

Le grandi aspettative che i pazienti investono nella fisioterapia impongono all'operatore di rapportarsi con i propri assistiti con sensibilità, ma soprattutto con sincerità di fronte a quelle inevitabili domande che il malato sente di rivolgergli sin dalla prima visita e che necessitano di risposte immediate, chiare, comprensibili e che non alimentino false speranze ma al contrario che lo coinvolgano nella definizione degli obiettivi realmente raggiungibili.

Il programma riabilitativo nei pazienti oncologici in fase avanzata di malattia è caratterizzato da flessibilità: deve potersi modificare di momento in momento. I traguardi che si stabiliscono devono poter essere raggiunti facilmente e rapidamente, dal momento che spesso il tempo concesso dalla malattia è poco.

Il fisioterapista deve avere la capacità di riconoscere e valorizzare miglioramenti anche di minima entità, poiché il significato di questi piccoli successi rinforza il rapporto di fiducia tra operatore e paziente consentendo al malato di migliorare la sua autonomia rinforzando la propria autostima.

Il fisioterapista esegue la valutazione funzionale del paziente per elaborare la strategia di intervento e stabilire gli obiettivi da conseguire insieme al paziente, che saranno mirati ai suoi bisogni e saranno semplici, mutevoli e a breve termine per fornirgli la massima funzionalità e indipendenza nelle attività di vita quotidiana(ADL).

Gli obiettivi principali del trattamento possono essere così riassunti:

- **MASSIMO RECUPERO DELL'AUTONOMIA E DELLA MOTILITÀ NELLE ADL;**
- **CONTENERE I DANNI DA IPOCINESIA;**
- **CONTENERE GLI EDEMI, MIGLIORARE IL TROFISMO CUTANEO E LA CIRCOLAZIONE;**
- **EDUCARE IL PAZIENTE AD UNA CORRETTA IGIENE RESPIRATORIA;**
- **PREVENIRE LE FRATTURE IN SEDE DI METASTASI OSSEE;**
- **PREVENIRE DANNI SECONDARI E TERZIARI** (lesioni da decubito, retrazioni muscolo tendinee, limitazioni articolari).

Il fisioterapista, per re-insegnare un corretto modo di respirare a chi ne abbia perso le capacità e per facilitare il drenaggio bronchiale a pazienti allettati, può utilizzare tecniche di respirazione basale, apicale e diaframmatica, applicare leggere vibrazioni oppure usufruire della ginnastica respiratoria. La fisioterapia respiratoria classica infatti trova una ridotta applicabilità. Non è infatti pensabile che i pazienti possano essere sottoposti a continui cambiamenti posturali per facilitare il drenaggio oppure a manovre energiche durante l'espiazione.

Inoltre utili per raggiungere diversi obiettivi elencati precedentemente è possibile utilizzare tecniche di mobilizzazione passiva, attiva-assistita e attiva a seconda del grado di collaborazione e movimento del paziente, accompagnate da posture corrette prestabilite.

Le tecniche d'igiene posturale e le posizioni corrette da utilizzare durante la giornata, devono essere condivise e insegnate agli operatori che assistono il paziente e alla famiglia. Provate e ricontrollate nel tempo in modo da rendere autonomi e indipendenti coloro che si occupano del paziente nel quotidiano.

Gli esercizi proposti durante le sedute di fisioterapia saranno di facile esecuzione, spesso richiamano gesti della vita quotidiana; sono volti a rinforzare capacità e movimenti già in possesso del paziente e stimolano l'apparato muscolare osteo-articolare senza affaticarlo. Per questo si tenderà ad utilizzare contrazioni di tipo isometrico e verranno proposti esercizi di co-contrazione muscolare.

Ancora oggi parlare di fisioterapia nell'ambito delle Cure Palliative, significa affrontare un argomento piuttosto sconosciuto, inesplorato, almeno in Italia. Non sono infatti numerose le esperienze in cui si è proposto un percorso riabilitativo all'interno di Hospice o di strutture che ospitano pazienti durante la fase terminale di una malattia.

