

## Policy Statement

# La Fisioterapia a sostegno della sostenibilità del Sistema Salute

Proposte per modelli organizzativi appropriati, efficaci ed efficienti

Approvato dalla Direzione Nazionale 05 marzo 2017

### 1. Premesse

I sistemi sanitari detengono il primato della complessità organizzativa e come tali rappresentano una sfida per chi si occupa della loro gestione. La straordinaria differenziazione di attività, competenze e processi lavorativi rende complessa la visione e la gestione integrata del sistema salute.

**Il Patto per la Salute 2014-2016** pone con forza: *“...che è importante una ridefinizione dei ruoli, delle competenze, e delle relazioni professionali con una visione che assegna ad ogni professionista responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi, abbandonando una logica gerarchica per perseguire una logica di governance responsabile dei professionisti coinvolti prevedendo sia azioni normativo/contrattuali che percorsi formativi a sostegno di tale obiettivo”* (art. 5 punto 15).

Principi che vengono ripresi e rinforzati dall'art. 22 del medesimo atto (Gestione e sviluppo delle risorse umane) in cui è fatto chiaro riferimento alla *“Necessità di valorizzare le risorse umane del SSN e di favorire l'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie e i processi di riorganizzazione dei servizi (...) maggiore flessibilità nei processi di gestione delle attività professionali (...) innovare l'accesso delle professioni sanitarie al SSN, nonché a ridisciplinare la formazione di base e specialistica, lo sviluppo professionale di carriera”*

Il Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025 elaborato dal Gruppo Italiano di Medicina Basata sulle Evidenze – GIMBE ha rilevato tra le principali fonti di spreco, di potenziale interesse per il presente documento, il sovra utilizzo di interventi sanitari inefficaci e inappropriati (26%), Sottoutilizzo di interventi sanitari efficaci e appropriati (12%), Inadeguato coordinamento dell'assistenza (10%), Complessità amministrative (12%) (GIMBE, 2016).

La sfida che si pone è quindi quella di coniugare la valorizzazione di ruoli e funzioni dei professionisti della salute con l'offerta di prestazioni sanitarie sempre più efficaci ed efficienti ai cittadini, rispondenti a bisogni “nuovi” e diversi, non solo in ospedale ma soprattutto nel territorio, costituendo quest'ultima, il territorio, la sfida più rilevante nell'innovazione.

Il presente documento rappresenta un iniziale contributo che l'Associazione Italiana Fisioterapisti (AIFI), unica associazione rappresentativa della categoria dei Fisioterapisti, vuole dare al dibattito sulla sostenibilità del Sistema Salute.

## 2. Fondamenti per nuovi modelli organizzativi

### 2.1 Il Fisioterapista, un professionista a servizio della Persona e della Comunità

Il Fisioterapista è il professionista sanitario che, in via autonoma o in collaborazione con altre figure sanitarie, identifica e adotta le migliori strategie per la prevenzione, valutazione, cura, abilitazione, riabilitazione e palliazione di disfunzioni di vari sistemi (in particolare neuromuscoloscheletrico, sensoriale, cognitivo, cardiocircolatorio, respiratorio, tegumentario, digerente, genito-urinario) correlate a patologie, congenite o acquisite, a interventi chirurgici o a condizioni di sovrautilizzo/sovraccarico in Persone in età evolutiva, in età adulta, nell'anziano così come nello sportivo (WCPT, 2011).

Obiettivo generale dell'intervento fisioterapico è contribuire a migliorare la qualità di vita della Persona e dei suoi familiari/care-giver promuovendone anche la tutela dei diritti, la dignità e la partecipazione in ogni ambito.

Obiettivi specifici dell'intervento del Fisioterapista sono, per quanto di propria competenza:

- aumentare l'autonomia della Persona, potenziando le sue capacità attuali, riducendo le disfunzioni che le ostacolano, identificando eventuali strategie compensative, intervenendo sui fattori ambientali, tra cui il possibile uso di tecnologie assistive, per il fine ultimo di consentire il maggior livello possibile di partecipazione sociale e conseguentemente di ridurre, laddove possibile, la necessità di assistenza;
- ridurre, attraverso strategie non farmacologiche, il dolore o qualsiasi disfunzione che influenzi negativamente la qualità di vita della Persona;
- identificare, valutare, prevenire e monitorare, sia in soggetti sani che con esiti di patologia, i fattori di rischio e le situazioni potenzialmente fonte di alterazioni di struttura e funzione e/o di attività e/o di partecipazione per il paziente.
- limitare la progressione dei processi patogenetici e/o del peggioramento funzionale e agire sui fattori modificabili
- rallentare il declino funzionale associato alla ridotta mobilità, all'invecchiamento e/o a processi degenerativi;

Per tali fini la presa in carico fisioterapica comprende:

