

Policy Statement AIFI

La Fisioterapia d'iniziativa

Promuovere il supporto alla gestione delle malattie croniche e il coinvolgimento attivo della persona nei processi di cura

Che cosa si intende per Fisioterapia d'iniziativa/comunità

Per **Fisioterapia d'iniziativa/comunità** si intende un modello assistenziale di **gestione delle malattie croniche** che non aspetta il cittadino in ospedale (sanità di attesa), ma gli "va incontro" prima che le patologie insorgano o si aggravino, garantendo alla persona interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio o di gravità del problema, puntando anche sulla **prevenzione**, sull'**educazione** e sulla promozione del **coinvolgimento attivo nel processo di cura**.

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 (reso più informato con opportuni interventi di formazione e addestramento) e gli operatori sanitari.

1 PREMESSA

In questi ultimi anni nel mondo si è verificato un fenomeno unico nella storia dell'umanità: per la prima volta la proporzione di persone che si ammalano e muoiono di malattie non trasmissibili, quelle legate al benessere, è largamente superiore rispetto alla quota di esseri umani affetti da sottanutrizione e malattie infettive.

Il mutamento del quadro demografico associato all'aumento esponenziale delle patologie cronicodegenerative rende sempre più pressante la necessità di avviare nuove modalità per fornire strumenti e supporto alle condizioni legate alla perdita di autonomia. Il dato italiano evidenzia che l'offerta di assistenza a lungo termine e alle persone anziane, risulta essere inferiore rispetto a quella erogata nella maggior parte dei paesi considerati (OCSE 2016) e non in grado di rispondere adeguatamente ai nuovi bisogni di pazienti cronici, fragili, non autosufficienti e sempre più longevi.

Circa 50 milioni di persone ogni anno muoiono per malattie cardiovascolari, tumori, diabete e patologie respiratorie croniche; inoltre nei Paesi sviluppati, come l'Italia, circa il 77% della morbosità e l'88% della mortalità è causato da malattie croniche. In questa nuova prospettiva deve essere valutato l'impatto che questa straordinaria mutazione dell'epidemiologia produce sui nostri servizi sanitari e la conseguente necessità di riorganizzarli per rispondere in modo appropriato ed efficace a questi cambiamenti.

Il rapporto della salute globale, redatto nel 2010 dall'OMS e confermato anche nella recente 66° assemblea generale cui ha partecipato il nostro Paese, identifica due strategie complessive d'intervento per fronteggiare i nuovi problemi di salute della popolazione:

- il potenziamento della prevenzione delle malattie croniche mediante la promozione di stili di vita sani;
- l'assistenza integrata ai malati cronici.

La **prevenzione delle malattie croniche** richiede di incidere sui principali fattori di rischio. La potenzialità del ruolo delle organizzazioni sanitarie nella promozione di stili di vita sani è ancora in gran parte inapplicata. Il ruolo del Fisioterapista potrebbe essere utilmente declinato favorendo l'aumento dell'attività fisica agendo direttamente su gruppi di popolazione "sana" oppure anche rivolgendosi a persone con riduzione dell'autonomia o in condizioni di dolore cronico, proponendo attività motorie adattate in funzione della valutazione dell'alterazione funzionale stabilizzata.

L'**assistenza integrata ai malati cronici** rappresenta una nuova necessità di riorganizzazione, anzi di vero e proprio "riorientamento" dei servizi sanitari in considerazione della storia naturale delle patologie non trasmissibili. Sono malattie che richiedono un'assistenza sanitaria che dura per l'intero arco della vita della persona (=continuità della presa in carico), un approccio integrato dei diversi sottosistemi del servizio sanitario (assistenza territoriale e ospedale) e la necessità di sviluppare alleanze intersettoriali con quei servizi della società che agiscono i determinanti non sanitari della salute.

Accanto a queste strategie ci sembra necessario citare il grande tema del **coinvolgimento attivo della persona nel processo di cura**. E' noto, infatti, che strategie di empowerment sono in grado di sviluppare competenze di autogestione della malattia nonché migliorare sensibilmente la qualità della vita e il ricorso alle cure.