D'altronde la fisioterapia nel pensare comune ha come fine ultimo la completa guarigione del paziente e per questo risulta difficile associarla ad un paziente che si trova nella condizione di poter essere solo curato e non guarito ma che non potrà mai recuperare il proprio deficit motorio.

Ma quest'idea errata può cambiare se si inizia a far passare il concetto, dimostrato da diversi studi presenti in letteratura, che la fisioterapia può essere d'aiuto e, anzi, giocare un ruolo cruciale nel miglioramento della qualità di vita in persone che soffrono di una malattia terminale in stato avanzato.

La parola fisioterapia ha la sua origine nei termini greci "physis" e "therapía" cioè insieme di cure. E' interessante osservare che "therapía" proviene da "therapon", ovvero colui che serve; è quindi sicuro che nel concetto di terapeuta è sopravvissuta, fino a tempi molto recenti, una connotazione riferita al "servire", al prestare le cure.

Questo significato etimologico, che avvicina il terapeuta al malato permettendogli di integrarsi con i suoi bisogni ed i vissuti di malattia, si completa con un altro concetto di cura fondamentale nelle Cure Palliative oncologiche: "il fisioterapeuta diventa un freno alla frammentazione dell'individuo". Quindi il suo compito, integrato da quello degli altri operatori sanitari che assistono il paziente in fase terminale, diviene quello di permettere alla persona di adattarsi al cambiamento del proprio corpo attraverso cure ristrutturanti.

L'intervento riabilitativo rappresenta quindi il processo attraverso il quale una persona viene accompagnata e aiutata a raggiungere appieno il proprio potenziale fisico, psicologico, sociale, compatibilmente al proprio stato anatomico, fisiologico, motivazionale.

Nella definizione dell'ambito d'azione delle cure palliative ripresa nelle linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, è testualmente espresso che "Lo scopo delle cure palliative può riassumersi nel termine RIABILITAZIONE, cioè nell'ottenere che il paziente acquisisca e conservi il proprio massimo potenziale fisico, emotivo, spirituale, professionale e sociale, per quanto limitato dalla progressione della malattia".

È stato dimostrato inoltre che l'intervento riabilitativo, anche nel paziente con cancro in fase avanzata o con altre patologie terminali, ha una forte valenza nella percezione della Qualità della Vita (QdV). Questa è, infatti, intrinsecamente legata alla personale opinione di sé ed è comprensiva di almeno quattro aree, quali:

- **la percezione del proprio corpo,**
- **la percezione del sé,**
- **le proprie aspirazioni**
- **il proprio riconoscimento.**

Anche in quest'ambito l'intervento del terapeuta trova una sua ragione d'essere perché, anche se non finalizzato al ripristino di una specifica funzione o di un'abilità, è volto al recupero e/o al mantenimento della dignità e dell'autostima e ha l'obiettivo di valorizzare, anche nel paziente gravemente compromesso, la percezione del "sentirsi ancora una persona".

Il programma riabilitativo nei pazienti oncologici in fase terminale è legato a due momenti chiave dell'assistenza:

- **la stipulazione tra terapeuta e paziente del CONTRATTO TERAPUTICO**
- **l'individuazione degli OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO.**

La durata dei programmi d'esercizi dovrebbe tenere conto della vitalità del paziente nonché dei suoi condizionamenti sociali. "Poco ma spesso" è un valido principio quando si consiglia i pazienti circa le loro attività. I programmi terapeutici possono servire a dare maggiore mobilità, vitalità, ristabilire l'equilibrio, rilassare o anche un combinazione di due o più di questi effetti.

Nella rieducazione del paziente in Cure Palliative, la mobilitazione segmentaria assume un ruolo importante. Le tecniche di mobilitazione passiva e attiva-assistita spesso sono risolutive di dolori legati all'immobilità del paziente.