

Specialisti in medicina respiratoria

Introduzione



Punti chiave

- I gruppi multidisciplinari (composti da diverse figure professionali di operatori sanitari) sono sempre più importanti per la cura dei pazienti affetti da varie malattie respiratorie.
- Il gruppo di lavoro respiratorio e l'addestramento sono determinati dalla ricchezza e produttività della nazione, dall'evoluzione storica della medicina, dall'influenza sociale della medicina e dalle priorità politiche.
- Il numero degli specialisti in malattie dell'apparato respiratorio per 100.000 abitanti varia di 10 volte tra differenti nazioni europee.
- La medicina respiratoria pediatrica è una specializzazione riconosciuta solo in una minoranza di nazioni.

In un mondo che cambia il moderno specialista in malattie dell'apparato respiratorio deve adattarsi a nuove pressioni e responsabilità. Due decenni fa era quasi interamente autonomo e autosufficiente ed esercitava la sua professione confidando unicamente sulla sua esperienza e competenza. Egli trattava i pazienti con tubercolosi (TBC), polmonite, patologie delle vie aeree, bronchiectasie, embolia polmonare, interstiziopatie e fibrosi cistica (CF) senza la necessità di far afferire i pazienti ad altri specialisti o unità specialistiche. Egli avrebbe indirizzato i pazienti affetti da cancro del polmone alla radioterapia o alla chirurgia toracica, ma era in grado di eseguire personalmente la broncoscopia e le procedure per la patologia pleurica e di somministrare la chemioterapia, con moderazione. Avrebbe conferito con il chirurgo toracico e il radioterapista in caso di necessità. Occasionalmente avrebbe telefonato a un batteriologo o a un patologo e avrebbe fatto riferimento alla terapia intensiva solo in circostanze eccezionali. I tempi attuali non recano alcuna certezza allo specialista respiratorio. Ci sono nuove sfide cliniche, come i disturbi respiratori del sonno, infezioni in ospiti immunocompromessi, TBC resistente ai farmaci, adulti con CF, tecniche broncoscopiche complesse e ventilazione non invasiva.

È largamente dato per assodato che non ci si possa aspettare che il singolo specialista sia competente in tutte queste aree, così diverse. Di conseguenza si è verificato un grande incremento del numero degli specialisti respiratori; la maggior parte di essi ora ha aree di specifico interesse; la realtà della sotto-specializzazione ha provocato l'aumento del livello tecnico dello staff nei dipartimenti respiratori, la maggior parte dei quali ora possiede laboratori di

“

Il moderno specialista in medicina respiratoria ha dovuto adattarsi a nuove pressioni e nuove responsabilità

”

funzionalità respiratoria ben equipaggiati per eseguire la spirometria, la pletismografia, la capacità di diffusione con il respiro singolo e il test da sforzo. È venuto alla luce il concetto di team multidisciplinare (MDT). Inizialmente questo era limitato all'assistenza dei pazienti con il cancro del polmone e comprendeva medici specialisti dell'apparato respiratorio, oncologi, radioterapisti, radiologi, patologi, palliativisti e chirurghi toracici. Il MDT si riunisce a cadenza settimanale e in genere discute i casi di tutti i pazienti con il cancro del polmone, non solo quelli che vengono considerati per una gestione attiva. Si riconosce attualmente che questo tipo di atteggiamento è essenziale per il malato, ma costituisce anche una fonte di insegnamento e un'esperienza di apprendimento inestimabili. Sono sorti altri MDT dedicati al trattamento di TBC, asma, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), interstiziopatie polmonari e disturbi respiratori del sonno.