Questo mutamento di contesto richiede di sviluppare modelli di intervento professionali in linea con la evidente trasformazione dei bisogni: contribuire a contenere l'insorgenza o rallentare il decorso delle patologie croniche/degenerative e fornire sostegno alla condizione derivante dall'esserne affetti. Dando impulso ad una pratica nella quale si compenetrino il sapere tecnico-specialistico, e strategie personalizzate per la promozione del coinvolgimento attivo della persona nel processo di cura.

2 La riorganizzazione delle Cure Primarie Integrate e il paradigma "dell'iniziativa".

L'azione in atto a livello nazionale¹, finalizzata a una profonda riorganizzazione dell'assistenza sanitaria primaria (a partire dal ruolo della medicina generale e dei professionisti coinvolti nella rete delle cure primarie, prima porta d'ingresso dei cittadini al SSN), deve includere il contributo specifico che la Professione può offrire allo sviluppo di servizi territoriali sempre più centrati sui bisogni della popolazione, per creare una reale partnership tra i servizi e con gli utenti.

Il concetto di Assistenza sanitaria primaria, definito e riconosciuto a livello internazionale con il documento conclusivo della Conferenza internazionale di Alma Ata, USSR 1978, realizzata congiuntamente dall'OMS e dalle nazioni Unite, chiaramente evocava la necessità di un'azione urgente e indispensabile dei governi al fine di proteggere e promuovere la salute della popolazione.

Il raggiungimento di tale obiettivo presuppone una riorganizzazione dei Sistemi Sanitari che si fonda sullo sviluppo e sulla centralità dell'assistenza sanitaria primaria².

La World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA), riprende la precedente dichiarazione sostenendo come l'Assistenza Sanitaria Primaria rappresenti **un'assistenza a lungo termine orientata all'individuo, non alla malattia e ad essa sia affidato il coordinamento dei processi assistenziali**.

¹ Decreto Balduzzi, Patto per la Salute 2014-2016

² Primary Health care: report of the international Conference of primary care, ALMA Ata, 1978

Secondo la storica dichiarazione di Alma Ata del 1978 le cure primarie possono essere così definite:

L'assistenza sanitaria di base è quella assistenza sanitaria essenziale, fondata su metodi pratici e tecnologie appropriate, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie nella collettività, attraverso la loro piena partecipazione, a un costo che la collettività e i paesi possono permettersi ad ogni stadio del loro sviluppo nello spirito di responsabilità e di autodeterminazione. L'assistenza sanitaria di base fa parte integrante sia del sistema sanitario nazionale, di cui è il perno e il punto focale, sia dello sviluppo economico e sociale globale della collettività. E' il primo livello attraverso il quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il sistema sanitario nazionale, avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria.

Le cure primarie rappresentano, dunque, una vera e propria area-sistema dotata di caratteristiche peculiari e profondamente diverse da quelle, altrettanto tipiche, dell'assistenza ospedaliera. Per le Cure primarie a prevalere è il cosiddetto **paradigma "dell'iniziativa"** con il quale si intende un pattern assistenziale orientato alla "promozione attiva" della salute e al rafforzamento delle risorse personali (auto-cura e family learning) e sociali (reti di prossimità e capitale sociale) a disposizione dell'individuo, specie se affetto da malattie croniche o disabilità .

Per l'assistenza ospedaliera è invece prevalente il paradigma "dell'attesa" con il quale si evidenzia un pattern assistenziale ad elevata standardizzazione ed intensività tecnico-assistenziale che si attiva e si mobilita in presenza di un evento "nuovo" e con caratteristiche prevalentemente di acuzie, di urgenza od emergenza.

Due paradigmi assistenziali che identificano bisogni e fasi diverse ma che in ogni caso, per essere entrambi centrati sulla persona e riuscire a garantire presa in carico e continuità nelle cure, devono necessariamente integrarsi tra loro in una unica rete assistenziale.

