Organo Ufficiale
Associazione
Riabilitatori
dell'Insufficienza
Respiratoria

Rivista Italiana di Fisioterapia e Riabilitazione Respiratoria

ANNO X NUMERO TRE
SETTEMBRE-DICEMBRE 2011

in questo numero

Un passo dopo l'altro
Il Direttivo ARIR

Il fisioterapista respiratorio: una professione rivolta al futuro
L. Santambrogio

Fisioterapia respiratoria: Cambiare si può
G. Bollini

Il fisioterapista respiratorio nella realtà sanitaria italiana: indagine conoscitiva telefonica
M. Lazzeri, A.Brivio, S. Costi, P. Frigerio, G. Piaggi, E. Privitera, E. Repossini, E. Telaro, D. Scorsone, M. Sommariva, G. Oliva

Introduzione all'uso dei sondaggi
G.D. Rubenfeld

Questo numero ha ricevuto un supporto finanziario da:

Vivisol

Periodico quadrimestrale Sped. in A.P. 45% - art. 2 comma 20/B - legge 662/96 - Filiale di Milano - Aut. Trib. Monza n. 1552 del 13/12/2001

MIDIA EDIZIONI

MIR
MEDICAL INTERNATIONAL RESEARCH

Creatività e competenza in spirometria ossimetria e telemedicina

Spirodoc

4 in 1:

- spirometro
- ossimetro
- accelerometro 3D
- questionario

Software winspiroPRO in dotazione con ogni spirometro MIR

Spirobank G

Spirometro portatile con collegamento al PC

FlowMIR

Turbina usa e getta con boccaglio integrato

Minispir

Spirometro USB con opzione ossimetria

Spirolab III

Spirometro diagnostico con opzione ossimetria

MIR - via del Maggiolino, 125 - 00155 Roma - Tel: 0622754777 - Fax: 0622754785

www.spirometry.com **www.oximetry.com**

Rivista Italiana
di Fisioterapia e Riabilitazione Respiratoria

Anno X
Settembre-Dicembre 2011 - NUMERO 3

Organo Ufficiale
Associazione
Riabilitatori
dell'**I**nsufficienza
Respiratoria

Editorial Board

Editor-in-Chief

Direttore Responsabile
Elena Repossini
Fisioterapista, Busto Arsizio (VA)

Direttore Scientifico
Gabriela Ferreyra
Fisioterapista, Torino

Deputy Editors

Roberto Adone
Fisiatra, Milano
Pamela Frigerio
Fisioterapista, Milano
Marta Lazzeri
Fisioterapista, Milano
Stefano Nava
Pneumologo, Pavia
Paolo Navalesi
Rianimatore, Novara
Maurizio Sommariva
Fisioterapista, Milano

Associate Editors

Nicolino Ambrosino
Pneumologo, Volterra (PI)
Paolo Banfi
Pneumologo, Milano
Anna Brivio
Fisioterapista, Milano
Massimo Gorini
Pneumologo, Firenze
Giovanni Oliva
Fisioterapista, Milano
Antonio Spanevello
Pneumologo, Varese
Elena Telaro
Fisioterapista, Milano
Luigi Santambrogio
Chirurgo Toracico, Milano

Editorial Board Members

Sergio Arlati
Rianimatore, Milano
Alessandro Baisi
Chirurgo Toracico, Milano
Andrea Bellone
Pneumologo, Milano
Cesare Braggion
Pediatra, Firenze
Lia Cappelletti
Fisioterapista,Verona
Enrico Clini
Pneumologo, Gaiato Pavullo (MO)
Marco Confalonieri
Pneumologo, Trieste
Roberto Cosentini
Pneumologo, Milano
Diana Costantini
Pediatra, Milano
Stefania Costi
Fisioterapista, Modena
Erminia D'Amanzio
Fisioterapista, Varese
Elisa De Mattia
Fisioterapista, Pavia
Francesco Fanfulla
Fisiopatologo Respiratorio, Montescano (PV)
Giancarlo Garuti
Fisiopatologo Respiratorio, Correggio (RE)
Maurizio Grandi
Pneumologo, Costamasnaga (LC)
Cesare Gregoretti
Rianimatore, Torino
Laura Guzzi
Fisioterapista, Passirana di Rho (MI)
Giacomo Morlini
Fisioterapista, Bergamo
Mario Nosotti
Chirurgo Toracico, Milano
Franco Pallini
Infermiere Professionale, Atri (TE)
Mara Paneroni
Fisioterapista, Lumezzane (BS)
Franco Pasqua
Pneumologo, Roma
Giancarlo Piaggi
Fisioterapista, Pavia
Mario Ravini
Chirurgo Toracico, Milano
Tiziana Redaelli
Fisiatra, Milano
Marinella Sommaruga
Psicologa, Tradate (VA)
Elisabetta Zampogna
Fisioterapista, Tradate (VA)
Andrea Zanini
Pneumologo, Tradate (VA)

Section Editors

Allenamento allo Sforzo
Giancarlo Piaggi, Enrico Maria Clini
Chirurgia
Luigi Santambrogio, Paola Quadrelli
Fisiopatologia Respiratoria
Antonio Spanevello, Debora Scorsone
Fisioterapia Pediatrica
Diana Costantini, Chiara Tartali
Medicina del sonno
Francesco Fanfulla, Vincenzo Patruno, Andrea Lanza
Metodologia della Ricerca
Roberto Adone, Elena Telaro
Malattie Neuromuscolari
Andrea Vianello, Paolo Banfi, Vilma Donizetti
Neonatalogia
Sergio Zuffo, Luigi Gagliardi
Riabilitazione centrata sulla persona
Giovanni Oliva, Rita Maria Nobili
Riabilitazione Respiratoria
Nicolino Ambrosino, Marta Lazzeri
UTIR
Piero Ceriana, Mara Paneroni
Ventilazione Meccanica Invasiva
Michele Vitacca, Maurizio Sommariva
Ventilazione Meccanica Non Invasiva
Stefano Nava, Sookyung Strambi