- *valutazione funzionale fisioterapica*: è la descrizione e quantificazione dei problemi di salute del paziente attraverso strategie quali, a titolo di esempio, esame cinesiologico e posturale, misurazioni, test, scale di valutazione, colloquio clinico con il paziente ...;
- *diagnosi differenziale fisioterapica*: è la fase del processo di ragionamento clinico attraverso la quale il Fisioterapista identifica se la condizione di salute della Persona è modificabile dall'intervento fisioterapico o se sia necessario il rinvio ad altro professionista (Capaldo, 2007);
- *diagnosi fisioterapica* è la fase del ragionamento clinico in cui il Fisioterapista ipotizza il complesso dei rapporti di causalità tra i vari elementi rilevati nella valutazione funzionale definire gli *obiettivi* e le *strategie* di intervento e la sequenza temporale della loro messa in atto;
- *condivisione* degli obiettivi e del piano di trattamento con la Persona e i suoi care-givers;
- definizione degli *indicatori di esito* e loro monitoraggio: scegliendo indicatori sia soggettivi (es. Scale di valutazione autosomministrate) che oggettivi (es. misurazioni e test);
- attuazione degli *interventi fisioterapici* rivolti alla Persona (esercizi terapeutici, terapie manuali, terapie fisiche, educazione terapeutica, individuazione e addestramento all'uso di dispositivi) e/o ai contesti di vita (educazione terapeutica ai familiari/care-giver, proposta di adattamenti ambientali) e verifica della loro efficacia;
- effettuazione di *colloqui* con i familiari/care-givers e partecipazione a *incontri di integrazione* con eventuali altri componenti dell'equipe di cura;
- compilazione della *documentazione* clinica.
- *verifica* delle risposdenze della metodologia attuata agli obiettivi di recupero funzionale.

## 2.2 La Fisioterapia non è solo riabilitazione

Il fatto che il Fisioterapista sia stato inserito nella classe delle professioni sanitarie della Riabilitazione o che un tempo si chiamasse Terapista della Riabilitazione rischia di creare il malinteso che egli faccia “solo” riabilitazione. In realtà, come dichiarato in premessa, egli si occupa anche di prevenzione e cura.

Nello specifico:

▪ *la Fisioterapia è prevenzione:*

- in soggetti sani: rileva disfunzioni (come instabilità articolare, alterazioni posturali e alterazioni della cinematica del movimento) che potrebbero portare ad overuse/overload del sistema neuromuscoloscheletrico con conseguente rischio di danni o di ulteriori disfunzioni. A seguito di tali valutazioni propone interventi correttivi sui fattori modificabili, per quanto di propria pertinenza;
- in soggetti con patologia già diagnosticata e in situazioni di cronicità: valuta il rischio di peggioramento di disfunzioni (prevenzione secondaria) o di aumento della restrizione della partecipazione sociale (prevenzione terziaria) e propone gli interventi correttivi sui fattori modificabili, per quanto di propria pertinenza;

▪ *la Fisioterapia è cura:*

- quando, attraverso strategie non farmacologiche né chirurgiche (come le terapie manuali, gli esercizi terapeutici, le terapie fisiche) il Fisioterapista modifica disfunzioni come dolore, alterazioni delle sensibilità, ipomobilità articolari, di fatto “curando” questi segni e sintomi;
- quando, in disfunzioni causate o sostenute da sovraccarico/sovrautilizzo di strutture muscoloscheletriche (conseguenti ad esempio a situazioni di instabilità articolare, alterazioni posturali o alterazioni del movimento), il Fisioterapista corregge i fattori suscettibili di modificazione attraverso le strategie suddette, egli di fatto contribuisce alla “cura” di tali disfunzioni;

▪ *la Fisioterapia è riabilitazione:*

- quando contribuisce al superamento di limitazioni delle attività e/o restrizioni della partecipazione (ICF – ICF/CY) collaborando con altre figure per un pieno inserimento e re-inserimento sociale, lavorativo, scolastico, ricreativo;
- ricostruendo capacità perdute, o non ancora acquisite, o potenziando le capacità residue anche attraverso la riduzione di impairments funzionali determinanti tali limitazioni;
- proponendo l’adozione di dispositivi come ausili, ortesi, protesi, e il relativo addestramento all’uso, o la correzione di ulteriori fattori ambientali;
- proponendo strategie comprensive attraverso l’educazione terapeutica di paziente e care-givers.

## 2.3 Bisogni semplici e bisogni complessi

Pazienti diversi hanno gradi e tipologie di bisogno diversi e, come tali, necessitano di risposte appropriate, coerenti con l’intensità del bisogno espresso.

Sulla base di quanto previsto da alcune Regioni, in riferimento agli ambiti di competenza del Fisioterapista, è possibile distinguere bisogni semplici e bisogni complessi.

*Bisogno semplice:* si ha quando si verifica almeno una di queste condizioni:

- vi è un’alta probabilità di risoluzione favorevole;
- l’alterazione della condizione di salute della Persona richiede la presa in carico da parte di un solo professionista della riabilitazione ed è erogata secondo percorsi condivisi, codificabili e standardizzabili;
- il percorso del paziente, in particolare con patologia cronica, è in una fase di monitoraggio periodico dell’impatto che la patologia ha sul funzionamento globale della Persona.

