

A mia moglie

Indice

1. Premessa

2. Proposta di Valore e definizione area di interesse dell'intervento

2.1 PNNR: Mission 6 e Mission 5

2.2 Il Fisioterapista di Prossimità (FdP)

2.3 Analisi del Mercato

2.3.1 Esperienze di Fisioterapia di Comunità

2.4 Destinatari e Target di interesse

2.4.1 Indagine epidemiologica

2.5 Attività chiave

2.6 Obiettivi

2.7 Aspetti logistici

2.8 Applicabilità progetto: SWOT

2.9 Indicatori

3. Conclusioni

4. Bibliografia e sitografia

1.Premessa

A seguito della pandemia da Covid-19, è emersa in maniera ancor più evidente la mancanza di un percorso di riabilitazione integrato, continuativo e garante della salute del cittadino. L'incremento dell'età media di vita e l'affermarsi di patologie di carattere cronico hanno determinato una sempre maggiore necessità di assistenza di tipo territoriale. Ne consegue il bisogno di rivedere e formulare il tipo di assistenza erogabile per rispondere al bisogno di salute emergente, che presenti strumenti adeguati a una maggiore uguaglianza all'accesso alle cure e ai servizi e, per il raggiungimento di standard qualitativi maggiori in termini di salute.

È ormai confermato il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale e la rilevanza macro-economica dei servizi sanitari pubblici.

Analizzando nel complesso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), seppur sia emersa la presenza di esiti sanitari adeguati con un'elevata speranza di vita alla nascita, la spesa sanitaria sul PIL risulta inferiore rispetto alla media UE. Nel tempo è emersa la necessità di un intervento sul territorio mirato a tutelare la persona durante l'evoluzione della malattia, con il fine di fornirgli non solo gli strumenti per gestire adeguatamente la patologia in essere ma anche per contenere e prevenire l'evoluzione del quadro clinico, riducendo i tempi di attesa di qualunque servizio di riabilitazione e non solo.

In questo senso si è inserita la Mission 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che si articola in due componenti fondamentali:

- Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale;
- Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale;

La Riforma dell'assistenza territoriale ha definito un nuovo modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale che mira a una sanità più vicina alle persone e al superamento delle disuguaglianze. Il nuovo assetto istituzionale e organizzativo dell'assistenza sanitaria primaria dovrebbe consentire al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con le migliori prassi europee. Si prevede la realizzazione di interventi di medicina di prossimità, volti a favorire lo spostamento sul

territorio del trattamento socio-sanitario delle principali patologie croniche agevolando il processo di miglioramento della qualità dell'assistenza in coerenza con l'esigenza di contenimento e di razionalizzazione della spesa sanitaria auspicata dal Ministero della Salute. Tale tipologia di interventi intende portare le cure presso il paziente e non viceversa, intercettare il bisogno prima dell'insorgere della malattia o del suo aggravamento attraverso interventi di medicina di iniziativa e di presa in carico proattiva. Si cerca in questo modo di promuovere e fare prevenzione della salute mettendo a disposizione del territorio professionalità a supporto delle esigenze medico-socio-assistenziali dei cittadini.

In questo senso, si è eseguita un'attenta analisi epidemiologica del bisogno riabilitativo nel Distretto Sanitario di San Benedetto del Tronto (AST Ascoli Piceno) nel periodo 2017-2023, con la volontà di presentare un progetto di ampliamento del servizio di riabilitazione direttamente sul territorio che miri in modo particolare, all'introduzione della figura del fisioterapista di prossimità, all'interno di una rete composta da un'equipe multidisciplinare inserita nella comunità e con il fine di tutelare il benessere del cittadino e promuoverne la salute.

2. Proposta di Valore e definizione area di interesse dell'intervento

Le principali proiezioni demografiche delle attuali politiche sanitarie di tutto il mondo prevedono l'invecchiamento della popolazione, la crescente prevalenza di malattie croniche e la cura delle persone con multimorbilità e dipendenza. Pertanto, il mantenimento della funzione fisiche e cognitive, saranno dei target imprescindibili, considerando che tali aspetti determinano la vulnerabilità clinica individuale e, saranno i fattori su cui intervenire per prevenire i ricoveri ospedalieri, ricoveri in strutture socio-assistenziali, gravando inevitabilmente sul consumo di risorse socio-sanitarie e sull'indice di mortalità. Per pianificare l'assistenza di queste persone, è necessario considerare la prevalenza e gli aspetti sociali e demografici, insieme alla capacità delle risorse esistenti. Allo stesso tempo, il sistema sanitario dovrebbe essere organizzato sulla base delle migliori evidenze disponibili riguardo ai bisogni dei pazienti e delle loro famiglie. Negli ultimi anni è stato sottolineato che in tutti gli interventi socio-sanitari multidisciplinari

nelle persone anziane, dovrebbe essere misurato l'impatto dello stato funzionale e della capacità di prevenire la dipendenza (Vega Ramirez FA, et al 2017).

La recente pandemia ha fatto emergere molteplici criticità del sistema sanitario regionale e nazionale che potremmo riassumere in:

- significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio;
- un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali;
- i tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni.

D'altro canto, ha favorito lo sviluppo di tecnologie avanzate e alternative, velocizzandone il loro impiego in ambito sanitario rivolto implementando le competenze digitali, professionali e manageriali, con nuovi processi per l'erogazione delle prestazioni e delle cure.

Dalla letteratura è emerso come ogni anno più di 4 milioni di adulti sopravvivono a un soggiorno nell'unità di terapia intensiva (ICU), dato sicuramente in rialzo nell'ultimo triennio. Molti di questi pazienti sperimentano una nuova disabilità fisica spesso associata a problemi di salute mentale e/o disturbi cognitivi, noti come sindrome da terapia post-intensiva (PICS). Data la prevalenza e l'entità delle menomazioni fisiche dopo un periodo di degenza in ICU, molti sopravvissuti, compresi quelli in convalescenza da COVID-19, potrebbero beneficiare dei servizi di fisioterapista dopo la dimissione ospedaliera. Tuttavia, a causa del riconoscimento e della caratterizzazione relativamente recenti dei PICS, la consapevolezza e la comprensione degli stessi potrebbe essere limitante tra i fisioterapisti che esercitano nell'assistenza sanitaria domiciliare e in contesti comunitari. Questa mancanza di consapevolezza può portare a una fornitura di servizi riabilitativi inappropriati e/o inadeguati. Fornire servizi di riabilitazione alle persone affette da PICS è prezioso e richiede una maggiore comprensione e consapevolezza di tale condizione, come di altre situazioni e alterazioni che possono determinare disturbi e complicazioni a livello fisico, cognitivo e psicologico. L'assistenza domiciliare e i fisioterapisti ambulatoriali sono nella posizione ideale per affrontare la riduzione del funzionamento e della partecipazione associati a tale condizione. In questo senso si sottolinea l'importanza di fornire istruzione ai pazienti e alla famiglia, di coordinare le risorse della

