



GRIGLIA DI VALUTAZIONE DEL BISOGNO DI FISIOTERAPIA IN CURE PALLIATIVE

Gruppo di Studio Cure Palliative Anno 2024

Coordinatori: Cometto Matteo, Garetto Ferdinando, Rappa Verona Paolo, Rivolta Maria Marcella

A cura del sottogruppo: "Percorso di cura riabilitativo nei pazienti in cure palliative "
Marco Vacchero, Anna Bifani, Gabriella Naretto, Giorgia Tocchetti

Documento approvato dal Gruppo di Studio



Introduzione

Parlare della Fisioterapia nelle Cure Palliative ha significato per anni affrontare un argomento poco conosciuto o comunque nei confronti del quale l'interesse era scarso.

D'altronde una professione che ha, per formazione universitaria, l'obiettivo della restituzione della "funzione lesa" e della guarigione del paziente, mal si sposa con un individuo che può solo essere curato, ma non guarito, che può essere accompagnato, sostenuto, avvolto, ma non potrà mai recuperare completamente il deficit funzionale/motorio.

Perché, quindi, riabilitare un ammalato con prognosi infausta di malattia? Perché accanirsi nei suoi confronti? Perché correre il rischio che processi secondari a carico dell'apparato osteo-articolare possano determinare fratture? A cosa e a chi può essere utile la fisioterapia?¹

Obiettivo del lavoro di questo gruppo di studio è dare una risposta a queste domande e al tempo stesso la messa a punto di uno strumento da utilizzare per riconoscere il bisogno di fisioterapia nel paziente in Cure Palliative in modo da soddisfare le sue esigenze e gli eventuali bisogni del caregiver.

La griglia di valutazione proposta è fatta per essere utilizzata dal MMG, dall'Infermiere delle Cure Domiciliari e/o dal Medico e Infermiere palliativisti al momento della presa in carico del paziente, *ma anche durante il percorso di cura*. E' importante riconoscere il bisogno di fisioterapia del malato, poiché i cambiamenti possono manifestarsi con rapidità, proprio per la natura instabile delle condizioni cliniche di questa popolazione di pazienti.

Inoltre, la capacità di fornire in un tempo adeguato il servizio è essenziale per ottimizzare i risultati.²

La normativa italiana in materia di Cure Palliative

La Legge italiana n. 38/2010 intende per Cure Palliative: "L'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici".

¹ Schieron M.P., Vacchero M., *La riabilitazione nella fase terminale della vita*, CGEMS, 2019

² Montagnini M., Javier NM., *Physical therapy and other rehabilitation issues in the palliative care setting*, 2017



Le Cure Palliative individuano obiettivi e pratiche di cura per ottenere il miglior benessere possibile per il malato e sono basate su un approccio multiprofessionale e transdisciplinare. La legge n. 38/2010 introduce per la prima volta una grande attenzione alla cura e all'assistenza della famiglia: non solo sostegno al malato, ma anche al nucleo familiare. La malattia oncologica e/o cronica non riguarda in esclusiva l'individuo malato, ma coinvolge inevitabilmente la sua famiglia che spesso diventa "un'unità sofferente".³

I caregiver non possono solo essere considerati alleati nelle strategie di presa in carico del paziente perché sono loro stessi bisognosi di essere sostenuti e preparati, hanno un compito non facile perché devono occuparsi di un proprio familiare e/o amico malato. I caregiver, scegliendo di tenere con sé il proprio caro, sono spesso costretti a un cambiamento di ruolo dovendo garantire una cura continua e costante, gestendo contemporaneamente le proprie paure e il proprio dolore.⁴

Con il DPCM 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, le cure palliative sono state riconosciute come LEA e sono stati distinti gli interventi per livelli di complessità e intensità assistenziale:

- art. 15. Assistenza Specialistica Ambulatoriale, con il relativo nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale: prima visita, stesura del Piano di assistenza individuale (PAI) e le visite di controllo per la rivalutazione del PAI.
- art. 21. Percorsi Assistenziali Integrati: le cure palliative confermate dai LEA estendendo il loro ambito di applicazione alle fasi precoci della malattia inguaribile a evoluzione sfavorevole.
- art. 31. Centri residenziali di Cure palliative – Hospice: si garantisce l'assistenza residenziale ai malati nella fase terminale della vita, in ambito territoriale.
- art. 38 Ricovero Ordinario Per Acuti: stabilisce che nell'ambito dell'attività di ricovero ordinario sono garantite tutte le prestazioni (..) incluse la terapia del dolore e le cure palliative.

L'art. 23 dello stesso DPCM, Cure Palliative Domiciliari, merita di essere riportato integralmente:

³ Legge 15 marzo 2010, n. 38, "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010

⁴ <https://www.fedcp.org/cure-palliative/fag/>



Le cure palliative a domicilio sono erogate dall'unità di cure palliative domiciliari, che ne assicura il coordinamento e vede la collaborazione integrata tra i medici di medicina generale o i pediatri di libera scelta e l'équipe medico-infermieristica, composta prevalentemente, dal medico palliativista, dall'infermiere e dall'operatore socio-sanitario.

L'équipe garantisce l'erogazione delle seguenti prestazioni sulla base di protocolli formalizzati: prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura di farmaci, dispositivi medici e preparati per nutrizione artificiale, aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale.

Le cure palliative domiciliari si articolano nei seguenti livelli:

- livello base: costituito da interventi coordinati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, che garantiscono un approccio palliativo attraverso il controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative e si articolano in interventi programmati in funzione della complessità clinica e del progetto di assistenza individuale;
- livello specialistico: costituito da interventi da parte di équipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, sono garantiti la continuità assistenziale, e la pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore.

Le cure palliative domiciliari sono attivate a seguito della valutazione multi-dimensionale e la definizione di un "Progetto Assistenziale Individuale".

Con l'Accordo Stato-Regioni del 2020, sono stati definiti i requisiti di accreditamento della rete regionale e locale di cure palliative: i requisiti organizzativi generali, le responsabilità, le interfacce, le modalità di verifica e controllo, al fine di assicurare l'integrazione tra i componenti della Rete, la continuità e l'appropriatezza dei percorsi sulla base di indicatori di processo e di risultato, integrato ulteriormente con l'Accordo del 25 marzo 2021 con il documento "Accreditamento della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, ai sensi della del 15 marzo 2010 n.38".

La Legge del 23 luglio 2021 n° 106 al comma 2-bis prevede l'elaborazione di un programma triennale per l'attuazione della L 38/2010 al fine di assicurare, entro il 31 dicembre 2025,



l'uniforme erogazione dei LEA previsti dal DPCM 12 gennaio su tutto il territorio nazionale, fissando per ciascuna regione e provincia autonoma – previa istruttoria di AGENAS conclusa nel dicembre 2021- i relativi obiettivi.

Il successivo DM 77/2022 nell'Allegato regolamento che definisce “ Modelli e Standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale” al paragrafo 12 “Rete delle Cure Palliative” riporta che “le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale di malattia” (...) e che “nell'ambito della cornice normativa ed in considerazione delle transizioni demografiche, epidemiologiche e sociali appare sempre più necessario implementare e rafforzare l'approccio alle cure palliative in una prospettiva di integrazione e complementarietà alle terapie attive sia in ambito ospedaliero che territoriale”.

La legge di bilancio 2023 (Legge 29 dicembre 2022, n. 197) con l'art 1 comma 83, modifica la legge n.38 del 15 marzo 2010 aggiungendo dopo il comma 4 quanto segue: “4-bis. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano presentano, entro il 30 gennaio di ciascun anno, un piano di potenziamento delle cure palliative al fine di raggiungere, entro l'anno 2028, il 90 % della popolazione interessata.

