Lo stato della Riabilitazione Respiratoria in Italia

Pulmonary Rehabilitation in Italy today

Michele Vitacca

Pneumologia Riabilitativa, Fondazione S. Maugeri IRCCS, Lumezzane (BS)

È con apprensione e tremore che ho accettato di commentare i contributi arrivati alla rivista *"Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio"* sul tema dello stato di salute della Riabilitazione Respiratoria (RR) in Italia. Ho cercato di calarmi nella parte del "saggio" e del "super partes" per ascoltare tutti ma anche per sottolineare alcuni punti fermi da cui non si può prescindere.

La situazione sanitaria in Italia

Il mondo dell'acuzie ha liberato, ha salvato il paziente cronico per poi abbandonarlo al suo destino. La complessità sanitaria (fatta di biologia, psicologia, funzione) ci avvolge e ci circonda inesorabilmente tutti i giorni. Siamo di fronte ad una crisi sociale ed economica con il rischio della "rottamazione" e cioè il rischio della domanda: "perché spendere per un cronico?" L'indice di vecchiaia è aumentato, in Europa l'Italia è il paese più anziano dopo la Germania: abbiamo una denatalità altissima, le donne lavorano di più, si riduce il nucleo allargato di aiuto e i genitori in vita aumentano, la curva della cronicità aumenta, il PIL in Italia cala (quindi vi sono poche risorse disponibili pubbliche), la spesa per la protezione sociale è bassa, abbiamo un blocco del turnover negli ospedali, il personale sanitario invecchia, i medici specialisti non ci sono più, i posti letto calano, ospedali e reparti vengono accorpati e i pazienti post acuti, così come i ricoveri ripetuti, aumentano. È chiara una spinta all'efficienza, ma è altrettanto percepibile una netta riduzione di qualità.

La Riabilitazione

La riabilitazione è "essere libero da", è l'arte della pazienza, è scienza e arte che si adatta alla complessità umana con la forza della multidisciplinarietà, accogliendo il paziente in toto perché tutto di un paziente è legato "ad un pregresso e ad un futuro".

La RR è superiore ai farmaci inalatori respiratori nel produrre un positivo rapporto costo/efficacia per un guadagno di "anni di buona vita".

Nello specifico, è stato già dimostrato che la RR è superiore ai farmaci inalatori respiratori nel produrre un positivo rapporto costo/efficacia per un guadagno di "anni di buona vita". In Italia la RR inizia seriamente negli anni '80 grazie alla geniale personalità del "mio maestro", il dott. Nicolino Ambrosino. Negli ultimi 20 anni, la storia della riabilitazione nel mondo e in Italia cresce e si sviluppa con passione, intelligenza, scienza e serietà producendo pietre miliari come lo sviluppo dell'esercizio fisico, le misure di qualità della vita, l'impatto dell'ansia e della depressione sulle patologie croniche, lo studio della fatica periferica e centrale, lo studio della dispnea, l'uso della ossigenoterapia e della ventiloterapia, l'implicazione del sonno e delle sue patologie, le risposte fisiologiche e biochimiche all'esercizio, lo sviluppo di *trials* controllati (sui benefici della RR, sugli effetti del prolungamento e mantenimento della RR, sul tema del *self management*, sulla RR post-esacerbazione, su metodiche aggiuntive all'esercizio), lo sviluppo di problematiche legate alla tracheostomia, alla meccanica respiratoria, lo sviluppo di programmi di RR non solo legati alla BPCO, ma a patologie come la fibrosi polmonare, bronchiectasie, fibrosi cistica, malattie neuromuscolari, pazienti post-intensivi, pazienti geriatrici fragili con patologie respiratorie prevalenti, pazienti

Michele Vitacca
Pneumologia Riabilitativa,
Fondazione S. Maugeri IRCCS
via Giuseppe Mazzini, 129
25065 Lumezzane (BS)
michele.vitacca@fsm.it

pluripatologici complessi, pazienti con grosse obesità, ecc.

La RR deve assumere un ruolo primario nel *Chronic Care Model*, un modello di cure integrate che rappresenta il *gold standard* nella gestione delle patologie respiratorie croniche.

Le più recenti Linee Guida sottolineano che la RR non deve essere più considerata come uno tra gli interventi non farmacologici raccomandati, bensì deve assumere un ruolo primario nel *Chronic Care Model*, un modello di cure integrate che rappresenta ormai il *gold standard* nella gestione delle patologie respiratorie croniche, quale forma principale di assistenza in grado di supportare la persona nel tempo. Per capire l'ordine del problema occorre però sapere che le giornate di riabilitazione/anno dedicate alle patologie respiratorie non superano in Italia il 6%.

