

Questioni di cuore

Paola Quadrelli

Fondazione C.N.R. "Gabriele Monasterio" - Ospedale del Cuore G. Pasquinucci (OPA) - Via Aurelia Sud - 54100 Massa
quadrelli@ifc.cnr.it

Lo studio osservazionale trasversale effettuato da Sarno e coll. rileva un'estrema variabilità nei curricula professionali e formativi dei fisioterapisti che si occupano di riabilitazione respiratoria nelle cardiocirurgie [1]. La preparazione spesso viene acquisita con l'esperienza, frequentando corsi di aggiornamento, o sul campo [2] e solo in alcuni paesi europei, come la Francia [3] o l'Inghilterra [4], esistono percorsi specifici di riabilitazione respiratoria. Spesso la formazione è lasciata alla volontà del singolo e questo ha una ricaduta sia sul ruolo che sul livello di autonomia della figura del fisioterapista. Anche se è sempre più richiesta la presenza di un fisioterapista esperto nelle terapie intensive, spesso non viene coinvolto nelle fasi di valutazione, pianificazione e identificazione degli obiettivi, ma deve sottostare ad un "piano terapeutico" non da lui formulato. Questo non significa che anche in Italia non ci siano alte professionalità, ma resta difficile in molti casi per il fisioterapista trovare uno spazio di ascolto da parte della classe medica non addetta ai lavori. In un contesto in cui, invece, la figura del fisioterapista è ben inserita nel team multidisciplinare e vi sono strumenti condivisi, è possibile registrare e verificare gli obiettivi prefissati e sarà così facilitato un percorso di vera formazione in itinere per una professionalità responsabile. Nella review pubblicata negli anni novanta da Eid [6], pneumologo pediatrico statunitense, la fisioterapia respiratoria veniva identificata nelle manovre di drenaggio posturale, vibrazioni, percussioni, tosse, aspirazioni. Le altre tecniche, come ad esempio la PEP mask (Positive expiratory pressure), il drenaggio autogeno, la HFCC (High-Frequency Chest Compression) venivano solo parzialmente prese in considerazione. Questa descrizione risulta ancora attuale e l'impegno quindi non deve essere solo verso una medicina basata sull'evidenza scientifica, ma piuttosto volto ad acquisire competenze e conoscenze che ci permettano di formulare un metodo di lavoro. Da qui la pressante necessità della stesura di linee guida [7] e di condivisione delle stesse, perché il confine tra libertà professionale e raccomandazioni è molto labile e spesso la tentazione di affidarsi solo alla propria esperienza vince sull'utilizzo di protocolli condivisi.

Il confronto che Sarno e coll. ci propongono con la realtà del Great Ormond Street Hospital di Londra (G.O.S.H.) è molto interessante. Non solo mette in luce le differenze

