



Riabilitazione oncologica

Sempre più persone sopravvivono a un cancro. Ma spesso la malattia e il suo trattamento hanno ripercussioni negative sul corpo, sulla psiche e sulla vita sociale. I programmi di riabilitazione oncologica ambiscono a migliorare la qualità della vita delle persone colpite e ad agevolarne il reinserimento nella vita quotidiana e professionale.

1. Introduzione

Ogni anno circa 39 500 persone si ammalano di cancro in Svizzera (NICER 2016), e la tendenza è in aumento. Grazie ai grandi progressi nella diagnosi precoce e nelle terapie mediche, cresce costantemente il numero di coloro che sopravvivono a lungo termine. Questa evoluzione in sé positiva pone nel contempo nuove sfide ai settori dell'assistenza post-trattamento e della riabilitazione dei pazienti. Le sfide primarie sono soprattutto il mantenimento e il recupero della salute fisica e psichica e della qualità della vita, l'adattamento a possibili handicap permanenti e la capacità di elaborare le esperienze vissute.

Le misure di riabilitazione mirano a ridurre le limitazioni di tipo fisico e psichico (come dolori, deficit funzionali, stanchezza cronica, paure, eccetera) che possono insorgere a causa della malattia o delle sue terapie, aiutando i pazienti a elaborare la propria malattia. In particolare, lo scopo ultimo di queste misure è preservare o ripristinare la partecipazione delle persone colpite da un cancro alla vita professionale e sociale.

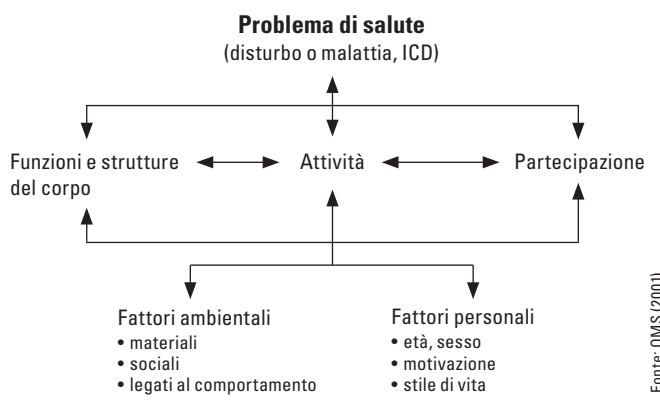
2. Il concetto di riabilitazione oncologica

Con riabilitazione oncologica si intende un processo orientato a ripristinare la salute e l'autonomia che comprende «tutte le misure coordinate di natura medica, pedagogica, sociale e spirituale che consentono al malato di cancro di superare ostacoli o restrizioni causati dalla malattia o dalla terapia e di riacquistare una funzionalità ottimale sotto il profilo fisiologico, psicologico e sociale, in modo che possa gestire la sua vita con le proprie forze godendo della massima autonomia possibile e riprendere il suo posto in seno alla società» (Eberhard, 2015).

La riabilitazione si ispira al modello bio-psico-sociale della classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF, Fig. 1), che contempla un sistema di componenti interdipendenti. Quando una componente si modifica, teoricamente influisce sullo stato di tutte le altre.

L'Organizzazione mondiale della sanità definisce la salute come uno «stato di completo benessere fisico, mentale e sociale» (OMS, New

Fig. 1: Modello bio-psico-sociale dell'ICF



York, 22.7.1946). Un problema di salute associato a limitazioni fisiche e/o psichiche può compromettere anche le possibilità di partecipazione attiva alla vita. Se, e in che misura, una limitazione funzionale costituisca un ostacolo alla capacità di condurre una vita autodeterminata e «sana» ai sensi della definizione dell'OMS dipende anche dal contesto (ossia, da fattori ambientali e personali).

Secondo il modello bio-psico-sociale, le malattie sono intese come disturbi dell'unità corpo-mente che hanno ripercussioni su tutto il contesto esistenziale di una persona colpita. Oltre alla dimensione fisica (biologica), sono coinvolte anche la dimensione psichica (inclusa quella intellettuale/spirituale) e quella sociale, ossia le relazioni interpersonali e il lavoro.

