



Dalle competenze alla deontologia come si sta sviluppando la professione del futuro

L'identikit del fisioterapista

Sono otto gli ambiti "core" individuati in rapporto non gerarchico

Chi è il fisioterapista? Quali sono i suoi campi di intervento volti a soddisfare i bisogni di salute dei cittadini? Sono domande a cui si possono dare risposte certe e chiare.

La normativa italiana che regola l'esercizio professionale è costituita da diverse leggi che hanno come parole chiave distinte responsabilità, autonomia e competenze. Prima di tutto, però, stabiliamo qual è l'identikit del fisioterapista. Si tratta del professionista sanitario che, in via autonoma o in collaborazione con altre figure sanitarie, identifica e adotta le migliori strategie per la prevenzione, la cura, la valutazione funzionale, l'abilitazione, la riabilitazione e la palliazione di disfunzioni di vari sistemi, in particolare quelli neuromuscoloscheletrico, nervoso, cognitivo, cardiocircolatorio, respiratorio, digerente e genito-urinario. Tutto questo avviene in conseguenza di patologie, congenite o acquisite, permanenti o transitorie, di interventi chirurgici oppure in seguito a condizioni che determinino sovraffaticamento o sovraccarico in pazienti in età evolutiva, adulta, nell'anziano così come nello sportivo. L'obiettivo generale dell'intervento fisioterapico è contribuire a migliorare la qualità della vita della persona e dei suoi familiari o care givers, promuovendone anche la tutela dei diritti, la dignità e la partecipazione in ogni ambito di vita sociale e in ogni momento della giornata.

La legge 42/99 ha stabilito che il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di laurea e di formazione post-base, nonché degli specifici codici deontologici.

PROFILO PROFESSIONALE DEL FISIOTERAPISTA

**Decreto del ministero della Sanità
14 settembre 1994, n. 741**

1. È individuata la figura del fisioterapista con il seguente profilo: il fisioterapista è l'operatore sanitario, in possesso del diploma universitario abilitante, che svolge in via autonoma, o in collaborazione con altre figure sanitarie, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori, e di quelle viscerali conseguenti a eventi patologici, a varia eziologia, congenita o acquisita.
2. In riferimento alla diagnosi e alle prescrizioni del medico, nell'ambito delle proprie competenze, il fisioterapista:
 - a) elabora, anche in equipe multidisciplinare, la definizione del programma di riabilitazione volto all'individuazione e al superamento del bisogno di salute del disabile;
 - b) pratica autonomamente attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive utilizzando terapie fisiche, manuali, massoterapiche e occupazionali;
 - c) propone l'adozione di protesi ed ausili, ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia;
 - d) verifica le rispondenze della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale.
3. Svolge attività di studio, didattica e consulenza professionale, nei servizi sanitari e in quelli dove si richiedono le sue competenze professionali.
- omissis
6. Il fisioterapista svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero-professionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

logici. Nel contempo la normativa sulla formazione professionale si è evoluta tanto da arrivare a definire che il percorso che abilita il professionista è unicamente un Corso di Laurea triennale, che si conclude con un esame finale abilitante e che si svolge alla presenza dei rappresentanti di ministero della Salute e Miur e, soprattutto, alla presenza dei rappresentanti dell'Aifi in quanto unica Associazione rappresentativa per decreto ministeriale. In questo quadro di riferimento si inserisce il lavoro sul Core-competence iniziato nel 2003, per arrivare attraverso una serie complessa e complicata di collaborazioni, alla pubblicazione nel 2012 del volume "La formazione core del fisioterapista". Questo testo definisce le competenze ritenute irrinunciabili per definire il professionista, tanto che le colloca come necessarie a definire il neo laureato. Nella stesura del volume sono stati

coniugati tutti i contenuti del Core curriculum con i relativi ambiti di competenza, in modo che sia chiaro quali conoscenze servono come base per la costruzione delle competenze. Inoltre si è data la giusta rilevanza al contesto naturale e adatto di apprendimento per le competenze, che è il tirocinio, andando a delinearne le caratteristiche principali affinché sia perseguita la maggior uniformità metodologica nei corsi di laurea dei diversi Atenei italiani. L'importanza del Core-competence sta nel fatto che questo documento è entrato a far parte degli Ordinamenti didattici dei Corsi di Laurea - come citato dalla legge 42 - andando a definire le competenze del futuro professionista, dando maggiore forza a quanto indicato nel profilo. Nella fattispecie è fondamentale ricordare che gli ambiti di competenza individuati sono otto, in un rapporto circolare e non gerarchico tra loro. Il