Rivista Italiana di Fisioterapia e Riabilitazione Respiratoria

Periodico quadrimestrale
Reg. Tribunale di Monza
n° 1552 del 13 dicembre 2001

Spedizione in A.P. 45%
art. 2 comma 20/B legge 662/96
Filiale di Milano

Direzione
Via F. Baracca, 13
20015 Parabiago (MI)
rivista@arirassociazione.org

Redazione
c/o MIDIA Edizioni

Progetto Grafico
MidiaDesign

Grafica e stampa
Artestampa srl
Galliate Lombardo (VA)

Pubblicità e Marketing
Midia srl

Edizione
Midia srl
Via Cesare Beccaria, 3
34133 Trieste
Tel. +39 040 3720456
Fax +39 040 3721012
midia@midiaonline.it
www.midiaonline.it

MIDIA EDIZIONI

Questo periodico viene spedito
in abbonamento postale
Prezzo copia € 10,00
Abbonamento a 3 numeri € 30,00 da
versare sul C/C postale n° 34827204
intestato a Midia srl
Via Cesare Beccaria, 3 - 34133 Trieste
L'abbonamento è gratuito per i soci ARIR.

Tutti i diritti sono riservati.
È vietata la riproduzione di testi
e immagini senza il permesso
scritto dell'Editore.

STIMOLATORE TOSSE

Ventilatore a pressione positiva e negativa, assistenza tosse. Il Pulsar provoca l'atto della tosse ed aiuta i pazienti a liberarsi delle secrezioni bronchiali in modo invasivo e non invasivo quando non riescono a tossire autonomamente, come accade nel caso delle malattie neuromuscolari o delle lesioni del midollo spinale. Il Pulsar è un modo sicuro e comodo di ridurre i rischi di danno a carico delle vie aeree e di complicanze respiratorie.

Il Pulsar aiuta i pazienti rafforzando o sostituendo la rimozione naturale delle secrezioni bronchiali applicando gradualmente alle vie aeree una pressione positiva vibrata seguita rapidamente da una pressione negativa. Il flusso d'aria con inspirazione lenta vibrata ed espirazione rapida simula il processo della tosse evitando al tempo stesso i problemi associati a procedure più invasive.

La ventilazione inspiratoria vibrata è una modalità esclusiva del Pulsar. La vibrazione del flusso nella fase inspiratoria associata ad una pausa di fine inspirazione permette una migliore ed efficace rimozione delle secrezioni bronchiali.

Sono disponibili nel Pulsar 4 modalità operative: automatica, automatica con vibrazione, manuale, manuale con vibrazione.

Le modalità di ventilazione manuali sono gestite da telecomando.

VANTAGGI

- ✓ Rafforza o sostituisce una tosse inefficace
- ✓ Aiuta a rimuovere le secrezioni dai polmoni
- ✓ Riduce la comparsa di infezioni respiratorie
- ✓ Una sicura, non invasiva e comoda alternativa all'aspirazione
- ✓ Può essere utilizzato con maschera facciale, boccaglio
- ✓ Adatto per pazienti adulti e pediatrici

CARATTERISTICHE PECULIARI

- ✓ Interfaccia innovativa ed evoluta display da 5,7"
- ✓ Ventilazione inspiratoria vibrata per rimozione secrezioni polmonari
- ✓ Peso e dimensioni contenuti
- ✓ Bassa rumorosità
- ✓ Comando a distanza per gestione ventilazioni manuali insp/esp
- ✓ Generatore di flusso a turbina

siare ENGINEERING INTERNATIONAL GROUP srl
Via G. Pastore, 18 - 40056 Crespellano (BO), Italia - Tel. +39 051 969802 (r.a.) - Fax +39 051 969366 - mail@siare.it - www.siare.it

Rivista Italiana
di Fisioterapia
e Riabilitazione Respiratoria

Sommario

Comunicato del direttivo

Un passo dopo l'altro
Il Direttivo ARIR 6

Editoriali

Il fisioterapista respiratorio: una professione rivolta al futuro
L. *Santambrogio* 7

Fisioterapia respiratoria: Cambiare si può
G. *Bollini* 9

Lavoro originale

Il fisioterapista respiratorio nella realtà sanitaria italiana: indagine conoscitiva telefonica
M. *Lazzeri*, A.*Brivio*, S. *Costi*, P. *Frigerio*, G. *Piaggi*, E. *Privitera*, E. *Repossini*, E. *Telaro*, D. *Scorsone*, M. *Sommariva*, G. *Oliva* 11

Contributi

Introduzione all'uso dei sondaggi
G.D. *Rubenfeld* 19

Eventi 25

Informazioni generali 38

Scheda di iscrizione 39

Un assistente tosse di ultima generazione

Mini Pegaso Cough

MINI PEGASO COUGH genera una sequenza forzata di insufflazione-esufflazione sul paziente, intervallata da una pausa, simulando così una tosse "naturale".

É particolarmente efficace nell'eliminazione delle secrezioni bronco-polmonari nei pazienti con tosse "inefficace".