Nel MDT sono coinvolti non solo i medici, che rimangono comunque la figura professionale più rilevante, ma anche molti altri professionisti sanitari. Una volta le attività infermieristiche in campo respiratorio erano limitate, come seguire la tracciabilità dei casi di TBC; attualmente invece gli infermieri giocano un ruolo molto importante nell'asma, BPCO, cancro del polmone e CF. In alcuni Paesi molti compiti assistenziali sui pazienti con patologie delle vie aeree sono stati delegati a costoro, sia in ospedale che a domicilio. In aree ben definite gli infermieri possono eseguire prescrizioni, di solito in base a protocolli concordati. I pazienti affetti da cancro del polmone sono regolarmente supportati e consigliati da infermieri specializzati, che possono avere anche un ruolo nel migliorare la gestione. Nei disturbi del sonno e nelle malattie neuromuscolari i tecnici addetti al laboratorio di fisiopatologia respiratoria e i fisiologi sono completamente integrati nel MDT e sono spesso i responsabili della supervisione della ventilazione meccanica domiciliare.

In Europa i medici specialisti in malattie dell'apparato respiratorio sono stati la guida di questi profondi cambiamenti che hanno migliorato la professione. Tuttavia il ritmo del cambiamento è stato molto variabile nelle diverse nazioni europee. Nell'ambito delle specializzazioni mediche, il livello dei professionisti e delle infrastrutture accademiche e di addestramento risultano dalla combinazione di molte variabili che interagiscono tra di loro. Esse comprendono: la ricchezza e la produttività della nazione, la sua storia e le tradizioni di sviluppo della medicina, l'influenza della classe medica sulla società e la priorità che la medicina rappresenta per il mondo politico.

In aggiunta, la complessità crescente dell'assistenza medica reca con sé pressioni inaspettate sulla manodopera nell'ambito delle specializzazioni mediche. Questo è particolarmente evidente per la medicina respiratoria. I malati di TBC possono far riferimento al dipartimento di malattie infettive; gli anziani con polmonite alla geriatria; quelli con cancro del polmone agli oncologi; gli asmatici agli allergologi; i pazienti con disturbi respiratori del sonno agli

otorinolaringoiatri o ai neurologi. Gli specialisti in malattie dell'apparato respiratorio ritengono a ragione di servire al meglio gli interessi di tutti questi pazienti e che sia necessario definire il ruolo della loro specializzazione in queste aree. È quindi importante tenere sotto osservazione il livello professionale degli organici che si occupano di malattie respiratorie. I dati elencati in questo capitolo sono stati ottenuti dalle risposte a un questionario che è stato inviato ai membri del Forum of European Respiratory Societies (FERS) e ai delegati nazionali della European Respiratory Society (ERS). La risposta al questionario è stata ottenuta nel 68% dei casi, mentre la maggior parte di coloro che non hanno risposto apparteneva all'Europa Orientale.

La figura 1 mostra il numero di medici specialisti in malattie dell'apparato respiratorio degli adulti nelle nazioni europee per 100.000 abitanti (media 4.4 per 100.000). La variazione è ampia, dalla Macedonia (1.16 per 100.000) alla Grecia (10.56 per 100.000). La spiegazione di questo fenomeno può, almeno in parte, essere ricondotta al fatto che la Grecia ha pochi medici di base e che quindi i pazienti consultano gli specialisti per problemi che in altri Paesi verrebbero demandati, appunto, al medico di famiglia. Lo stesso assetto è evidente in cardiologia: nel 2007 un'indagine condotta dalla Union of European Medical Specialists (UEMS) ha evidenziato la presenza di 22.6 cardiologi per 100.000 abitanti in Grecia, contro una media europea di 6.9. Una ragione ulteriore delle ampie differenze che riguardano gli specialisti in malattie respiratorie è che in alcune nazioni europee, come è già stato menzionato, altri gruppi di operatori sanitari svolgono attualmente

