

Università degli Studi di Padova

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN
SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI SANITARIE
PRESIDENTE: Ch.ma Prof.ssa Luciana Caenazzo**

TESI DI LAUREA

Job Description e core competence del fisioterapista territoriale

Confronto tra la formazione universitaria di base e le competenze specifiche

("Job Description and core competencies of the community physiotherapist
Comparison between basic university education and specific skills")

RELATORE: Prof. Dott. Mag. Luca Visentin

LAUREANDO: Dott. Francesco Zampese Matr. 2090193

Anno Accademico 2023/2024

Padova, 23/06/2024

Indice

Indice

Indice delle sigle

Abstract

Abstract (Eng)

| | |
|---|-----------|
| Introduzione..... | 1 |
| Contesto..... | 2 |
| Riferimenti normativi..... | 3 |
| Decreto ministeriale 23 maggio 2022 , n. 773..... | 3 |
| Delibera del direttore generale AUSL Toscana Centro n.1057 del 12/07/20196..... | 4 |
| Sentenza del Consiglio di stato del 12/10/2023 n. 11329:..... | 7 |
| Job description del fisioterapista territoriale..... | 8 |
| Figura professionale: Fisioterapista territoriale..... | 9 |
| Job Description del Fisioterapista territoriale..... | 9 |
| Competenze:..... | 10 |
| Responsabilità:..... | 12 |
| Strumenti di lavoro:..... | 12 |
| Requisiti professionali:..... | 12 |
| Profilo di competenze del fisioterapista territoriale..... | 12 |
| Pensiero sistemico..... | 13 |
| Proattività e ricerca dei bisogni..... | 14 |
| Capacità relazionali e di comunicazione..... | 15 |
| Capacità gestionali e di management..... | 15 |
| Materiali e metodi..... | 16 |
| Risultati..... | 18 |
| Università degli studi di Padova..... | 18 |
| Università degli studi di Udine:..... | 19 |
| Università degli studi di Verona..... | 20 |
| Discussione..... | 23 |
| Conclusioni..... | 23 |
| Bibliografia..... | 25 |
| Allegati | |

Indice delle sigle

| <i>Sigla</i> | <i>Spiegazione</i> |
|--------------|--|
| ASL | Azienda Sanitaria Locale |
| AULSS | Azienda - Unità Locale Socio Sanitaria |
| AUSL | Azienda - Unità Sanitaria Locale |
| CdL | Corso di Laurea |
| DASSI | Dipartimento delle Attività Socio Sanitarie Integrate |
| DGR | Deliberazione della Giunta Regionale |
| DM | Decreto Ministeriale |
| GU | Gazzetta Ufficiale |
| IFeC | Infermiere di Famiglia e Comunità |
| MAP | Medico di Assistenza Primaria |
| MMG | Medico di Medicina Generale |
| PDTA | Percorsi Diagnostici, Terapeutici e Assistenziali |
| SIMMFIR | Sindacato Italiano dei Medici di Medicina Fisica e Riabilitativa |
| SSN | Sistema Sanitario Nazionale |
| SST | Servizio Sanitario della Toscana |
| UOC | Unità Operativa Complessa |
| USL | Unità Sanitaria Locale |

Abstract

Una delle caratteristiche sempre più evidenti nei Paesi occidentali è il progressivo invecchiamento della popolazione a cui consegue un sempre maggior coinvolgimento dei vari sistemi sanitari e quindi la necessità di una riorganizzazione che garantisca la qualità, la tempestività delle cure e l'equità di accesso ad esse. In questa direzione il DM 77/22, prevede la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale, di cui una delle espressioni più evidenti è la costituzione e realizzazione delle Case della Comunità.

La Casa della comunità nasce come perno per l'integrazione tra le cure definite "ospedaliere" e quelle "territoriali" con il valore aggiunto della proattività, ovvero la ricerca attiva dei bisogni (anche latenti) della popolazione che, se intercettati precocemente, possono portare ad un rapido miglioramento della qualità di vita dei pazienti e necessitare di un minor dispendio futuro di risorse da parte del SSN.

Le case della comunità nascono avendo come figura di riferimento l'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC), ma prevedono l'integrazione di tutti i professionisti sanitari, ognuno rispetto alle proprie competenze.

Alla luce di questo cambio di paradigma ci si è chiesto quale potrebbe essere oggi il profilo di competenze del **fisioterapista territoriale** attraverso la strutturazione di una proposta di job description capace di integrare competenze trasversali e specifiche come, ad esempio, la proattività e la ricerca dei bisogni.

È stata successivamente condotta un'intervista semistrutturata a 3 tutor universitari delle università di Padova, Udine e Verona per indagare se e come le competenze specifiche del fisioterapista territoriale vengano affrontate e approfondite durante il percorso di studi triennale.

In conclusione, è stata fatta una sintesi delle iniziative più interessanti proposte dai corsi di laurea.

Abstract

One of the increasingly evident characteristics in Western countries is the progressive aging of the population, which leads to a greater involvement of various healthcare systems and the need for their reorganization to ensure the quality, timeliness, and equity of access to care. In this direction, Ministerial Decree 77/22 envisages the definition of models and standards for the development of territorial care within the National Health System, one of the most evident expressions of which is the establishment and implementation of Community Houses. The Community House is conceived as a pivot for integrating "hospital" and "territorial" care, with the added value of proactivity, meaning the active identification of (even latent) population needs that, if detected early, can lead to a rapid improvement in patients' quality of life and require fewer resources from the NHS. Community houses are established with the Family and Community Nurse (FCN) as a reference figure but involve the integration of all healthcare professionals, each according to their competencies.

In light of this paradigm shift, the question arises of what today's profile of competencies for the community physiotherapist could be through the structuring of a proposed job description capable of integrating both cross-cutting and specific skills such as proactivity and needs assessment.

Subsequently, an open interview was conducted with 3 university tutors from the universities of Udine, Padua, and Verona to investigate whether and how the specific competencies of the community physiotherapist are addressed and deepened during the three-year study program. Finally, a synthesis was made of the most interesting initiatives proposed by the universities, structured as a proposal to be shared with their respective degree courses.

Introduzione

Secondo quanto riportato nel rapporto “Osservasalute”¹⁻², curato dall’Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, la sanità pubblica si trova ad affrontare due grandi sfide: il controllo della spesa e il miglioramento della salute degli italiani. A queste due sfide si aggiunge il contesto demografico, ovvero il progressivo e continuo invecchiamento della popolazione¹ che è la causa principale dell’aumento della prevalenza delle patologie croniche.

Gli indicatori epidemiologici presentati nel Rapporto, che si riferiscono alla popolazione assistita dei Medici di Medicina Generale (aderenti al network Health Search), evidenziano che dal 2012 al 2017 si è osservato un aumento generalizzato delle persone con cronicità. All’aumento della cronicità si associa anche un aumento delle situazioni di fragilità che ha come esito a lungo termine la non-autosufficienza.

Diventa quindi necessario, per far fronte a questo contesto in evoluzione, pensare a nuovi modelli organizzativi che permettano di intercettare i bisogni di salute della popolazione, prima che si trasformino in disfunzioni o disabilità

Per questo obiettivo, come riportato dal rapporto Osservasalute: “risulta essenziale definire nuovi percorsi assistenziali in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità e garantire la continuità assistenziale e l’integrazione degli interventi socio-sanitari.”.

Per far fronte a queste sfide una delle strategie individuate nel DM 77/22³ è quella di creare, nei territori, delle strutture a vocazione proattiva rispetto ai bisogni della salute dei cittadini, chiamate Case della Comunità.

Secondo quanto riportato nel DM 77/22³ “La Casa della Comunità (case della comunità) è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell’assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Nella Casa della Comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale”.

Al capitolo 6, del DM 77/22³, poi viene identificata e definita la figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) e, seppur collateralmente, prevede la collaborazione con “tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona.”.

Risulta chiaro quindi che oltre all'IFeC è necessario che altre figure professionali concorrano, secondo le proprie competenze, alla costituzione e gestione delle case della comunità.

Con questo lavoro, alla luce della riorganizzazione in atto del Sistema Sanitario Nazionale, si cercherà di declinare la figura del Fisioterapista territoriale proponendo una job description e un profilo di competenze, attraverso l'analisi di quanto presente in alcune aziende sanitarie del territorio nazionale e il contributo dato dalla sperimentazione condotta dall'ASL Toscana Centro.

Successivamente si analizzerà se esiste una distanza formativa tra le competenze specifiche del fisioterapista territoriale da noi individuate e la formazione universitaria, attraverso la conduzione di 3 interviste con altrettanti tutor didattici delle università di Padova, Udine e Verona.

Contesto

L'invecchiamento demografico⁴, il conseguente maggior carico assistenziale e la scarsità di risorse⁵ stanno portando alla necessità di una riorganizzazione dei Servizi Sanitari in tutti i paesi occidentali. In Italia il DM77/22³ intitolato “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale” rappresenta il punto di svolta per l'assistenza sanitaria che sarà sempre più legata al territorio e vicina ai bisogni del paziente e alla sua quotidianità. Nel DM77/22³ vengono istituite anche le Case della Comunità, delle strutture che dovrebbero diventare il primo punto di riferimento della comunità afferente e il primo luogo di presa in carico, valutazione e cura.

Nella gestione delle Case della Comunità viene istituita anche la figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, che in concerto con i medici di medicina generale e le figure sanitarie presenti nel territorio, collabora con attività finalizzate alla ricerca e all'intercettazione dei bisogni con lo scopo di prevenire, attraverso strumenti di valutazione ed educativi, gli esiti a lungo termine di tutte quelle patologie che sarebbero facilmente prevenibili con una presa in carico precoce.

Il DM77/22³ è quindi il cardine per quanto riguarda le case della comunità e il ruolo delle figure al suo interno.