In tali situazioni il Fisioterapista può essere attivato direttamente dalla Persona stessa o da altri professionisti sanitari, di varie specialità, che hanno in cura il paziente grazie a criteri di attivazione e modalità di conduzione dell'intervento fisioterapico condivisi, anche al fine di garantire interventi più tempestivi, migliorare gli esiti, la qualità percepita e ridurre i costi per il paziente e l'organizzazione.

Attualmente nel Sistema Sanitario Nazionale, ad eccezione di alcune specificità regionali, l'accesso alle cure riabilitative è prescritto da un medico dipendente o convenzionato col SSN. Al fine di semplificare il percorso del paziente, evitando duplicazioni di visite e di prescrizioni, sarebbe opportuno che la prescrizione fosse:

- in ambito ospedaliero: dello specialista di riferimento per la patologia specifica;
- in ambito territoriale: del medico di medicina generale, del pediatra di libera scelta, del medico della struttura residenziale o dello specialista ambulatoriale.

Al fine di garantire una prescrizione appropriata e omogenea nel territorio di riferimento, è opportuno che siano definiti i criteri di attivazione in percorsi clinici elaborati per le condizioni più frequenti sulla base delle migliori risorse della letteratura scientifica.

La valutazione funzionale, la stesura del piano di trattamento e la verifica del raggiungimento degli obiettivi vengono attuate dal Fisioterapista che si interfacerà in tal caso direttamente col medico prescrittore.

Tramite la valutazione funzionale, il Fisioterapista può identificare in ogni momento il manifestarsi di criticità o un aumento di complessità che trasformino il bisogno da semplice a complesso e richieda, quindi, l'elaborazione di un Progetto Individualizzato.

*Bisogno complesso:* si ha quando la probabilità di risoluzione favorevole è incerta e/o l'alterazione della condizione di salute richiede la presa in carico da parte di più professionisti della riabilitazione per l'interessamento di più livelli di partecipazione. Per la molteplicità degli elementi in gioco la presa in carico, sia durante la degenza ospedaliera ed extra-ospedaliera che in ambito distrettuale, può essere fatta solo da un team multi professionale che richiede l'elaborazione di un Progetto Individualizzato comprensivo della valutazione globale, della definizione degli obiettivi generali, e della stesura del piano degli interventi, nonché della verifica del raggiungimento degli obiettivi.

Quando il soddisfacimento del bisogno della Persona si colloca nel contesto di complesse problematiche bio-psico-sociali, esso trascende il solo livello abilitativo-riabilitativo e necessita di forte integrazione con le dimensioni assistenziali e sociali. In tali situazioni è necessaria l'elaborazione di un *progetto di vita personalizzato* conseguente ad una valutazione multidimensionale e garante di una pianificazione integrata degli interventi. In tali situazioni, il professionista sanitario della riabilitazione è parte integrante del sistema delle cure primarie e del team che elabora il suddetto progetto (che è in genere l'unità di valutazione multidimensionale distrettuale).

Dal punto di vista temporale il bisogno della Persona può essere distinto in acuto/subacuto o in cronico/degenerativo e con esso varia anche il significato dell'intervento fisioterapico:

- il bisogno *acuto, riacutizzato o post-acuto* è proprio dei soggetti colpiti da evento traumatico e/o affetti da patologia acuta o riacutizzatasi recentemente e che hanno indici predittivi di recupero funzionale. In tali situazioni il significato dell'intervento è quello di aumentare la velocità, quantità e qualità dei processi biologici che sottendono il recupero funzionale conseguente ad un evento morboso, fintantoché il quadro funzionale risulta modificabile in base a parametri valutativi oggettivi;
- il bisogno *persistente/degenerativo* riguarda i soggetti affetti da patologia cronica o degenerativa o da esiti disabilitanti stabilizzati di evento acuto. In tali situazioni il significato dell'intervento è da un lato quello di limitare la velocità, quantità e qualità del decadimento funzionale, cercando di modificare la storia naturale della condizione disabilitante, riducendone i fattori di rischio e limitandone la progressione; dall'altro lato quello di modificare le alterazioni funzionali conseguenti alla patologia o al disuso ad essa connesso, contribuendo a ridurre le limitazioni delle attività/restrizioni della partecipazione.

## 2.4 La continuità fisioterapista-paziente

L'intervento fisioterapico non è assimilabile ad un farmaco.

In considerazione:

- della molteplicità degli aspetti che devono essere considerati nella valutazione funzionale propedeutica al programma fisioterapico, molti dei quali difficilmente possono essere riportati per iscritto (come il vissuto che la Persona ha di sé e della patologia);
- della variabilità delle strategie fisioterapiche che possono essere adottate per la risoluzione dei problemi della Persona (es. terapie manuali, esercizi terapeutici, terapie fisiche, educazione terapeutica, dispositivi) e dell'elevato numero di variabili che devono essere decise nell'impostare nei singoli trattamenti (es. nell'esercizio terapeutico, il setting, le modalità di interazione, l'uso di eventuali sussidi, le facilitazioni da dare al paziente....);
- dell'adattamento continuo dei singoli interventi fisioterapici alle modificazioni via via ottenute sulla Persona;

è opportuno adottare modelli organizzativi che da un lato limitino al minimo i cambi di professionista per la Persona alle sole necessità istituzionali (es. sostituzioni in caso di assenze), dall'altro lato garantiscano alla Persona la continuità di trattamento al fine di non disperdere i risultati ottenuti in conseguenza di eventuali rarefazioni delle sedute.

