

Policy Statement AIFI

Accesso alle Prestazioni Fisioterapiche

Approvato dalla Direzione Nazionale del 04/05 marzo 2017

Accesso alla Fisioterapia. Per Accesso alla Fisioterapia (“access to physical therapy”¹) si intende “la possibilità per la Persona di consultare un fisioterapista per la valutazione ed il trattamento.”^[1]

Esistono diversi tipi di accesso:

1. *accesso tramite invio* (“*access by referral*”²): la Persona ha accesso al fisioterapista tramite invio da parte di un altro professionista sanitario;
2. *accesso diretto* (“*direct access*”³): la Persona richiede direttamente al fisioterapista di fornirgli dei servizi e il fisioterapista decide la condotta da adottare. Concetto analogo è quello di *auto-invio* (“*self-referral*”⁴) ossia la capacità per l’utente di rivolgersi in maniera autonoma ad un fisioterapista senza aver l’obbligo di esser stato visitato precedentemente da altri o senza che gli sia stato suggerito l’accesso al fisioterapista da un altro professionista sanitario. Con tale modalità, la persona ha accesso diretto al fisioterapista senza invio da parte di terzi, si evitano quindi passaggi intermedi che possano allungare le tempistiche dell’iter valutativo-terapeutico^[2] e il fisioterapista decide liberamente la condotta da adottare e ne assume la responsabilità.

Il presente documento nasce in attuazione di quanto auspicato in analogo documento¹ dalla World Confederation for Physical Therapy (WCPT) e si propone di analizzare le modalità di accesso alla Fisioterapia nel contesto normativo italiano.

Per questo verranno presi in considerazione i seguenti aspetti:

1. fondamenti normativi dell’autonomia del Fisioterapista;
2. rapporto tra accesso alla Fisioterapia e diagnosi/prescrizione del medico;
3. direct access/self-referral: efficacia e sicurezza.

1) Fondamenti normativi dell’autonomia professionale del Fisioterapista.

Con il Decreto istitutivo del Profilo Professionale del Fisioterapista (*D.M. 741/1994*) il legislatore ha definito con estrema chiarezza che il fisioterapista è il professionista sanitario che svolge “*in via autonoma, o in collaborazione* con altre figure sanitarie, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori, e di quelle viscerali conseguenti a eventi patologici, a varia eziologia, congenita od acquisita.” All’art. 2 il legislatore ha voluto rinforzare ulteriormente il concetto, quando specifica che il Fisioterapista “*elabora, anche in équipe multidisciplinare, la definizione del*

¹ **Access to physical therapy** — Access to physical therapy — ability of a patient/client or service user to be referred to a physical therapist for assessment and treatment

² **Access by referral** — the patient/client has access to the physical therapist by referral from another health professional (medical practitioner or other) <http://www.wcpt.org/node/47675>

³ **Direct access** — the patient/client directly asks the physical therapist to provide services (the patient refers themselves) and the physical therapist freely decides his conduct and takes full responsibility for it. Also, the physical therapist has direct access to patients/clients and determines those that need a physical therapy assessment/intervention without referral from a third party. <http://www.wcpt.org/node/47869>

⁴ **Self-referral** — patients are able to refer themselves to a therapist without having to see anyone else first, or without being told to refer themselves by a health professional. This can relate to telephone, IT or face-to-face services. <http://www.wcpt.org/node/47989>

programma di riabilitazione volto all'individuazione ed al superamento del bisogno di salute del disabile” e “pratica *autonomamente* attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive”.

L'autonomia professionale del Fisioterapista trova poi ulteriore conferma nell'art. 1 della *legge 42/99* che sostituisce in ogni disposizione di legge la denominazione "professione sanitaria ausiliaria" con "professione sanitaria". Oltre all'*abolizione del concetto di 'ausiliarità'* delle professioni sanitarie, la stessa legge traccia gli elementi che determinano il "campo proprio di attività e responsabilità" dei professionisti sanitari: “i decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di laurea e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici”. Pur precisando “fatte salve le *competenze previste per le professioni mediche* e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea”, lo stesso comma sottolinea “nel rispetto *reciproco* delle *specifiche* competenze professionali”, tracciando tra i vari professionisti le basi di un confronto dialettico e costruttivo finalizzato al bene ultimo: la risposta ai bisogni di salute della persona.

