



PRO.M.I.S.

Programma Mattone Internazionale Salute





PRO.M.I.S.
Programma Mattone Internazionale Salute

ATTIVITA' ONLINE

PROMIS 2021

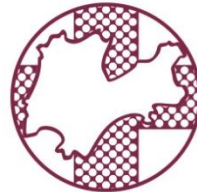
Webinar Ristretto
«Attività fisica Adattata – AFA»

15 Aprile 2021

Jacopo Bonavita – APSS Trento
Simone Cecchetto – APSS Trento



Tavola rotonda: Modelli regionali/locali a confronto



*Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento*

Le ipotesi preparatorie per il PROGETTO AFA Provincia Autonoma di Trento 2021



Tavola rotonda: Modelli regionali/locali a confronto



a) Inviati - vie di accesso

MMG, specialista fisiatra, neurologo, reumatologo, ortopedico, geriatra compilano un form con (pochi) dati generali in un sistema condiviso. Viene rilasciato un promemoria al paziente che ricorda che verrà contattato da un operatore per programmare il colloquio di accesso presso lo *sportello AFA*. Quali pazienti?

anziani per percorsi di invecchiamento sano e attivo: focus su equilibrio, forza, resistenza;

sindromi algiche connesse a ipomobilità/sedentarietà: focus su resistenza, forza; (in seconda fase) persone con disabilità motorie da aggregare per livelli di funzione / disabilità omogenei non per patologia per poter generare gruppi anche nei realtà più piccole;

App TrentinoSalute+ che, identificando il rischio di sedentarietà/ipomobilità, chiede se il paziente sia interessato a partecipare a percorsi AFA e, quindi ad essere contattato dallo *Sportello AFA* per il colloquio di accesso;

Tavola rotonda: Modelli regionali/locali a confronto



b) Sportelli AFA

chi: Fisioterapisti APSS che hanno partecipato ad un corso di formazione interno. Scelta la professione del fisioterapista perché:

- costa meno di un medico ed ha una preparazione adeguata per gestire processi di inserimento in percorsi extra-sanitari di un alto numero di persone con condizioni a bassa complessità peraltro già “filtrati” da MMG o specialisti;
- ha le conoscenze per poter applicare strategie di valutazione validate e ripetibili per misurare il livello di funzionamento della persona che consentano:
 - di monitorare il mantenimento dei livelli di funzionamento;
 - intercettare precocemente alterazioni che richiedano l’invio al MMG o specialista fisiatra in caso di necessità e inserire direttamente il paziente in lista;
- diventa il riferimento per l’Azienda e più in generale per il sistema pubblico per verificare periodicamente la ricaduta dei percorsi sul sistema pubblico attraverso una serie di indicatori forniti dal sistema informativo;

dove: “fuori” dai Servizi di Riabilitazione (es. in strutture del Dipartimento di Prevenzione, ...), distribuiti in almeno 8 punti “chiave” del territorio provinciale (Trento, Rovereto, Arco, Tione, Cles, Cavalese, Borgo, Pergine);



Tavola rotonda: Modelli regionali/locali a confronto



b) Sportelli AFA

quando: due tipologie di attività negli sportelli:

- colloquio di inserimento in percorso AFA;
- colloqui periodici di monitoraggio del percorso AFA (clinico / gradimento / adesione, ...) almeno una volta l'anno o su richiesta dell'utente.

cosa: nel colloquio iniziale il Fisioterapista :

- effettua una valutazione multidimensionale attraverso colloquio clinico e strategie validate. Per ora sono state ipotizzate:
 - Short Fysical performance Battery
 - (per percorsi A) scale per equilibrio (Berg o Tinetti), 6MWT, Borg per dispnea, ...
 - (per percorsi B) patient-reported outcomes per condizioni MSK specifiche per distretto corporeo (es. NDI, RMDQ, DASH, LEFS) e, laddove necessario, per fattori psicoemotivi correlati a dolore cronico (es. FAB-Q, PSEQ, ...)
- presenta, personalizzando, il percorso AFA e l'app TrentinoSalute+;
- rinforza i messaggi su effetti dell'esercizio fisico sulla salute e, nello specifico, sulle condizioni specifiche rilevate.
- raccoglie motivazioni, disponibilità, obiettivi;

Tavola rotonda: Modelli regionali/locali a confronto



b) Sportelli AFA

Nota: i contenuti dei colloqui di inserimento AFA diventano comunque parte integrante dell'attività dei fisioterapisti nelle comuni prese in carico di persone con disturbi MSK cronici verso il termine del percorso riabilitativo, in modo da non sovraccaricare gli sportelli AFA e indirizzare pazienti con disfunzioni MSK croniche a questi percorsi.

Nei **colloqui di monitoraggio**, il Fisioterapista:

- ri-somministra il colloquio clinico e le strategie validate e, attraverso l'inserimento dei dati nel sistema, verificando l' "andamento" del paziente secondo i diversi parametri;
- identifica potenziali criticità che richiedano l'analisi del MMG (e, in questo caso, predispone il report di segnalazione per il MMG) o lo specialista fisiatra (e inserisce il paziente in visita);

Tavola rotonda: Modelli regionali/locali a confronto



c) Erogatori - Strutture e professionisti “certificati” AFA

Obiettivo: avere una sistema diffuso - “di prossimità” – di strutture/professionisti erogatori “sicuri” e “integrati” nel sistema.