Per i suddetti motivi è inopportuno adottare in ambito fisioterapico modelli "a turno" che implicino frequenti cambiamenti di terapeuta su una stessa Persona, con perdita della continuità terapeuta-paziente riconosciuta come valore fondamentale per una buona riuscita del percorso fisioterapico.

## 3. Problemi e proposte dei diversi ambiti di intervento

### 3.1 Nei reparti per acuti

- a) ***Un coinvolgimento precoce e diretto del Fisioterapista nei percorsi di cura nei reparti per acuti migliora gli esiti sui pazienti, dall'età neonatologia all'età geriatrica, e può ridurre i tempi di degenza.***

Le recenti evidenze depongono a favore di un intervento riabilitativo che inizi già nella fase acuta (Carvo-Ayala, 2013; Kayambu, 2013). Tale intervento è volto alla valutazione e alla prevenzione del decondizionamento fisico e del declino funzionale durante la permanenza nei reparti per acuti (Hanekom, 2011). I benefici riportati sono: la diminuzione della sensazione di dispnea, il miglioramento degli scambi gassosi, della forza dei muscoli periferici e respiratori, della tolleranza all'esercizio fisico, della capacità di svolgere le attività della vita quotidiana; la riduzione dei tempi di ricovero e di svezzamento dalla ventilazione meccanica (Stiller, 2013; Haas, 2015). Analoghe prove di efficacia sono state reperite nei confronti di un intervento precoce in altre condizioni quali, ad esempio, lo stroke (Diserens, 2012) o le lesioni spinali (Panisset, 2016)

L'intervento del Fisioterapista nei reparti per acuti ha, quindi, come obiettivi quelli di contribuire a prevenire gli effetti avversi dell'ipomobilità ("prevenzione") e di modificare problemi di salute dell'utente ("cura") attraverso strategie non farmacologiche né chirurgiche; inoltre la permanenza del paziente nel reparto per acuti è ridotta e diventa fondamentale predisporre precocemente quanto necessario per il rientro a domicilio in stretta integrazione con il sistema delle cure domiciliari.

Pertanto è opportuno che l'attivazione dell'intervento del FT in tutte le fasce d'età, dalla neonatologia alla geriatrica sia fatta direttamente dal personale medico di reparto, grazie a percorsi condivisi che individuino le tipologie di pazienti; meglio ancora se il FT è presente con continuità nel reparto, valutando tutti i pazienti entro un tempo predefinito dall'ingresso.

E' opportuno altresì che il FT sia parte integrante del team che elabora il "Piano di Assistenza Individualizzato" in modo da integrare al meglio il proprio intervento con quello degli altri professionisti.

Il FT, tramite valutazione funzionale, potrà identificare il livello di bisogno fisioterapico; laddove questo sia "semplice" procederà alla presa in carico. Laddove fosse "complesso" proporrà al medico di reparto il coinvolgimento di medico specialista in riabilitazione per l'eventuale stesura di Progetto Riabilitativo Individualizzato.

**b) *La Fisioterapia respiratoria preoperatoria e postoperatoria in chirurgia toracica, in stretta sinergia con pneumologi e anestesisti, migliora gli esiti dei pazienti, riduce le complicanze e può ridurre i tempi di degenza.***

Recenti studi sembrano sostenere che un programma di allenamento aerobico, oltre a migliorare la tolleranza allo sforzo, migliori la qualità della vita e contribuisca a ridurre le complicanze post-operatorie e le giornate di degenza in soggetti sottoposti a chirurgia toracica per neoplasia polmonare sia pre-operatorio (Divisi, 2013) che post-operatorio (Peddle-McIntyre, 2012; Granger, 2013). Nonostante questo, il ricorso alla Fisioterapia respiratoria sembra essere ancora poco diffuso sul territorio nazionale, con ampie aree di conoscenza dei benefici che essa può apportare ai percorsi clinici dei pazienti operati.

### 3.2 Nei setting ambulatoriali

**c) *Un coinvolgimento precoce e diretto del Fisioterapista nei percorsi clinici di diverse condizioni (es. lombalgie, cefalee, ...) può ridurre il ricorso a farmaci e alla diagnostica strumentale.***

Sono ormai numerose le evidenze in letteratura che documentano che un percorso fisioterapico, specialmente se intrapreso con un FT esperto in disturbi muscolo-scheletrici, possa ridurre il ricorso a farmaci e alla diagnostica strumentale. Un esempio di quadro tipico è la lombalgia acuta, tramite l'utilizzo di manipolazioni, la promozione del movimento attivo, l'educazione sulla neurofisiologia del dolore, la valutazione del rischio tramite scale validate (Wong, 2016). Analoghe evidenze si trovano nelle cefalee, nel dolore alla spalla, nella sindrome femoro-rotulea.