Le differenze tra Sistema ospedaliero e Sistema delle cure primarie

Assistenza Ospedaliera "Paradigma dell'attesa"	Cure Primarie "Paradigma dell'iniziativa"
Intensività tecno- assistenziale ed elevata standardizzazione dei processi	Estensività socio-assistenziale e modularità della risposta
Orientato alla produzione di prestazioni e alla cura dell'episodio acuto	Orientato alla gestione di processi assistenziali e alla continuità delle cure
Presidia l'efficienza	Presidia l'efficacia e i risultati
Tende all'accentramento e alla verticalità per realizzare economie di scala	Tende al decentramento e alla orizzontalità per valorizzare il capitale sociale
Punta all'eccellenza	Punta all'equità

L'integrazione tra i due sistemi avviene attraverso la costituzione di una unica rete assistenziale

Costruire un sistema di assistenza sanitaria primaria che sia coerente e aderente alle definizioni di letteratura significa, quindi, attuare alcuni obiettivi di sistema che delineano il paradigma concettuale e lo scheletro organizzativo dell'assistenza primaria e che permettono al sistema di maturare e muovere da un sistema a prestazione verso un *sistema pianificatorio* che si accompagna alla presa in carico della persona, ovvero passare dalla cura della malattia alla cura della persona.

L'orizzonte culturale di riferimento è quello che sostanzia i modelli di gestione della cronicità basandosi su un **approccio integrato** al fine di recuperare la frammentazione tra gli interventi effettuati da operatori diversi, in tempi e spazi diversi ma che coinvolgono lo stesso assistito per lo stesso problema, che raramente interessa un'unica dimensione.³

³ Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?. Eff Clin Pract 1998

Un altro principio fondamentale dei modelli di gestione della cronicità è la **stratificazione della popolazione per bisogno di salute/ rischio**, modello sviluppato dal sistema Keiser permanente ma basato sui principi del CCM (Wallace Pj. Physician involvement in disease management as part of the CCM. Health Care Finac Rev 2005).

La logica che sottende è quella di assicurare a target omogenei di popolazione le cure più appropriate e efficaci **attraverso standard assistenziali coerenti con la complessità**.

Inoltre, l'azione degli operatori nelle varie classi di rischio è finalizzata, con obiettivi diversi e specifici, a sviluppare la capability delle persone, intese come soggetti attivi del percorso di cura in relazione alle loro risorse bio-psico-sociali.

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

Lo strumento operativo che intercetta l'evoluzione delle fasi è quello dei Percorsi Assistenziali Integrati (PAI) in cui il team assistenziale pianifica, programma, organizza e monitora gli interventi, presidia e coordina le interconnessioni previste dai processi.

In questo modello **non è la prestazione** il paradigma operativo, ma **la gestione del caso** nella dimensione clinica, relazionale, informativa e di integrazione con gli altri servizi.

KEY POINTS

Mappatura dei rischi individuali

Reclutamento in percorsi delle persone sulla base del rischio

Logica preventiva e di intervento precoce

Partecipazione della persona (promuovere il coinvolgimento attivo, cura degli stili di vita, educazione al self management e al self maintenance)

Modulazione risposta sulla base dei bisogni (appropriatezza)

Declinazione del setting di cura (appropriatezza)

Piano di cura personalizzato (PAI)

Stabilità nel tempo della presa in carico

Il PAI è quindi lo strumento metodologico con cui governare il sistema di presa in carico della cronicità. Il consolidamento di queste logiche e modalità operative sono determinanti nella previsione di un sistema orientato al contenimento dell'ospedalizzazione.

3 Il Chronic care Model e la Fisioterapia d'iniziativa - indirizzi per l'implementazione di nuovo modello culturale e professionale

Il **Chronic Care Model (CCM)**⁴, elaborato dal Prof. Wagner del Mac-Coll Institute for Healthcare Innovation e caratterizzato da una serie di elementi la cui combinazione dà come risultato l'interazione efficace tra un **paziente reso esperto da opportuni interventi di informazione e di educazione** e un **team assistenziale multiprofessionale**, composto da medico di famiglia, fisioterapista, infermiere ed altre figure professionali (operatore sociosanitario, dietista, assistente sociale, specialista di riferimento e di supporto al team).