Caratteristiche innovative:

- Indicato per uso ambulatoriale, durante la degenza, e per uso domiciliare
- Funziona come assistente tosse, in modalità automatica e manuale
- La funzione percussione è opzionale
- Batteria interna NiMH ricaricabile
- Leggero e compatto
- Facile da usare
- Sicuro, grazie all'impostazione dei parametri tramite tastiera e alla possibilità di inserire il "blocca-tasti"
- 4 livelli di flusso diversi
- Controllato da microprocessore
- Visualizzazione grafica delle pressioni raggiunte
- Allarmi

Prodotto da DIMA ITALIA S.r.l.

VitalAire Italia S.p.A.
Via Ciardi, 9 - 20148 Milano
Tel. 02 4021.1 - Fax 02 4021379
www.vitalaire.it

Numero Verde
800-863062

AIR LIQUIDE

ARIR
Associazione
Riabilitatori
dell'**I**nsufficienza
Respiratoria

Sede
A.O. Ospedale Niguarda Ca'Granda
c/o Unità Spinale
P.zza Ospedale Maggiore, 3
20162 Milano

Segreteria
c/o Anna Brivio
Via Abetone, 14 - Milano
Cell.: 347 8044525
Fax: 02 700557594
E-mail: segreteria@arirassociazione.org
Sito: www.arirassociazione.org

Consiglio direttivo

Presidente
Marta Lazzeri

Vice Presidente
Giovanni Oliva

Segretario
Anna Brivio

Tesoriere
Alessia Colombo

Consiglieri
Giancarlo Piaggi
Emilia Privitera
Luciana Ptacinsky
Elena Repossini
Antonella Sanniti
Sergio Zuffo

Consiglieri Onorari
Roberto Adone
Monica Bassi
Andrea Bellone
Italo Brambilla

Commissione Scientifica
Antonella Albero
Paolo Banfi
Cesare Braggion
Stefania Brogi
Lia Mjriam Cappelletti
Diana Costantini
Gabriella De Grandis
Pamela Frigerio
Elisa Mantovani
Cristina Martorana
Luigi Olper
Franco Pallini
Elisabetta Restelli
Elisabetta Roma

DALLO STATUTO DELL'ASSOCIAZIONE

Art. 1 È costituita l'Associazione Riabilitatori dell'Insufficienza Respiratoria (A.R.I.R.).

Art. 3 L'Associazione non ha finalità di lucro e intende promuovere la prevenzione e la riabilitazione delle patologie respiratorie.
Per il conseguimento dei suoi scopi l'Associazione concorre a:
- diffondere in campo clinico, terapeutico e home care, la pratica della fisioterapia e riabilitazione respiratoria;
- organizzare la formazione, l'aggiornamento, il coordinamento, la promozione dello sviluppo professionale dei fisioterapisti con specifiche competenze in ambito respiratorio;
- sostenere in campo scientifico e sociale l'educazione e l'igiene respiratoria;
- promuovere la ricerca scientifica nel campo della fisioterapia e della riabilitazione respiratoria.

Art. 4 Sono soci le persone e gli enti che verranno ammessi dal Consiglio e che verseranno la quota di Associazione.

Art. 5 I soci si dividono in quattro categorie:
a – Soci fondatori,
b – Soci ordinari,
c – Soci sostenitori,
d – Soci onorari.
Sono Soci fondatori coloro che hanno sottoscritto l'atto costitutivo dell'Associazione e coloro ai quali, pur non avendo sottoscritto l'atto costitutivo, sia attribuita dal Consiglio tale qualifica
Sono Soci ordinari i fisioterapisti accettati dal Consiglio direttivo e che versano annualmente la quota associativa stabilita.
Sono Soci sostenitori persone fisiche o giuridiche che, intendono sostenere gli scopi che l'Associazione si prefigge
Sono Soci onorari le persone e gli enti ai quali il Direttivo attribuisce tale qualifica, ritenendole in grado, per qualità, titoli o attività, di dare all'Associazione un contributo di opera o di prestigio.

Art. 6 L'Associazione trae i mezzi per conseguire i propri scopi dai contributi dei soci e da ogni altro provento che le affluisca.

Art. 9 I soci hanno diritto:
- di partecipare alle assemblee,
- di usufruire del materiale tecnico e didattico dell'Associazione, così come, in via prioritaria, di beneficiare delle iniziative promosse dall'Associazione,
- di essere informati sulle attività in essere e allo studio dell'Associazione,
- di richiedere all'Associazione, nei limiti degli scopi istituzionali della stessa, collaborazione per la soluzione di problemi concreti,
- di richiedere al Consiglio Direttivo o al Presidente di inserire problemi di carattere generale all'ordine del giorno della successiva assemblea,
- di richiedere al Presidente, in casi di estrema urgenza ed importanza, la convocazione di un'assemblea straordinaria per la trattazione di problemi di carattere generale.

Detta richiesta dovrà essere sottoscritta da almeno il 10% dei soci iscritti.

ISCRIZIONE ALL'ASSOCIAZIONE

Iscrizione all'Associazione ARIR: € 55,00.

Iscrizione congiunta ARIR-AIPO: € 75,00.

