

Composizione e competenze del team

Team composition and skills

Pamela Frigerio¹, Laura Zoppini², Adriano Vaghi³

¹ Referente Area Riabilitativa, SC Direzione Infermieristica Tecnica Riabilitativa Aziendale (DITRA), ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano; ² Direttore D.I.T.R.A., ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano; ³ Presidente Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri - Italian Thoracic Society (AIPO-ITS), Milano

Riassunto

La riabilitazione polmonare deve essere erogata da un team interdisciplinare di cui fanno parte, oltre al pneumologo, anche svariate altre figure professionali quali tra gli altri il fisioterapista, lo psicologo, il nutrizionista. Dal punto di vista normativo mancano in Italia linee guida sul rapporto ottimale fisioterapista/paziente; inoltre, come del resto in gran parte dell'Europa, non esiste la figura del fisioterapista respiratorio, e neppure un reale riconoscimento dei fisioterapisti che abbiano acquisito competenze specialistiche.

Parole chiave: team interdisciplinare, fisioterapista respiratorio, rapporto fisioterapista/paziente

Summary

Pulmonary rehabilitation must be provided by an interdisciplinary team which includes, in addition to the pulmonologist, various other professional figures such as a physiotherapist, psychologist, and nutritionist. From a regulatory point of view, in Italy there are no guidelines on the optimal physiotherapist/patient relationship; moreover, as in much of Europe, there is no figure of the respiratory physiotherapist, nor is there any real recognition of physiotherapists who have acquired specialized skills. A 1st level Master's degree guarantees the title of specialist physiotherapist, which however is only a preferential and unnecessary title.

Key words: interdisciplinary team, respiratory physiotherapist, physiotherapist/patient relationship

La riabilitazione polmonare (RP) si avvale di un approccio globale all'interno di percorsi assistenziali appropriati e ben definiti, ponendo le proprie basi su evidenze scientifiche ormai consolidate negli anni. È uno degli interventi più efficaci per le persone con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e altre forme di malattia respiratoria croniche o acute¹, nella gestione dello svezzamento difficile e nei pazienti che sviluppano problematiche respiratorie accolti negli ospedali per acuti².

Il team dedicato alla RP è costituito da un gruppo interdisciplinare che prevede medici pneumologi e altre professioni sanitarie quali fisioterapisti, infermieri, psicologi, nutrizionisti, terapisti occupazionali, assistenti sociali. Tale organizzazione offre l'opportunità di coordinare l'assistenza durante tutto il decorso clinico e la storia della malattia.

Sono disponibili diverse Linee Guida e *statement* da parte di autorevoli Società Scientifiche³⁻⁷ che confermano come le metodiche attualmente impiegate nei programmi di RP sono da considerarsi a tutti gli effetti parte integrante ed essenziale nella gestione del paziente respiratorio. È bene ricordare come lo *statment* pubblicato dalla *American Thoracic Society* (ATS) e dalla *European Respiratory Society* (ERS) collochi la RP all'interno

Come citare questo articolo: Frigerio P, Zoppini L, Vaghi A. "Raccomandazioni Italiane sulla Pneumologia Riabilitativa. Evidenze scientifiche e messaggi clinico-pratici". Documento AIPO-ITS/ARIR. Capitolo 25. Composizione e competenze del team. Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 2022;37(Suppl. 1):S89-S92. <https://doi.org/10.36166/2531-4920-suppl.1-37-2022-25>

© Copyright by Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri – Italian Thoracic Society (AIPO – ITS)



L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

del concetto di cura integrata¹. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce l'assistenza integrata come "un concetto che riunisce input, erogazione, gestione e organizzazione dei servizi relativi a diagnosi, cura, riabilitazione e promozione della salute"⁸. L'integrazione dei servizi migliora l'accesso, la qualità, la soddisfazione degli utenti e l'efficienza delle cure mediche.

La RP, intesa come modello di assistenza integrata, garantisce quindi l'attuazione di percorsi individualizzati, volti a rispondere ai bisogni specifici del singolo paziente e improntati su valutazioni puntuali e specialistiche che stratificano la gravità e complessità della malattia con le eventuali comorbidità. La RP può essere avviata in qualsiasi fase della malattia, durante i periodi di stabilità clinica, durante o direttamente dopo una riacutizzazione, in reparti di medicina, chirurgia, terapia intensiva, ambulatorio o al domicilio. Per questo motivo, spesso vede come parte integrante del *team* anche altre specialità mediche come rianimatori, cardiologi, chirurghi toracici, neurologi, internisti oltre che il medico pneumologo e altre professioni sanitarie, oltre a quelle già citate, con competenze di riferimento al bisogno riabilitativo/assistenziale del paziente (per es. logopedista).

