



# UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea Magistrale in Scienze della Riabilitazione

ELABORAZIONE DI UN MODELLO OPERATIVO PER LA  
GESTIONE DEI PIANI DI ATTIVITÀ E DI LAVORO NELLE  
PROFESSIONI SANITARIE DELLA RIABILITAZIONE PER  
PAZIENTI ADULTI: IL CASO DEL GRUPPO DI  
MIGLIORAMENTO NELL'AST PESARO URBINO

Relatore:

Chiar.mo Prof. VECCHIONE ANGELO

Tesi di Laurea di

CARBONI LUCIA

Correlatore:

Chiar.ma Dott.ssa DIOTALLEVI GIOVANNA

Anno Accademico 2023/2024



## CONTENTS

---

1	INTRODUZIONE.....	1
1.1	CONTESTO E MOTIVAZIONI DELLO STUDIO .....	1
1.1.1	IMPORTANZA DELLE PROFESSIONI SANITARIE DELLA RIABILITAZIONE .....	1
1.1.2	OBIETTIVI DELLA TESI.....	2
1.1.3	METODOLOGIA DI RICERCA.....	3
2	FONDAMENTI DELLE PROFESSIONI SANITARIE DELLA RIABILITAZIONE .....	4
2.1	PANORAMICA DELLE PROFESSIONI SANITARIE DELLA RIABILITAZIONE.....	4
2.1.1	LE PROFESSIONI DELL'AREA DELLA RIABILITAZIONE: NORME, STORIA E IDENTITA' .....	4
2.1.2	RUOLO E COMPETENZE DEI PROFESSIONISTI.....	8
2.1.3	AMBITI DI INTERVENTO E SPECIALIZZAZIONI .....	12
2.2	L'AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI PESARO URBINO (AST PESARO URBINO) .....	14
2.2.1	LA STORIA AZIENDALE .....	14
3	DIRIGENTI E COORDINATORI DELLE PROFESSIONI SANITARIE: LE PROFESSIONI SANITARIE CON FUNZIONI MANAGERIALI.....	16
3.1	NORMATIVA E INQUADRAMENTO GIURIDICO.....	17
3.2	EVOLUZIONE NORMATIVA DELLE PROFESSIONI SANITARIE DELLA RIABILITAZIONE .....	19
3.3	RIFERIMENTI NORMATIVI E CONTRATTUALI.....	21
3.4	IL RUOLO DEL DIRIGENTE: COMPETENZE E FORMAZIONE.....	23
3.4.1	COMPETENZE E FORMAZIONE.....	24
3.5	GLI INCARICHI DI FUNZIONE.....	24
3.5.1	MODALITÀ DI ASSEGNAZIONE E DURATA .....	25
3.6	CRITICITÀ E SFIDE.....	27
4	PIANIFICAZIONE E APPLICAZIONE DELLE PROPOSTE MANAGERIALI NELLE PROFESSIONI SANITARIE DELLA RIABILITAZIONE .....	29
4.1	DESCRIZIONE DEL CONTESTO E DEL CASO STUDIO .....	29
4.1.1	PROFILO DELL'AZIENDA TERRITORIALE: VISION E MISSION .....	29
4.1.2	CONTESTO E SFIDE AFFRONTATE .....	32
4.1.3	ANALISI DELLE ESIGENZE: PIANAIFICAZIONE STRATEGICA E OBIETTIVI DEL PIANO.....	33
4.2	COSTRUZIONE E SVILUPPO DEL PIANO DI ATTIVITÀ .....	34
4.2.1	DEFINIZIONE DELLE ATTIVITA' E DELLE PORCEDURE.....	34
4.2.2	ASSEGNAZIONE DELLE RISORSE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO .....	34
4.2.3	PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' E DELLE TEMPISTICHE.....	35
4.2.4	VERSO LA CREAZIONE DI PIANI DI LAVORO CONDIVISI .....	35
4.3	APPLICAZIONE DELLE PROPOSTE MANAGERIALI.....	40
4.3.1	IL PIANO DI ATTIVITÀ: IMPLEMENTAZIONE E GESTIONE.....	40

4.3.2	RISULTATI E IMPATTI .....	42
5	CONCLUSIONI .....	44
5.1	SINTESI DEI RISULTATI: ANALISI SWOT.....	44
5.2	IMPLICAZIONI DELLE PROPOSTE MANAGERIALI .....	46
6	BIBLIOGRAFIA .....	47
7	APPENDICI: DOCUMENTAZIONE SUPPLEMENTARE .....	48
7.1	PIANO DI ATTIVITÀ .....	48
7.1.1	INTRODUZIONE.....	48
7.1.2	IL FISIOTERAPISTA.....	53
7.1.3	IL LOGOPEDISTA .....	57
7.1.4	L'EDUCATORE PROFESSIONALE.....	60
7.1.5	IL TERAPISTA DELLA PSICO-NEURO-MOTRICITÀ' DELL'ETA' EVOLUTIVA (TNPEE).....	62
7.1.6	L'ORTOTTISTA .....	65
7.1.7	IL PODOLOGO .....	67
7.1.8	RESPONSABILITÀ' .....	68
7.2	PIANO DI LAVORO FISIOTERAPISTI AREA ADULTI.....	69
	<i>RINGRAZIAMENTI</i> .....	70

---



# 1 INTRODUZIONE

---

## 1.1 CONTESTO E MOTIVAZIONI DELLO STUDIO

Le professioni sanitarie della riabilitazione rivestono un ruolo cruciale all'interno del sistema sanitario, essendo fondamentali per il recupero funzionale e la qualità della vita dei pazienti. Negli ultimi anni, si è assistito a una crescente domanda di servizi riabilitativi, parallela all'invecchiamento della popolazione e all'aumento delle patologie croniche. In questo contesto, il ruolo dei professionisti della riabilitazione si è ampliato, richiedendo una maggiore specializzazione e una continua formazione.

### 1.1.1 IMPORTANZA DELLE PROFESSIONI SANITARIE DELLA RIABILITAZIONE

Le professioni sanitarie della riabilitazione svolgono un ruolo cruciale nella promozione della salute, nel recupero delle abilità funzionali e nel miglioramento della qualità della vita dei pazienti. L'area delle professioni della riabilitazione include professionisti come fisioterapisti, logopedisti, educatori professionali, terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, ortottisti, podologi e tecnici della riabilitazione psichiatrica, che hanno un obiettivo comune: supportare il processo di guarigione e reintegrazione dei pazienti nella loro vita quotidiana.

I professionisti sanitari della riabilitazione intervengono in tutte le fasi del processo di cura, dalla prevenzione alla riabilitazione post-acute, fino al mantenimento a lungo termine delle capacità funzionali. Il loro intervento è essenziale per:

- Recupero delle Funzioni Fisiche;
- Riabilitazione della Comunicazione e Deglutizione;
- Recupero delle Abilità Cognitive e Motorie;
- Supporto alla Mobilità e Correzione di Difetti Visivi;
- Assistenza nel Recupero dello Sviluppo Motorio nei Bambini

I professionisti della riabilitazione operano in una vasta gamma di contesti, ognuno dei quali richiede un approccio specifico e competenze adattate alle particolari esigenze del setting:

- Ospedali: dove i professionisti della riabilitazione operano spesso in collaborazione con medici e infermieri per fornire cure integrate ai pazienti, sia in reparti acuti che in quelli dedicati alla riabilitazione. In questo contesto, l'obiettivo principale è stabilizzare il paziente e iniziare il processo di recupero delle funzioni compromesse.
- Strutture di Riabilitazione: che includono anche centri specializzati che offrono programmi intensivi di riabilitazione per pazienti con gravi disabilità fisiche o cognitive. I professionisti della riabilitazione in queste strutture sono

fondamentali per aiutare i pazienti a raggiungere i loro obiettivi di recupero, spesso attraverso un approccio multidisciplinare.

