



## Memoria di Audizione

presso la XII Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati  
sull'esame dello schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante la definizione  
e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto  
legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Atto n. 358).

*lunedì 28 novembre 2016*

Gent.mo Presidente, Gent.mi Onorevoli,  
innanzitutto ringraziamo per l'audizione concessaci.

E' per noi la prima possibilità concreta di esprimere anche verbalmente le nostre  
osservazioni sul DPCM nonostante la disponibilità a collaborare più volte manifestata al Ministero  
della Salute, concretizzatasi nell'invio di proposte di miglioramento nel maggio 2015 e reinviata  
nell'agosto 2016, disponibilità che, purtroppo, non ha trovato ascolto né riscontro.

Il primo elemento che dobbiamo segnalare, quindi, è proprio questo scarso coinvolgimento  
delle varie componenti del sistema salute messo in atto dal Ministero nel percorso di elaborazione  
dei nuovi LEA, prime tra tutti le rappresentanze dei cittadini e delle persone con disabilità.

A.I.F.I. – Associazione Italiana Fisioterapisti, comunica la piena condivisione con la posizione  
presentata dalla FISH – Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap, in occasione  
dell'audizione presso questa Commissione perché richiama l'attenzione del Legislatore a mettere  
in pratica concretamente la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, in particolare  
nella parte che riguarda la Riabilitazione.

A seguire vorremmo focalizzare l'attenzione su tre punti secondo noi particolarmente  
critici del DPCM.

### **Cure domiciliari.**

Il comma 3 dell'art. 22, ai punti b) e c), prevede che l'attivazione di cure domiciliari  
integrate (ADI) di II<sup>a</sup> e III<sup>a</sup> livello avvenga previa definizione di un "Progetto di assistenza  
individuale" (PAI) ovvero di un "Progetto riabilitativo individuale" (PRI). L'aver previsto il PRI in  
alternativa al PAI, comporta il rischio che ci possa essere un PRI totalmente avulso dal Sistema  
delle Cure Primarie.

AIFI ritiene che debba essere previsto un solo progetto sulla persona, il Progetto  
Assistenziale Individuale (PAI), emergente da una valutazione multidimensionale e  
multiprofessionale, coordinato dal medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta e, più  
in generale, dal sistema delle Cure Primarie.

E' all'interno di tale progetto che è opportuno siano integrate anche le competenze dei  
fisioterapisti e delle altre professioni dell'area della Riabilitazione che, ricordiamo, agiscono anche  
nei campi della prevenzione e della cura, non solo nella riabilitazione. Tale integrazione peraltro  
permetterebbe di contaminare l'"assistenza", laddove fosse ancora intesa come sola soddisfazione

di bisogni, sempre più di logiche "abilitative e riabilitative" intese come insieme di interventi volti al progressivo aumento delle competenze della persona e dei suoi care-givers, con conseguenti riduzioni dei loro bisogni, aumento del loro spazio di autonomia e benessere e conseguenti riduzioni dei costi sociali.

**Proposta:** eliminare la dicitura PRI All'Art. 22 - Cure domiciliari del Capo IV Assistenza socio-sanitaria come presentato in Allegato 1

### **Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.**

Rispetto all'allegato 4 la scrivente associazione apprezza il tentativo di orientare valutazioni e rieducazioni secondo l'ICF, ma il prodotto finale rischia di apparire *frammentato, disordinato e ridondante*.

Ad esempio, considerato che il sistema neuromuscoloscheletrico è un *unicum integrato*, l'aver distinto tre valutazioni ("valutazione delle funzioni delle articolazioni e delle ossa", "valutazione delle funzioni muscolari", "valutazioni del movimento") è un puro esercizio di stile che potrebbe comportare solo un inutile aumento di complessità amministrativa e, forse, di costi per il cittadino. Sarebbe stata sufficiente una unica voce "valutazione delle funzioni neuromuscoloscheletriche e correlate al movimento" onnicomprensiva delle funzioni previste dal capitolo 7 dell'ICF.

