

# Il Fisioterapista Respiratorio: passato, presente e uno sguardo verso il futuro

## *The Respiratory Physiotherapist: past, present and future*

Simone Salvitti<sup>1</sup>, Marianna Russo<sup>2</sup>, Adriano Gesuele<sup>3</sup>

<sup>1</sup> SC Pneumologia, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASU GI), Trieste; <sup>2</sup> UO di Riabilitazione Cardiologica Specialistica, MultiMedica S.p.A., IRCCS, Milano; <sup>3</sup> UOC di Pneumologia e Sub-Intensiva Respiratoria, Ospedale Sant'Anna e SS. Madonna della Neve, Boscotrecase (NA)

## Introduzione

Nelle vicissitudini dell'ultimo anno legate all'emergenza da COVID-19, che tutti ormai ben conosciamo, si è molto parlato del Fisioterapista Respiratorio (FtR) come una figura sanitaria fin dall'inizio in prima linea che, al fianco di medici, infermieri e del resto del personale sanitario e ausiliario, ha preso parte alla riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale per fronteggiare questa emergenza senza precedenti. Grazie alle sue competenze nella gestione dell'insufficienza respiratoria si è rivelato una figura fondamentale in molti scenari <sup>1</sup>.

Nell'ambito delle patologie respiratorie i FtR hanno gradualmente affermato il loro ruolo nelle cure integrate ospedaliere e territoriali, prestando servizio come specialisti in contesti molto diversi come pronto soccorso, terapia intensiva e subintensiva, degenza ordinaria e riabilitativa, ambulatorio e assistenza domiciliare integrata.

## Chi è il Fisioterapista Respiratorio?

Questa figura professionale è stata per la prima volta identificata negli Stati Uniti nel 1943, quando il medico Edwin R. Levine affidò un programma sulla corretta assunzione della terapia inalatoria ad un gruppo di "tecnici" formati per gestire pazienti post-chirurgici in un ospedale di Chicago. L'evoluzione della professione negli anni ha visto aggiungersi conoscenze e competenze che l'hanno resa altamente specialistica. Tuttavia, i percorsi di formazione dedicati per Fisioterapisti Respiratori in tutto il mondo differiscono ampiamente.

In Italia si inizia a parlare esplicitamente di riabilitazione respiratoria negli anni '80 e nello stesso periodo viene pubblicato dal Dott. Nicolino Ambrosino il testo su "Valutazione e trattamento riabilitativo in patologia respiratoria" <sup>2</sup> che si rivelò poi essere un trattato pionieristico in campo riabilitativo. Sempre in quegli anni, all'Ospedale Niguarda di Milano, un gruppo di fisioterapisti si raccoglieva intorno al Prof. Italo Brambilla che ebbe la formidabile intuizione di individuare nel fisioterapista la figura sanitaria più idonea per educare e accompagnare pazienti con insufficienza respiratoria cronica, con l'obiettivo di favorire il recupero di uno stile di vita attivo e un livello soddisfacente di

Ricevuto e accettato il 17-6-2021

### Corrispondenza

Simone Salvitti  
SC Pneumologia, Azienda Sanitaria Universitaria  
Giuliano Isontina (ASU GI)  
strada di Fiume 447, 34149 Trieste  
simonesalvitti@gmail.com

### Conflitto di interessi

Gli autori dichiarano di non avere nessun conflitto di interesse con l'argomento trattato nell'articolo.

**Come citare questo articolo:** Salvitti S, Russo M, Gesuele A. Il Fisioterapista Respiratorio: passato, presente e uno sguardo verso il futuro. Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 2021;36:67-70. <https://doi.org/10.36166/2531-4920-A066>

© Copyright by Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri – Italian Thoracic Society (AIPO – ITS)



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

qualità di vita, grazie all'ossigenoterapia a lungo termine che da quel momento abbandona la veste di mero farmaco atto alla correzione dell'ipossiemia ed evolve a vera e propria "protesi".