- Comunità e Assistenza Domiciliare: molti professionisti della riabilitazione lavorano direttamente nelle comunità o forniscono assistenza a domicilio, consentendo ai pazienti di continuare il processo riabilitativo nel proprio ambiente familiare. Questo è particolarmente importante per la continuità delle cure, il monitoraggio a lungo termine e il supporto alla reintegrazione sociale.
- Istituti Educativi e Scuole: i terapeuti della riabilitazione spesso collaborano con scuole e istituti educativi per assistere bambini con disabilità o difficoltà di apprendimento, suggerendo strategie e ausili per facilitare gli apprendimenti e contribuendo alla realizzazione di piani educativi personalizzati.

Il lavoro dei professionisti della riabilitazione non solo aiuta i pazienti a recuperare le loro capacità fisiche, cognitive e comunicative, ma contribuisce significativamente al miglioramento della loro qualità di vita complessiva. Gli interventi di riabilitazione sono orientati a:

- Promuovere l'autonomia: ristabilire l'indipendenza del paziente nelle attività quotidiane è uno degli obiettivi primari. Che si tratti di camminare, parlare, mangiare autonomamente o svolgere attività lavorative, la riabilitazione mira a rendere il paziente il più autonomo possibile.
- Prevenire Complicazioni: attraverso programmi riabilitativi mirati, è possibile prevenire ulteriori complicazioni, come atrofie muscolari, rigidità articolari, o deterioramenti cognitivi, che potrebbero compromettere ulteriormente la salute e l'indipendenza del paziente.
- Migliorare l'integrazione sociale: la riabilitazione supporta anche la reintegrazione sociale del paziente, fornendo le competenze necessarie per partecipare attivamente alla vita sociale, lavorativa e familiare, riducendo l'isolamento e migliorando il benessere psicologico.

Infine, le professioni sanitarie della riabilitazione sono parte integrante del sistema sanitario, contribuendo non solo al benessere dei singoli pazienti ma anche all'efficienza complessiva del sistema. Attraverso la prevenzione di ricoveri ripetuti e la riduzione della necessità di assistenza a lungo termine, questi professionisti aiutano a contenere i costi sanitari e a migliorare l'efficacia delle cure.

Le professioni sanitarie della riabilitazione sono, quindi, fondamentali non solo per il recupero delle abilità funzionali dei pazienti, ma anche per garantire un sistema sanitario più efficiente e sostenibile, capace di rispondere alle diverse esigenze della popolazione.

### **1.1.2 OBIETTIVI DELLA TESI**

L'obiettivo principale di questa tesi è sviluppare un piano di attività e di lavoro omogeneo per le diverse professioni della riabilitazione, mirato a integrare

efficacemente il lavoro tra le due aziende sanitarie: Marche Nord e l'ex area Vasta (AV1) di Pesaro Urbino. Questo studio intende analizzare le risorse umane, finanziarie e organizzative esistenti nei due contesti e proporre strategie che migliorino l'efficienza operativa e la qualità dei servizi riabilitativi offerti unite nell'attuale AST PESARO URBINO in base alla Legge Regionale dell'8 agosto 2022, n. 19 per la Regione Marche.

Uno degli obiettivi chiave della tesi è esplorare e proporre modalità di integrazione tra le attività riabilitative delle due aziende. Questa integrazione mira ad armonizzazione dei Processi attraverso l'identificazione delle differenze nei protocolli clinici, nelle metodologie di lavoro e nei percorsi di cura seguiti dai professionisti delle due aziende. Successivamente, bisognerà sviluppare un piano che armonizzi questi processi, creando una procedura che faciliti la collaborazione e garantiscano uniformità nell'assegnazione delle attività assistenziali.

Un altro obiettivo centrale della tesi è la realizzazione di piani di lavoro e di attività omogenei in base alla professione e al setting assistenziale.

L'integrazione delle attività riabilitative tra Marche Nord e l'ex AST1, attraverso la creazione di piani di lavoro comuni, porterà a numerosi benefici:

- a. Miglioramento della Qualità delle Cure: uniformando i protocolli e ottimizzando l'utilizzo delle risorse, si prevede un miglioramento complessivo della qualità delle cure offerte ai pazienti ed una maggiore equità.
- b. Maggiore Efficienza Operativa: una gestione coordinata delle risorse umane, finanziarie e organizzative ridurrà le inefficienze e migliorerà la capacità delle due aziende di rispondere in modo rapido e efficace alle esigenze dei pazienti.
- c. Definizione di standard di fabbisogno di personale attraverso l'ottimizzazione dei costi e delle risorse
- d. Riduzione dei tempi di attesa

### **1.1.3 METODOLOGIA DI RICERCA**

La metodologia di ricerca adottata per questo studio include una revisione della letteratura, l'analisi di normative nazionali e internazionali, e uno studio di caso specifico sull'AST di Pesaro Urbino attraverso un gruppo di miglioramento condotto da un incarico di organizzazione di coordinamento sotto la direzione scientifica del Dirigente delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione a cui hanno partecipato incarichi di organizzazione di coordinamento dell'AST Pesaro Urbino e rappresentanti delle professioni sanitarie della riabilitazione tra i quali podologo, TNPEE, educatore professionale e ortottista.

## **2 FONDAMENTI DELLE PROFESSIONI SANITARIE DELLA RIABILITAZIONE**

---

### **2.1 PANORAMICA DELLE PROFESSIONI SANITARIE DELLA RIABILITAZIONE**

#### **2.1.1 LE PROFESSIONI DELL'AREA DELLA RIABILITAZIONE: NORME, STORIA E IDENTITA'**

Le professioni sanitarie della riabilitazione hanno radici profonde nella storia della medicina, ma è solo nel XX secolo che queste discipline si sono strutturate e riconosciute formalmente. Le prime forme di terapia fisica, infatti, risalgono all'antichità, con l'uso di massaggi, esercizi e tecniche di manipolazione già praticati in culture come quella greca e romana. I medici di questi tempi, come Ippocrate, già intuirono i benefici dell'attività fisica nel recupero della salute.

Durante il Medioevo, la riabilitazione era legata principalmente alla religione e alle pratiche monastiche, con una visione più mistica della guarigione. Il Rinascimento portò un rinnovato interesse per il corpo umano e le scienze mediche, ma la riabilitazione rimase ancora in una fase embrionale. È solo nel XX secolo, con le guerre mondiali, che la riabilitazione assume un ruolo cruciale. La necessità di recuperare i soldati feriti portò alla formalizzazione delle prime scuole di fisioterapia e terapia occupazionale. Questi professionisti cominciarono a essere riconosciuti come parte integrante del sistema sanitario, con la successiva creazione di curricula accademici specifici e l'istituzione di albi professionali.

La regolamentazione delle professioni dell'area della riabilitazione ha seguito un percorso di progressivo riconoscimento e istituzionalizzazione, culminato in un quadro normativo solido e strutturato. In Italia, le professioni della riabilitazione sono regolate da una serie di leggi e decreti che definiscono i requisiti formativi, le competenze professionali, e i diritti e doveri dei professionisti.