3. Obiettivi

Lo scopo della riabilitazione è il mantenimento o il recupero della massima autonomia possibile (partecipazione sociale). Per riprendere il proprio posto nella società, le persone colpite dal cancro necessitano di un determinato grado di funzionalità e attività.

Heim (2008) e Bartsch (2009) elencano i seguenti obiettivi della riabilitazione oncologica, suddividendoli in cinque aree centrali:

Obiettivi somatici

- Riduzione della stanchezza/dell'esaurimento
- Miglioramento del rendimento fisico
- Sviluppo e rafforzamento della muscolatura scheletrica
- Miglioramento della mobilità articolare
- Riduzione del dolore
- Ottimizzazione della protesica
- Riduzione di un linfedema
- Miglioramento della secchezza della bocca
- Riduzione dell'incontinenza
- Miglioramento delle funzioni intestinali
- Miglioramento dei disturbi di deglutizione
- Miglioramento dei disturbi dell'eloquio

Obiettivi psichici

- Eliminazione delle paure
- Riduzione degli stati depressivi
- Miglior accettazione dei cambiamenti fisici
- Elaborazione di problemi familiari e di coppia
- Riduzione dei disturbi del sonno

Obiettivi sociali

- Miglioramento dell'integrazione sociale
- Reinserimento professionale
- Partecipazione alla vita sociale e culturale
- Informazioni nell'ambito giuridico-sociale
- Comunicazione nella vita di coppia/sexualità

Obiettivi funzionali

- Trattamento di un deficit funzionale
- Promozione delle attività quotidiane
- Allungamento della distanza percorsa a piedi
- Miglioramento dell'attività fisica
- Miglioramento del rendimento cognitivo
- Miglioramento della continenza e della funzione sessuale

Obiettivi pedagogici (trasmissione di conoscenze)

- Conoscenze su malattia e terapie
- Strategie per gestire lo stress
- Strategie per gestire l'ansia e i sintomi di depressione
- Conoscenze sull'alimentazione sana
- Tecniche di rilassamento

Dietz (1974) suddivide ulteriormente gli obiettivi della riabilitazione secondo quattro fasi del decorso della malattia.

Preventivi ...

per evitare che insorgano limitazioni funzionali. La riabilitazione inizia poco dopo la diagnosi, ossia prima, durante o immediatamente dopo la terapia antitumorale.

Restitutivi ...

per ripristinare la situazione iniziale. La riabilitazione è destinata a persone senza o con poche limitazioni di lunga durata delle funzioni fisiche. In questi casi la ripresa integrale della vita sociale e professionale è un obiettivo realistico e viene perseguito.

Supportivi ...

per compensare i deficit funzionali. La riabilitazione è rivolta a persone con tumori in stadio avanzato e disabilità progressiva. L'obiettivo è migliorare la mobilità e la capacità del paziente di aiutarsi da sé tramite misure di compensazione e adattamento.

Palliativi

La riabilitazione è rivolta alle persone in stadio terminale. L'obiettivo è di preservare o migliorare la qualità della vita controllando e alleviando i sintomi, nonché consentire un'autonomia almeno parziale.

4. Momento e durata della riabilitazione oncologica

L'OMS considera la riabilitazione un processo che inizia dalla diagnosi e finisce idealmente con il ripristino e il mantenimento della capacità di partecipazione della persona colpita. Per raggiungere questi obiettivi, sin dall'inizio nel processo di trattamento devono essere integrate considerazioni di riabilitazione. Solo così è possibile garantire una catena di trattamento armonica, accorciare le degenze ospedaliere e reinserire al più presto il paziente nella sua vita quotidiana (Eberhard, 2011).

Il National Health Service nel Regno Unito propone di verificare il fabbisogno di riabilitazione di tutti i pazienti oncologici in diversi momenti del percorso clinico: al momento della diagnosi, all'inizio e alla fine del trattamento medico, in caso di malattia recidivante e nella situazione palliativa (NHS, 2009).