Il monitoraggio dell'attuazione del piano è affidato all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, che lo realizza a cadenza semestrale.⁵

Dalla valutazione alla Cura

Nelle Cure Palliative l'atteggiamento della fisioterapia e le tecniche applicate seguono una direzione inversa rispetto a quella dei servizi di rieducazione funzionale. Il fisioterapista diventa un freno alla frammentazione dell'individuo, il suo compito diviene quello di permettere alla persona di adattarsi al cambiamento del proprio corpo e contemporaneamente tenta di rallentare il più possibile la perdita delle funzioni dell'organismo. La difficoltà risiede nel gestire le inevitabili implicazioni oltre che fisiche anche psicologiche del trattamento.

⁵ Core Curriculum Fisioterapista, SICP, 2024, <https://www.sicp.it/aggiornamento/core-curriculum/2024/il-core-curriculum-del-fisioterapista-in-cure-palliative/>



Il fisioterapista interviene sul significato, sulla motivazione al movimento del paziente attraverso una particolare relazione corporea: incontra una persona nella trasformazione, metabolizza insieme a lei le modificazioni dell'immagine di sé indotte dalla malattia.

E' difficile identificare una sola finalità rieducativa nel medesimo paziente. La fisioterapia in Cure Palliative considera l'individuo nella sua globalità e il trattamento assomma necessità diverse quali i bisogni fisici, psicologici, relazionali del paziente.

La medicina palliativa conferisce, quindi, alla Fisioterapia non tanto l'obiettivo di recuperare la funzione lesa del paziente, bensì di migliorare la qualità della vita residua, aiutandolo a convivere con la propria disabilità e con il cambiamento d'immagine di sé, fornendogli degli obiettivi, un programma terapeutico, una progettualità, la possibilità di divenire soggetto del piano d'assistenza.⁶

In Piemonte molti Servizi di Cure Palliative sono affidati dalle ASL e/o a enti del Terzo Settore (Cooperative, Fondazioni, Associazioni): in queste organizzazioni la figura del Fisioterapista è talvolta presente e fa parte dell'équipe di cura. In alcune realtà le Cure Palliative vengono erogate direttamente dalle ASL avvalendosi della consulenza di Fisioterapisti dei diversi Servizi di Riabilitazione o appartenenti al Terzo Settore.

In Valle d'Aosta vi è una capillare disponibilità delle professionalità di Fisioterapisti e Logopedisti della USL sia in hospice sia a domicilio; questi professionisti non sono specificamente dedicati alle équipe di Cure Palliative, ma forniscono la loro consulenza.

La valutazione funzionale

La proposta di valutazione fisioterapica, a domicilio o in hospice, può scaturire dal medico e/o dall'infermiere che durante la visita in ospedale o a casa del paziente hanno raccolto una sua richiesta o hanno evidenziato bisogni, da parte del paziente e la necessità di attivare la figura del fisioterapista. La richiesta può, anche, avvenire durante la riunione dell'équipe. Tale momento è fondamentale per lo scambio d'informazioni tra operatori di diversa specificità (medico, infermiere, fisioterapista, psicologo, operatore socio-sanitario), che ricompongono l'immagine e la storia clinica del paziente, stabiliscono un programma di lavoro e periodicamente ne valutano l'efficacia.

⁶ Schieroni M.P., Vacchero M., *La riabilitazione nella fase terminale della vita*, CGEMS, 2019

Nel segnalare il paziente al servizio di fisioterapia i curanti dovranno tenere presenti le indicazioni e le controindicazioni al trattamento riabilitativo:

Indicazioni al trattamento:

- Ipostenia agli arti inferiori
- Fatigue (lieve; moderata)
- Linfedema (edema linfo-venoso)
- Ansia
- Dispnea (lieve; moderata)
- Dolore non oncologico articolare e/o delle parti molli
- Mantenimento delle capacità residue
- Sindrome da allettamento
- Ripresa del cammino
- Proposta, gestione e utilizzo ausili ergonomici maggiori e minori