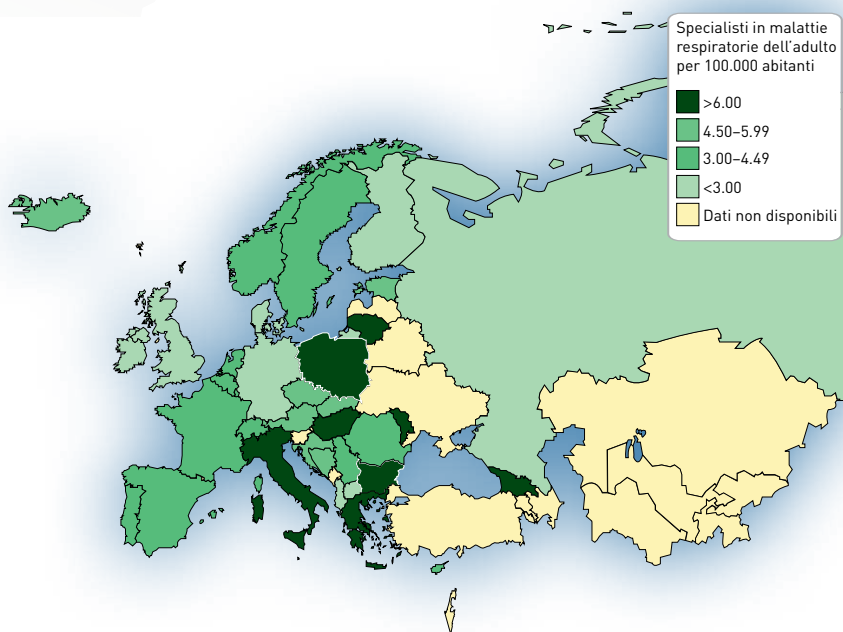


Figura 1 – Specialisti in malattie respiratorie dell'adulto per 100.000 abitanti.

compiti che in passato erano esclusivi dei medici. Inoltre (vedi sopra) altri tipi di specialisti possono trattare pazienti con malattie respiratorie.

I dati presentati nella prima edizione del Libro Bianco non sono direttamente paragonabili con questa edizione perché le definizioni di alcune categorie sono leggermente differenti; per esempio in alcuni Paesi sono stati inclusi anche gli specialisti respiratori già in pensione. Quindi la diminuzione del numero di medici in Italia, Slovacchia e Finlandia non è corretta ed è solo apparente. In ogni caso il numero degli specialisti respiratori in Ungheria è crollato. Questo dato viene attribuito allo scarso reclutamento e all'emigrazione di medici nell'Europa Occidentale. Gli specialisti respiratori sono l'1.48% di tutti i medici (figura 2), ma questa media per Albania, Macedonia, Polonia e Bosnia è pari al 2.75%, dato che può riflettere la sfida costituita dalla TBC e dalla TBC multiresistente ai farmaci (MDR)-TB nell'Europa Orientale.

La figura 3 indica il numero dei medici in formazione e di coloro che sono già specialisti in malattie respiratorie degli adulti per 100.000 abitanti. La Grecia ha il numero più elevato dei primi: 2.2 comparato alla media di 0.69 per 100.000. Non esiste un'ovvia correlazione tra gli specialisti e i medici in formazione, tuttavia il calcolo del rapporto tra i primi e i secondi mostra differenze marcate (figura 4). Il rapporto medio è 8.3, ma l'intervallo è ampio, dal 34.3 in Georgia all'1.4 in Irlanda. Molte delle nazioni con il quoziente più elevato, spesso nell'Europa Orientale, hanno molti medici che si occupano di TBC; essi vengono classificati come specialisti respiratori, ma non si ritiene necessaria la loro sostituzione da parte di colleghi addestrati in modo completo. L'Italia sembra avere un alto rapporto tra specialisti e medici in formazione, ma il numero di questi ultimi è una stima e può non essere accurato.

La figura 5 mostra il numero di medici specialisti in malattie respiratorie pediatriche. In molte nazioni non viene riconosciuta la pediatria respiratoria come specializzazione separata e i bambini sono assistiti da medici degli adulti, pediatri e allergologi. Inoltre vengono mostrati i dati sul rapporto tra medici in formazione e pediatri respiratori. Sarebbe che l'Albania abbia intenzione di pianificare il progresso della specializzazione, dato che ha solo due specialisti in pediatria respiratoria contro 19 in formazione.