comunità, compreso il riferimento ad altri membri del team sanitario, e di opzioni di servizi di riabilitazione su base comunitaria (James M. Smith, 2020). Quanto detto fino ad ora ha valenza sia per pazienti che soffrono di tale condizione post-ricovero prolungato in ICU, sia per tutti quei soggetti che sono affetti da patologie croniche a carattere invalidante che necessitano di un'assistenza che vada oltre alle cure primarie intensive e che si strutturi in modo integrato sul territorio. Se poi si considerano anche tutti i soggetti anziani e le persone fragili che sono ad elevato rischio di cadute, l'intervento di fisioterapia di prossimità si inserirebbe in maniera diretta come approccio riabilitativo di home-care mirato alla riduzione del rischio di cadute e al numero di fratture, che si tradurrebbe in una riduzione della spesa sanitaria. Nella revisione sistematica e metanalisi di Dautzenberg MD L. et al del 2021, emerge che numerosi interventi di prevenzione delle cadute singole e multiple sono associati a un minor numero delle stesse. Inoltre, l'esercizio fisico determinerebbe una diminuzione del rischio e della possibilità di incorrere in fratture correlate. Si evidenzia altresì, che le componenti significative di interventi multipli sono: l'esercizio fisico, la tecnologia assistiva, la valutazione e le modifiche ambientali, le strategie di miglioramento della qualità e la valutazione di base del rischio di cadute. Tuttavia, un intervento multifattoriale sembrerebbe essere associato ad una riduzione del tasso di cadute, ma non ad una riduzione del loro numero. Ad oggi, pochi studi hanno indagato l'effetto degli interventi di prevenzione delle cadute negli anziani con multimorbilità, il che è altamente raccomandato per la ricerca futura.

Con la missione 6 del PNRR, lo stato italiano ha programmato degli investimenti e delle riforme per poter fronteggiare queste criticità. Nello specifico la componente 1 della missione salute, denominata *“reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima”*, definisce un nuovo modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale che mira a una sanità più vicina alle persone e al superamento delle disuguaglianze.

L'obiettivo di tale progetto è quello di valutare la fattibilità dell'inserimento di un servizio di riabilitazione all'interno del Distretto Sanitario di San Benedetto strutturato con la definizione di una figura che possa operare direttamente sul territorio: quella di un fisioterapista di comunità, il cui scopo sarebbe quello di garantire un accesso alle cure riabilitative e ai programmi di prevenzione a tutti coloro che sono in condizione di

fragilità e che richiedono un tipo di intervento diverso rispetto alle cure di tipo intensivo. In questo senso, prenderebbe forma in parte, quanto previsto nella Mission 6 del PNRR, ossia l'attuazione di una assistenza di tipo territoriale, rivolta alla persona, ai suoi cari e al caregiver. Per la realizzazione di tale progetto è necessaria la collaborazione di più figure professionali, dal MMG al fisiatra. Tale proposta è strutturata secondo i punti fondamentali del Business Canvas Model, che permette di definire le soluzioni organizzative e strategiche in modo dettagliato. A seguire è stata valutata l'applicabilità tramite la SWOT e sono stati ipotizzati degli indicatori utili alla valutazione finale del servizio.

2.1 PNRR: Mission 6 e Mission 5

La strategia perseguita dal PNRR con la “Missione 6 salute” è volta ad effettuare un significativo sforzo in termini di riforme e investimenti è finalizzato ad allineare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area del Paese. Una larga parte delle risorse è destinata a migliorare le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, a promuovere la ricerca e l'innovazione e allo sviluppo di competenze tecnico-professionale, digitale e manageriali del personale.

La missione si articola in due componenti:

- **Reti di prossimità**, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari;
- **Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale**: le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e

monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale;

Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima

La Riforma dell'assistenza territoriale definisce un nuovo modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale che mira a una sanità più vicina alle persone e al superamento delle disuguaglianze.

Il nuovo assetto istituzionale e organizzativo dell'assistenza sanitaria primaria consentirà al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con le migliori prassi europee.

Obiettivi della riforma

- Definire un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria in grado di individuare standard strutturali, tecnologici e organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale, per garantire a cittadini e operatori del Servizio Sanitario Nazionale il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza – LEA.
- Facilitare l'individuazione delle priorità di intervento in un'ottica di prossimità e di integrazione tra le reti assistenziali territoriali, ospedaliere e specialistiche.
- Favorire la continuità delle cure per coloro che vivono in condizioni di cronicità, fragilità o disabilità, che comportano il rischio di non autosufficienza anche attraverso l'integrazione tra il servizio sociale e quello sanitario.
- Disegnare un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario ambientale e climatico.
- Allinearsi agli standard qualitativi di cura dei migliori Paesi europei.

Punti chiave della Riforma

La Riforma dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale è regolata dal decreto interministeriale di natura regolamentare del 23 maggio 2022, pubblicato nella GURI Serie Generale n. 144 del 22 giugno 2022, che ridisegna funzioni e standard del Distretto.

I principali strumenti e standard definiti dal DM 77 del 2022 sono:

- **Casa della Comunità** - Aperte fino a 24h su 24 e 7 giorni su 7, oltre 1.350 Case della Comunità finanziate con le risorse del PNRR, diffuse in tutto il territorio nazionale, sono il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Rappresentano il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione.
- **Centrale operativa 116117** - La Centrale operativa 116117 (Numero Europeo Armonizzato – NEA per le cure mediche non urgenti) è il servizio telefonico gratuito a disposizione di tutta la popolazione, 24 ore al giorno tutti i giorni, da contattare per ogni esigenza sanitaria e sociosanitaria a bassa intensità assistenziale.
- **Centrale Operativa Territoriale- COT** - Svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.
- **Infermiere di Famiglia e Comunità** - È la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Non solo si occupa delle cure assistenziali verso i pazienti, ma interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità per rispondere a nuovi bisogni attuali o potenziali.
- **Unità di continuità assistenziale** - È un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano

in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa.

