

Chi sorveglia la formazione?

Dott.ssa Annalisa Carlucci

*Pneumologia Riabilitativa,
Fondazione Salvatore Maugeri
IRCCS, Pavia
acarlucci@fsm.it*

L'American Thoracic Society (1) ha definito la Riabilitazione Respiratoria come “un programma multidisciplinare finalizzato al trattamento del paziente con patologia respiratoria cronica, disegnato per ottimizzare la performance e l'autonomia fisica e sociale del paziente”. Tale definizione se da una parte appare così generica da non fornire dei precisi ambiti né tanto meno degli strumenti di applicazione, dall'altra sembrerebbe trovare nella Terapia Intensiva il luogo più adatto di realizzazione. È questo, infatti, l'ambiente dove per definizione il paziente ha necessità di recuperare prima possibile la suddetta autonomia, intesa sia come autonomia “ventilatoria” (quindi processo di weaning, ma anche di assistenza alla tosse e disostruzione bronchiale), sia come autonomia “motoria” (quindi mobilitazione passiva e attiva precoce del paziente allettato), benché questa prospettiva sia fortemente condizionata dalle eventuali patologie croniche invalidanti pre-esistenti al fatto acuto. Purtroppo, ad oggi, l'evidenza scientifica relativa all'impatto dell'intervento del Fisioterapista respiratorio sugli outcome in Terapia Intensiva (soprattutto, durata della ventilazione meccanica e della degenza) è supportata da pochi e, in qualche caso, contraddittori dati di letteratura (2). Nello studio di Nava (3), pazienti con Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) sottoposti a ventilazione meccanica, a seguito di un episodio di insufficienza respiratoria acuta, ottenevano maggiore beneficio da un programma ben definito di fisioterapia respiratoria e rapida mobilitazione, rispetto al trattamento standard, in termini di tolleranza allo sforzo dei muscoli inspiratori e dispnea. Non è noto, tuttavia, quanto questo possa influenzare più importanti outcome clinici, quali durata della ventilazione meccanica, durata della degenza in Terapia Intensiva, ecc.

Un altro problema, in alcuni paesi Europei e in Italia in particolare, è quello relativo al sistema di formazione “scolastica” del Fisioterapista, per cui questi non ha la possibilità di specializzarsi in una branca quale quella “respiratoria” per acquisirne competenze. Questo fa sì che il Fisioterapista che lavora in Terapia Intensiva possa avere una competenza variabile a seconda dell'esperienza individuale e, spesso, affidata alla “buona volontà” del singolo. Questa è una delle ragioni per cui allo stato attuale il ruolo, l'allocazione ottimale e le competenze richieste al Fisioterapista in ambiente intensivo, in Europa e, soprattutto, in Italia, sono ancora scarsamente definiti e, di conseguenza, variano ampiamente sotto l'influenza delle tradizioni locali, del livello di formazione e dell'esperienza personale, nonché della tipologia dell'Ospedale.

Una recente indagine conoscitiva effettuata in Europa (4) ha messo in evidenza come il 25% degli ospedali non abbia un Fisioterapista dedicato

esclusivamente alla Terapia Intensiva e come il 28% dei Fisioterapisti che lavorano in Terapia Intensiva non avessero alcun tipo di specializzazione. Tale indagine ha messo in evidenza, poi, come anche le pratiche utilizzate e gli ambiti di competenza variassero ampiamente (meno del 50% dei Fisioterapisti partecipavano attivamente al processo di weaning e all'implementazione e supervisione della ventilazione non invasiva) e come tale variabilità fosse dipendente anche dal numero di Fisioterapisti impiegati in Terapia Intensiva.