Pertanto è opportuno prevedere percorsi di invio diretto da parte del MMG al Fisioterapista per queste condizioni, in modo da ridurre i passaggi che potenzialmente ritardano la presa in carico del paziente da parte del Fisioterapista. Peraltro recenti revisioni sistematiche hanno dimostrato che i pazienti che avevano accesso direttamente alla Fisioterapia, ricevevano un minor numero di bioimmagini ed un minor numero di interventi farmacologici (Pendergast, 2012; Ojha, 2014).

**d) *Per i pazienti che vengono dimessi da reparti di ortopedia è opportuno prevedere percorsi di invio diretto al Fisioterapista al fine di ridurre i tempi di accesso alle cure fisioterapiche.***

Gli interventi ortopedici i cui esiti siano classificabili come "bisogni semplici" (cfr. punto 2.3) e in cui nel 100% dei casi sia necessario l'intervento fisioterapico, è opportuno che vi sia un invio diretto dal reparto di ortopedia al servizio di Fisioterapia senza interposizione di ulteriori step per il paziente che potrebbero comportare un allungamento dei tempi di attesa per l'accesso alle cure fisioterapiche.

**e) *Nelle situazioni acute e post acute, dare al Fisioterapista la possibilità di decidere il numero di sedute, entro un limite predefinito in appositi percorsi basati su prove di efficacia, può permettere di "risparmiare" migliaia di sedute all'anno che possono contribuire all'abbattimento delle liste di attesa.***

La prescrizione di "ciclo di 10 sedute" nelle situazioni acute e postacute è una potenziale fonte di inappropriatazza perchè fisioterapisti con competenze avanzate in ambito neuromuscoloscheletrico possono ottenere esiti in tempo minore. Dare la possibilità al FT di definire il numero di sedute (entro le 10) dopo la valutazione funzionale, può contribuire a ridurre gli sprechi, prevedendo anche meccanismi di premialità affinché riesca a ottenere i risultati migliori nel tempo minore.

- f) *Come affermato da Linee Guida internazionali di società di chirurghi e sostenuto da diversi studi scientifici, in alcuni quadri è opportuno utilizzare la Fisioterapia come terapia di prima scelta rispetto alla chirurgia poichè determinano risultati simili nel breve e nel lungo termine ma con costi e rischi diversi.*

Recenti revisioni hanno rilevato l'assenza di differenze statisticamente significative negli esiti a 2 anni e 3 anni tra pazienti con lesione atraumatica della cuffia dei rotatori che hanno seguito un percorso con Fisioterapista specialista in disordini muscolo-scheletrici (Ryösä et al. 2016) rispetto a quelli sottoposti a chirurgia di spalla. Analoghi risultati si sono rilevati nell'incontinenza urinaria da disfunzione del pavimento pelvico e nella stenosi spinale (Zaina et al, 2016)

Poichè la Fisioterapia comporta minori complicazioni e minori costi, sarebbe opportuno prevedere un percorso fisioterapico come terapia di prima scelta nei percorsi clinici di questi pazienti, riservando l'intervento chirurgico.

- g) *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.*

In situazioni come la Bpco, lo stadio 1 e 2 di Hoen & Yahr della malattia di Parkinson, le fasi iniziali di sclerosi multipla e SLA, un Fisioterapista con competenze avanzate nella gestione di condizioni di cronicità secondo il Chronic Care Model, è opportuno che svolga il ruolo di case-manager per ridurre il carico sul medico di medicina generale o sullo specialista di riferimento attraverso:

- valutazioni periodiche del paziente tramite protocolli condivisi e strumenti validati, identificando le situazioni che richiedono un approfondimento di uno specialista;
- “appuntamenti funzionali” in cui insegnare al paziente e ai suoi care-givers gli esercizi terapeutici da condurre autonomamente a domicilio, anche sfruttando le possibilità date dalle nuove tecnologie;
- verifica periodica dell'adeguatezza alla progressione dei bisogni degli ausili prescritti al fine di ridurre il tasso di inutilizzo.

Il tema è talmente delicato e complesso che viene trattato in un apposito Policy Statement di AIFI dal titolo “La Fisioterapia di iniziativa”.

### 3.3 Ricoveri riabilitativi in regime ordinario e diurno (day hospital)

- h) *La degenza di riabilitazione intensiva è il setting privilegiato di risposta a bisogni complessi che richiedano interventi valutativi e terapeutici intensivi non erogabili in regimi alternativi. E' opportuno reindirizzare verso setting a minore intensità assistenziale e riabilitativa tutte le condizioni che non richiedano tutela medico-assistenziale nelle 24 ore.*

Il livello di appropriatezza dei ricoveri effettuati in regime ordinario e diurno dai reparti afferenti alle discipline Recupero e Riabilitazione Funzionale (cod 56) e Neuroriabilitazione (cod. 75 e cod 28), è stato oggetto di approfondita analisi da parte del Ministero della Salute che, in una analisi condotta nel 2012<sup>1</sup> ha rilevato elevati livelli di inappropriatazza dei ricoveri riabilitativi.