Un'implementazione e ampliamento di questo modello è rappresentata dall'Expanded Chronic Care Model, ECCM) nel quale la persona è calata nella più ampia dimensione della comunità e dove gli aspetti clinici considerati dal medico di famiglia sono integrati da quelli di sanità pubblica, quali la prevenzione primaria collettiva e l'attenzione ai determinanti di salute.

Nell'ECCM, i sei fattori originari del modello (le risorse della comunità, l'organizzazione dei servizi sanitari, il supporto all'auto-cura, il sistema di erogazione dell'assistenza, il supporto alle decisioni, i sistemi informativi) sono considerati in una prospettiva che guarda non solo all'individuo ma anche alla comunità e 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.

Il modello basato sugli elementi costitutivi dell'ECCM, affida la gestione del paziente affetto da una o più patologie croniche ad un team multiprofessionale (TEAM ASSISTENZIALE), coordinato dal MMG, nell'ambito del quale gli interventi necessari vengono adottati anche sulla base di specifici percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) per patologia (diabete, scompenso cardiaco, esiti di ictus, BPCO, ecc..)

Il team assistenziale – nel quale operano MMG, infermiere, fisioterapista, oss, affiancati da figure specialistiche di volta in volta interessate a seconda delle esigenze del paziente – agisce per contenere l'insorgenza o rallentare il decorso delle patologie croniche, in base a quanto determinato nel PAI, nell'ottica del superamento della gestione per singoli PDTA, per passare al concetto di presa in carico integrata, basata sul profilo di rischio e sulla complessità del singolo paziente.

Questa modalità ottimale di presa in carico e gestione del paziente a qualsiasi livello di esposizione e rischio cronicità, va declinata con le dovute differenziazioni in termini di operatività ed intensità dell'assistenza, ricordando sempre il livello di complessità del bisogno con l'intensità della risposta.

In tale più ampia prospettiva, l'intervento del Fisioterapista è da coniugarsi soprattutto in relazione ad alcuni

⁴ Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ* 2000;320:569-572.

Bodenheimer T, Wagner E, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model. *JAMA*.2002;288:1775-1779.

Barr V, et al. The Expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly* 2003; vol.7 no. 1.

elementi costitutivi del modello:

- la valutazione dei **bisogni della comunità**, tramite l'elaborazione di profili di salute, l'identificazione di gruppi di popolazione a rischio, l'analisi delle disuguaglianze 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. ...)
- il supporto all'**auto-cura** (self-management), come aiuto 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

Quali sono gli obiettivi della Fisioterapia d'iniziativa/comunità

La Fisioterapia d'iniziativa/comunità si orienta verso forme di risposta ai bisogni dei cittadini che, proponendosi in ottica innovativa e superando l'approccio derivante dal modello ospedaliero della "medicina d'attesa", forniscano forme efficaci di supporto alla cronicità attraverso interventi tecnico-specialistici e processi di attivazione e coinvolgimento attivo dei cittadini.

La **Fisioterapia d'iniziativa/comunità** mira sia alla **prevenzione** sia al miglioramento della **gestione** delle malattie croniche/neurodegenerative in ogni loro stadio, con effetti positivi attesi sia per la salute dei cittadini che per la sostenibilità stessa del sistema.

Sviluppa, inoltre, strategie mirate **all'attivazione della persona** nel processo di cura. Realizzare modelli e pratiche professionali realmente "patient centered", infatti, significa pianificare interventi che abbiano tra gli obiettivi anche quello della promozione dell'empowerment della persona, in un'ottica di assistenza a lungo termine.

In relazione agli interventi di supporto alle condizioni di cronicità e disabilità ed al mantenimento delle competenze motorie, cognitive e funzionali, soprattutto nella popolazione anziana, le azioni di tipo riabilitativo-educazionale proattive centrate sul paziente si dimostrano efficaci nel migliorare le condizioni di salute e nel determinare maggiori livelli di appropriatezza nell'accesso alle stesse prestazioni di riabilitazione.

L'intervento del Fisioterapista all'interno della rete della sanità d'iniziativa avrà come focus interventi di prevenzione, propri della medicina d'iniziativa, adeguamenti del contesto abitativo e sociale, anche con interventi di assistenza protesica, attività di supporto a strategie di self-management e programmi di autocura, gestiti secondo la logica di **appuntamenti funzionali programmati**, anche con l'utilizzo di ICT.