L'attuale programmazione sanitaria, la gestione di risorse umane e la corretta allocazione delle stesse, risentono dell'assenza di riferimenti guida sul rapporto ottimale professionista sanitario/paziente nella RP non potendo fare riferimento a criteri definiti di accreditamento o studi dedicati a questo scopo¹. Sul territorio nazionale, si osserva che il personale dedicato alla RP è organizzato sulla base delle risorse della struttura erogante (ospedale per acuti, ambulatorio ospedaliero, servizio territoriale, strutture riabilitative) e fortemente condizionato dal livello di *know-how* in RP dei professionisti. Come riportato dall'*American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation* (AACVPR), la numerosità del *team* dedicato alla RP può essere meno rilevante fintanto che i suoi membri sono clinicamente competenti⁹.

L'AACVPR utilizza rapporti di 1:4 per esercizi fisici, 1:8 per sessioni educative e 1:1 per pazienti complessi¹⁰; la *British Thoracic Society* utilizza rapporti di 1:8 per l'esercizio fisico e 1:16 per le sessioni educative¹¹.

Spruit et al.¹² hanno riportato i risultati di un sondaggio di 12 domande, riguardante il contenuto e gli aspetti organizzativi dei programmi di riabilitazione pneumologica di 430 Centri in 40 Paesi. La maggior parte degli intervistati proveniva dall'Europa e dal Nord America. Gli Autori hanno riscontrato un ampio grado di eterogeneità nel contenuto, nei componenti, nella struttura e nell'organizzazione dei programmi di riabilitazione polmonare in tutto il mondo. In particolare, in merito a numero e professioni del *team* di RP erano costituite

da una mediana (IQR) di 5 (da 4 a 7) professionisti sanitari. Pneumologi (70,7%), dietisti (70,2%), infermieri (66,7%) e fisioterapisti (61,4%) erano i membri più frequenti del *team*. Pneumologi, fisioterapisti, terapisti occupazionali, assistenti sociali, psicologi e cardiologi erano più frequenti in Europa rispetto al Nord America, mentre in Nord America, dietisti, fisioterapisti e terapisti respiratori erano più comuni.

Come considerare questi risultati nella realtà italiana?

In Italia, come in gran parte d'Europa, a differenza delle organizzazioni del Nord e del Sud America, non esiste il cosiddetto "*respiratory therapist*" e manca un reale riconoscimento dei fisioterapisti con competenze specialistiche in RP. Infatti, per questi professionisti l'unica possibilità di specializzazione è un Master di I° livello in ambito di fisioterapia e riabilitazione cardio-polmonare. Il titolo conseguito, che porterebbe alla qualifica di "fisioterapista specialista", riconosciuto anche dal recente Contratto Collettivo Nazionale, è però spendibile solo come titolo preferenziale e non come titolo necessario o indispensabile. L'assenza di una normativa che regolamenti criteri di accreditamento e percorsi formativi imprescindibili comporta importanti ricadute sulle procedure di selezione e collocamento dei professionisti, stante che la formazione specialistica è da considerarsi come titolo aggiuntivo e non come requisito di base.

Sempre in merito alle competenze quindi, pur considerando che durante il corso di laurea in fisioterapia il 10% dei Crediti Formativi Universitari (CFU) è dedicato a problemi cardiopolmonari, risulta importante poter prevedere a livello aziendale o di unità operativa un'adeguata mappatura delle competenze post base dei professionisti, per valutare quanto quelle messe in campo siano o meno aderenti a quanto suggerito dai documenti esistenti³ che riportano le competenze suggerite per poter intervenire in modo adeguato in ambito di fisioterapia o RP. Analogamente, gli *Standards of Nursing Care for Adult Patients with Pulmonary Dysfunction* sviluppati dalla *Nursing Assembly of the American Thoracic Society* offrono una guida dettagliata per l'attività clinica dell'infermiere respiratorio.

