



## **DISEGNO DI LEGGE**

**d'iniziativa del senatore PAGANO**

**COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 1° GIUGNO 2021**

Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e altre disposizioni in materia di riconoscimento della figura professionale del fisioterapista di famiglia nonché di assistenza fisioterapica domiciliare

ONOREVOLI SENATORI. – Il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute, stabilisce all'articolo 1, comma 1, che « Le regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative mono-professionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, *audit* e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria ( ... ) ».

La pandemia da COVID-19 ha posto al centro dell'attenzione politica il tema della protezione della salute delle persone e della centralità del Servizio sanitario nazionale, come bene universale che va difeso in quanto prioritario, e della necessità di promuovere una medicina territoriale caratterizzata da *équipes* multidisciplinari, le quali dovrebbero costituire la rete territoriale di

base in grado di offrire cure e assistenza sia da remoto che in presenza.

In riferimento alla necessità di una riorganizzazione del sistema sanitario basato sul territorio, il presente disegno di legge si pone l'obiettivo di valorizzare il ruolo della professione di fisioterapista. La presenza e il coinvolgimento diretto dei fisioterapisti, quali professionisti dell'assistenza riabilitativa, rappresentano, infatti, un punto fondamentale per lo sviluppo del sistema e per una risposta alle necessità della popolazione attraverso la fisioterapia domiciliare o di comunità, quale modello assistenziale di gestione delle malattie croniche che non « aspetta » il cittadino in ospedale (sanità di attesa), ma gli « va incontro » prima che le patologie insorgano o si aggravino, garantendo alla persona interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio o di gravità del problema, puntando anche sulla prevenzione, sull'educazione e sulla promozione del coinvolgimento attivo nel processo di cura.

Il riferimento della sanità d'iniziativa è il *Chronic Care Model*, un modello di assistenza medica dei pazienti affetti da malattie croniche sviluppato dal professor Wagner e dai suoi colleghi del *McColl Institute for Healthcare Innovation* in California, che costituisce uno dei nuovi modelli assistenziali e che si basa sull'interazione proficua tra il paziente (reso più informato con opportuni interventi di formazione e di addestramento) e gli operatori sanitari.

Alla luce di tali considerazioni, il presente disegno di legge intende garantire il pieno riconoscimento della professione del fisioterapista come figura di riferimento per lo sviluppo e il potenziamento dei servizi territo-

riali di assistenza domiciliare, al fine di salvaguardare lo stato di salute dei cittadini, di combattere i problemi legati alla diffusione della cronicità e di diminuire, inoltre, le degenze riabilitative ospedaliere, garantendo assistenza ai malati cronici che non richiedono cure intensive in ospedale. In particolare, il presente disegno di legge prevede il potenziamento e il miglioramento della continuità assistenziale domiciliare a livello territoriale, al fine di salvaguardare lo stato di salute dei cittadini, attraverso il riconoscimento della figura professionale del fisioterapista di famiglia e dell'assistenza fisioterapica domiciliare.

L'articolo 1 del presente disegno di legge indica gli obiettivi e il modello organizzativo: per « assistenza fisioterapica domiciliare » si intende la modalità di assistenza sanitaria erogata al domicilio del paziente dal fisioterapista in collaborazione con il medico di medicina generale, in alternativa al ricovero ospedaliero, destinata a persone con patologie trattabili a domicilio e volta a favorire la permanenza del paziente nel proprio ambiente.

A tale fine, nel contesto dei servizi di assistenza domiciliare, l'articolo 2 del presente disegno di legge apporta alcune modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge

23 ottobre 1992, n. 421, e, in particolare, agli articoli 3-*quinquies* e 3-*sexies* in materia di funzioni e di organizzazione del distretto sanitario, introducendo la figura del fisioterapista di famiglia che, in sinergia e in collaborazione con i medici di medicina generale e con i servizi distrettuali, deve assicurare la presa in carico dei cittadini, e all'articolo 8 in materia di rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali.

L'articolo 3 definisce gli ambiti di competenza e le modalità di accesso all'assistenza fisioterapica domiciliare.

L'articolo 4, infine, prevede che le aziende sanitarie dovrebbero accreditare direttamente il singolo professionista sanitario instaurando con lui un rapporto convenzionale o di tipo orario o uno specifico progetto di assistenza diretta su un determinato numero di persone con disabilità e su una specifica parte di territorio. È una scelta di rapporto di lavoro che presenta una convenienza economica per le aziende sanitarie, per il fatto che verrebbe meno la componente del profitto delle strutture di intermediazione di forza lavoro, e si assicurano finalmente al professionista non solo la giusta retribuzione ma soprattutto il giusto apprezzamento e una completa dignità professionali, introducendo quindi un vero professionista della salute di prossimità con uno vero legame con il territorio.

