

Articolo originale/ Original article

Pneumologia riabilitativa: dati preliminari di una survey esplorativa sui centri italiani

Preliminary data of an exploratory survey about Italian Rehabilitation Pulmonology centres

Elena Compalati¹, Eleonora Volpato^{1,2}, Valeria Volpi¹, Paolo Banfi¹

¹ IRCCS Fondazione Don Carlo Gnocchi; ² Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore

Riassunto

L'obiettivo di questa indagine esplorativa preliminare nazionale è quello di descrivere il contenuto e gli aspetti organizzativi di programmi di riabilitazione polmonare da una prospettiva globale per ottenere una valutazione iniziale del grado di eterogeneità. Un'indagine basata su 12 domande sui contenuti e sugli aspetti organizzativi è stata completata da responsabili di U.O. di Pneumologia riabilitativa o servizi di riabilitazione respiratoria di 30 centri. I risultati, ad oggi, dimostrano una prevalenza di centri di riabilitazione respiratoria nel Nord Italia, dove è stato riscontrato un tasso di risposta più elevato (50%). Nel 60% dei casi, il servizio più comunemente offerto è ambulatoriale e degenziale; mentre alcuni centri offrono solo ricovero ospedaliero (20%). Tra i professionisti di riferimento, il 93% dei centri ha almeno uno pneumologo e il 90% dei centri ha fisioterapisti completamente dedicati al servizio offerto. Sarà importante, nel proseguimento del progetto, individuare le differenze tra i programmi di riabilitazione respiratoria nelle diverse regioni, anche considerando il *mix* di casi di persone con malattie respiratorie croniche, la composizione complessiva del *team* di riabilitazione respiratoria, i tassi di aderenza e gli strumenti di riferimento. Ciò fornirebbe orientamenti e raccomandazioni per le norme nazionali basate su evidenze scientifiche e di buona pratica clinica.

Parole chiave: riabilitazione respiratoria, indagine, Pneumologia riabilitativa, BPCO, percorsi di cura

Summary

This preliminary, exploratory national survey aims to describe the content and organizational aspects of pulmonary rehabilitation programs from a global perspective to obtain an initial assessment of the degree of heterogeneity. A 12-question survey on content and organizational aspects was completed by representatives of pulmonary rehabilitation programs from 30 centres. The results to date demonstrate a prevalence of respiratory rehabilitation centres in Northern Italy, where a higher response rate was found (50%). In 60% of cases, the service most offered is outpatient and inpatient, while some centres only offer inpatient hospitalization (20%). Among the referring professionals, 93% of the centres have at least one pulmonologist on duty and 90% of the centres have physiotherapists fully dedicated to the service offered. In the continuation of the project, it will be important to detect differences between pulmonary rehabilitation programs in the different regions, also considering the case mix of persons with chronic respiratory diseases, the overall composition of the pulmonary rehabilitation team, completion rates, referral methods, and reimbursement types. This would provide guidelines and recommendations for national standards based on evidence and best practice.

Key words: pulmonary rehabilitation programs, survey, respiratory rehabilitation, COPD, health care management

Introduzione

Nell'ottobre del 2013, le due società respiratorie più rappresentative a livello mondiale, l'European Respiratory Society (ERS) e l'American Tho-

Ricevuto/received: 15/07/2022
Accettato/accepted: 29/07/2022

Corrispondenza

Elena Compalati
UOC Riabilitazione Cardio-Respiratoria, LARCAP
(Laboratorio di Ricerca Cardio-Pneumologica)
Istituto/Università/Ospedale: IRCCS Santa Maria
Nascente, Fondazione Don Gnocchi – ONLUS (Mi-
lano), via A. Capecatelo 66, 20148 Milano, Italia
ecompalati@dongnocchi.it

Conflitto di interessi

Gli autori dichiarano di non avere nessun conflitto di interesse con l'argomento trattato nell'articolo.