Fino ad allora per i fisioterapisti occuparsi di problematiche respiratorie significava istruire e addestrare i pazienti all'utilizzo della respirazione diaframmatica, costale alta e bassa, e somministrare il drenaggio posturale, associato a *clapping* e vibrazioni nelle forme ipersecretive.

Progressivamente nel dizionario culturale dei fisioterapisti cominciarono ed essere inseriti concetti di fisiologia e fisiopatologia respiratoria e si aprirono scenari fino ad allora poco (o per nulla) considerati: la valutazione dei muscoli respiratori, i concetti di *fatigue* muscolare respiratoria e *time-limit*, l'analisi del profilo ventilatorio, i test psicofisici per la misurazione della dispnea.

Anche in ambito legislativo si sono registrati importanti cambiamenti per il fisioterapista: al Regolamento concernente l'individuazione della figura e il relativo Profilo Professionale del Fisioterapista, ratificato dal Ministero della Salute nel 1994, si è aggiunta nel 2001 l'istituzione del Corso di Laurea in Fisioterapia, che ha sostituito i precedenti ordinamenti e previsto la possibilità di istituire Master di specializzazione post-laurea. In questi anni ARIR e AIPO-ITS hanno proposto diversi corsi, universitari e non, al fine di promuovere una formazione di alto livello in ambito respiratorio e di affermare la titolarità e l'autonomia professionale, così come delineato dal DM n. 741/94 e dalla successiva legge n. 251/00 per il Profilo Professionale del Fisioterapista. Primo tra tutti il "Master in Fisioterapia e Riabilitazione Respiratoria" realizzato con la collaborazione dell'Università degli Studi di Milano, nato nel 2007 ed evolutosi nel 2020 in "Master Universitario in Fisioterapia Cardiorespiratoria e di Area Critica", che permette di conseguire il titolo di specialista.

## Cosa fa il Fisioterapista Respiratorio?

Le competenze del FtR spaziano da un'accurata valutazione funzionale clinica, strumentale e dei fattori contestuali, alla definizione, insieme all'intera équipe interdisciplinare, degli obiettivi individuali e degli indici di risultato idonei alla scelta della strategia riabilitativa *patient-centered* appropriata da attuare nei vari ambiti di azione, tra prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione<sup>3</sup>, collaborando in ambito ospedaliero e territoriale con il medico specialista di riferimento e il medico di medicina generale per la gestione e l'ottimizzazione delle cure integrate (Tab. I).

## Prospettive future

Il panorama della riabilitazione respiratoria negli ultimi 40 anni è profondamente mutato grazie ai progressi nella pratica clinica, nelle conoscenze fisiopatologiche, nelle tecnologie sia valutative che terapeutiche. Nonostante ciò, purtroppo, in Italia le ore di insegnamento riservate alle conoscenze in ambito cardiorespiratorio nel percorso formativo universitario di base del fisioterapista risultano esigue: nel corso di laurea di primo livello rappresentano solo il 3% circa del totale dei CFU, tirocinio compreso, e sono distribuite prevalentemente nell'ultimo anno di formazione<sup>4</sup>. Infatti, a causa di questa insufficiente e inadeguata istruzione universitaria, nei curricula dei FtR attualmente in attività si riscontra molta variabilità riguardo alla formazione in tale ambito specifico che, nella maggior parte dei casi, deriva da esperienza sul campo o da corsi di aggiornamento extrauniversitari.

L'attività pratica è fondamentale tanto quanto quella teorica nel percorso di formazione di un fisioterapista, tuttavia la carenza di strutture specializzate non agevola lo svolgimento di tirocini che siano in grado di far acquisire le conoscenze necessarie per poter svolgere il proprio lavoro in autonomia e questa carenza è tanto più grave in ambito neonatale/pediatico, il che comporta, oltre che considerevoli rischi sia per il paziente che per il professionista, anche dei lunghi periodi di affiancamento che si traducono, specialmente in strutture in cui c'è un elevato *turnover*, in costi notevoli e scarsa efficienza lavorativa<sup>5</sup>.