All'interno dei servizi offerti in RP appare quindi fondamentale identificare i professionisti con competenze di *entry level* (acquisite nel percorso formativo di base), strettamente collegate a quanto previsto dal profilo professionale e desumibili in via indiretta da alcuni indicatori (es. CFU riservati alla discipline di base e/o a docenti del Settore Scientifico-Disciplinare (SSD) professionalizzante, livello di strutturazione delle esperienze di tirocinio, etc.), con competenze perfezionate (approfondimenti e ampliamenti di competenze rispetto a uno specifico ambito di intervento) e con competenze specialistiche, ossia in grado di esercitare la propria

professione a un livello che richiede conoscenze teoriche specifiche in un settore specialistico della pratica professionale e l'utilizzo clinico competente di queste conoscenze nell'attuazione del processo di cura. Secondo Clark et al.¹³ la formazione post base aumenta le potenzialità critiche e decisionali con un conseguente miglioramento della qualità assistenziale.

Sempre in tema di competenze specialistiche, acquisisce particolare rilevanza la costituzione di un sistema di certificazione delle stesse, capace di garantire coerenza tra lo sviluppo del sistema salute e la capacità dei professionisti di rispondere in termini di *performance* adeguate (si veda ad esempio *ERS Spirometry Driving Licence* il cui obiettivo è quello di ottimizzare e diffondere il corretto uso dell'esame spirometrico e definire un alto standard qualitativo per l'esecuzione di tale esame diagnostico). In quest'ottica, è fondamentale che i professionisti e le Società Scientifiche assumano un ruolo proattivo e responsabile.

Resta di fondamentale valore l'*expertise* maturata sul campo, anche in virtù di professionisti intesi come parte integrante di un *team* dedicato, dove il lavoro multidisciplinare deve essere inteso non come semplice somma delle competenze, ma come reale integrazione alla luce di un obiettivo noto e condiviso da tutti, mediante la diffusione capillare della cultura in RP, delle sue indicazioni, della sua efficacia e della sua validità scientifica. La formazione e il trasferimento delle conoscenze tra differenti gruppi professionali è diventata sempre più importante per essere sicuri che le acquisizioni della ricerca basata sull'evidenza siano trasferite nella pratica clinica. La creazione di PDTRA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Riabilitativi Assistenziali) potrebbe costituire uno strumento funzionale per stratificare e contestualizzare i bisogni e implementare la RP e soprattutto la cultura della RP nei diversi servizi, anche in quelli in cui la RP non è parte della *routine* clinica.

Lo stato della questione illustrato sopra, insieme al chiaro sottoutilizzo della RP a fronte dei dati epidemiologici disponibili, evidenzia la necessità di una promozione culturale in materia, da parte di tutti gli pneumologi e i fisioterapisti che praticano la RP da anni. Perché i percorsi assistenziali possano essere adeguati ai migliori *standard* internazionali e alle evidenze scientifiche, e adottati in modo omogeneo sul territorio nazionale, occorre cercare di trasmettere, ad ogni livello, il concetto che i pazienti con problematiche respiratorie necessitano di essere trattati secondo programmi validati dalla letteratura scientifica, accreditati e misurabili, con interventi qualificati sia a livello valutativo che preventivo, sia di cura primaria che secondaria. Occorre introdurre in modo omogeneo corretti indicatori di risultato, già riportati in letteratura (riduzione della dispnea, mi-

glioramento della qualità della vita, riduzione dei giorni di ospedalizzazione, etc.) che permettano di valutare in modo oggettivo se le competenze messe in campo sono adeguate o meno, se sono in grado di raggiungere gli *outcome* riportati dalla letteratura, o se necessitano di una ulteriore formazione. È necessaria una ampia e coordinata azione da parte del mondo pneumologico tutto (medico, fisioterapico, infermieristico, con pazienti e *caregiver*) allo scopo di abbattere la barriera culturale di cui sopra. Occorre dare impulso alla formazione in RP rivolta a tutti i profili professionali coinvolti. È infine necessaria una rivalutazione della cultura della RP nei programmi formativi nei corsi di laurea e di specializzazione post-laurea¹⁴.

Ne consegue la necessità di superare il concetto generico di riabilitazione "non specializzata" come intervento in grado di migliorare qualsiasi tipo di disabilità, dall'ortopedica alla neuromuscolare, dalla pediatria alla geriatria, dall'acuzie post *stroke*, infarto o trauma alla patologia cronica. Sottovalutare queste tematiche porta al rischio di malintesi nell'interpretazione dei ruoli e disagi per professionisti e pazienti, nonostante la RP, come intervento sanitario multidisciplinare individualizzato sia universalmente riconosciuta come il *gold standard* per la cura di questi pazienti, spesso affetti da patologie in stadio avanzato o con importanti comorbidità¹⁵.

