

Spett.le Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano

Prot. n. 138/19PN/pu

Roma, 26 agosto 2019

**“LINEE DI INDIRIZZO PER L’INDIVIDUAZIONE DI PERCORSI APPROPRIATI NELLA RETE DI RIABILITAZIONE”.**

**Osservazioni dell’Associazione Italiana Fisioterapisti (AIFI).**

**Parole chiave:** *riabilitazione, fisioterapia, cronicità, chronic care model, disabilità, modello biopsicosociale, innovazione organizzativa, fisioterapista di comunità, multiprofessionalità, empowerment del paziente, rete territoriale, sostenibilità.*

**PREMESSA**

La scrivente Associazione ha preso atto dello schema di accordo concernente **“Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione”**, inviato dal Ministero della Salute alla Conferenza Stato-Regioni.

Superando la sorpresa legata alla mancata condivisione nelle fasi di preparazione e confronto che hanno portato alla definizione del testo trasmesso dal Ministero, si ritiene doveroso portare comunque un contributo alla discussione, partecipando con rilievi di merito che, non solo attengono alla sfera delle attribuzioni di questa Associazione, ma ci paiono importante mezzo per trasmettere osservazioni, proposte e suggerimenti che, se assunti, potrebbero senz’altro migliorare lo schema di accordo che, a nostro avviso, non riesce a cogliere tutti gli obiettivi che dichiara in premessa.

Riteniamo, infatti, che la presente opportunità di aggiornamento in tema di percorsi, appropriatezza e rete dei servizi di riabilitazione debba essere occasione per rendere coerenti gli indirizzi e le disposizioni di Legge con gli attuali mutamenti epidemiologici ed organizzativi di riferimento.

Ad avviso di AIFI, il testo proposto all’approvazione della Conferenza non soddisfa appieno le complessive esigenze di un sistema chiamato a cogliere davvero i cambiamenti intervenuti, tendendo piuttosto a riformulare quanto già previsto nel **“Piano di indirizzo della Riabilitazione”** (PINDRIA) del 2011, contribuendo inoltre alla perdita dell’approccio globale e multidisciplinare proprio del modello biopsicosociale dell’ICF applicato alla riabilitazione e alla disabilità, ripetutamente richiamato anche dall’OMS e specificato nell’articolo 26 della Convenzione ONU per i Diritti delle Persone con Disabilità<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Riteniamo che la presente opportunità di aggiornamento in tema di percorsi, appropriatezza e rete dei servizi di riabilitazione debba essere occasione per rendere coerenti gli indirizzi e le disposizioni di legge, tenendo conto gli attuali mutamenti epidemiologici ed organizzativi di riferimento. Ad avviso di AIFI, il testo proposto all’approvazione della Conferenza non soddisfa appieno le complessive esigenze di un sistema chiamato a cogliere davvero i cambiamenti intervenuti, tendendo piuttosto a riformulare quanto già previsto nel **“Piano di indirizzo della Riabilitazione”** del 2011. La riproposizione di soluzioni organizzative e modelli di responsabilità professionali cristallizzate a quasi 10 anni fa duplica e sovrappone titolarità delle specifiche Professioni che, invece, anche sul piano normativo sono ormai sufficientemente distinte. Quanto esposto, invece di consentire fluidi percorsi di cura e assistenza, pone diagrammi di flusso di particolare complessità, inserendo tortuosità e “colli di bottiglia” impropri, che certamente non riescono a superare le criticità storiche della Riabilitazione. Tale impostazione inquina anche alcune importanti definizioni e condiziona di fatto un approccio del Piano non solo medico-centrico, ma vieppiù medico-specialistico. Il testo sottoposto all’approvazione della Conferenza non risolve minimamente (perché non le affronta) le ragioni che hanno, di fatto, reso inapplicato il Piano in buona parte del territorio nazionale; ricordiamo che all’atto dell’approvazione del PINDRIA 2011 venne ribadita *l’autonomia delle Regioni e delle Province*

Evidenziamo in premessa quelli che, secondo noi, sono “nodi” per cui si rende necessaria una revisione delle indicazioni contenute nel Documento Ministeriale:

L’impianto di questo documento non sarà in grado di guidare la Riabilitazione italiana nel prossimo decennio a fronte del trend epidemiologico, della riduzione delle risorse disponibili e della riduzione del numero dei medici all’interno del corpo professionale sanitario.