Nell'attuale modello organizzativo vigente in molti ospedali, il fisioterapista non collabora direttamente con pneumologi e intensivisti perché le sue prestazioni vengono subordinate alla valutazione del fisiatra: questa spesso si traduce in una semplice "autorizzazione al trattamento" che però di fatto dilata i tempi di intervento e può in qualche misura ostacolare lo scambio, la collaborazione e la crescita interdisciplinare in ambito respiratorio<sup>4</sup>. Inoltre, il fatto che il fisioterapista non sia integrato stabilmente nell'équipe di reparto, ma eroghi prestazioni "su consulenza", mina considerevolmente la possibilità di intervenire in modo efficace, tempestivo e continuativo a discapito dell'*outcome* clinico-funzionale del paziente. Il non volere considerare la possibilità che altri specialisti possano aver il diritto-dovere ad esercitare la riabilitazione come atto di competenza terapeutica specifica, appare fondato solo sulla presunta ereditarietà della "proprietà" della materia riabilitativa e sulla assoluta "aspecificità" professionale dei fisioterapisti<sup>6</sup>.

Mentre altri stati del mondo da tempo esistono corsi universitari (anche di durata superiore a 3 anni) specifici in fisioterapia e riabilitazione cardiorespiratoria e di area critica, risulta evidente l'esigenza a livello italiano,

Tabella I. Competenze del Fisioterapista Respiratorio.

<b>Valutazione funzionale e dei fattori contestuali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamnesi, esame obiettivo e valutazione delle condizioni generali</li> <li>• <i>Pattern</i> respiratorio</li> <li>• Dispnea e altri sintomi e segni di fatica respiratoria</li> <li>• Auscultazione del torace</li> <li>• Tosse e secrezioni</li> <li>• Esecuzione e interpretazione di prove di funzionalità respiratoria</li> <li>• Forza della muscolatura respiratoria e periferica</li> <li>• Ossigenoterapia e ventiloterapia (modalità, efficacia ed autonomia nella gestione dei dispositivi)</li> <li>• Interpretazione di emogasanalisi e <i>imaging</i> radiologico ed ecografico</li> <li>• Capacità di esercizio e attività fisica</li> <li>• Aderenza alle terapie riabilitative e farmacologiche, con particolare riferimento all'adeguatezza delle procedure di assunzione della terapia inalatoria</li> <li>• Contesto ambientale e sociale, stato funzionale globale, attività della vita quotidiana e livello di autonomia</li> </ul>
<b>Individuazione degli obiettivi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tra i più comuni: ridurre la dispnea e/o fatica muscolare, migliorare la tolleranza allo sforzo e la qualità della vita, prevenire o minimizzare il decondizionamento psico-fisico dovuto a prolungati periodi di allettamento e ventilazione meccanica, facilitare la <i>clearance</i> delle secrezioni, favorire il reclutamento polmonare, ottimizzare la terapia in atto, incentivare l'aderenza alle cure e l'<i>empowerment</i></li> </ul>
<b>Arete di intervento</b>	
<b>Prevenzione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sedute educazionali sul corretto utilizzo dei vari dispositivi per l'assunzione della terapia inalatoria</li> <li>• Rilevazione periodica, con cadenza più o meno frequente in base alle necessità del caso o alle segnalazioni del paziente, di parametri vitali, <i>performance</i> fisica e aderenza alle terapie mediche e riabilitative tramite contatto telefonico, videochiamata o visite al domicilio</li> <li>• Favorire l'<i>empowerment</i>, il <i>self-management</i> della patologia e una vita sociale attiva in collaborazione con le associazioni di pazienti e altre realtà del territorio</li> </ul>
<b>Cura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riduzione della sintomatologia (dispnea e fatica muscolare)</li> <li>• Trattamento delle secrezioni sfruttando tecniche di drenaggio senza ausili, utilizzando pressioni positive o ricorrendo a dispositivi elettromeccanici</li> <li>• Trattamento delle aree parenchimali disventilate (posture facilitanti, incentivatori volumetrici, pressioni positive)</li> <li>• Gestione della ventilazione meccanica invasiva e non invasiva: scelta e adattamento alle diverse interfacce (casco, maschera, <i>nasal pillow</i>, boccaglio), umidificazione attiva o passiva del circuito di ventilazione, gestione del presidio endotracheale, svezamento dalla cannula tracheostomica con particolare riguardo al recupero della fonazione, della tosse efficace e allo <i>screening</i> dei disturbi della deglutizione</li> <li>• Gestione dell'ossigenoterapia convenzionale a bassi e alti flussi o tramite <i>high flow nasal cannula</i></li> <li>• Studio e gestione dei disturbi respiratori del sonno</li> <li>• Terapia educazionale per paziente e/o <i>caregiver</i> sul corretto utilizzo dei vari dispositivi in dotazione</li> </ul>
<b>Riabilitazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riadattamento allo sforzo (forza ed <i>endurance</i>) volto al recupero e/o mantenimento delle capacità funzionali (<i>treadmill</i>, <i>cyclette</i>, <i>sit-to-stand</i>, salita e discesa di scale, cammino libero, combinazione di più esercizi a corpo libero) e dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana</li> </ul>
<b>Palliazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione dei sintomi (tosse cronica, ipersecretività bronchiale, dispnea, <i>fatigue</i>, dolore muscoloscheletrico), mantenimento dell'indipendenza funzionale e della qualità della vita nella fase <i>end-stage</i> della patologia respiratoria cronica</li> </ul>