Secondo Cheville (2005) una riabilitazione oncologica è possibile e può essere indicata in diversi stadi di una malattia tumorale:

- Stadio 1: riabilitazione dopo la conclusione della terapia iniziale
- Stadio 2: riabilitazione dopo la conclusione del trattamento oncologico
- Stadio 3: riabilitazione come prevenzione di una terapia oncologica logorante o in caso di malattia recidivante
- Stadio 4: riabilitazione per complicazioni causate dal cancro o dal suo trattamento

I programmi di riabilitazione oncologica ambulatoriale efficaci studiati nei Paesi Bassi durano da 12 a 16 settimane e includono una terapia del movimento e sportiva strutturata, una consulenza in materia di salute, un'assistenza psico-oncologica e una terapia nutrizionale. L'obiettivo riabilitativo invece non viene raggiunto nei programmi ambulatoriali di durata inferiore alle otto settimane (Eberhard, 2011).

Per esperienza i programmi in ambito stazionario durano dalle tre alle quattro settimane. Tuttavia, a seconda del tipo e dell'entità delle limitazioni può essere ragionevole e necessaria una riabilitazione di durata maggiore.

5. Destinatari

In linea di principio una persona ha bisogno di riabilitazione quando la sua attività e/o capacità di partecipazione è limitata da una malattia. Tali limitazioni possono manifestarsi nella vita quotidiana (situazione abitativa, faccende domestiche, accudimento dei bambini, ecc.), nella vita sociale e in ambito lavorativo.

All'inizio di ogni riabilitazione oncologica vengono determinate le limitazioni individuali del paziente tramite l'anamnesi unita a uno screening o valutazione. Su questa base vengono definiti gli obiettivi della riabilitazione (Eberhard, 2009).

Possibili indicatori e domande che consentono di valutare il bisogno di una riabilitazione oncologica (Fig. 2):

- Autonomia quotidiana limitata (abitazione, finanze, situazione sociale)?
- Funzionalità/mobilità quotidiana limitata?
- Rendimento/resistenza/attività fisica limitata?
- Problemi di alimentazione?
- Problemi emozionali/psichici (concezione di sé/ambito relazionale)?
- Difficile gestione dei problemi generati dalla malattia o dalla terapia?
- Problemi generali (dolore/stanchezza cronica, ecc.)?
- Capacità lavorativa limitata?

A seconda della situazione (per esempio la disponibilità di un'adeguata offerta di terapia ambulatoriale) e delle risorse individuali (per esempio la possibilità di trasporto nei centri di riabilitazione), si opta per un programma di riabilitazione oncologica di tipo ambulatoriale o stazionario. Un fattore essenziale per la decisione è l'effettiva motivazione delle persone a partecipare attivamente alla riabilitazione. Solo così è realisticamente possibile raggiungere gli obiettivi predefiniti.