Alla evoluzione epidemiologica, al progresso delle conoscenze scientifico riabilitative, al cambiamento del quadro economico gestionale, all’evoluzione delle professioni e dei loro rapporti, alla necessità di un approccio integrato fra competenze professionali e titolarità istituzionali, viene data una risposta che risulta essere **parzialmente emendativa delle precedenti linee**, con rafforzamento delle centralità delle strutture organizzative ospedaliere rispetto alla gestione dei percorsi di presa in carico delle persone con disabilità, e con una sottolineatura del ruolo centrale del medico specialista in riabilitazione rispetto ad altre competenze specialistiche, coinvolte solo marginalmente, senza inoltre tenere conto nemmeno della evoluzione professionale, normativa e contrattuale intervenuta nel panorama sanitario italiano nell’ultimo decennio.

Le Linee guida del ’98 hanno introdotto il moderno strumento del **Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)** per affrontare in maniera globale le disabilità complesse: oggi però il PRI non può essere proposto per tutte le condizioni che attivano l’intervento riabilitativo, in modo particolare per disabilità temporanee non complesse o per i quadri prevalenti di cronicità, per i quali il MMG svolge un ruolo centrale. Il riferimento esclusivo alla titolarità dello specialista Fisiatra, inoltre, non trova riferimento esplicito in alcuna fonte normativa attinente ad esclusione delle precedenti Linee Guida (sarebbe oltremodo utile che la Conferenza Stato-Regioni acquisisse le osservazioni della FNOMCEO a tal riguardo).

In aggiunta ricordiamo che nelle premesse dell’Accordo di recepimento del Piano 2011 veniva ben esplicitato che la definizione del PRI doveva avvenire *nell’ambito di un percorso assistenziale integrato* per le persone con disabilità.

Riteniamo necessario aggiornare le definizioni di **intensività ed estensività del trattamento riabilitativo**, non racchiudibili nel solo tempo di trattamento (tre ore o un’ora) che non consentono una sufficiente e univoca interpretazione di intensività. E’ necessario un contesto di multidisciplinarietà, attivata per la complessità del caso o per la presenza di instabilità clinica, così come attualmente espresso nel PINDRIA 2011. Ciò è vero anche per i trattamenti ambulatoriali per i quali deve valere lo stesso concetto di intensività ed estensività e non di sola diversa complessità, come viene proposto dal Documento Ministeriale.

È evidente che anche in riabilitazione è mutato il quadro epidemiologico: esso definisce una domanda caratterizzata, da una parte da **bisogni ad elevato consumo di risorse** professionali e tecnologiche e, dall’altra, da **bisogni legati alla cronicità ed invecchiamento della popolazione** che richiede interventi più orientati all’*empowerment* del paziente. Per queste due categorie di bisogni non è pensabile rispondere con gli stessi strumenti e modalità.

---

*Autonome nell’adottare le soluzioni organizzative più idonee in relazione della propria programmazione.* Imputare la mancata applicazione di quanto previsto dal Piano unicamente alla “negligenza organizzativa” delle Regioni, senza offrire un’analisi convincente dell’insuccesso della proposta, si corre il rischio di avere il medesimo esito. Accanto alla ribadita e certo ormai indiscussa titolarità e responsabilità delle regioni rispetto alla modulazione dell’offerta di salute, non va trascurato che, a partire dall’abrogazione delle professioni sanitarie ausiliarie (con la legge 42/1999) e la qualificazione delle Professioni dell’Area Riabilitativa, Infermieristica, Tecnica e della Prevenzione, di cui alla L. 251/2000, si è propagata una vera e propria riforma silenziosa del SSN. Invero, nel decennio trascorso, le Regioni hanno investito, sia sotto il profilo formativo sia organizzativo, ingenti risorse e competenze. Il legislatore, con una scelta normativa di riforma del sistema, ha infatti creato un sistema pluridisciplinare orizzontale che affida alle diverse competenze percorsi riabilitativi e preventivi.

