

Correva l'anno 2023

Pneumologia Riabilitativa e Assistenza Domiciliare

Franco Pasqua

UO Pneumologia Riabilitativa, IRCCS San Raffaele Pisana, Roma

Nei pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è ormai ben noto che i livelli di attività fisica (PA) sono in genere bassi, e che tali livelli sono associati ad una prognosi peggiore, come evidenziato anche nello *statement* ERS pubblicato nel 2014. Ovviamente, migliorare questo *outcome* può avere notevole importanza nella gestione di questi soggetti. Nonostante ciò, attualmente non sono ancora del tutto ben chiari gli effetti sulla PA dei vari tipi di intervento disponibili, sia farmacologici che non farmacologici. Questo è in gran parte dovuto alla difficoltà di categorizzare un modo di comportamento complesso come la PA, che è influenzato da fattori non solo patologici, ma anche fisiologici, ambientali, comportamentali e psicosociali. Riteniamo pertanto interessante segnalare la revisione sistematica con metanalisi di Megaritis et al. ¹, apparsa su ERJ Open Research, perché si focalizza proprio sull'efficacia delle varie modalità terapeutiche di intervento nel migliorare i livelli di attività fisica nei pazienti con BPCO.

Trentatré studi randomizzati e controllati sono stati ritenuti eleggibili per la metanalisi. Sono stati analizzati gli effetti sulla PA, misurata in termini di numero di passi giornalieri, e di tempo quotidiano speso per camminare. Gli interventi terapeutici presi in considerazione sono stati le strategie per favorire le modifiche comportamentali, la terapia broncodilatatrice e l'esercizio fisico, confrontati con placebo o con le cure standard (*usual care*); inoltre è stata confrontata l'efficacia della associazione di modifiche comportamentali più esercizio fisico rispetto al solo esercizio fisico.

I risultati della metanalisi ci dicono che gli interventi per la modifica dei comportamenti e la farmacoterapia consentono miglioramenti significativi della PA in termini di numero di passi giornalieri e di tempo quotidiano speso nel camminare, mentre tale significatività non è raggiunta dall'esercizio fisico da solo. Inoltre, confrontando i risultati ottenuti dalle strategie volte al cambiamento dei comportamenti e dalle terapie broncodilatatrici, i primi risultano essere circa il doppio rispetto ai secondi. Infine, la combinazione delle strategie per le modifiche comportamentali e l'esercizio fisico, determinano miglioramenti significativi rispetto ai risultati raggiunti dall'esercizio fisico da solo, con il quale non veniva raggiunta la significatività.

Le conclusioni che si possono trarre dallo studio sono che le strategie per la modifica dei comportamenti e la terapia farmacologica si sono dimostrati efficaci nel migliorare la PA, in termini di passi/die, rispetto al gruppo placebo o controllo. Tale significatività non viene raggiunta dall'esercizio fisico da solo, ma solo se questo viene abbinato alla modifica dei comportamenti. Ciò non sminuisce l'importanza dell'esercizio nella gestione globale dei pazienti con BPCO, ma ribadisce il concetto che la riabilitazione è

Ricevuto e accettato: 25/03/2024

Corrispondenza

Franco Pasqua

UO Pneumologia Riabilitativa, IRCCS San Raffaele Pisana, Roma
franco.pasqua@sanraffaele.it

Conflitto di interessi

L'autore dichiara di non avere nessun conflitto di interesse con l'argomento trattato nell'articolo.

Come citare questo articolo: Pasqua F. Pneumologia Riabilitativa e Assistenza Domiciliare. Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 2024;39:7-9. <https://doi.org/10.36166/2531-4920-740>

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



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>

un processo integrato, nel quale anche se l'allenamento all'esercizio fisico rappresenta la pietra angolare, non vanno trascurati altri interventi, tra i quali le modifiche dei comportamenti svolgono un ruolo importante, anche nel favorire la autogestione della malattia.