## DISEGNO DI LEGGE

---

### Art. 1.

*(Assistenza fisioterapica domiciliare)*

1. Per le finalità di cui all'articolo 1, comma 1, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, l'assistenza fisioterapica domiciliare è volta a garantire il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

*a)* informare e prevenire, riducendo l'incidenza delle malattie e degli incidenti più comuni;

*b)* pianificare e realizzare interventi informativi ed educativi destinati ai singoli, alle famiglie e alle comunità, atti a promuovere le necessarie modifiche degli stili di vita e una migliore aderenza ai piani terapeutico-riabilitativi, utilizzando e valutando diversi metodi di comunicazione;

*c)* educare e istruire le famiglie in merito alle manovre potenzialmente gestibili in ambito familiare, al fine di renderle soggetti attivi nell'assistenza al malato;

*d)* potenziare l'assistenza riabilitativa territoriale e domiciliare, in attuazione del principio di sussidiarietà, nei confronti di coloro che versano in condizioni di fragilità, cronicità, non autosufficienza o indigenza economica;

*e)* rivedere il modello organizzativo distrettuale valorizzando e responsabilizzando le funzioni e il ruolo dei professionisti sanitari per assicurare una maggior appropriatezza delle prestazioni in relazione alle necessità clinico-assistenziali, alla tempestività,

nonché alla continuità della cura e della comunicazione con gli utenti;

f) partecipare alla ricerca mediante la raccolta di dati epidemiologici e clinici relativi a specifici obiettivi conoscitivi e assistenziali.

#### Art. 2.

*(Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di distretto e di erogazione delle prestazioni assistenziali)*

1. Al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 3-*quinquies*:

1) al comma 1:

1.1) alla lettera a), dopo le parole: « pediatri di libera scelta, » sono inserite le seguenti: « fisioterapisti di famiglia, »;

1.2) alla lettera b), dopo le parole: « medici di medicina generale » sono inserite le seguenti: « , dei fisioterapisti di famiglia »;

2) al comma 2 è aggiunta, in fine, la seguente lettera:

« *f-bis*) attività o servizi di fisioterapia domiciliare »;

b) all'articolo 3-*sexies*, comma 2, dopo le parole: « uno dei pediatri di libera scelta » sono inserite le seguenti: « , uno dei fisioterapisti di famiglia »;

c) all'articolo 8, comma I, lettera *b-bis*), dopo le parole: « dei pediatri di libera scelta, » sono inserite le seguenti: « dei fisioterapisti di famiglia, »,

#### Art. 3.

*(Fisioterapisti di famiglia e assistenza fisioterapia domiciliare)*

1. Il fisioterapista di famiglia è responsabile dell'assistenza fisioterapia domiciliare

del paziente nei casi in cui le sue specifiche competenze professionali sono adeguate e sufficienti a garantire tale assistenza.

2. Per « assistenza fisioterapica domiciliare » si intende la modalità di assistenza sanitaria erogata presso il domicilio del paziente dal fisioterapista in collaborazione con il medico di medicina generale, in alternativa al ricovero ospedaliero, destinata a persone con patologie trattabili a domicilio e volta a favorire il recupero funzionale o il mantenimento delle abilità motorie, cognitive e funzionali, anche con interventi di assistenza protesica per la permanenza della persona assistita nel proprio ambiente.

3. L'assistenza fisioterapica domiciliare, in quanto sostitutiva del ricovero ospedaliero, è gratuita e non è soggetta al pagamento di un *ticket*, indipendentemente dal reddito del paziente.

4. L'attivazione dell'assistenza fisioterapica domiciliare è subordinata alle seguenti condizioni:

*a)* compatibilità dell'assistenza con le condizioni cliniche del paziente, indicata nel certificato di dimissione ospedaliera o nel certificato rilasciato dal medico di medicina generale;

*b)* compatibilità degli interventi sanitari necessari con la permanenza del paziente al proprio domicilio;

*c)* espressione del consenso informato da parte del paziente e della sua famiglia;

*d)* verifica da parte del fisioterapista di famiglia dell'idoneità del luogo di cura e del supporto familiare.

5. Il medico di medicina generale è tenuto a valutare periodicamente la fondatezza della necessità dell'assistenza fisioterapica domiciliare mediante una certificazione specifica, da rilasciare a cadenza bisettimanale, mensile o trimestrale in base alle condizioni cliniche e funzionali del paziente.

## Art. 4.

*(Definizione del rapporto di lavoro)*

1. Il rapporto di lavoro del fisioterapista di famiglia può essere in regime di dipendenza o, previa stipulazione di uno specifico accordo nazionale unico ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in regime di libera professione. Sono stabilite dalla contrattazione collettiva il trattamento economico, le modalità lavorative del fisioterapista di famiglia, anche in deroga alla modalità oraria di lavoro, prevedendo a tal fine il lavoro per progetti e per 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 sanitari di cui all'articolo 3-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, gli incarichi del fisioterapista di famiglia che afferiscono ai servizi per l'assistenza fisioterapica e riabilitativa, nel rispetto dell'articolo 2 della legge 10 agosto 2000, n. 251. La direzione generale dell'azienda sanitaria di riferimento definisce numero e obiettivi dei suddetti incarichi, fermo restando quanto stabilito dal comma 1, da raggiungere in coerenza con la situazione demografica ed epidemiologica del territorio assegnato e con gli obiettivi di salute della medicina e della cura di prossimità.

€ 1,00