o ancora meglio in sede di Europa comunitaria, di definire un percorso formativo sempre più qualificato per i FtR e, su tale necessità, si fonda il documento redatto dalla *task force* della European Respiratory Society <sup>7</sup>, composta da medici e FtR esperti provenienti da diverse nazioni, che ha sviluppato un curriculum post-laurea "armonizzato" e strutturato per la formazione in fisioterapia respiratoria.

Dal punto di vista organizzativo, le competenze cliniche e tecniche in possesso del FtR possono essere una risorsa preziosa per i progetti di sviluppo delle Aziende Sanitarie e il suo coinvolgimento dovrebbe avvenire fin dalle attività di pianificazione strategica. Sebbene molti fisioterapisti abbiano la capacità e l'abilità per assumere ruoli di primo piano, l'accesso a ruoli di *leadership* all'interno dell'organigramma ospedaliero è molto limi-

tato<sup>8</sup>. Inoltre sta crescendo sempre più l'evidenza che negli esiti disabilitanti stabilizzati di patologia o in alcune fasi di malattie croniche e degenerative dove sia prevalente il bisogno riabilitativo rispetto a quello assistenziale, è opportuno che il fisioterapista svolga il ruolo di *case-manager* secondo quanto previsto dal *Chronic Care Model*<sup>9</sup>. Infine, nell'ottica di portare i servizi sul territorio e farli diventare più vicini ai cittadini e alle loro necessità, sarebbe necessario introdurre la figura del fisioterapista di comunità per dar vita a un nuovo modello assistenziale che metta da parte il concetto di "medicina di attesa" e lasci spazio alla proattività della "medicina di iniziativa" rendendo l'accesso alle cure sempre più rapido ed equo, facendo così fronte, in modo efficace ed efficiente, alle sempre più numerose richieste di assistenza<sup>10</sup>.