- **Assistenza domiciliare** - La casa come primo luogo di cura. Le Cure domiciliari 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.
- **Ospedale di comunità** - È una struttura sanitaria di ricovero dell'Assistenza Territoriale con 20 posti letto che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.
- **Rete delle cure Palliative** - È costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.
- **Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie** - Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, alle coppie e alle famiglie garantiscono prestazioni, anche di tipo domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, nell'ambito dell'assistenza territoriale, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. L'attività consultoriale può

svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni che ne tutelino la riservatezza.

- **Telemedicina** - Viene utilizzata dal professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari. Inclusa in una rete di cure coordinate, la Telemedicina consente l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

Mission 5: Inclusione e coesione

La Mission 5 del PNRR mira a valorizzare la dimensione "sociale" delle politiche sanitarie, urbanistiche, abitative, dei servizi per l'infanzia, per gli anziani, per i soggetti più vulnerabili, così come quelle della formazione, del lavoro, del sostegno alle famiglie, della sicurezza, della multiculturalità, dell'equità tra i generi.

Gli interventi previsti interessano le persone più fragili, nella loro dimensione individuale, familiare e sociale. Il fine è prevenire l'esclusione sociale intervenendo sui principali fattori di rischio individuale e collettivo, in coerenza con quanto già programmato nella prima componente e assicurare il recupero della massima autonomia delle persone.

In particolare, auspica di intercettare e supportare situazioni di fragilità sociale ed economica, sostenere le famiglie e la genitorialità. Specifiche linee d'intervento sono dedicate alle persone con disabilità e agli anziani, a partire dai non autosufficienti.

Queste azioni previste nel più generale ambito sociosanitario, con riferimento a progetti inseriti sia nella Missione 5 che nella Missione 6, troveranno una opportuna declinazione per le specificità connesse alle condizioni degli anziani non autosufficienti, tanto da poter essere considerate l'avvio di una riforma organica degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti

Investimento 1.1: Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti.

L'obiettivo dell'investimento consiste nel rafforzare e costruire infrastrutture per i servizi sociali territoriali al fine di prevenire l'istituzionalizzazione.

L'investimento si articola in quattro possibili categorie di interventi da realizzare da parte dei Comuni, singoli o in associazione (Ambiti sociali territoriali), quali:

- interventi finalizzati a sostenere le capacità genitoriali e a supportare le famiglie e i bambini in condizioni di vulnerabilità;
- interventi per una vita autonoma e per la deistituzionalizzazione delle persone anziane, in particolare non autosufficienti;
- interventi per rafforzare i servizi sociali a domicilio per garantire la dimissione anticipata e prevenire il ricovero in ospedale;
- interventi per rafforzare i servizi sociali attraverso l'introduzione di meccanismi di condivisione e supervisione per gli assistenti sociali.

La linea di attività più corposa del progetto (oltre 300 milioni) è finalizzata a finanziare la riconversione delle RSA e delle case di riposo per gli anziani in gruppi di appartamenti autonomi, dotati delle attrezzature necessarie e dei servizi attualmente presenti nel contesto istituzionalizzato.

Gli ambiti territoriali potranno anche proporre progetti ancora più diffusi, con la creazione di reti che servano gruppi di appartamenti, assicurando loro i servizi necessari alla permanenza in sicurezza della persona anziana sul proprio territorio, a partire dai servizi domiciliari.

In un caso e nell'altro, l'obiettivo è di assicurare la massima autonomia e indipendenza della persona in un contesto nel quale avviene una esplicita presa in carico da parte dei servizi sociali e vengono assicurati i relativi sostegni.

Elementi di domotica, telemedicina e monitoraggio a distanza permetteranno di aumentare l'efficacia dell'intervento, affiancato da servizi di presa in carico e rafforzamento della domiciliarità, nell'ottica multidisciplinare, in particolare con riferimento all'integrazione sociosanitaria e di attenzione alle esigenze della singola persona

Tale linea di attività è da considerare strettamente integrata ai progetti proposti nel capitolo sanitario del PNRR, in particolare alla riforma dei servizi sanitari di prossimità e all'investimento casa come primo luogo di cura – assistenza domiciliare previsti nella Missione 6 - Componente 1.

Investimento 1.2: Percorsi di autonomia per persone con disabilità.

L'investimento ha l'obiettivo di accelerare il processo di deistituzionalizzazione, fornendo servizi sociali e sanitari di comunità e domiciliari al fine di migliorare l'autonomia delle persone con disabilità.

Il progetto sarà realizzato dai Comuni, singoli o in associazione (Ambiti sociali territoriali), coordinati dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e in collaborazione con le Regioni, al fine di migliorare la capacità e l'efficacia dei servizi di assistenza sociale personalizzati, focalizzati sui bisogni specifici delle persone disabili e vulnerabili e delle loro famiglie.

Gli interventi saranno centrati sull'aumento dei servizi di assistenza domiciliare e sul supporto delle persone con disabilità per consentire loro di raggiungere una maggiore qualità della vita rinnovando gli spazi domestici in base alle loro esigenze specifiche, sviluppando soluzioni domestiche. Inoltre, l'investimento fornirà alle persone disabili e vulnerabili dispositivi ICT (Information and communication technology) e supporto per sviluppare competenze digitali, al fine di garantire loro l'indipendenza economica e la riduzione delle barriere di accesso al mercato del lavoro attraverso soluzioni di *smart working*.

2.2 Il Fisioterapista di Prossimità (FdP)

Il fisioterapista di comunità è un professionista sanitario fisioterapista, che in collaborazione del team multiprofessionale e all'interno delle reti di prossimità, ha il compito di identificare e adottare le migliori strategie per la prevenzione, la valutazione, il recupero, l'abilitazione e la palliazione, con l'obiettivo generale di contribuire a migliorare la qualità di vita dell'individuo e dei familiari o del care-giver.

Gli obiettivi principali di questa nuova figura sono:

- valutazione dei bisogni della comunità, nell'elaborazione di profili di salute, nell'identificazione di gruppi di popolazione a rischio;
- la gestione delle malattie croniche/neurodegenerative in ogni loro stadio (maggiore appropriatezza dei percorsi e riduzione delle spese assistenziali);

- sostenere la promozione della salute;
- favorire la valorizzazione delle risorse della comunità: gruppi di volontariato, gruppi di auto-aiuto, attività fisica adattata, centri per anziani;
- proporre l'intervento in consulenza o in attività di riabilitazione di altri professionisti sanitari dell'area della riabilitazione;
- promuovere e sostenere il coinvolgimento attivo della persona e del caregiver nel processo di cura e la promozione di strategie di autogestione della malattia;

È stata effettuata un'analisi sulla presenza di iniziative che riguardano la fisioterapia di comunità o di famiglia.