In questo numero della Rivista, è pubblicato un lavoro simile, per lo meno in termini di finalità, al succitato lavoro di Norremberg, Benigna e Repossini, infatti, hanno voluto ripetere l'indagine conoscitiva su numerosità e ruolo dei Fisioterapisti nei reparti di Terapia Intensiva, limitatamente alla provincia di Varese. Tale indagine, sia pur non presentando le caratteristiche di un lavoro originale nella metodologia e contenuti, ha avuto lo scopo di fornire un'immagine di quello che è il ruolo dei Fisioterapisti nelle Terapie Intensive della provincia di Varese. Lo strumento utilizzato, su modello di quello adoperato nel Survey europeo da Norremberg, è ben formulato e di immediata interpretazione. Tuttavia, un'osservazione andrebbe fatta sulla metodologia scelta per l'individuazione del personale da intervistare. Gli autori, infatti, previo contatto con i coordinatori dei Servizi di Recupero e Rieducazione Funzionale degli ospedali coinvolti, hanno raggiunto con la loro intervista i Fisioterapisti "che hanno lavorato nella Terapia Intensiva almeno per due mesi l'anno, per un minimo di due anni negli ultimi

quattro anni". Questo approccio, se da una parte risponde bene all'esigenza di avere delle risposte più precise da personale che abbia acquisito maggiore esperienza in tale settore, soprattutto relativamente alle tecniche utilizzate, dall'altra crea un bias di selezione che inevitabilmente influenza il peso di alcuni risultati. Faccio un esempio: un importante risultato è che solo 2 fisioterapisti su 26 (8%) si occupano esclusivamente della Terapia Intensiva. Se il questionario fosse stato distribuito a tutti i fisioterapisti impiegati in quel momento storico in Terapia Intensiva, verosimilmente tale percentuale sarebbe stata differente e, assai probabilmente, più bassa. Sempre a tal proposito, è sorprendente il dato relativo al coinvolgimento dei Fisioterapisti nel processo di svezamento dalla ventilazione meccanica invasiva: secondo tale indagine il 65% dei Fisioterapisti sarebbero coinvolti in tale attività contro un 44% nella survey europea. Anche in questo caso, verosimilmente i Fisioterapisti intervistati sono quelli che, data l'esperienza in Terapia Intensiva, più facilmente sarebbero motivati e "familiarizzati" al processo di weaning.

Il criterio di selezione scelto dagli autori potrebbe aver anche condizionato la percentuale di risposta al questionario nel senso che i fisioterapisti rispondenti a tale criterio potrebbero essere stati anche i più motivati e/o sensibili all'aspetto scientifico. Uno studio di sorveglianza (survey) ha in genere lo scopo di effettuare una fotografia di quanto accade in un preciso momento storico. In tal caso sarebbe stato, forse, più corretto inviare il questionario a tutti i Fisioterapisti coinvolti, in un dato periodo scel-

to (es. 2-3 settimane), nelle Terapie Intensive. In alternativa, si sarebbe potuto proporre il questionario a tutti i Fisioterapisti impiegati nei suddetti Ospedali, riservando la parte relativa al tipo di tecniche utilizzate e ai possibili interventi nella Ventilazione Meccanica a quei fisioterapisti che siano stati coinvolti almeno una volta in Terapia Intensiva. Questo perché in alcuni reparti di Terapia Intensiva, soprattutto dove non è prevista la presenza di un Fisioterapista fisso che si occupi esclusivamente dei pazienti di quella unità, l'indicazione al trattamento del paziente viene posta solamente dal medico curante e ciò rende variabile il coinvolgimento del Fisioterapista nel tempo. Tuttavia, è evidente da questa indagine come l'assenza di forti evidenze scientifiche e di una task force sul ruolo del fisioterapista in Terapia Intensiva condizioni significativamente un impiego variabile e, nel complesso, limitato impiego di tali figure professionali. È però anche evidente, considerando la variabilità delle tecniche utilizzate e in alcuni casi non supportate da dati di letteratura, come molto si debba ancora lavorare su formazione e training del fisioterapista respiratorio.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Anonymous (1999) Pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med* 159: 1666-1682.
- 2) Stiller K (2000): Physiotherapy in Intensive Care. *Chest* 118: 1801-13.
- 3) Nava S. (1998). Rehabilitation of patients admitted to a respiratory intensive care unit. *Arch Phys Med Rehabil.* Jul; 79 (7): 849-54.
- 4) Norremberg M, Vincent J.-L. and the European Society of Intensive Care Medicine (2000): A profile of European intensive care unit physiotherapists. *Intensive Care Med.* 26: 988-94.