La riabilitazione polmonare è ormai un trattamento che riveste un ruolo centrale nella gestione dei pazienti BPCO, sia nella fase stabile che in corso e dopo la riacutizzazione. È ben noto che essa migliora la tolleranza all'esercizio fisico, la dispnea e la qualità della vita. Nonostante ciò, negli studi clinici vi è una numerosità e quindi una eterogeneità di molti altri indicatori di risultato, che esplorano diversi altri domini riguardanti lo stato psichico e fisico dei pazienti. Questa elevata eterogeneità nelle misure di *outcome*, è stata del resto ben documentata anche da una abbastanza recente metanalisi, nella quale viene riportato come in letteratura esistano ben 163 diversi *outcome* e vengano utilizzate ben 217 modalità per la loro misura. Questa estrema difformità può avere un impatto negativo sia sul piano clinico che su quello della ricerca. Ci sembra pertanto interessante lo studio che proponiamo, in quanto si pone proprio l'obiettivo di identificare un *Core Outcome Set* (COS), che potrebbe avere notevole importanza sia nella pratica clinica, che nella ricerca, consentendo tra l'altro un più agevole confronto tra i risultati ottenuti dai vari studi clinici². A tale scopo gli autori hanno utilizzato il metodo Delphi organizzato su due step. Sono stati pertanto costituiti due gruppi di esperti: da un lato pazienti con BPCO e *caregiver*, dall'altro operatori sanitari, ricercatori e decisori politici. L'elenco iniziale degli *outcome* è stato sviluppato combinando i risultati ottenuti da una revisione sistematica con quelli ottenuti in altri due studi da interviste con pazienti, *caregiver* e professionisti sanitari, ricercatori e decisori politici. Con questa ricerca, sono stati trovati 171 *outcome* diversi. Dopo una opportuna scrematura, necessaria perché, come è noto, la validità del processo Delphi è inversamente proporzionale al numero di item, è stata identificata una lista di 57 *outcome* che venivano ordinati alfabeticamente e sottoposti agli esperti per via cartacea o elettronica. Gli intervistati a questo punto dovevano attribuire a ciascun *outcome* un punteggio secondo una scala di Likert su 9 punti. Gli *outcome* che raggiungevano un punteggio da 1 a 3 venivano classificati come "non importanti", da 4 a 6 come "importanti ma non critici", e da 7 a 9 come "critici". Alla fine del primo turno della *survey*, i partecipanti erano in grado di suggerire gli *outcome* da valutare nel turno successivo. Al termine perciò di questo primo step, un totale di 63 *outcome* è stato ammesso alla votazione successiva. Il secondo step della *survey* ha utilizzato lo stesso sistema di punteggio precedente. Dopo il secondo turno, i

risultati con un punteggio tra 7 e 9 attribuito da almeno il 70% dei partecipanti e tra 1 e 3 da meno del 15% dei partecipanti di entrambi i gruppi, venivano automaticamente inclusi nel COS finale. I risultati che solo uno dei gruppi considerava essenziali, sono stati ulteriormente discussi tra gli autori in un successivo *meeting*. Pertanto, alla fine del secondo step, 6 *outcome* sono stati inclusi nel COS, 43 sono stati esclusi e 14 sono stati ulteriormente discussi. Alla fine del processo, gli *outcome* inclusi nel COS sono stati in totale 9, suddivisi in due domini, quello clinico-fisiologico (dispnea, fatica, capacità all'esercizio, funzione dei muscoli degli arti inferiori), e quello impattante la vita quotidiana (qualità della vita, attività della vita quotidiana, comportamento, conoscenza della malattia, obiettivi personali). Il loro utilizzo viene raccomandato prima ed immediatamente dopo la conclusione del programma riabilitativo.

Giudichiamo rilevante lo studio in oggetto, in quanto la identificazione di *outcome* condivisi tramite il processo Delphi, può rivestire notevole importanza sia dal punto di vista della pratica clinica che della ricerca. Per la pratica clinica l'utilizzo del COS può consentire una migliore razionalizzazione dei programmi, permettendo anche un miglioramento di qualità degli stessi. Inoltre, il confronto tra pazienti e centri di riabilitazione, e la dimostrazione della efficacia e dei benefici ottenuti con la riabilitazione polmonare può consentire una attrazione di risorse da parte degli enti pagatori. Sul piano della ricerca infine può essere consentita una migliore omogeneità degli studi clinici, permettendo la elaborazione di metanalisi con bias certamente ridotti.

Non è infine possibile non considerare le linee guida prodotte dall'American Thoracic Society e dedicate alla riabilitazione polmonare nei pazienti con malattie polmonari croniche³. Riteniamo importante segnalare questo lavoro in quanto anzitutto si tratta di una linea guida e non di uno *statement*, quindi dotato di raccomandazioni, e poi perché non prende in considerazione solo la BPCO, ma anche alcune tra le altre malattie respiratorie croniche nelle quali la riabilitazione si è dimostrata efficace, come ad esempio le malattie interstiziali, l'asma, l'ipertensione polmonare, le bronchiectasie, la fibrosi cistica, il tumore del polmone, i postumi dell'infezione COVID-19, la preparazione e il recupero dal trapianto del polmone.

