

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1199

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

MALAVASI, FERRARI, FORATTINI, FURFARO, GHIO, GIRELLI, STUMPO

Istituzione della figura professionale del fisioterapista di comunità

Presentata il 1° giugno 2023

ONOREVOLI COLLEGHI! — Il rapporto « *The need for rehabilitation services in the WHO European Region* », pubblicato dall'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) nel 2022, avverte che 394 milioni di persone, pari a oltre il 40 per cento della popolazione complessiva della regione composta da 53 Paesi europei e dell'Asia centrale con un totale di oltre 931 milioni di abitanti, vivono con una condizione di salute che richiede cure riabilitative, ma la maggior parte di esse non riceve le cure di cui ha bisogno.

Il rapido invecchiamento della popolazione, un aumento significativo del numero di persone che vivono con malattie croniche e la mancanza di consapevolezza dei benefici della riabilitazione, secondo l'OMS, sono tra le principali cause di questo bisogno insoddisfatto in Europa e in Asia centrale.

Il rapporto mostra che la maggior parte delle persone che necessitano di prestazioni riabilitative non riceve le cure di cui ha bisogno, portando a un totale stimato di 49 milioni di anni di vita sana persi a causa di una condizione di salute che richiede riabilitazione.

Tra i principali ostacoli all'accesso alla riabilitazione il rapporto indica la scarsa consapevolezza in merito ai contenuti della riabilitazione medesima, al suo funzionamento e ai suoi benefici, nonché l'esistenza di pregiudizi, spesso errati, in merito alla sua accessibilità dal punto di vista economico.

A questi fattori si aggiunge una grave carenza di professionisti della riabilitazione: il rapporto evidenzia che nei Paesi a reddito medio, rispetto a quelli ad alto reddito, il numero di fisioterapisti è dodici volte inferiore, quello di terapisti occupazionali 141 volte inferiore e quello di pro-

fessionisti di protesi e plantari sei volte inferiore al numero di professionisti necessari.

Nella regione considerata, nel suo complesso, alcune delle patologie più comuni che necessitano di riabilitazione comprendono la lombalgia, le fratture, la perdita dell'udito e della vista, l'*ictus* e la demenza.

Poiché queste condizioni influenzano la vita delle persone, compresa la loro capacità di lavorare, tali Paesi devono affrontare costi pari a milioni di dollari a causa della mancanza di produttività economica e dell'aumento della povertà e della disoccupazione.

La riabilitazione è un servizio sanitario essenziale che dovrebbe essere disponibile per tutti coloro che ne hanno bisogno e a tutti i livelli di assistenza sanitaria. Se non viene intrapresa alcuna azione, i Paesi rischiano di limitare le opportunità delle persone e di limitare altresì la produttività economica perché troppe persone non sono in grado di contribuire pienamente alla società.

L'obiettivo principale della riabilitazione, spiega il rapporto, è supportare qualcuno con bisogni di salute per migliorare e mantenere il proprio funzionamento. Le difficoltà nel funzionamento si verificano a causa di menomazioni come dolore o debolezza muscolare e provocano limitazioni nelle attività personali, come prendersi cura di sé o camminare.

È importante sottolineare che la riabilitazione dovrebbe essere disponibile all'interno del sistema delle cure primarie, dove viene gestita la maggior parte dei casi di malattie croniche, ma anche a casa e a scuola.

L'integrazione dei servizi di riabilitazione nell'assistenza sanitaria primaria è importante perché molte persone che potrebbero beneficiare dei servizi di riabilitazione potrebbero non entrare mai nel sistema ospedaliero e potrebbero richiedere una riabilitazione a lungo termine vicino alla loro casa e alla comunità locale.

In molti Paesi, i servizi riabilitativi sono forniti in strutture di livello secondario e terziario che si trovano in aree urbane, lasciando le aree rurali e remote scarsa-

mente servite. Nella maggior parte dei sistemi sanitari, la riabilitazione non è stata pienamente o efficacemente integrata nell'assistenza sanitaria di base.

È dimostrato che le attività di riabilitazione sono convenienti e aiutano a raggiungere e a mantenere migliori risultati di altri interventi sanitari. Fondamentalmente, l'accesso alla riabilitazione sostiene la realizzazione del diritto di tutte le persone alla salute.

La pandemia di COVID-19 ha puntato a lungo i riflettori sulla riabilitazione, poiché i Paesi stanno ora riconoscendo quanto sia grave la condizione delle persone che necessitano di essa e il ruolo chiave che i servizi di riabilitazione possono svolgere nel sostenere tali persone.

La ricerca dell'OMS mostra inoltre che la riabilitazione potrebbe evitare costosi ricoveri e ridurre il tempo trascorso in ospedale nonché diminuire i ricoveri e ridurre i rischi di complicanze dovute a problemi di salute.

Migliorando le funzioni fisiche, mentali e sociali e la capacità di partecipare alla vita quotidiana, la riabilitazione riduce i costi delle cure in corso e sostiene le persone a partecipare all'istruzione e all'occupazione.

L'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS esorta quindi i Paesi a:

dare priorità alla riabilitazione e a riconoscerla come un servizio sanitario essenziale per milioni di persone, anche durante le emergenze;

integrare la riabilitazione a tutti i livelli del sistema sanitario: nella sanità primaria, nei servizi di comunità, negli ospedali e nei centri specializzati. Tutti dovrebbero avere accesso alla riabilitazione di cui hanno bisogno;

sostenere lo sviluppo di una forza lavoro riabilitativa multidisciplinare adeguata e ben addestrata, per fornire questi servizi.

La riabilitazione può avere un impatto che trasforma la vita degli individui e dei loro cari, riducendo il dolore, ottimizzando l'indipendenza, sostenendo il benessere men-

tale, responsabilizzando le persone e consentendo la partecipazione al lavoro o all'istruzione, aiutando così le persone e le comunità a prosperare.

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 socio-sanitario 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'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 a un *team* multiprofessionale e coordinata dal medico di medicina generale.

In questo scenario di sviluppo dell'ECCM, si evidenzia la necessità di declinare 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.

La 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 sia al miglioramento della gestione delle malattie croniche o neurodegenerative in ogni loro stadio, con effetti positivi attesi sia per la salute dei cittadini sia per la sostenibilità stessa del sistema, garantendo una maggiore appropriatezza dei percorsi e la 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 realmente « 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 e 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 eventuali prestazioni di riabilitazione.

L'intervento del fisioterapista all'interno della rete per la gestione della cronicità avrà come *focus* un intervento di prevenzione e di educazione, con adeguamenti del

contesto abitativo e sociale, con interventi mirati alla gestione appropriata dell'assistenza protesica, con attività di sviluppo di strategie di <i>self-management</i> e programmi	di autocura, gestiti secondo la logica di appuntamenti funzionali programmati, usufruendo anche delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione.
--	---

PROPOSTA 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 *caregiver*.

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 dei profili di salute e nell'identificazione dei 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 i gruppi di volontariato, i gruppi di auto-aiuto, i laboratori per l'attività fisica adattata e i centri per gli anziani;

d) propone l'intervento, a titolo di consulenza o di 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 ciascuna patologia e in funzione del profilo di rischio;

3) il supporto all'adozione di linee di indirizzo e di 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 dei 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.

(Rapporto di lavoro e 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, di verifica e di 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 locali 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 il numero e gli 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.



19PDL0039600