Controindicazioni assolute all'attivazione del fisioterapista:

- Il dolore oncologico non è controllato
- Il paziente non vuole effettuare la fisioterapia

Controindicazioni relative all'attivazione del fisioterapista:

- Il livello di fatigue è: severa, opprimente, ma il paziente ha già effettuato in passato trattamenti riabilitativi che gli hanno permesso di migliorare la sua qualità di vita e desidera che gli vengano riproposti.
- La dispnea non è controllata farmacologicamente

Il fisioterapista, a questo punto, effettuerà la valutazione funzionale col fine di evidenziare le capacità residue nelle ADL. Verranno valutati i passaggi posturali autonomi e/o quelli possibili con aiuto, la posizione seduta, la stazione eretta e il cammino, la forza muscolare residua, le eventuali limitazioni articolari, la presenza di edemi, l'intensità della fatigue, la difficoltà respiratoria, la necessità di introdurre ausili o di valutare l'efficacia di quelli presenti. Il programma di cura deve essere personalizzato. La presenza di metastasi ossee non influenza gli obiettivi del trattamento. In ogni paziente non vi è una sola finalità rieducativa, ma l'individuo viene considerato nella sua globalità. È importante supportare il malato e i familiari nella collaborazione alla cura, offrire consigli e strategie per la movimentazione e i passaggi posturali nonché indicazioni per migliorare l'assistenza attraverso un adeguato utilizzo degli ausili. La fisioterapia è efficace sui sintomi negli ultimi giorni di vita.⁷

⁷ Linee guida: *"Preso in carico del paziente oncologico"*. Fondazione FARO ETS

Nelle Cure Palliative è fondamentale limitare l'impatto della malattia progressiva sulla persona. La fisioterapia, legandosi al controllo dei sintomi, può migliorare l'indipendenza del paziente nel suo quotidiano ed è vissuta positivamente come approccio di cura.

Nell'approccio fisioterapico palliativo occorre considerare:

- il bisogno riabilitativo: in relazione a quanto e come la limitazione dell'autonomia incide sulla qualità della vita del paziente,
- le complicanze: i malati in fase avanzata presentano importanti limitazioni della loro autonomia individuale, dovute sia ai sintomi della patologia sia agli effetti collaterali dei trattamenti. La progressiva perdita di funzionalità motoria e la dipendenza dal caregiver sono due tra le cause maggiori di preoccupazioni dei malati soprattutto in fase terminale,
- i vantaggi: l'intervento fisioterapico promuove il mantenimento dell'indipendenza del paziente nella motilità e nelle attività quotidiane e restituisce integrità alla persona in fase avanzata di malattia attraverso pratiche di con-tatto.⁸

All'interno delle Linee di Indirizzo per la Formazione del Fisioterapista in Cure Palliative troviamo codificate le problematiche di interesse riabilitativo nel percorso di cura del paziente alla fine della vita:

- Dolore
- Perdita di mobilità e funzione
- Disabilità neurologica
- Disfunzione respiratoria
- Fatigue
- Problemi ortopedici e muscoloscheletrici
- Linfedema⁹

Inoltre, vengono stabiliti i principi della fisioterapia in Cure Palliative:

- Valutazione funzionale
- Miglioramento delle capacità residue
- Consapevolezza della molteplicità dei sintomi
- Obiettivi adeguati e centrati sul paziente
- Approcci mirati alla risoluzione dei problemi

⁸ Schieroni M.P., Vacchero M., *La riabilitazione nella fase terminale della vita*, CGEMS, 2019

⁹ L. Doyle, J. McClure, S. Fisher *"The contribution of physiotherapy to palliative medicine"* OXFORD TEXTBOOK OF PALLIATIVE MEDICINE 2005; 15.4 (1050 -1056)

- Attenzione alla comunicazione
- Supporto attraverso la relazione¹⁰

Simultaneous Care, approccio multidimensionale e interprofessionale

I problemi del “fine vita” hanno le loro origini all’inizio del percorso della malattia ed i principi delle Cure Palliative dovrebbero essere applicati il più precocemente possibile nel corso di ogni malattia cronica fino alla fase finale della vita.