In passato le professioni sanitarie erano suddivise secondo la ripartizione risalente all'art. 99 R.D. 1265/1934 (TU delle professioni sanitarie), in tre categorie:

- Professioni sanitarie principali, cioè medici, veterinari, farmacisti e odontoiatri (dal 1985);
- Professioni sanitarie ausiliarie, nella quale erano incluse la levatrice (ostetrica), l'assistente sanitaria visitatrice, l'infermiere diplomato, e tutte le professioni che avevano avuto la pubblicazione di un profilo professionale;
- Arti ausiliarie delle professioni sanitarie, che ricomprendeva l'odontotecnico, l'infermiere generico e il massofisioterapista.

Con l’emanazione del D.Lgs. 502/1992, si avvia il processo di superamento dell’ausiliarità; in particolare, l’art. 6 demandava al Ministro della Sanità, l’individuazione delle figure professionali da formare e la definizione dei relativi profili. Tale decreto stabiliva che la formazione abilitante di queste figure professionali avvenisse in sede universitaria, attraverso corsi specifici. Si dovrà aspettare il 14 settembre del 1994 per l’attuazione di tale norma attraverso i primi 13 decreti firmati dal Ministro della Salute con i quali sono stati individuate i primi profili professionali, riassunti nella seguente tabella.

Infermiere	D.M. 14 settembre 1994, n. 739
Ostetrico/a	D.M. 14 settembre 1994, n. 740
Podologo	D.M. 14 settembre 1994, n. 666
Fisioterapista	D.M. 14 settembre 1994, n. 741
Logopedista	D.M. 14 settembre 1994, n. 742
Ortottista – Assistente di oftalmologia	D.M. 14 settembre 1994, n. 743
Tecnico di radiologia medica	D.M. 26 settembre 1994, n. 746
Tecnico di laboratorio medico	D.M. 26 settembre 1994, n. 745
Tecnico audiometrista	D.M. 14 settembre 1994, n. 667
Tecnico ortopedico	D.M. 14 settembre 1994, n. 665
Tecnico audioprotesita	D.M. 14 settembre 1994, n. 668
Dietista	D.M. 14 settembre 1994, n. 744
Igienista dentale	D.M. 15 marzo 1999, n. 137

Negli anni seguenti le professioni diventarono 23. Vennero aggiunti: l’infermiere pediatrico (D.M. 70/1997); il Terapista della neuro e psicomotricità dell’età evolutiva (D.M. 56/1997); il Tecnico della riabilitazione psichiatrica (D.M. 182/2001); il Terapista occupazionale (D.M. 136/1997); l’Educatore professionale (D.M. 520/1998); il Tecnico di neurofisiopatologia (D.M. 183/1995); il Tecnico della fisiopatologia e perfusione cardiovascolare (D.M. 316/1998); il Tecnico della prevenzione e dell’ambiente nei luoghi di lavoro (D.M. 58/1997) e l’Assistente sanitario (D.M. 69/1997); infine l’osteopata (D.M. 1563/2023).

Il riconoscimento dell’autonomia sul piano normativo e sociale fu sancito con l’approvazione della L. 26 febbraio 1999 n. 42 (Disposizioni in materia di professioni sanitarie), che stabiliva il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e degli specifici codici deontologici. Questo decreto ha anche provveduto a eliminare la suddivisione del TU delle leggi sanitarie, accomunando le professioni sanitarie principali e ausiliarie nella dicitura unica di “professioni sanitarie”, e ha abolito i mansionari. Questi due provvedimenti hanno chiuso definitivamente la porta al ruolo residuale delle professioni sanitarie, riconoscendo loro autonomia e pari dignità rispetto alle già esistenti professioni della salute.

Il riconoscimento ufficiale dell'importanza delle professioni sanitarie della riabilitazione, insieme a quelle tecniche della prevenzione è avvenuto con la Legge 10 agosto 2000, n. 251, che rappresenta una pietra miliare nella regolamentazione delle professioni sanitarie in Italia, segnando un momento di svolta per la valorizzazione delle professioni sanitarie "non mediche", elevando il loro status all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La Legge 251/2000 ha introdotto la possibilità per i professionisti della riabilitazione, come fisioterapisti, logopedisti, e terapisti occupazionali, di accedere a ruoli dirigenziali, equiparandoli ad altre professioni sanitarie in termini di opportunità di carriera e di partecipazione ai processi decisionali aziendali. Uno degli aspetti più rilevanti della legge è l'enfasi sulla necessità di una formazione avanzata e specifica in ambito manageriale per poter accedere ai ruoli dirigenziali. Questo ha portato alla creazione di percorsi formativi ad hoc, mirati a fornire ai professionisti della riabilitazione le competenze necessarie per assumere ruoli di leadership e per gestire in maniera efficace i servizi di riabilitazione. Inoltre, la legge ha rafforzato il concetto di autonomia professionale, sottolineando l'importanza della responsabilità individuale e collettiva nell'erogazione delle prestazioni sanitarie. Questo ha avuto un impatto significativo sull'organizzazione del lavoro nei servizi di riabilitazione, dove i dirigenti delle professioni sanitarie sono chiamati a coordinare e supervisionare l'attività dei loro team, garantendo al contempo l'efficacia, l'efficienza e la qualità delle prestazioni erogate. La Legge 251/2000 ha quindi costituito il fondamento giuridico e normativo per lo sviluppo e il consolidamento della dirigenza nelle professioni sanitarie della riabilitazione, aprendo la strada a una maggiore partecipazione di questi professionisti nella governance del sistema sanitario e promuovendo una gestione più integrata e multidisciplinare dei servizi sanitari.

Con la L. del 1 febbraio 2006 n. 43 si ribadisce la caratteristica di autonomia e responsabilità degli operatori sanitari non medici; inoltre, tale legge contiene anche la delega al Governo per l'istituzione degli ordini professionali delle professioni sanitarie, provvede a individuare quelle esistenti e a disciplinare il procedimento futuro per riconoscerne di nuove. In particolare, l'art. 1 suddivide le professioni in 4 categorie: infermieristica e ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione. Resta comunque ferma la competenza delle Regioni nella individuazione e formazione dei profili di operatori di interesse sanitario non riconducibili alle professioni sanitarie.

Con la riforma Lorenzin (L3/2018) si è svolto un riordino delle professioni sanitarie; in particolare l'art. 4 si riferisce al riordino degli Ordini delle professioni sanitarie, gli albi e le federazioni nazionali: aggiunge agli Ordini già esistenti dei medici-chirurghi, degli odontoiatri, dei veterinari e dei farmacisti, quelli dei biologi, dei fisici e dei chimici, delle professioni infermieristiche della professione di ostetrica e dei tecnici sanitari della radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione. Si specifica la natura giuridica e i compiti delle relative Federazioni o Ordini, che vengono riconosciuti come organi sussidiari dello Stato, con autonomia

patrimoniale, finanziaria, regolamentare e disciplinare, che hanno il fine di tutelare gli interessi pubblici connessi all'esercizio professionale. L'Ordine, sottoposto alla vigilanza del Ministero della Salute, è investito per legge dei poteri di autogoverno della categoria a livello locale, garantendo la correttezza nell'esercizio della professione e la frequentazione dei corsi di aggiornamento obbligatori introdotti dal sistema dell'Educazione Continua in Medicina (ECM).

Tra queste, il D.M. 741/1994 per i fisioterapisti e il D.M. 742/1994 per i logopedisti sono esempi di come lo Stato italiano abbia stabilito i criteri per l'esercizio di queste professioni.

La regolamentazione delle professioni sanitarie della riabilitazione in Italia ha subito una trasformazione significativa negli ultimi decenni, grazie alla creazione degli albi professionali e all'introduzione di rigorosi requisiti formativi. La Legge 3/2018, nota come "Legge Lorenzin", ha sancito la creazione di nuovi ordini professionali, tra cui quello dei fisioterapisti e dei logopedisti, stabilendo che solo i professionisti iscritti a questi albi possono esercitare la loro attività. Questo passo è stato fondamentale per garantire che l'esercizio della professione sia riservato esclusivamente a coloro che sono adeguatamente qualificati e formati, tutelando così sia i pazienti sia i professionisti stessi.

