

## La riabilitazione respiratoria

La riabilitazione respiratoria è definita dalle più recenti linee guida ERS/ATS del 2013 come un intervento multidisciplinare basato su una valutazione del paziente seguita da un programma terapeutico personalizzato che comprende ottimizzazione della terapia farmacologica, riallenamento allo sforzo, interventi educazionali e cambiamenti delle abitudini errate; tutto ciò al fine di migliorare lo stato fisico e psicologico del paziente con malattia respiratoria cronica e di migliorare l'aderenza a lungo termine ai comportamenti salutari.

È, dunque, un programma integrato basato sui bisogni del paziente che coinvolge un *team* interdisciplinare che comprende, nel caso della pneumologia riabilitativa, lo pneumologo, gli infermieri professionali, i fisioterapisti, gli specialisti di altre branche, lo psicologo, il nutrizionista, il sociologo e tutte quelle figure professionali che concorrono al trattamento riabilitativo atto a ridurre al minimo i sintomi del paziente e ottimizzare la *performance* all'esercizio fisico, l'autonomia, la partecipazione alla vita sociale, alle attività di vita quotidiana e la qualità di vita.

Sino ad alcuni anni fa la riabilitazione coinvolgeva esclusivamente i pazienti affetti da BPCO; tuttavia nel corso degli anni si sono riscontrati notevoli benefici, con conseguente evidenza scientifica, anche per i pazienti affetti da altre patologie quali le interstiziopatie polmonari, la fibrosi cistica, le bronchiectasie, le malattie neuromuscolari, i disturbi respiratori durante il sonno, l'asma grave, nonché la preparazione all'intervento chirurgico o la riabilitazione post-chirurgica nei casi di tumore polmonare, riduzione del volume polmonare, trapianto polmonare e per altri interventi maggiori di chirurgia toracica e addominale.

I pazienti affetti da BPCO rappresentano la maggior parte dei pazienti che afferiscono alla riabilitazione respiratoria. Purtroppo, a causa della carenza di posti letto di Pneumologia Riabilitativa e delle ristrettezze

economiche che portano i Sistemi Sanitari Regionali (SSR) a contrarre le spese, di fatto questi pazienti afferiscono ad un programma riabilitativo intensivo solo nelle condizioni cliniche più avanzate, a causa del progressivo peggioramento domiciliare dei sintomi o delle capacità ad eseguire sforzi (quali accudire a sé) o dopo un evento “acuto” che abbia portato il paziente a ricovero ospedaliero in Pneumologia per acuti. Di converso, i pazienti BPCO si avvantaggerebbero di riabilitazione respiratoria già in fase molto precoce di malattia per interrompere i circoli viziosi che portano al peggioramento della malattia.

Nel 1998 sono state redatte dal Ministero della Salute le linee guida della riabilitazione al fine di uniformare il programma livellando le divergenze esistenti tra le varie regioni, e successivamente sono state rivisitate nel 2011. È stata pertanto definita la presa in carico del malato, la sua valutazione, l'elaborazione del progetto riabilitativo e l'effettuazione di un preciso programma.

In tal senso deve essere elaborato un percorso assistenziale integrato che comprende gli interventi sanitari e non, che viene definito come “Progetto riabilitativo individuale (PRI)”. Tale progetto viene elaborato dal responsabile stesso, ovvero dal medico riabilitatore inteso come *“medico con specializzazione in medicina fisica e riabilitativa ed equipollenti, ovvero un medico in possesso di specialità in discipline affini per le quali ha ottenuto, nel rispetto delle normative concorsuali, l'accesso professionale alla medicina fisica e riabilitazione, ovvero un medico chirurgo in possesso di specialità in altre discipline che, come da normativa concorsuale, ha anzianità di servizio in strutture dedicate ad attività riabilitative”*.

