

Il fisioterapista respiratorio e lo pneumologo. Una visione specialistica in comune per collaborare a migliorare l'assistenza al malato respiratorio

**Dott. Marco Confalonieri¹,
Ft. Elena Repossini²**

*¹ Struttura Complessa di Pneumologia
Azienda Ospedaliera Universitaria
Ospedali Riuniti di Trieste*

² UORRF

Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio

Resiste un vecchio pregiudizio in medicina che ha negativamente colpito in particolare l'ambito respiratorio, quello che afferma che la specializzazione porterebbe ad un approccio limitativo nei confronti del paziente favorendo una visione parziale e quindi superficiale dei suoi problemi di salute. In altri termini, solo professionisti sanitari generalisti che non si occupino di un solo organo-apparato, potrebbero guardare all'insieme della persona malata e capire ciò che realmente le serve.

Da ciò deriva una diffidenza nei confronti del personale sanitario che si specializza per assistere, diagnosticare e trattare specificamente malati con problematiche respiratorie. Questo pregiudizio può valere sia per lo specialista medico, lo pneumologo appunto, che per il fisioterapista respiratorio e può pervadere anche ampi settori degli addetti ai lavori, in particolare coloro che si occupano di organizzazione e amministrazione sanitaria (dai Direttori sanitari agli Assessori regionali). Se questa fosse la verità, allora a poco servirebbero gli pneumologi e i fisioterapisti respiratori, ma altrettanto dovrebbe dirsi dei cardiologi o dei diversi ambiti specialistici chirurgici. Vediamo però che non è così se guardiamo alle preferenze delle persone malate, quelle che un tempo si chiamavano pazienti e oggi cittadini-utenti. È infatti facile notare che c'è una aumentata richiesta di prestazioni specialistiche e di professionisti che siano in grado di risolvere il problema di salute con la massima competenza specifica. L'approccio generalista viene infatti percepito dai più come poco efficace o superficiale. Perché allora tanta fatica a riconoscere la figura e la competenza specialistica del fisioterapista respiratorio e la sua collocazione in un contesto specialistico pneumologico? Forse ancora è presente, specialmente in Italia (1), un archetipo ottocentesco "romantico" della medicina che vedeva al centro del sistema la figura del medico che lavorava "per missione" e sapeva affrontare tutti i problemi di salute ovunque, per intenderci il prototipo del vecchio medico di campagna che aiutava a nascere e a morire e al tempo stesso era confidente familiare, (2) oppure in ambito ospedaliero-universitario la carismatica figura del "luminare". Il principale aspetto che merita di esser conservato (o recuperato) della visione generalista romantica è l'umanità nei confronti della persona malata che, liberata dai vecchi paternalismi, oggi non può esser disgiunta dalla competenza professionale. La medicina attuale, che piaccia o no, è una realtà ben diversa e in continuo divenire, nel senso che si basa su conoscenze scientifiche che cambiano rapidamente diventando obsolete nell'arco di un lustro e su tecnologie che evolvono ancora più rapidamente. Pertanto non è possibile essere aggiornati su tutta la letteratura scientifica e né tanto meno adeguare ai tempi la propria pratica profes-

sionale in un ambito che non sia selettivo. Inoltre oggi è importante la sinergia alla pari di tutte le figure professionali coinvolte nel processo curativo-assistenziale in cui è posto al centro il malato e non più il medico. Non esiste più la centralità del medico e le altre professioni sanitarie non possono più essere considerate ancillari alla figura del medico, ma c'è bisogno di un gruppo curante fatto da professionisti diversi che cooperano insieme, ciascuno fornendo il proprio apporto specifico, senza menti pensanti da una parte ed esecutori passivi dall'altra. È per dare i migliori risultati e fornire le più efficaci risposte che occorre che il fisioterapista respiratorio e lo pneumologo lavorino, si confrontino, e ragionino quotidianamente insieme nello stesso gruppo di lavoro portando ciascuno la propria competenza professionale e cercando insieme tutte le volte che serve la risposta globale più adatta ai problemi specifici che il singolo paziente pone. A testimonianza che queste idee sono applicabili e sono applicate già in realtà specialistiche del nostro Paese vi invitiamo a leggere l'articolo di Visentin e coll. (3) che presenta l'esperienza dei fisioterapisti respiratori di Trieste alle prese con un problema insolito e "nuovo" come il lavaggio polmonare totale per la cura della proteinosi alveolare. Il confronto nell'ambito del gruppo curante fatto da specialisti medici e fisioterapisti dedicati ha permesso di affrontare e risolvere al meglio i pro-

blemi anche inusuali posti da questa tecnica terapeutica difficile.

Il problema, in questo caso particolare è rappresentato dalla necessità di facilitare la rimozione dell'abbondante quantità di liquido di lavaggio dal polmone. Abitualmente il fisioterapista utilizza le diverse tecniche di disostruzione per facilitare la clearance del muco dalle vie aeree. Nonostante negli ultimi due decenni siano stati fatti diversi sforzi per individuare le tecniche disostruttive più efficaci e le procedure più efficienti, siamo ancora molto lontani dall'aver risposte esaurienti e facilmente applicabili alla pratica clinica (4). Tra le tecniche esterne applicate al torace, l'ipotesi che nel paziente ipersecretivo le percussioni e le vibrazioni (manuali o meccaniche) possano aumentare la mobilitazione delle secrezioni ottenuta attraverso le variazioni di postura, la tosse o l'espiazione forzata non è stata finora supportata dall'evidenza scientifica (5). Queste considerazioni non possono però essere trasferite tout court ad una diversa situazione, come quella del lavaggio polmonare totale, dove cambiano non solo le caratteristiche chimico-fisiche del materiale da eliminare, ma anche la condizione del paziente che è vuoto di aria nel polmone sottostante sottoposto a lavaggio e ventilato meccanicamente con tubo di Carlens nell'altro polmone. Nel lavoro qui pubblicato (3), viene descritta la riscoperta di un "vecchio" strumento che si è rivelato una solu-

zione utile in una situazione "nuova", in mancanza di indicazioni al proposito dalla letteratura scientifica. Quello che nell'articolo non troverete sono le discussioni e i confronti quotidiani tra pneumologo e fisioterapista respiratorio per trovare di volta in volta la migliore soluzione ai particolari problemi del paziente. Se è vero che ciascuna singola persona malata presenta problemi di salute specifici propri che meriterebbero un approccio individualizzato e professionalmente competente ne consegue che pneumologo e fisioterapista respiratorio non possono che lavorare insieme giorno per giorno nell'interesse del malato respiratorio. L'esperienza di Trieste mostra che il confronto nello stesso ambito specialistico di diverse figure professionali può semplicemente dare i migliori risultati per la persona malata con patologie dell'apparato respiratorio.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Giorgio Cosmacini. Storia della medicina e della sanità in Italia. Laterza Ed.
- 2) Honoré de Balzac. Un medico di campagna. Ed. Garzanti Libri.
- 3) Visintin I, Colomban M, Lucangelo U, Maffessanti M, Gonfalonieri M. Il lavaggio del polmone intero nella Proteinosi alveolare polmonare: il ruolo del fisioterapista respiratorio nell'esperienza della Pneumologia di Trieste e nella letteratura. Rivista Italiana di Fisioterapia e Riabilitazione Respiratoria 2007; 1: 10-15.
- 4) Hess D. Secretion Clearance Techniques: absence of proof or proof of absence? Respir Care 2002; 47: 757-758.
- 5) Fink JB. Positioning versus postural drainage. Respir Care 2002; 47: 769-777.