Al Senato sono già presenti due proposte di legge istitutive di queste figure.

- **il disegno di legge del Senato n. 2339** firmato dalla Senatrice Boldrini, articolo 1 comma 2, recita: *“Il fisioterapista di comunità è un professionista sanitario fisioterapista, dipendente di azienda sanitaria locale, con l’incarico di operare all’interno del team multiprofessionale delle cure primarie, nell’ambito delle articolazioni specifiche del distretto di cui all’articolo 3-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, stabilite dalla normativa nazionale e regionale. L’incarico è attribuito dall’azienda sanitaria locale con il compito di identificare e adottare le migliori strategie per la prevenzione, la valutazione, il recupero, l’abilitazione e la palliazione, nonché con l’obiettivo generale di contribuire a migliorare la qualità di vita dell’individuo e dei suoi familiari o del suo care-giver.”*

Da cui emerge che il FdP è un Professionista della salute, che collabora in team per la promozione della salute e del benessere della Comunità, che non garantisce solo prestazioni.

- **Il disegno di legge del senato n. 2257** il “Fisioterapista di famiglia” a firma del Senatore Pagano, articolo 3 comma 1 e 2: *“Il fisioterapista di famiglia è responsabile dell’assistenza fisioterapica domiciliare del paziente nei casi in cui*

le sue specifiche competenze professionali sono adeguate e sufficienti a garantire tale assistenza. Per «assistenza fisioterapica domiciliare» si intende la modalità di assistenza sanitaria erogata presso il domicilio del paziente dal fisioterapista in collaborazione con il medico di medicina generale in alternativa al ricovero ospedaliero, destinata a persone con patologie trattabili a domicilio e volta a favorire il recupero funzionale o il mantenimento delle abilità motorie, cognitive e funzionali, anche con interventi di assistenza protesica per la permanenza della persona assistita nel proprio ambiente.” Sul rapporto tra ASL/AUSL/ATS ed il professionista, invece, l’articolo 4 comma 1 definisce: “Il rapporto di lavoro del fisioterapista di famiglia può essere in regime di dipendenza o, previa stipulazione di uno specifico accordo nazionale unico ai sensi dell’articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in regime di libera professione.”

2.3 Analisi del mercato

2.3.1 Esperienze di fisioterapia di comunità

Vi sono due esperienze fatte fuori regione che riguardano la fisioterapia di comunità:

- **La prima attività di Riabilitazione Distrettuale su base comunitaria, con l’individuazione del fisioterapista di comunità, nasce nel Distretto Est “Bassa Friulana” nel 2013 con il Progetto sperimentale Erica (Educazione Riabilitazione Integrata Comunitaria Adattata) per poi essere avviato in fase sperimentale nel 2014.**

Due i target di popolazione sui quali si è concentrata:

- le persone con patologie accertate di tipo neuromuscolare od ortopedico che attraverso attività di riabilitazione estensiva e di prossimità (per evitare disagi o a volte impossibili spostamenti dei pazienti) dovevano raggiungere una migliore autonomia;
- le persone tendenzialmente sedentarie o con bassa attività fisica.

Per quest’ultimo target di popolazione il progetto, sul solco delle linee guida OMS, prevedeva un’attività di gruppo (Afa - attività fisica adattata), ossia

un'attività aerobica settimanale regolare di moderata intensità. Consisteva in programmi educativi di rieducazione al movimento e all'esercizio fisico svolti in gruppo, personalizzati e quindi adeguati alle capacità funzionali delle singole persone. Gli obiettivi di questi interventi sono volti a ridurre il rischio di cadute, incrementando forza ed equilibrio, migliorare le condizioni cardiorespiratorie, limitare il rischio di depressione e di declino cognitivo. Tra i Comuni che hanno aderito a questa iniziativa il Comune di Gonars, Villa Vicentina/Fiumicello (Prov. Udine) in cui sono nate le prime sedi del Fisioterapista di Comunità. In ogni sede di questi Comuni, il Distretto ha inviato un proprio fisioterapista, formato per il lavoro di Comunità, con competenze specifiche in grado di seguire i bisogni della popolazione nel territorio di riferimento, ed assumere le funzioni di primo contatto del team riabilitativo. Il bacino d'utenza è circa 6mila abitanti e l'attività è rivolta prevalentemente alla fascia anziana: nel 2019 a Gonars, sono stati presi in carico di 111 utenti, con età media di 78 anni e eseguiti 419 accessi a domicilio, 247 prestazioni ambulatoriali, 122 valutazioni per la prescrizione di ausili, oltre all'attività di raccordo con Medici di medicina generale, infermieri, servizi sociali. I fisioterapisti sono diventati anche i formatori dei conduttori dei gruppi Afa.

- **Un altro progetto che riguarda l'istituzione del ruolo del fisioterapista di comunità è stato svolto in toscana con delibera dell'Azienda usl Toscana Centro n 1057 del 2019** nella quale veniva approvato il progetto di sperimentazione del modello assistenziale "fisioterapista di comunità".

Gli autori del progetto hanno sviluppato il modello del Fisioterapista di Famiglia e di Comunità che prevede l'attuazione di 4 fasi:

- analisi di quadro politico e bisogni sanitari;
- progettazione di modelli e formazione professionale sanitaria;
- erogazione dei servizi;
- valutazione finale;

Hanno seguito un modello flessibile e su misura della persona assistita, dove la guida dell'intervento innovativo viene sviluppato attraverso un lavoro di squadra, con integrazione di differenti competenze specialistiche all'interno di

organizzazioni complesse. In seguito all'implementazione di questo progetto sono stati ottenuti dei dati preliminari su un campione di 165 pazienti reclutati nella Ausl Toscana Centro nel periodo aprile-dicembre 2021, e mostrano come, entro un massimo di quattro interventi, effettuati prevalentemente a domicilio (94%), nel 77% dei casi siano stati raggiunti gli obiettivi fissati, senza eventi avversi segnalati. Solo nel 6,1% dei casi è stato proposto un percorso riabilitativo con attivazione specialistica. Da sottolineare che L'ente locale non ha sostenuto costi aggiuntivi durante l'implementazione del modello.