Inoltre, la normativa italiana prevede che i professionisti della riabilitazione debbano conseguire una laurea triennale in discipline specifiche, come indicato dal D.M. 509/1999 e successivamente confermato dal D.M. 270/2004, che ha ridefinito i percorsi formativi universitari. Questi titoli di studio forniscono le competenze di base necessarie per l'esercizio della professione, ma non rappresentano l'unico requisito formativo. L'obbligo di Educazione Continua in Medicina (ECM), introdotto dalla Legge 229/1999, assicura che i professionisti mantengano e sviluppino nel tempo le loro competenze, adeguandosi alle innovazioni scientifiche e tecnologiche del settore sanitario. Questi strumenti normativi, insieme, contribuiscono a elevare gli standard qualitativi delle prestazioni sanitarie offerte, promuovendo una pratica professionale sicura ed efficace.

L'identità delle professioni della riabilitazione si è costruita su tre pilastri fondamentali: il riconoscimento professionale, la formazione specialistica e la pratica clinica.

- **Riconoscimento e Autonomia Professionale:** l'autonomia professionale è stata conquistata attraverso decenni di lotte sindacali e accademiche. Oggi, i professionisti della riabilitazione hanno un riconoscimento formale che li autorizza a valutare, e trattare i pazienti in maniera collaborativa con altri professionisti sanitari.
- **Formazione Specialistica:** la formazione è il cuore dell'identità professionale. Le università offrono corsi di laurea specifici per le diverse professioni della

riabilitazione, come fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale, e tecniche della riabilitazione psichiatrica. Questi corsi non solo preparano gli studenti dal punto di vista tecnico, ma li formano anche sui valori etici e sulle responsabilità sociali del loro ruolo, nonché è previsto un corso di Laurea Magistrale per le otto professioni della classe SNT/2.

- **Pratica Clinica e Interdisciplinarietà:** nella pratica clinica, l'identità professionale si manifesta attraverso la collaborazione interdisciplinare. I professionisti della riabilitazione lavorano spesso in team con medici, infermieri e altri specialisti, integrando le loro competenze per offrire una cura olistica al paziente. Questa collaborazione richiede non solo competenze tecniche, ma anche capacità comunicative e di lavoro in squadra.

Nonostante i progressi compiuti, le professioni della riabilitazione affrontano diverse sfide. Tra queste, la necessità di adattarsi ai rapidi cambiamenti tecnologici, l'espansione dei servizi in risposta all'invecchiamento della popolazione, e la continua evoluzione delle normative sanitarie.

- **Integrazione della Tecnologia:** la tele-riabilitazione e l'uso di dispositivi tecnologici avanzati rappresentano il futuro delle professioni della riabilitazione. I professionisti devono essere pronti a integrare queste innovazioni nella loro pratica quotidiana.
- **Risposta ai Bisogni di una Popolazione che Invecchia:** l'invecchiamento della popolazione richiede un aumento dei servizi di riabilitazione geriatrica. Questo comporta la necessità di specializzazioni sempre più mirate e la formazione di nuovi professionisti per rispondere a queste esigenze.
- **Evoluzione Normativa:** la normativa che regola le professioni della riabilitazione è in continua evoluzione. I professionisti devono mantenersi informati sulle modifiche legislative per garantire la conformità e l'eccellenza nel servizio

Le professioni dell'area della riabilitazione sono essenziali per il funzionamento del sistema sanitario e per il benessere della società. La loro storia di sviluppo, le normative che ne regolano l'esercizio, e l'identità professionale che ne deriva, riflettono l'importanza di questi ruoli nella promozione della salute e nel miglioramento della qualità della vita. Con la crescente complessità delle esigenze sanitarie e l'evoluzione tecnologica, il ruolo di questi professionisti continuerà a crescere in rilevanza e necessità.

## **2.1.2 RUOLO E COMPETENZE DEI PROFESSIONISTI**

### **2.1.2.1 IL FISIOTERAPISTA**

È l'operatore sanitario, in possesso del diploma universitario abilitante, che svolge 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 (art. 1 D.M. 741/1994).

Il fisioterapista è specializzato nella valutazione, diagnosi e trattamento dei disturbi del movimento e delle disfunzioni fisiche. Il suo intervento è cruciale nel recupero della mobilità, della forza, della coordinazione e dell'equilibrio del paziente. I fisioterapisti lavorano con pazienti di tutte le età, dalle neonatologie alle geriatrie, e operano in una varietà di contesti, inclusi ospedali, centri di riabilitazione, cliniche private e domicili.

Le sue competenze comprendono:

- Valutazione Funzionale: capacità di eseguire valutazioni dettagliate delle capacità motorie del paziente, utilizzando strumenti e test specifici per identificare le limitazioni funzionali.
- Pianificazione del Trattamento: competenze nella formulazione di piani di trattamento personalizzati, basati sulle specifiche esigenze del paziente e sugli obiettivi riabilitativi.
- Tecniche Terapeutiche: conoscenza e applicazione di tecniche di terapia manuale, esercizi terapeutici, elettroterapia e idroterapia per migliorare la funzionalità fisica.
- Educazione e Prevenzione: abilità nel fornire consigli su strategie preventive e programmi di esercizi domiciliari per mantenere i risultati ottenuti e prevenire recidive.
- Collaborazione Interdisciplinare: capacità di lavorare in team multidisciplinari, integrando i propri interventi con quelli di altri professionisti sanitari per un approccio globale alla riabilitazione.

#### **2.1.2.2 IL LOGOPEDISTA**

È l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge la propria attività nella prevenzione e nel trattamento riabilitativo delle patologie del linguaggio e della comunicazione in età evolutiva, adulta e geriatrica (D.M 742/1994).

Il logopedista si occupa della valutazione e del trattamento dei disturbi della comunicazione, del linguaggio, della voce e della deglutizione. Questo professionista lavora con una vasta gamma di pazienti, tra cui bambini con ritardi del linguaggio, adulti con afasia post-ictus, persone con disfonia e pazienti con disfagia.

Tra le sue competenze troviamo:

- Valutazione Linguistica e Comunicativa: capacità di condurre esami diagnostici per identificare disturbi del linguaggio, della comunicazione e della deglutizione, utilizzando strumenti di valutazione standardizzati.
- Elaborazione di Piani di Intervento: abilità nella creazione di piani di trattamento individualizzati, focalizzati sul miglioramento delle abilità comunicative e sulla sicurezza della deglutizione.
- Tecniche di Riabilitazione: conoscenza delle tecniche riabilitative per il trattamento della afasia, della disartria, della balbuzie, delle disfonie e dei disturbi della deglutizione.

- Counseling e Supporto Educativo: competenza nel fornire supporto educativo ai pazienti e alle loro famiglie, spiegando il trattamento e coinvolgendoli attivamente nel processo riabilitativo.
- Integrazione Multidisciplinare: capacità di collaborare con medici, insegnanti, psicologi e altri professionisti sanitari per garantire un trattamento completo e integrato.

### **2.1.2.3 L'EDUCATORE PROFESSIONALE**

È l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà (D.M. 520/1998, emanato in attuazione del D-Lgs 502/1992)

L'educatore professionale lavora per favorire l'inclusione sociale e il benessere psicofisico delle persone con disabilità fisiche, psichiche o sociali. Questo professionista progetta, realizza e valuta interventi educativi e riabilitativi, mirando a sviluppare le competenze personali e sociali del paziente.