Sarebbe necessario, a tal proposito, sviluppare strumenti di governo dei percorsi assistenziali-riabilitativi integrati con la comunità e la Medicina generale, che in coerenza con la “medicina di iniziativa” sappiano promuovere una presa in carico con un approccio proattivo, in grado di sostenere anche **processi di self-management**. Pare improprio cancellare la titolarità del MMG quale primo custode della salute dei cittadini, nonché porta di accesso al SSN.

Là dove si affronta l'**attività riabilitativa territoriale**, il Documento Ministeriale colloca l'attività dei Servizi Territoriali unicamente a supporto e “completamento” del programma riabilitativo già erogato nel setting ospedaliero. Questa visione assolutamente marginale del territorio - e superata dalle evidenze, dagli Atti di indirizzo e dalle Norme introdotte nel frattempo (Piano per la Cronicità, Patto per la salute, LEA etc.) evidenzia la visione “ospedalocentrica” che pervade l'intero documento. Ormai molte regioni hanno sviluppato esperienze significative in tema di interventi proattivi di supporto alla long-term care che sarebbe errato ignorare o banalizzare.

Una maggiore attenzione deve essere posta allo sviluppo degli **strumenti per la gestione della continuità** fra ospedali per acuti, low-care riabilitativa, strutture di cure intermedie e territoriali, compreso il domicilio; gestione che non può essere lasciata ad una unica figura professionale ma che deve risultare dalla condivisione, fra i diversi “attori” professionali, dei criteri di assegnazione al setting riabilitativo appropriato, degli indicatori di risultato e della variabilità del ruolo di *case manager*. Queste esigenze devono far prevedere livelli diffusi di responsabilizzazione professionale nel governo clinico, se si vuole che il sistema sanitario possa continuare ad assicurare livelli di assistenza propri di un Paese avanzato e attento all'uso efficace delle risorse.

La soluzione del **Dipartimento di Riabilitazione**, oltre a riproporre le contraddizioni rispetto alla esigenza di multiprofessionalità e interdisciplinarietà (contrasta infatti con l'idea del lavoro integrato con le altre componenti cliniche-professionali, di saperi multidisciplinari tra Ospedale e Territorio), è una soluzione già bocciata sul campo e non realizzata nella maggior parte delle Aziende Sanitarie del Paese anche per la sua insostenibilità economica ed organizzativa. Essa è caratterizzata da una visione “protettiva” di un solo “sapere-specialità” piuttosto che rappresentare un valore aggiunto al Sistema, grazie all'integrazione con altre competenze e risorse.

Auspichiamo, inoltre, lo sviluppo e messa a regime, nell'ambito del NSIS, del sistema di **rilevazione delle attività di riabilitazione** che, superando l'attuale modalità sostanzialmente di tipo quantitativo, attraverso l'utilizzo sistematico di scale di valutazione clinica e funzionale, renda possibile una valutazione degli esiti degli interventi in rapporto ai diversi setting di erogazione (sia ospedalieri che territoriali, sia in regime di degenza che ambulatoriale) e alle procedure utilizzate. Riteniamo che il primo step possa sicuramente essere la predisposizione della cosiddetta SDO di Riabilitazione. I flussi di pertinenza territoriale devono prestare specifica attenzione agli elementi di possibile sovrapposizione fra ambito riabilitativo in senso stretto ed ambito assistenziale integrato.