Può essere effettuato tramite bonifico bancario o versamento su conto corrente postale a favore di ARIR, specificando nome e causale

☐ Banca Intesa BCI filiale 2690 – Paderno Dugnano (MI)
IBAN IT79P0306933521000032494100 – C/C 32494\1 – ABI: 03069 – CAB: 33521 – CIN: P

☐ Conto corrente postale n° 76542463 – IBAN IT43V0760101600000076542463

Nota bene: L'iscrizione congiunta non consente di usufruire di tutte le prerogative derivate dall'iscrizione all'AIPO; per ulteriori dettagli consultare i siti www.arirassociazione.org o www.aiponet.it

Un passo dopo l'altro

L''Associazione Riabilitatori dell'Insufficienza Respiratoria, che ha fra i suoi obiettivi la crescita culturale e lo sviluppo della figura professionale del fisioterapista respiratorio, già nel 2003 ha avvertito la necessità di conoscere con dati attendibili la situazione del fisioterapista e della riabilitazione respiratoria nella realtà sanitaria italiana.
Per investigare sul ruolo ed il profilo dei fisioterapisti respiratori in Italia e il loro coinvolgimento in differenti contesti (terapie intensive, chirurgie, pneumologie, medicine, strutture di lungo degenza riabilitativa ed altro) l'ARIR ha incaricato un Istituto di indagini di mercato di condurre una ricerca all'interno degli ospedali italiani.
In 1310 ospedali sono state effettuate delle interviste, individuando il Fisioterapista Respiratorio attraverso una strategia di screening direttamente nel luogo di lavoro. In Italia, infatti, non esiste ad oggi un Albo Professionale dei fisioterapisti né tanto meno un Registro dei fisioterapisti respiratori, professionisti che, tramite formazione specifica, Master post Laurea in Riabilitazione Respiratoria, o corsi di aggiornamento professionale e formazione sul campo abbiano acquisito competenze specialistiche nella gestione dei soggetti affetti da problematiche respiratorie.
I dati emersi da questa indagine sono a tutt'oggi significativi e per questo riteniamo importante pubblicarli.
Il fisioterapista che emerge nell'analisi di questi dati è un "Tuttologo" che si occupa di pazienti con le più svariate patologie, spaziando dall'ambito ortopedico, a quello neurologico, a quello internistico, tra cui comunemente si annoverano anche le problematiche respiratorie. Nella pratica clinica corrente tratta soggetti di età estremamente diverse, mostra competenze ancora limitate sia in ambito valutativo che terapeutico, viene spesso sostituito dalla figura medica nelle procedure di valutazione indispensabili per impostare una qualsiasi terapia riabilitativa, risulta poco dedicato a procedure specialistiche quali lo svezzamento dalla ventilazione meccanica o la ventilazione non invasiva.
Le responsabilità del panorama che emerge dai dati pubblicati in questo numero vanno anche ricercate in nuove e vecchie normative che impediscono al fisioterapista di collaborare direttamente con il medico specialista acquisendo una maggiore specificità e nella mancanza di un riconoscimento giuridico della nostra figura.
Il lavoro svolto da ARIR in questi anni, attraverso l'attività associativa, la collaborazione con società scientifiche italiane ed estere, la pubblicazione di testi e di questa rivista ed il coinvolgimento nella formazione universitaria, sta lentamente modificando questo scenario.
I risultati più recenti di un'indagine tutt'ora in corso fra i fisioterapisti che hanno frequentato le cinque edizioni del Master in Fisioterapia e Riabilitazione Respiratoria sembrano delineare una realtà professionale molto differente da quella emersa dalle interviste del 2003, collocando la formazione come fondamentale in un possibile cambiamento e ponendo l'accento sulle carenze del percorso formativo di base del fisioterapista.
Le responsabilità del panorama che emerge dai dati pubblicati in questo numero vanno anche ricercate in nuove e vecchie normative che impediscono al fisioterapista di collaborare direttamente con il medico specialista acquisendo una maggiore specificità e nella mancanza di un riconoscimento giuridico della nostra figura.
La nostra speranza è che dalla lettura dei dati presentati nell'articolo possa emergere una maggiore consapevolezza sulla situazione e si dia avvio ad un impegno comune che porti ad un maggiore sviluppo delle potenzialità professionali del fisioterapista respiratorio attraverso la rimozione degli ostacoli che tuttora lo frenano.

Il direttivo ARIR

Il fisioterapista respiratorio: una professione rivolta al futuro

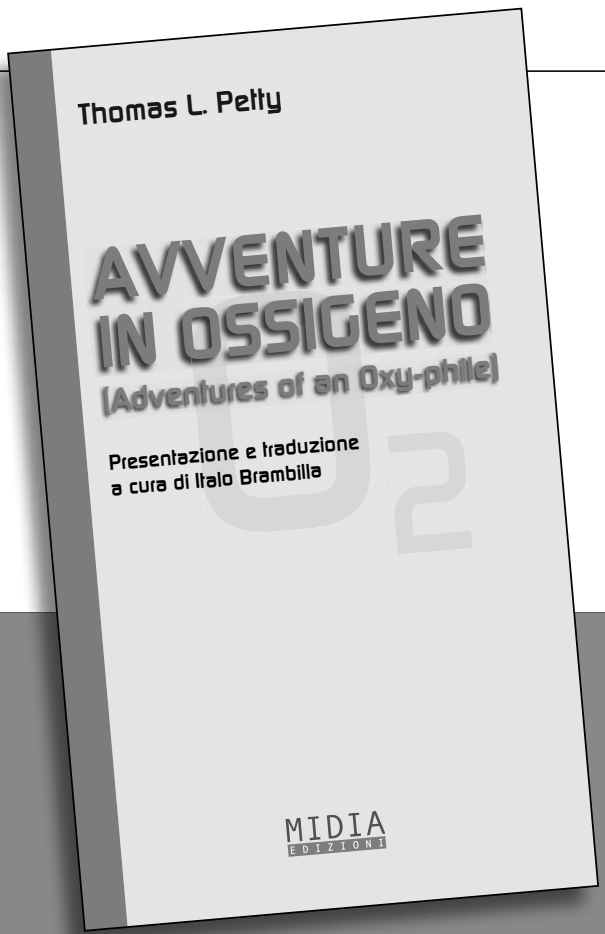
Luigi Santambrogio
Università degli Studi di Milano, Cattedra di Chirurgia Toracica, Scuola di Specializzazione in Chirurgia Toracica, Coordinatore del Master di I livello in Fisioterapia e Riabilitazione Respiratoria