È auspicabile quindi che nel prossimo futuro la figura del FtR possa ricevere il giusto riconoscimento giuridico e professionale attraverso un percorso formativo universitario specifico e specializzante, che delinei conoscenze, abilità e competenze le quali, insieme alla collaborazione diretta con il medico specialista di riferimento e l'integrazione all'interno dell'équipe di cura, favoriscano il processo di progressiva affermazione della propria autonomia professionale all'interno del panorama sanitario. Sarà inoltre indispensabile operare un salto culturale nell'organizzazione delle strutture sanitarie, e in particolare delle unità operative ad alto rischio di complicanze respiratorie (terapie intensive, medicine e chirurgie maggiori), prevedendo tra i criteri di accreditamento la presenza di un adeguato numero di fisioterapisti con competenze respiratorie avanzate, integrati appieno nel *team* clinico-assistenziale attualmente definito.

Con queste premesse, coscienti della necessità di approfondire e divulgare in ambito sanitario le conoscenze riguardo questa branca della riabilitazione, attraverso questo editoriale introduttivo diamo il via ad una serie di pubblicazioni monotematiche riguardanti la fisioterapia respiratoria.

La proposta editoriale, che si svilupperà in successivi articoli, è stata ideata in modo tale da raggiungere temi specifici delle differenti macroaree di intervento tra cui valutazione funzionale, disostruzione bronchiale, rinforzo della muscolatura respiratoria e riespansione polmonare, riallenamento allo sforzo ed esercizio fisico,

fisioterapia pre e post operatoria, fisioterapia in area critica, continuità assistenziale tra ospedale e territorio. Queste pubblicazioni saranno accompagnate anche dalla presentazione di alcuni casi clinici, per entrare nel vivo della pratica dalla prospettiva del fisioterapista respiratorio.

L'auspicio è che la serie possa essere da approfondimento per chi già si interessa di fisioterapia respiratoria e da stimolo per quei colleghi che non si sono ancora avvicinati ad essa.

## Bibliografia

- 1 Vitacca M, Carone M, Clini EM, et al. Joint statement on the role of respiratory rehabilitation in the COVID-19 crisis: the Italian position paper. *Respiration* 2020;99:493-499. <https://doi.org/10.1159/000508399>
- 2 Ambrosino N. Valutazione e trattamento riabilitativo in patologia respiratoria. Roma, Marrapese Ed. 1986.
- 3 Documento di indirizzo intersocietario AIPO-ITS, SICP, ARIR, SIMRI. Le cure palliative nella persona con patologia respiratoria. Documento d'indirizzo intersocietario. Milano: AIPO Ricerche Edizioni 2020. <http://www.aiponet.it/editoria/aipo-ricerche-edizioni/prodotti-editoriali/111-documenti-scientifici/2593-documento-di-indirizzo-intersocietario-le-cure-palliative-nella-persona-con-patologia-respiratoria.html>
- 4 Lazzeri M, Brivio A, Costi S, et al. Il fisioterapista respiratorio nella realtà sanitaria italiana: indagine conoscitiva telefonica. *Rivista Italiana di Fisioterapia e Riabilitazione Respiratoria* 2011;10:11-18.
- 5 Walsh BK, Gentile MA, Grenier BM. Orienting new respiratory therapists into the neonatal/pediatric environment: a survey of educators and managers. *Respir Care* 2011;56:1122-1129. <https://doi.org/10.4187/respcare.00972>
- 6 Clini EM, Lazzeri M, Lusardi M. Il fisioterapista respiratorio: un bisogno urgente di professionalità. *Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio* 2004;19:185-186.
- 7 Troosters T, Tabin N, Langer D, et al. Introduction of the harmonised respiratory physiotherapy curriculum. *Breathe* 2019;15:110-115. <https://doi.org/10.1183/20734735.0124-2019>
- 8 Jackman AA. Putting the "RT" in redevelopment. *Can J Respir Ther* 2017;53:33-36.
- 9 AIFI. La Fisioterapia a sostegno della sostenibilità del Sistema Salute. Proposte per modelli organizzativi appropriati, efficaci ed efficienti. 2017.
- 10 AIFI. La Fisioterapia d'iniziativa. Promuovere il supporto alla gestione delle malattie croniche e il coinvolgimento attivo della persona nei processi di cura. 2017.