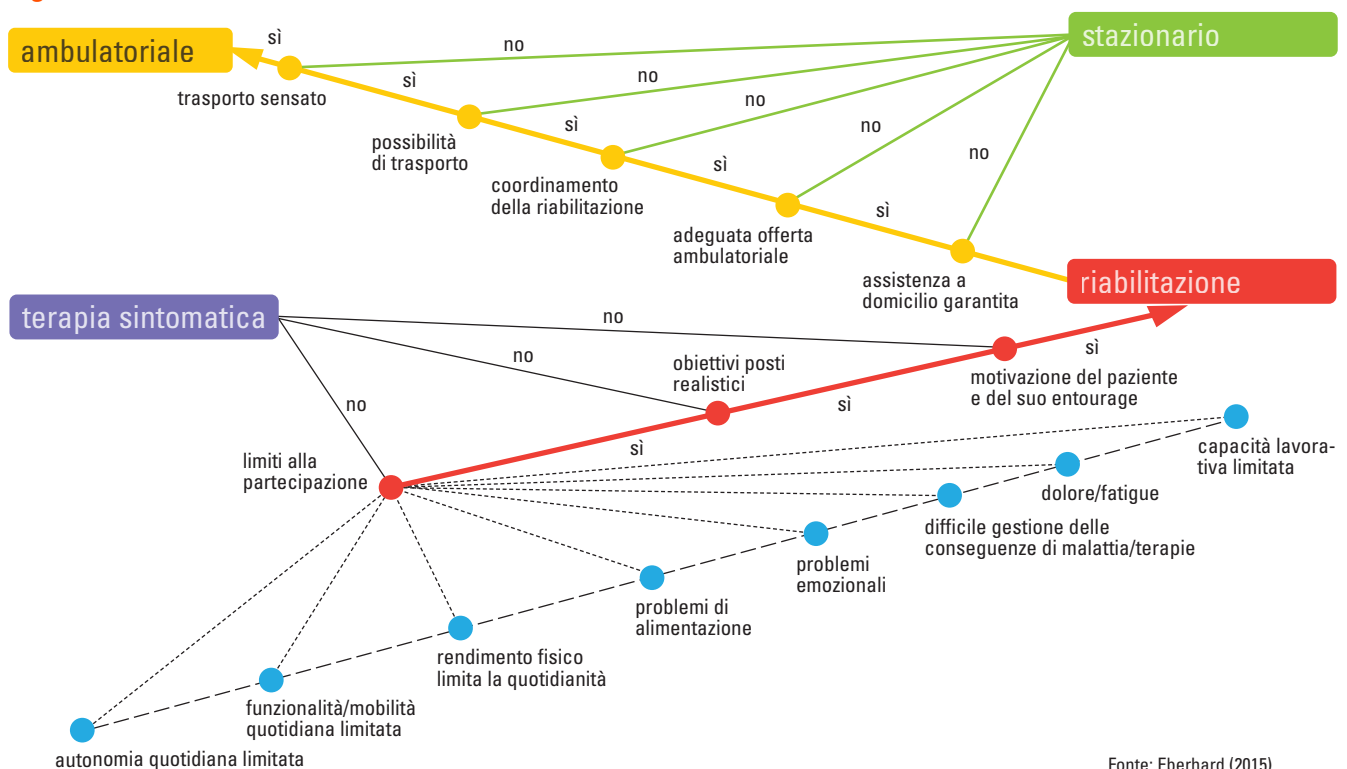
I fattori che depongono a favore di una riabilitazione oncologica ambulatoriale sono:

- è garantita un'assistenza a domicilio;
- è disponibile un'offerta terapeutica ambulatoriale;
- il coordinamento della riabilitazione è assicurato;
- possibilità di trasporto/mobilità.

Se questi requisiti non sono soddisfatti deve essere esaminata l'eventualità di una riabilitazione oncologica in ambito stazionario. Per esempio, i fattori che potrebbero far optare per una riabilitazione ospedaliera sono una forte limitazione dell'autonomia a causa di trattamenti acuti, il confronto con situazioni nuove e complicate (ad esempio problemi fisici per via di stomie, amputazioni, difficoltà respiratorie) un elevato stress psichico.

Anche i pazienti che soffrono in misura considerevole di dolori o fatigue possono spesso beneficiare di un programma stazionario, in particolare quando tutte le misure ambulatoriali sono già esaurite.

Fig. 2: Indicatori



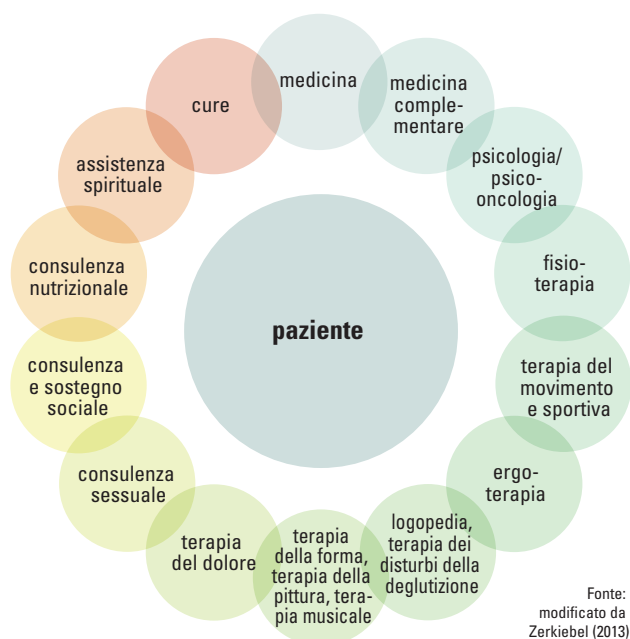
Fonte: Eberhard (2015)

6. Misure di riabilitazione

Le misure di riabilitazione oncologica si articolano nei moduli medicina, medicina complementare, psicologia/psico-oncologia, fisioterapia, terapia del movimento e sportiva, ergo terapia, logopedia, terapia dei disturbi della deglutizione, terapia della forma, terapia della pittura, terapia musicale, terapia del dolore, consulenza sessuale, consulenza e sostegno sociale, consulenza nutrizionale, assistenza spirituale e cure (Fig. 3). I moduli sono offerti come terapie individuali o di gruppo (per esempio gruppi di terapia del movimento). Talvolta vi è anche la possibilità di partecipare a serie di conferenze o a programmi educativi. La programmazione viene sempre determinata sulla base dei problemi individuali della persona colpita.