Le malattie respiratorie rappresentano una grave causa di morbosità e di mortalità in tutto il mondo e particolarmente nei paesi industrializzati come il nostro.
L'OMS ha stimato in 3 milioni il numero dei morti nel mondo per broncopneumopatie cronico-ostruttive (BPCO) nell'anno 2000, di cui 1.2000.000 per cancro del polmone: mentre negli anni '90 la BPCO rappresentava la sesta causa di morte nel 2020 diverrà la terza.
Nuovi fattori eziologici si sono aggiunti al fumo, quali l'inquinamento ambientale, le infezioni polmonari mal gestite in età giovanile (antibioticoterapie incongrue) e soprattutto fattori genetici (mutazioni) che si reputa possano essere trasmesse alle nuove generazioni.
Inoltre solo tardivamente ed ancora molto parzialmente ciò è stato preso in seria considerazione dalle organizzazioni sanitarie e soprattutto da quelle politico-amministrative.
È da pochi anni che il fumo è stato bandito dai luoghi pubblici (legge Sirchia 2005), ma pochissimo si sta facendo per informare il cittadino sui danni del fumo, iniziando dall'età scolare.
Non vi è determinazione nel rilevare le fonti di inquinamento ambientale (industrie, riscaldamento urbano, emissioni gas di scarico vetture) e nel prendere drastici provvedimenti per ridurle. Alcune regioni del nostro paese, come la Pianura Padana, hanno una struttura orografica che impedisce un corretto cleening atmosferico e ciò causa quindi la presenza per settimane o mesi di altissime concentrazioni di polveri sottili.
In poche parole nel futuro la BPCO sarà una gravissima condizione patologica con cui la società dovrà fare i conti.
Se andiamo a contare le forze in campo, possiamo vedere che i nostri ospedali sono ormai da tempo mobilitati per fornire diagnosi e terapia per i pazienti affetti da patologie polmonari: 35.000-40.000 nuovi casi all'anno di tumore del polmone e 127.000 ricoveri nell'anno 2001 per BPCO con 1.170.000 giornate di degenza
Ciò nonostante i morti per cancro del polmone sono 30.000 all'anno e per la BPC0 20.000 (anno 2001).
Pneumologi e chirurghi toracici sono gli specialisti medici prevalentemente impegnati. È curioso notare come negli ultimi 50 anni abbiano dovuto cambiare target, passando dalla Tubercolosi scomparsa (quasi) alla patologia neoplastica polmonare, ed ora alla prevenzione, diagnosi e terapia dell'enfisema, della bronchite cronica e dell'asma.
La necessità di cambiare target con il cambiamento di epidemiologia della patologia respiratoria è stata avvertita subito ed affrontata con efficacia.
Purtroppo, nei passaggi si sono perse molte competenze, come per la chiusura dei preventori antitubercolari che erano attivi anche sulle patologie non tubercolari, con diagnostica, terapia e fisioterapia respiratoria.
In questo scenario nasce una nuova figura sanitaria: il FISIOTERAPISTA RESPIRATORIO.
Poche figure professionali possono dire di essersi formate sul campo come il FR.
Tale professione nasce legata prevalentemente alla fisioterapia generale, ove fisioterapia neurologica e ed ortopedico-motoria erano da tempo i campi leader, ma negli ultimi 20-30 anni prima all'estero (USA) ma poi anche in Italia si conquista un campo di attività molto preciso, importante, specialistico.
La figura professionale compare negli ospedali, soprattutto nei reparti chirurgici (toracici e cardiochirurgici), nelle pneumologie, nelle rianimazioni. Nascono i reparti di riabilitazione respiratoria.
Il motivo per cui ciò accade è da leggersi per prima cosa nell'esplosione delle patologie respiratorie: il cancro del polmone è il tumore più frequente nel sesso maschile e quello che uccide più uomini ed anche più donne e la BPCO è in crescita esponenziale. Nessuna patologia conosce un simile tasso di crescita, non la patologia neurologica, né ortopedica né cardiologica.
Sempre negli ultimi 20 anni vi sono stati poi enormi progressi tecnologici per la terapia dell'insufficienza respiratoria sia acuta che cronica: le tecniche di ventilazione non invasiva con innumerevoli device hanno affiancato la fisioterapia convenzionale (posture, incentivatori della tosse, manovre di potenziamento della muscolatura respiratoria...).
Progressi sono stati fatti anche sulla diagnostica: test del cammino (6m WT) ,test delle scale, Elite, determinazione BMI, etc.
Di tutte queste nozioni e tecnologie si sono interessati pneumologi ,anestesisti, rianimatori e chirurghi toracici prima di divenire materia-patrimonio del fisioterapista respiratorio.
Nasceva 20 anni fa in USA il Respiratory Therapist, nasce finalmente da noi il Fisioterapista Respiratorio.
La via da percorrere è però ancora lunga ed in parte da scrivere: se c'è un Corso di Laurea di Fisioterapia manca

una Scuola di Fisioterapia Respiratoria, manca una definizione delle funzioni professionali del FR e quindi una definizione del suo ruolo ospedaliero, con relativa possibilità di richiedere delle posizioni specifiche e manca anche un ALBO che identifichi le persone qualificate.
Il lavoro svolto dalla Dott: Marta Lazzari è un quadro preciso della situazione italiana.