L'art. 2 della *legge 251/2000* rinforza ulteriormente il concetto di autonomia del fisioterapista, inserito con il DM 27 luglio 2000 tra le professioni sanitarie della riabilitazione: "Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione svolgono *con titolarità e autonomia professionale*, nei confronti dei singoli individui e della collettività, attività dirette alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e a *procedure di valutazione funzionale*, al fine di espletare le competenze proprie previste dai relativi profili professionali." La valutazione funzionale consiste in un'analisi delle disfunzioni e della disabilità finalizzata alla presa in carico della Persona da parte del Fisioterapista; permette di identificare il quadro funzionale, di proporre ed attuare un corretto trattamento terapeutico e di valutarne poi l'efficacia.

2) Il rapporto con la diagnosi e la prescrizione del medico.

A differenza di quanto stabilito per alcune figure professionali sanitarie che operano “*su prescrizione medica*”, il legislatore ha previsto che l'intervento del Fisioterapista si ponga “*in riferimento*” alla diagnosi e alle prescrizioni del medico. Tale previsione colloca il rapporto tra le due professioni all'interno di un confronto dialettico e collaborativo, al fine di ristabilire le migliori possibili condizioni di funzionalità del paziente, lasciando intatta l'autonomia e la conseguente responsabilità del Fisioterapista nel proprio ambito specifico di competenza.

Tale confronto trova pertanto nella diagnosi del medico, e nelle relative prescrizioni, un “riferimento”, in relazione al quale il Fisioterapista non solo determina autonomamente modalità, tempi e verifiche della prestazione di fisioterapia, ma può anche porsi in termini dialettici.

Rispetto alla *diagnosi del medico*, questo è sostenuto anche dall'art. 13 del Codice Deontologico dell'Associazione Italiana Fisioterapisti^[3] che prevede che “nel caso di attività svolta in collaborazione con il medico, qualora risultino valutazioni discordanti, variazioni del quadro clinico e/o risposte non coerenti durante il trattamento, il fisioterapista, in accordo con la Persona assistita, informa il medico curante e si attiva per fornire allo stesso elementi utili sia per un eventuale approfondimento diagnostico, sia per la definizione di un più appropriato programma terapeutico.” Questo peraltro è confermato anche da una nota sentenza della Corte di Cassazione che ha previsto che, in mancanza di idonea documentazione (eventualmente non prodotta dal paziente), il fisioterapista ha il dovere di assumere tutte le informazioni necessarie per pianificare il trattamento^[4].

Analogo rapporto dialettico con il medico può essere posto in essere anche rispetto alla *prescrizione*, poiché

la scelta delle modalità terapeutico-riabilitative da adottare viene fatta dal fisioterapista in funzione non solo del momento diagnostico-eziologico, di competenza del medico, ma anche della “valutazione funzionale” che compete invece al fisioterapista^[5].

Da ciò consegue anche che non è appropriato che la prescrizione dettagli le strategie terapeutiche che il Fisioterapista deve adottare, poiché questo confliggerebbe con l'autonomia professionale del Fisioterapista stesso sancita dai sopra citati dispositivi normativi.

L'accesso alle prestazioni fisioterapiche erogate nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale è regolato dalle specifiche normative regionali. In Basilicata per le terapie fisiche erogate in regime privato è prevista la prescrizione medica specialistica.

3) Accesso Diretto (“Direct access”/“self-referral”): efficacia e sicurezza.

Nei casi in cui la Persona decida di affidarsi direttamente al Fisioterapista, in modalità quindi di *Accesso Diretto*, l'agire del fisioterapista è guidato dall'art. 24 del Codice Deontologico dell'Associazione Italiana fisioterapisti che afferma: “il fisioterapista rispetta e promuove l'autonomia decisionale della persona nel campo della salute quale diritto fondamentale della medesima ed espressione più autentica della solidarietà che sostiene la relazione di cura. Il fisioterapista si impegna a mantenere il principio di lealtà comunicativa nella relazione di cura: fornisce informazioni complete ed accurate in relazione alla diagnosi, alla prognosi, alle prospettive e le eventuali alternative terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate, adeguando lo stile comunicativo alla capacità di comprendere della persona assistita. Il fisioterapista si impegna a fornire alla persona assistita un'efficace informazione necessaria per la costruzione del processo decisionale di cura, mettendo in essere le migliori condizioni (luoghi, tempi, modalità) affinché la persona possa orientare le sue scelte in maniera libera e consapevole.”

E' opportuno, quindi, che il fisioterapista inviti la persona assistita a tenere informato il proprio Medico di Medicina Generale, o altri medici specialisti già coinvolti nel processo di cura, ai quali il fisioterapista, previo consenso o richiesta della persona assistita, può inviare una propria relazione^[6].