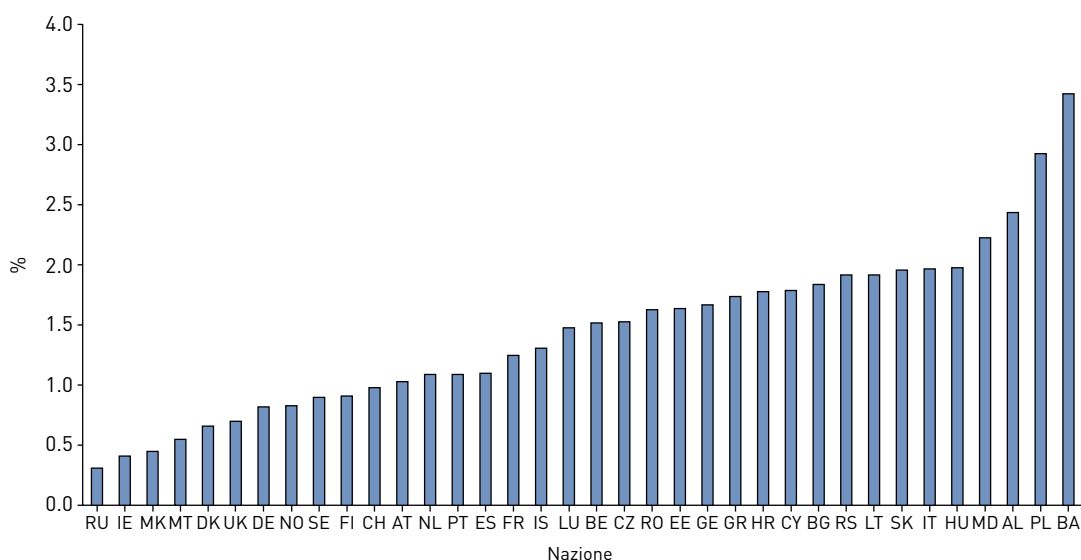


Figura 2 – Percentuale di specialisti in malattie respiratorie dell'adulto rispetto il numero totale dei medici.

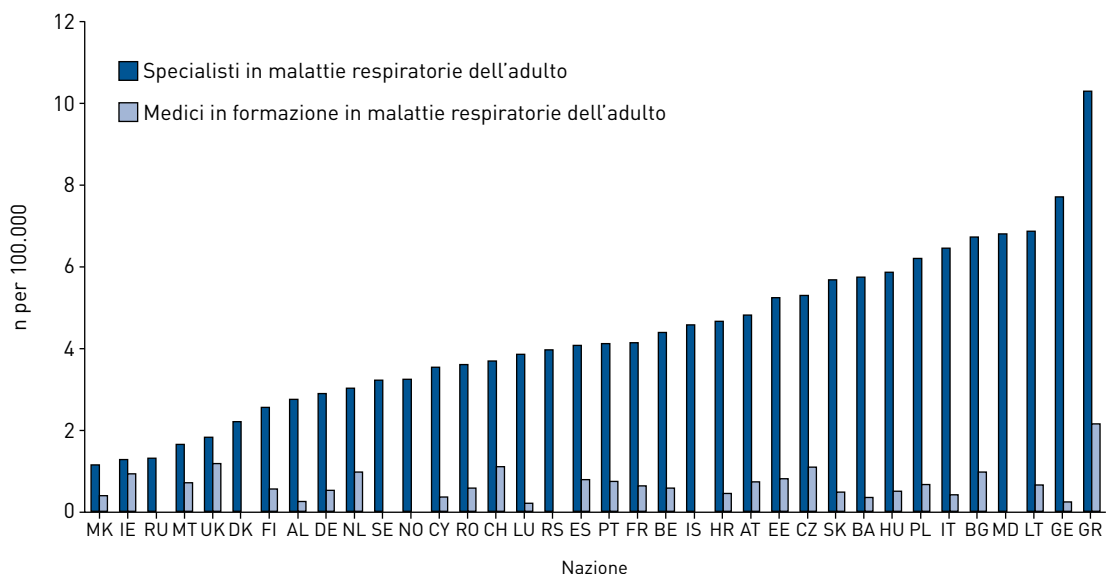


Figura 3 – Specialisti in malattie respiratorie dell'adulto e medici in formazione per 100.000 abitanti.