Alcune condizioni di salute, in particolare afferibili al Major Diagnostic Category MDC 8 “Diseases and Disorders of the Musculoskeletal System And Connective Tissue” (come gli esiti di intervento di artroprotesi di anca e di ginocchio o di osteosintesi in fratture di arto inferiore) potrebbero essere utilmente reindirizzati a strutture intermedie a finalità riabilitativa che richiedano quindi un minore impegno di risorse; alcuni studi, peraltro, non hanno rilevato differenze statisticamente significative

<sup>1</sup> Ministero della salute, Dipartimento della Programmazione e dell'ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria; “Riabilitazione Ospedaliera Evidenze: Relazione finale-Analisi dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera”; 31 ottobre 2012

negli esiti e nelle complicanze in pazienti con tali patologie, laddove essi abbiano intrapreso un percorso ambulatoriale o di degenza riabilitativa.

### 3.4 Nelle lungodegenze, nelle residenze sanitarie assistenziali, negli Hospice

**i) *Le recenti acquisizioni nel campo della Fisioterapia geriatrica sollecitano suggeriscono di potenziare l'intervento fisioterapico nelle residenze sanitarie assistenziali per anziani***

I recenti studi sul ruolo dell'esercizio terapeutico nel prevenire o modificare la sarcopenia (Stewart, 2014), nel recuperare il ricondizionamento cardio-respiratorio, nel ritardare il deterioramento cognitivo (Cai, 2016), nella prevenzione delle cadute (El-Khoury, 2013) nella popolazione anziana, suggeriscono di rivalutare e ripensare i percorsi di presa in carico fisioterapica nelle residenze sanitarie assistenziali, con modelli ispirati al Chronic Care Model verso una "Fisioterapia di iniziativa" che, fortemente integrata agli interventi assistenziali, contribuisca al miglioramento complessivo della qualità di vita della persona anziana.

**l) *E' opportuno attribuire a tutte le lungodegenze un significato "riabilitativo" al fine di ridurre il rischio di danni da ipomobilità sulle funzioni neuro-muscolo-scheletriche, respiratorie e cognitive e, grazie ad un precoce contatto con i sistemi delle cure primarie, anticipare quanto più possibile la predisposizione dell'ambiente domestico per il rientro, laddove possibile, della Persona.***

Il passaggio dalla fase acuta al rientro a domicilio rappresenta spesso il punto di maggiore criticità del percorso del paziente che abbia vissuto un ricovero ospedaliero a seguito di evento acuto. L'intervento fisioterapico, in particolare se amplificato da un'organizzazione di tutta l'assistenza con un'ottica "abilitativa-riabilitativa", può contribuire a ridurre i danni da ipomobilità e, attraverso una precoce predisposizione degli ausili necessari al domicilio, adeguati percorsi di addestramento del care-giver e una stretta integrazione con i servizi di cure domiciliari può facilitare, laddove possibile, il rientro della Persona a domicilio.

### 3.5 Nell'assistenza domiciliare e territoriale

**m) *L'integrazione del FT nel sistema delle cure domiciliari e nelle strutture socio-sanitarie per le Disabilità può contribuire ad aumentare lo spazio di autonomia delle Persone di tutte le fasce d'età, a ridurre le necessità di assistenza e a migliorare l'efficienza dei percorsi di assistenza protesica con progetti, ad esempio, di recupero di ausili inutilizzati o mal utilizzati..***

L'integrazione del Fisioterapista nel sistema delle Cure Domiciliari e nelle strutture socio-sanitarie per le Disabilità (es. Centri Diurni, strutture semiresidenziali ...) può apportare un consistente know-how rispetto alla valutazione degli ausili più idonei per aumentare e/o mantenere il livello di autonomia della persona e/o ridurre il carico assistenziale sui care-givers, per supportare nella valutazione dei fattori ambientali, nell'educazione della Persona e dei suoi familiari al corretto uso degli ausili stessi, collaborando alla piena inclusione e al inserimento/re-inserimento sociale, lavorativo, scolastico, ricreativo.. Peraltro una delle voci di spesa più consistenti nei bilanci delle Aziende Sanitarie è proprio la spesa relativa all'assistenza protesica. Laddove la valutazione dell'ausilio non sia accurata o l'addestramento all'uso non sia eseguito correttamente o non sia approfondito, vi è un alto rischio di abbandono dell'ausilio, con le ovvie conseguenze rispetto alla riduzione dell'autonomia della Persona, all'incremento del carico di assistenza sui care-givers e allo spreco di denaro pubblico. L'esperienza maturata in alcune Aziende, suggerisce che il Fisioterapista può contribuire a contenere consistentemente questi sprechi con le proprie competenze sulla valutazione e l'addestramento all'uso, sulla verifica periodica dell'efficacia, sulla gestione di percorsi di riutilizzo di ausili.