Una criticità maggiore, a parere della scrivente Associazione, è che la scelta di aver inserito le *valutazioni funzionali e rieducazioni* pressoché tutte solo nella branca "Medicina fisica e riabilitazione" comporterà la produzione di più visite e di più impegnative con conseguenti ulteriori costi e liste di attesa per i cittadini.

Alla luce delle attuali disposizioni in materia, uno specialista di altra branca (ad esempio cardiologo o pneumologo) che volesse associare in una impegnativa una prestazione resa da un fisioterapista e un esame strumentale della propria branca, oggi non potrebbe farlo. Le due prestazioni andrebbero in due impegnative diverse con i relativi maggiori costi per il cittadino e complessità gestionali per il sistema. Al contrario, se le valutazioni funzionali (di cui ai codici con prefisso 93.01) e le rieducazioni (di cui ai codici con prefisso 93.11 e correlate) fossero inserite anche nelle branche specialistiche omologhe per competenza (neurologia, urologia, ortopedia, pneumologia, neuropsichiatria infantile ...), le Regioni potrebbero comporre pacchetti valutativi e terapeutici con minori costi per i cittadini e per le Aziende.

Nel complesso, è difficile *comprendere la logica* che ha guidato l'estensore materiale dei codici delle prestazioni di area riabilitative, logica apparentemente *slegata dalle più recenti acquisizioni della letteratura scientifica*.

A titolo di esempio si citano le prestazioni RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA DI GRUPPO (codice 93.18.2) e INDIVIDUALE (codice 93.18.3) il cui limite viene fissato ad un massimo di 10 sedute ogni 12 mesi. Tale posologia secondo le Linee Guida Internazionali e le Raccomandazioni delle Società Scientifiche Nazionali risulta insufficiente dal punto di vista terapeutico.

È stato ampiamente dimostrato che i programmi di allenamento e ricondizionamento all'esercizio fisico, per essere efficaci e garantire effetti che perdurino fino ad un anno dal termine del programma, devono assicurare un minimo di 12 settimane di trattamento in regime ambulatoriale, con almeno 3 accessi settimanali adeguatamente supervisionati, o un trattamento intensivo di almeno 20 sedute. Regimi più brevi (10-12 sedute) possono essere previsti in caso di preparazione ad interventi di chirurgia maggiore. Inoltre la letteratura scientifica ha dimostrato con massimo grado di evidenza che più lunghi sono i programmi di allenamento, maggiore è l'effetto allenante e l'influenza positiva sulla funzione, la partecipazione, sulla riduzione del consumo di farmaci e di accessi ospedalieri.

Altro esempio è il codice 93.11.7 - ADDESTRAMENTO ALLA RESPIRAZIONE DIAFRAMMATICA, ESERCIZI CALISTENICI Per seduta individuale - Ciclo di 5 sedute.

L'addestramento alla respirazione diaframmatica è indicato solo in rari e selezionati casi in cui la funzione muscolare respiratoria sia preservata. Nella maggioranza dei casi non è indicato poiché inefficace e potenzialmente causa di aggravamento dei sintomi. Gli esercizi calistenici non sono in grado di produrre le necessarie modificazioni a livello muscolare e sistemico tali da ottenere riduzioni significative dei sintomi (dispnea e fatica) e miglioramenti della performance fisica nei pazienti con patologia respiratoria cronica.

**Proposta:** revisionare l'allegato 4, semplificando le voci relative a valutazioni funzionali e rieducazioni, inserendo tali voci in più branche omologhe alla disabilità della persona per aumentare la flessibilità di utilizzo, modificando altresì diciture delle prestazioni e volumi previsti sulla base delle più recenti acquisizioni della letteratura scientifica.

#### **Assistenza protesica.**

Rispetto all'insieme di provvedimenti relativi a protesi e ausili, la nostra associazione supporta le osservazioni e le proposte delle Associazioni delle persone con disabilità, contenute nel documento presentato in audizione dalla FISH.