La possibilità di accesso diretto nasce quindi dalla libera scelta del cittadino che ha diritto pieno di decisione sul suo percorso di cura costruita su un consenso informato.

La possibilità per il Fisioterapista di operare anche in assenza di prescrizione medica è indicata peraltro anche dal Decreto Interministeriale del Ministero della Salute e del Ministero Economia e Finanza del 17 maggio 2002 che ha precisato che le prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione rese alla persona dalle professioni sanitarie siano sempre erogate in regime di esenzione IVA, essendo “prestazioni sanitarie”, a prescindere dalla presenza o meno di una prescrizione medica, come poi ben chiarito dall'Agenzia delle Entrate al comma 2.2 della circolare 19/E del 1 giugno 2012.^[7]

In ambito scientifico, non trovano riscontro, infine, eventuali dubbi sulla *sicurezza* dell'Accesso Diretto poiché non esiste alcuna letteratura a supporto di tali rischi (Ojha, 2014; Bury, 2013). Moore (2005) ha pubblicato uno studio osservazionale retrospettivo su una popolazione di militari dell'esercito statunitense. Nei 40 mesi di indagine sono stati valutati direttamente dai fisioterapisti 50799 pazienti dei quali non è stato riportato alcun effetto avverso. Gli autori evidenziano che il rischio di eventi avversi, in base ai dati a loro disposizione, sia equivalente tra accesso diretto ed accesso riferito. Al contrario molti studi (Piano, 2015) documentano *l'efficacia e l'efficienza* dei percorsi di accesso diretto in termini di: diminuzione dei tempi d'attesa per le visite specialistiche (Blackburn, 2009; Bath, 2012; Bornhoft, 2015); miglioramento dell'appropriatezza (O'Farrell, 2014; Heywood, 2005; McKay, 2009); aumento della soddisfazione dei pazienti (Bath, 2012); riduzione dei costi (Desmuelles, 2012).

Una revisione di Pendergast (2012) mostrava anche come i pazienti che avevano accesso direttamente alla

fisioterapia, si sottoponevano ad un minor numero di bioimmagini e ricevevano un minor numero di interventi farmacologici. Anche gli studi di Mitchell e de Lissolvoy (1997) avevano segnalato che nel gruppo dell'accesso diretto si trovavano meno richieste di farmaci in maniera statisticamente significativa ($p < 0,01$). Altri due studi presi in esame da Ojha (2014) hanno riportato un minor numero di farmaci prescritti nel gruppo ad accesso diretto ($p < .001$), ed il 12% in meno di analgesici o FANS assunti dai pazienti, nel gruppo ad AD ($P < .0001$) (Pendergast, 2012; Hackett, 1993).

Anche il numero di sedute con l'accesso diretto tende ad essere inferiore

Zigenfus, ha condotto uno studio su lavoratori con lombalgia acuta, per valutare gli effetti della tempestività della presa in carico, e ha osservato migliori risultati nel gruppo sperimentale (prima visita il giorno stesso o il giorno successivo) rispetto all'accesso ritardato (tra 2 e 8 giorni nel secondo gruppo di confronto e tra 8 e 197 giorni nel terzo gruppo), in termini di numero totale di accessi necessari: 3.1 nel gruppo con accesso precoce, 3.4 nel secondo gruppo e 3.9 nel terzo gruppo e la differenza tra i gruppi era significativa ($p < 0.01$). Risultati migliori per l'accesso rapido si sono registrati anche per quanto riguarda la durata totale dei casi trattati (9.8 nel primo gruppo, 12.3 nel secondo gruppo e 16.5 nel gruppo), la durata del periodo di lavoro svolto con delle limitazioni (8.1 nel primo gruppo, 9.9 nel secondo gruppo e 13.4 nel terzo gruppo) e i giorni di assenza dal lavoro (4.5 nel primo gruppo, 5.2 nel secondo) gruppo e 7.0 nel terzo gruppo: i risultati erano tutti statisticamente significativi ($p < 0.01$; $p < 0.05$ nei giorni di assenza dal lavoro).

Riferimenti bibliografici

Bath B, Grona SL, Janzen B. A spinal triage programme delivered by physiotherapists in collaboration with orthopaedic surgeons. *Physiother Can.* 2012 Fall;64(4):356-66.