- A livello regionale, **l'azienda sanitaria territoriale di Ascoli Piceno ha approvato con delibera n. 561 del 07/07/2023, la convenzione con BIM Tronto per il potenziamento Centro Diurno "Gabbiano Blu"** e strutturazione di un servizio di Medico Fisiatra, fisioterapista ed OSS di comunità. Il BIM Tronto (consorzio imbrifero montano del fiume Tronto) ha presentato il progetto "Prossimo: per un sistema socio-sanitario di comunità". Il progetto prevede la realizzazione nei comuni di Arquata del Tronto e di Comunanza di azioni atte a promuovere soluzioni a problemi di disagio e di fragilità nei cittadini anziani e disabili residenti nei due territori attraverso il potenziamento dei servizi erogati nel centro diurno "Gabbiano Blu" ubicato nel comune di Comunanza. BIM Tronto ha inteso attivare una collaborazione con la AST di Ascoli Piceno ad esito di apposito incontro tenutosi in data 17/04/2023. Successivamente sono state consegnate ai competenti servizi territoriali della AST di Ascoli Piceno le schede di attuazione del predetto progetto funzionali al potenziamento dei servizi erogati nell'ambito del centro diurno "Gabbiano Blu" - struttura semiresidenziale del DSM della AST di Ascoli Piceno ubicata nel Comune di Comunanza - che accoglie persone con disagio mentale, con l'obiettivo di aprire il servizio anche a persone con disabilità fisica incrementando, quindi, le potenzialità d'intervento dell'equipe multidisciplinare per poter sviluppare progetti psico-socio-riabilitativi individualizzati. Nello specifico le prestazioni si integrano nel sistema dei servizi già realizzati all'interno del Centro e mirano ad assicurare l'innalzamento degli standard di accoglienza degli ospiti, con particolare riferimento a quelli in condizione di disabilità fisica. L'equipe multidisciplinare da attivarsi a cura della AST di Ascoli Piceno prevede l'integrazione dell'equipe attuale con alcune

tipologie di figure professionali. La collaborazione prevede, inoltre, la realizzazione di interventi di medicina di prossimità, volti a favorire lo spostamento sul territorio del trattamento socio-sanitario delle principali patologie croniche agevolando il processo di miglioramento della qualità dell'assistenza in coerenza con l'esigenza di contenimento e di razionalizzazione della spesa sanitaria auspicata dal Ministero della Salute. L'intervento prevede l'attivazione di un servizio di medico fisiatra, fisioterapista e OSS di comunità nel territorio del Comune di Comunanza e di Arquata del Tronto, mettendoli a disposizione della popolazione più vulnerabile e non autosufficiente. Dette professionalità lavorando in rete con i MMG del territorio strutturano interventi personalizzati e centrati sui bisogni della popolazione anziana e vulnerabile utilizzando anche presidi e strumentazioni tecnologiche di telemedicina. Sulla base delle linee programmatiche suddette l'AST di Ascoli Piceno procederà ad elaborare un progetto esecutivo degli interventi, specificando i profili professionali, le competenze, le funzioni, le responsabilità e i tempi di acquisizione delle risorse necessarie alla realizzazione delle attività, nonché un piano economico di dettaglio delle risorse oggetto della presente convenzione.

2.4 Destinatari e Target di interesse

Si prevede di introdurre il servizio di fisioterapista di comunità all'interno del Distretto Sanitario di San Benedetto del Tronto. Un tipo di intervento rivolto alla popolazione più fragile e vulnerabile che verrà individuata con i MMG e Fisiatra che operano nel territorio. L'immobilità dovuta a qualsiasi diagnosi medica è una delle circostanze che può portare ad una maggiore perdita di autonomia nelle persone anziane; diversi studi hanno sottolineato una forte relazione tra inattività, perdita di forza e debolezza muscolare. Quando una persona anziana è costretta a letto a causa di una malattia, sono necessarie tecniche appropriate adattate allo stadio del paziente per raggiungere i precedenti livelli di funzionalità, prevenire il danno motorio, migliorare le attività della vita quotidiana (ADL) e lo stato di salute. Il luogo ideale per tale riabilitazione è la casa, sia per le preferenze personali dell'anziano, sia per l'offerta di cure focalizzate sul contesto emotivo

(un senso di familiarità che può essere molto confortante), sociale e comunitario (attraverso il sostegno dei parenti). In Andalusia è stato effettuato un progetto pilota volto ad introdurre una equipe mobile di fisioterapia e riabilitazione che eseguisse esclusivamente un intervento di tipo domiciliare nei confronti di pazienti con sostituzione totale del ginocchio, ictus, broncopneumopatia cronica ostruttiva, frattura o sostituzione dell'anca. La fornitura di questi servizi non è la stessa in tutto il territorio spagnolo a causa delle diverse politiche sanitarie di ciascuna comunità e del problema della dispersione geografica. Inoltre, come emerge dallo studio osservazionale di Vega Ramirez FA et al del 2017, questo modello di intervento richiede una pianificazione preventiva in ambito clinico. In questo senso i fisioterapisti che operano in ambito domiciliare spesso richiedono un programma di formazione adeguato. Ad ogni modo importanti miglioramenti sono stati ottenuti in termini di capacità funzionale con una media di dieci sedute di fisioterapia in pazienti con disabilità motorie. Tuttavia, sono necessari ulteriori e più approfondite indagini a conferma della reale efficacia di questo tipo di intervento home-based e sulla fattibilità di realizzazione.

È emerso che i team professionali devono adattarsi ai bisogni delle persone, il che richiede analisi obiettive e critiche dell'efficacia delle attività, nonché riconsiderare apertamente i loro servizi con nuovi approcci organizzativi per ottimizzare le risorse e la capacità di risoluzione nelle cure primarie.

Quanto detto va a supporto del fatto che in una realtà come quella del Distretto Sanitario di San Benedetto del Tronto, si vorrebbe valutare la fattibilità dell'attuazione di un progetto che coinvolga i MMG e le strutture ospedaliere che operano nel territorio in modo da dare continuità assistenziale ai pazienti prossimi alla dimissione e a tutti coloro che si trovano in uno stato di fragilità.

2.4.1 Indagine Epidemiologica

È stata svolta un'indagine epidemiologica all'interno del Distretto Sanitario di San Benedetto del Tronto per valutare il fabbisogno della popolazione in merito agli interventi di riabilitazione.

