



Milano, 5 febbraio 2020

## **AUDIZIONE III COMMISSIONE REGIONE LOMBARDIA**

### SLIDE 1

*Presidente e Consigliere/i componenti della Commissione, vi ringraziamo innanzitutto per l'invito a partecipare ai lavori sul PSSR 2019-2023.*

L'Associazione Italiana Fisioterapisti – Regione Lombardia ha approfondito, con l'aiuto delle neonate Commissioni di Albo dei Fisioterapisti in Lombardia, con interesse le tematiche riportate nel PSSR 2019-2023 e seppur condividendo gran parte degli assunti e degli scopi vuole cogliere l'occasione per evidenziare alcuni aspetti critici e fornire dei punti di vista, forse diversi, di alcuni contesti di nostra pertinenza che, se assunti, potrebbero migliorare il Piano che, a nostro avviso, non riesce a cogliere tutti gli obiettivi dichiarati in premessa.

### SLIDE 2

Premessa che potrebbe evidenziare come uno dei fattori che inficia sul cittadino nel suo percorso di salute è la non certezza del corretto percorso di cura da seguire ovvero di quella situazione che potremmo definire al pari della "pubblicità ingannevole" in cui centinaia di operatori offrono cure e terapie senza averne titolo, ritardando, quindi, il ritorno a una qualità di vita adeguata delle persone con bisogno di salute, ritardando spesso una corretta diagnosi e una appropriata terapia e minando, inoltre, le disponibilità economiche dei cittadini in un periodo prolungato di crisi come quello che stiamo vivendo.

Regione Lombardia, a nostro avviso, dovrebbe informare, attraverso un'educazione sanitaria, i cittadini sui corretti percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione e sui professionisti sanitari che sono titolati e abilitati ad attuarli.

Prima di andare ad evidenziare i punti che riteniamo importanti da rivalutare/implementare poniamo al centro anche noi come ha fatto l'Assessorato Welfare le parole a pag. 53.

### SLIDE 3

*"La L.R. 23/2015 promuove e valorizza le professioni mediche e sanitarie e assegna loro un ruolo strategico quali risorse dirette al miglioramento dei servizi. "*

La lettura attenta del PSSR non esprime nella sua interezza tali pensieri ed è sicuramente questa valorizzazione incompleta di molte professioni sanitarie (perché per alcune di esse questa



valorizzazione è citata e più volte) che farà rimanere l'attuazione del Piano incapace di giungere all'auspicata sostenibilità e appropriatezza degli interventi socio-sanitari.

#### SLIDE 4

Quale visione vogliamo proiettare nelle nostre menti e nelle nostre azioni?

Perché solo modificando alcuni paradigmi e senza inventare nulla (dato che nuove strategie sono già in essere in altre realtà nazionali e internazionali) riusciremo a modificare l'attuale organizzazione al fine di renderla appropriata all'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.

#### SLIDE 5

Facciamoci contaminare!

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.

#### SLIDE 6

Riabilitazione intesa come (ri) portare la persona alla massima qualità di vita possibile deve essere un "must" ma non solo a parole.

Abbandonando la filosofia e arrivando all'economia è chiaro a tutti come investire nella riabilitazione nel post-acuzie e nella fragilità e cronicità (attraverso la medicina d'iniziativa per esempio) comporterà un guadagno certo sulla diminuzione dei ricoveri ospedalieri da recidiva, da cadute a domicilio, da danni secondari e terziari dati dalla patologia primaria e un guadagno sociale per il ritorno anticipato al lavoro e alla famiglia.

#### SLIDE 7

Questo studio scientifico evidenzia come le persone con Morbo di Parkinson se ospedalizzate (per problemi polmonari, per fratture di femore, per infezioni alle vie urinarie e per un declino del



controllo motorio) non solo rimangono più a lungo in ospedale (con un costo elevato) ma hanno tassi di mortalità maggiori rispetto alla media degli altri pazienti.