Secondo i succitati documenti, quindi, lo specialista in riabilitazione non è il solo medico fisiatra specialista in medicina fisica e riabilitazione, ma può essere anche un altro specialista d'organo con anzianità lavorativa in strutture riabilitative.

La Regione Puglia ha recepito il Piano di Indirizzo per la Riabilitazione con DGR n. 933 del 10-05-2011. Successivamente, però, sono state approvate con Delibera Giunta Regionale Puglia 2067 del 07-11-2013 le linee guida per l'appropriatezza dei ricoveri in riabilitazione intensiva che erroneamente si dimenticano del medico specialista con anzianità di servizio, citando quale riabilitatore il solo fisiatra.

I vari documenti prodotti dal Ministero della Salute negli anni recenti (e ripresi dalla Conferenza Stato-Regioni) prevedono che la program-

mazione regionale attribuisca 0.5 letti ogni 1.000 abitanti alla riabilitazione (0.2 alla lungodegenza, per un totale di 0.7 posti-letto/1.000 abitanti).

In realtà, la Regione Puglia ha un indice ampiamente inferiore a quello previsto essendo pari a 0.43/1.000 per un totale di 1.769 posti letto. Di questi, la riabilitazione intensiva pneumologia, ad oggi incide per 86 posti-letto, a fronte dei 162 posti letto della cardiologia e degli 886 della fisioterapia (\*). Secondo i dati del 2012 del Ministero della Salute (HSP12 e 13, Quadro E) in Puglia il dato era fermo a 0.37/1.000 con equa suddivisione tra strutture di ricovero pubbliche (0.19 per 1.000 residenti) e case di cura accreditate (0.17 per 1.000 residenti). Al contrario, in altre Regioni il dato era fortemente sbilanciato verso il Pubblico (Veneto, Friuli, Liguria, Umbria, Molise e Basilicata) o verso il Privato (Provincia di Bolzano, Lazio, Abruzzo, Campania, Calabria e Sardegna).

Volendo suddividere per ASL la presenza di posti letto di riabilitazione respiratoria, la realtà provinciale della Puglia è la seguente (*Tabella 1*):

**Tabella 1 - Posti letto di Riabilitazione Respiratoria Intensiva, suddivisi per ASL (\*)**

ASL	FG	BT	BA	BR	TA	LE
Posti-letto	6	0	40	0	20	20

(\*) Posti letto desunti, in quanto la DGR 3006 non riporta la corretta distribuzione dei letti riabilitativi; ad esempio, incorpora nei letti di RRF i 40 di riabilitazione pneumologica e i 40 di riabilitazione cardiologica della Fondazione Maugeri.

Sicuramente in Regione Puglia vi è oggi un maggior interesse verso la riabilitazione, compresa quella respiratoria, per cui è ipotizzabile che la futura nuova riorganizzazione della rete ospedaliera che farà seguito al Patto della Salute 2014-2016 prevederà un notevole incremento dei posti letto di riabilitazione. Come avvenuto nel recente passato, il timore è che i letti vengano distribuiti all'interno di UO di Pneumologia invece di concentrarli in strutture dedicate alla riabilitazione. Se così sarà, il rischio è che non si possano creare quelle casistiche e competenze necessarie ad ottimizzare il sistema. Al contrario, avendo i posti letto di riabilitazione respiratoria intensiva frammentati sul territorio, si resterà subalterni al fisiatra per la disponibilità dei fisioterapisti necessari al trattamento riabilitativo, non formando nel tempo quegli specialisti in grado di poter

redigere autonomamente il PRI. Sarebbe invece opportuno creare delle UOC a valenza provinciale nelle quali istituire tutte le branche riabilitative necessarie al territorio. In tal modo si potrebbe ottimizzare il sistema creando casistica e competenze, lasciando al territorio (leggasi: pneumologie territoriali) la gestione riabilitativa post-intensiva.

A questo punto pare importante differenziare le due principali tipologie di trattamento riabilitativo respiratorio, quello intensivo e quello estensivo permessi in Regione Puglia.