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

In questo quadro anche le consolidate modalità di intervento riabilitativo, caratterizzate da una propria peculiare cultura, scienza e prassi, devono essere riconsiderate per poter partecipare all'ammodernamento del sistema ed alla sua sostenibilità; la centralità dei Servizi Territoriali, con la loro declinazione nelle forme residenziale, ambulatoriale, domiciliare e comunitaria, dovrà caratterizzare anche la riorganizzazione delle attività di Riabilitazione, consolidando, anche, nella fase ospedaliera, la tempestività e diffusione dell'intervento fisioterapico e riabilitativo nei reparti per acuti e la funzione di alta specialità dei reparti di riabilitazione.

## ATTIVITA' RIABILITATIVA TERRITORIALE

La riorganizzazione delle attività territoriali è il presupposto perché anche le attività di riabilitazione e fisioterapia siano messe in grado di rispondere alle nuove esigenze. La Zona/Distretto deve diventare l'ambito in cui si integrano operativamente le competenze sanitarie e socio-sanitarie ai fini di assicurare:

1. il corretto accesso ai Servizi;
2. la presa in carico nelle condizioni stabilizzate e/o di cronicità;
3. la gestione della continuità assistenziale ospedale-territorio.

Questi obiettivi evidenziano la centralità delle Cure Primarie e del ruolo delle AFT quali punti di forza costitutivi nell'accesso appropriato alle prestazioni specialistiche. Nell'*Expanded Chronic Care Model*, riconosciuto sia in termini di sostenibilità che sicurezza, come la modalità più efficace nella gestione delle condizioni prevalenti di cronicità; nella gestione dei rapporti con le strutture ospedaliere sia nel regolare gli accessi che, soprattutto nel facilitare la dimissione al domicilio o presso le altre strutture residenziali territoriali.

Con questi riferimenti dovranno relazionarsi anche le strutture della Riabilitazione e della Fisioterapia per la costituzione di equipe territoriali a forte integrazione professionale che, in particolare nelle cronicità, veda il ruolo centrale del MMG.

Sul versante territoriale, tre sono gli aspetti che vogliamo evidenziare per la funzione della rete dei Servizi di Riabilitazione:

- a) l'intervento nella fase post-acuta, di modificabilità delle funzionalità colpite e di prevenzione degli esiti di disabilità;
- b) l'intervento di supporto e prevenzione delle perdite di funzioni ed autonomia nelle condizioni di cronicità e di non autosufficienza;
- c) l'intervento nelle condizioni di disabilità.

### **L'intervento nella fase post-acuta, di modificabilità delle funzionalità colpite e di prevenzione degli esiti di disabilità**

Le indicazioni normative emanate per il contenimento del tasso di ospedalizzazione e dei tempi di degenza ospedaliera, hanno comportato, e comportano, che la rete dei Servizi territoriali debba farsi carico della gestione di condizioni cliniche e assistenziali un tempo di competenza della rete ospedaliera. Ciò è valido per le risposte a valenza riabilitativa sia di tipo residenziale, intensiva ed estensiva erogata in condizioni di stabilità clinica, che di tipo ambulatoriale.

Come detto nei punti in premessa, AIFI ritiene che lo strumento PRI non debba essere attivato per tutte le prestazioni di riabilitazione ma opportunamente utilizzato nelle condizioni più complesse e significative sia in relazione al quadro del paziente che al consumo di risorse professionali e tecnologiche.

Riteniamo che ciò sia particolarmente valido nel setting ambulatoriale per il quale una significativa parte degli accessi può avvenire utilizzando le prestazioni specialistiche ambulatoriali di riabilitazione del DPCM 12-1-2017, erogabili in base alla prescrizione formulata dal Medico prescrittore (MMG, PLS, Medico Specialista Pubblico). Criteri di appropriatezza nell'accesso e modalità di erogazione possono essere contenuti in protocolli regionali o aziendali definiti con il contributo di tutte le componenti coinvolte: i fisioterapisti ed AIFI sono in grado di contribuire positivamente alla definizione dei necessari protocolli o dei PDTA.