Come citare questo articolo: Compalati E, Volpato E, Volpi V, et al. Pneumologia riabilitativa: dati preliminari di una survey esplorativa sui centri italiani. Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 2022;37:191-194. <https://doi.org/10.36166/2531-4920-641>

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



OPEN ACCESS

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>

racic Society (ATS), hanno elaborato una nuova definizione di riabilitazione respiratoria intesa come un intervento onnicomprensivo basato su una valutazione completa del paziente a cui seguono una serie di provvedimenti terapeutici personalizzati che comprendono esercizio fisico, educazione nell'uso di vari *devices*, modificazione migliorativa comportamentale. Questo programma è finalizzato a migliorare la condizione fisica e psicologica delle persone affette da patologie respiratorie croniche e promuovere l'aderenza a lungo termine di comportamenti vantaggiosi per la salute.

Se poi parliamo di pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), secondo le linee guida della *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) la riabilitazione respiratoria dovrebbe essere offerta a tutti i pazienti con BPCO di stadio II o maggiore gravità. L'*American College of Physicians* (ACP), l'*American College of Chest Physicians* (ACCP), l'ATS e l'ERS, raccomandano di prescrivere la riabilitazione respiratoria ai pazienti sintomatici con un VEMS (Volume Espiratorio Massimo nel 1° Secondo, o in inglese, noto come *Forced Expiratory Volume in the 1st second*, FEV₁) di meno del 50% del valore teorico e dovrebbe essere presa in considerazione anche per pazienti sintomatici o con limitazioni allo sforzo con un FEV₁ maggiore del 50% del teorico. Tuttavia, a causa dell'elevata prevalenza di BPCO allo stadio II GOLD o maggiore, i sistemi sanitari non sono in grado di soddisfare il bisogno di riabilitazione respiratoria in tutti i pazienti che ne avrebbero le indicazioni.

Esistono prove solide che la riabilitazione respiratoria migliora la capacità all'esercizio fisico, insieme alla qualità della vita correlata allo stato di salute e riduca il ricorso all'assistenza sanitaria^{1,2}. Oltre l'85% dei centri utilizza un modello ambulatoriale, in cui i partecipanti sono sottoposti a due o tre sessioni ogni settimana di esercizio supervisionato e formazione sull'autogestione per un periodo di 8 settimane o più³. Nonostante però le prove convincenti dei suoi benefici, la riabilitazione polmonare viene fornita a meno del 10% delle persone con BPCO che ne trarrebbero beneficio e spesso le misure di *outcome* utilizzate sono eterogenee⁴. L'utilizzo e il completamento del ciclo riabilitativo, nelle aree metropolitane sono scarsi: fino al 50% di coloro che vengono indirizzati ad una riabilitazione polmonare non vi parteciperanno mai e, di coloro che si presentano almeno una volta, fino a un terzo non completerà il programma⁵. La riabilitazione polmonare domiciliare potrebbe rappresentare un modello alternativo in grado di migliorare l'assorbimento di pazienti e il loro accesso, però la sua offerta è valutata in meno del 5% dei centri nel mondo^{3,6-8}. L'*obiettivo* di questa

survey esplorativa è quello di descrivere la presenza e organizzazione della realtà riabilitativa respiratoria in Italia, rilevandone criticità e risorse.

Metodi

I dati presentati sono preliminari di una *survey* molto più capillare che verrà prodotta entro la fine del 2022. Nei mesi di febbraio e marzo 2022 è stato inviato ai responsabili pneumologi di strutture complesse un breve questionario relativo ad evidenziare se sul loro territorio esistessero delle unità o servizi di Pneumologia riabilitativa. Le domande inviate sono riassunte nel Box 1.

Sono stati così individuati 60 centri dei quali solo 31 hanno risposto alle domande specifiche sulla esistenza e organizzazione di strutture riabilitative di carattere pneumologico sul territorio. Tali centri sono stati quindi considerati per questa fase di analisi.

