

REGIONE TOSCANA
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE TOSCANA CENTRO
Sede Legale Piazza Santa Maria Nuova n. 1 – 50122 Firenze

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

Numero della delibera	1057
Data della delibera	12-07-2019
Oggetto	Organizzazione
Contenuto	Approvazione del progetto di sperimentazione del modello assistenziale “Fisioterapista di Comunità” nell’ Azienda Usl Toscana Centro

Dipartimento	STAFF DIREZIONE GENERALE
Direttore Dipartimento	MARI VALERIO
Struttura	SOC ORGANIZZAZIONE E PROGETTI TECNOLOGICI
Direttore della Struttura	MARI VALERIO
Responsabile del procedimento	PERIGLI ILARIA

Conti Economici			
Spesa	Descrizione Conto	Codice Conto	Anno Bilancio
Spesa prevista	Conto Economico	Codice Conto	Anno Bilancio

Estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo		
Allegato	N° pag.	Oggetto
A	6	Indirizzi per il progetto di sperimentazione di un modello assistenziale innovativo: il Fisioterapista di Comunità nell’ Azienda Usl Toscana Centro

“documento firmato digitalmente”

IL DIRETTORE GENERALE
(in forza del D.P.G.R. Toscana n. 33 del 28 febbraio 2019)

Vista la Legge Regionale n. 84/2015 recante “*Riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del Sistema Sanitario Regionale. Modifiche alla Legge Regionale 40/2005*”;

Vista la delibera n. 1720 del 24.11.2016 di approvazione dello Statuto aziendale e le conseguenti delibere di conferimento degli incarichi dirigenziali delle strutture aziendali;

Vista la nota del Direttore Generale prot. n. 59799 del 23 maggio 2019, conservata agli atti, con la quale la Dr.ssa Valeria Favata viene nominata Direttore Amministrativo facente funzione, nelle more dell’individuazione e conseguentemente della nomina del Direttore Amministrativo;

Tenuto conto atto delle riorganizzazione delle Cure Primarie, già in atto in Regione Toscana, che ha come modello di riferimento gli elementi fondamentali dell’Expanded Chronic Care Model (ECCM) in cui la gestione dei pazienti in condizioni di cronicità è affidata ad un team multiprofessionale e coordinata dal Medico di Medicina Generale (MMG);

Considerata la Delibera della Giunta Regionale Toscana n.650 del 05.07.2016 “Sanità d’iniziativa – approvazione indirizzi per l’implementazione del nuovo modello” che, in questo contesto, oltre a definire l’ambito di applicazione del modello di sanità d’iniziativa, le modalità di transizione ad esso dall’esistente e gli strumenti attuativi, identifica i professionisti coinvolti e i loro ruoli;

Dato atto che la suddetta delibera individua, tra l’altro, le azioni di tipo riabilitativo-educazionale proattive, centrate sul paziente, quale strumento efficace nel migliorare le condizioni di salute del cittadino e nel determinare maggiori livelli di appropriatezza nell’accesso alle stesse prestazioni di riabilitazione, in particolar modo in relazione agli interventi di supporto alle condizioni di cronicità e disabilità ed al mantenimento delle competenze motorie funzionali;

Tenuto conto che, per le motivazioni sopra dette, è prevista la presenza strutturata del professionista Fisioterapista, la cui mission, all’interno della rete per la gestione della cronicità, ha come focus un intervento di prevenzione/educazione, con adeguamenti del contesto abitativo e sociale, con attività mirate alla gestione appropriata dell’assistenza protesica, allo sviluppo di strategie di self-management e programmi di autocura, gestiti secondo la logica di appuntamenti funzionali programmati, usufruendo anche di Tecnologie dell’Informazione e Comunicazione (“Information and Communication Technologies” ICT);

Valutato che la Fisioterapia di Comunità, mirata sia alla prevenzione che al miglioramento della gestione delle malattie croniche/neurodegenerative in ogni loro stadio, produce effetti positivi sia per la salute dei cittadini, che per la sostenibilità stessa del sistema realizzando una maggiore appropriatezza dei percorsi e una riduzione delle spese assistenziali;

Ritenuto di individuare nel Fisioterapista di Comunità il professionista sanitario che, nell’ambito delle Case della Salute e/o AFT, in collaborazione con il team multiprofessionale coordinato dal MMG, identifica e adotta le migliori strategie per la prevenzione, valutazione, abilitazione e palliazione, con l’obiettivo generale di contribuire a migliorare la qualità di vita della persona e dei suoi familiari/caregiver;

