

Presentazione

“We few, we happy few, we band of brothers”
Shakespeare W., **Enrico V**, Atto IV, Scena III

Uno dei segnali biologici dell'invecchiamento si percepisce quando ti chiedono di scrivere una prefazione a un libro. Ti si riconosce una certa autorità, e questo fa piacere, ma nello stesso tempo il compito affidato porta a una valutazione della tua attività nella disciplina oggetto del libro, e quindi agli inevitabili “mi ricordo...”.

Mi ricordo che negli anni Settanta la riabilitazione respiratoria era considerata, nei casi migliori, poco più che psicoterapia e, nel peggiore, come medicina alternativa o complementare. Mi ricordo che quando mi fu chiesto di occuparmene – segno peraltro di grande sensibilità del mio direttore di allora – non ne avevo mai sentito parlare. Certamente non se ne parlava al lavoro, men che meno da parte degli pneumologi. Allora, essere scelti dal primario per occuparsene era considerata quasi una punizione. Fu questo il mio caso. Fu questa la mia fortuna.

Esisteva un solo libro italiano di riabilitazione respiratoria e all'inizio mi sentii frustrato. Scoprii però ben presto di non essere solo in questa avventura. Fu così che entrai a far parte della prima generazione di riabilitatori respiratori. Un piccolo gruppo (allora) che ha avuto la ventura di contribuire certamente alla promozione della riabilitazione respiratoria in Italia (ma anche nel mondo) e all'inserimento della disciplina nel campo della Medicina Basata sull'Evidenza (EBM).

Perché di disciplina si deve parlare. Cos'è, infatti, una disciplina scientifica? Essa è definita da due caratteristiche: la disponibilità di metodi di valutazione propri e la presenza di una “controscienza” da cui ricevere e a cui dare informazioni. La riabilitazione respiratoria soddisfa entrambe queste condizioni. Abbiamo elaborato metodi di valutazione propri e abbiamo una “controscienza”: la fisiopatologia respiratoria (lo si dovrebbe ricordare nelle stucchevoli discussioni lobbistiche su chi deve fare cosa). Da quei tempi tutto è cambiato. Nuove generazioni di appassionati si affacciano alla ribalta. Tutti, ma proprio tutti, dicono di occuparsene. La ricerca scientifica nel settore è progredita in modo esponenziale. Se si va a ricercare il numero di pubblicazioni digitando solo “Pulmonary Rehabilitation” si vedrà che il numero di pubblicazioni per anno è cresciuto in modo esponenziale.

La conferma si ha prendendo in rassegna i progressi che queste pubblicazioni riportano. Trenta anni fa, le tecniche utilizzate erano fondamentalmente il drenaggio posturale e la respirazione diaframmatica. Se prendiamo in considerazione le tecniche riabilitative attuali, vediamo che il drenaggio posturale è ancora utilizzato, anche se la evidenza scientifica di efficacia non è così rilevante. Le altre tecniche di disostruzione bronchiale introdotte non hanno mostrato maggiore grado di evidenza di efficacia. Tuttavia, esiste anche la medicina basata sull'esperienza. Le tecniche di respirazione diaframmatica hanno evidenza di non efficacia, almeno in alcuni casi, e infatti continuano a essere utilizzate, mentre altre tecniche, come l'allenamento dei muscoli respiratori, la respirazione a labbra socchiuse, il rilasciamento, il biofeedback, sono state studiate e sono sostanzialmente ancora discusse. Si so-

no sviluppate le modalità di allenamento all'esercizio fisico sostanzialmente mutuate dalla riabilitazione cardiologica e se ne è dimostrata l'efficacia con studi controllati e randomizzati. È stato dimostrato l'effetto, sulla sopravvivenza dei pazienti con Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO), della somministrazione a lungo termine dell'ossigeno-terapia e della sospensione del fumo. Inoltre, sono state proposte nuove strategie per migliorare la capacità d'esercizio fisico, come l'assistenza ventilatoria, la elettrostimolazione periferica e il supporto di ossigeno.

Sono state introdotte in Terapia Intensiva tecniche di riabilitazione respiratoria e sono state impiegate non solo in fase di stabilità, ma anche durante le riacutizzazioni di BPCO. La riabilitazione respiratoria ha trovato un ruolo importante nella gestione dei pazienti sottoposti a trapianto del polmone, mentre l'applicazione di tecniche di riabilitazione respiratoria in malattie diverse dalla BPCO è sostanzialmente ancora poco studiata. È stata evidenziata l'importanza del supporto nutrizionale e in generale dei problemi sistemici associati alla BPCO molto prima della loro scoperta da parte dei nostri clinici. Infine, sono state prodotte linee guida e raccomandazioni nazionali e internazionali.

Questi progressi sono molto o poco rilevanti? Non lo so. Quello che so è che, ad esempio nella BPCO, l'evidenza di efficacia della riabilitazione respiratoria è maggiore di quella dei trattamenti farmacologici, così come è più documentata rispetto alla riabilitazione di altre patologie, proprio perché nel nostro campo si applicano metodi di valutazione. Prima dello sviluppo della riabilitazione respiratoria, la valutazione degli effetti di una terapia farmacologica in campo pneumologico era limitata alla spirometria e all'emogasanalisi. La necessità di valutare gli effetti della riabilitazione ha così determinato lo sviluppo dei metodi di valutazione funzionale in campo respiratorio, poi applicati agli studi farmacologici. Questo ci porta al nostro libro. In realtà i maggiori progressi scientifici forniti dalla riabilitazione respiratoria si sono avuti nell'ambito della valutazione funzionale. Confermando la definizione di disciplina scientifica, in questi anni la riabilitazione respiratoria ha prodotto metodi di valutazione propri che sono stati recepiti dalla sua "controscienza", la fisiopatologia respiratoria. La riabilitazione respiratoria ha prodotto e/o stimolato l'elaborazione di nuovi metodi di valutazione della compromissione funzionale, come lo studio della funzione dei muscoli respiratori e della disabilità, le misure della dispnea, della tolleranza allo sforzo e dell'handicap e le scale di qualità della vita correlate alla salute, specifiche in varie condizioni respiratorie. Sono stati anche elaborati punteggi applicabili nella predizione di sopravvivenza e consumo di risorse sanitarie. Sono tanto convinto dell'importanza della valutazione funzionale in campo riabilitativo che personalmente preferisco mutuare la definizione di riabilitazione respiratoria da Luigi Tavazzi "Valutazione e terapia a lungo termine", in cui valutazione viene prima di terapia. Dobbiamo congratularci con gli autori di questo nuovo libro che affronta appunto i temi della valutazione, dandone una visione che è il risultato di un saggio mescolarsi di basi teoriche e di applicazione pratica. Soprattutto dobbiamo ricordarci di misurare quello che facciamo perché solo così possiamo rimanere saldamente ancorati alla Scienza e non scivolare pericolosamente verso i facili, ma labili, territori di quella medicina fantasiosa/ideologica che ha lo stesso successo presso il pubblico e la stessa attendibilità dei reality show televisivi.

Nicolino Ambrosino

UO Pneumologia, Dipartimento Cardio-Toracico,
Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana Cisanello, Pisa