Risultati

La Figura 1 illustra la distribuzione dei centri per regione evidenziando una maggiore adesione da parte di quelli della Lombardia (15 centri).

Dei centri partecipanti, la figura di riferimento principa-

Box 1. Questionario sottoposto all'attenzione dei 60 centri individuati.

Nella struttura dove lavora è presente un servizio di Riabilitazione Respiratoria?

- Se sì, che tipo di servizio? (ambulatoriale, regime di ricovero)
- Se alla domanda precedente ha risposto "Regime di ricovero o Ricovero", quanti posti letto offre il servizio di Riabilitazione?

La struttura nella quale lavora è dotata di un'Unità di Pneumologia riabilitativa?

- Se no, specificare il tipo di UO

Nella struttura nella quale lavora è presente la figura dello pneumologo?

- Se sì, quanti?

Nella struttura nella quale lavora ci sono fisioterapisti unicamente dedicati alla UO e/o al servizio ambulatoriale?

- Se sì, quanti
- Se no, aggiungere una spiegazione in merito all'organizzazione di tali figure

I fisioterapisti che lavorano con i pazienti affetti da patologie respiratorie hanno conseguito il Master di Specializzazione?

I fisioterapisti hanno la possibilità di fare riferimento, in caso di necessità, ad almeno uno pneumologo durante il loro operato?

- Se no, specificare quale figura medica hanno come riferimento

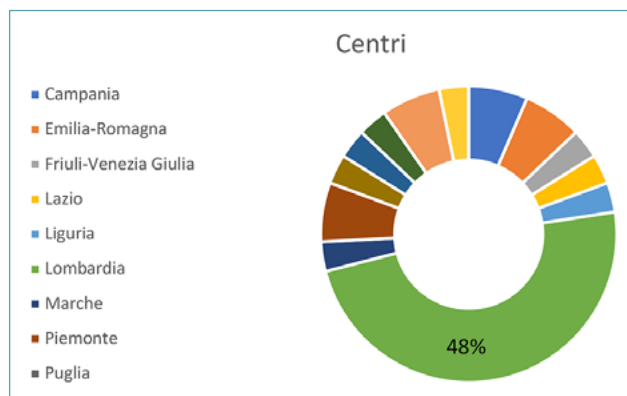


Figura 1. Frequenza dei centri partecipanti all'indagine suddivisa per regione.

le, nell'83% dei casi, è lo pneumologo, seguito dal fisiatra (6,7%), spesso affiancato allo pneumologo (6,7%). Una minoranza di centri ha un riferimento differente dalle figure prima citate, ad esempio il cardiologo (3%) (Fig. 2).

Nel 60% dei casi il servizio maggiormente offerto è quello di tipo ambulatoriale e degenziale; alcuni centri offrono solo la possibilità di degenza ospedaliera (20%) e i restanti un servizio ambulatoriale (6,7%) o ambulatoriale e domiciliare (6,7%) (Fig. 3).

Il 93% dei centri ha almeno uno pneumologo in servizio, dei quali il 90% è dipendente e il 3% su consulenza. Solo il 7% o non ha risposto o non ha lo pneumologo di riferimento. La media di fisioterapisti presenti in ogni centro è di 6 ($\pm 3,7$).

Il 90% dei centri ha fisioterapisti interamente dedicati al servizio offerto, il 10% dei centri ha un'organizzazione che prevede l'alternanza periodica di fisioterapisti nel servizio/reparto.

Il 40% dei centri ha fisioterapisti che hanno conseguito il Master in Riabilitazione Cardio-Respiratoria e di Area Critica. Il 17% dei centri ha fisioterapisti che hanno almeno seguito corsi di formazione specifica.