Le competenze di questa figura professionale sono:

- Progettazione Educativa: capacità di ideare e sviluppare progetti educativi e riabilitativi personalizzati, mirati a promuovere l'autonomia e l'integrazione sociale del paziente.
- Supporto Relazionale: abilità nella gestione delle dinamiche relazionali, fornendo supporto psicologico ed emotivo al paziente e favorendo l'interazione con l'ambiente sociale.
- Interventi Riabilitativi: conoscenza delle tecniche e metodologie riabilitative volte a stimolare le capacità cognitive, affettive e sociali del paziente.
- Lavoro in Rete: competenza nella collaborazione con famiglie, servizi sociali, scuole e altri enti, per creare una rete di supporto che favorisca il percorso riabilitativo.
- Monitoraggio e Valutazione: abilità nella valutazione continua dell'efficacia degli interventi educativi, adattando le strategie in base ai progressi e alle esigenze del paziente.

### **2.1.2.4 II TERAPISTA DELLE NEURO-PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA (TNPEE)**

È il professionista sanitario che svolge, in collaborazione con un'equipe multiprofessionale di neuropsichiatria infantile e in collaborazione con altri professionisti dell'area pediatrica, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie neuropsichiatriche infantili, nelle aree della neuropsicomotricità, della neuropsicologia e della psicopatologia dello sviluppo (fascia di età 0-18 anni). Il TNPEE si occupa delle situazioni di disabilità dovute a ritardi di acquisizione, disturbi o

patologie che limitano la capacità del bambino o della persona assistita di realizzare quanto necessario alla sua crescita. Opera all'interno della cornice teorica del modello biopsicosociale della disabilità proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: il TNPEE pone attenzione alla globalità dello sviluppo, considerando l'equilibrio complessivo e l'integrazione di tutte le funzioni e le competenze, così come l'interazione tra stadio di sviluppo e evoluzione della patologia (D.M. 17-1-1997 n. 56). Questo professionista lavora con neonati, bambini e adolescenti che presentano ritardi psicomotori, disturbi neuropsichiatrici o difficoltà comportamentali.

Possiamo così elencare le sue competenze:

- Valutazione Psicomotoria: capacità di condurre valutazioni globali dello sviluppo motorio, cognitivo e relazionale del bambino, identificando eventuali ritardi o disfunzioni.
- Interventi Terapeutici: conoscenza delle tecniche di terapia neuropsicomotoria, utilizzate per stimolare lo sviluppo delle capacità motorie, cognitive e sociali del bambino.
- Pianificazione Individualizzata: abilità nella creazione di piani di trattamento personalizzati, che tengano conto delle specifiche esigenze e potenzialità del bambino.
- Coinvolgimento della Famiglia: competenza nel lavorare a stretto contatto con i genitori e le scuole, fornendo supporto e strategie per favorire il miglior sviluppo possibile del bambino.
- Collaborazione Multidisciplinare: capacità di collaborare con pediatri, neuropsichiatri infantili, psicologi e altri specialisti, integrando i propri interventi nel contesto di un approccio globale al trattamento.

#### **2.1.2.5 II PODOLOGO**

Il podologo è un professionista sanitario specializzato nella prevenzione, diagnosi e trattamento delle patologie del piede. Questo professionista si occupa di una vasta gamma di problematiche, dalla cura delle unghie e della cute, alla gestione delle patologie del piede diabetico, fino alla realizzazione di ortesi plantari.

È una professione riconosciuta dal Ministero della Sanità in base al regolamento di cui al D.M. 666/1994. Nelle sue competenze rientrano, in particolare, i trattamenti delle affezioni epidermiche e ungueali di tipo meccanico o di altra eziologia (le ipercheratosi), le onicopatie e lesioni conseguenti. I trattamenti sono finalizzati al mantenimento funzionale dei piedi e vengono attuati metodi incruenti, ortesici e idromassoterapici.

Le competenze del podologo sono:

- Valutazione e Diagnosi: capacità di eseguire esami clinici dettagliati del piede, identificando patologie come callosità, deformità, infezioni e problemi legati alla postura e al cammino.

- Trattamenti Podiatrici: competenza nell'esecuzione di trattamenti specifici, come la rimozione di callosità, il trattamento delle unghie incarnite, e la gestione delle ulcerazioni nei pazienti diabetici.
- Progettazione di Ortesi: abilità nella progettazione e realizzazione di plantari e ortesi su misura, volti a correggere difetti di appoggio e migliorare la biomeccanica del piede.
- Educazione e Prevenzione: capacità di fornire consulenza ai pazienti su pratiche di igiene e cura del piede, prevenzione delle patologie e uso appropriato di calzature.
- Collaborazione Multidisciplinare: competenza nel lavorare con altri professionisti sanitari, come ortopedici, fisioterapisti e diabetologi, per gestire le patologie del piede in un contesto più ampio di cura.

#### **2.1.2.6 L'ORTOTTISTA**

È il professionista sanitario specializzato nella diagnosi e trattamento dei disturbi della visione binoculare, come lo strabismo e del suo trattamento, nella prevenzione, valutazione e riabilitazione visiva dei disturbi motori e sensoriali della visione. Effettua le tecniche di semeiologia strumentale-oftalmologica. Opera su prescrizione del medico. È responsabile dell'organizzazione, della pianificazione e della qualità degli atti professionali svolti nell'ambito delle proprie mansioni, mentre la refertazione degli esami realizzati è di responsabilità del medico oculista. Realizza la diagnosi e il trattamento di alcune patologie del sistema visivo (art. 1 D.M. 743/1994). La professione può essere esercitata da chi ha conseguito la laurea triennale abilitante in Ortottica e assistenza oftalmologica.

Questo professionista lavora spesso in collaborazione con oculisti, fornendo trattamenti che migliorano l'allineamento e la coordinazione degli occhi.

Le competenze dell'ortottista comprendono:

- Valutazione Ortottica: Capacità di eseguire test specifici per valutare la visione binoculare, la motilità oculare e la percezione della profondità, identificando anomalie e disfunzioni.
- Trattamenti Ortottici: Conoscenza delle tecniche di riabilitazione visiva, utilizzate per trattare disturbi come lo strabismo e l'ambliopia attraverso esercizi oculari, l'uso di lenti correttive

#### **2.1.3 AMBITI DI INTERVENTO E SPECIALIZZAZIONI**

Gli ambiti di intervento delle professioni sanitarie della riabilitazione sono estremamente diversificati, riflettendo la complessità delle condizioni che questi professionisti sono chiamati a trattare e la varietà delle competenze necessarie per rispondere alle esigenze specifiche di ciascun paziente. Ogni professione si inserisce in contesti clinici e terapeutici specifici, e l'intervento riabilitativo può spaziare dalla riabilitazione neurologica a quella ortopedica, respiratoria e pediatrica, richiedendo

spesso specializzazioni avanzate e l'uso di tecniche all'avanguardia, oltre a metodi tradizionali di terapia.

Il fisioterapista opera in una vasta gamma di ambiti, adattando il suo intervento in base alle esigenze del paziente. Nella riabilitazione neurologica, ad esempio, il fisioterapista si occupa del recupero funzionale di pazienti affetti da patologie come ictus, sclerosi multipla o malattie neurodegenerative. In questi casi, l'intervento è mirato a migliorare la forza muscolare, la coordinazione e la capacità di movimento, spesso utilizzando tecniche di riabilitazione robotica e approcci basati sulla neuroplasticità. Nell'ambito ortopedico, il fisioterapista lavora con pazienti che hanno subito traumi, interventi chirurgici o che soffrono di patologie muscolo-scheletriche, come l'artrite o la lombalgia. L'obiettivo qui è ripristinare la funzionalità articolare e muscolare, attraverso esercizi terapeutici e terapia manuale. In ambito respiratorio, il fisioterapista si concentra sulla riabilitazione di pazienti con malattie polmonari croniche, come la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), utilizzando tecniche di rieducazione respiratoria per migliorare la ventilazione polmonare e la qualità della vita del paziente.