Sono state prese in considerazione il numero di richieste da parte dei MMG per valutazione fisiatriche sul territorio e le prese in carico riabilitative dal servizio di

assistenza domiciliare integrate (ADI) nel periodo che va dal 2017 al 2022 includono gli accessi provenienti da dimissioni ospedaliere per le

Da questi dati è emersa una necessità sempre maggiore di interventi di riabilitazione. Il dato che ci aiuta a capire come è variata la necessità di presa in carico riabilitativo sul territorio è quello relativo alle richieste da parte dei MMG di prestazioni di tipo riabilitativo a domicilio che ha subito un aumento nel periodo preso in considerazione pari al 158%.

A questo dato, si contrappone un incremento delle prese in carico da parte del servizio ADI pari al 29%.

Bisogna inoltre considerare che le prese in carico riabilitative dell'ADI includono le richieste effettuate dai fisiatristi per pazienti in dimissione successivi a ricoveri ospedalieri per i quali non è prevista la prescrizione dei MMG.

Nonostante vi sia un tentativo crescente del servizio di riabilitazione di fronteggiare all'elevata richiesta, studiando l'andamento retrospettivo tra domanda e offerta, si potrebbe palesare nel breve periodo un quadro di difficile sostenibilità tra le due parti.

Questo evidenzia ancora di più la necessità di implementare il servizio sul territorio.

Nella tabella 1 sottostante vengono riportati i dati raccolti e nei due grafici a seguire viene evidenziata la distribuzione delle richieste fisiatriche e dei MMG e delle prestazioni erogate dall'ADI.

	<u>2017</u>	<u>2018</u>	<u>2019</u>	<u>2020</u>	<u>2021</u>	<u>2022</u>
<u>N° richieste MMG</u>	<u>269</u>	<u>377</u>	<u>368</u>	<u>429</u>	<u>605</u>	<u>695</u>
<u>N° prese in carico ADI</u>	<u>600</u>	<u>626</u>	<u>594</u>	<u>685</u>	<u>819</u>	<u>778</u>

Tabella 1: Dati relativi all'indagine epidemiologica del distretto sanitario di San Benedetto del Tronto

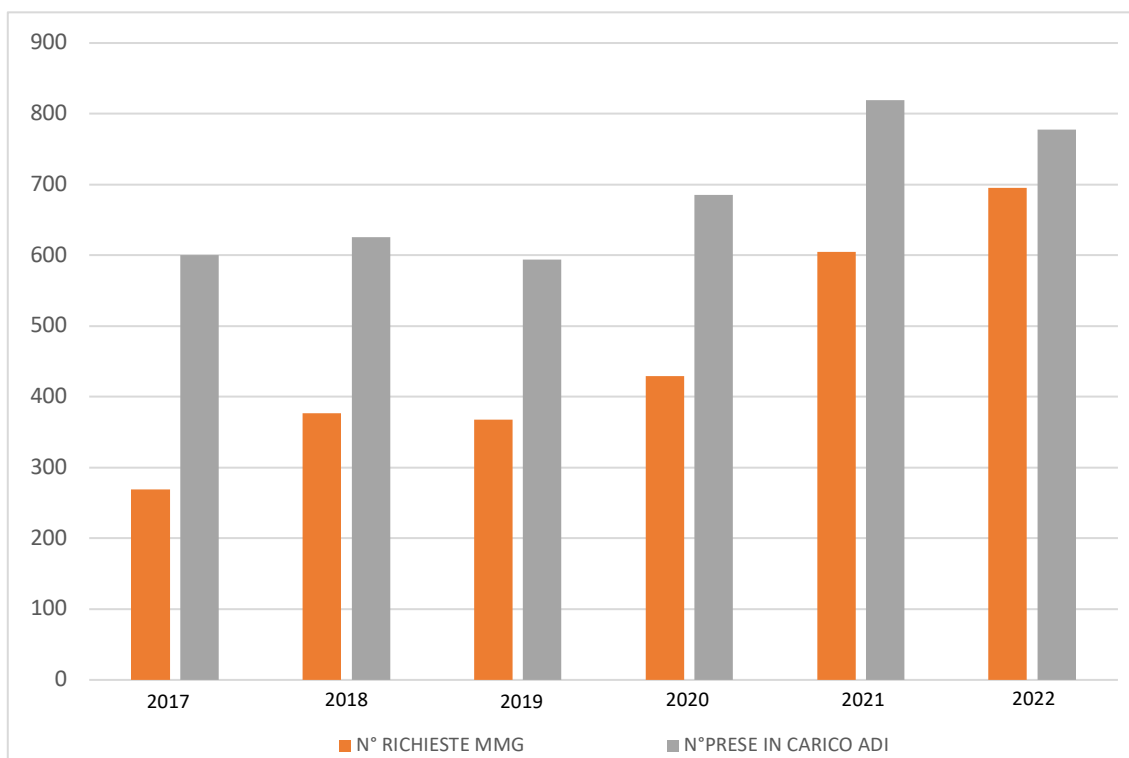


Grafico 1- Istogramma dei dati relativi all'indagine epidemiologica del distretto sanitario di San Benedetto del Tronto

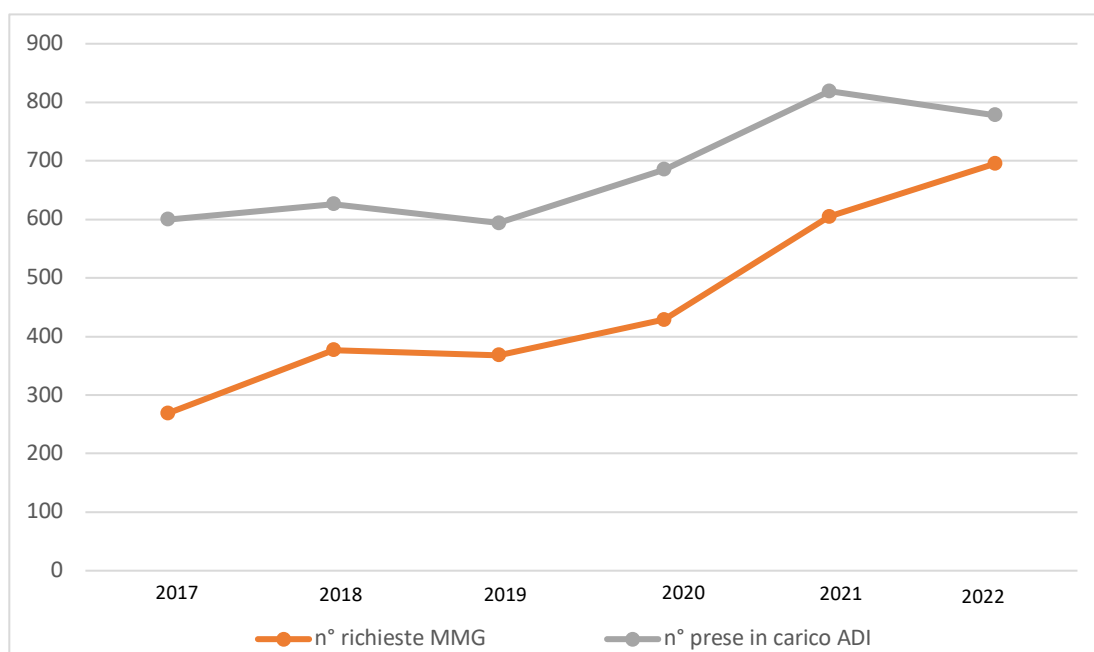


Grafico 2- Andamento a linea con punti di riferimento dei dati epidemiologici relativi al distretto di San Benedetto del Tronto

