paziente.** Si può stabilire attraverso l'utilizzo di test per la forza degli arti superiori, dinamometri manuali o isocinetici (*30-second chair stand test*, ecc.).
- ▶ **Valutazione dell'efficacia della tosse.** Tra le prove di funzionalità respiratoria vi sono CV, MEP, PEF, PCEF picco di flusso espiratorio durante la tosse, rapporto tra PEF e PCEF.
- ▶ **Valutazione della dispnea.** Avviene tramite l'utilizzo di scale categoriche o analogiche, unidimensionali o multidimensionali, cliniche o psicofisiche (scala di dispnea MRC, BDI, TDI, scala RPE di BORG o scala CR10 di BORG, VAS, ecc.).
- ▶ **Valutazione delle attività della vita quotidiana.** Si verifica attraverso l'utilizzo di scale di valore come la QoL, SGRQ, MRF-28, ecc.

Un ottimo esame clinico e una accurata valutazione del paziente permetterà una corretta individualizzazione del trattamento riabilitativo ovvero la chiave del successo affinché la riabilitazione così com'è intesa possa essere: “un reale programma di cura di tipo multidisciplinare individualizzato e finalizzato a ottimizzare la *performance* fisica e sociale, nonché autonomia del singolo”⁴

Bibliografia

- 1) LAZZERI M, CLINI EM, REPOSSINI E, CORRADO A; ARIR, AIPO. *Esame clinico e valutazione in riabilitazione respiratoria*. Milano: Elsevier, 2006.
- 2) ACCP-ATS Joint Committee on Pulmonary Nomenclature. *Pulmonary terms and symbols*. Chest 1975;67:583-93.
- 3) LAZZERI M, BRIVIO A, CARLUCCI A, PIAGGI G; ARIR. *Il condizionamento all'esercizio fisico del paziente con patologia respiratoria. Dalla valutazione al trattamento*. Milano: Edra, 2014.
- 4) American Thoracic Society (ATS). *Pulmonary rehabilitation* - 1999. Am J Respir Crit Care Med 1999;159:1666-82.