

POLICY STATEMENT

IL FISIOTERAPISTA NELLE RETI DI PROSSIMITÀ A SUPPORTO DEL SISTEMA E IN ATTUAZIONE DEL DM 77/22

Premessa

Nel corso degli ultimi cinquanta anni il miglioramento delle condizioni socio-sanitarie e l'aumento della sopravvivenza hanno portato ad una progressiva e profonda modificazione degli scenari di cura in quanto, parallelamente all'invecchiamento della popolazione, è progressivamente aumentato il numero delle malattie croniche. Di conseguenza il rischio di incorrere in una condizione di non autosufficienza e di contrarre patologie ad andamento cronico degenerativo aumenta sensibilmente con l'età, causando un bisogno sempre maggiore di cura ed assistenza, oltre che di dipendenza dai servizi socio-sanitari.

Le affezioni che riguardano questa tipologia di pazienti sono particolarmente complesse sia per la molteplicità dei bisogni che sottendono sia per la loro mutabilità nel corso del tempo e ciò richiede uno sforzo assistenziale "oneroso" poiché necessitano di continuità assistenziale per lunghi periodi e di una forte integrazione dei servizi territoriali presenti, siano essi sanitari che sociali.

Nel trattamento delle patologie croniche si dovrebbe assistere ad un vero e proprio processo di de-medicalizzazione della malattia, a partire dal fatto che, conoscendo la storia naturale delle malattie ed i fattori di rischio ad esse correlati, le strategie di intervento dovrebbero iniziare quando ancora non esiste nessun danno biologico e sono legate all'educazione sanitaria e alla promozione della salute.

Lo scenario che si schiude, legato al passaggio da una prevalenza di patologie acute ad una alta prevalenza di quelle croniche, impone un cambio di passo importante per l'organizzazione dei servizi sanitari in termini di percorsi assistenziali, modalità di azione e di lavoro, relazioni tra i diversi professionisti coinvolti e tra i diversi settori in cui gravita l'utente.

L'organizzazione dei servizi socio-sanitari per rispondere alle esigenze sempre più complesse in ambito socio-sanitario, prevede il superamento del modello prestazionale di assistenza, per introdurre un paradigma di cura integrata dove tutti i professionisti coinvolti garantiscano la continuità assistenziale.

Per meglio garantire la continuità delle cure è fondamentale ampliare l'assistenza domiciliare: uno degli obiettivi dei sistemi di cura della cronicità è quello di mantenere il più possibile la persona al proprio domicilio e impedirne o ridurre il rischio di istituzionalizzazione, senza far ricadere sulla famiglia il peso dell'assistenza.

Il setting assistenziale domiciliare è quello in cui è più agevole promuovere l'*empowerment* del paziente, al fine di migliorare la sua capacità di far fronte alla patologia e sviluppare abilità di auto-cura. L'organizzazione domiciliare dell'assistenza contribuisce fortemente a conservare l'autodeterminazione della persona e l'autogestione dei propri bisogni, fondamentali per il buon esito delle cure.

Tale prospettiva ha trovato ampio riscontro nel **DM 77/2022** che riorganizza le strutture territoriali, istituendo le Case della Comunità come raccordo tra il cittadino e il SSN nel campo dell'Assistenza Primaria. Il fine è quello di contribuire alla presa in carico totale delle persone in condizioni di cronicità riducendo il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

SANITÀ E FISIOTERAPIA DI INIZIATIVA: IL CHRONIC CARE MODEL E IL MODELLO ECCM

Il riferimento della sanità d'iniziativa è il **Chronic Care Model**, che costituisce uno dei nuovi modelli assistenziali, e si basa sull'interazione proficua tra il paziente e i Professionisti. Risulta determinante ripensare i modelli organizzativi puntando a definire contenuti assistenziali integrati in un contesto organico di ruoli e funzioni, rimuovendo gli ostacoli all'integrazione dei professionisti.

La *mission* del fisioterapista è quella di garantire l'intervento proattivo in accordo con il MMG, graduandone l'intensità in funzione della stratificazione del bisogno e di quanto pianificato, promuovendo la prevenzione e la gestione delle malattie croniche secondo modalità finalizzate all'attivazione della persona nel processo di cura, alla promozione del *self management* e del *self maintenance*. Altro aspetto è quello di assicurare la continuità della presa in carico programmata sulla stratificazione e finalizzata alla promozione dell'*empowerment* della persona, pianificando appuntamenti funzionali di verifica e programmazione dell'intervento, potenziando la prevenzione delle malattie croniche mediante la progettazione/realizzazione di azioni per la promozione di stili di vita sani in una logica comunitaria e assicurare l'assistenza integrata ai malati cronici.