La criticità maggiore sembra essere la volontà di acquistare a mezzo gara ausili complessi per la mobilità personale. Si puntualizza che, per quanto una gara possa essere correttamente strutturata, difficilmente riuscirà a tenere in considerazione tutti gli aspetti di personalizzazione dell'ausilio che sono necessari per poter garantire la massima rispondenza dello stesso ai reali bisogni dell'utente.

Altro punto critico del documento è il non aver considerato che nella definizione dell'ausilio, oltre al medico prescrittore, contribuiscono nell'equipe, perché previsto dai rispettivi profili, diversi professionisti sanitari ai quali dovrebbe essere riconosciuta quantomeno visibilità nel percorso di valutazione e scelta dello stesso.

A nostro avviso sarebbero maturi i tempi per prevedere in questi percorsi un ruolo forte ed esplicito dell'equipe multidisciplinare in cui la nostra professione, come altre figure professionali dell'area della Riabilitazione, riveste una funzione fondamentale nei percorsi di valutazione, definizione, addestramento all'uso, verifica e riutilizzo degli ausili. Ci si rammarica che la riforma



dei LEA non abbia saputo cogliere questa occasione per dare un impulso di maggiore efficienza a questo sistema che assorbe una parte consistente delle risorse pubbliche.

In conclusione, la scrivente associazione sta proponendo, in vari eventi e pubblicazioni, modelli organizzativi innovativi nel campo della fisioterapia e della riabilitazione, già adottati peraltro in alcune Regioni, che puntano a superare logiche "vecchie" e potenzialmente foriere di inefficienza e inappropriatazza per i sistemi sanitari e di costi e tempi di attesa maggiori per i cittadini, per dare invece risposte tempestive e precise ai bisogni dei cittadini.

Auspichiamo che in questa fase si possano prendere in considerazione le nostre osservazioni e proposte che vengono fatte, prima di tutto, a vantaggio dei cittadini.

Rinnoviamo la nostra disponibilità alla più ampia collaborazione e ringraziamo nuovamente della possibilità di espressione concessaci.

Il Presidente Nazionale A.I.F.I.  
Dott. Mauro Tavarnelli



Segue Allegato 1

## ALLEGATO 1. Dettaglio delle proposte di modifica

Riferimento: Testo del DPCM  
Capo IV Assistenza sociosanitaria (pag.14)  
Art. 22 Cure Domiciliari  
comma 3 – punti b) e c)

<i>versione attuale</i>	<i>proposte di modifica</i>
<p>Art.22 Cure Domiciliari</p> <p>3. In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli:</p> <p>[...] b) cure domiciliari integrate (ADI) di I<sup>a</sup> livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale [...]. Le cure domiciliari di primo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la "presa in carico" della persona e la definizione di un "Progetto di assistenza individuale" (PAI) ovvero di un "Progetto riabilitativo individuale" (PRI) che definisce i bisogni riabilitativi della persona [...];</p> <p>c) cure domiciliari integrate (ADI) di II<sup>a</sup> livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale [...]. Le cure domiciliari di secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la "presa in carico" della persona e la definizione di un "Progetto di assistenza individuale" (PAI) ovvero di un "Progetto riabilitativo individuale" (PRI), e sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. [...]</p>	<p>Art.22 Cure Domiciliari</p> <p>3. In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli:</p> <p>[...] b) cure domiciliari integrate (ADI) di I<sup>a</sup> livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale <del>ovvero prevalentemente</del> e/o di tipo riabilitativo-assistenziale [...]. Le cure domiciliari di primo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la "presa in carico" della persona e la definizione di un "Progetto di assistenza individuale" (PAI) <del>ovvero di un "Progetto riabilitativo individuale" (PRI)</del> <i>che definisce anche gli eventuali</i> i bisogni riabilitativi della persona [...];</p> <p>c) cure domiciliari integrate (ADI) di II<sup>a</sup> livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale <del>ovvero prevalentemente</del> e/o di tipo riabilitativo-assistenziale [...]. Le cure domiciliari di secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la "presa in carico" della persona e la definizione di un "Progetto di assistenza individuale" (PAI) <del>ovvero di un "Progetto riabilitativo individuale" (PRI)</del>, e sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. [...]</p>