Il logopedista, invece, interviene principalmente in contesti di riabilitazione della comunicazione e delle funzioni orali. In ambito neurologico, il logopedista tratta pazienti con afasia post-ictus, aiutandoli a recuperare le capacità linguistiche e di comunicazione attraverso esercizi specifici di linguaggio e tecniche di stimolazione cognitiva. Nell'ambito pediatrico, il logopedista lavora con bambini che presentano ritardi nello sviluppo del linguaggio, disturbi fonologici o difficoltà di apprendimento, utilizzando metodi di gioco e attività ludiche per facilitare l'acquisizione delle competenze comunicative. Inoltre, il logopedista ha un ruolo cruciale nella gestione dei disturbi della deglutizione (disfagia), che possono verificarsi in pazienti di tutte le età, ma che sono particolarmente comuni negli anziani o nei pazienti con patologie neurologiche. In questo contesto, l'intervento logopedico mira a garantire la sicurezza alimentare e a prevenire complicanze come la polmonite da aspirazione.

L'educatore professionale opera in un ambito più ampio e sociale della riabilitazione, con un focus particolare sulla promozione dell'autonomia e dell'integrazione sociale di persone con disabilità fisiche, psichiche o sociali. Il suo intervento può spaziare dall'educazione speciale in contesti scolastici, dove supporta bambini e adolescenti con difficoltà di apprendimento o comportamentali, alla riabilitazione psicosociale di adulti con disabilità mentale o problemi di dipendenza. L'educatore professionale sviluppa programmi educativi e riabilitativi personalizzati, che spesso includono attività ricreative, laboratoriali e di vita quotidiana, con l'obiettivo di migliorare le abilità sociali e favorire l'integrazione nella comunità.

Il terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (TNPEE) si concentra sulla riabilitazione dei bambini con disturbi dello sviluppo psicomotorio. In ambito pediatrico, il TNPEE lavora con neonati, bambini e adolescenti che presentano ritardi nello sviluppo motorio, cognitivo o relazionale, come nei casi di disturbi dello spettro

autistico o paralisi cerebrale infantile. L'intervento è mirato a stimolare lo sviluppo armonico delle competenze motorie e psicomotorie attraverso attività ludico-educative, esercizi motori specifici e tecniche di stimolazione sensoriale. Il lavoro del TNPEE è spesso svolto in collaborazione con altri professionisti sanitari e con le famiglie, al fine di creare un ambiente favorevole allo sviluppo globale del bambino.

L'ortottista, specializzato nella diagnosi e trattamento dei disturbi della visione binoculare e dei movimenti oculari, opera in un ambito molto specifico ma cruciale per la riabilitazione visiva. Il suo intervento è fondamentale in pazienti con strabismo, ambliopia (occhio pigro) o disturbi della motilità oculare, spesso presenti nei bambini ma anche negli adulti a seguito di traumi o patologie neurologiche. L'ortottista utilizza tecniche di riabilitazione visiva, che includono esercizi oculari e l'uso di occhiali prismici, per migliorare la coordinazione e l'allineamento degli occhi, nonché la percezione della profondità. L'obiettivo è ripristinare una visione funzionale e migliorare la qualità della vita del paziente.

Infine, il podologo si occupa della prevenzione, diagnosi e trattamento delle patologie del piede, operando in ambiti che vanno dalla cura delle affezioni dermatologiche e ungueali, come le unghie incarnite o le verruche plantari, alla gestione di patologie più complesse, come il piede diabetico. In quest'ultimo caso, il podologo svolge un ruolo chiave nella prevenzione delle ulcere e delle complicanze che possono portare a infezioni gravi o amputazioni. Inoltre, in ambito ortopedico, il podologo progetta e realizza ortesi plantari su misura per correggere difetti posturali e biomeccanici, contribuendo al miglioramento della funzionalità del piede e della postura globale del paziente.

In conclusione, gli ambiti di intervento delle professioni sanitarie della riabilitazione sono ampi e richiedono una costante specializzazione e aggiornamento professionale. Questi professionisti sono essenziali per garantire un approccio riabilitativo integrato e personalizzato, che tenga conto delle specifiche esigenze dei pazienti e delle diverse patologie che possono colpire il sistema muscolo-scheletrico, neurologico, respiratorio e visivo. La loro capacità di lavorare in team multidisciplinari e di applicare tecniche avanzate di riabilitazione contribuisce in modo significativo al recupero della salute e al miglioramento della qualità della vita dei pazienti.

## **2.2 L'AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI PESARO URBINO (AST PESARO URBINO)**

### **2.2.1 LA STORIA AZIENDALE**

L'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Pesaro Urbino è stata istituita in base agli articoli 32 e 42 della Legge Regionale n. 19 dell'8 agosto 2022, che ha sancito la costituzione delle AST nelle Marche, in sostituzione delle precedenti Aree Vaste. Nello specifico, l'AST Pesaro Urbino è nata dall'incorporazione dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord e dell'ex Area Vasta 1. Questa nuova struttura è parte

integrante del Servizio Sanitario Regionale delle Marche (SSR) e ha la responsabilità di gestire e fornire servizi sanitari nell'intero territorio della provincia di Pesaro e Urbino.

L'AST Pesaro Urbino coordina e gestisce una rete di strutture e servizi sanitari, tra cui ospedali, servizi ambulatoriali e attività di prevenzione, per rispondere ai bisogni della popolazione locale. Tra le sue principali funzioni, l'AST garantisce che le cure fornite siano appropriate, efficaci ed efficienti, assicurando un'offerta sanitaria che risponda alle necessità del territorio. La gestione coinvolge non solo ospedali come quelli di Pesaro e Urbino, ma anche la collaborazione con medici di base, pediatri, farmacie e altre istituzioni sanitarie e sociali.

La costituzione dell'AST di Pesaro Urbino segna l'ultima fase di una serie di riforme legislative che hanno progressivamente modificato il sistema sanitario regionale delle Marche.

Inizialmente, la Legge Regionale n. 13 del 20 giugno 2003 aveva istituito un modello articolato in tre grandi enti sanitari: l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), le Aziende ospedaliere di Ancona (Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi – G. Salesi) e l'Ospedale San Salvatore di Pesaro. Successivamente, con la Legge Regionale n. 17 del 22 novembre 2010, fu introdotta una prima riorganizzazione, che ampliò il sistema includendo nuovi soggetti come l'INRCA (Istituto di Ricerca per la Cura e l'Assistenza degli Anziani) e il Dipartimento per la Salute e i Servizi Sociali.

Con la Legge Regionale del 1 agosto 2011, n. 17, furono definitivamente eliminate le zone territoriali, lasciando le Aree Vaste come suddivisione operativa del territorio. Le Aree Vaste erano finalizzate all'ottimizzazione dei servizi e alla programmazione integrata delle risorse, mantenendo una certa autonomia nella gestione tecnica e operativa, ma sempre sotto la supervisione dell'ASUR.