Per quanto riguarda la figura del **fisioterapista** l'unica sperimentazione ad oggi avanzata è dell'USL Toscana Centro.

Nel 2019, con la delibera del Direttore Generale 1057 del 12/07/2019⁶, è stato autorizzato nell'USL Toscana Centro, il “progetto di sperimentazione del modello assistenziale “Fisioterapista di Comunità” nell'azienda USL Toscana Centro.”.

Tale delibera prevedeva la messa a regime di un fisioterapista che lavorasse all'interno delle Casa della Comunità dell'USL, “in collaborazione con il team multiprofessionale coordinato dal MMG”⁶. Nello specifico delle competenze, come emerge dalla delibera, il Fisioterapista di comunità “identifica e adotta le migliori strategie per la prevenzione, valutazione, abilitazione e palliazione, con l'obiettivo generale di contribuire a migliorare la qualità di vita della persona e dei suoi familiari/caregiver”.

In seguito al ricorso avanzato da SIMMFIR (Sindacato Italiano dei Medici di Medicina Fisica e Riabilitativa) e accolto dal consiglio di stato con sentenza del 27/09/2023, tale sperimentazione è stata sospesa con la delibera del Direttore Generale dell'11/10/2023⁷.

Nonostante tale esperienza sia stata sospesa per un probabile vincolo normativo, essa verrà comunque presa in considerazione e analizzata, in quanto unico tentativo a livello nazionale di integrazione del fisioterapista in una casa della comunità.

Riferimenti normativi

Di seguito verranno analizzati nello specifico il DM77/22, la delibera del Direttore Generale 1057 del 12/07/2019, dell'USL Toscana Centro e la sentenza del consiglio di stato 27/09/2023 n 1132.

Decreto ministeriale 23 maggio 2022 , n. 77³

Il decreto ministeriale 23 maggio 2022 , n. 77, intitolato “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”, pubblicato in Gazzetta ufficiale, “GU Serie Generale n.144 del 22-06-2022”³ è il testo di riferimento con il quale si definisce il cambio di paradigma che viene richiesto al

Servizio Sanitario Nazionale ovvero la scelta di passare dal concetto di assistenza sanitaria imperniata alle strutture ospedaliere, ad una più capillare, territoriale e di prossimità con il cittadino e i suoi bisogni⁸.

Le principali novità della Riforma ridisegnano soprattutto le funzioni e gli standard del Distretto come descritte dal Ministero della Salute.

Tra i cambiamenti più significativi troviamo la definizione e gli standard delle Case della comunità, pensate come servizio aperto tutto il giorno (24h/24h), 7 giorni su 7, definite come “il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria”.

Al loro interno, come figura di riferimento è stato creato l’Infermiere di Famiglia E Comunità, con lo scopo di assicurare l’assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, e che lavora in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera.

Viene sottolineata e ampliata l’assistenza domiciliare, identificando la Casa della Comunità come primo luogo di cura.

Le Cure Domiciliari, target specifico dell’assistenza domiciliare, sono un servizio del Distretto per l’erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell’ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., sono prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l’assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.⁴

In questa nuova visione di assistenza territoriale si prevede che l’IFeC collabori con altri professionisti sanitari all’interno della casa della comunità.

Delibera del direttore generale AUSL Toscana Centro n.1057 del 12/07/2019⁶

Con la delibera del direttore generale dell’AUSL Toscana Centro n. 1057 del 12/07/2019⁶ viene approvato il progetto di sperimentazione del modello assistenziale di “Fisioterapista di Comunità”.

La scelta di intraprendere tale sperimentazione nasce da quanto presente nel DM77/22 dove si dichiara che “Nella Casa della Comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari...”.

Con questo progetto quindi l'AUSL Toscana Centro ha proposto un modello d'integrazione del Fisioterapista nella realtà delle Case della Comunità, che potesse lavorare in concerto con l'IFeC, i MAP e le altre figure presenti.

Si Inizia quindi a definire una nuova specializzazione del fisioterapista, non più legata ad un'area d'intervento, ma improntata sul territorio, sulla prossimità delle cure e sulla presa in carico.

Un cambio di prospettiva dove il fisioterapista non ricerca la specializzazione in qualsiasi ambito patologico (ortopedico, neurologico ecc), ma diventa punto di riferimento nel riconoscimento e presa in carico dei bisogni funzionali quotidiani dei pazienti, indipendentemente dalle patologie e comorbilità che li accompagnano.

| | |
|----------------------------|---|
| Fisioterapista di comunità | |
| Definizione | <p>Professionista sanitario che, in collaborazione con il team multiprofessionale coordinato dal MMG, identifica e adotta le migliori strategie per la prevenzione, valutazione, abilitazione e palliazione, con l'obiettivo generale di contribuire a migliorare la qualità di vita della Persona e dei suoi familiari/caregiver.</p> |
| Responsabilità e funzioni | <p>Collabora con il team multiprofessionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ nella valutazione dei bisogni della comunità, ➤ nell'elaborazione di profili di salute, ➤ nell'identificazione di gruppi di popolazione a rischio; <p>sostiene la promozione della salute mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ interventi settoriali e intersettoriali rivolti a specifici determinanti di salute ➤ favorisce la valorizzazione delle risorse della comunità (gruppi di volontariato, gruppi di auto-aiuto, attività fisica adattata, centri per anziani, etc.). |

| | |
|------------------|---|
| <p>Obiettivi</p> | <p>Promuovere l'attività fisica come corretto stile di vita, agendo direttamente su:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ gruppi di popolazione "sana" ➤ persone con riduzione dell'autonomia ➤ Persone in condizioni di dolore cronico aspecifico <p>favorire il coinvolgimento attivo della persona e del caregiver nel processo di cura</p> <p>promuovere strategie di autogestione della malattia, per migliorare sensibilmente la qualità della vita e ridurre il ricorso alle cure;</p> <p>affiancare i professionisti del team multiprofessionale nell'identificazione di fattori di rischio, sia in soggetti sani sia in soggetti in situazioni di cronicità;</p> <p>favorire l'accesso appropriato ai Servizi Territoriali di riabilitazione.</p> |
| <p>Attività</p> | <p>Orientamento alla promozione del self-management delle malattie croniche:</p> <p>promozione di corretti stili di vita, tra cui l'attività fisica;</p> <p>identificazione, valutazione, prevenzione e monitoraggio dei fattori di rischio, sia in soggetti sani che con esiti di patologia;</p> <p>Supporto all'educazione e alle competenze del caregiver, compreso l'addestramento all'uso corretto degli ausili,</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>verifica periodica dell'appropriatezza ed efficacia degli stessi;</p> <p>Supporto al MMG per la prevenzione delle disabilità e dell'aumento della restrizione della partecipazione sociale, proponendo gli interventi correttivi sui fattori modificabili di propria competenza;</p> <p>limitazione del declino funzionale associato alla ridotta mobilità, all'invecchiamento e/o a processi degenerativi, con proposta di attività motorie idonee;</p> <p>identificazione di eventuali strategie compensative, intervenendo sui fattori ambientali.</p> |
|--|--|

Sentenza del Consiglio di stato del 12/10/2023 n. 1132^o:

in seguito a segnalazione del SIMMFIR, il consiglio di stato in data 12/10/2023 si è espresso circa la delibera del direttore generale dell'AUSL Toscana Centro n. 1057 del 12/07/2019 in cui era stato proposto e sperimentato un modello di fisioterapista di famiglia e comunità, accogliendo il ricorso seppur con alcune limitazioni.

Tale pronunciamento, accogliendo il ricorso SIMMFIR, ha interpretato la figura del fisioterapista da inserire nelle case della comunità così come proposto dall'AUSL Toscana Centro, come una nuova figura professionale e non semplicemente una rimodulazione delle competenze già previste dal profilo professionale.

Ad oggi quindi rimane la necessità di dare risposta a dei bisogni riabilitativi che faticano ad emergere anche a causa di molteplici intermediari tra il cittadino e il servizio richiesto.

Job description del fisioterapista territoriale

Come riportato nel Cambridge dictionary¹⁰ la job description è “a list of the responsibilities that you have and the duties that you are expected to perform in your work”. Il dizionario Treccani¹¹ invece declina la Job description secondo quanto segue: “Esposizione scritta e analitica di compiti, metodi, attrezzature, collegamenti e responsabilità riferiti alle varie posizioni organizzative all’interno di un’azienda”.

La job analysis consiste proprio in una attenta e dettagliata analisi che muove dalle esigenze dell’impresa, in termini di personale da assumere, per arrivare a definire con chiarezza il profilo di ruolo, ovvero il profilo della persona da inserire. Secondo De Carlo¹² emerge l’importanza strategica di esaminare scrupolosamente le capacità, le abilità e le caratteristiche personali degli individui, per accertare in che misura essi possiedano quei fattori che risultano strettamente correlati con la capacità di eseguire con successo un determinato lavoro.

La job analysis si articola in due fasi¹³. Nella prima fase, nota come job description, si mira a delineare le varie caratteristiche della posizione da assegnare al lavoratore. Durante questa fase, il dipendente trova sicurezze, poiché comprende le prerogative della mansione da svolgere e acquisisce una chiara visione del suo ruolo all’interno dell’organizzazione. La seconda fase, denominata person specification, permette di definire il profilo del candidato in base alle conoscenze, competenze e abilità necessarie per occupare la posizione.

