

Senato della Repubblica

Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale

Esame del disegno di legge n. 1241 (Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria) – audizione FNOFI – 22 ottobre 2024

Ill.mo Presidente, ill.me Senatrici ed ill.mi Senatori,

ringrazio per l'opportunità di intervenire in questa sede su una questione di cruciale importanza per l'accesso equo e tempestivo alle cure sanitarie, ovvero la riduzione delle liste d'attesa.

Il presidio della salute individuale e collettiva è patrimonio istituzionale anche degli ordini delle professioni sanitarie e, senza alcun dubbio, ogni iniziativa che aumenta e garantisce universalità e accessibilità delle cure non può che trovare condivisione.

Potenziare il servizio sanitario nazionale, anche con l'incremento di personale, è un passo importante; potenziare il personale con modelli organizzativi che evitino colli di bottiglia nell'organizzazione del sistema, è un passo necessario; potenziare il personale avvalendosi dell'apporto delle professioni sanitarie, di tutte le professioni sanitarie, è ineludibile.

Per questo, preme sollevare una perplessità significativa relativa alla formulazione **dell'articolo 1** del testo in discussione.

Al comma 1 di detto articolo, nel definire le competenze del medico chiamato a prescrivere prestazioni di specialistica ambulatoriale, si introduce un inciso per attribuire al medesimo l'esclusiva competenza in merito a diagnosi, prognosi e terapia. Questa precisazione, sebbene comprensibile nel quadro di garantire appropriatezza clinica, solleva preoccupazioni per il futuro della collaborazione interdisciplinare nelle professioni sanitarie, soprattutto in relazione all'evoluzione del Servizio sanitario verso modelli di gestione più integrata.

Infatti, la formulazione attuale potrebbe tradursi in una limitazione strutturale della possibilità di prevedere anche per altri professionisti sanitari con adeguato percorso formativo universitario, alcune attività prescrittive, slegate dalla prescrizione medica, assolutamente in linea con le rispettive competenze, anche al fine, ad esempio, di fornire indicazioni di percorsi e/o prescrivere ausili specifici. Tale limitazione, a lungo termine, rischia di ostacolare lo sviluppo di modelli assistenziali più flessibili ed efficienti, che potrebbero invece contribuire a risolvere proprio uno dei principali problemi che si vuole affrontare: l'allungamento dei tempi di attesa.

La necessità di riconoscere le diagnosi professionali non mediche

Nell'ottica di una sanità moderna e integrata, è ormai, secondo noi, non più procrastinabile la necessità di evidenziare che esistono diagnosi professionali non mediche, come la diagnosi fisioterapica, che sono distinte, ma anche complementari, rispetto a quella

medica. Queste diagnosi, insieme alla possibilità di prescrivere prestazioni specifiche, sempre, ripetiamo, nell'ambito stretto delle rispettive competenze, devono necessariamente trovare uno spazio normativo adeguato.

Non si chiede, ovviamente, di sovrapporre tali competenze e tali diagnosi alla diagnosi medica: la diagnosi medica e la terapia medica devono rimanere competenze esclusive del medico, ma è altresì indispensabile, per l'efficacia del sistema, che altre professioni sanitarie, come quella del fisioterapista, possano contribuire in modo attivo alla prescrizione di prestazioni correlate alle loro specificità. In molti Paesi europei, modelli di prescrizione congiunta e condivisa sono già una realtà consolidata, con esiti positivi per la tempestività e la sicurezza delle cure e la riduzione delle liste d'attesa.

Per questi motivi, proponiamo che l'articolo 1 sia rivisto, affinché l'attribuzione della diagnosi, prognosi e terapia rimanga al medico per quanto riguarda l'ambito medico, ma venga riconosciuta la possibilità, per le altre professioni sanitarie, di intervenire nelle rispettive aree di competenza, contribuendo così a una più efficace gestione delle liste d'attesa e a una sanità più efficiente e inclusiva.

Liste d'attesa e prestazioni fisioterapiche

I fisioterapisti italiani che, per oltre due terzi (cioè circa 60mila professionisti su circa 73mila totali), sono impegnati nella libera professione e nelle strutture private, non possono certo essere ostativi a sistemi di integrazione dei sistemi che, senza invasioni di campo e con tutti i necessari accordi, possa far fronte alle sfide e alle emergenze. Anch'esse, nell'interesse unico del cittadino, della persona, non possono davvero essere ulteriormente rinviate.

È altresì evidente che gli interventi in tema di riduzione delle liste d'attesa debbano necessariamente tener conto di un profilo spesso disatteso e misconosciuto, ma essenziale nella tutela della salute dei cittadini: infatti, se è indubbio che il tema della specialistica ambulatoriale ha assunto urgenza e gravità, va considerato il complesso del "sistema salute".

Allora, per la professione sanitaria dei fisioterapisti e di questa Federazione, ogni occasione di alta interlocuzione con il Legislatore, è importante per richiamare l'attenzione sul tema della domanda di riabilitazione del nostro Paese.

I dati epidemiologici consegnano un incremento delle cronicità, delle malattie invalidanti, di una domanda di abilitazione e riabilitazione delle persone anziane, dell'importanza della prevenzione, dei tempi di attesa nelle prestazioni riabilitative, siano esse post-intervento o trauma, siano in esito a patologie cardiache o neurologiche o a malattie croniche (spesso associate in multimorbilità).

Già a dicembre 2022, uno studio di OMS Europa ha fatto presente che, nel nostro Paese, ci sono oltre il 45% dei cittadini che manifestano bisogni riabilitativi (e parliamo di oltre 27milioni di nostri connazionali), di cui ben oltre il 60% di tipo fisioterapico.

Il fatto che il sistema di monitoraggio delle liste d'attesa ad oggi, limitandosi al monitoraggio delle sole visite specialistiche, non sia idoneo a verificare l'accesso a prestazioni di questo tipo, costituisce un doppio problema: misconosce e, quindi, non risolve.

Per questo, è importante operare affinché le prestazioni riabilitative erogate dai professionisti sanitari di area riabilitativa siano inserite nel sistema di monitoraggio e garantite in tempi adeguati all'efficacia dei trattamenti. Per questa finalità **l'articolo 6** disponga che le Aziende sanitarie siano autorizzate a integrare l'offerta oltre che con l'ausilio di erogatori privati accreditati anche con liberi professionisti opportunamente reclutati.

Sistema di monitoraggio e prestazioni fisioterapiche

Un ultimo inciso, sia consentito, proprio sulla istituzione e funzionamento del Sistema nazionale di governo delle liste di attesa e del sistema di reporting nazionale: risulta importante inserire anche il tema delle prestazioni riabilitative e, particolarmente, di quelle fisioterapiche, trattandosi peraltro di prestazioni che sono in grado di incidere direttamente in tema di riduzione di prestazione diagnostiche e riduzione di ricoveri impropri.