La fisioterapia ha già dimostrato, attraverso vari studi, come un'attività mirata sull'equilibrio, sul controllo motorio e sulle problematiche respiratorie possa diminuire le ospedalizzazioni di tanti pazienti compresi quelli con Morbo di Parkinson.

#### SLIDE 8

L'appropriatezza di un intervento sanitario nasce da una valutazione corretta e questa valutazione deve poter essere multiprofessionale.

La gestione della continuità fra ospedali per acuti e territorio non può essere lasciata ad un'unica figura professionale ma 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.

#### SLIDE 9

La riorganizzazione delle attività territoriali è il presupposto fondamentale affinché anche le attività di riabilitazione e fisioterapia siano messe nella condizione ideale per poter rispondere alle nuove esigenze.

Di conseguenza, è fondamentale:

- il corretto accesso ai Servizi;
- la presa in carico nelle condizioni stabilizzate e/o di cronicità;
- 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 attraverso il ruolo centrale del MMG/PLS.

#### SLIDE 10

La Fisioterapia/Riabilitazione deve essere presente nelle realtà post acuzie al fine di dare un



percorso di cura appropriato, efficiente ed efficace e di raggiungere i risultati che la letteratura internazionale riporta, come ad esempio possiamo osservare nello scompenso cardiaco, (SLIDE 11) nella BPCO.

## SLIDE 12

La sfida che ci poniamo è quindi quella di coniugare un'offerta di servizi socio-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.

Non è nascondendo i bisogni di salute, non attivando il fisioterapista per esempio, che aiutiamo il recupero di una qualità di vita adeguata, il ritorno in famiglia per trarre giovamento dal sostegno dei famigliari. Non è surrogando l'intervento riabilitativo dei professionisti laureati con operatori di varia estrazione che otteniamo risultati appropriati, efficaci ed efficienti.

Il fisioterapista deve essere presente in tutte queste realtà in maniera organizzata e stabile.

## SLIDE 13

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 capacità motorie e funzionali o il loro mantenimento il più a lungo possibile. La valutazione multiprofessionale porterà a identificare quale setting riabilitativo sarà più idoneo.

Non è coerente con la visione della fase post-acuzie/geriatrica/di mantenimento che le Degenze di Comunità non vedano tra gli attori principali i fisioterapisti laddove, invece, come abbiamo dimostrato in precedenza, le necessità riabilitative sono ampie e in ogni fascia d'età.

## SLIDE 14 (due tempi)

Alla luce di quanto esposto lanciamo una proposta a Regione Lombardia.

Il Fisioterapista di Famiglia che collabori con il MMG/PLS andando a creare nelle AFT/UCCP/PreSST un pool di professionisti che vada incontro alle esigenze del cittadino sia per la gestione di problematiche acute che spesso divengono poi codici bianchi nei Pronto Soccorso, sia per le condizioni di cronicità.



(SLIDE 14)

...e il Fisioterapista di Comunità che esprime 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.) sia più in generale nei quadri di invecchiamento (fragilità, prevenzione delle cadute, promozione partecipazione attività fisica) e offrendo maggiore appropriatezza dei percorsi e riduzione delle spese assistenziali,.

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.).

SLIDE 15

La visione nel PSSR del rapporto Ospedale – Territorio (pag.22) ci fa pensare all'idea di trasportare l'elefante (ospedale) sul territorio.

La soluzione (del Dipartimento di Riabilitazione?) è insostenibile economicamente e organizzativamente.

Il Territorio ha necessità di una sua governance collegata funzionalmente all'ospedale (dimissioni protette con valutazione multiprofessionale) ma che possa autonomamente realizzare strategicamente la presa in carico sia della persona nella fase sub-acuta, sia della persona fragile/cronica al domicilio.

Occorre la creazione di un' Equipe territoriale per l'Assistenza Domiciliare Integrata/Territorio che abbia gli stessi compiti valutativi e di azione propri dell'Equipe ipotizzata nella riabilitazione ospedaliera.

SLIDE 15

A.I.F.I. si pone a disposizione per approfondire le tematiche esposte e per le attività che riterrete utili.