Ostacoli alla diffusione della RR

Diversi fattori hanno contribuito a limitare la diffusione della RR in Italia: la scarsa cultura e l'assenza di interesse sul tema della riabilitazione da parte di Università e Pneumologie per acuti, la scarsa collaborazione con il medico specialista di area respiratoria, la limitata cultura respiratoria in ambito fisioterapico, lo scarso riconoscimento formale del terapista respiratorio, la ridotta diffusione delle attività riabilitative nelle strutture per acuti con presa in carico post-dimissione saltuaria, l'assenza di una rete capillare domiciliare, le errate o lente scelte politiche, amministrative e organizzative, la scarsa percezione del peso sanitario, la disomogeneità geografica e normativa, l'uso della valutazione clinica basata su strumenti di pertinenza fisiatrica (FIM, Barthel, ecc.) che male si attagliano al malato respiratorio, la scarsa chiarezza nell'esposizione di costi e di risorse disponibili, la scarsa conoscenza e consapevolezza delle potenzialità della RR nel grande pubblico e nella classe medica in generale.

Diversi fattori hanno contribuito a limitare la diffusione della RR in Italia, come l'assenza di interesse sul tema della riabilitazione e la scarsa collaborazione con il medico specialista di area respiratoria.

Di sicuro le responsabilità del mondo pneumologico sono storiche avendo sottovalutato l'impatto della riabilitazione nel campo pneumologico partendo da un grave ritardo di rappresentanza nelle Istituzioni.

Risorse

Le risorse disponibili in campo sono tante e di alto livello, basti pensare ai centri italiani che praticano RR riconosciuti in giro per il mondo, ai nostri Fisioterapisti Respiratori (FtR) in ambito respiratorio, alla cultura acquisita, alla loro specializzazione, alle loro competenze, alle loro autonomie, all'impegno formativo e culturale, alle collaborazioni scientifiche nazionali e internazionali e all'impegno per certificazioni *ad hoc*.

Diatriba pneumologo-fisiatra

Parlare di riabilitazione mette in campo diatribe come specializzazione verso universalizzazione, particolare vs totalità, tecnologia vs manualità, EBM vs esperienza, standardizzazione vs individualizzazione, Riabilitazione Respiratoria vs Pneumologia Riabilitativa. La riabilitazione è "patrimonio" unico della fisiatria? Qualche fisiatra lo pensa sul serio, altri fisiatri illuminati sono più prudenti e cercano ragionevolmente di distinguere, capire, collaborare. Non è difficile convincere un decisore politico o ospedaliero che per risolvere un problema complesso (e costoso) come quello della disabilità respiratoria (e cardiologica) sia sufficiente una risposta semplicistica, a rischio di banalità e di basso livello di complessità, confondendo il livello generalista/geriatrico con quello specialistico. La "presunta" superiorità della Medicina Fisica e Riabilitativa (MFR) rispetto a quella del mondo pneumologico di avere un approccio olistico, di essere gli unici depositari della non frammentazione, e della capacità di "fotografare il profilo di funzionamento di ogni paziente", di essere i "responsabili della prevenzione, diagnosi, trattamento e gestione della riabilitazione di persone con condizioni mediche disabilitanti e comorbilità di qualsiasi origine ed età" è evidentemente debole, sbagliata e soprattutto "sbugiardata" dalla vita reale che vede ogni giorno pneumologi, infermieri e fisioterapisti di UO di Pneumologia alle prese con comorbilità, cure integrate, problemi sociali, fragilità, cronicità, bisogni di recupero sul medio e lungo termine diventate ormai fardello quotidiano di tutti noi; non vi è dubbio che "consultant" di tali problematiche complesse non si nasce, ma si diventa con studio, passione ed esperienza. A questo punto la domanda è: chi sa e deve erogare appropriatezza in campo della RR? Chi sa scegliere il paziente giusto, nel momento giusto, dandogli la cosa giusta al minor costo possibile, ma con la massima efficienza e nel posto giusto? Chi sa preparare un adeguato progetto riabilitativo individualizzato? Chi sa interpretare i dati fisiopatologici clinici? Chi conosce le patologie respiratorie e il loro intrecciarsi? Chi sa prescrivere farmaci ad hoc? Chi conosce le implicazioni sistemiche delle patologie respiratorie, le peculiari disabilità, la peculiare bassa tolleranza allo sforzo, il dispiegarsi della dispnea durante le ADL, la peculiare ansia e depressione, la difficoltà nell'uso dei farmaci, dei *devices*, dell'ossigeno e dei ventilatori? L'onestà intellettuale ci porterebbe a dire un riconosciuto "specialista in

riabilitazione respiratoria" con adeguata autorevolezza, conoscenze e competenze.

Le moderne strategie impiegate nei programmi di RR sono pertanto da considerare a tutti gli effetti parte integrante ed essenziale nella terapia del paziente respiratorio: nell'ambito della pneumologia vi è pertanto spazio culturale e di attività per una branca sub-specialistica dedicata alla riabilitazione, così come esiste quella del broncoscopista interventista, del fisiopatologo o dello pneumologo intensivista. È d'altra parte ragionevolmente proponibile una forma di collaborazione tra la rete dei servizi pneumologici e quella dei servizi di MFR condividendo a priori obiettivi, percorsi, standard, indicatori di risultato e lasciando alla territorialità e alla geografia sanitaria l'onere di saper rispondere con serietà ai bisogni dei pazienti respiratori. Quello che ormai chiedono tutti gli organizzatori sanitari è il picconamento dei muri delle UO, delle *lobbies*, dei gruppi, dei saperi chiusi, dei distintivi e dei titoli di studio.