Dato atto dei risultati dell’analisi di contesto e di fattibilità svolta nell’Azienda USL Toscana Centro a cura della SOC Attività di Riabilitazione Funzionale;

Ritenuto di procedere all'avvio del progetto sperimentale di inserimento del Fisioterapista di Comunità presso le AFT e/o Case della Salute di 3 Zone Distretto – Firenze Nord Ovest, Firenze Sud Est e Prato – così come descritto nell'allegato “A”, parte integrante e sostanziale della presente delibera;

Dato atto che nel medesimo allegato sono riportate le responsabilità, le funzioni e gli obiettivi del Fisioterapista di Comunità, nonché il cronoprogramma, le fasi di avanzamento e gli indicatori di valutazione del progetto stesso;

Precisato che la sperimentazione si svilupperà per una durata di 24 mesi e che tutte le attività verranno regolarmente monitorate;

Preso atto che il Direttore della SOC Organizzazione e Progetti Tecnologici nel proporre il presente atto attesta la regolarità tecnica ed amministrativa e la legittimità e congruenza dell'atto con le finalità istituzionali di questo Ente, stante anche l'istruttoria effettuata a cura del Responsabile del Procedimento, Ilaria Perigli, in servizio presso la medesima SOC Organizzazione e Progetti Tecnologici;

Vista la sottoscrizione dell'atto da parte del Direttore dello Staff della Direzione Generale;

Su proposta del Direttore della SOC Attività di riabilitazione funzionale;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo f.f., del Direttore Sanitario e del Direttore dei Servizi Sociali;

DELIBERA

per i motivi espressi in narrativa:

- 1) di individuare nel Fisioterapista di Comunità il professionista sanitario che, nell'ambito delle Case della Salute e/o AFT, in collaborazione con il team multiprofessionale coordinato dal MMG, identifica e adotta le migliori strategie per la prevenzione, valutazione, abilitazione e palliazione, con l'obiettivo generale di contribuire a migliorare la qualità di vita della persona e dei suoi familiari/caregiver;
- 2) di dare atto dei risultati dell'analisi di contesto e di fattibilità svolta nell'Azienda USL Toscana Centro a cura della SOC Attività di Riabilitazione Funzionale;
- 3) di procedere all'avvio del progetto sperimentale di inserimento del Fisioterapista di Comunità presso le AFT e/o Case della Salute di 3 Zone Distretto – Firenze Nord Ovest, Firenze Sud Est e Prato – così come descritto nell'allegato “A”, parte integrante e sostanziale della presente delibera;
- 4) di dare atto che nel medesimo allegato sono riportate le responsabilità, le funzioni e gli obiettivi del Fisioterapista di Comunità, nonché il cronoprogramma, le fasi di avanzamento e gli indicatori di valutazione del progetto stesso;
- 5) di precisare che la sperimentazione si svilupperà per una durata di 24 mesi e che tutte le attività verranno regolarmente monitorate;
- 6) di dichiarare il presente provvedimento immediatamente eseguibile, ai sensi dell'art. 42, comma 4, della L.R. n. 40 del 24/02/05, considerata l'urgenza di dare avvio al progetto suddetto;

- 7) di trasmettere la presente determinazione al Collegio Sindacale e al Dipartimento di Medicina Generale a norma di quanto previsto dall'Art.42 comma 2, della L.R.T. 40/2005 e ss.mm.ii.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Paolo Morello Marchese)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO f.f.
(Dr.ssa Valeria Favata)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dr. Emanuele Gori)

IL DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIALI
(Dr.ssa Rossella Boldrini)

Dipartimento dei Servizi Tecnico Sanitari
SOC Attività di Riabilitazione Funzionale

**Indirizzi per il progetto di sperimentazione di un modello assistenziale innovativo:
il Fisioterapista di Comunità nell' Azienda UsI Toscana Centro**

1. Premessa

I bisogni di salute e con essi, contemporaneamente, i bisogni riabilitativi sono cambiati con la trasformazione epidemiologica intervenuta nel corso degli ultimi decenni; verosimilmente, la loro trasformazione caratterizzerà ulteriormente il quadro dei prossimi anni. La capacità del sistema socio-sanitario di assicurare le risposte corrette sarà direttamente legata allo sviluppo di modalità innovative nell'erogazione degli interventi, alla sua capacità di potenziare il ruolo dei cittadini nella gestione, in primis, della loro condizione di salute, e poi della loro condizione di malattia, alla valorizzazione di nuove e diverse competenze dei professionisti e del loro agire in modo complementare.