Secondo i criteri di SWISS REHA (2016) devono essere proposti almeno quattro moduli specialistici nel quadro di una riabilitazione oncologica ambulatoriale, comprendenti obbligatoriamente fisioterapia e/o ergoterapia.

Fig. 3: Misure di riabilitazione



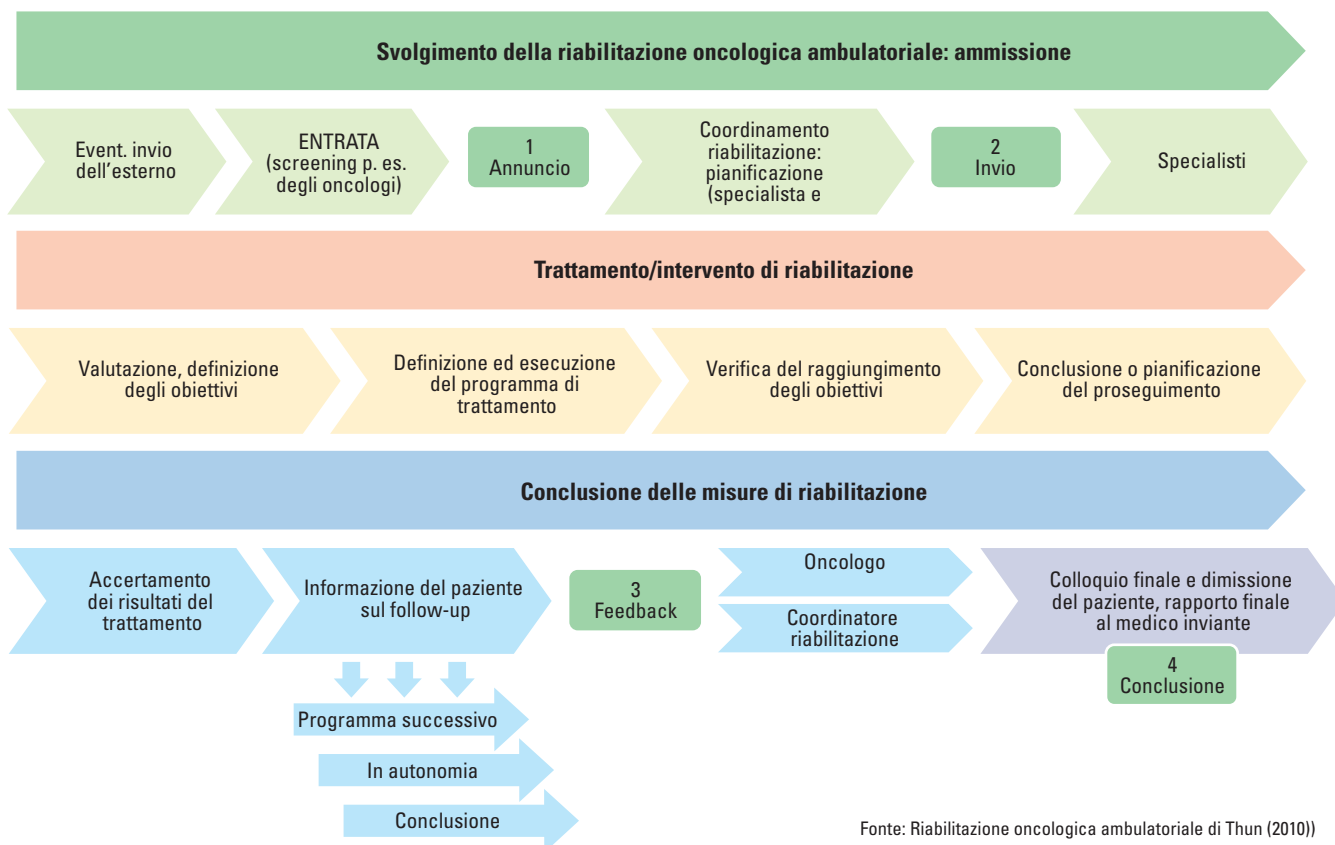
Fonte: modificato da Zerkiebel (2013)