Realizzare una job analysis significa quindi descrivere le caratteristiche della posizione specificandone il nome, la collocazione organizzativa e la definizione delle relazioni interne ed, eventualmente, esterne. È necessario poi definire le competenze, i livelli di autonomia e responsabilità, gli strumenti di lavoro e i requisiti professionali necessari per coprire il ruolo. Alla luce di ciò, per meglio inquadrare le peculiarità nella realtà lavorativa del fisioterapista territoriale, sono state confrontate le job description delle seguenti aziende sanitarie (reperibili agli allegati 1, 2 e 3):

- ASL Bergamo,
- SST (Servizio Sanitario della Toscana),
- Azienda ULSS8 Berica,

A seguito di tale confronto, è stato fatto un lavoro di sintesi e confronto per una descrizione coerente e completa del profilo del Fisioterapista Territoriale che opera in una Casa Della Comunità:

Figura professionale: Fisioterapista territoriale

Scopo della figura: Il fisioterapista è il professionista sanitario 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 acquisita¹⁴. Partendo da questa definizione, condivisa da tutte le Aziende sanitarie indagate, andando più nel dettaglio rispetto all'ambito di interesse dell'elaborato, il fisioterapista territoriale è colui che presta la propria opera lavorativa in un circoscritto territorio specifico assegnatogli dal servizio inviante.

Nella Job Description dell'AULSS8 Berica si evidenzia come l'attività sia prettamente caratterizzata da interventi domiciliari o da interventi di tele-riabilitazione. La sua attività riguarda, la valutazione di ausili, la presa in carico per cicli di riattivazione o, in caso di dimissioni protette, cicli di riabilitazione; infine è responsabile di tutte quelle pratiche di carattere ecologico che riguardano l'addestramento del caregiver e la valutazione del contesto familiare e ambientale.

Job Description del Fisioterapista territoriale

Collocazione organizzativa e relazioni:

Dal punto di vista di organizzazione aziendale le attività territoriali, da quanto emerge dalle job description, possono afferire a dipartimenti diversi e unità operative diverse. Nell'AULSS8 Berica ad esempio il fisioterapista territoriale solitamente afferisce all'Unità Operativa Complessa (UOC) "Cure Primarie" e risponde in via diretta ad un "coordinatore del servizio riabilitativo territoriale".

Nell'ASL Bergamo invece il fisioterapista rientra nel "Dipartimento delle Attività Socio Sanitarie Integrate (DASSI)" insieme a tutti quei professionisti che operano a domicilio.

Nel documento prodotto dal Servizio Sanitario della Toscana Toscana infine, viene lasciata libertà alle singole USL.

Competenze:

Franco Fraccaroli nel libro “Apprendimento e formazione nelle organizzazioni”¹⁵ del 2007, definisce la competenza come: “insieme delle risorse che le persone hanno o dovranno avere per svolgere in modo appropriato le prestazioni di lavoro in un determinato contesto”.

La competenza quindi come un insieme di risorse, che possono essere innate o apprese, calate e declinate in modo preciso nel contesto lavorativo.

Sempre Fraccaroli riconosce tre tipi di competenze: di base, trasversali e professionali; nel dettaglio:

Le competenze di base si riferiscono a quelle conoscenze fondamentali che sono generalmente richieste per svolgere qualsiasi tipo di lavoro. Queste competenze sono essenziali per il funzionamento quotidiano e includono solitamente la capacità di leggere, scrivere, calcolare, ragionare logicamente e comunicare efficacemente. Le competenze di base sono spesso considerate la base su cui costruire competenze più specifiche e specializzate.

Le **competenze trasversali** sono abilità che possono essere applicate in una varietà di contesti lavorativi e nella vita quotidiana. Sono trasferibili da un settore o ruolo a un altro e includono competenze come la capacità di problem solving, il pensiero critico, la capacità di comunicare in modo efficace, il lavoro di squadra e la gestione del tempo. Le competenze trasversali sono fondamentali per il successo professionale in molte aree diverse e spesso vengono richieste sia dalle organizzazioni che dai datori di lavoro.

Le **competenze professionali** sono specifiche di un determinato campo professionale e sono necessarie per svolgere efficacemente un lavoro specifico. Possono includere conoscenze tecniche, abilità specializzate, competenze pratiche e esperienza specifica nel settore. Le competenze professionali possono variare ampiamente da un lavoro all'altro e possono essere acquisite attraverso l'istruzione formale, l'esperienza pratica, la formazione specifica o la certificazione professionale.

Nell'alveo delle competenze del fisioterapista si annoverano dunque le seguenti categorie:

competenze tecnico professionali: al professionista vengono richieste competenze relative alla capacità di valutazione del paziente, dei suoi bisogni riabilitativi, all'utilizzo della testistica e delle scale di valutazione più appropriate, nonché alla proposta di un programma

riabilitativo con l'individuazione degli obiettivi da raggiungere e la definizione delle tempistiche appropriate.

Competenze gestionali e di management: queste competenze riguardano la capacità del fisioterapista di organizzare il lavoro e di gestirlo attraverso la rilevazione di una stima precisa delle priorità nei bisogni individuati, considerando altresì i regolamenti e le procedure dell'unità operativa. In questi termini diventa inoltre rilevante la conoscenza dell'organizzazione aziendale e dei rapporti gerarchici al suo interno.

Competenze comunicativo-relazionali: al fisioterapista viene richiesta la capacità di adeguare la propria comunicazione al contesto e al destinatario dell'informazione. Viene richiesta la capacità di motivare e spiegare il proprio operato e di essere in grado di coltivare la miglior relazione terapeutica possibile con il paziente e i caregiver.

Competenze etico-deontologiche: Si chiede al fisioterapista solida conoscenza e rispetto del codice deontologico, l'attenzione al segreto professionale, al rispetto della riservatezza dei dati e degli utenti. Aspetto fondamentale in tutto ciò, è la raccolta del consenso al trattamento dei dati personali e il consenso al trattamento sanitario.

Competenze Informatiche: il fisioterapista territoriale deve essere formato per utilizzare gli strumenti informatici previsti per l'espletazione della pratica clinica; deve quindi saper utilizzare il sistema gestionale dell'azienda sanitaria, i software di scrittura e analisi (G-suite o microsoft office) e, nel caso di attività di tele-riabilitazione, le applicazioni di meeting online previste dall'organizzazione.

Aggiornamento Professionale: Data la rapida evoluzione delle conoscenze nel campo della fisioterapia, l'aggiornamento costante è essenziale. Partecipare a corsi, conferenze e leggere la letteratura scientifica più recente permette al fisioterapista di rimanere informato sulle nuove scoperte e tecniche.

Collaborazione Multidisciplinare: Il lavoro di squadra è spesso necessario per affrontare in modo completo le esigenze dei pazienti. Collaborare con altri professionisti della salute consente al fisioterapista di ottenere una visione più completa del quadro clinico del paziente e di fornire un trattamento integrato.

Responsabilità:

come riportato nel codice deontologico del fisioterapista: “Il Fisioterapista ha la responsabilità diretta delle procedure diagnostiche e terapeutiche adottate. Egli si impegna a ricercare la migliore efficacia, appropriatezza e qualità dei percorsi di cura e riabilitazione, promuovendo l'uso appropriato delle risorse e la sostenibilità delle cure.”

Strumenti di lavoro:

Sebbene questo aspetto sia variabile in funzione dell'azienda e del servizio a cui il fisioterapista è affidato, al professionista è richiesto un grado di competenza nella distinzione e nell'uso degli strumenti per la pratica sul paziente e negli strumenti organizzativi.

Per quanto riguarda i primi si fa riferimento a come il fisioterapista debba saper utilizzare ausili, macchinari e il suo corpo come strumento di lavoro. Mentre per quanto riguarda gli strumenti organizzativi le competenze richieste fanno riferimento alla capacità di utilizzo di PC, stampanti, scale di valutazione, auto aziendale, ecc.

Requisiti professionali:

per esercitare la professione di fisioterapista si deve essere in possesso del titolo abilitante che, in Italia è il diploma di laurea triennale in fisioterapia, classe L/SNT2 (ai sensi del D.M. 509/99 modificato dal D.M. 270/2004)¹⁶ o titoli riconosciuti come equipollenti.

Profilo di competenze del fisioterapista territoriale

Allo scopo di identificare il core competence del fisioterapista territoriale è necessario individuare quali elementi lo contraddistinguono e, contestualizzando la figura con il momento storico e organizzativo attuale, declinarlo anche in funzione delle case della comunità che stanno nascendo.

Esaminando il DGR (Regione Veneto) n. 721 del 22 giugno 2023¹⁷, all'allegato A, le case della comunità sono definite come il “luogo fisico e di facile individuazione al quale i

cittadini possono accedere”, e “il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.”, si sottolinea poi che, la casa della comunità è “pensata e progettata con una logica sistemica di stretta interconnessione e sinergia con le strutture e servizi ospedalieri, territoriali e socio-sanitari del bacino di afferenza, promuovendo un modello di intervento e di presa in carico multidisciplinare”

Con queste premesse il fisioterapista territoriale, per poter collaborare al funzionamento della Casa della Comunità dovrebbe avere, nel proprio core competence, un'attenzione particolare ad alcuni aspetti, quali la il **pensiero sistemico** nella valutazione e presa in carico del paziente, la **proattività** nella ricerca dei bisogni, **capacità relazionali e di comunicazione** con un bacino di utenza che si rivolge alla casa della comunità come primo punto di accesso e che bisognerà guidare attraverso i PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici ed Assistenziali) in funzione dei suoi bisogni. Il core competence del fisioterapista territoriale inoltre dovrà prevedere **competenze gestionali e di management** sia del servizio con cui deve interfacciarsi (la casa della comunità), sia per quanto riguarda la comunicazione tra ospedale e territorio per la presa in carico del paziente.

Sempre alla stessa fonte, il DGR (regione Veneto) n. 721 del 22 giugno 2023¹⁷, all'allegato A, non vengono previsti nuove unità del comparto riabilitazione da inserire nelle case della comunità e neppure una formazione specifica di tutto il personale della riabilitazione territoriale che dovrà, necessariamente, confrontarsi con le case della comunità.