Questa definizione “estensiva” delle Cure Palliative, raccomandata dall’OMS enfatizza il ruolo delle Cure Primarie, ambito in cui è possibile identificare precocemente i malati con potenziali bisogni di Cure Palliative.¹¹

Quando le Cure Palliative precoci vengono somministrate dalle prime fasi di malattia insieme alle Cure Attive sono denominate *Simultaneous Care*: perciò, non più Cure Palliative destinate alla fine della vita dei malati oncologici, ma cure che possano intervenire all’inizio della traiettoria che segna la fase di declino di tutte le persone con malattie croniche e progressive.¹² Tali “traiettorie” stanno cambiando poiché le aspettative di vita per queste persone malate possono protrarsi per anni.¹³ L’approccio palliativo, oltre a comprendere un efficace controllo dei sintomi, prevede una pianificazione anticipata delle cure e il supporto psico-sociale.

È perciò auspicabile una tempestiva attivazione di percorsi palliativi nei vari setting di cura: sia a domicilio sia nelle strutture di degenza.

Il lavoro in équipe multidisciplinare per la compresenza di diverse professionalità e interdisciplinare per la modalità di lavoro rappresenta una risposta efficace ai bisogni di cura della persona malata e della sua famiglia.¹⁴ In questa costante integrazione, tutti gli operatori coinvolti possono sostenersi reciprocamente lavorando in un contesto arricchente.

Spesso il morente desidera avere un buon compagno di viaggio capace di condividere le speranze, di rassicurare col tono e col ritmo della voce, di ascoltare, restando in silenzio. Non infrequentemente il semplice fatto di esserci è più importante che il fare. Il valore del contatto

¹⁰ Adrian J Tookman, Katherine Hopkins, Karon Scharpen-von-Heussen “*Rehabilitation in palliative medicine*” OXFORD TEXTBOOK OF PALLIATIVE MEDICINE 2005; 14 (1021 -1032)

¹¹Xavier Gómez-Batiste e altri, *Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: a cross-sectional study*

¹²Palliative care from diagnosis to death BMJ 2017; 356 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j878> (Published 27 February 2017) Cite this as: BMJ 2017, 356:j878

¹³ Iannone R., *Il Piano Nazionale della Cronicità: obiettivi e contenuti*, dicembre 2019

¹⁴ Orsi L. e altri, *Complessità e cure palliative*, Gruppo di lavoro SICP-FCP, luglio 2019



fisico è all'inizio un "invito relazionale" che pone le basi all'elaborazione di uno spazio temporale tra curante e malato che via via si riduce fino a scomparire, permettendo al corpo di unirsi durante il trattamento.

Il fisioterapista deve essere intermediario tra il soggetto, la sua malattia e la soddisfazione (o meno) per le cure ricevute.

Conclusioni

Le grandi sfide della politica sanitaria e sociale richiedono un cambiamento di paradigma verso un concetto globale di assistenza sanitaria.

Le prestazioni preventive, curative, riabilitative e palliative devono integrarsi a vicenda nel quadro di una buona gestione delle interfacce tra trattamento ospedaliero, ambulatoriale e domiciliare.

Riconoscere le interdipendenze tra specialisti, le necessità di uno scambio e del lavoro in team sono componenti chiave di approcci sistemici e fondamentali per le Cure Palliative.

Il modello bio-psico-sociale riunifica tutti gli aspetti delle professioni sanitarie opponendosi alla frammentazione degli interventi conseguente all'iper-specializzazione, focalizzando costantemente l'obiettivo sulla persona piuttosto che sulla malattia.