2.5 Le attività chiave

Le attività chiave che rivestirà il fisioterapista di comunità con l'attuazione del suo inserimento nelle reti di prossimità del territorio sono:

- orientamento alla promozione del self-management delle malattie croniche;
- promozione di corretti stili di vita, tra cui l'attività fisica;
- identificazione, valutazione, prevenzione e monitoraggio dei fattori di rischio, sia in soggetti sani che in soggetti con esiti di patologia;
- supporto all'educazione e alle competenze del caregiver, compreso l'addestramento all'uso corretto degli ausili, verifica periodica dell'appropriatezza ed efficacia degli stessi;
- 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;
- limitazione del declino funzionale associato alla ridotta mobilità, all'invecchiamento e/o a processi degenerativi, con proposta di attività motorie idonee (AFA);
- identificazione di eventuali strategie compensative, intervenendo sui fattori ambientali.
- Teleriabilitazione come servizio alternativo;
- Formazione continua;

2.6 Obiettivi

Il progetto mira a migliorare l'assistenza sanitaria locale con benefici sulla popolazione più fragile e con quadri cronici di malattia.

L'impatto positivo di questo tipo di servizio si potrebbe tradurre in una riduzione complessiva della spesa pubblica sanitaria in riferimento alle prestazioni di riabilitazione di tipo estensivo e di continuità in quanto uno degli obiettivi principali è proprio la riduzione del numero di ricoveri inappropriati e la corretta coordinazione tra i vari servizi socio-sanitari del territorio.

Obiettivi specifici dell'intervento del Fisioterapista sono:

- promuovere l'attività fisica come corretto stile di vita, agendo direttamente su gruppi di popolazione sana oppure rivolgendosi a persone con riduzione dell'autonomia e/o in condizioni di dolore cronico aspecifico, proponendo attività motorie adattate in base alla valutazione del livello di performance
- favorire il coinvolgimento attivo della persona e del caregiver nel processo di cura e promuovere strategie di autogestione della malattia, per migliorare sensibilmente alla qualità della vita e ridurre il ricorso alle cure;
- affiancare i professionisti del team multiprofessionale nell'identificazione di fattori di rischio, sia in soggetti sani sia in soggetti con situazione di cronicità;
- favorire l'accesso appropriato ai Servizi Territoriali di riabilitazione;
- Favorire la formazione di nuove figure che collaboreranno come FdC.

2.7 Aspetti Logistici

Per quanto riguarda gli aspetti logistici di questo servizio, dobbiamo identificare come il Distretto Sanitario di San Benedetto del Tronto è organizzato nell'attuazione delle reti di prossimità.

Attualmente sono presenti all'interno del Distretto 2 Case della Salute nei comuni di Ripatransone e di Montefiore dell'Aso dove è attivo il servizio di fisioterapia per prestazioni di tipo ambulatoriale.

La giunta regionale delle Marche ha previsto con la delibera n 114 del 14 febbraio 2022 la costruzione di una struttura nel comune di San Benedetto del Tronto adibita a Casa di comunità, Ospedale di Comunità e Centrale Operativa Territoriale.

I restanti servizi socio-sanitari, in particolare il servizio riabilitativo, sono erogati dall'assistenza domiciliare integrata (ADI).

La proposta di questo lavoro è quella di inserire la figura del fisioterapista di comunità ad implementazione dei servizi già presenti in modo da poter rispondere in maniera più

efficiente alla crescente domanda di interventi sul territorio. Si propone di inserire un FdC all'interno della Casa di Comunità prevista a San Benedetto del Tronto con la possibilità di effettuare sia prestazioni ambulatoriali per gli pazienti deambulanti o trasportabili, sia di effettuare prestazioni presso il domicilio dell'utente per le persone più fragili e impossibilitate agli spostamenti. Oltre alla sua attività, il FdC, potrebbe proporre e avviare dei progetti formativi rivolti ai fisioterapisti che operano sul territorio (ADI, Case della Salute) con l'obiettivo di implementare protocolli lavorativi condivisi di riabilitazione, prevenzione e promozione salute.

Un aspetto molto importante è quello legato ai costi per la realizzazione del servizio di fisioterapia di comunità. La revisione di Burgess R. et Al del 2019 ha valutato la metodologia di spesa e i fattori chiave dei costi relativi all'assistenza per malattie muscoloscheletriche in un contesto internazionale. Ne è emerso che la fisioterapia, le visite dei MMG e le visite specialistiche costituiscano oltre il 50% dei costi medi relativi alla presa in carico di ogni paziente negli studi presi in esame.

Questo a dimostrazione del fatto di quanto la fisioterapia giochi un ruolo fondamentale nell'intervento a persone con patologie muscoloscheletriche.

Il finanziamento di questo progetto si auspica possa essere finanziato con le risorse del PNNR volte a potenziare le reti di prossimità; nello specifico poter accedere a fondi destinati al potenziamento dell'assistenza domiciliare e ai fondi messi a disposizione per l'implementazione di servizi di telemedicina.

Non si esclude la possibilità di poter coinvolgere associazioni di categoria o associazioni territoriali per il finanziamento di questo progetto come start-up, considerando anche l'esperienza del centro diurno "il Gabbiano blu" di Comunanza.

2.8 Applicabilità del progetto: SWOT

Infine, è stata svolta una valutazione dell'applicabilità del progetto attraverso l'utilizzo della SWOT, analizzando i punti di forza, opportunità, debolezza e minacce che sono riportati come segue in tabella.