Si evidenziano le gravi lacune nelle strutture ospedaliere, come la carenza di specialisti FR, o la loro non presenza nelle giornate di sabato e domenica accanto a malati gravi degenti nelle Rianimazioni o nei reparti specialistici. Sono inoltre evidenziate le carenze di metodica diagnostica ed i limiti di tecniche terapeutiche, dovute anche alla sottolineata carenza di un insegnamento programmato scolastico specifico.

Tutto ciò deve fare riflettere: può essere inutile investire immense risorse economiche in complesse tecnologie diagnostiche (TAC, PET, etc) e terapeutiche e rischiare di perdere poi un paziente per una polmonite postoperatoria.
La Fisioterapia Respiratoria non è più una tecnica che si deve occupare di far tossire i pazienti, ma è una vera scienza e come tale va studiata, coltivata ed applicata.



Direttamente a casa tua

Acquista online sul sito www.midiaonline.it

Midia Edizioni, 2006
124 pagine
€ 13,00

Disponibile nelle migliori librerie scientifiche

Midia srl - Tel. 040 3720456 - Fax 040 3721012
midia@midiaonline.it - www.midiaonline.it

Fisioterapia respiratoria: Cambiare si può

Giovanna Bollini
Direttore, Direzione Infermieristica Tecnica Riabilitativa Aziendale
AO Ospedale Niguarda Ca' Granda

Da un punto di vista epidemiologico, il numero delle persone affette da malattie respiratorie presenta un notevole incremento. In particolare, negli anni compresi tra il 1970 e il 2000, si registra in Italia un aumento del 167% delle ospedalizzazioni per broncopneumopatia cronica ostruttiva [1].
Negli USA, come causa di ricovero, questa patologia è passata dal 12° posto negli anni 90 al 7° nel 2003 [2].
Considerando globalmente lo stato di salute delle persone che presentano queste condizioni morbose è spesso rilevabile che sono associate a disabilità che determinano, conseguentemente, un sempre maggiore bisogno di interventi riabilitativi. Gli studi scientifici più recenti hanno confermato l'efficacia di tali interventi terapeutici, basati su un approccio multidisciplinare, come dimostrano le recenti linee guida promosse da Società Scientifiche internazionali e nazionali [3-6].
A fronte di questa evoluzione è aumentata la necessità di professionalità competenti nel facilitare lo sviluppo delle abilità residue e il miglioramento della qualità di vita dei pazienti affetti da disabilità respiratoria [7].
In alcuni paesi, come Stati Uniti, Canada e Giappone sono previste differenti figure professionali, quali il *Respiratory Therapist* ed il *Physical Therapist*. In America Latina, Europa e Australia, non esiste invece un percorso formativo differenziato. In Italia, dai risultati dell'indagine condotta dall'Associazione Riabilitatori dell'Insufficienza Respiratoria, presentati nell'articolo di Lazzeri e coll., la figura del "fisioterapista respiratorio" è scarsamente presente nelle realtà ospedaliere. Infatti è emerso che solo il 38% delle aziende ospedaliere, coinvolte nel sondaggio, hanno inserito nei loro servizi questo professionista. Inoltre risulta che, quando è presente, dispone di limitate competenze specialistiche in ambito respiratorio. Un'inversione di tendenza si registra invece tra coloro che operano prevalentemente nel settore pneumologico.
Nel panorama italiano, l'esperienza dell'AO Ospedale Niguarda Ca' Granda, relativamente all'inserimento di questa specifica competenza professionale, ha preso le mosse, 10 anni orsono, dall'aver rilevato ed analizzato alcune problematiche del settore:

> I fisioterapisti che si occupavano di tutti gli aspetti riabilitativi – ortopedici, neurologici e anche respiratori – realizzavano un intervento "generalista", non disponevano di competenze più approfondite, specialistiche, per gestire problematiche respiratorie acute e riconoscerle precocemente, individuare i soggetti a rischio, utilizzare nuovi dispositivi, molti dei quali in continua evoluzione (ventilatori, sistemi somministrazione ossigeno e umidificazione, apparecchi per lo screening dei disturbi del sonno, ecc.) necessari per la cura di tali problematiche. Nella prospettiva che il fisioterapista operi nelle degenze per pazienti acuti, si ritiene che questo professionista dovrà sempre più essere in grado di collaborare con il team sanitario per l'implementazione di particolari procedure terapeutiche (svezzamento, ventilazione non invasiva, assistenza meccanica alla tosse, valutazione e correzione dei disturbi respiratori in sonno). La corretta realizzazione di questi interventi, in una prospettiva multidisciplinare [8], risulta indispensabile per consentire la prevenzione delle complicanze respiratorie postoperatorie e una diminuzione dei giorni di degenza in Terapia Intensiva (TI), con un conseguente miglior utilizzo dei posti letto. Sarà inoltre possibile garantire, nelle strutture appropriate, come Medicina d'Urgenza, Terapia Sub-intensiva, High-Care, la prosecuzione dei trattamenti per le persone che hanno presentato forme di insufficienza respiratoria acuta che non hanno richiesto l'intubazione.