L'assenza, al momento, di una formazione dedicata, a differenza di quanto previsto per gli infermieri di Famiglia e Comunità, ci ha spinto ad indagare se e come le università diano rilevanza alle competenze specifiche del fisioterapista territoriale sopra individuate:

- Pensiero sistemico
- Proattività e ricerca dei bisogni
- Capacità relazionali e di comunicazione.
- Capacità gestionali e di management

Pensiero sistemico

Il pensiero sistemico è un approccio mentale e concettuale che si concentra sull'analisi e la comprensione dei sistemi complessi, considerando le relazioni e le interconnessioni tra le

varie componenti di un sistema¹⁸ ; in ambito sanitario ed infermieristico il pensiero sistemico è stato declinato da Arnold e Wade.

Arnold e Wade¹⁹ forniscono una definizione obiettiva secondo cui il pensiero sistemico "è un insieme di competenze analitiche sinergiche utilizzate per migliorare la capacità di identificare e comprendere i sistemi, prevederne i comportamenti e ideare modifiche ad essi per produrre effetti desiderati. Queste competenze lavorano insieme come un sistema"

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare questa capacità di relazione e individuazione dei bisogni in un contesto che cambia da paziente a paziente è quanto mai necessaria e importante; anche dal punto di vista riabilitativo, tarare il bisogno di recupero in funzione della quotidianità della persona e dell'ambiente in cui vive è la più alta declinazione del significato di cure individualizzate dove il paziente e il suo bisogno sono al centro dell'intervento e il bisogno è quanto mai concretizzato nella quotidianità.

Secondo Hung (2008)²⁰, il pensiero sistemico non è un'abilità innata; egli lo qualifica come una capacità che è necessario apprendere e padroneggiare.

Proattività e ricerca dei bisogni

Già negli anni 60 Avedis Donabedian, ne "Il Maestro e le margherite"²¹ espone le sue teorie sulla qualità dei servizi sanitari, promuovendo l'importanza della prevenzione e della gestione proattiva dei rischi nella fornitura di cure sanitarie di alta qualità.

Dopo di lui altri autori hanno approfondito questo aspetto come Mezzich, noto per il suo lavoro nell'integrazione dei modelli biopsicosociali nella pratica clinica; Mezzich²² ha promosso un approccio proattivo alla valutazione e alla gestione dei bisogni dei pazienti, che tiene conto delle loro esperienze di vita e del contesto sociale.

La proattività nella ricerca dei bisogni in campo sanitario quindi si riferisce all'approccio orientato all'azione e alla prevenzione adottato dagli operatori sanitari per identificare e affrontare i bisogni dei pazienti in modo anticipato e completo. Questo approccio si concentra non solo sulla risoluzione dei problemi esistenti, ma anche sull'identificazione e sulla gestione dei potenziali bisogni futuri.

La proattività, nella pratica clinica quotidiana soprattutto a livello territoriale, sottende ad alcune pratiche ben precise, come il monitoraggio costante, un'attenzione particolare alle

valutazioni (iniziali e intermedie) e il coinvolgimento attivo dei pazienti, ovvero l'empowerment

In generale, la proattività nella ricerca dei bisogni in campo sanitario mira a promuovere la salute e il benessere dei pazienti attraverso un approccio preventivo e anticipatorio, piuttosto che reattivo. Questo può contribuire a migliorare i risultati clinici, ridurre il carico di lavoro degli operatori sanitari e ottimizzare l'efficienza delle risorse sanitarie.

Capacità relazionali e di comunicazione

In contesto territoriale, dove spesso il confronto in tempo reale con l'equipe non è possibile, le capacità relazionali e di comunicazione diventano fondamentali nella pratica clinica quotidiana. La capacità di avere una comunicazione efficace si rivela essere lo strumento principale attraverso cui costruire fiducia, collaborazione e stimolare il paziente verso la sua capacità di prendersi cura di se stesso anche dopo l'intervento del professionista sanitario.

Nel primo dei “cinque assiomi della comunicazione”²³, Watzlawick sostiene che “non si può non comunicare” e la comunicazione, verbale, paraverbale e non verbale, specialmente nei confronti di persone sofferenti, non può prescindere dall'empatia, esplicitata anche tramite l'ascolto attivo dei bisogni e delle preoccupazioni; altro aspetto fondamentale della comunicazione è che sia chiara e comprensibile e quindi adeguata ai destinatari dell'informazione, sia nei contenuti che nella sintassi. Tutto questo è necessario principalmente per perseguire due scopi: la comprensione dei bisogni dell'assistito e la costruzione della relazione di fiducia con il paziente.

Capacità gestionali e di management

Le capacità gestionali e di management sono estremamente importanti nella pratica clinica quotidiana, in quanto aiutano a garantire un'organizzazione efficiente delle risorse, una pianificazione adeguata delle attività e una gestione efficace dei processi per fornire un'eccellente assistenza ai pazienti. Alcuni aspetti chiave delle capacità gestionali e di management nella pratica clinica includono:

- la pianificazione delle risorse,
- la gestione del tempo di trattamento,

- la programmazione e pianificazione delle sedute,
- gestione delle informazioni e della documentazione,
- capacità di leadership.

Materiali e metodi

È stata condotta un'intervista aperta a 3 tutor didattici di 3 università del nord Italia, finalizzata ad indagare sia quanto le competenze specifiche del fisioterapista territoriale, individuate in questo lavoro, siano approfondite durante il percorso di studi triennale in fisioterapia, sia quali occasioni formative in questo contesto siano fruibili per gli studenti dalle università indagate.

I tutor intervistati lavorano per le Università di Udine, Padova e Verona con il ruolo di tutor didattici del corso di laurea triennale di fisioterapia nelle sedi di Udine, Padova e Vicenza rispettivamente.

L'intervista è stata condotta come un'intervista aperta in videoconferenza utilizzando le piattaforme Meet e Zoom e nella presentazione delle domande è stato seguito uno schema semi-strutturato che poteva essere rimodulato in base alle risposte che venivano fornite dall'intervistato.

L'intervista seguiva una struttura così definita:

1. Primo Contatto via Mail:

- Il primo contatto con il tutor didattico avveniva tramite email. In questo messaggio, veniva richiesta la disponibilità del tutor a partecipare all'intervista per il lavoro di tesi.

- L'email includeva una spiegazione dettagliata riguardo l'argomento della tesi e l'obiettivo dell'intervista. Questo serviva a fornire al tutor tutte le informazioni necessarie per comprendere il contesto e l'importanza del loro contributo.

- Una volta ricevuta la conferma della disponibilità, veniva fissata una data e un orario per l'incontro online.

2. Conferma dell'Intervista:

- Il giorno stesso dell'intervista, veniva inviato un promemoria al tutor per confermare l'incontro. Questo promemoria includeva la data, l'orario e la durata stimata dell'intervista, indicata in circa 30 minuti.

3. Svolgimento dell'Intervista:

- L'intervista iniziava con un riepilogo di quanto era stato discusso via email. Venivano ribaditi gli obiettivi della tesi e i motivi per cui l'intervista era importante.

- Dopo il riepilogo, si procedeva a esplorare in dettaglio quattro competenze specifiche del fisioterapista territoriale:

- Pensiero Sistemico: Capacità di comprendere e analizzare il sistema sanitario e sociale in cui opera.

- Proattività: Iniziativa nel prevenire problemi e migliorare la qualità del servizio offerto.

- Capacità Gestionali e di Management: Competenze nella gestione delle risorse, pianificazione e organizzazione del lavoro.

- Capacità Comunicative e Relazionali: Abilità nel comunicare efficacemente con pazienti, colleghi e altri professionisti sanitari.

- L'obiettivo era indagare se e come queste competenze fossero affrontate e sviluppate durante il percorso di studi triennale del corso di laurea in fisioterapia.

In questo modo, il processo dell'intervista è chiaramente delineato, evidenziando ogni passaggio e il suo scopo specifico, facilitando la comprensione del metodo utilizzato per raccogliere le informazioni necessarie per la tesi.

Risultati

Le tre interviste condotte ci hanno permesso di avere una panoramica rispetto a come l'attenzione nei confronti delle competenze specifiche del fisioterapista territoriale venga declinata nella proposta formativa universitaria.

Di seguito, nel dettaglio viene riportato quanto raccolto dalle interviste:

Università degli studi di Padova

| Competenza | Occasione formativa |
|-------------------------------------|--|
| Pensiero sistemico | tematica affrontata sia attraverso attività formative in aula che in tirocinio: <ul style="list-style-type: none">➤ Insegnamenti: sono presenti i seguenti corsi:<ul style="list-style-type: none">○ "metodologia generale dell'esercizio professionale"○ "Prassi terapeutica professionale in riabilitazione " declinata nei vari ambiti: neurologica, ortopedica, dell'età evolutiva e viscerale.➤ Tirocinio: durante il tirocinio vengono sono previste delle attività tutoriali anche finalizzate alla valutazione del paziente nella sua complessità e completezza; non c'è un'area di tirocinio dedicata ma lo studente può fare l'esperienza in ambito territoriale |
| Proattività | Non sono previste attività o insegnamenti ad hoc per quanto riguarda questa competenza, approfondita e trattata soprattutto durante la magistrale. |
| Capacità gestionali e di management | non sono presenti insegnamenti specifici durante le lezioni, l'attività di tirocinio e gli incontri di attività tutoriali sono strutturati anche per affrontare questa tematica |
| Capacità comunicative e relazionali | tematica affrontata sia attraverso attività formative in aula che in tirocinio: <ul style="list-style-type: none">➤ Insegnamenti: sono presenti i seguenti corsi:<ul style="list-style-type: none">○ Relazione terapeutica"○ "Bioetica".➤ Tirocinio: l'attività di tirocinio e gli incontri di attività tutoriali sono strutturati anche per affrontare questa tematica |