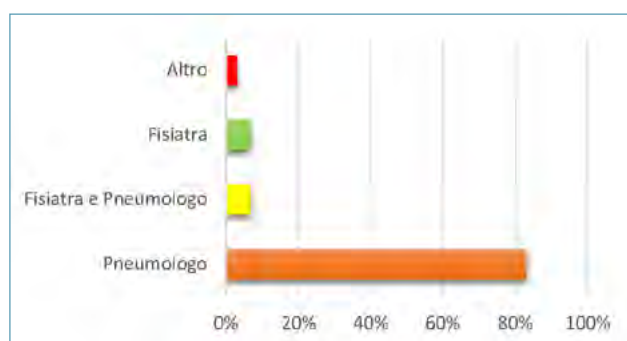


Figura 2. Frequenza delle figure sanitarie di riferimento per centro rispondente.

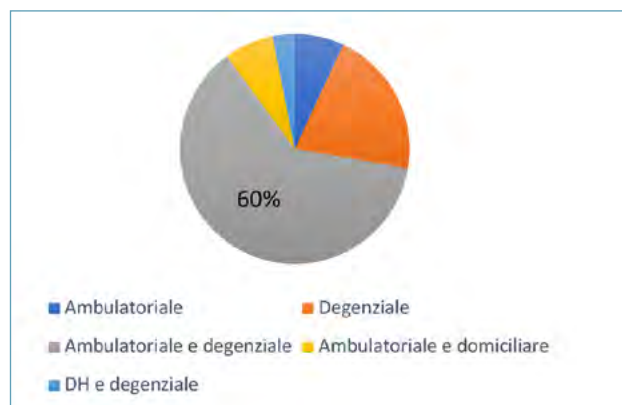


Figura 3. Frequenze dei servizi offerti dai centri partecipanti.

Discussione

Questi sono dei dati preliminari di un'indagine svolta grazie al supporto della direzione di AIPO riferita ai centri di Pneumologia riabilitativa in Italia.

La nostra indagine sta continuando grazie ad una *joint venture* con l'Associazione riabilitatori dell'Insufficienza Respiratoria (ArIR) per ottenere un'implementazione dei centri di Pneumologia riabilitativa sul territorio italiano. Abbiamo notato che su 31 risposte ottenute dai centri considerati, la maggior parte di questi è situata in Lombardia (48%) e ci sono regioni nelle quali non è, al momento, stata rilevata la presenza di strutture/servizi di riabilitazione respiratoria (Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta, Basilicata, Molise, Abruzzo, Calabria e Puglia). Nella maggior parte dei centri la figura di riferimento è lo pneumologo (83%) seguita dal fisiatra (6,7%), dalle due figure associate (6,7%) e da altri medici specialistici: in un centro il responsabile è un cardiologo (3%). Nel loro lavoro, Spruit et al. rilevano che la presenza dello pneumologo nel team multidisciplinare riabilitativo in 40 Paesi europei ed extra-europei (430 centri) è del 70,7%³. Nei dati preliminari in nostro possesso si evince che la situazione italiana sia più favorevole per la presenza dello pneumologo come *team leader* di un programma di riabilitazione pneumologica.

Per quanto concerne la distribuzione del tipo di servizio offerto, ci discostiamo dai dati riportati in quanto, rispetto al 25% di pazienti afferenti ad un servizio ambulatoriale e degenziale, in Italia tale modalità è offerta nel 60% dei casi. Rispetto al solo servizio ambulatoriale, riportato con una frequenza del 61%, in Italia lo stesso è rappresentato da una disponibilità notevolmente inferiore (6,7%). Questo depone anche per una carenza nell'offerta di riabilitazione respiratoria dedicata ai pazienti che potrebbero avvalersi di tale prestazione.