> La presa in carico del malato prevedeva la richiesta, da parte del medico di reparto, di una visita fisiatrica, seguita dal trattamento del fisioterapista. Questo "doppio passaggio" risulta inappropriato sia perché prolunga i tempi di inizio trattamento sia perché, in un paziente acuto, il programma terapeutico può variare repentinamente. Si ritiene pertanto più appropriata una presa in carico diretta del fisioterapista, su segnalazione del team sanitario della struttura, per evitare ritardi e prevenire soluzioni riabilitative che rischiano di essere già superate nel momento in cui devono essere messe in atto.

> Il fisioterapista realizzava normalmente una prestazione "a consulenza", non essendo un componente dell'equipe sanitaria delle strutture. È questo un elemento che tende a ridurre il livello di integrazione tra le altre figure che compongono il team producendo, in alcuni casi, incomprensioni e difficoltà nella programmazione delle attività (es.: prestazione fisioterapica non effettuata per la concomitanza di una procedura diagnostica eseguita in altra struttura).

> Le modalità organizzative prevedevano l'assegnazione dei fisioterapisti alle singole strutture o dei pazienti ad un solo fisioterapista, con la conseguente difficoltà nell'effettuare trattamenti continuativi in caso di assenze non programmate e l'impossibilità di garantirli, nel fine settimana e nei giorni festivi, a pazienti selezionati.

Considerando queste criticità, ma anche le potenzialità presenti ("fisioterapisti respiratori" esperti, presenti, 7 giorni su 7, in Terapia Intensiva ed in Chirurgia Cardio-Toracica) è stato istituito, sulla base delle indicazioni fornite dalla letteratura esistente, un gruppo interdipartimentale composto da dodici professionisti appositamente formati, allo scopo di:

> effettuare interventi di fisioterapia respiratoria per il paziente affetto da insufficienza respiratoria in fase acuta, sulla base di protocolli condivisi con i medici specialisti dei reparti di riferimento e la Direzione Infermieristica Tecnica Riabilitativa Aziendale. Questi protocolli sono rivolti ai pazienti sottoposti a trapianto di polmone, ad interventi di chirurgia toracica e cardiochirurgica, a quelli affetti da patologia neuromuscolare o da patologie cardiorespiratorie croniche in fase di scompenso acuto.

> operare in équipe nelle diverse strutture coinvolte, assicurando il trattamento per alcuni pazienti selezionati, 7 giorni su 7, in tutti i reparti interessati e non solo per i pazienti delle chirurgie cardio-toraciche.

È largamente documentata l'utilità di prestazioni fisioterapiche specialistiche effettuate in modo costante e continuativo, all'interno di una struttura che assiste pazienti in condizioni critiche, al fine di migliorarne l'*outcome* e di ridurre i tempi di degenza [3].

Si tratta di una modalità organizzativa, già in essere da oltre 10 anni presso l'AO Niguarda, che fa capo alla Direzione Infermieristica Tecnica e Riabilitativa. I "fisioterapisti respiratori" operano nei vari dipartimenti con interscambi e sostituzioni che rispettano le priorità e l'intensità di cure da garantire e, al tempo stesso, consentono la presenza di figure di riferimento nei principali poli dell'Azienda (Dipartimento Chirurgico, di Emergenza e Unità Spinale).

Poiché l'AO Niguarda si sta orientando verso un'organizzazione per livelli di intensità di cura, anche il fisioterapista si inserisce in questa logica focalizzando i suoi interventi modulando sia l'intervento specialistico destinato ai pazienti critici sia il tempo dedicato a ciascun paziente, in relazione al quadro clinico e alle procedure necessari.

Ad esempio, l'assistenza riabilitativa al paziente in ventilazione meccanica non invasiva, nella fase iniziale, richiede di seguire l'adattamento del paziente e il monitoraggio dei risultati ottenuti; in una fase successiva, dopo la stabilizzazione delle condizioni cliniche, l'impegno del fisioterapista potrà ridursi anche considerevolmente [8].

Il modello organizzativo prevede che i pazienti presi in carico dai "fisioterapisti respiratori" siano selezionati e trattati con la diretta collaborazione e supervisione dei medici specialisti delle strutture di degenza.

L'intervento si basa, in primo luogo, sulla valutazione sia clinica che strumentale dei pazienti segnalati che consente di mettere a fuoco le problematiche principali dal punto di vista respiratorio.

In secondo luogo il "fisioterapista respiratorio", sempre all'interno del gruppo multidisciplinare che opera nella struttura, concorda gli obbiettivi e il piano di trattamento. La continuità di cura viene garantita attraverso la collaborazione delle diverse figure professionali (medici, infermieri, fisioterapisti) e l'integrazione delle loro competenze specialistiche.

Attualmente le strutture aziendali dell'AO Niguarda in cui è impiegato il gruppo dei "fisioterapisti respiratori" sono: Cardiochirurgia, Chirurgia Toracica, Terapia Intensiva Cardiochirurgica, Terapia Intensiva Trapianti Fegato e Rene, Trapianti Cuore, e Polmone, Unità Spinale Unipolare, Neurorianimazione, Terapia Intensiva Generale, Terapia Subintensiva e Medicina d'Urgenza. Inoltre è presente un tredicesimo fisioterapista, con contratto sperimentale, che presta servizio presso il Centro di Medicina del Sonno.