Università degli studi di Udine:

| Competenza | Occasione formativa |
|-------------------------------------|--|
| Pensiero sistemico | tematica affrontata sia attraverso attività formative in aula che con un tirocinio dedicato: <ul style="list-style-type: none">➤ Insegnamenti: sono presenti i seguenti corsi:<ul style="list-style-type: none">○ “ausili riabilitazione”○ “Metodologia della riabilitazione in geriatria”,○ "riabilitazione funzionale delle lesioni midollari”➤ Tirocinio: previsto un tirocinio in sede distrettuale e la possibilità, per gli studenti, di assistere alle riunioni ospedale-territorio per le dimissioni protette |
| Proattività | Sono previste alcune occasioni formative per gli studenti: <ul style="list-style-type: none">➤ 3 anno, “formazione tra pari” gli studenti del 3 anno in Fisioterapia insegnano al 1 anno del CdL in infermieristica “tecniche per la mobilizzazione del paziente➤ 1,2,3 anno: Incontri di orientamento per gli studenti delle superiori, anche con interventi strutturati |
| Capacità gestionali e di management | La gestione del paziente dalla presa in carico alla dimissione viene approfondita solo in attività di tirocinio |
| Capacità comunicative e relazionali | <ul style="list-style-type: none">➤ Previsti alcuni insegnamenti generici al 1 anno.➤ Presenza di attività di laboratorio per la gestione di pazienti difficili o poco collaboranti➤ Dall’aa 2024-2025 inserito al 1° anno un corso ad hoc su relazione e comunicazione, anche finalizzato alla gestione delle situazioni “difficili”: “Comunicazione e Relazione terapeutica” |

Università degli studi di Verona

| Competenza | Occasione formativa |
|-------------------------------------|---|
| Pensiero sistemico | tematica affrontata sia attraverso attività formative in aula che in tirocinio: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Insegnamenti: sono presenti i seguenti corsi: <ul style="list-style-type: none"> ○ “metodologia dell’educazione terapeutica nelle relazioni di aiuto” ○ “Ausili e tecnologie per l’autonomia e la disabilità”. ➤ Tirocinio: durante il tirocinio vengono sono previste delle esercitazioni con casi clinici calati anche nella realtà domiciliare, con un’attenzione alle caratteristiche del domicilio e la loro peculiarità. durante il tirocinio nell’area geriatrica al 3 anno viene proposta anche l’esperienza in ADI |
| Proattività | Sono previste alcune occasioni formative per gli studenti: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 3 anno, “formazione tra pari” gli studenti del 3 anno in Fisioterapia fanno momenti di peer tutoring agli studenti del 1 anno del CdL di Fisioterapia, rispetto alla valutazione muscolare e articolare e alla mobilizzazione del paziente |
| Capacità gestionali e di management | Non sono presenti insegnamenti specifici durante le lezioni, sono previste esercitazioni e laboratori prima del tirocinio del 1 e 2 anno, per preparare gli studenti alla lettura e compilazione della cartella clinica, nonché al percorso generico del paziente dalla presa in carico alla dimissione. |
| Capacità comunicative e relazionali | tematica affrontata sia attraverso attività formative in aula che in tirocinio: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Insegnamenti: sono presenti i seguenti corsi: <ul style="list-style-type: none"> ○ Metodologia comunicazione e relazione terapeutica” ○ “psicologia del lavoro di gruppo”. ➤ Tirocinio: l’attività di tirocinio “sul campo” è la sede privilegiata per imparare a gestire situazioni complicate. |

Da quanto emerso dalle interviste condotte ai tutor didattici delle tre università considerate, le competenze specifiche del fisioterapista territoriale sono prese in considerazione con modelli diversi.

Per quanto riguarda il **pensiero sistemico** tutti gli atenei prevedono sia esperienze formative in aula che durante le attività di tirocinio, queste ultime declinate o in tirocini dedicati, oppure durante le attività tutoriali, occasioni in cui vengono analizzate e metabolizzate le giornate di tirocinio attraverso la condivisione dell'esperienza diretta.

La competenza relativa alla **proattività** invece viene affrontata diversamente dalle 3 università:

- L'università di Padova ad esempio non prevede esperienze specifiche e demanda questa competenza soprattutto agli insegnamenti durante la magistrale.
- l'università di Udine invece prevede esperienze formative in cui gli studenti del CdL abbiano il ruolo di docenti e relatori per altri CdL o studenti delle scuole secondarie, imparando quindi a gestire un'intervento o un'esposizione.
- L'università di Verona infine prevede alcune occasioni formative per gli studenti del 3 anno attraverso la "formazione tra pari" durante la quale gli studenti del 3 anno in Fisioterapia fanno momenti di peer tutoring agli studenti del 1 anno dello stesso corso di laurea, su tematiche come la valutazione muscolare, articolare e la mobilizzazione del paziente.

Per quanto riguarda le **capacità gestionali e di management**, questa competenza è normalmente affrontata durante il tirocinio per tutti gli atenei indagati; sia come parte del normale percorso di affiancamento con la guida, sia con occasioni dedicate durante le attività tutoriali.

Infine per quanto riguarda le **capacità comunicative e relazionali** tutte e tre le università prevedono sia formazione in aula che "sul campo", benché organizzata diversamente tra i vari atenei.

- L'università di Padova prevede che tale competenza venga affrontata sia attraverso attività formative in aula tematica affrontata sia attraverso attività formative in aula con corsi come "Relazione terapeutica" e "Bioetica", che in tirocinio sia nell'attività quotidiana con la guida, sia durante le attività tutoriali

- l'università di Udine prevede che tale competenza sia affrontata già a partire dal primo anno in modo trasversale negli insegnamenti, per poi proporre delle attività di laboratorio orientati sulla gestione di pazienti difficili o poco collaboranti; infine nel prossimo anno accademico, 2024-2025, è stato inserito al 1° anno un corso ad hoc su relazione e comunicazione, anche finalizzato alla gestione delle situazioni “difficili” denominato: “Comunicazione e Relazione terapeutica”

- Anche l'università di Verona, infine, prevede che la competenza venga affrontata sia attraverso attività formative in aula che in tirocinio. Gli insegnamenti dedicati sono "Metodologia della comunicazione e relazione terapeutica" e “psicologia del lavoro di gruppo” mentre durante il tirocinio la formazione “sul campo” è ritenuta essere la sede privilegiata per imparare a gestire situazioni complicate.

Discussione

Dall'analisi condotta, emerge chiaramente che il fisioterapista territoriale è una figura professionale con un profilo di competenze specifico, in cui spiccano il “pensiero sistemico”, la “proattività”, le “capacità gestionali e di management” e le “capacità comunicative e relazionali” tutte strettamente legate al setting operativo del fisioterapista territoriale, ovvero il domicilio del paziente.

Il domicilio risulta essere quindi il luogo dove il paziente sperimenta la quotidianità e si confronta con le proprie difficoltà funzionali ed è in questo contesto che gli obiettivi di recupero e i bisogni del paziente diventano più concreti e specifici.

Una volta definito il profilo di competenze, fondato sia sul profilo professionale che sull'esperienza di alcune aziende sanitarie prese ad esempio, si è voluto indagare quale fosse la sensibilità in ambito accademico e quali fossero le occasioni fornite agli studenti per sviluppare le competenze individuate.

Le università indagate, da quanto emerso dalle interviste condotte, hanno sviluppato diversi approcci per fornire un'esperienza formativa quanto più possibile esaustiva nei vari ambiti di intervento del fisioterapista territoriale, chi con esperienze di tirocinio dedicate, chi con occasioni formative; rimane centrale il ruolo del tirocinio come modalità privilegiata.

Durante il tirocinio infatti, gli studenti hanno l'opportunità di confrontarsi con la realtà lavorativa, partecipando a esperienze e occasioni pratiche sul territorio. Questo include anche approfondimenti specifici sull'analisi dei bisogni dei pazienti una volta che questi sono tornati al loro domicilio. Tale approccio formativo non solo prepara gli studenti a fronteggiare le sfide del lavoro sul campo, ma li aiuta anche a sviluppare una comprensione profonda e pratica delle necessità dei pazienti nel loro contesto quotidiano.

Conclusioni

Il presente studio ha evidenziato alcuni limiti legati alla raccolta delle job description dei fisioterapisti nelle aziende sanitarie e rispetto al campione di tutor didattici con i quali sono state condotte le interviste.

In particolare, il numero limitato di aziende sanitarie coinvolte ha rappresentato un ostacolo per una valutazione più ampia e rappresentativa delle competenze richieste a questa figura

professionale a livello nazionale; tale limite trova una possibile spiegazione nel fatto che spesso, job description e core competence di profili professionali specifici, declinati a livello aziendale, non sono disponibili per la pubblica consultazione, ma reperibili soltanto all'interno della rete aziendale.

Le interviste con i tutor didattici, inoltre, sono state condotte su un numero ridotto di atenei, limitando la generalizzabilità dei risultati ottenuti. Gli atenei scelti sono quelli di cui si è avuta la disponibilità dei tutor didattici a partecipare all'intervista e che comunque si collocano tra le eccellenze italiane, come riporta il Rapporto Censis: "La Classifica Censis delle Università italiane: edizione 2023/2024".

Nonostante questi limiti, lo studio ha fornito preziose indicazioni sulle competenze del fisioterapista che opera in ambito territoriale e sulla percezione di tale profilo da parte delle università, ancora più significativo se considerato momento storico particolare dove assume primaria importanza la prossimità delle cure e la presa in carico domiciliare e territoriale, come auspicato dal DM77/22.

Alla luce delle tendenze emergenti nel Sistema Sanitario Italiano, si auspica che il presente lavoro possa essere ampliato e condiviso tra i corsi di laurea in fisioterapia dei diversi atenei. Un coinvolgimento più ampio delle università consentirebbe di avere una maggiore presa di coscienza della figura del fisioterapista territoriale e delle sue competenze specifiche. Inoltre, una collaborazione più stretta tra le istituzioni accademiche e le Aziende Sanitarie potrebbe contribuire a una definizione più accurata e uniforme del ruolo del fisioterapista nel contesto delle cure territoriali, promuovendo così una formazione più mirata e adeguata alle necessità del sistema sanitario attuale.