## **L'intervento di supporto e prevenzione delle perdite di funzioni ed autonomia nelle condizioni di cronicità e di non autosufficienza**

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 sui determinanti non sanitari della salute.

La potenzialità del ruolo delle organizzazioni sanitarie nella promozione di stili di vita sani è ancora in gran parte inapplicata. AIFI, per quanto di sua pertinenza, sottolinea come il ruolo del Fisioterapista potrà essere utilmente declinato nel **Fisioterapista di Comunità**<sup>2</sup> quale figura che opera nell'ambito delle attività sanitarie di comunità in maniera ottimale in relazione alle articolazioni delle AFT, in collaborazione con il MMG e le altre figure professionali, assicurando gli interventi necessari affinché non si instaurino quadri patologici conclamati o riacutizzazioni di sindromi esistenti ponendosi in una condizione proattiva rispetto ai bisogni dell'Utente. Il Fisioterapista di Comunità a livello di AFT esprime, infatti, la propria professionalità garantendo interventi preventivi/educativi e proporzionati al livello di rischio e o di gravità del quadro sia in relazione a specifiche patologie (Ictus, BPCO, malattie cardio-vascolari, neurodegenerative, etc.) che più in generale nei quadri di invecchiamento (fragilità, prevenzione delle cadute, promozione partecipazione attività fisica).

Se l'approccio preventivo-educativo deve caratterizzare gli interventi a favore della popolazione anziana con una collocazione "comunitaria" che vede il coinvolgimento coordinato delle risorse in essa presenti, il problema della **non autosufficienza** (anche temporanea) chiede al Territorio la capacità di dare risposte a carattere residenziale e/o presso il domicilio della persona, in grado di assicurare il recupero delle competenze o il loro mantenimento il più a lungo possibile. Allo stesso tempo le risposte ai bisogni riabilitativi devono essere caratterizzate dalla scelta dei setting appropriati che assicurino l'intensività riabilitativa necessaria e qualificata.

Riconoscere i bisogni legati alla non autosufficienza rispetto ai bisogni riabilitativi permette al sistema di programmare l'impegno corretto delle risorse e l'attivazione delle competenze necessarie consentendo l'identificazione e valorizzazione della funzione delle Cure intermedie e della residenzialità socio-assistenziale rispetto alla funzione della Riabilitazione svolta nei setting residenziale, ambulatoriale e domiciliare.

Il Piano Assistenziale Integrato (PAI), predisposto da equipe multidisciplinari territoriali o all'interno delle strutture residenziali socio-sanitarie, diventa riferimento anche per l'azione del Fisioterapista. Rientrano in questo percorso le prestazioni di riabilitazione erogate presso il domicilio del paziente.

---

<sup>2</sup> *La Fisioterapia di 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. Per ulteriori approfondimenti: Delibera DG Azienda USL Toscana Centro 1057 del 12/07/2019 "Approvazione del progetto sperimentale del modello assistenziale del Fisioterapista di Comunità nell'Azienda USL Toscana Centro"*

### **L'intervento nelle condizioni di disabilità.**

Non autosufficienza e cronicità trovano una declinazione anche nel concetto di disabilità cui la rete territoriale dei Servizi di Riabilitazione è chiamata a rispondere.

AIFI condivide l'indicazione contenuta nel Documento che prevede che gli interventi debbano essere preceduti da una valutazione multidimensionale e multiprofessionale dei bisogni: da essa deve però scaturire un solo progetto per la persona che contenga unitariamente sia le indicazioni assistenziali che riabilitative commisurate agli effettivi bisogni della persona.