Il passaggio cruciale avvenne con la Legge Regionale dell'8 agosto 2022, n. 19, che ha ridefinito completamente l'assetto sanitario regionale delle Marche. Questa legge ha sancito la creazione delle Aziende Sanitarie Territoriali (AST), eliminando le Aree Vaste e introducendo un nuovo modello organizzativo. Le AST, dotate di maggiore autonomia gestionale e decisionale rispetto alle Aree Vaste, hanno lo scopo di rispondere in modo più diretto e immediato ai bisogni della popolazione locale. Ogni AST è ora responsabile dell'organizzazione dei servizi sanitari del proprio territorio, con un focus sulla continuità assistenziale e la prevenzione.

Nel caso specifico della provincia di Pesaro e Urbino, la creazione dell'AST ha portato a una maggiore integrazione tra i servizi ospedalieri e territoriali, consentendo una gestione più vicina ai cittadini e rispondendo alle esigenze locali con maggiore tempestività. L'AST Pesaro Urbino è quindi un tassello fondamentale del nuovo sistema

sanitario marchigiano, capace di affrontare le sfide moderne della sanità pubblica e garantire un servizio più efficiente, accessibile e mirato.

### **3 DIRIGENTI E COORDINATORI DELLE PROFESSIONI SANITARIE: LE PROFESSIONI SANITARIE CON FUNZIONI MANAGERIALI**

---

Il ruolo della dirigenza nelle professioni sanitarie, con particolare attenzione all'ambito della riabilitazione, è diventato sempre più cruciale in un sistema sanitario in continua evoluzione. Questo capitolo esplorerà la struttura normativa, le responsabilità dirigenziali, e l'impatto dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL) 2016-2018 e 2019-2021 sulla definizione degli incarichi di funzione per queste professioni.

Nel CCNL 2016-2018, firmato il 21 maggio 2018, viene introdotto un sistema di incarichi di funzione che riguarda diverse professioni sanitarie, inclusa la riabilitazione. Il contratto definisce due principali tipologie di incarichi: incarichi di organizzazione e incarichi di professione specialistica o esperta.

Gli incarichi di organizzazione sono attribuiti a professionisti sanitari che hanno maturato competenze gestionali e organizzative di alto livello. Questi incarichi includono la gestione delle risorse e delle attività all'interno di specifiche unità operative e richiedono una responsabilità diretta nella pianificazione e nel coordinamento dei servizi. Tale responsabilità è cruciale per garantire un'efficace gestione dei servizi sanitari e sociosanitari, come previsto dagli articoli 16 e 17 del CCNL 2016-2018. Gli incarichi di professione specialistica o esperta, invece, sono rivolti a professionisti che dimostrano competenze tecniche avanzate in settori specifici come la riabilitazione. Questi incarichi richiedono alti livelli di specializzazione e la capacità di gestire in modo autonomo aspetti complessi dell'assistenza clinica e riabilitativa. Secondo l'articolo 18 del CCNL 2016-2018, tali incarichi sono attribuiti in base all'esperienza e alla capacità del professionista di rispondere alle esigenze dei pazienti in ambiti altamente specializzati. Per entrambi i tipi di incarico, la durata è fissata a un minimo di tre anni e un massimo di cinque anni, con la possibilità di rinnovo in base ai risultati ottenuti. La valutazione delle prestazioni, elemento centrale per il rinnovo o la revoca dell'incarico, è effettuata dal dirigente delle professioni sanitarie, che ha il compito di monitorare il raggiungimento degli obiettivi concordati e la qualità del servizio erogato. Tale valutazione si basa sui criteri stabiliti dall'azienda e mira a migliorare l'efficacia organizzativa e l'efficienza delle strutture sanitarie, come specificato nell'articolo 20 del CCNL 2016-2018.

Nel CCNL 2019-2021, firmato il 16 novembre 2022, vengono confermate e ampliate le disposizioni relative agli incarichi di funzione, con l'introduzione di una nuova categoria

di incarichi denominata incarichi di Elevata Qualificazione (EQ). Questi incarichi sono riservati a professionisti che ricoprono ruoli di gestione particolarmente complessi e che richiedono competenze gestionali avanzate. Gli incarichi di EQ si suddividono in due categorie: la responsabilità di direzione, che implica il coordinamento di unità operative complesse, e gli incarichi ad alta professionalità, destinati a professionisti con competenze tecniche molto avanzate, come nel caso dei dirigenti della riabilitazione. L'articolo 16 del CCNL 2019-2021 specifica che gli incarichi di EQ richiedono una gestione autonoma delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche, con una forte enfasi sull'efficienza dei processi operativi. I dirigenti delle professioni sanitarie, inclusi quelli della riabilitazione, sono incaricati di assicurare che i servizi erogati rispettino standard elevati di qualità e siano conformi alle normative vigenti.

Un aspetto centrale del CCNL 2019-2021 è la valutazione delle prestazioni. Secondo l'articolo 22 del CCNL 2019-2021, la valutazione avviene tramite un processo trasparente e oggettivo, basato su criteri concordati all'inizio dell'incarico e periodicamente monitorati. Questa valutazione non solo determina la conferma o la revoca dell'incarico, ma può influenzare anche la progressione economica del dirigente. Infatti, il contratto introduce un sistema di progressione economica legato al raggiungimento degli obiettivi e all'efficacia nell'esercizio delle funzioni dirigenziali. Inoltre, il CCNL 2019-2021 prevede la possibilità di ottenere una retribuzione accessoria legata alla complessità e alle responsabilità dell'incarico. In base all'articolo 18, la retribuzione varia in funzione del livello di responsabilità e dell'impatto dell'incarico sulla gestione complessiva dell'azienda sanitaria. Per gli incarichi di EQ, questa indennità può essere significativa, riflettendo la complessità gestionale e la necessità di garantire l'eccellenza nelle prestazioni.

### **3.1 NORMATIVA E INQUADRAMENTO GIURIDICO**

L'evoluzione del ruolo dei coordinatori e dei dirigenti delle professioni sanitarie rappresenta un processo complesso e continuo, strettamente legato all'evoluzione del sistema sanitario e delle normative che lo regolano. Dalle prime forme di gestione delle risorse sanitarie fino alle moderne strutture organizzative, il percorso di sviluppo di queste figure professionali è stato caratterizzato da cambiamenti normativi, trasformazioni tecnologiche e progressi scientifici che ne hanno definito le competenze, le responsabilità e l'identità professionale.

Nel primo periodo del XX secolo, il sistema sanitario era caratterizzato da una gestione principalmente centralizzata, in cui la figura del medico deteneva gran parte del controllo e della responsabilità delle attività sanitarie. In questa fase, non esistevano ancora figure formalizzate di coordinatori e dirigenti nelle professioni sanitarie. Le attività di assistenza erano gestite in modo gerarchico, con poche deleghe e con un approccio manageriale poco sviluppato. Tuttavia, già in questi anni, l'esigenza di una

gestione più organizzata e specializzata cominciava a emergere, soprattutto nelle strutture ospedaliere più grandi.

L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con la Legge 23 dicembre 1978, n. 833, ha rappresentato una svolta fondamentale per l'organizzazione del sistema sanitario italiano. Questa legge ha formalmente introdotto l'obbligo di garantire assistenza sanitaria a tutti i cittadini, indipendentemente dalle loro condizioni socio-economiche. Con l'ampliamento delle funzioni del SSN, è emersa la necessità di una gestione più efficiente delle risorse umane e materiali, portando alla creazione delle prime figure di coordinamento all'interno delle strutture sanitarie. In questo contesto, la figura del coordinatore infermieristico è stata riconosciuta per la prima volta come essenziale per il buon funzionamento dei reparti ospedalieri. La Legge 12 febbraio 1991, n. 41 ha ulteriormente definito il profilo professionale dell'infermiere, attribuendo maggiori responsabilità e competenze, soprattutto in ambito gestionale.