7. Processi di riabilitazione

Il processo di riabilitazione oncologica si suddivide nelle seguenti fasi (Fig. 4):

- ammissione nel programma di riabilitazione tramite i medici curanti e pianificazione del programma insieme alla persona colpita;
- trattamento di riabilitazione;
- conclusione delle misure di riabilitazione.

Fig. 4: Esempio di un processo di riabilitazione oncologica ambulatoriale



Fonte: Riabilitazione oncologica ambulatoriale di Thun (2010)

8. Strumenti di lavoro

I processi di riabilitazione devono essere strutturati nel modo più chiaro e semplice possibile. Gli strumenti di lavoro servono per garantire il buon svolgimento del processo e un'adeguata informazione di tutti i collaboratori dell'équipe di riabilitazione sul decorso dei pazienti all'interno del programma.

Nel suo manuale sulla struttura della riabilitazione oncologica ambulatoriale, la Lega svizzera contro il cancro presenta diversi strumenti di lavoro (p.es. il diario della riabilitazione (Reha-Logbuch).

9. Finanziamento

Le misure di riabilitazione oncologica ambulatoriale prescritte da un medico possono essere fatturate alle casse malati sulla base dell'assicurazione di base o di un'assicurazione complementare, con l'usuale aliquota a carico del paziente per le prestazioni ambulatoriali. Inoltre, in alcuni programmi di riabilitazione l'offerta di consulenza è finanziata in parte da istituzioni sociali o religiose.

Per i programmi di riabilitazione stazionaria sono necessarie la richiesta un medico (ospedaliero, oncologo, medico di famiglia) e l'approvazione da parte di un medico di fiducia della cassa malati.

10. Promozione

È possibile richiamare l'attenzione sui programmi di riabilitazione esistenti con volantini, informazioni sul sito web del fornitore di prestazioni e con eventi informativi mirati.

La Lega svizzera contro il cancro ha pubblicato sul suo sito web una carta della Svizzera in cui sono rappresentati (con informazioni supplementari) tutti i programmi di riabilitazione oncologica ambulatoriale e stazionaria disponibili nel nostro Paese (www.legacancro.ch/il-cancro/riabilitazione-oncologica/).

11. Garanzia della qualità

La qualità è una misura di quanto le prestazioni del sistema sanitario aumentino la probabilità che si verifichino gli esiti di salute attesi e del loro grado di corrispondenza allo stato attuale delle conoscenze.

L'elemento centrale nella garanzia della qualità è il confronto tra la situazione attuale e la situazione attesa. In altre parole, per ottimizzare strutture, processi, risultati, ecc., deve esserci una rappresentazione relativamente attendibile e condivisa della situazione che si vuole raggiungere (conoscenze scientifiche, linee guida, desideri e auspici dei pazienti dei loro familiari, economicità, prescrizioni delle convenzioni tariffali, ecc.) (Zerkiebel, 2015).

Per documentare in modo trasparente verso l'esterno le proprie misure di garanzia e promozione della qualità, un istituto ha le seguenti possibilità:

- **Marchi e/o certificati di qualità:** per esempio i criteri di qualità e prestazione di SW!SS REHA per la riabilitazione internistica e oncologica.
- **Rapporti sulla qualità:** l'istituto redige un resoconto dei suoi sforzi e risultati in materia di garanzia e promozione della qualità (i criteri di qualità comprendono anche le strutture di un istituto, come le caratteristiche generali, la direzione medica, il personale impiegato nella riabilitazione oncologica con le relative qualifiche, eccetera).
- **Indicatori:** l'istituto indica il grado di raggiungimento degli obiettivi di qualità misurandolo con parametri definiti. Attualmente, non esistono ancora indicatori riconosciuti per la riabilitazione oncologica (Zerkiebel, 2015).