LE COMPONENTI DEL CHRONIC CARE MODEL (CCM)

COMPONENTE	INTERVENTI
Sistema Sanitario dell'assistenza	Organizzazione sanitaria con una leadership che garantisca risorse e che rimuova le barriere all'assistenza
Supporto all'autogestione	Facilitare l'apprendimento basato sulle competenze e sull' <i>empowerment</i> del paziente
Supporto decisionale	Fornire una guida per l'implementazione dell'assistenza basata sull'evidenza
Progettazione del sistema erogazione	di Coordinare i processi di assistenza
Sistemi di informazione clinica	Monitorare i progressi attraverso feedback sugli <i>outcome</i> a pazienti e professionisti sanitari
Risorse e politiche della comunità	Sostenere l'assistenza utilizzando risorse basate sulla comunità e politiche di salute pubblica

Queste modalità di affrontare la cronicità contribuiscono a rendere i sistemi sanitari più efficaci e a supportare il processo decisionale dei sanitari, collegano i sanitari alle risorse e alle politiche della comunità e forniscono servizi completi di supporto all'autogestione dei pazienti con un controllo degli outcome. L'assistenza del CCM è rivolta al singolo, ai gruppi e alla collettività attraverso una rete di servizi che per essere efficace e misurabile presenta **sicurezza, efficacia, tempestività della risposta, capacità di risoluzione dei problemi, centralità del paziente, equità nell'erogazione dei servizi.**

Alla luce di ulteriori acquisizioni scientifiche e della letteratura scientifica di riferimento a partire dagli anni 2000, ad opera di un gruppo di ricercatori canadesi, nasce un nuovo modello denominato **Expanded Chronic Care Model (ECCM)** che introduce il concetto di **stratificazione del rischio.**

LA STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO

POPOLAZIONE	PROFESSIONISTI E SETTING DI CURA	STRATEGIA D'INTERVENTO	DI
Popolazione a rischio (<i>population wide management</i>)	Team assistenziale: MMG, fisioterapista, infermiere, AS, ed altre Professioni Sanitarie e Socio Sanitarie Setting di cura: comunità locale	Azione di prevenzione, informazione e educazione	
Pazienti senza complicanze (<i>supported self care</i>)	MMG, fisioterapista, infermiere, medico di sanità pubblica, specialisti, AS Setting di cura: domicilio e piattaforme di specialistica ambulatoriale	Piano di cura personalizzato (PAI). Gestione malattia; <i>management</i> di cura; educazione al <i>self management</i> .	
Pazienti con compromissione d'organo (<i>disease management</i>)	Specialista, MMG, infermiere, fisioterapista, medico di sanità pubblica, AS Setting di cura: domicilio, RSA, <i>hospice</i> , piattaforma specialistica ambulatoriale	Piano di cura personalizzato (PAI). Gestione delle complicanze, <i>follow up</i> ad alta intensità assistenziale. Educazione al <i>self maintenance</i>	
Pazienti con insufficienza d'organo e multimorbilità (case management) di	Specialista e professionisti Setting di cura: ospedale	Cura, <i>follow up</i> ad elevata intensità specialistica e assistenziale	

In questa nuova prospettiva i sei fattori originari del modello CCM vengono declinati non solo rispetto all'individuo, ma anche alla collettività di cui fa parte e insieme producono come risultato l'informazione e l'attivazione sia dei pazienti come singoli, sia delle famiglie di appartenenza, al fine di renderli capaci di interagire consapevolmente e responsabilmente con il team assistenziale.

Gli elementi costitutivi di questo nuovo modello sono:

- la valutazione dei bisogni della comunità, tramite l'elaborazione di profili di salute, l'identificazione di gruppi di popolazione a rischio, l'analisi delle diseguglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria; la promozione della salute mediante interventi settoriali e intersettoriali rivolti a specifici determinanti di salute (ambiente, lavoro, traffico, stili di vita, etc. ...);
- la valorizzazione delle risorse della comunità (gruppi di volontariato, gruppi di auto-aiuto, attività fisica adattata, centri per anziani etc. ...);
- l'assetto organizzativo dei servizi sanitari, supportato da una chiara scelta politica e dall'impegno degli amministratori all'investimento di risorse;
- il supporto all'auto-cura (*self-management*), come supporto ai pazienti ed alle loro famiglie ad acquisire conoscenze, abilità e motivazioni nella gestione della malattia, fornendo loro gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi;
- la proattività degli interventi, quale modalità operativa in cui le consuete attività cliniche ed assistenziali sono integrate e rafforzate da interventi programmati di follow-up sulla base del percorso previsto per una determinata patologia ed in