La “certificazione”, a cura del Dipartimento di Prevenzione, prevede pochi criteri

- *strutturali*: es. assenza di barriere architettoniche, disponibilità di spogliatoi differenziati, Luoghi tipici: palestre private, palestre di strutture pubbliche, spazi di oratori, circoli, circoscrizioni;
- *erogatori*: laureati in scienze motorie o fisioterapisti liberi professionisti che abbiano frequentato un breve corso tenuto da fisiatri e fisioterapisti APSS per condividere obiettivi e modalità organizzative dei percorsi ;
- *di processo*: obblighi di:
 - tariffa “etica”: 2,5 € - 3,5 € ad accesso a persona;
 - rendicontazione su sistema dedicato che fa maturare “punti” nell’app TrentinoSalute+ all’utente;
 - comunicazione via sistema di eventuali problemi di safety.

Eventuale connessione con gli enti locali (Comuni, Comunità di Valle, ...) per l’attivazione di forme di semplificazione dell’accesso per chi ha problemi di raggiungimento della sede (es. taxi drin 1€ a trasporto)

Tavola rotonda: Modelli regionali/locali a confronto



d) Indicatori di monitoraggio

Il sistema informatico invia ad ognuno degli 8 sportelli AFA un *report periodico*:

- n° di persone partecipanti a percorsi AFA / n° di persone valutate in sportello (proxy di “solidità di invio”);
- n° di accessi medio a persona inserita in percorsi AFA suddiviso per erogatore (proxy di “tenuta dell’erogatore”);
- % di persone che hanno fatto < 5 accessi suddiviso per erogatore (proxy di “abbandoni”);
- valori medi degli indicatori di valutazione al colloquio iniziale (descrittiva di popolazione);
- valori medi delle modifiche degli indicatori di valutazione al monitoraggio rispetto al valore iniziale (descrittiva di tenuta clinica o miglioramenti);

Il sistema inoltre invia un report periodico (semestrale?) ai MMG rispetto ai propri assistiti con:

- n° di persone partecipanti a percorsi AFA;
- n° di accessi medio a persona inserita in percorsi AFA;
- valori medi degli indicatori di valutazione al colloquio iniziale (descrittiva di popolazione);
- valori medi delle modifiche degli indicatori di valutazione al monitoraggio rispetto al valore iniziale (descrittiva di tenuta clinica o miglioramenti);

PIANO DI ATTUAZIONE

Al momento sono previste le seguenti fasi per il piano di attuazione in almeno uno dei punti:

- A. Predisposizione del sistema informativo
- B. Call di interesse ai potenziali erogatori – raccolta delle candidature – identificazione dei potenziali erogatori
- C. Verifiche dei requisiti e creazione della prima rete di erogatori
- D. Formazione dei fisioterapisti degli sportelli AFA
- E. Formazione degli erogatori (prima edizione)
- F. Informazione agli invianti
- G. Avvio del sistema

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Compito del sistema pubblico è promuovere la salute indirizzando i cittadini con particolari caratteristiche a percorsi “sicuri” e a prezzi “calmierati”. Non è compito del sistema pubblico erogare, direttamente o attraverso accreditati, questa tipologie di prestazioni;

Quindi:

- **NO a inserimento nei LEA perché non dovrebbe essere considerata attività sanitaria e, quindi, non dovrebbe “prescrizione” e costi a carico del servizio pubblico**
- **SI a un sistema di partecipazione volontaria a pagamento con costo calmierato ma con una “regia” pubblica che faccia sentire la persona “seguita” anche dal sistema pubblico e che verifichi periodicamente la “tenuta” del sistema**

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Muoversi fa bene a tutti, anche a chi ha disfunzioni minori o un'età avanzata o diversi gradi di disabilità.

Fare attività fisica fa bene alla salute, al benessere ed è occasione di socializzazione.

AFA NON deve essere considerato un atto “terapeutico”, ma uno stile di vita da acquisire e mantenere.

AFA deve essere uno strumento per demedicalizzare la presa in carico di condizioni “minori” che non necessitano (o non necessitano più) di un intervento sanitario di riabilitazione.

AFA deve essere uno strumento per aumentare l'adozione di corretti stili di vita rispetto al “determinante” sedentarietà nonché per limitare gli effetti indotti dall'invecchiamento.

Quindi:

- **NO** al concetto di “prescrizione” e alla necessità di visita specialistica per l'inserimento
- **SI** al concetto di “indicazione” e all'invio da parte anche del MMG (oltre che dell'App TrentinoSalute+)

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

L'esercizio terapeutico (per modificare impairment o capacità funzionali ridotte da patologie) è una prerogativa della Fisioterapia che, peraltro, integra altre strategie (terapie manuali, terapie fisiche, adozione di ausili, educazione terapeutica) in accordo con il medico che ha in cura il paziente.

AFA non ha finalità “riabilitative” perché non è “esercizio terapeutico” ma di promozione e mantenimento della salute .

Quindi:

- NO a invio di condizioni non stabilizzate dal punto di vista clinico e dal punto di vista riabilitativo**
- SI a eventuale integrazione - in casi individuati dal fisiatra - come “adiuvante” non sanitario a percorsi riabilitativi**

Tavola rotonda: Modelli regionali/locali a confronto



Grazie!