È ben noto che la riabilitazione polmonare, nonostante gli ormai ampiamente provati benefici nei pazienti BPCO, sia una pratica clinica sottoutilizzata: solo il 5% dei pazienti che ne potrebbero beneficiare viene effettivamente arruolato. I motivi sono i più vari: vanno dalla insufficiente disponibilità di centri specializzati, a problemi di ordine logistico, alla scarsa conoscenza dei suoi benefici sia da parte del paziente che dei sanitari, ed

infine alla insufficiente formazione in questo specifico settore di medici ed operatori sanitari. Nelle precedenti linee guida, puntualmente elencate e citate nello studio che proponiamo, la riabilitazione polmonare era effettivamente focalizzata soprattutto nella gestione dei pazienti con BPCO, mentre negli ultimi anni si è assistito alla sua implementazione anche in altre patologie croniche diverse dalla BPCO e anche all'utilizzo di altre modalità di rilascio della stessa, quale la tele riabilitazione. Lo studio è stato condotto da un *panel* multidisciplinare di esperti, il quale si è preposto di rispondere a sei domande che avevano lo scopo di mettere a fuoco alcuni aspetti importanti della riabilitazione polmonare, aspetti che potevano avere ricadute positive non solo sulla pratica clinica, ma anche politiche ed economiche. Per definire le domande è stato utilizzato il metodo P.I.C.O. dove P sta per *patient population*, I per *intervention*, C per *comparator*, O per *outcome*. Allo scopo di valutare infine la qualità delle evidenze e di formulare quindi le relative raccomandazioni, è stato utilizzato il metodo GRADE, prendendo in esame per quanto possibile le revisioni sistematiche apparse in letteratura. Dei sei punti verso i quali si è rivolta l'attenzione degli esperti, due riguardano la riabilitazione nei soggetti con BPCO, la prima per i pazienti stabili, la seconda per i pazienti ospedalizzati dopo riacutizzazione, due la riabilitazione in patologie respiratorie croniche diverse dalla BPCO, cioè l'ipertensione polmonare e le malattie interstiziali, e infine le ultime due modalità alternative di erogazione, cioè la tele riabilitazione e la riabilitazione di mantenimento. La qualità delle evidenze è stata definita su quattro livelli: alto, se l'effetto stimato ha una alta probabilità di essere vicino a quello reale; moderato, come sopra ma con possibilità che il risultato sia considerevolmente differente; basso, quando c'è una maggiore probabilità che l'effetto reale sia notevolmente diverso dall'effetto stimato, e molto basso, quando è molto

probabile che l'effetto reale sia notevolmente diverso dall'effetto stimato. In base a quanto detto, sono stati evidenziati due livelli di raccomandazioni, forte, basata su una qualità dell'evidenza di grado moderato, per 4 domande su 6, cioè le due sui pazienti BPCO, quella sulla riabilitazione nelle malattie interstiziali e quella sulla tele riabilitazione, e raccomandazione condizionata, basata su qualità dell'evidenza di grado basso, per le ultime due. In conclusione, le raccomandazioni forti, esprimono la probabilità che la maggior parte dei pazienti trattati ottenga i risultati attesi, mentre le condizionate li ritengono possibili solo per una parte dei pazienti, per cui vi è la necessità di una selezione tra i candidati. La novità di questa linea guida, è che per la prima volta vengono fornite le evidenze e quindi le relative raccomandazioni su alcune patologie diverse dalla BPCO, e su alternative modalità di erogazione della riabilitazione. Tutto ciò può avere notevole impatto sulla pratica clinica, ma anche sulla politica sanitaria e sui risvolti economici. Un limite è sicuramente che vengono trascurate altre patologie croniche diverse dalla BPCO, nelle quali la riabilitazione ha dimostrato efficacia.

Bibliografia

- 1 Megaritis D, Hume E, Chynkiamis ND, et al. Effects of pharmacological and non-pharmacological interventions on physical activity outcomes in COPD: a systematic review and meta-analysis. *ERJ Open Res* 2023;9:00409-2023. <https://doi.org/10.1183/23120541.00409-2023>
- 2 Souto-Miranda S, Saraiva I, Spruit MA, et al. Core outcome set for pulmonary rehabilitation of patients with COPD: results of a modified Delphi survey. *Thorax* 2023;78:1240-1247. <https://doi.org/10.1136/thorax-2023-220522>
- 3 Rochester CL, Alison JA, Carlin B, et al. Pulmonary rehabilitation for adults with chronic respiratory disease: an official American Thoracic Society clinical practice guideline. *Am J Respir Crit Care Med* 2023;208:e7-e26. <https://doi.org/10.1164/rccm.202306-10665T>