- funzione del profilo di rischio dei pazienti
- il supporto alle decisioni, consistente nell'adozione di linee-guida basate sull'evidenza che forniscano al team gli standard per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici e che siano oggetto di una costante attività di aggiornamento, di adattamento alla realtà locale e di audit da parte del team stesso
- sistemi informativi in grado di garantire alcune fondamentali funzioni quali: un sistema di allerta che aiuti i team delle cure primarie ad attenersi alle linee guida; un sistema di *feedback* per i medici riguardo ai loro livelli di performance rispetto agli indicatori delle malattie croniche; un sistema di raggruppamento dei pazienti per patologie ("registri di patologia") e di stratificazione degli stessi per profilo di rischio all'interno di un determinato gruppo; un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi individuali realizzati.

In quest'ottica la fisioterapia di iniziativa mira sia alla prevenzione sia al miglioramento della gestione delle malattie croniche, con effetti positivi attesi sia sulla salute dei cittadini che per la sostenibilità del sistema; sviluppa, inoltre, strategie mirate all'attivazione della persona nel processo di cura in un'ottica di assistenza a lungo termine. In questa rete, il fisioterapista ha come focus interventi di prevenzione adeguati al contesto abitativo e sociale, attività di supporto a strategie e programmi di autocura. Sulla scia di questi cambiamenti, anche la professione sanitaria di Fisioterapista deve adottare quelli che sono i principi del "paradigma dell'iniziativa" nel processo di presa in carico del paziente cronico, e impegnarsi, nel campo che le compete, a riorganizzare i propri interventi nell'ambito delle cure primarie; diventa, così, parte integrante del Team Assistenziale coordinato dal MMG.

IL DM 77/2022 E LA SUA APPLICAZIONE

La pandemia da Covid-19 ha rimesso in gioco il ruolo della territorialità nella cura e nell'assistenza del malato ed ha posto l'accento sulla necessità di rafforzare le cure primarie. È proprio da ciò che nasce il: "**Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale**" - noto come DM 77/2022 - con l'obiettivo di portare a compimento la riorganizzazione della sanità territoriale.

Il regolamento ribadisce la necessità di potenziare i servizi territoriali al fine di garantire l'accesso ai LEA riducendo le diseguaglianze e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo su tutto il territorio nazionale. In esso si afferma che l'**Assistenza Primaria** è la porta d'accesso al servizio sanitario in quanto rappresenta l'approccio più inclusivo, equo, conveniente ed efficiente per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, così come il benessere della società.

Ad integrazione e supporto degli obiettivi delineati dal DM 77/2022 è intervenuto il **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)** che servirà a recepire i fondi comunitari e che, con la **Missione 6**, intende agire sui livelli di salute dei cittadini con riforme che interessano la ricerca e la digitalizzazione e che spingono il sistema verso un modello di assistenza territoriale basato su un'ottica *One Health*.

In particolare, **la Missione 6** punta a:

- riorganizzare il sistema sanitario territoriale, ridisegnando la rete di assistenza, così da sviluppare una sanità di prossimità, più vicina al cittadino, attraverso il potenziamento dell'assistenza domiciliare e la realizzazione di nuove strutture e presidi sanitari che amplino l'accesso alle cure e la disponibilità dei servizi;
- innovare il parco tecnologico ospedaliero, digitalizzare il SSN anche con l'utilizzo

della telemedicina, investire nella ricerca e formazione del personale per una sanità più sicura, equa e sostenibile.

IL FISIOTERAPISTA NELLE RETI DI PROSSIMITÀ

Il superamento del modello prestazionale di assistenza nella Sanità di Iniziativa rinforza un paradigma di cura integrata, dove tutti i professionisti coinvolti garantiscono la gestione condivisa, prodotto dell'integrazione dei diversi saperi e competenze.

Ogni famiglia professionale all'interno della nuova organizzazione delle Cure Primarie risponde alla mission specifica del proprio profilo, ma è accomunata agli altri professionisti dai principi che sottendono il lavoro integrato: **proattività, integrazione e multiprofessionalità, pianificazione condivisa, personalizzazione della cura.**

Il documento di *Policy Statement* AIFI del 2017 forniva già, attraverso una puntuale *Job description*, precise e tuttora valide indicazioni su come il professionista Fisioterapista dovesse assumere un ruolo specifico nella gestione del malato cronico e all'interno del team multiprofessionale.