fisioterapista è colui che svolge il suo ruolo distintivo di cura e riabilitazione della persona secondo le migliori evidenze scientifiche, assumendosi la piena responsabilità del proprio operato, avendo cura di comunicare correttamente con la persona, la famiglia e i colleghi con cui collabora, promuovendo la corretta educazione sanitaria della persona e avendo cura della prevenzione sia primaria che secondaria, gestendo il contesto di lavoro e curando costantemente la propria formazione. Ognuno degli ambiti citati è dettagliato in tutte le singole componenti per andare a descrivere le abilità che il professionista deve costruire e gli atteggiamenti che estrinsecano nel quotidiano il proprio operato. Questo documento ha un altro valore fondamentale che consiste nel quadro di riferimento che è quello epidemiologico italiano partendo dai problemi prioritari di salute. L'im-

IL CENSIMENTO AIFI

Occupazione a elevata intensità

Quanti sono. Con i circa 65.000 censiti dall'associazione Aifi i fisioterapisti sono il 9,5% dei 680.553 operatori dei 22 profili professionali. Sono quindi al secondo posto dopo i 435.963 infermieri (64%) e costituiscono il gruppo professionale più numeroso dopo gli infermieri.

Occupazione. Ottimo sbocco occupazionale, 86% medio negli ultimi 9 anni, e primo posto assoluto condiviso con logopedista e igienista dentale. È il tasso migliore fra le 22 professioni, con valori leggermente diversi a livello geografico: 91% al Nord, 76% Centro e 69% Sud, con il tasso minore della Calabria al 43% e il maggiore per la Lombardia al 93%. Trend in leggero calo, dal 93% del 2007 al 82% del 2015.

Domande di ammissione. Molto alta

è anche la richiesta di ammissione da parte degli studenti con 28.505 domande sui 2.020 posti a bando nel 2017-18, per un rapporto D/P di 14,1 che vede i fisioterapisti al primo posto assoluto fra i 22 profili. Le domande presentate dagli studenti sono superiori anche ai 23.476 posti per infermiere su cui, essendo i posti 14.450, il rapporto D/P è invece di 1,6.

Sedi universitarie. La ripartizione dell'offerta formativa copre tutto il territorio nazionale, con 83 sedi attivate in 39 università e in media 25 studenti per sede.

Fabbisogno formativo. Con i 2.020 posti messi a bando dalle università c'è quasi parità con i 2.007 chiesti dalle Regioni; e i 2.000 proposti dall'associazione Aifi. Mentre è ancora maggiore l'offerta potenziale formativa delle università per 2.507 posti (+24%).

La riduzione dei posti a bando rispetto ai 2.172 dello scorso anno e rispetto al potenziale di 2.507 deriva dalla minore stima del fabbisogno sia da parte delle Regioni e sia della Categoria, che si allineano ai 2.000 posti calcolati in base a un turnover del 3 per cento.

Prospettive Aa 2018-19. Fermo restando i 2.000 posti sarebbe da razionalizzare l'offerta formativa universitaria fra alcune Regioni per un maggiore riequilibrio su scala nazionale, tramite riduzioni come ad esempio per Friuli, Lazio e Abruzzo, e contestuale aumento per Piemonte, Veneto Marche, Molise e Sicilia.

Angelo Mastrillo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Programmazione posti e occupati dal 1997 al 2017

Anno	Richiesta Categorie	Richiesta Regioni	Posti Università	Domande	D/P	Occupati a l'anno di Laurea
1997	1.000	1.100	1.245	13.523	10,9	
1998	1.000	1.073	1.028	13.065	12,7	
1999	1.000	1.247	1.211	16.459	13,6	
2000	1.000	1.100	1.505	16.002	10,6	
2001	1.500	1.600	1.780	18.684	10,5	
2002	2.000	2.100	2.091	19.893	9,5	
2004	2.500	2.308	2.270	22.619	10,0	
2005	2.500	2.596	2.574	26.292	10,2	
2006	2.622	2.402	2.431	25.531	10,5	
2007	2.243	2.194	2.190	27.558	12,6	93%