La previsione di un PRI alternativo al PAI, contenuta nel DPCM 12-1-2017, comporta il rischio che ci possa essere un PRI totalmente avulso dal Sistema delle Cure Primarie, vanificando l'integrazione e le sinergie necessarie ad assicurare la permanenza della persona con disabilità nel suo contesto socio-familiare. La qualità delle risposte a supporto della permanenza a domicilio o della "lungo- residenzialità" sarà frutto anche del coinvolgimento dei Servizi di Riabilitazione territoriale nella individuazione delle strategie riabilitative individuali e di struttura, rivestendo tra queste una valenza centrale la scelta degli ausili forniti e dell'addestramento effettivo al loro utilizzo.

A nostro avviso sono maturi i tempi per prevedere, in questi percorsi, un ruolo forte ed esplicito dell'equipe multidisciplinare in cui i diversi professionisti dell'area della Riabilitazione, rivestono una funzione fondamentale nei percorsi di valutazione, definizione, addestramento all'uso, verifica e riutilizzo degli ausili.

All'interno di tale progetto è opportuno siano integrate anche le competenze dei fisioterapisti e delle altre professioni dell'area della Riabilitazione che, ricordiamo, agiscono anche nei campi della prevenzione e della cura, non solo nella riabilitazione. Tale integrazione peraltro permetterebbe di contaminare positivamente "l'assistenza", laddove fosse ancora intesa come sola soddisfazione di bisogni, sempre più di logiche "abilitative e riabilitative" intese come insieme di interventi volti al progressivo aumento delle competenze della persona e dei suoi care-giver, con conseguenti riduzioni dei loro bisogni, aumento del loro spazio di autonomia e benessere e conseguenti riduzioni dei costi sociali.

### **ATTIVITA' RIABILITATIVA OSPEDALIERA**

L'attività di fisioterapia in ospedale è da sempre legata ad un'ottica "prestazionale" la quale, in una epoca che fa della integrazione multidisciplinare uno dei punti di forza di una "sanità moderna", risulta di per sé inadeguata per i bisogni del paziente e dell'organizzazione. Per questa ragione è necessario intervenire per assicurare tre condizioni qualificanti:

1. Lo svolgimento di funzioni di alta specialità nei reparti di riabilitazione.
2. La tempestività e diffusione dell'intervento fisioterapico e riabilitativo nei reparti per acuti.
3. La partecipazione dei professionisti della riabilitazione nelle attività di programmazione delle dimissioni.

### **Lo svolgimento di funzioni di alta specialità nei reparti di riabilitazione.**

L'orientamento alla acuzie e alla instabilità clinica, proprio delle strutture ospedaliere, deve contraddistinguere anche i reparti di Riabilitazione ospedaliera, caratterizzandola per l'alta specializzazione dell'intervento clinico e riabilitativo e per una funzione di ricerca e sviluppo della pratica riabilitativa. La disponibilità di una risposta di alta qualificazione ed appropriatezza ospedaliera avrà, a nostro avviso, l'effetto indiretto di indurre una qualificazione della risposta residenziale non ospedaliera. Allo stesso tempo le risposte ai bisogni riabilitativi devono essere caratterizzate dalla scelta dei setting appropriati che assicurino l'intensività riabilitativa necessaria e qualificata.

Si ritiene necessario prevedere la presenza di funzioni specialistiche di riferimento collocate all'interno di un ospedale, e ciò vale in ambito neurologico come, respiratorio, geriatrico, cardiologico, oncologico, uro-ginecologico, etc., che assicurino la risposta appropriata sia nelle condizioni di aggravamento che, soprattutto nella gestione delle condizioni di cronicità, attraverso interventi professionali qualificati e con evidenza di efficacia e azioni volte all'empowerment del paziente, che evitano il ricorso inappropriato al ricovero ospedaliero; in stretto raccordo con la Rete Territoriale assistenziale e riabilitativa ed i loro professionisti.