Blackburn MS, Cowan SM, Cary B, Nall C. Physiotherapy-led triage clinic for low back pain. *Aust Health Rev.* 2009 Nov;33(4):663-70.

Bornhöft L, Larsson ME, Thorn J. Physiotherapy in Primary Care Triage - the effects on utilization of medical services at primary health care clinics by patients and sub-groups of patients with musculoskeletal disorders: a case-control study. *Physiother Theory Pract.* 2015 Jan;31(1):45-52.

Bury TJ, Stokes EK. A global view of direct access and patient self-referral to physical therapy: implications for the profession. *Phys Ther.* 2013 Apr;93(4):449-59.

Desmuelles F, Roy J-S, Mac Dermid J et al (2012) Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review. *BMC Musculoskelet disord* 13:107

Heywood JW. Specialist physiotherapists in orthopaedic triage--the results of a military spinal triage clinic. *J R Army Med Corps.* 2005 Sep;151(3):152-6.

MacKay C, Davis AM, Mahomed N, Badley EM. Expanding roles in orthopaedic care: a comparison of physiotherapist and orthopaedic surgeon recommendations for triage. *J Eval Clin Pract.* 2009 Feb;15(1):178-83.

O'Farrell S, Smart KM, Caffrey A, Daly O, Doody C. Orthopaedic triage at a physiotherapist-led 'Musculoskeletal Assessment Clinic': a seven-month service evaluation of outcomes. *Ir J Med Sci.* 2014 Dec;183(4):565-71.

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.

Piano L., Maselli F., Vicenti A., Gianola S., Chiarotto A., Accesso diretto in fisioterapia: il paziente con problematiche muscoloscheletriche *Scienza Riabilitativa* 2015; 17(3) : 5-16

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

Moore JH, McMillian DJ, Rosenthal MD, Weishaar MD, Risk determination for patients with direct access to physical therapy in military health care facilities, *J Orthop Sports Phys Ther.* 2005 Oct;35(10):674-8

Mitchell JM, de Lissovoy G A comparison of resource use and cost in direct access versus physician referral episodes of physical therapy. *Phys Ther.* 1997 Jan;77(1):10-8.

Hackett G, Bundred P, Hutton J, O'Brien J, Stanley IM., Management of joint and soft tissue injuries in three general practices: value of on-site physiotherapy, *Br J Gen Pract.* 1993;43: 61-64.

Zigenfus GC, Yin J, Giang GM, Fogarty WT, Effectiveness of early physical therapy in the treatment of acute low back musculoskeletal disorders.. *J Occup Environ Med.* 2000 Jan;42(1):35-9.

^[1] WCPT. Policy statement: Direct access and patient/client self-referral to physical therapy. Approved at the 17th General Meeting of WCPT in June 2011

^[2] WCPT WCPT What is direct access and self-referral?

^[3] Codice Deontologico del Fisioterapista. APPROVATO DALLA DIREZIONE NAZIONALE A.I.FI. IL 07 OTTOBRE 2011 TESTO RIVISTO DA CITTADINANZATTIVA (Tribunale per i Diritti del Malato e Coordinamento nazionale Associazioni Malati Cronici)

^[4] Corte di Cassazione, Sez. VI, 10 aprile 1998, n. 859. "Ritiene infatti questa Corte che incomba sul fisioterapista, nell'espletamento della sua attività professionale, un obbligo di accertamento delle condizioni del paziente traumatizzato prima di compiere manovre riabilitative che possono rivelarsi dannose, sicché, in mancanza di idonea documentazione medica (eventualmente non prodotta dal paziente) lo stesso fisioterapista ha il dovere di assumere tutte le informazioni richieste dal trattamento che si accinge a praticare

^[5] art. 4 della legge n. 251/2000

^[6] art. 40 Codice Deontologico del Fisioterapista: "Il Fisioterapista, nell'esercizio professionale, deve garantire la più ampia collaborazione e favorire la comunicazione tra tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale, nel rispetto della centralità della persona assistita e delle peculiari competenze professionali."

^[7] "Il Ministero ha fatto presente, altresì, che l'evoluzione delle professioni sanitarie ha portato ad una progressiva autonomia ed assunzione di responsabilità dirette dei professionisti e che la natura sanitaria di una prestazione non può essere definita sulla base del fatto che la stessa sia erogata a seguito di una prescrizione medica. Per questo motivo il decreto del Ministro della salute di concerto con il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 17 maggio 2002 non prevede più l'obbligo della prescrizione medica ai fini dell'esenzione dall'imposta sul valore aggiunto."