Il rapporto della salute globale, redatto nel 2010 dall'OMS e confermato nella 66° Assemblea Generale del 2013, a cui ha partecipato il nostro Paese, identifica due strategie complessive di 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 e l'assistenza integrata ai malati cronici, all'interno di un sistema di assistenza primaria.

La riorganizzazione delle Cure Primarie, già in atto in Regione Toscana, ha come modello di riferimento gli elementi fondamentali dell'Expanded Chronic Care Model (ECCM) in cui la gestione dei pazienti in condizioni di cronicità è affidata ad un team multiprofessionale e coordinata dal Medico di Medicina Generale (MMG).

In questo scenario di sviluppo dell'ECCM, si evidenzia la necessità di declinare il ruolo del Fisioterapista nel team multiprofessionale.

L'assistenza integrata ai malati cronici determina, infatti, la necessità di riorganizzazione e di "riorientamento" dei servizi sanitari in considerazione della storia naturale delle patologie croniche.

Queste richiedono un'assistenza sanitaria che duri 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 in ospedale) e lo sviluppo di alleanze intersettoriali con quei servizi della società, che agiscono i determinanti non sanitari della salute, in modo tale da incidere sui principali fattori di rischio.

Cornice concettuale di riferimento può diventare il "task shifting", cioè la redistribuzione razionale dei compiti all'interno di un gruppo di lavoro sanitario, grazie alla quale competenze tecniche specifiche sono spostate da operatori sanitari a qualificazione formale più elevata ad altri a qualificazione formale meno elevata, ma specificamente formati con l'obiettivo di raggiungere un utilizzo più efficiente delle risorse disponibili.

La Fisioterapia di Comunità mira sia alla prevenzione che 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 (maggiore appropriatezza dei percorsi e riduzione delle spese assistenziali,).

Inoltre, con il Fisioterapista di Comunità si potenzierebbero le strategie mirate all'attivazione della persona nel processo di cura: realizzare modelli e pratiche professionali realmente "centrate sul paziente", infatti, significa pianificare interventi che abbiano tra gli obiettivi anche quello 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 eventuali

prestazioni di riabilitazione.

L'intervento del Fisioterapista all'interno della rete per la gestione della cronicità avrà come focus un intervento di prevenzione/educazione, con adeguamenti del contesto abitativo e sociale, con interventi mirati alla gestione appropriata dell'assistenza protesica, con attività di sviluppo di strategie di self-management e programmi di autocura, gestiti secondo la logica di appuntamenti funzionali programmati, usufruendo anche di Tecnologie dell'Informazione e Comunicazione ("Information and Communication Technologies" ICT).

2. Il Fisioterapista di Comunità: Definizione

Il Fisioterapista di Comunità, già previsto dalla normativa regionale con la DGR 650 del 05/07/2016 è il professionista sanitario che nell'ambito delle Case della Salute e/o AFT, in collaborazione con il team multiprofessionale coordinato dal MMG, identifica e adotta le migliori strategie per la prevenzione, valutazione, abilitazione e palliazione, con l'obiettivo generale di contribuire a migliorare la qualità di vita della Persona e dei suoi familiari/caregiver.

Il superamento del modello prestazionale di assistenza nell'ECCM, 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 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.

3. Responsabilità e Funzioni

Il Fisioterapista di Comunità è il professionista che 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.).

Per quanto di competenza, promuove e sostiene:

- 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 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.

4. Obiettivi

Obiettivi specifici dell'intervento del Fisioterapista sono, per quanto di propria 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 AFA Otago per la prevenzione delle cadute);

- favorire il coinvolgimento attivo della persona e del caregiver nel processo di cura e promuovere strategie di autogestione della malattia, per migliorare sensibilmente la qualità della vita e ridurre il ricorso alle cure;
- affiancare i professionisti del team multiprofessionale nell'identificazione di fattori di rischio, sia in soggetti sani sia in soggetti in situazione di cronicità;
- favorire l'accesso appropriato ai Servizi Territoriali di riabilitazione.

5. Fase di avvio del progetto sperimentale

Sulla base di quanto esposto si propone l'avvio di una sperimentazione in 3 Zone Distretto della AUTC (Nord Ovest Fiorentina, Prato, Sud Est Fiorentina) individuando le AFT e/o Case della Salute come livello appropriato; queste infatti, rispondono ai requisiti organizzativi e dimensionali ideali per assicurare l'avvio delle azioni e la misurabilità dei risultati.