Per riabilitazione respiratoria intensiva s'intende quella che necessita di interventi sanitari ad elevato carico assistenziale e che prevede almeno 180 minuti di assistenza riabilitativa respiratoria omnicomprensiva; l'assistenza riabilitativa comprende quindi tutto ciò che viene fatto dalle varie figure professionali interdisciplinari che si occupano del paziente da riabilitare.

Gli interventi riabilitativi intensivi si realizzano in strutture di ricovero e cura e riguardano le disabilità importanti e complesse che richiedono un elevato impegno assistenziale ossia un'assistenza infermieristica di 24 ore. A seguito del raggiungimento di una maggiore condizione di stabilità tali interventi riabilitativi potrebbero essere proseguiti in ambito extra-ospedaliero.

Secondo la normativa pugliese, il paziente può giungere in riabilitazione intensiva ospedaliera:

- per trasferimento diretto da un ospedale per acuti;
- entro 30 giorni dalla dimissione se in essa è posta indicazione al trattamento riabilitativo intensivo;
- su richiesta di uno specialista pneumologo che constati: un peggioramento della dispnea secondo scala MRC o di Borg, o la presenza di dispnea per attività di vita quotidiana, o almeno 2 riacutizzazioni all'anno, o la presenza di gravi patologie disabilitanti ad interesse multiorgano, o pazienti affetti da patologia neuromuscolare ed interessamento respiratorio, o peggioramento dei dati emogasanalitici o spirometrici.

La riabilitazione respiratoria estensiva, invece, è quella che prevede meno di 180 minuti di assistenza riabilitativa con un minimo di 60 minuti. Può essere erogata in regime ospedaliero ed extra-ospedaliero o in regime residenziale.

Dobbiamo allora chiederci quando avviare un paziente a riabilitazione intensiva o estensiva. Normalmente si dice, molto genericamente, che un paziente deve essere inviato a eseguire riabilitazione estensiva quando le proprie condizioni generali non gli permettono di eseguire almeno 180 minuti di interventi. Questa è però un'affermazione fuorviante, in quanto potrebbe far pensare che i pazienti più gravi siano quelli che non possono essere sottoposti a riabilitazione intensiva. Paradossalmente, invece, è il contrario: i pazienti più gravi devono essere avviati a trattamenti riabilitativi di tipo intensivo. L'errore alla base dell'interpretazione di cui sopra è legato al fatto che, spesso, si confonde la riabilitazione col solo intervento in palestra del fisioterapista, dimenticando tutte le altre figure professionali succitate. Se si considera correttamente la riabilitazione come un trattamento multidisciplinare e inter-professionale, allora si capisce bene come ai pazienti più gravi nelle Pneumologie Riabilitative si forniscano supporti riabilitativi di altro tipo, ingestibili nel *setting* delle riabilitazioni estensive: il tentativo di svezzamento dalla ventiloterapia continuativa; quello dalla tracheotomia; la mobilitazione passiva/attiva al letto; i programmi educazionali mirati alla conoscenza e gestione della malattia; quelli mirati alla gestione delle eventuali protesi (ventilatori, cannule tracheostomiche, PEG, eccetera); e quelli forniti ai *caregiver* dei pazienti. Ciò detto, i pazienti che più beneficerebbero della riabilitazione estensiva sono quei pazienti che, terminato il programma di riabilitazione intensivo hanno ancora necessità riabilitative in quanto la loro condizione clinica non è ottimizzata; ovvero quei pazienti che necessitano di periodi di "rinforzo" del trattamento riabilitativo non presentando eventi acuti o peggioramenti tali dei sintomi, della capacità ad eseguire sforzi e le normali attività della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, accudire a sé, ecc) che richiedano, di converso, il trattamento riabilitativo intensivo.