Si tratta di un'organizzazione che ha confermato, nel tempo, un continuo miglioramento dell'appropriatezza nella gestione dei pazienti affetti da problematiche respiratorie con indicazioni alla fisioterapia respiratoria.

Questi risultati sono stati ottenuti anche grazie al fatto che l'avvio di questa organizzazione ha focalizzato l'attenzione sulla formazione specifica del fisioterapista, sensibilizzando l'intera équipe assistenziale nei confronti dell'intervento riabilitativo respiratorio.

La logica dell'approccio multidisciplinare è stata nuovamente riconfermata nel suo valore in quanto la qualità degli interventi e dei servizi sanitari è in buona misura l'esito non solo dell'abilità e capacità tecnica del singolo professionista, ma anche dell'efficace sinergia tra professionisti.

Questo ha consentito con il tempo, una sempre più specialistica formazione delle figure professionali coinvolte e ha ridotto al minimo i disservizi e gli interventi inefficaci, causati prevalentemente dall'alternarsi di personale non dedicato. Inoltre, questo tipo di organizzazione ha facilitato e continua a facilitare lo scambio culturale di tutte le figure sanitarie, coinvolte nell'assistenza di questi pazienti, favorendone la crescita professionale.

Bibliografia

[1] Ballerin L. Aggiornamento GOLD-Italia 2007/2008. Rassegna Patologia Apparato Respiratorio 2008;23:269-281.

[2] Balkissoon R, Lommatzsch S, Carolan B, Make B. Chronic obstructive pulmonary disease: a concise review. Med Clin North Am 2011;95(6):1125-1141.

[3] Gosselink R, Bott J, Johnson M, Dean E, Nava S, Norrenberg M, Schönhofer B, Stiller K, van de Leur H, Vincent JL. Physiotherapy for adult patients with critical illness:recommendations of the European Respiratory of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for Critically Ill Patients. Intensive Care Med 2008;34:1188-1199.

[4] Ries AL, Bauldoff GS, Carlin BW, Casaburi R, Emery CF, Mahler DA, Make B, Rochester CL, Zuwallack R, Herrerias C. Pulmonary Rehabilitation Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Clinical Practice Guidelines Chest 2007;131:4S-42S.

[5] Nici L, Donner C, Wouters E, Zuwallack R, Ambrosino N, Bourbeau J, Carone M, Celli B, Engelen M, Fahy B, Garvey C, Goldstein R, Gosselink R, Lareau S, MacIntyre N, Maltais F, Morgan M, O'Donnell D, Prefault C, Reardon J, Rochester C, Schols A, Singh S, Troosters T. American Thoracic Society/European Respiratory Society statement on pulmonary rehabilitation.Am J Respir Crit Care Med 2006;176:1390-1413.

[6] Troosters T, Casaburi R, Gosselink R, Decramer M. State of the Art Pulmonary Rehabilitation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Am J Respir Crit Care Med 2005;172:19-38.

[7] Nava S, Ambrosino N. Rehabilitation in the ICU: the European Phoenix. Intensive Care Med 2000;26:841-844.

[8] Nava S, Evangelisti I, Rampulla C, Compagnoni ML, Fracchia C, Rubini F. Human and financial costs of noninvasive mechanical ventilation in patients affected by COPD and acute respiratory failure. Chest 1997 Jun;111(6):1631-1638.

Per una vera IPV®
usa l'originale

da oggi anche BI-PHASIC™

IPV® Ventilazione Percussiva Intrapolmonare - Dr Bird

è un prodotto PERCUSSIONAIRE CORPORATION

in esclusiva Medigas

UNIKO TPEP® E

L'INNOVATIVO dispositivo per la rimozione non invasiva delle secrezioni, la ginnastica respiratoria e l'aerosol terapia

UNIKO® è un dispositivo multifunzione efficace per la riabilitazione dei pazienti con problemi respiratori

- **Modalità TPEP®**
- **Modalità Aerosol-terapia**

Immagini scintigrafiche del polmone registrate prima (fig.1) e dopo l'impiego di **UNIKO®** (fig.2) in un paziente ipersecretivo. Le immagini mostrano un significativo aumento delle superfici polmonari ventilate.

DISPLAY CHIARO E DI FACILE COMPRENSIONE.
Sia il paziente che l'operatore hanno un immediato feedback circa l'esito positivo dell'atto respiratorio.

fig. 1

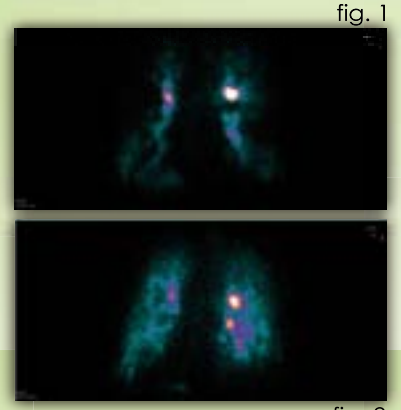


fig. 2

BENEFITS

- Drenaggio delle secrezioni
- Riduzione dell'air-trapping
- Miglior distribuzione dei medicinali
- Ginnastica specifica per le vie aeree

TARGET

- BPCO
- Fibrosi cistica
- Bronchiectasia
- Asma Bronchiale
- Pre e Post Intervento di chirurgia toraco-addominale

CE 0051

MPR® Medical Products Research

VIVISOL® Home Care Services

www.vivisol.com

© Vaida Petreikiene | Dreamstime.com