Bibliografia

- 1) Ricciardi, Walter , and Alessandro Solipaca. “Rapporto Osservasalute 2022: Stato Di Salute E Qualità Dell’assistenza Nelle Regioni Italiane.” *Rivista Società Italiana Di Medicina Generale*, 31 May 2023, pp. 373–409, osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2023/06/ro-2022-volume_completo.pdf. Accessed 30 Jan. 2024.
- 2) Ricciardi, Walter, and Alessandro Solipaca. “Rapporto Osservasalute: La Sanità Pubblica Tra Vecchie E Nuove Sfide.” *Rivista Società Italiana Di Medicina Generale*, vol. 23, no. 3, 2019, pp. 18–19, www.simg.it/Riviste/rivista_simg/2019/03_2019/4.pdf. Accessed 5 Dec. 2023.
- 3) MINISTERO DELLA SALUTE. DECRETO 23 Maggio 2022 , N. 77, Regolamento Recante La Definizione Di Modelli E Standard per Lo Sviluppo Dell’assistenza Territoriale Nel Servizio Sanitario Nazionale. 22 June 2022, www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg. Accessed 5 Dec. 2023.
- 4) ISTAT. “Demography of Europe - an Ageing Population.” *Demography of Europe*, www.istat.it/demografiadelleuropa/bloc-1c.html#:~:text=Cominciamo%20col%20guardare%20l. Accessed 14 Mar. 2024.
- 5) Scinetti , Francesco. “L’evoluzione Della Spesa Sanitaria Italiana.” *Università Cattolica Del Sacro Cuore, Osservatorio sui Conti Pubblici Italiani* , 5 Jan. 2023, osservatoriocpi.unicatt.it/ocpi-pubblicazioni-l-evoluzione-della-spesa-sanitaria-italiana/ocpi-finale%20pdf.pdf. Accessed 14 Mar. 2024.
- 6) Morello Marchese, Paolo, and Azienda unità sanitaria locale Toscana Centro. *Approvazione Del Progetto Di Sperimentazione Del Modello Assistenziale “Fisioterapista Di Comunità” Nell’Azienda Usl Toscana Centro*. 12 July 2019, aifi.net/wp-content/uploads/2019/11/Delibera_FT_Comunita%CC%80_AUTC.pdf. Accessed 8 Jan. 2024.
- 7) Mari, Valerio, and Azienda unità sanitaria locale Toscana Centro. *Annullamento Della Delibera Del Direttore Generale N. 1057 Del 12.07.2019*. Dec. 21AD, www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1698397263.pdf. Accessed 18 Jan. 2024.
- 8) MINISTERO DELLA SALUTE. DECRETO 23 Maggio 2022 , N. 77, Regolamento Recante La Definizione Di Modelli E Standard per Lo Sviluppo Dell’assistenza Territoriale Nel Servizio Sanitario Nazionale. 22 June 2022, www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg. Pagina 9; Accessed 5 Dec. 2023.
- 9) Consiglio di Stato. *Ricorso Straordinario al Presidente Della Repubblica Proposto Da SIMMFIR - Sindacato Italiano Dei Medici E Di Medicina Fisica E Riabilitativa-Delibera AUSL Toscana Centro N.1057 Del 12/07/2019 in Materia Di Progetto Di Sperimentazione Di Modello Assistenziale* . 14 Aug. 2023, <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1698397263.pdf>. Accessed 12 Jan. 2024.
- 10) Cambridge Dictionary. “Job Description.” @CambridgeWords, 29 May 2024, dictionary.cambridge.org/it/dizionario/inglese/job-description. Accessed 30 May 2024.

- 11) ISTITUTO DELLA ENCICLOPEDIA ITALIANA FONDATA DA GIOVANNI TRECCANI S.P.A. “Job Description - Treccani.” Treccani, 12 Nov. 2019, [www.treccani.it/enciclopedia/job-description_\(Dizionario-di-Economia-e-Finanza\)/](http://www.treccani.it/enciclopedia/job-description_(Dizionario-di-Economia-e-Finanza)/). Accessed 30 May 2024.
- 12) Nicola De Carlo. *Teorie & Strumenti per Lo Psicologo Del Lavoro: Storia, Evoluzione E Prospettive Del Settore, Selezione, Intervista, Colloquio, Test, Assessment Center, Codice Deontologico*. 2002. FrancoAngeli, 29 Feb. 2016.
- 13) Costa, Giovanni, and Martina Gianecchini. *Risorse Umane : Persone, Relazioni E Valore*. Milano Etc., Mcgraw-Hill, Cop, 4 Sept. 2019.
- 14) Ministero della sanità. “Regolamento Concernente l’Individuazione Della Figura E Del Relativo Profilo Professionale Del Fisioterapista.” [Www.gazzettaufficiale.it](http://www.gazzettaufficiale.it), 9 Jan. 1995, www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1995/01/09/095G0003/sg. Accessed 3 Mar. 2024.
- 15) Franco Fraccaroli. *Apprendimento E Formazione Nelle Organizzazioni. Una Prospettiva Psicologica*. 2007. Società editrice il Mulino, 1 Jan. 2014.
- 16) MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA. *Modifiche al Regolamento Recante Norme Concernenti l’Autonomia Didattica Degli Atenei, Approvato Con Decreto Del Ministro Dell’universita’ E Della Ricerca Scientifica E Tecnologica 3 Novembre 1999, N. 509. 22 Oct. 2004*, www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2004/11/12/004G0303/sg. Accessed 12 Feb. 2024.
- 17) Regione del Veneto. “Programmazione Dell’assetto Organizzativo Ed Operativo Della Rete Assistenziale Territoriale in Attuazione a Quanto Previsto Ex Piano Nazionale per La Ripresa E La Resilienza (PNRR) E D.M. 23/05/2022, N. 77. D.G.R. N. 2/CR Del 10/01/2023.” Bur.regione.veneto.it, Regione del Veneto - Bollettino Ufficiale, 30 June 2023, bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=506473. Accessed 16 Feb. 2024.
- 18) Zhang, Bao Hui, and Salah A. M. Ahmed. “Systems Thinking—Ludwig von Bertalanffy, Peter Senge, and Donella Meadows.” *Springer Texts in Education*, 2020, pp. 419–436, link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-43620-9_28, https://doi.org/10.1007/978-3-030-43620-9_28.
- 19) Arnold, Ross D., and Jon P. Wade. “A Definition of Systems Thinking: A Systems Approach.” *Procedia Computer Science*, vol. 44, no. 44, 2015, pp. 669–678, www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877050915002860. Accessed 7 Mar. 2024.
- 20) Hung, Woei. “Enhancing Systems-Thinking Skills with Modelling.” *British Journal of Educational Technology*, vol. 39, no. 6, Nov. 2008, pp. 1099–1120, <https://doi.org/10.1111/j.1467-8535.2007.00791.x>.
- 21) Donabedian, Avedis. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. 2002. New York, Oxford University Press, 1 Jan. 2009.
- 22) Mezzich, Juan E, et al. “Systematic Conceptualization of Person Centered Medicine and Development and Validation of a Person-Centered Care Index.” *International Journal of Person Centered Medicine*, vol. 6, no. 4, 2 Feb. 2017, <https://doi.org/10.5750/ijpcm.v6i4.610>. Accessed 17 Nov. 2023.

23) Watzlawick, Paul, et al. *Pragmatica Della Comunicazione Umana : Studio Dei Modelli Interattivi, Delle Patologie E Dei Paradossi*. 1978. Roma, Astrolabio, 1978.

Allegati

Allegato 1 “Regolamento di area professionale riabilitativa” pagg 7-10, Regione Lombardia, ASL Bergamo:

Regolamento Area Riabilitativa DPSS

2.1. 2 Il Fisioterapista DM 741/94 Art. 1

“1. E' 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 ed 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 ed 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 ed in quelli dove si richiedono le sue competenze professionali”.

Per quanto attiene al ruolo specifico all'interno dell'area socio-sanitaria, l'intervento del fisioterapista si concentra sul progetto riabilitativo in particolare all'interno di un processo di presa in carico multidisciplinare e integrata.

Il *core competence*, prevede che il fisioterapista, in qualità di membro dell'équipe sanitaria, sia preparato a svolgere efficacemente le seguenti funzioni²: di cura e riabilitazione, ricerca, prevenzione, formazione e gestione.

| TABELLA RIASSUNTIVA FUNZIONI E ATTIVITÀ FISIOTERAPISTI | |
|---|---|
| Funzioni | Attività |
| Cura e riabilitazione | L'approccio del fisioterapista ai problemi del paziente si evidenzia per la specificità della diagnosi fisioterapica, che si riferisce non tanto alla malattia, quanto alle alterazioni funzionali e dalle residue potenzialità delle strutture corporee (movimento, prensione, etc), alle limitazioni dell'attività del paziente a livello individuale (activities daily living) e di partecipazione nella vita sociale, secondo la classificazione ICF (OMS, 2001). Sulla base della diagnosi e delle teorie di riferimento, il fisioterapista individua l'intervento riabilitativo che ritiene più idoneo, definisce il piano di trattamento, propone l'adozione di protesi e ausili, verifica le rispondenze della metodologia riabilitativa |
| Ricerca | Area importante per la valutazione dell'efficacia dei trattamenti fisioterapici e per la scelta dell'appropriatezza dei trattamenti oltre che per la partecipazione alla stesura di linee guida e alla progettazione e realizzazione di una ricerca scientificamente valida |
| Prevenzione | Non solo prevenzione terziaria connessa all'attività rieducativa ma anche interventi finalizzati a fornire conoscenze e riorientare comportamenti e posture |
| Formazione | Si esplica essenzialmente nel ruolo di <i>tutor</i> di tirocinio degli studenti di fisioterapia, che si preparano a svolgere a loro volta l'attività professionale e consiste nel saper interagire e comunicare efficacemente per trasmettere ad altri il proprio "sapere" |
| Gestione | Afferisce a questa area la programmazione dell'intervento e la responsabilità delle verifiche metodologica riabilitativa correlata agli obiettivi di recupero funzionale |

² Associazione Italiana Fisioterapisti, Linee guida per la formazione del fisioterapista, core competence, Masson, 2003

2.2 La collocazione nell'ambito dell'Azienda (tra Dipartimenti e Servizi)

Afferiscono complessivamente all'area n. 41 operatori.