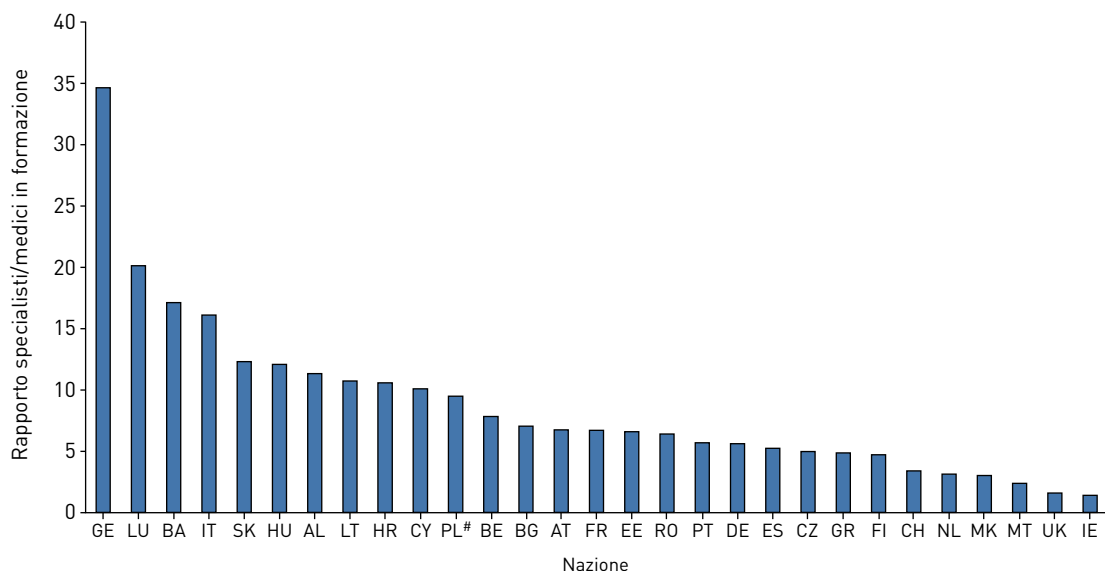


Figura 4 – Rapporto tra specialisti in malattie respiratorie dell'adulto e medici in formazione. #: adulti e .pediatrici, combinati.

La figura 6 mostra dati su facoltà di medicina, dipartimenti universitari e professori di malattie dell'apparato respiratorio. Solo 5 nazioni, tutte in Europa Occidentale (Spagna, Regno Unito, Francia, Italia e Germania) hanno più di 30 facoltà mediche. Il numero di esse di solito corrisponde al numero dei dipartimenti universitari; la Germania rappresenta un'eccezione degna di nota, dato che i dipartimenti accademici di medicina respiratoria sono meno della metà delle facoltà universitarie. In questa nazione l'addestramento in medicina respiratoria viene spesso praticato in modo indipendente dalla facoltà di medicina, come già evidenziato nella prima edizione del Libro Bianco. Infatti in molte nazioni europee, comprese quelle

