

Misurare in riabilitazione respiratoria: un'utopia realizzabile

Mara Paneroni

UO Pneumologia
Fondazione Salvatore Maugeri
Lumezzane (BS)

Corrispondenza:

mara.paneroni@fsm.it

*“Ciò che è misurabile, misuralo
ciò che non è misurabile, rendilo tale”.*
Galileo Galilei, Pisa (1564)

Perché per i fisioterapisti è necessario misurare? A questa domanda ognuno di noi darebbe probabilmente una risposta diversa, la più incalzante che a me viene in mente è che serve per rendere la nostra disciplina scientifica. Tale lavoro sembrerebbe non richiedere un grande sforzo, ma in realtà mette in luce l'impegno più gravoso richiesto ai fisioterapisti respiratori di questi tempi, ovvero riuscire a quantificare e rendere visibili i risultati ottenuti favorendo la generalizzazione degli approcci più validi. Se per scienza si intende un complesso organico di conoscenze ottenuto con un processo sistematico di acquisizione delle stesse allo scopo di giungere ad una descrizione precisa della realtà fattuale delle cose, e in ultima analisi di una verità condivisa (<http://it.wikipedia.org/wiki/Scienza>), è facile comprendere come solo la misurazione puntuale e ripetuta di ciò che viene svolto e degli effetti ottenuti possa rappresentare la base per giungere alla definizione della scienza della riabilitazione respiratoria.

Riguardo poi a che cosa misurare, può tornare utile analizzare che cosa intende l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel documento "Classificazione Internazionale della Funzionalità, Disabilità e Stato di Salute" (International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF [ICIDH-2], 2001) con il termine salute. In tale documento la salute viene definita come l'integrità delle funzioni e strutture dell'organismo da una parte e delle attività e la partecipazione dall'altra. Le funzioni corporee sono le funzioni fisiologiche dei sistemi corporei, incluse le funzioni psicologiche. Le strutture corporee sono parti anatomiche del corpo come organi, arti e loro componenti. Attività è l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo. Partecipazione è il coinvolgimento di un individuo in una situazione di vita. Nel paziente con patologia respiratoria cronica il problema va ad investire globalmente tutti i livelli quando si manifesta il principale sintomo, ovvero la dispnea. Il principale obiettivo della Riabilitazione Respiratoria è quello di garantire (perlomeno temporaneamente) un miglioramento della funzione, delle attività e della partecipazione promuovendo uno stile di vita indipendente, produttivo e soddisfacente. La valutazione dovrebbe essere multidimensionale e riguardare tutti gli aspetti sopra riportati, in modo che il paziente venga descritto nella sua interezza bio-psico-sociale. L'insieme delle misure cui sottoporre il malato va selezionato in base alle condizioni cliniche dello stesso e

agli obiettivi che il curante si prefigge in partenza. È comunque da evidenziare come, da un punto di vista riabilitativo, siano proprio le misure riguardanti le attività e la partecipazione (ad es. 6' MWT, MRC, TBI/TDI, CRQ...) quelle che più sono di utilità per rilevare l'outcome e il miglioramento realmente percepito dal paziente. In particolare, i questionari di misura della qualità della vita consentono una visione olistica della persona. Tra quelli appositamente studiati per la BPCO ci sono il CRQ (Chronic Respiratory Questionnaire), il SGRQ (St George Respiratory Questionnaire) ed il MRF28 (Maugeri Respiratory Failure Questionnaire), quest'ultimo squisitamente dedicato ai pazienti affetti da insufficienza respiratoria cronica. Gli strumenti di misura, a tutti i livelli sopra riportati, dovrebbero avere le seguenti caratteristiche:

- essere affidabili e ripetibili, ben standardizzati
- essere di facile esecuzione
- non richiedere troppo dispendio di tempo nell'esecuzione
- essere testati e validati sulla tipologia di pazienti a cui vengono somministrati
- essere sensibili alle modificazioni
- poter descrivere con efficacia tutti i pazienti in esame (evitando il fenomeno dell'"appiattimento" che si ritrova di solito ai limiti del range).