Si ritiene che 24 mesi sia il tempo adeguato per gli obiettivi della sperimentazione, dei quali i primi 6 mesi utilizzati per la condivisione col personale delle AFT e/o Case della Salute coinvolto, l'individuazione delle sedi, la definizione delle modalità operative e la predisposizione di protocolli condivisi.

I successivi 18 mesi saranno utilizzati per lo svolgimento delle azioni delineate per la sperimentazione e per il monitoraggio dei risultati/report.

6. Attività

In questa fase pilota, le linee di sviluppo che vedono coinvolto il Fisioterapista di Comunità sono:

- orientamento alla promozione del self-management delle malattie croniche;
- promozione di corretti stili di vita, tra cui l'attività fisica;
- identificazione, valutazione, prevenzione e monitoraggio dei fattori di rischio, sia in soggetti sani che con esiti di patologia;
- supporto all'educazione e alle competenze del caregiver, compreso l'addestramento all'uso corretto degli ausili, verifica periodica dell'appropriatezza ed efficacia degli stessi;
- supporto al MMG per la prevenzione delle disabilità e dell'aumento della restrizione della partecipazione sociale, proponendo gli interventi correttivi sui fattori modificabili di propria competenza;
- limitazione del declino funzionale associato alla ridotta mobilità, all'invecchiamento e/o a processi degenerativi, con proposta di attività motorie idonee;
- identificazione di eventuali strategie compensative, intervenendo sui fattori ambientali.

7. Risorse

Verranno dedicate al progetto pilota 12 ore settimanali di Fisioterapista per ciascuna AFT coinvolta.

Da acquisire a supporto del progetto:

- 1 unità di personale Fisioterapista
- 3 Tablet (1 per Zona di sperimentazione)

8. Indicatori e questionari di gradimento

- numero di interventi di educazione a supporto dei caregiver/numero di assistiti della AFT;
- numero di consulenze per proposta e verifica ausili per l'autonomia e per l'adattamento dell'ambiente domestico/numero di utenti afferenti alla AFT;

- numero di pazienti inseriti nelle azioni-programmi definiti dai protocolli condivisi/numero di utenti afferenti alla AFT;
- numero di pazienti inviati all'AFA A, B o C/numero di utenti afferenti alla AFT;
- numero di interventi sulla promozione dei corretti stili di vita/numero di utenti afferenti alla AFT.
- Si propongono, inoltre, questionari di gradimento e dello stato di salute percepita rivolti all'utente e/o ai caregiver.

9. Cronoprogramma

Fase di Progettazione

ATTIVITA'/PERIODO	MAG	GIU	DELIBERA AZ.	MESE 1	MESE 2	MESE 3	MESE 4	MESE 5	MESE 6
CONDIVISIONE DEL PROGETTO CON I DIPARTIMENTI INTERESSATI									
CONDIVISIONE CON I FISIOTERAPISTI AUTC									
INDIVIDUAZIONE DELLE AFT E COSTITUZIONE GRUPPO DI LAVORO AZIENDALE									
DEFINIZIONE DEI PROTOCOLLI									
INDIVIDUAZIONE STRUMENTI PER IL MONITORAGGIO									
PRESENTAZIONE AL FC DELLE COMPONENTI AFT, DEL CONTESTO ORGANIZZATIVO E TERRITORIALE									
DEFINIZIONE DELLE MODALITA' OPERATIVE /STRUMENTI*									

Fase di sperimentazione

ATTIVITA'/ PERIODO	MESE 7	MESE 8	MESE 9	MESE 10	MESE 11	MESE 12	MESE 13	MESE 14	MESE 15	MESE 16	MESE 17	MESE 18	MESE 19	MESE 20	MESE 21	MESE 22	MESE 23	MESE 24	
AVVIO PROGETTO																			
MONITORAGGIO INTERMEDIO																			
PROSECUZIONE E AZIONI CORRETTIVE																			
MONITORAGGIO E REPORT																			

*Strumenti di valutazione, questionari, modalità presa in carico/segnalazione, modalità registrazione attività , modalità invio ai servizi di riabilitazione territoriale , cartella o file di registrazione utenti seguiti.

Bibliografia e Riferimenti

- Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ* 2000;320:569-572
- Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?. *Eff Clin Pract* 1998
- 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
- Capaldo G. Diagnosi differenziale in Fisioterapia: uno strumento utile al Fisioterapista, una tutela per il paziente. *Scienza Riabilitativa* 2007; 9.1 : 23-35
- 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/>
- 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
- 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
- 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>
- Wallace Pj. Physician involvement in disease management as part of the CCM. *Health Care Finac Rev* 2005