I professionisti operano nelle seguenti articolazioni aziendali

| DIREZIONE | DIPARTIMENTO O DISTRETTO | SERVIZI O STRUTTURE OPERATIVE |
|---------------------|---|--|
| Direzione generale | | Direzione delle Professioni Sanitarie e Sociali (DPSS) |
| | | Ufficio Sindaci |
| | | Servizio di Medicina Legale |
| | Dipartimento Programmazione Acquisto e Controllo (PAC) | Nucleo Operativo Controlli Erogatori Attività Ambulatoriali |
| | Distretto Socio Sanitari | Distretto e Consulteri |
| Direzione sanitaria | Servizio Farmaceutico Territoriale | Servizio Assistenza Protesica |
| | Dipartimento Prevenzione Medico (DPM) | Servizio Medicina Preventiva di Comunità |
| | | Gestione Screening |
| Direzione Sociale | | Raccordo Territoriale |
| | | Servizio Accreditamento, Controllo, Appropriatezza e Qualità |
| | Dipartimento delle Attività Socio Sanitarie Integrate (DASSI) | Servizio conciliazione vita-lavoro e nuovo welfare |
| | | Ufficio Associazionismo e terzo settore |
| | | Servizio Consulteri Familiari e Centri per la famiglia |
| | | ADI e Bisogni Complessi |
| | | Servizi e Progetti Integrati per le Persone Fragili e/o con Disabilità |
| | Dipartimento Dipendenze | Prevenzione e Interventi di Prossimità |
| | Servizi Tossicodipendenze (SerT) | |

La presenza attuale degli operatori dell'Area della riabilitazione nelle diverse strutture ed articolazioni operative dell'azienda costituisce una fotografia istantanea della realtà attuale che sarà soggetta a modifiche organizzative in concerto con la DPSS.

2.3 Prospettive

Le direttrici su cui si ritiene opportuno porre l'attenzione in termini di prospettive sono tre:

- il raccordo con altre aree professionali
L'approccio multiprofessionale e di rete è un aspetto su cui si ritiene importante focalizzare l'attenzione perché consente all'operatore di aprirsi in una dimensione di integrazione di saperi e competenze nella prospettiva di una "condivisione interprofessionale della cura" che è la prospettiva futura delle organizzazioni. Per questo motivo si ritiene importante riuscire ad organizzare/creare spazi comuni di riflessione per gruppi aggregati per funzioni, che connettano saperi professionali e operatività, non solo per produrre riflessioni ma, anche, per costruire progetti.
- la valorizzazione dell'operatività e del personale
Si ritiene opportuno iniziare a riflettere in modo critico sull'opportunità di documentare la propria operatività e di fare ricerca prendendo in considerazione la

competenza professionale affinché la stessa possa essere riconosciuta e valorizzata.

Rispetto al tema "valorizzazione" inoltre non si può prescindere dalla riflessione in merito alle prospettive di carriera per gli operatori afferenti l'area anche in termini di identificazione di nuovi ruoli di coordinamento nei vari settori.

- il supporto agli operatori
Per quanto riguarda il supporto, vanno sperimentati percorsi di "riflessione" utilizzando anche la formazione come luogo-opportunità in cui gli operatori possano prendersi cura di sé per potersi poi prendersi cura degli altri.

IL MODELLO ORGANIZZATIVO DI RIFERIMENTO

3.1 Il Responsabile di Area

Il responsabile di Area professionale rappresenta il riferimento strategico del Direttore della DPSS per il governo generale dell'Area. Partecipa e concorre alla definizione e allo sviluppo delle attività istituzionali assegnate alla DPSS e collabora con i dirigenti delle articolazioni e servizi aziendali, per le relative attività, in forma condivisa e partecipativa.

Elabora la definizione degli obiettivi generali e delle politiche di gestione delle risorse di competenza.

Per l'espletamento delle proprie funzioni si avvale degli organi collegiali previsti nella propria area .

Per quanto attiene alla declinazione dettagliata dei contenuti e attività di tale figura professionale si rimanda alle deliberazione 308 del 8 marzo 2013 "Istituzione della Direzione delle Professioni Sanitarie e Sociali (DPSS) e approvazione del relativo regolamento, in attuazione del P.O.A., approvato dalla regione con D.G.R. IX/4660 del 9.1.2013" e alla job description di seguito allegata.

3.2 Gli Organi Collegiali

Tenuto conto di quanto sin ora evidenziato si è ritenuto opportuno individuare luoghi di incontro professionale – organi collegiali dell'Area Riabilitativa - organizzati in modo flessibile, dove strutturare un pensiero modulato fortemente orientato al ripensamento dei processi lavorativi che partono da alcuni presupposti quali:

- la necessità di confrontarsi e connettersi con altri operatori;
- l'esigenza di non considerarsi soli ad affrontare i problemi;
- il riappropriarsi di funzioni di programmazione, di controllo e di promozione proprie delle due professioni;
- il riconoscersi parte attiva e propositiva nell'organizzazione, consapevoli del contributo professionale espresso da ogni singolo operatore per un migliore servizio reso al cittadino;
- la garanzia professionale di spazi di lavoro riflessivo.

3.2.1 La Conferenza di Area professionale

E' convocata dal Responsabile di Area almeno una volta all'anno, con la finalità di aggiornamento generale sull'attività dell'area professionale, è composta da tutti gli operatori afferenti all'area.

Costituisce il luogo plenario di confronto permanente rispetto agli orientamenti generali della professione, di consultazione e condivisione della programmazione delle attività, di orientamento delle priorità, di verifica della omogeneità dei diversi progetti.

3.2.2 I Gruppi di miglioramento professionale

E' attiva all'interno dell'area una rete di coordinamento in cui gli operatori si aggregano in gruppi per aree di intervento. Attualmente le aree individuate sono le seguenti:

- Dipendenze;
- Famiglia e fragilità;
- Flussi informativi;
- Distretti sociosanitari;
- Prevenzione e promozione della salute;
- Funzioni di coordinamento e/o responsabilità.

Oltre a contribuire alle funzioni di indirizzo strategico e di programmazione delle politiche dell'area professionale di competenza i gruppi rappresentano un'opportunità nella quale:

- definire il fabbisogno delle risorse professionali;
- sviluppare percorsi di studio e ricerca nel campo professionale;
- proporre opportunità formative;
- monitorare progetti in atto e formulare proposte operative e/o nuove progettualità per il miglioramento della propria professionalità;
- omogeneizzare le prassi lavorative;
- facilitare la "contaminazione dei saperi" e la produzione di sinergie.
- facilitare il confronto operativo e professionale nonché la valutazione di processo dei percorsi intrapresi.

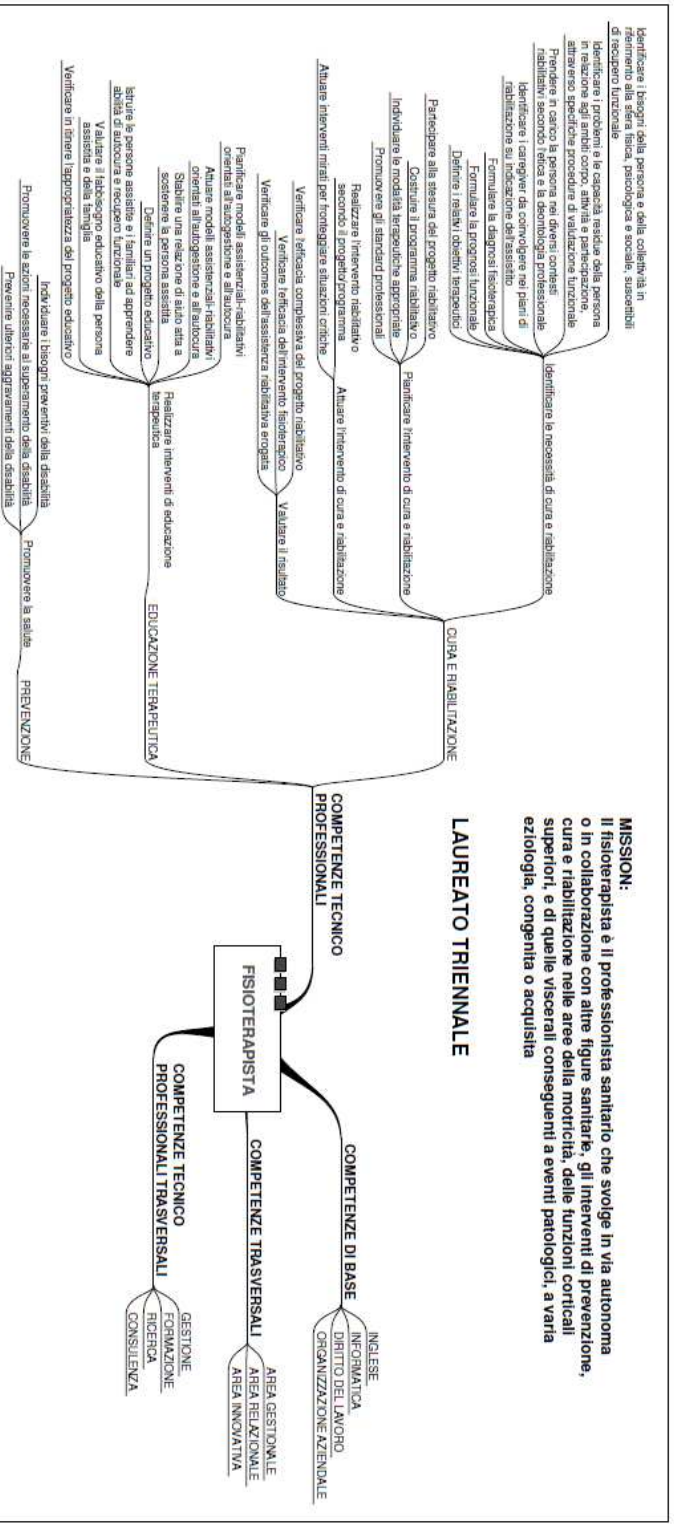
Allegato 2: “Le competenze delle professioni sanitarie” pagg 24-26, Servizio Sanitario della Toscana