Anno	Richiesta Categorie	Richiesta Regioni	Posti Università	Domande	D/P	Occupati a l'anno di Laurea
2008	2.055	2.348	2.334	26.689	11,4	90%
2009	1.977	2.276	2.161	32.237	14,9	90%
2010	2.217	2.192	2.192	33.447	15,3	87%
2011	2.114	2.205	2.206	34.585	15,7	86%
2012	2.103	2.262	2.262	33.649	14,9	84%
2013	2.182	2.264	2.262	31.331	13,9	84%
2014	2.057	2.166	2.213	27.288	12,3	84%
2015	2.062	2.169	2.169	28.740	13,3	82%
2016	2.000	2.164	2.172	29.805	13,7	
2017	2.000	2.007	2.020	28.505	14,1	
Media	1.925	2.013	2.032	25.131	12,4	86%
Totale	40.432	42.278	42.672	527.754		

	Popolazione abitanti		Operatori stimati		Occ a l'anno di Laurea nel
Piemonte	4.404.246	7,3%	4.667	7,2%	9
Valle d'Aosta	127.329	0,2%	145	0,2%	8
Lombardia	10.008.349	16,5%	10.180	15,7%	9
Pa Bolzano	520.891	0,9%	651	1,0%	8
Pa Trento	538.223	0,9%	609	0,9%	8
Veneto	4.915.123	8,1%	5.251	8,1%	8
Friuli V.G.	1.221.218	2,0%	1.390	2,1%	8
Liguria	1.571.053	2,6%	1.922	3,0%	9
Emilia Romagna	4.448.146	7,3%	4.808	7,4%	9
Marche	1.543.752	2,5%	1.627	2,5%	7
Toscana	3.744.398	6,2%	4.060	6,3%	7
Umbria	891.181	1,5%	987	1,5%	7
Lazio	5.888.472	9,7%	6.609	10,2%	8
Abruzzo	1.326.513	2,2%	1.507	2,3%	7
Molise	312.027	0,5%	409	0,6%	7
Campania	5.850.850	9,6%	6.060	9,3%	6
Puglia	4.077.166	6,7%	4.295	6,6%	5
Basilicata	573.694	0,9%	669	1,0%	7
Calabria	1.970.521	3,2%	2.079	3,2%	4
Sicilia	5.074.261	8,4%	5.160	8,0%	7
Sardegna	1.658.138	2,7%	1.781	2,7%	7
Totale	60.665.551		64.866		8
Nord	27.754.578	46,0%	29.621	46,0%	9
Centro	12.067.803	20,0%	13.284	20,0%	7
Sud	20.843.170	34,0%	21.961	34,0%	6

(*) Pmp = per 1 milione di popolazione

INNOVAZIONE

Terapia d'iniziativa: così l'assistenza precede la patologia



L'obiettivo generale del fisioterapista è contribuire a migliorare la qualità della vita del paziente e dei suoi familiari o care giver, promuovendone anche la tutela dei diritti, la dignità e la partecipazione in ogni ambito. L'attività distintiva del professionista è definita come "Cura e riabilitazione" ma non possiamo dimenticare che è forte anche la componente "Prevenzione". Al centro dell'intervento c'è la persona con tutto il suo contesto familiare e sociale. Il bisogno di salute nasce in diversi momenti e per diverse cause e configura un quadro molto complesso che può andare da un bisogno semplice - per il quale vi è un'alta probabilità di risoluzione favorevole ed è necessaria la presa in carico da parte di un solo professionista della riabilitazione - a un bisogno complesso - per il quale si ha una probabilità di risoluzione favorevole incerta e/o l'alterazione della condizione di salute richiede la presa in carico da parte di più professionisti della riabilitazione.

Dal punto di vista temporale, il bisogno della persona può essere distinto in acuto/subacuto o in cronico/degenerativo, e con esso varia anche il significato dell'intervento fisioterapico. Quest'ultimo non è assimilabile a un farmaco, per cui è opportuno adottare modelli organizzativi che da un lato limitino al minimo i cambi di professionista, dall'altro garantiscano la continuità di trattamento al fine di non disperdere i risultati ottenuti. Le acquisizioni derivanti dall'attività scientifica sono sempre più consistenti e suggeriscono un ripensamento dei sistemi organizzativi del Ssn. Queste acquisizioni invitano a un cambiamento dei sistemi che erogano assistenza e che si stanno già attuando in alcune strutture virtuose. Nella tabella a destra elenchiamo alcune buone prassi di innovazione che permettono una migliore risposta ai bisogni di salute dei cittadini.

