



DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa della senatrice BOLDRINI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 29 LUGLIO 2021

Istituzione del fisioterapista di comunità

ONOREVOLI SENATORI. – 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 sociosanitario 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 sulla salute globale, redatto nel 2010 dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e confermato nella 66^a Assemblea mondiale della sanità 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, che è al centro delle proposte innovative del Servizio sanitario nazionale (SSN), 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 decli-

nare 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 sui 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 ridistribuzione razionale dei compiti all'interno di un gruppo di lavoro sanitario, grazie al 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 re-

almente « 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'ac-

cesso 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 della comunicazione (*Information and Communication Technologies-ICT*).

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Istituzione del fisioterapista di comunità)

1. È istituita la figura professionale del fisioterapista di comunità, per lo sviluppo e il potenziamento dei servizi territoriali di assistenza domiciliare, delle case della comunità e delle cure primarie.

2. Il fisioterapista di comunità è un professionista sanitario fisioterapista, dipendente di azienda sanitaria locale, con l'incarico di operare all'interno del *team* multiprofessionale delle cure primarie, nell'ambito delle articolazioni specifiche del distretto di cui all'articolo 3-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, stabilite dalla normativa nazionale e regionale. L'incarico è attribuito dall'azienda sanitaria locale con il compito di identificare e adottare le migliori strategie per la prevenzione, la valutazione, il recupero, l'abilitazione e la palliazione, nonché con l'obiettivo generale di contribuire a migliorare la qualità di vita dell'individuo e dei suoi familiari o del suo *care-giver*.

Art. 2.

(Competenze del fisioterapista di comunità)

1. Il fisioterapista di comunità:

a) collabora con il *team* multiprofessionale nella valutazione dei bisogni della comunità, nell'elaborazione di profili di salute e nell'identificazione di gruppi di popolazione a rischio;

b) sostiene la promozione della salute mediante interventi settoriali e intersettoriali rivolti a specifici determinanti di salute;

c) favorisce la valorizzazione delle risorse della comunità quali: gruppi di volontariato, gruppi di auto-aiuto, laboratori per l'attività fisica adattata, centri per anziani;

d) propone l'intervento in consulenza o in attività di riabilitazione di altri professionisti sanitari dell'area della riabilitazione in presenza di bisogni di salute che richiedono prestazioni riabilitative diverse da quelle di competenza della fisioterapia;

e) promuove e sostiene:

1) il supporto all'autocura, rivolto alle persone e 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;

2) la proattività degli interventi al fine di integrare le attività cliniche e assistenziali con interventi programmati di *follow-up*, sulla base del percorso previsto per patologia e in funzione del profilo di rischio;

3) il supporto all'adozione di linee indirizzo e migliori pratiche basate sull'evidenza per fornire al *team* multiprofessionale 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) l'attività fisica come corretto stile di vita, agendo direttamente su gruppi di popolazione sana oppure rivolgendosi a persone con riduzione dell'autonomia o in condizioni di dolore cronico aspecifico, proponendo attività motorie adattate in base alla valutazione del livello di *performance*;

5) il coinvolgimento attivo della persona e del *caregiver* nel processo di cura e la promozione di strategie di autogestione della malattia, per migliorare sensibilmente la qualità della vita e ridurre il ricorso alle cure;

6) l'affiancamento dei professionisti del *team* multiprofessionale nell'identificazione di fattori di rischio, sia in soggetti sani sia in soggetti in situazione di cronicità;

7) l'accesso appropriato ai servizi territoriali e ospedalieri di riabilitazione.

2. La figura professionale del fisioterapista di comunità dispone delle specifiche competenze acquisite con l'esperienza professionale di durata almeno triennale, integrabile anche con la formazione post laurea, successiva alla laurea in professione sanitaria di fisioterapista, incentrata su obiettivi e programmi di tutela della salute e che sia in grado di abilitare il professionista a svolgere funzioni con assunzione diretta di elevate responsabilità più complesse e specialistiche rispetto a quelle previste dal profilo professionale disciplinato dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 14 settembre 1994, n. 741.

Art. 3.

(Incarico del fisioterapista di comunità)

1. Il rapporto di lavoro del fisioterapista di comunità è in regime di dipendenza con il Servizio sanitario nazionale. Sono stabilite dalla contrattazione collettiva le modalità di conferimento, verifica ed eventuale revoca dell'incarico professionale di fisioterapista di comunità, il conseguente trattamento economico e normativo nonché le modalità lavorative anche in deroga alla modalità oraria di lavoro, prevedendo a tal fine il lavoro per progetti e obiettivi.

2. In attuazione di quanto previsto dall'articolo 1 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, le aziende sanitarie prevedono, all'interno dei distretti di cui all'articolo 3-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, gli incarichi di fisioterapista di comunità che

afferiscono al servizio professionale per la riabilitazione di cui all'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, anche valorizzando percorsi di formazione avanzata o specialistica. La direzione generale dell'azienda sanitaria locale di riferimento definisce numero e obiettivi degli incarichi di cui al primo periodo, da raggiungere in coerenza con lo stato demografico ed epidemiologico del territorio assegnato e con gli obiettivi di salute definiti.

€ 1,00