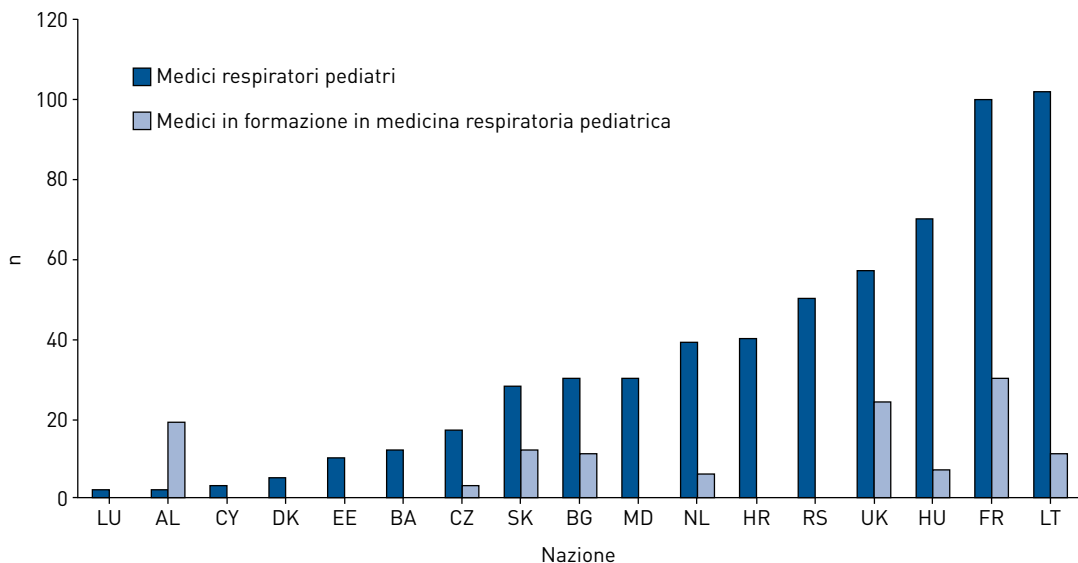


Figura 5 – Medici respiratori pediatri e medici in formazione in medicina respiratoria pediatrica.

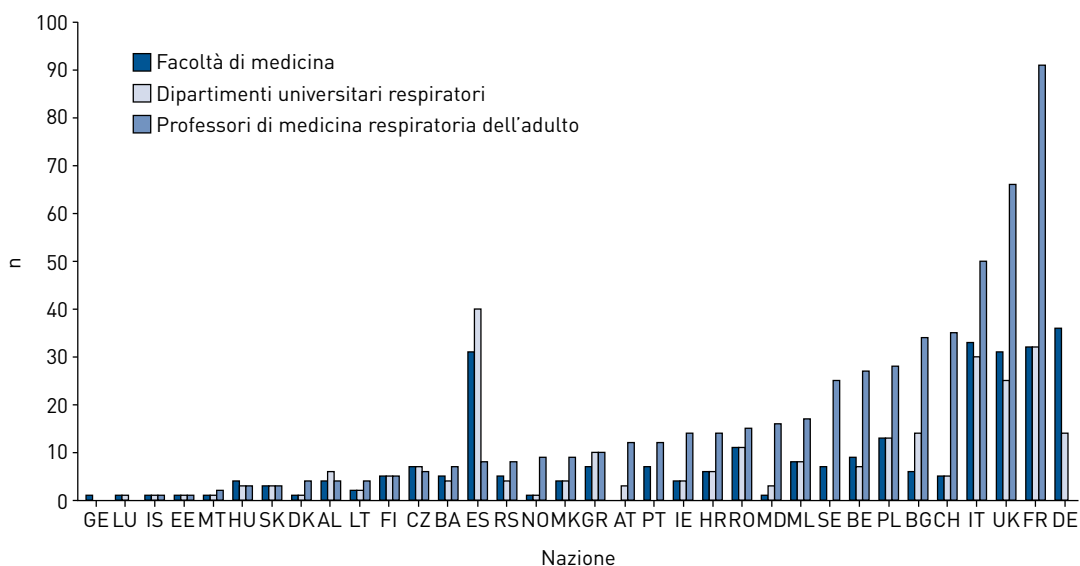


Figura 6 – Numero di facoltà di medicina, dipartimenti universitari respiratori e professori di medicina respiratoria dell'adulto.

nelle quali esiste il dipartimento universitario di malattie dell'apparato respiratorio, gran parte del periodo di addestramento per la specializzazione viene effettuato in reparti non universitari. L'Europa sta chiaramente seguendo la modalità USA di nomina personale o di professori titolari che non sono capi di dipartimento. La Francia ha un numero di professori almeno tre volte superiore a quello dei dipartimenti di malattie dell'apparato respiratorio.

In sintesi, anche se i dati attuali non permettono un paragone diretto con quelli della prima edizione, essi dimostrano l'esistenza di interessanti differenze tra le nazioni europee in relazione all'organizzazione della medicina respiratoria. In particolare, può essere utile per le autorità sanitarie e per le università delle nazioni meno sviluppate prendere in considerazione come la loro situazione si ponga rispetto quella dei Paesi più sviluppati.