In risposta ai mutamenti della popolazione è nata la cosiddetta "Fisioterapia d'iniziativa": si tratta di un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche che non aspetta il cittadino in ospedale 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 di iniziativa è il Chronic care model, che costituisce uno dei nuovi modelli assistenziali e si basa sull'interazione tra il paziente, reso esperto da opportuni interventi di informazione ed educazione, e gli operatori sanitari.

Mauro Tavernelli
presidente nazionale Aifi -
Associazione italiana Fisioterapisti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Buone prassi di innovazione per una migliore risposta ai bisogni di salute dei cittadini	
•	Un coinvolgimento precoce e diretto del fisioterapista nei percorsi di cura nei reparti per acuti che produce un miglioramento degli esiti sui pazienti, dall'età neonatologica all'età geriatrica, e può ridurre i tempi di degenza
•	La fisioterapia respiratoria preoperatoria e postoperatoria in chirurgia toracica, in stretta sinergia con pneumologi e anestesisti, migliora gli esiti dei pazienti, riduce le complicanze e può ridurre i tempi di degenza
•	Un coinvolgimento precoce e diretto del fisioterapista nei percorsi clinici di diverse condizioni (es. lombalgie, cefalee...) può ridurre il ricorso a farmaci e alla diagnostica strumentale
•	Percorsi di invio diretto al fisioterapista al fine di ridurre i tempi di accesso alle cure fisioterapiche previsti per i dimessi da reparti di ortopedia
•	Nelle situazioni acute e post acute, dare al fisioterapista la possibilità di decidere il numero di sedute, entro un limite predefinito in appositi percorsi basati su prove di efficacia, può permettere di "risparmiare" migliaia di sedute all'anno che possono contribuire all'abbattimento delle liste di attesa
•	Utilizzare la fisioterapia come terapia di prima scelta rispetto alla chirurgia - in alcuni quadri - poiché determinano risultati simili nel breve e nel lungo termine ma con costi e rischi diversi
•	Negli esiti disabilitanti stabilizzati di patologia o in alcune fasi di malattie croniche e degenerative dove sia prevalente il bisogno riabilitativo rispetto a quello assistenziale, è opportuno che il fisioterapista svolga il ruolo di case-manager secondo quanto previsto dal Chronic care model
•	La degenza di riabilitazione intensiva è il setting privilegiato di risposta a bisogni complessi che richiedano interventi valutativi e terapeutici intensivi non erogabili in regimi alternativi. È opportuno reindirizzare verso setting a minore intensità assistenziale e riabilitativa tutte le condizioni che non richiedano tutela medico-assistenziale nelle 24 ore
•	Le recenti acquisizioni nel campo della fisioterapia geriatrica sollecitano suggeriscono di potenziare l'intervento fisioterapico nelle residenze sanitarie assistenziali per anziani
•	Attribuire a tutte le lungodegenze un significato "riabilitativo" al fine di ridurre il rischio di danni da ipomobilità sulle funzioni neuro-muscolo-scheletriche, respiratorie e cognitive, grazie ad un precoce contatto con i sistemi delle cure primarie, anticipare quanto più possibile la predisposizione dell'ambiente domestico per il rientro, laddove possibile, della persona
•	L'integrazione del fisioterapista nel sistema delle cure domiciliari e nelle strutture socio-sanitarie per le disabilità può contribuire ad aumentare lo spazio di autonomia delle persone di tutte le fasce d'età, a ridurre le necessità di assistenza e a migliorare l'efficienza dei percorsi di assistenza protesica con progetti, ad esempio, di recupero di ausili inutilizzati o mal utilizzati

delle malattie croniche che non aspetta il cittadino in ospedale 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 di iniziativa

è il Chronic care model, che costituisce uno dei nuovi modelli assistenziali e si basa sull'interazione tra il paziente, reso esperto da opportuni interventi di informazione ed educazione, e gli operatori sanitari.