COMPETENZE DEL FISIOTERAPISTA

FISIOTERAPISTA

JOB DESCRIPTION

| | |
|--|---|
| <u>Figura professionale</u> | Fisioterapista |
| <u>Scopo della figura :</u> | Il fisioterapista è il professionista sanitario 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. |
| <u>Area di responsabilita':</u> | Il fisioterapista è responsabile della definizione del programma di riabilitazione, pratica attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive, propone l'adozione di protesi e ausili, ne addestra all'uso e ne verific l'efficacia e verifica le risposdenze della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale. |



Allegato 3: “Mappatura e monitoraggio delle competenze del fisioterapista ADI” AULSS8 Berica



| | |
|---|--|
| Regione Veneto – A.U.L.S.S. 8 Berica | |
| Unità Operativa Cure Primarie distretto Est e Ovest | |
| <i>Direttori: Dott.ssa Paola Costa, Dott.ssa Silvia Manca</i> | |

Allegato 3

**Mappatura e monitoraggio delle competenze del
FISIOTERAPISTA ADI
presso l'UO di Cure Primarie Distretto Est e Ovest**

a cura di: dott.ssa Lucia Olivieri coordinatrice fisioterapisti territorio AULSS 8

| Revisione n° | Redazione | Approvazione Direzione |
|--------------|-----------|------------------------|
| 17/10/2022 | | |

| | | |
|------|---|---------------|
| Data | Competenze Fisioterapia ADI dell'UO Cure Primarie Distretto Est e Ovest | Pagina 1 di 7 |
|------|---|---------------|

Il fisioterapista ADI dell'UO di Cure Primarie è colui che: svolge in maniera 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 od acquisita.

La sua attività si svolge prevalentemente a domicilio del paziente per la valutazione ausili e/o riattivazione/riabilitazione oltre ad addestrare il caregiver e valutare il contesto familiare e ambientale.

PRE REQUISITI:

Laurea triennale di fisioterapia

| | | |
|------|---|---------------|
| Data | Competence Fisioterapia ADI dell'UO Cure Primarie Distretto Est e Ovest | Pagina 2 di 7 |
|------|---|---------------|

Unità Operativa Cure Primarie distretto Est e Ovest

Area di competenza **RIABILITAZIONE**

| | Tempo di apprendimento | | | | | | Grado di raggiungimento | | | OSSERVAZIONI |
|--|------------------------|----------|--------|--------|----------|--------------|-------------------------|----|----|--------------|
| | 1 mese | 3 mesi | 6 mesi | 1 anno | 2-3 anni | oltre 3 anni | R | PR | NR | |
| Competenza specifica: AREA DI COMPETENZA TECNICO/PROFESSIONALE | | | | | | | | | | |
| Individuare la documentazione clinica in possesso del pz e/o disponibile in rete finalizzata alla gestione ed alla programmazione dell'intervento terapeutico | X | | | | | | | | | |
| Definire correttamente le priorità per la programmazione del piano di lavoro | | X | | | | | | | | |
| Condurre un colloquio con pz e/o caregiver finalizzato alla raccolta di dati (anamnesi, funzioni, attività, partecipazione, fattori personali e ambientali) rilevanti per la programmazione dell'intervento terapeutico | X | | | | | | | | | |
| Eseguire la valutazione fisioterapica, utilizzando scale e strumenti di misura validati in uso presso l'U.O. nello specifico: <ul style="list-style-type: none"> • Esame articolare • Esame muscolare • Analisi del movimento • Esame della sensibilità • Analisi delle capacità funzionali, cognitive e del livello di autonomia | | X | | | | | | | | |
| Elaborare il programma riabilitativo in riferimento alla valutazione fisioterapica e agli obiettivi individuati | X | | | | | | | | | |
| Comunicare al medico fisiatra o al medico di cure primarie in caso di: | X | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cambiamenti del quadro clinico • Risposte inaspettate rispetto al trattamento erogato e prescritto | | | | | | | | | | |
| <p>Confrontarsi con il medico fisiatra o il medico di cure primarie in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valutazioni discordanti • Possibilità di inserire il paziente in ambito ambulatoriale | | | X | | | | | | | |
| <p>Stabilire quando il paziente è trasportabile in palestra</p> | | X | | | | | | | | |
| <p>Nel caso di interventi chirurgici:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendere atto e documentarsi sui protocolli riabilitativi specifici • Interpretare/valutare i vari protocolli e renderli applicabili | | | X | | | | | | | |
| <p>Modulare i tempi del programma riabilitativo in riferimento ai bisogni del paziente, agli obiettivi individuati, alle risorse e ai tempi disponibili all'interno dell'organizzazione del Servizio</p> | | | | X | | | | | | |
| <p>Garantire e presidiare la sicurezza del paziente durante il trattamento domiciliare</p> | X | | | | | | | | | |
| <p>Al fine del raggiungimento degli obiettivi prefissati, far emergere e supportare la necessità di prolungare, rivedere, ridurre, sospendere o concludere il ciclo di sedute fisioterapiche domiciliari, prima del termine delle sedute previste</p> | | | | | X | | | | | |
| <p>Individuare, dove necessario, il caregiver di riferimento</p> | | X | | | | | | | | |
| <p>Coinvolgere il paziente e/o i familiari/caregiver richiedendo la partecipazione attiva e informandoli sulla scelta e sulla sequenza del percorso fisioterapico</p> | | | X | | | | | | | |
| <p>Educare il pz e/o il caregiver all'autogestione e all'autocura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definire un progetto educativo | | | | X | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|--------|----------|--------------|-------------------------|---------------------|--|--|
| Completare correttamente le schede utilizzate dall'U.O. (scheda paziente in ADI, scheda valutazione ausili, ecc) | | X | | | | | | | | |
| Essere in grado di coordinare il proprio intervento con quelli degli altri professionisti | | | X | | | | | | | |
| | 1 mese | 3 mesi | 6 mesi | 1 anno | 2-3 anni | Oltre 3 anni | Grado di raggiungimento | | | |
| Competenza specifica: COMPETENZA COMUNICAZIONE E RELAZIONE | | | | | | | R PR NR | OSSERVAZIONI | | |
| Adattare la comunicazione a seconda del contesto e nel rispetto di differenze culturali, etniche e valoriali delle persone assistite | X | | | | | | | | | |
| Motivare il proprio operato e le decisioni assunte con le persone/familiari | | X | | | | | | | | |
| Identificare e segnalare eventuali altri bisogni sanitari o sociali | | X | | | | | | | | |
| | 1 mese | 3 mesi | 6 mesi | 1 anno | 2-3 anni | Oltre 3 anni | Grado di raggiungimento | | | |
| Competenza specifica: COMPETENZA GESTIONE DELL'AUTOFORMAZIONE/LAVORO D'EQUIPE | | | | | | | R PR NR | OSSERVAZIONI | | |
| Monitorare il proprio livello di competenza: individuare i bisogni formativi e soddisfarli intraprendendo percorsi formativi finalizzati | | | X | | | | | | | |
| Individuare il limite delle proprie competenze, segnalare i bisogni formativi e richiedere il supporto di colleghi esperti in caso di difficoltà | | X | | | | | | | | |
| Confrontarsi con l'equipe sulle proprie ipotesi o percezioni /intuizioni | | | X | | | | | | | |
| | 1 mese | 3 mesi | 6 mesi | 1 anno | 2-3 anni | Oltre 3 anni | Grado di raggiungimento | | | |

| Competenza specifica: COMPETENZA GESTIONE DEI SISTEMI INFORMATIVI | | | | | | | | | R | PR | N | OSSESSERVAZIONI |
|---|----------|----------|--------|--------|----------|--------------|-------------------------|--|----------|-----------|----------|------------------------|
| Utilizzare le schede utilizzate dall'U.O. (scheda paziente in ADI, scheda valutazione ausili) | | X | | | | | | | | | | |
| Registrare sulla documentazione in uso le proprie osservazioni sul raggiungimento degli obiettivi del piano riabilitativo | | X | | | | | | | | | | |
| Utilizzare in modo corretto il Sistema Informativo Territoriale (SIT) Atlante | X | | | | | | | | | | | |
| Contribuire alla corretta trasmissione delle informazioni in proprio possesso all'interno dell'equipe. | | X | | | | | | | | | | |
| | 1 mese | 3 mesi | 6 mesi | 1 anno | 2-3 anni | Oltre 3 anni | Grado di raggiungimento | | | | | |
| Competenza specifica: COMPETENZE ETICHE E DEONTOLOGICHE | | | | | | | | | R | PR | N | OSSESSERVAZIONI |
| Agire nel rispetto della privacy e, ove previsto, raccogliere i consensi informati | X | | | | | | | | | | | |
| Orientare il proprio comportamento al rispetto della riservatezza dei dati e degli utenti | X | | | | | | | | | | | |