

La Riabilitazione Respiratoria nel terzo millennio

di Enrico Clini

La Riabilitazione Respiratoria è stata definita come *“un insieme multidimensionale di servizi diretti a persone con malattie polmonari e alle loro famiglie, di solito parte di un team interdisciplinare di specialisti con lo scopo di raggiungere e mantenere il massimo livello di indipendenza e di attività nella comunità”*. Con questa definizione della NIH, ormai risalente ad alcuni anni or sono [1], si sottolinea in particolare il carattere multidisciplinare dell'intervento riabilitativo da un lato, e la individualizzazione del programma mirato al reinserimento del paziente nel proprio ambiente dall'altro. Secondo, infatti, la European Respiratory Society (ERS), nel paziente BPCO *“la riabilitazione polmonare ha lo scopo di recuperare i pazienti ad uno stile di vita indipendente, produttivo e soddisfacente per impedire l'ulteriore deterioramento clinico compatibile con lo stato di malattia”* [2].

In questi pazienti, in particolare, l'instaurarsi di un circolo vizioso legato alla patologia polmonare, che causa limitazione e decondizionamento fisico secondario ai sintomi associati (prevalentemente dispnea), li candida elettivamente ad un trattamento riabilitativo utile a fronteggiare la perdita di capacità produttiva e l'approccio alle attività di vita quotidiana (ADL) che rappresenta un consistente determinante della qualità di vita (QoL) individuale. I programmi di riabilitazione polmonare sono oggi riconosciuti e ampiamente accettati quale parte integrante del trattamento clinico e del mantenimento dello stato di salute di pazienti con malattie

croniche polmonari. Tali programmi vengono delineati da una serie di linee guida internazionali [3,4] o locali [5,6] promulgate da società scientifiche che, a seconda dei vari Paesi, propongono implementazioni sempre rigorosamente basate sui dati della evidenza scientifica. Questi dati non impediscono però che, almeno nel nostro paese, si guardi (purtroppo) ancora con generale diffidenza alla efficacia di questa terapia nei malati respiratori cronici. Tale evidenza è ancora più sconcertante se si pensa che anche all'interno del mondo pneumologico questa responsabilità viene talora condivisa. Di fatto le linee guida internazionali approntate per la classificazione e la gestione del paziente con BPCO [7] riconoscono per la prima volta alla Riabilitazione Respiratoria una efficacia terapeutica con evidenza scientifica massima (livello A), al pari (e in alcuni casi più) di altri trattamenti farmacologici e non.

Se è pur vero che il dibattito scientifico attuale è volto ad un grande sforzo nel tentativo di definire i più corretti limiti dello svolgimento dei programmi e della loro estensione, le componenti essenziali, la sede più adeguata, fattori tutti che dovrebbero regolare il migliore rapporto di costo/efficacia o costo/beneficio, tuttavia la efficacia dei programmi di Riabilitazione Respiratoria ha effetti non più discutibili circa la capacità di migliorare resistenza e intensità di sforzo, sintomatologia e QoL. Questi sono considerati i più importanti risultati derivanti da programmi specifici rivolti a malati respiratori e che si collocano a tutto diritto nell'ambito della efficacia dei trattamenti fisioterapici in senso lato del termine [8].

Nel nostro Paese la legislazione non prevede una completa indipendenza della materia riabilitativa in campo respiratorio e

nell'ambito sanitario pubblico, laddove presente, questa attività si configura all'interno di dipartimenti di fisioterapia che generalmente sono diretti e coordinati da medici fisiatri. Ma le esigenze dei pazienti respiratori sono specifiche e l'aggancio della materia riabilitativa respiratoria con continue implicazioni di Fisiopatologia Respiratoria rende il medico pneumologo come il più idoneo (o potenzialmente più idoneo) al coordinamento di queste attività. Ancora più problematica appare la evidenza legata al riconoscimento di una figura quale il terapeuta della riabilitazione respiratoria, figura che non viene formata dal nostro ordinamento didattico e di conseguenza non è riconosciuta come forza di lavoro a sé stante.

Questo ruolo si condensa nella più generica figura del Fisioterapista o Terapista della Riabilitazione, così come viene definito il diplomato "totipotente" che oggi esce dalle Università del nostro Paese.

34

Personalmente non credo che questo problema sia di importanza secondaria: lavorare in un settore specifico è sinonimo di sviluppo di capacità con l'obiettivo di migliorare e approfondire l'approccio per una tipologia specifica di pazienti.

Nell'incontro scientifico promosso nelle giornate del 30 e 31 maggio 2002 a Modena (vedi anche il sito www.pneumonet.it sezione dedicata a Congressi e Corsi), si cercherà di delineare in chiave moderna il ruolo della Riabilitazione Respiratoria e dei suoi principali attori.

Gli esperti di settore, medici pneumologi e terapisti della riabilitazione, sono chiamati a comunicare la personale esperienza basata sulla evidenza scientifica e a esprimere la forte tendenza a vedere riconosciuta questa materia come una parte importante della pneumologia moderna. In attesa che la classe politica valuti tutte queste prospettive che si collegano automaticamente alle aumentate aspettative di vita, alla soluzione di problemi di handicap sociale, al possibile positivo impatto economico sulle spese sanitarie, l'auspicio è che da questa

e future iniziative si consolidi tale riconoscimento e che l'attività dei terapisti venga definitivamente confermata come capacità autonoma.

BIBLIOGRAFIA

- [1] NIH Workshop Summary. Pulmonary Rehabilitation research. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 149: 825-833
- [2] Donner CF, Muir JF. ERS task force position paper. Selection criteria and programmes for pulmonary rehabilitation in COPD patients. *Eur Respir J* 1997; 10: 744-757
- [3] ACCP/AACVPR. Pulmonary rehabilitation. Joint ACCP/AACVPR evidence-based guidelines. *Chest* 1997; 112: 1363-1396
- [4] American Thoracic Society. Pulmonary rehabilitation 1999. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 159: 1666-1682
- [5] BTS Statement. Pulmonary rehabilitation. *Thorax* 2001; 56: 827-834
- [6] Ambrosino N, Bellone A, Gigliotti F, Murgia A, Foglio K a nome di AIPO Gruppo di studio sulla Riabilitazione Respiratoria. Raccomandazioni sulla Riabilitazione Respiratoria. *Rass Patol App Respir* 2001; 16: 164-180
- [7] Herbert RD, Maher CG, Moseley AM, Sherrington C. (review). Effective physiotherapy. *Br Med J* 2001; 323: 788-790
- [8] NHLBI/WHO Workshop Summary. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 1256-1276