L'articolo presente in questo numero della Rivista ci mostra come possa essere semplice ed efficace, anche in fase di acuzie, introdurre elementi di misura riabilitativi nel piano di cura del paziente con BPCO. L'aspetto innovativo riguarda però due elementi:

- l'utilizzo che gli Autori fanno della "misura" che passa dall'essere solo un dato puntuale che "foto-

grafa" la realtà del paziente in un dato momento a rappresentare il criterio su cui basarsi per definire il "giusto" trattamento. Questo trattamento "giusto" dovrebbe essere rappresentato dall'erogazione di un trattamento scientificamente valido per quella data categoria di pazienti che possa essere coerentemente inserito nell'organizzazione lavorativa di un reparto definito. Spetta quindi alle singole realtà la definizione del proprio "giusto" trattamento in base al tipo di paziente, alle risorse umane e agli strumenti disponibili.

- l'utilizzo della valutazione in itinere al fine del dosaggio dell'intensità dell'esercizio. Porre dei criteri di riferimento in questo senso garantirebbe la costante taratura dell'intervento riabilitativo rispetto alle condizioni funzionali del paziente che si modificano nell'arco del ricovero, la non palliatività dell'allenamento e la standardizzazione dell'intervento a parità di condizioni clinico-funzionali.

Per facilitare l'utilizzo delle misure nella definizione del trattamento può risultare utile, come guida a supporto dell'équipe, l'uso di algoritmi operativi che descrivano ed evidenzino, anche graficamente, il percorso che il paziente deve compiere durante il periodo riabilitativo e gli step valutativi richiesti. Tale tipo di strumento, definito anche come *Therapist Driven Protocol*, è stato per ora ampiamente studiato ed utilizzato nello svezzamento della ventilazione meccanica, ma è auspicabile che il suo utilizzo venga esteso a tutti i trattamenti riabilitativi respiratori.

In conclusione, la riabilitazione respiratoria necessita di valutazioni quantitative e di operatori capaci

di discernere e utilizzare gli strumenti di misura più idonei per descrivere, valutare, e guidare alla cura il paziente. Tale lavoro richiede sicuramente impegno da parte dei fisioterapisti, ma può essere ripagato dalla possibilità di fornire un trattamento scientificamente valido, meglio individualizzato, e di poter condividere i risultati ottenuti al fine di una continua crescita della nostra professione.

BIBLIOGRAFIA

Evidence-based Medicine Working Group. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; 268 (17): 2420-2425.

Ely EW, Bennett PA, Bowton DL, Murphy SM, Florance AM, Haponik EF. Large scale implementation of a respiratory therapist-driven protocol for ventilator weaning. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999 Feb; 159(2): 439-46.

Tramacere A, Rizzardi R, Cilione C, Serri B, Florini F, Lorenzi MC, Clini E. Effects of respiratory therapist-directed protocol on prescription and outcomes of pulmonary rehabilitation in COPD inpatients. *Respiration*, 2004 Jan-Feb; 71(1): 60-5.

Pablo de Torres J, Pinto-Plata V, Ingenito E, Bagley P, Gray A, Berger R, Celli B. Power of outcome measurements to detect clinically significant changes in pulmonary rehabilitation of patients with COPD. *Chest* 2002; 121: 1092-1098.

Reardon JK, Lareau SC, ZuWallack R. Functional status and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Med*, 2006 Oct; 119 (10 Suppl 1): 32-7.

Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM. Why quality of life should be used in the treatment of patients with respiratory illness. *Monaldi Arch Chest Dis* 1984; 49 (1): 79-82.

Guyatt G. Measuring health status in chronic airflow limitation. *Eur Respir J* 560-564, 1988.

Hess DR. What is evidence-based medicine and why should I care? *Respir Care*. 2004 Jul; 49(7): 730-41.

Baralla L, Brogi S, De Cusatis G, De Simone C, Antonelli S, Costa F, Vagaggini B. e Paggiaro PL. Proposta di un protocollo riabilitativo per pazienti con Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) in corso di ricovero per una grave riacutizzazione. *Riv It Fisioterapia e Riab Respir* 2008; 1: 12-13.