### **Tempestività e diffusione dell'intervento fisioterapico e riabilitativo nei reparti per acuti.**

Nella fase acuta è fondamentale che la presa in carico fisioterapica sia il più precoce possibile, legata al bisogno del paziente ed una prognosi funzionale orientata al bisogno futuro. Le evidenze in letteratura affermano che un coinvolgimento diretto e precoce del fisioterapista nei percorsi di cura nei reparti per acuti migliori gli esiti sul paziente, dall'età neonatale a quella geriatrica. Va sottolineata l'importanza degli interventi fisioterapici in terapia intensiva o in chirurgia cardio toracica, in neurochirurgia o in traumatologia e come questi, oltre al miglioramento degli esiti, contribuiscano a ridurre i tempi di degenza a vantaggio anche della sostenibilità. La valutazione funzionale e la prognosi funzionale, strumenti propri del fisioterapista, sono elementi determinanti per la messa in atto delle attività di prevenzione (ad es. lesioni da pressione, posizionamenti, riattivazione), cura (es. disostruzione bronchiale, ricondizionamento all'attività motoria, splinting) e riabilitazione (es. esercizio terapeutico) anche in fase ospedaliera. Ciò può meglio attuarsi con modalità operative basate sulla presenza programmata del fisioterapista nei reparti per acuti e sulla sua collaborazione diretta con lo specialista del reparto stesso.<sup>3</sup>

### **La partecipazione dei professionisti della riabilitazione nelle attività di programmazione delle dimissioni.**

Grazie all'intervento riabilitativo precoce nei reparti per acuti, strettamente collegato con i bisogni clinici e assistenziali, sarà possibile valutare con precisione l'eventuale bisogno di continuità riabilitativa post acuta e, agendo attraverso i meccanismi delle dimissioni programmate, favorire maggiore appropriatezza nella scelta del setting di continuità ed una più omogenea distribuzione sul territorio con una conseguente maggiore vicinanza alla residenza dei pazienti, facilitando anche la precocità della dimissione dal reparto ospedaliero a stabilità clinica raggiunta. L'inserimento stabile del Fisioterapista nei Team che sovrintendono alla dimissione del paziente diventa a nostro avviso un elemento qualificante nel funzionamento delle cosiddette (diversamente strutturate) Agenzie per la Continuità Ospedale-Territorio già presenti e in alcune realtà regionali.

### **ETA' EVOLUTIVA**

Per la stesura del PRI in ambito della Salute Mentale Infanzia e Adolescenza e in ambito "neuromotrio" (fascia 0-3 anni), sono necessarie competenze ed equipe specifiche che siano in grado di definire il quadro cognitivo, il profilo funzionale, la gestione del bambino, della sua famiglia e del suo contesto di vita. Le

---

<sup>3</sup> È evidentemente incongruente che, nonostante le numerose realtà lungamente sperimentate e positivamente valutate di rapporto diretto fra professionisti fisioterapisti e reparti e medici specialisti, continuino ad essere proposte modalità di intervento mediate sulla base di modelli a gerarchia professionale non più attuali, che hanno il solo effetto di ritardare l'intervento necessario riducendo i risultati in termini di efficacia, efficienza ed economicità. Vi sono esperienze in Italia che attuano questo modello e che prevede anche la condivisione professionale e interprofessionale dell'attività svolta, tramite la redazione e il continuo aggiornamento della Cartella Riabilitativa Fisioterapica; questo consente di riconoscere il processo di cura tra le attività previste dalla "Clinical Governance" quale "sistema/strategia attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati standards di performance assistenziale, assicurando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale".

figure del NPI, del Fisioterapista, del Logopedista, dell'Educatore Professionale e del TNPEE sono le figure indispensabili in grado di rispondere alle necessità.

L'inserimento scolastico esige certificazioni e diagnosi funzionali che solo tali figure sono in grado di garantire (L. 104, inserimenti scolastici, ecc); l'equipe multidisciplinare garantisce, altresì, risposte appropriate e confacenti alle esigenze reali del piccolo paziente e della sua famiglia.