Per garantire la qualità specifica nelle relative discipline è raccomandata la partecipazione ai seguenti **corsi di perfezionamento:**

- «Pratiques interdisciplinaires en réadaptation oncologique» dell'associazione oncoreha.ch (d/f)
- «Bewegungs- und Sporttherapie in der Onkologie» dell'Università di Berna (d) e «Cancer, sport et mouvement» dell'Università di Losanna (f)
- «Perfezionamento interprofessionale in psiconcologia» (d/f/i)

Fonte

La presente scheda informativa è stata realizzata per gentile concessione del Centro di oncologia dell'Ospedale STS di Thun sulla base del manuale «Ambulante onkologische Rehabilitation Thun–Berne Oberland 2010–2014».

Bibliografia

- Bartsch, H. (2009). Rehabilitation onkologischer Patienten Unnötige Gesundheitsleistung oder gut investiertes Geld? CME Rehabilitation 4, pp. 36–44.
- Cheville, A. L. (2005). Cancer Rehabilitation. Seminars in Oncology 32, pp. 219–224.
- Dietz, J. (1974). Rehabilitation of the cancer patient: Its role in the scheme of comprehensive care. Clin Bull 4, pp. 104–107.
- Eberhard, S. (2009). Berner Klinik Montana. Erstellen einer Kostengutsprache für die stationäre Rehabilitation. Unveröffentlichte Version 1.02.
- Eberhard, S. (2010). oncoreha.ch; Onkologische Rehabilitation Schweiz. Die onkologische Rehabilitation als ein zukünftiger Schlüsselfaktor der onkologischen Behandlung? Schweizer Krebsbulletin 3, pp. 226–228.
- Eberhard, S. (2011). Rehabilitation. Nationales Krebsprogramm für die Schweiz 2011–2015, pp. 148–161.
- Eberhard, S. (2015). Onkologische Rehabilitation; wann, wo und für wen? Schweizer Krebsbulletin. 1, p. 17.
- Heim, M. E. (2008). Onkologische Rehabilitation: Wege zurück ins Leben. Leading Opinions Hämatologie&Onkologie 1, pp. 8–12.
- National Health Services (NHS). (2009). NCAT, Supporting and Improving Commissioning of Cancer Rehabilitation Services Guidelines. England.
- Istituto nazionale per l'epidemiologia e la registrazione del cancro NICER (2016): Krebs in der Schweiz: wichtige Zahlen (www.nicer.org)
- SWISS REHA (2016). Qualitäts- und Leistungskriterien für die ambulante und teilstationäre Rehabilitation. pp. 22–23
- Associazione oncoreha.ch. (2013). Konzept Qualitätssicherung in der onkologischen Rehabilitation. Piano non pubblicato del 23.5.2013 (versione 1.0)
- World Health Organization. (2001). International classification of functioning, disability and health. Ginevra.
- Zerkiebel, N. (2015). Qualitätssicherung in der onkologischen Rehabilitation – Wo stehen wir? Schweizer Krebsbulletin 1, pp. 23–25.

Impressum

Editrice

Lega svizzera contro il cancro
Effingerstrasse 40
Casella postale
3001 Berna
Tel. 031 389 91 00
info@legacancro.ch
www.legacancro.ch

Autrice

Contatto per la riabilitazione oncologica in D-CH

Beate Schneider-Mörsch
Specialista in riabilitazione
Lega svizzera contro il cancro
Effingerstrasse 40, Casella postale, 3001 Berna
Tel. 031 389 94 17
beate.schneider@legacancro.ch

Contato per la riabilitazione oncologica in Ticino e Romandia

Nicolas Sperisen
Specialista in promozione della salute e riabilitazione
Lega svizzera contro il cancro
Effingerstrasse 40, Casella postale, 3001 Berna
Tel. 031 389 92 90
nicolas.sperisen@legacancro.ch

Organizzazione partner

oncoreha.ch
c/o Lega svizzera contro il cancro
Effingerstrasse 40
3001 Berna
Tel. 031 389 91 04
info@oncoreha.ch

La scheda informativa è disponibile anche in lingua francese e tedesca.

© 2018, Lega svizzera contro il cancro, Berna

LSC / 1.2018 / 031233953141