Il Fisioterapista collabora con il team multiprofessionale nella valutazione dei bisogni della comunità, nell'elaborazione di profili di salute, nell'identificazione di gruppi di popolazione a rischio; sostiene la promozione della salute mediante interventi settoriali e intersettoriali rivolti a specifici determinanti di salute e favorisce la valorizzazione delle risorse della comunità (gruppi di volontariato, gruppi di auto-aiuto, attività fisica adattata, centri per anziani, etc.).

Gli obiettivi specifici dell'intervento del Fisioterapista sono, per quanto di competenza:

- promuovere l'attività fisica come corretto stile di vita, agendo direttamente su gruppi di popolazione "sana" oppure rivolgendosi a persone con riduzione dell'autonomia e/o in condizioni di dolore cronico aspecifico, proponendo attività motorie adattate in base alla valutazione del livello di performance (ad esempio AFA ad alta funzione, AFA a bassa funzione per la prevenzione delle cadute, in un prossimo futuro protocollo AFA-BPCO in fase di ultimazione), sviluppo dei gruppi di cammino;
- favorire il coinvolgimento attivo della persona e del caregiver, anche attraverso il *task shifting*, nel processo di cura e promuovere strategie di autogestione della malattia, per migliorare sensibilmente la qualità della vita e ridurre il ricorso alle cure;
- il supporto all'auto-cura (*self-management*), come aiuto ai pazienti ed alle loro famiglie nell'acquisire conoscenze, abilità e motivazioni nella gestione della malattia, fornendo loro gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi;
- la proattività degli interventi, quale modalità operativa in cui le consuete attività cliniche ed assistenziali sono integrate e rafforzate da interventi programmati di *follow-up*, sulla base del percorso previsto per una determinata patologia ed in funzione del profilo di rischio dei pazienti;
- il supporto all'educazione e alle competenze del *caregiver*, compreso l'addestramento all'uso corretto degli ausili, verifica periodica dell'appropriatezza ed efficacia degli stessi;
- il supporto alle decisioni, consistente nell'adozione di linee indirizzo e *best practice* basate sull'evidenza, che forniscano al team gli standard per un'assistenza ottimale ai pazienti cronici e che siano oggetto di una costante attività di aggiornamento, di adattamento alla realtà locale e di AUDIT da parte del team

stesso;

- le proposte di intervento in consulenza di altri Professionisti in presenza di bisogni di salute che richiedono competenze diverse da quelli del Fisioterapista.

IL FISIOTERAPISTA NELLE CASE DELLA COMUNITÀ

Case della Comunità HUB

Le Case della Comunità sono previste come servizi di cure primarie erogati attraverso equipe multidisciplinari/ Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza

In questo ambito il Fisioterapista è in grado gestire gli interventi e le attività fisioterapiche all'interno delle Case della Comunità

Obiettivi e vantaggi:

- valutazione funzionale degli utenti per i quali sia stato rilevato dal MMG un rischio di cadute (storia di cadute con o senza esiti) e per i quali sia stato rilevato un bisogno (uno o più fattori di rischio) correlato alla necessità di adottare corretti stili di vita;
- valutazioni-finalizzate alla stratificazione del bisogno per il corretto invio ai percorsi di Attività Fisica Adattata e/o come supporto all'autogestione nella cronicità;
- attività di consulenza a supporto del MMG/PLS e delle equipe territoriali nella redazione dei Piani di Assistenza Individuali rivolto a pazienti adulti/anziani MINORI in condizioni di cronicità/fragilità, nei quali si evidenzia una riduzione significativa delle autonomie funzionali, un aumento del carico assistenziale o necessità di addestramento del care giver in particolare a domicilio al fine di rendere lo stesso il principale luogo di cura Partecipazione agli incontri di autogestione delle malattie croniche;
- attività di consulenza a supporto del MMG nella valutazione dei disturbi legati alla cronicità ad alto impatto sull'autonomia e la partecipazione (es. Mal di Schiena, entesopatie, ecc) con valutazioni algo-funzionali standardizzate a supporto della stratificazione del bisogno funzionale;
- attività di consulenza a supporto del MMG rivolto a pazienti adulti/anziani in condizioni di cronicità/fragilità, nei quali si evidenzia una riduzione significativa delle autonomie funzionali, un aumento del carico assistenziale o necessità di addestramento del caregiver e/o per la proposta di ausili assistenziali e conseguente addestramento.

IL FISIOTERAPISTA NELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

In questo ambito il Fisioterapista può gestire gli interventi e le attività fisioterapiche a domicilio (ivi ricomprese RSA, Hospice, ecc).