Il fisioterapista può dare un contributo fondamentale nelle risposte ai bisogni di salute anche in età pediatrica insieme al PLS e ad altri professionisti:

1. Attività di prevenzione primaria e secondaria in collaborazione con le ostetriche, nei servizi territoriali e ospedalieri “materno-infantili” per la promozione dei corretti stili di accudimento del neonato (SIDS, NO fumo, ecc) e per l'eventuale e precoce riconoscimento dei paramorfismi come la plagiocefalia, torcicollo congenito, piede torto lieve, ecc che, se individuate precocemente, possono essere facilmente risolti con il coinvolgimento dei genitori e care giver nella gestione;
2. Guida ai genitori e care giver sulle fasi di sviluppo 0-18 mesi con particolare riferimento alle modalità più corrette di accudimento per facilitare il bambino nello sviluppo di competenze psicomotorie (sviluppi, stimoli, giochi, attrezzature, ecc);
3. Educazione ad un corretto stile di vita sia da un punto di vista motorio che posturale, con interventi, anche di screening, all'interno della scuola primaria e secondaria con progetti mirati alla prevenzione di scoliosi, obesità e invito all'attività fisica;
4. Guida all'Attività Fisica Adattata per bambini con disabilità.

## LE STRUTTURE “EX ART. 26”

AIFI condivide le considerazioni espresse nel Documento trasmesso alla Conferenza Stato-Regioni, sulla esigenza che si arrivi ad una più precisa definizione delle funzioni delle strutture ex art.26.

In particolare, considerando la presa in carico “globale” dell’utente e della sua famiglia, da parte di un’unica équipe multiprofessionale e interdisciplinare con precise e definite responsabilità, come fondamentale per la risoluzione dei bisogni di salute delle persone con fragilità, è necessario alla luce delle considerazioni sopra espresse che le **strutture residenziali riabilitative territoriali** che intervengono, in fase post acuta o di recrudescenza di malattia, in presenza di condizioni di stabilità clinica e di modificabilità delle condizioni funzionali, siano inserite quale integrazione fra le risorse della rete dei Servizi Territoriali di riabilitazione da attivare per ogni specifico PAI e non sostitutive di altri livelli. Le **strutture per la lungo residenzialità**, inoltre, devono essere rese disponibili per le persone con condizioni di disabilità che non possono essere assistite adeguatamente presso il proprio domicilio.

## CONCLUSIONI

Superando gli aspetti puntuali sopradescritti, desideriamo evidenziare l’aspetto più generale di *diseconomia* che si accompagna alle contraddizioni evidenziate.

Ci pare, dunque, che questa proposta possa essere definita “involutiva”: mentre tutto cambia, si resta fermi, mantenendo la stessa visione di 10 anni fa. L’attuale stesura non coglie le potenzialità che il contributo dei diversi professionisti, comprese le Professioni Sanitarie della Riabilitazione, gli stakeholder delle Comunità ed associativi, sono in grado di portare al sistema riabilitazione.





Riteniamo pertanto indispensabile un ulteriore approfondimento/modifica del documento per orientare l'organizzazione delle risposte tenendo conto di tutte le potenzialità presenti nel sistema. Non contemplare realtà progressive, che hanno già realizzato modelli e best-practice efficaci ed efficienti è rischioso per qualsiasi Governo, Nazionale o Regionale; si tratterebbe infatti di avvalorare un modello regressivo rispetto a quanto molte realtà regionali stanno già facendo.

E' intenzione di questa Associazione stimolare anche le Regioni alla valorizzazione delle "buone pratiche" fino ad ora attuate anziché limitarsi a riproporre modelli che hanno già dimostrato non funzionare.

AIFI continua a rimanere a disposizione per qualsiasi ulteriore necessità di approfondimento sui temi portati all'attenzione con il presente contributo.

Il Presidente Nazionale A.I.F.I.

Dott. Mauro Tavarnelli