Ogni cronicità necessita di un bravo consultant (medico), un bravo *case manager* (FtR o infermiere) e un bravo *caregiver*.

Quello che occorre capire è appunto chi ha autorevolezza, conoscenze e competenze: cioè, fa e deve fare chi sa fare sul serio. Insomma ogni cronicità necessita di un bravo *consultant* (medico), un bravo *case manager* (FtR o infermiere) e un bravo *caregiver.*

Il futuro

La battaglia comune (anche dei fisiatri) è quella di ristabilire a tutti i livelli la priorità per la RR, far rivalutare la RR in tutti i programmi formativi, favorire l'applicazione della RR in ogni diverso *setting*, incrementare i controlli su tutte le attività riabilitative allo scopo di privilegiare quelle dotate di maggiore evidenza clinica, ascoltare la voce dei pazienti, stanare scorciatoie clientelari e corporative di difesa dello status quo e ridurre la scarsa conoscenza del problema da parte di MMG e specialisti.

È necessario trovare un linguaggio comune tra tutti i cultori del grande mondo della riabilitazione su priorità, appropriatezza, probabilità/possibilità di recupero e facilitazione di percorsi integrati per tutte le importanti patologie respiratorie.

Occorrono dati sull'impatto economico della RR, studi pratici di "real-life", valutazioni sui rimborsi spesso sottovalutati per certi DRG e forse sopravalutati per altri, studi sul corretto reporting dei costi sostenuti (staff, servizi, equipaggiamento) da parte di chi fa RR seriamente, studi di efficienza, di priorità e di impatto organizzativo, studi che offrano al pagatore *outcome* forti e non solo derivati da scale o scalette, studi che valorizzino sistemi intermedi (ambulatori, territorio, MMG aggregati), nonché studi sulla ripetibilità dei programmi nel tempo.

In conclusione, non è più rimandabile il trovare un linguaggio comune tra il mondo della acuzie e quello della RR, nonché tra tutti i cultori del grande mondo della riabilitazione su priorità, appropriatezza, probabilità/possibilità di recupero e facilitazione di percorsi integrati per tutte le importanti patologie respiratorie.

Bibliografia di riferimento

Ambrosino N. *Valutazione e trattamento riabilitativo in patologia respiratoria*. Roma: Marrapese Ed. 1986.

Ambrosino N, Vitacca M, Rampulla C. *Percorsi riabilitativi nelle malattie respiratorie*. Rass Patol App Respir 1996;11:40-71.

American Thoracic Society - Pulmonary Rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med 1999;159:1666-82.

Crisafulli E, D'Abrosca F, Delicati O, et al. *Raccomandazioni Italiane sulla Pneumologia Riabilitativa. Evidenze scientifiche e messaggi clinico-pratici. Articolo di sintesi di un gruppo di esperti*. Rass Patol App Respir 2015;30:250-63.

Donner CF, Muir JF. *ERS Task Force Position Paper. Selection criteria and programmes for pulmonary rehabilitation in COPD patients*. Eur Respir J 1997;10:744-57.

Gosselink R, Bott J, Johnson M, et al. *Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for critically ill patients*. Intens Care Med 2008;34:1188-99.

Nici L, Raskin J, Rochester CL, et al. *Pulmonary rehabilitation: what we know and what we need to know.* J Cardiopulm Rehabil Prev 2009;29:141-51.

Pulmonary rehabilitation: joint ACCP/AACVPR evidence-based guidelines. ACCP/AACVPR Pulmonary rehabilitation guidelines panel. American College of Chest Physicians. American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Chest 1997;112;1363-96.

Quaderni del Ministero della Salute. *La centralità della persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali.* N.8 Marzo-Aprile 2011.

Ries AL, Bauldoff GS, Carlin BW et al. *Pulmonary rehabilitation: joint ACCP/AACVPR evidence-based clinical practice guidelines.* Chest 2007;131:4S-42S.

Rochester CL, Vogiatzis I, Holland AE, et al. *An official American Thoracic Society/European Respiratory Society policy statement: enhancing implementation, use, and delivery of pulmonary rehabilitation.* Am J Respir Crit Care Med 2015;192:1373-86.

Singh SJ, ZuWallack RL, Garvey C, et al. *Learn from the past and create the future: the 2013 ATS/ERS statement on pulmonary rehabilitation.* Eur Respir J 2013;42:1169-74.

Spruit MA, Pitta F, Garvey C, et al. *Differences in content and organisational aspects of pulmonary rehabilitation programmes.* Eur Respir J 2014;43:1326-37.

Spruit MA, Singh SJ, Garvey C et al. *An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation executive summary.* Am J Respir Crit Care Med 2013;188:e13-64. Erratum in Am J Respir Crit Care Med. 2014;189:1570.

Troosters T, Demeyer H, Hornikx M, et al. *Pulmonary Rehabilitation.* Clin Chest Med 2014;35:241-9.