Quelle sopra esposte sono solo alcuni dei possibili ambiti di intervento in cui una valorizzazione del Fisioterapista potrebbe comportare un miglioramento della sostenibilità del Sistema Salute. Esistono molti altri ambiti di intervento con potenzialità simili che potranno essere approfonditi in documenti successivi:



- alcuni di essi sono già strutturati in alcune realtà nazionali, come il coinvolgimento del Fisioterapista nelle iniziative di promozione della salute come campagne di prevenzione delle cadute negli anziani o di danni muscolo-scheletrici da sovraccarico occupazionale occupazionale nelle scuole o negli ambienti di lavoro. Altri esempi sono esperienze di modelli organizzativi avanzati in fisioterapia pediatrica, in particolare nell'area neonatologica, con un precocissimo coinvolgimento del fisioterapista nella valutazione e trattamento dei disturbi del neonato, oppure nella riabilitazione cardiologica, con profonda integrazione delle competenze specifiche del fisioterapista nell'equipe specialistica;
- in altri casi si stanno strutturando percorsi che “incarnano” nei processi organizzativi le recenti acquisizioni delle neuroscienze sul dolore cronico, come l'utilizzo di strategie di cortical remapping e pain neurophysiology education, al fine di ridurre il ricorso a strategie farmacologico o anche fisiche ma di comprovata minore efficacia;
- altre vie sono solo per ora ipotizzate nel contesto italiano, come l'utilizzo del Fisioterapista in Pronto Soccorso per la gestione di primo livello di disordini muscolo-scheletrici (Casonato, 2014).

#### **4. Facilitare e supportare l'adozione di nuovi modelli organizzativi: i ruoli di Dirigente di Area Riabilitativa, di Posizione Organizzativa e di Coordinatore**

Al fine di identificare chi può contribuire alla progettazione e implementazione dei nuovi modelli, si ricorda quanto previsto dall'art. 2 comma 2 della Legge 251/2000: “Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, lo sviluppo e la valorizzazione delle funzioni delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione, al fine di contribuire, anche attraverso la *diretta responsabilizzazione* di funzioni organizzative e didattiche, alla realizzazione del diritto alla salute del cittadino, al processo di aziendalizzazione e al miglioramento della qualità organizzativa e professionale nel Servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di una integrazione omogenea con i servizi sanitari e gli ordinamenti degli altri Stati dell'Unione europea.”

Un primo livello di “diretta responsabilizzazione” è rappresentato dall'attribuzione degli incarichi di **Posizione Organizzativa**. E' ormai indubbia la necessità e opportunità che sia un professionista della riabilitazione a organizzare processi riabilitativi poiché a tali ruoli è oggi affidata non solo una semplice gestione del tempo lavoro del personale ma soprattutto lo sviluppo continuo delle competenze professionali e la risoluzioni di problemi organizzativi relativi ai processi riabilitativi che hanno peculiarità distintive rispetto a quelli di altre aree, quali ad esempi quella medica o quella infermieristica o quella tecnica.

Un secondo livello di “diretta responsabilizzazione di funzione organizzative” è rappresentato dall'attribuzione degli incarichi di **Coordinamento**. Ai sensi di quanto previsto dall'art. 6 comma 6 e 7 della legge 43/2006, è necessario che tali incarichi siano affidati “nel rispetto dei profili professionali, in correlazione agli ambiti ed alle specifiche aree assistenziali, dipartimentali e territoriali”.

Questo è ancor più evidente qualora ci si domandi chi può contribuire alla pianificazione e gestione dei modelli organizzativi innovativi presentati in questo documento; il curriculum formativo del *Laureato Magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie* che integra competenze manageriali, formative e di ricerca clinica/organizzativa con una conoscenza profonda dei processi riabilitativi, sembra essere quello più adeguato per promuovere e supportare i cambiamenti sopra esposti.

Pertanto si ritiene necessario e opportuno che in ogni Azienda, Pubblica o Privata Accreditata, sia presente almeno un **Dirigente delle Professioni sanitarie dell'Area della Riabilitazione**, indipendentemente dal numero di professionisti afferenti, e che esso sia a diretto contatto con la Direzione Aziendale per portare la prospettiva “riabilitativa” nella governance complessiva dei processi aziendali e supportare le Direzioni nel potenziare il complesso sistema di contributi che non solo il fisioterapista ma tutte le professioni sanitarie dell'area della riabilitazione possono dare al sistema salute.

In considerazione dell'auspicio della “*diretta responsabilizzazione di funzioni didattiche*” della sopracitata legge 251/2000, gli incarichi di Posizione Organizzativa e Dirigente delle Professioni Sanitarie devono

essere anche presenti nel governo dei processi nell'ambito della Formazione Universitaria, della Formazione Aziendale, della Ricerca, dello Sviluppo e della Qualità (come nell'integrazione ospedale-territorio, gestione del rischio, integrazione delle attività socio-sanitarie ...).

In conclusione ci si augura che il presente documento possa essere un'occasione di stimolo per la comunità professionale dei Fisioterapisti e, soprattutto, per i decisori pubblici, per un ripensamento dei modelli organizzativi verso nuove forme di sostenibilità del Sistema Salute.