di quel sistema organizzativo rispetto alla situazione italiana, ma rileva anche un maggiore impegno verso la docenza e attività scientifica ed elegge il ragionamento clinico come competenza del fisioterapista. Valutare, analizzare, decidere, applicare, controllare e rianalizzare sono le parole che dovrebbero accompagnarci nel nostro lavoro quotidiano. Ciò ancora di più quando ci occupiamo di un tipo di riabilitazione respiratoria di "nicchia" come accade nella cardiocirurgia pediatrica. Come ci dobbiamo comportare? Quali tecniche applicare? Come adattare ai pazienti? Quali strumenti di valutazione dobbiamo usare? Anche se l'efficacia della fisioterapia respiratoria postoperatoria risulta ancora molto discussa [8-11] e gli studi in letteratura sono scarsi, ciò non deve portare ad una acritica ripetizione di trattamenti standardizzati. Si rende invece ancora più necessaria una analisi approfondita dei problemi rilevati in ogni singolo caso per formulare un piano di trattamento adeguato. Come suggerito da Patrik nel 1992 [12] l'esperienza migliora la capacità di analizzare le informazioni e di tradurle in obiettivi da raggiungere per determinare un piano terapeutico, ma l'esperienza può essere guidata da uno strumento come il Problem Oriented Medical Records [13]. L'articolo di Paneroni e coll. "Misurare in riabilitazione un'utopia possibile" [14] dovrebbe farci riflettere sul fatto che è nostro dovere misurare e registrare la propria attività non solo per documentare, ma per dare più evidenza al proprio operato e per ottenere una più efficace comunicazione tra i vari operatori. Molto interessante è anche la comunicazione della collega Terry Madsen in merito ad una giornata "tipica" del terapeuta respiratorio. È evidente come il ruolo dei colleghi americani sia diverso per competenze, responsabilità e autonomia decisionale. Ciò ci deve servire come stimolo affinché la figura del fisioterapista respiratorio, auspicata in Italia ed in Europa, acquisti più autorevolezza, competenza e autonomia e non sia intercambiabile con altri operatori [15]. L'auspicio è che il percorso formativo italiano vada verso una più specifica connotazione respiratoria e la strada intrapresa con il Master Universitario di I Livello In Fisioterapia e Riabilitazione Respiratoria realizzato dall'Università degli Studi di Milano in collaborazione con ARIR, attualmente alla sua terza edizione, va in questa direzione.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Lazzeri M, Zampogna E, D'Amanzio E, Castellani C, Guidetti G, Molini G, Turchetti M.A, Vinciguerra R, Ciini E. Fisioterapia e riabilitazione respiratoria: dal profilo professionale alla proposta di un percorso formativo. Rivista Italiana di Fisioterapia e Riabilitazione Respiratoria 2006; 1: 18-19.
- [2] Sarno C. Il ruolo del fisioterapista nei centri italiani di cardiocirurgia pediatrica: studio osservazionale trasversale. Tesi di Specializzazione del Master di I livello in Fisioterapia Pediatrica, Università di Firenze, AA 2006/2007.
- [3] Joud P. Il fisioterapista respiratorio in Francia. Rivista Italiana di Fisioterapia e Riabilitazione Respiratoria 2002; 1: 10-12.
- [4] Norrenberg M, Vincent JL. A profile of European Intensive Care Unit Physiotherapists. Intensive Care Med 2000; 26: 988-994.
- [5] Gosselink R, Bott J, Johnson M, Dean E, Nava S, Norrenberg M et al. Physiotherapy for adult patient with critical illness: recommendation of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for Critically Ill Patients. Intensive Care Med 2008; 134(2): 1027-1036.
- [6] Eid N, Bucheit J, Neuling M, Phelps H. Chest physiotherapy in review. Respir Care 1991; 36: 270-282.
- [7] Vitacca M. "Anarchia o rigidità? Meglio un'intelligente guida per il nostro lavoro". Rivista Italiana di Fisioterapia e Riabilitazione. 2007; 2: 7-9.
- [8] Patman S, Sanders P, Blakmore M. Physiotherapy following cardiac surgery: is it necessary during the intubation period? Aust J Physiother 2000; 47: 7-16.
- [9] Brasher PA, McClelland KH, Denehy L, Story I. Does removal of deep breathing exercise from a physiotherapy program including pre-operative education and early mobilization after cardiac surgery alter patient outcome? Aust Physiother 2003; 49: 165-173.
- [10] Rockwell GM, Campbell SK. Physical therapy program for the pediatric cardiac surgical patient. Physical Therapy 1976(6); 56: 670-675.
- [11] Joao PR, Faria JF. Immediate post-operative care following cardiac surgery. J Pediatr (Rio J) 2003 Nov; 79 Suppl 2: S213-22.
- [12] Patrik D. Clinical decision making. In: Zadai CC. Pulmonary management in physical therapy. Churchill Livingstone, New York 1992.
- [13] Middleton S & Middleton PG. Assessment and investigation of patients' problems. In: Physiotherapy for Respiratory and Cardiac Problems. Adults and paediatrics. Churchill Livingstone, London, 2002; 3-25.
- [14] Paneroni M. Misurare in riabilitazione un'utopia possibile. Rivista Italiana di Fisioterapia e Riabilitazione Respiratoria 2008; 1: 12-13.
- [15] Lazzeri M. Riabilitazione respiratoria: un respiro più ampio. Rivista Italiana di Fisioterapia e Riabilitazione Respiratoria 2002; Supplemento N.1: 8-9.

Master di 1° livello in Fisioterapia e Riabilitazione Respiratoria Università degli Studi di Milano

L'undici febbraio 2009 si è conclusa la terza edizione del Master in Fisioterapia e Riabilitazione Respiratoria, nella Sala Lauree della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano con la dissertazione della tesi conclusiva, meta finale di un anno di grande impegno per i diciannove studenti che vi hanno partecipato.

A loro vanno le nostre congratulazioni e anche la speranza che questo titolo possa realmente contribuire a promuovere maggiormente sul territorio nazionale la figura del fisioterapista respiratorio

Il Direttivo ARIR



Errata corrige: Nella Figura 4 alla pagina 26 del precedente numero le indicazioni "protocollo" e "non protocollo" sono state erroneamente invertite. Ce ne scusiamo con i lettori e ringraziamo l'attento lettore che ci ha segnalato l'inesattezza.