<p>S (punti di forza)</p> <p>Assistenza sul territorio</p> <p>Continuità assistenziale</p>	<p>O(opportunità)</p> <p>Riduzione costi assistenziali</p> <p>Promozione della salute</p>
<p>W (punti di debolezza)</p> <p>Logistica</p>	<p>T (minacce)</p> <p>Coordinazione con i servizi esistenti</p> <p>Reperibilità delle risorse</p> <p>Tempi di realizzazione</p>

Tabella 2 -Applicabilità del progetto SWOT;

Tra i punti di forza sono stati inseriti gli aspetti cardine di un tipo di servizio rivolto alla persona: l'assistenza diretta sul territorio e la garanzia di una di continuità assistenziale. Le opportunità derivabili riguardano sia aspetti prettamente economici, in questo caso ci riferiamo alla riduzione dei costi sanitari in modo particolare della gestione di patologie croniche o di condizioni di salute come l'anziano fragile, sia aspetti di promozione della salute stessa. Tra i punti di debolezza vi è la logistica in quanto la presenza di un solo operatore all'interno del distretto che effettua sia prestazioni di tipo ambulatoriale che a domicilio ha da considerare i tempi di percorrenza relativi agli spostamenti utili all'erogazione del servizio. In ultimo, tra le minacce sono state inserite la possibilità che si vengano a creare delle difficoltà nella coordinazione tra i servizi esistenti e il nuovo, considerando le diverse figure coinvolte alla presa in carico del paziente. Altro aspetto da ricordare è quello legato alla reperibilità delle risorse e, i tempi di realizzazione del progetto vincolato alle fasi di indagine, presentazione, approvazione e successiva attuazione dello stesso.

2.9 Indicatori

Di seguito sono presi in considerazione alcuni indicatori per valutare i risultati finali del progetto:

- numero di interventi di educazione a supporto dei caregiver/numero di assistiti del distretto;
- numero di verifica ausili per autonomia e per l'adattamento dell'ambiente domestico/numero di utenti afferenti al distretto;
- numero di pazienti inseriti in gruppi di AFA/ numero di utenti afferenti al distretto;
- numero di interventi sulla promozione dei corretti stili di vita/numero di utenti afferenti al distretto.

In ultimo abbiamo anche ipotizzato la possibilità di realizzare un questionario di gradimento anonimo e telematico da proporre al paziente e ai suoi famigliari o care giver al fine di ricavarne un feedback in merito alla reale utilità del servizio e qualità della prestazione riabilitativa erogata e percepita.

3. Conclusioni

In un'ottica di promozione della sanità d'iniziativa e di sanità di prossimità, il fisioterapista di comunità è la figura che meglio può rispondere a quelle che sono le esigenze della popolazione. Sia che si consideri una popolazione sana o di persone fragili e disabili con patologie croniche, il fisioterapista di comunità si propone come promotore della salute tramite attività adattate alla persona, con particolare attenzione all'adozione di strategie per l'auto cura e l'addestramento al caregiver.

In una realtà territoriale come quella presa in esame del Distretto Sanitario di San Benedetto del Tronto dove è emerso un importante aumento delle richieste di riabilitazione sul territorio non supportate da un adeguata erogazione del servizio di riabilitazione domiciliare (ADI) che potrebbe portare nel breve periodo ad un quadro di difficile sostenibilità tra le due parti, si inserisce la proposta del FdC a supporto del servizio di riabilitazione già presene sul territorio per poter al meglio rispondere al fabbisogno territoriale.

Ad oggi sono poche le iniziative attive sul territorio nazionale e territoriale, ma l'opportunità di sfruttare questa risorsa potrebbe portare ad un miglioramento della qualità della vita della popolazione in generale con ripercussioni positive sul sistema socio-sanitario.

4 – Bibliografia e sitografia

- <https://italiadomani.gov.it/it/home.html>
- <https://www.agenas.gov.it/pnrr/missione-6-salute/case-della-comunita-cdc>
- Dautzenberg L et Al **“Interventions for preventing falls and fall-related fractures in community-dwelling older adults: A systematic review and network meta-analysis”** Journal of the American Geriatrics Society DOI: 10.1111/jgs.17375, 2021
- Burgess et al **“Costing Methodology and Key Drivers of Health Care Costs Within Economic Analyses in Musculoskeletal Community and Primary Care Services: A Systematic Review of the Literature”** DOI: 10.1177/2150132719899763, 2020
- Smith J M et Al **“Home and Community-Based Physical Therapist Management of Adults With Post-Intensive Care Syndrome”** 2020 Apr 13. doi: 10.1093/ptj/pzaa059
- Vega-Ramírez et al. **“Analysis of home-based rehabilitation in patients with motor impairment in primary care: a prospective observational study”** BMC Geriatrics (2017) DOI 10.1186/s12877-017-0526-0
- Alessandra Da Ros, Matteo Paci, Elisa Buonandi, Laura Rosiello, Sandra Moretti, Chiara Barchielli **“Physiotherapy as part of primary health care”** Bull World Health Organ. 2022 Nov 1;100(11):669-675. doi: 10.2471/BLT.22.288339.Epub 2022 Sep 2.
- Determina del direttore generale Azienda USL Toscana Centro n. 1057 del 12-07-2019
- https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=91694
- Pesaresi F. **“IL DM 77/2022 SULL'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE, la norma, gli approfondimenti, le valutazioni”** 2022
- DETERMINA DEL DIRIGENTE DELLA AST DI ASCOLI PICENO N. 561/AST_AP DEL 07/07/2023
- DDL N. 2339 del 20/07/2021
- DDL 2257 del 01/06/2021

Ringraziamenti

I ringraziamenti per questa esperienza vanno in primis a mia moglie Ilenia, con la quale in questi due anni ho condiviso questo progetto di vita. Nonostante le fatiche e i sacrifici fatti siamo arrivati a questo traguardo ma, il traguardo più importante, lo abbiamo raggiunto in itinere con la nascita della piccola IOLE.

Un ringraziamento va all'UNIVPM che ci ha dato l'opportunità di poter frequentare questo corso di laurea.

Un particolare ringraziamento va alla Professoressa Ceravolo e alla Professoressa Lopez che sono sempre state molto disponibili ad aiutarci e non lasciarci indietro nonostante gli impegni che la nuova Vita ci richiedeva.

Ringrazio il Professor/collega Rocco che mi ha aiutato nella stesura di questo elaborato e non è mai mancato a darmi dei buoni consigli.

Un ringraziamento va a tutti i professori che si sono impegnati a donarci le loro esperienze e conoscenze.