Obiettivi e vantaggi:

- Valutazione funzionale e motoria specifica
- Interventi diretti per il recupero dell'autonomia
- Supporto ai *caregiver*
- Valutazione ambiente domestico
- Proposta e training ausili

IL FISIOTERAPISTA NEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ

Lo svolgimento delle attività previste nei percorsi assistenziali del sistema di cure intermedie presuppone il lavoro in team multidisciplinare dei MMG e dei professionisti sanitari dell'assistenza e della riabilitazione, il pieno coinvolgimento degli operatori socio-sanitari e degli specialisti.

Per lo sviluppo di questi percorsi è necessario favorire l'implementazione di modelli di interprofessionalità attraverso la predisposizione di specifici strumenti (quali i sistemi informativi), l'organizzazione di gruppi di lavoro o l'attivazione di progetti per consolidare il circuito locale di relazione tra professionisti. Il fisioterapista all'interno delle strutture di cure intermedie svolge attività di riattivazione e riabilitazione estensiva, oltre che quella di consulenza per proposta ausili, educazione al *caregiver*. Constatato che il *setting* delle cure intermedie ha sicuramente rappresentato una modalità di risposta valida e appropriata ai bisogni di cura e d'assistenza durante la pandemia, vengono aggiornati e ampliati i criteri e le modalità di accesso alle cure intermedie ai percorsi per le patologie oncologiche e direttamente dal Pronto Soccorso. Dal momento che i *setting* di cure intermedie sono orientati anche ai processi di recupero funzionale della persona, è preferibile attivarli in contiguità, strutturale o funzionale, con le strutture riabilitative o reparti con funzioni riabilitative, al fine di facilitare i percorsi di presa in carico integrata e la sinergia degli interventi.

IL FISIOTERAPISTA NELLA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)

Il DM 77/22 lascia ampio spazio di interpretazione alle Regioni, Aziende, ecc nell'organizzazione e funzionamento delle COT. Nell'ottica di quanto fin qui descritto e nella piena applicazione del DM 77/22, le COT potrebbero diventare il punto di snodo di più professionisti definendo il percorso e relativo *setting* di intervento; altrimenti rischiano di essere soltanto punti di transito del paziente a cui è stata effettuata una valutazione "a monte" (ospedale, reparto, ecc) per cui le competenze di molti professionisti non sono un "valore aggiunto" al processo. Riteniamo pertanto la necessaria presenza del fisioterapista all'interno delle COT come *case manager* anche nella scelta del percorso appropriato per il paziente quando è rilevato prevalentemente un bisogno fisioterapico-funzionale e/o in *co-management* con altri professionisti, seguendo le buone pratiche già attive in alcuni Territori (Centrale della Cronicità, in affiancamento ai fisioterapisti delle Unità Operative Professionali di Riabilitazione Funzionale (UORF) in Toscana o ai fisioterapisti del Punto di Valutazione Fisioterapica in aree dell'Emilia Romagna).

Obiettivi e vantaggi:

- collaborano con la COT per le attività legate all'ACOT/UVM/UVMD/CP/CD/Fisioterapista del territorio;
- raccolta, classificazione e monitoraggio del problema/bisogno espresso o non espresso, di attivazione delle risorse più appropriate, di programmazione e pianificazione degli interventi della rete assistenziale e di monitoraggio dei percorsi anche attraverso i PVF (Punti di Valutazione Fisioterapica) già attivi in qualche realtà.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Regione Toscana - Piano Sanitario Regionale 2008-2010 - punto 4.3.1 "*Dalla medicina d'attesa alla sanità d'iniziativa*".
- <https://www.ars.toscana.it/aree-d'intervento/problemi-di-salute/malattie-croniche/approfondimenti/935-la-sanita-diniziativa-in-toscana.html>
- Malara A. *Il Chronic Care Model come esempio di sanità d'iniziativa*. In: Simposio: La cronicità: impatto epidemiologico nel terzo millennio. 2016
- Documento AIFI sulla fisioterapia d'iniziativa: <https://aifi.net/wp-content/uploads/2017/03/PolicyStatementAIFI-2B-FisioterapiaDilniziativa-discussione-in-DN-05.03.2017-.pdf> (on line)
- <https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/home.html>
- <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5828&area=PNRR-Salute&menu=comecambiassn>
- Azienda USL TOSCANA CENTRO – Delibera DG 1057/2019: *Indirizzi per il progetto di sperimentazione di un modello assistenziale innovativo: il Fisioterapista di Comunità nell' Azienda UsI Toscana Centro*