La presenza del fisioterapista all'interno del team di cura in Europa è di circa il 61%, mentre in Nord America viene riportato una significativa presenza del fisio-

Tabella I. Medie riportate dal lavoro di Spruit et al. in merito al team di cura in Europa e Nord America.

| Figure professionali del team di riabilitazione polmonare | Europa | Nord America | p-value |
|-----------------------------------------------------------|--------|--------------|---------|
| Pneumologo | 87,8 | 62,0 | < 0,001 |
| Fisioterapista | 95,2 | 17,1 | < 0,001 |
| Terapista occupazionale | 36,2 | 17,1 | < 0,001 |
| Assistente sociale | 42,6 | 24,1 | < 0,001 |
| Psicologo | 42,6 | 24,1 | < 0,001 |
| Dietologo | 76,1 | 93,5 | < 0,001 |
| Kinesiologo | 25,5 | 62,6 | < 0,001 |
| Internista | 43,0 | 20,0 | 0,30 |
| Cardiologo | 18,1 | 13,4 | < 0,001 |
| Medico di base | 18,1 | 13,4 | 0,26 |
| Farmacista | 22,9 | 18,2 | 0,31 |
| Infermiere | 68,1 | 64,2 | 0,45 |
| Terapista Respiratorio | 1,6 | 59,9 | < 0,001 |

rapista respiratorio in ragione di circa il 30% (Tab. I) ³. Questi dati, rispetto quelli ottenuti dai centri che hanno risposto alla *survey*, sono leggermente inferiori in quanto il fisioterapista respiratorio in Italia è presente nel 40% dei centri. Solo il 17% non ha una formazione specifica.

Limiti dello studio

Il limite principale di questi dati preliminari è rappresentato dal fatto che sono ancora pochi i centri che hanno risposto al questionario iniziale, per cui è necessaria un'implementazione dei dati in quanto a nostro avviso sono presenti sul territorio altre realtà che si occupano di riabilitazione respiratoria. In questa fase, tra i servizi offerti, non è stata considerata la tele-riabilitazione poiché non è stato ancora possibile rilevare dei dati in merito. Analogamente, sarebbe rilevante venire a co-

noscenza degli accessi ambulatoriali e del numero di ricoveri/anno in regime di degenza riabilitativa. Contrariamente al team di Spruit et al. la presente indagine non ha approfondito la composizione del team multidisciplinare di cura (non è stata evidenziata ad esempio la figura del dietologo e del farmacista) ³.

Bibliografia

- 1 McCarthy B, Casey D, Devane D, et al. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(2):CD003793. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003793.pub3>
- 2 Puhan MA, Gimeno-Santos E, Cates CJ, et al. Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;12:CD005305. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005305.pub4>
- 3 Spruit MA, Pitta F, Garvey C, et al. Differences in content and organisational aspects of pulmonary rehabilitation programmes. *Eur Respir J* 2014;43:1326-1337. <https://doi.org/10.1183/09031936.00145613>
- 4 Desveaux L, Janaudis-Ferreira T, Goldstein R, et al. An international comparison of pulmonary rehabilitation: a systematic review. *COPD J Chronic Obstr Pulm Dis* 2015;12:144-153. <https://doi.org/10.3109/15412555.2014.922066>
- 5 Yohannes AM, Connolly MJ. Pulmonary rehabilitation programmes in the UK: a national representative survey. *Clin Rehabil* 2004;18:444-449. <https://doi.org/10.1191/0269215504cr736oa>
- 6 Güell MR, de Lucas P, Gáldiz JB, et al. Comparación de un programa de rehabilitación domiciliario con uno hospitalario en pacientes con EPOC: estudio multicéntrico español. *Arch Bronconeumol* 2008;44:512-518. <https://doi.org/10.1157/13126830>
- 7 Puente-Maestu L, Sáenz ML, Sáenz P, et al. Comparison of effects of supervised versus self-monitored training programmes in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2000;15:517. <https://doi.org/10.1034/j.1399-3003.2000.15.15.x>
- 8 Maltais F. Effects of home-based pulmonary rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Intern Med* 2008;149:869. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-149-12-200812160-00006>