GRIGLIA di RILEVAZIONE del BISOGNO DI FISIOTERAPIA IN CURE PALLIATIVE

Questa griglia di osservazione a disposizione di MMG, Medico e Infermiere dell'équipe delle Cure Palliative Domiciliari si propone come strumento per integrare modalità operative fisioterapiche nella presa in carico del paziente. Ciò al fine di garantire la continuità di cura e assistenza della persona malata e della sua famiglia, dalla diagnosi all'intero percorso terapeutico, fino all'ultima fase della vita.

Il Medico è, spesso, il primo membro dell'équipe che incontra il paziente: questa prassi gli assegna la responsabilità di riconoscerne i bisogni, individuandone le priorità nel fissare gli obiettivi di trattamento.

Il gruppo di studio di Fisioterapisti in Cure Palliative, nell'ambito della formazione sul campo: *"Cure Palliative in oncologia: valutazione delle più recenti acquisizioni derivate dalla letteratura scientifica per l'aggiornamento delle raccomandazioni relative ai percorsi di cura"* *Il ruolo del Fisioterapista nei percorsi di cura oncologici*, per l'anno 2024, organizzato dalla Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta, ha prodotto questa griglia per favorire una presa in carico tempestiva e multi-professionale del paziente in fase avanzata di malattia.

La griglia è volutamente sintetica, esplora quattro macro-aree suddivise in diversi items. Riteniamo che in presenza di quattro items positivi rilevati (SI/NO) possa essere utile l'attivazione del Fisioterapista in modo da poter predisporre una valutazione fisioterapica ed un eventuale presa in carico riabilitativa.

Suggeriamo lo strumento per "portare a casa del malato l'occhio del Fisioterapista".

Alla fine del 2024 saranno noti i dati di uno studio multicentrico nazionale (Efat 2 study) circa l'efficacia dei trattamenti fisioterapici nei pazienti oncologici, legata alla qualità della vita percepita dal paziente dove emergeranno le procedure secondo le buone pratiche di intervento EBP. Ipotizziamo, quindi, di proseguire il nostro lavoro di ricerca attraverso la sperimentazione dell'utilizzo di questa griglia e successivamente dei risultati emersi dallo studio.

Grazie per la disponibilità alla sperimentazione.

GRIGLIA RILEVAZIONE BISOGNO DI FISIOTERAPIA IN CURE PALLIATIVE

Data __/____/____

Cognome Nome

Barrare la voce se presente

AREA SOMATO/FUNZIONALE	
PERDITA DI FUNZIONE (deficit di forza)	
ARTICOLARITÀ (valida o limitata)	
PERDITA DI MOBILITÀ (difficoltà nei passaggi posturali a letto, dal letto – a seduto)	
DISTURBI DI EQUILIBRIO (passaggio da seduto a eretto, stazione eretta, durante il cammino)	
DOLORE (durante l'esercizio fisico, nella movimentazione, a riposo)	
DISFUNZIONE RESPIRATORIA (dispnea)	
FATIGUE	
LINFEDEMA/EDEMI	
METASTASI OSSEE	
PROBLEMI ORTOPEDICI	
PROBLEMI NEUROLOGICI	
AREA IGIENE POSTURALE	
ALLETTAMENTO	
IPOMOBILITÀ	
DIFFICOLTÀ NELLA MOVIMENTAZIONE A LETTO (del paziente e per il caregiver)	
DIFFICOLTÀ NEI TRASFERIMENTI (del paziente e per il caregiver)	
DOLORE CAREGIVER (colonna, collo, spalle, polsi...)	
AREA ACCESSIBILITÀ	
SPAZI AMBIENTALI RIDOTTI (percorsi difficoltosi, ingombri...)	
ALTRE BARRIERE ARCHITETTONICHE (gradini, porte strette, ascensore...)	
AREA AUSILI	
SONO NECESSARI MA NON PRESENTI	
SONO PRESENTI MA INUTILIZZATI	
È NECESSARIO UN ADDESTRAMENTO (del paziente e/o del caregiver)	

Firma del valutatore