L'altra differenziazione è quella del *setting* cioè, dove eseguire il trattamento riabilitativo respiratorio: essenzialmente in regime ospedaliero ed extra-ospedaliero (territoriale, ambulatoriale, di comunità).

La riabilitazione respiratoria ospedaliera fornisce i percorsi riabilitativi intensivi, avendo come sede privilegiata (anche se non unica) il reparto di Pneumologia Riabilitativa perché, per quanto non impossibile, è estremamente difficile che in altri *setting* si possano garantire organico di personale e strumentazione sufficienti e adeguate al grande impegno da fornire.

Al contrario, la riabilitazione respiratoria extra-ospedaliera fornisce principalmente riabilitazione di tipo estensivo e si pratica nelle strutture riabilitative extra-ospedaliere ex articolo 26, negli ambulatori pneumologici ospedalieri e territoriali, nonché al domicilio del paziente.

Purtroppo, in tutta la Puglia esistono solo due Unità Operative Territoriali di Pneumologia, una Complessa a Brindisi e una Semplice a Valenza Dipartimentale nella BAT, in antitesi a quanto invece previsto dalla L.R. 1 del 12-01-2005 art. 21. Tutto il resto del territorio pugliese è ampiamente scoperto, basandosi esclusivamente sui Distretti con presenza di specialisti pneumologi ad essi afferenti, che di conseguenza non possono offrire un'adeguata assistenza diagnostico-terapeutico-riabilitativa al paziente affetto da patologie respiratorie trattabili o riabilitabili a livello extra-ospedaliero. A causa di ciò, l'integrazione ospedale-territorio non può essere adeguatamente garantita con l'offerta di percorsi riabilitativi strutturati e progressivi; inoltre l'offerta riabilitativa (e non solo) complessiva risulta essere ampiamente sottodimensionata per la popolazione affetta da malattie dell'apparato respiratorio.

### **Riassunto problematiche in Regione Puglia:**

1. posti letto di riabilitazione intensiva ampiamente insufficienti;
2. posti letto non omogeneamente distribuiti sul territorio;
3. parcellizzazione dei nuovi posti in apertura all'interno dei reparti "per acuti", invece di concentrarli in reparti dedicati alla riabilitazione. Ne consegue che, difficilmente, ci saranno fisioterapisti dedicati alla riabilitazione respiratoria; molto probabilmente, faranno invece capo alle UUOO di RRF e, quindi, non avranno competenze specifiche;
4. linee-guida UVAR che non riprendono correttamente la definizione di chi sia il medico specialista in riabilitazione. Ne consegue che in alcune ASL lo specialista pneumologo non può prescrivere il PRI autonomamente e deve avvalersi della consulenza del fisiatra.
5. non valorizzazione della Pneumologia territoriale che impedisce, di fatto, la continuità terapeutica anche in campo riabilitativo.

---

## Bibliografia

- Appropriatelyzza dei ricoveri in Riabilitazione Intensiva. Delibera Giunta Regionale Puglia n. 2067, 07-11-2013.
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano (Repertorio atti n. 50/CSR 10-02-2011).
- Delibera Giunta Regionale Puglia n. 3006, 27-12-2012.
- Delibera A.Re.S. n. 35, 13-03-2013.
- [http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_8\\_3\\_1.jsp?lingua=italiano&id=7](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?lingua=italiano&id=7).
- Intesa Stato-Regioni Atti 98/CSR 05-08-2014 “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e qualitativi relativi all’assistenza ospedaliera”.
- Il Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, [www.statoregioni.it](http://www.statoregioni.it) codice sito: 4.10/2010/92.
- La Centralità della Persona in Riabilitazione. Quaderni del Ministero della Salute n.8 marzo-aprile 2011.
- Legge Regionale n. 1, 12-01-2005, articolo 21.
- Recepimento della Regione Puglia del Piano di Indirizzo per la Riabilitazione. Delibera Giunta Regionale Puglia n. 933, 10-05-2011.