Donato Lencellotti
segretario nazionale Aifi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Corso di Laurea in Fisioterapia Aa 2017-18 - Programmazione posti secondo Turnover - Regioni - Categoria - Università

Occupati anno accademico 2015	Calcolo su popolazione e turnover nazionale		Richiesta Regioni		Richiesta Categoria			Posti Università		Domande	D/P	Differenze										
	al 3%	Pmp*	Pmp*		Pmp*		Pmp*	Regione Categoria	Regione Turnover			Università Regioni	Università Categoria									
1%	145	33	105	5,2%	24	105	5,3%	24	103	5,1%	23	1.846	17,9	0	0%	-40	-28%	-2	-2%	-2	-2%	
	4	33	2	0,1%	16	0	0,0%	0						2	0%	-2	-52%	-2	-100%	0	0%	
3%	330	33	380	18,9%	38	360	18,0%	36	365	18,1%	36	5.176	14,2	20	6%	50	15%	-15	-4%	5	1%	
	17	33	20	1,0%	38	20	1,0%	38	18	0,9%	35	135	7,5	0	0%	3	16%	-2	0%	-2	-10%	
	18	33	25	1,2%	46	25	1,3%	46	20	1,0%	37	280	14,0	0	0%	7	41%	-5	0%	-5	0%	
6%	162	33	150	7,5%	31	180	9,0%	37	124	6,1%	25	1.920	15,5	-30	-17%	-12	-7%	-26	-17%	-56	-31%	
0%	40	33	60	3,0%	49	60	3,0%	49	50	2,5%	41	616	12,3	0	0%	20	49%	-10	-17%	-10	-17%	
5%	52	33	55	2,7%	35	55	2,8%	35	51	2,5%	32	672	13,2	0	-100%	3	6%	-4	-7%	-4	-7%	
4%	147	33	160	8,0%	36	160	8,0%	36	136	6,7%	31	2.097	15,4	0	0%	13	9%	-24	-15%	-24	-15%	
2%	51	33	40	2,0%	26	45	2,3%	29	30	1,5%	19	445	14,8	-5	-11%	-11	-21%	-10	-25%	-15	-33%	
4%	123	33	95	4,7%	25	95	4,8%	25	95	4,7%	25	1.698	17,9	0	0%	-28	-23%	0	0%	0	0%	
2%	29	33	35	1,7%	39	25	1,3%	28	32	1,6%	36	327	10,2	10	40%	6	19%	-3	-9%	7	28%	
2%	194	33	200	10,0%	34	230	11,5%	39	320	15,8%	54	3.900	12,2	-30	-13%	6	3%	120	60%	90	39%	
8%	44	33	30	1,5%	23	80	4,0%	60	108	5,3%	81	1.346	12,5	-50	-63%	-14	-31%	78	260%	28	35%	
	10	33	0	0,0%	0	10	0,5%	32	30	1,5%	96	285	9,5	-10	-100%	-10	-100%	30	>100%	20	200%	
3%	193	33	225	11,2%	38	200	10,0%	34	200	9,9%	34	1.900	9,5	25	-100%	32	17%	-25	-11%	0	0%	
8%	134	33	150	7,5%	37	150	7,5%	37	120	5,9%	29	1.520	12,7	0	0%	16	12%	-30	-20%	-30	-20%	
	19	33	0	0,0%	0	0	0,0%	0														
3%	65	33	75	3,7%	38	30	1,5%	15	55	2,7%	28	867	15,8	45	-100%	10	15%	-20	-27%	25	83%	
6%	167	33	120	6,0%	24	120	6,0%	24	106	5,2%	21	2.468	23,3	0	0%	-47	-28%	-14	-12%	-14	-12%	
8%	55	33	80	4,0%	48	50	2,5%	30	57	2,8%	34	1.007	17,7	30	60%	25	46%	-23	-29%	7	14%	
1%	2.000	33	2.007		33	2.000		33	2.020		33	28.505	14,1	7	0%	7	0%	13	1%	20	1%	
1%	915	33	957	48,0%	34	965	48,0%	35	867	43,0%	31	12.742	14,7	-8	-1%	42	5%	-90	-9%	-98	-10%	
6%	398	33	370	18,0%	31	395	20,0%	33	477	24,0%	40	6.370	13,4	-25	-6%	-28	-7%	107	29%	82	21%	
9%	687	33	680	34,0%	33	640	32,0%	31	676	33,0%	32	9.393	13,9	40	6%	-7	-1%	-4	-1%	36	6%	
Anno accademico 2016-17			2.164			2.000			2.172			29.805										
Differenza 2017 vs 2016			-157	-7,0%		0	0,0%		-152	-7,0%		-1.300	-4,0%									

Fonte: elaborazione A. Mastriello