## BIBLIOGRAFIA

- Cai Y, Abrahamson K. How Exercise Influences Cognitive Performance When Mild Cognitive Impairment Exists: A Literature Review. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2016 Jan;54(1):25-35.
- Calvo-Ayala E, Khan BA, Farber MO, et al. Interventions to improve the physical function of ICU survivors: a systematic review. *Chest* 2013;144:1469-80.
- Capaldo G. Diagnosi differenziale in Fisioterapia: uno strumento utile al Fisioterapista, una tutela per il paziente. *Scienza Riabilitativa* 2007; 9.1 : 23-35
- Casonato O., Moro G. Il ruolo del Fisio terapeuta nel Pronto Soccorso: revisione della letteratura. *Scienza Riabilitativa* 2014; 16(1) 5-15
- Diserens K, Moreira T, Hirt L, Faouzi M, Grujic J, Bieler G, Vuadens P, Michel P. Early mobilization out of bed after ischaemic stroke reduces severe complications but not cerebral blood flow: a randomized controlled pilot trial. *Clin Rehabil.* 2012 May;26(5):451-9.
- Divisi D, Di Francesco C, Di Leonardo G, et al. Preoperative pulmonary rehabilitation in patients with lung cancer and chronic obstructive pulmonary disease *Eur J Cardiothorac Surg* 2013;43:293-6.
- El-Khoury F, Cassou B, Charles MA, Dargent-Molina P. The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2013 Oct 29;347:f6234. doi: 10.1136/bmj.f6234.
- GIMBE Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025, 2016 disponibile online all'indirizzo <http://www.rapportogimbe.it/>
- Granger CL, Chao C, McDonald CF, et al. Safety and feasibility of an exercise intervention for patients following lung resection: a pilot randomized controlled trial. *Integr Cancer Ther* 2013;12:213-24.
- Haas R, Sarkies M, Bowles KA, O'Brien L, Haines T. Early commencement of physical therapy in the acute phase following elective lower limb arthroplasty produces favorable outcomes: a systematic review and meta-analysis examining allied health service models. *Osteoarthritis Cartilage.* 2016 Oct;24(10):1667-81.
- Hanekom S, Gosselink R, Dean E, et al. The development of a clinical management algorithm for early physical activity and mobilization of critically ill patients: synthesis of evidence and expert opinion and its translation into practice. *Clin Rehabil* 2011;25:771-87.
- Kayambu G, Boots R, Paratz J. Physical Therapy for the Critically Ill in the ICU: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med* 2013;41:1543-54
- Ojha HA, Snyder RS, Davenport TE. Direct access compared with referred physical therapy episodes of care: a systematic review. *Phys Ther.* 2014 Jan;94(1):14-30.
- Panisset MG, Galea MP, El-Ansary D. Does early exercise attenuate muscle atrophy or bone loss after spinal cord injury? *Spinal Cord.* 2016 Feb;54(2):84-92. doi: 10.1038/sc.2015.150. Epub 2015 Sep 8.
- Peddle-McIntyre CJ, Bell G, Fenton D, et al. Feasibility and preliminary efficacy of progressive resistance exercise training in lung cancer survivors. *Lung Cancer* 2012;75:126-32.
- Pendergast J, Kliethermes SA, Freburger JK, Duffy PA, A comparison of health care use for physician-referred and self-referred episodes of outpatient physical therapy. *Health Serv Res.* 2012;47:633-654
- Regione Friuli Venezia Giulia, "Piano regionale della Riabilitazione", Deliberazione della Giunta Regionale DGR 606/20015 reperibile on-line all'indirizzo [http://www.regione.fvg.it/asp/delibere/layout2008\\_2.asp?pag=1&anno=2005&num=606&tx\\_dataDel=&key=&uf=](http://www.regione.fvg.it/asp/delibere/layout2008_2.asp?pag=1&anno=2005&num=606&tx_dataDel=&key=&uf=)
- Ryösä A., Laimi K., Äärimala V., Lehtimäki K., Kukkonen J., Saltychev M. Surgery or conservative treatment for rotator cuff tear: a meta-analysis. *Disabil Rehabil.* 2016 Jul 6:1-7
- Stewart VH, Saunders DH, Greig CA. Responsiveness of muscle size and strength to physical training in very elderly people: a systematic review. *Scand J Med Sci Sports.* 2014 Feb;24(1):e1-10.
- Stiller K. Physiotherapy in intensive care: an updated systematic review. *Chest* 2013;144:825-47.



Wong JJ, Côté P, Sutton DA, Randhawa K, Yu H, Varatharajan S, Goldgrub R, Nordin M, Gross DP, Shearer HM, Carroll LJ, Stern PJ, Ameis A, Southerst D, Mior S, Stupar M, Varatharajan T, Taylor-Vaisey A. Clinical practice guidelines for the noninvasive management of low back pain: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. Eur J Pain. 2016 Oct 6

World Confederation for Physical Therapy (WCPT) Policy statement: Description of physical therapy. 2011 reperibile on-line all'indirizzo <http://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT>

Zaina F, Tomkins-Lane C, Carragee E, Negrini S. Surgical versus non-surgical treatment for lumbar spinal stenosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 1. Art. No.: CD010264.