Come riportato con forza dalla letteratura scientifica, è necessario un approccio che riconosca la specificità della RP e le relative competenze, lasciandone la responsabilità medica a pneumologi o a specialisti coinvolti nella storia clinica del paziente, insieme a professionisti dedicati, con competenze specialistiche, integrati nel *team*, con dimostrato vantaggio per i pazienti e il SSN¹⁶.

Raccomandazioni

- **La RP deve essere erogata da un team multidisciplinare di cui fanno parte, oltre allo Pneumologo, altre figure professionali quali il fisioterapista, l'infermiere, lo psicologo etc.**
- **A differenza di altre nazioni occidentali, in Italia non vi è il riconoscimento della figura del fisioterapista respiratorio**
- **È necessario un approccio che riconosca la specificità della RP e superi il concetto generico di riabilitazione non specializzata.**

Bibliografia

- 1 Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, et al.; ATS/ERS Task Force on Pulmonary Rehabilitation. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med* 2013;188:e13-e64. <https://doi.org/10.1164/rccm.201309-1634ST>
- 2 Ambrosino N, Venturelli E, Vaghegini G, et al. Rehabilitation, weaning and physical therapy strategies in chronically ill patients. *Eur Respir J* 2012;39:487-492. <https://doi.org/10.1183/09031936.00094411>
- 3 Nici L, Donner C, Wouters E, et al.; ATS/ERS Pulmonary Rehabilitation Writing Committee. American Thoracic Society/European Respiratory Society statement on pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med* 2006;173:1390-1413. <https://doi.org/10.1164/rccm.200508-1211ST>
- 4 Bolton CE, Bevan-Smith EF, Blakey JD, et al.; British Thoracic Society Pulmonary Rehabilitation Guideline Development Group; British Thoracic Society Standards of Care Committee. British Thoracic Society guideline on pulmonary rehabilitation in adults. *Thorax* 2013;68:Suppl. 2, ii1-ii30. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2013-203808>
- 5 Ries AL, Bauldoff GS, Carlin BW, et al. Pulmonary rehabilitation: joint ACCP/AACVPR evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2007;131(5 Suppl):4S-42S. <https://doi.org/10.1378/chest.06-2418>
- 6 Marciniuk DD, Brooks D, Butcher S, et al.; Canadian Thoracic Society COPD Committee Expert Working Group. Optimizing pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease – practical issues: a Canadian Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *Can Respir J* 2010;17:159-168. <https://doi.org/10.1155/2010/425975>
- 7 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;42:1169-1174. <https://doi.org/10.1183/09031936.00207912>
- 8 Gröne O, Garcia-Barbero M; WHO European Office for Integrated Health Care Services. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *Int J Integr Care* 2001;1:e21
- 9 Collins EG, Bauldoff G, Brian C, et al.; American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Clinical competency guidelines for pulmonary rehabilitation professionals. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2014;34:291-302. <https://doi.org/10.1097/HCR.000000000000077>
- 10 American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Guidelines for pulmonary rehabilitation programs. 4th ed. Champaign, IL: Human Kinetics; 2011.
- 11 British Thoracic Society Standards of Care Subcommittee on Pulmonary Rehabilitation. Pulmonary rehabilitation. *Thorax* 2001;56:827-834. <http://dx.doi.org/10.1136/thorax.56.11.827>
- 12 Spruit MA, Pitta F, Garvey C, et al.; ERS Rehabilitation and Chronic Care, and Physiotherapists Scientific Groups; American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation; ATS Pulmonary Rehabilitation Assembly and the ERS COPD Audit team. Differences in content and organisational aspects of pulmonary rehabilitation programmes. *Eur Respir J* 2014;43:1326-1337. <https://doi.org/10.1183/09031936.00145613>
- 13 Clark L, Casey D, Morris S. The value of Master's degrees for registered nurses. *Br J Nurs* 2015;24:328-334. <https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.6.328>
- 14 Balbi B. Lo stato della Riabilitazione Respiratoria in Italia. Il punto di vista dello Pneumologo. *Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio* 2016;31:188-192.
- 15 Lazzeri M, D'Abrosca F. Lo stato della Riabilitazione Respiratoria in Italia. Il punto di vista del Fisioterapista. *Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio* 2016;31:178-182.
- 16 Carlin BW. Medical director responsibilities for outpatient pulmonary rehabilitation programs in the United States: 2019: a Statement for Health Care Professionals from the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACVPR). *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2020;40:144-151. <https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000515>