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

Ogni famiglia professionale all'interno delle cure primarie risponde alla mission specifica del ruolo, ma è accomunata agli altri professionisti dai principi che inquadrano il lavoro integrato:

- proattività
- integrazione
- multiprofessionalità
- pianificazione condivisa
- personalizzazione della cura

- programmazione
- lavoro di equipe
- lavoro nella comunità
- evidenza scientifica del fare

Fondamentale, a questo punto, declinare le competenze specifiche del Fisioterapista inserito in un sistema di cure così complesso, attraverso lo strumento della *job description del Fisioterapista di comunità*.

Posizione di lavoro	Ambulatoriale, sistema cure primarie
Dipendenza gerarchica	Responsabile di area riabilitativa
Qualifica	Fisioterapista
Posizione funzionale	Collaboratore Professionale sanitario
Fascia retributiva	D
MISSION	<p>Garantire l'intervento proattivo fisioterapico in raccordo con il MMG, graduando l'intensità dell'intervento in funzione della stratificazione del bisogno e in funzione di quanto pianificato nel PAI, promuovendo la prevenzione e la gestione delle malattie croniche secondo modalità proattive finalizzate all'attivazione della persona nel processo di cura, alla promozione del self-management e self-maintenance.</p> <p>Nei casi complessi partecipare alla presa in carico multidisciplinare.</p> <p>Assicurare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● la continuità della presa in carico programmata sulla base della stratificazione del bisogno e finalizzata alla promozione dell'empowerment della persona, pianificando <i>appuntamenti funzionali</i> di verifica e programmazione dell'intervento; ● il potenziamento della prevenzione delle malattie croniche mediante la progettazione/realizzazione di azioni per la promozione di stili di vita sani in logica comunitaria; ● l'assistenza integrata ai malati cronici.
Relazioni funzionali	Assistiti, care givers, MMG, medici di sanità pubblica, specialisti, altri professionisti infermieristici, sociali e tecnici, personale di supporto, volontari, ...
Titoli e qualifiche	Laurea in Fisioterapia/titoli equipollenti
Responsabilità professionali	<p>Progettare, attuare e valutare interventi di informazione, educazione ed empowerment rivolti alla popolazione e care giver.</p> <p>Progettare, attuare e valutare interventi di self care e etero care.</p> <p>Pianificare o collaborare alla pianificazione dell'assistenza riabilitativa, in sinergia con</p>

	<p>gli altri professionisti dei servizi territoriali, delle strutture intermedie e dell'ospedale, e in attuazione del PAI.</p> <p>Proporre l'adozione degli ausili ritenuti idonei e assicurare l'addestramento al loro uso e la verifica dell'efficacia, assicurando l'appropriatezza organizzativa del processo prescrittivo.</p> <p>Operare secondo i principi dell'evidenza scientifica.</p> <p>Documentare l'attività svolta.</p> <p>Adottare linee guida, protocolli aziendali</p>
Responsabilità organizzative	<p>Organizzare il proprio intervento in relazione ai PDTA previsti e al PAI definito, pianificando il proprio intervento in una logica di presa in carico, garantendone la continuità nel tempo, se le condizioni dell'assistito lo richiedono.</p> <p>Organizzare interventi a sostegno del mantenimento di corretti stili di vita e di promozione dell'attività fisica, a livello individuale e comunitario.</p>
Sviluppo professionale	Partecipazione a programmi di formazione permanente ECM, master clinici/organizzativi
Abilità, capacità, e conoscenze specifiche	<p>Conoscere e utilizzare modelli organizzativi di comunità utili a promuovere salute;</p> <p>Avere conoscenze epidemiologiche e clinico/assistenziali adeguate al contesto;</p> <p>Progettare piani assistenziali individuali, per le parti di competenza, anche complessi, saper attivare risorse di vario genere e utilizzare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● tecnologia informatica ● tecniche comunicative e di sviluppo del lavoro di gruppo ● capacità relazionali e di counselling ● competenze evolute in tema di <i>assistive technology</i>