Gli anni '90 hanno visto una riforma significativa del SSN con i Decreti Legislativi 502/1992 e 517/1993, che hanno introdotto il concetto di aziendalizzazione delle strutture sanitarie. Questi decreti hanno modificato profondamente l'assetto organizzativo delle aziende sanitarie, attribuendo maggiore autonomia gestionale ai direttori generali e, di conseguenza, aumentando l'importanza delle figure manageriali all'interno delle professioni sanitarie. In questo contesto, la figura del dirigente sanitario ha iniziato a emergere con maggiore chiarezza, con responsabilità dirette nella gestione dei servizi e del personale. Queste riforme hanno anche introdotto la necessità di una formazione manageriale specifica per i dirigenti delle professioni sanitarie, riconoscendo l'importanza di competenze economiche, gestionali e organizzative oltre a quelle cliniche.

Un'altra tappa cruciale nell'evoluzione del ruolo dei coordinatori e dei dirigenti delle professioni sanitarie è stata la Legge 26 febbraio 1999, n. 42, che ha sancito il superamento del mansionario, ossia l'elenco delle attività specifiche riservate alle diverse professioni sanitarie. Questa legge ha introdotto il concetto di "profilo professionale", che definisce le competenze e le responsabilità sulla base della formazione e dell'esperienza, piuttosto che su un rigido elenco di mansioni. Con l'abolizione del mansionario, i coordinatori e i dirigenti delle professioni sanitarie hanno visto ampliarsi notevolmente le loro funzioni e competenze, potendo così assumere un ruolo più attivo nella gestione dei processi assistenziali e organizzativi. Questo cambiamento ha comportato un'evoluzione anche nella formazione richiesta per queste figure, con l'introduzione di corsi di laurea specialistici e master in management sanitario.

La Legge 10 agosto 2000, n. 251, ha rappresentato un ulteriore passo avanti verso la piena autonomia professionale delle professioni sanitarie. Essa ha riconosciuto ufficialmente il ruolo dirigenziale nelle professioni sanitarie, non solo per gli infermieri

ma anche per altre professioni sanitarie come i tecnici sanitari e i fisioterapisti. Questa normativa ha permesso ai dirigenti delle professioni sanitarie di partecipare direttamente alla definizione delle politiche aziendali, con una maggiore autonomia nella gestione delle risorse umane e nella pianificazione strategica. La legge ha anche sottolineato l'importanza della formazione continua e dell'aggiornamento professionale, requisiti essenziali per mantenere e sviluppare le competenze manageriali necessarie.

Con l'emanazione della Legge 43/2006, le professioni sanitarie della riabilitazione hanno ottenuto una maggiore legittimazione in ambito dirigenziale. Questa legge ha introdotto nuovi titoli e percorsi formativi specifici, prevedendo la possibilità di assumere ruoli dirigenziali e di coordinamento. L'articolo 6 della Legge 43/2006 è particolarmente rilevante, in quanto ha istituito il sistema di laurea magistrale per le professioni sanitarie, un prerequisito essenziale per l'accesso ai ruoli di coordinamento e dirigenza. Inoltre, la legge ha introdotto l'obbligo di formazione manageriale specifica per l'accesso ai ruoli dirigenziali, conferendo a queste figure una preparazione adeguata per affrontare le sfide gestionali nel contesto sanitario.

Anche la Legge 3/2018, conosciuta anche come "Legge Lorenzin", ha ulteriormente rafforzato la struttura professionale e manageriale delle figure sanitarie, perché con la formazione degli Ordini Professionali e degli Albi, ha garantito ai professionisti iscritti agli albi l'esercizio della professione, e ha sottolineato l'importanza di un continuo aggiornamento delle competenze.

### **3.2 EVOLUZIONE NORMATIVA DELLE PROFESSIONI SANITARIE DELLA RIABILITAZIONE**

L'evoluzione normativa delle professioni sanitarie della riabilitazione è stata caratterizzata da un progressivo riconoscimento del loro ruolo all'interno del sistema sanitario nazionale, culminando in una serie di leggi che hanno stabilito i criteri e i requisiti per l'accesso a ruoli dirigenziali e di coordinamento. Questo percorso è stato fondamentale per assicurare che i professionisti della riabilitazione non solo partecipino attivamente alla governance sanitaria, ma abbiano anche le competenze necessarie per gestire e coordinare servizi complessi, rispondendo alle crescenti esigenze di qualità e efficienza.

Il percorso normativo delle professioni sanitarie della riabilitazione ha avuto inizio con il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, che rappresenta uno dei primi tentativi di riforma organica del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in Italia. Questo decreto, insieme ai successivi decreti integrativi, ha introdotto una nuova articolazione della dirigenza sanitaria, stabilendo due livelli principali: il dirigente e il dirigente di secondo livello o direttore. Sebbene il D.Lgs. 502/1992 fosse principalmente orientato a disciplinare la dirigenza medica e amministrativa, ha posto le basi per un futuro

ampliamento delle competenze dirigenziali anche alle altre professioni sanitarie, inclusa quella della riabilitazione.

Il decreto ha inoltre introdotto concetti chiave come l'autonomia gestionale e la responsabilità del dirigente nella programmazione, organizzazione e controllo delle attività sanitarie, elementi che sono diventati cruciali per la successiva evoluzione normativa che ha coinvolto le professioni sanitarie della riabilitazione.

Un punto di svolta fondamentale è stato rappresentato dalla già citata Legge 10 agosto 2000, n. 251. In particolare, l'art. 1 ha stabilito che i professionisti sanitari della riabilitazione, una volta acquisiti i necessari requisiti formativi e professionali, potessero accedere a ruoli dirigenziali e partecipare attivamente alla programmazione e organizzazione dei servizi sanitari. Questa legge ha, inoltre, sottolineato l'importanza dell'autonomia professionale, riconoscendo ai professionisti della riabilitazione il diritto e il dovere di esercitare la propria attività con piena responsabilità, in conformità alle proprie competenze.

Uno degli aspetti più significativi introdotti dalla Legge 251/2000 è stato il riconoscimento della necessità di un'adeguata formazione manageriale per i professionisti della riabilitazione, un requisito che è diventato essenziale per l'accesso ai ruoli dirigenziali. Questa formazione non solo permette ai professionisti di assumere ruoli di leadership all'interno delle strutture sanitarie, ma anche di contribuire in modo significativo alla gestione e al miglioramento continuo dei servizi sanitari.

La Legge 1 febbraio 2006, n. 43 ha rappresentato un ulteriore passo avanti nell'evoluzione normativa delle professioni sanitarie della riabilitazione. Questa legge ha sancito la possibilità per i professionisti della riabilitazione di accedere ai vertici organizzativi delle aziende sanitarie, equiparandoli di fatto ai medici e agli altri professionisti sanitari. La Legge 43/2006 ha introdotto nuove categorie professionali all'interno delle professioni sanitarie, suddividendole in quattro aree principali: infermieristica e ostetrica, riabilitativa, tecnico-sanitaria e della prevenzione.

Uno degli aspetti chiave della Legge 43/2006 è stata la previsione di specifici percorsi formativi per l'accesso ai ruoli dirigenziali. In particolare, la legge ha stabilito l'obbligo di conseguire una laurea magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione come requisito minimo per l'accesso ai ruoli di coordinamento e dirigenza. Questa laurea magistrale, introdotta dal D.M. 270/2004, fornisce competenze avanzate non solo in ambito clinico, ma anche in discipline economiche, giuridiche e di management, preparando i professionisti ad assumere ruoli di responsabilità all'interno delle strutture sanitarie.

Inoltre, la legge ha promosso la formazione continua e l'aggiornamento professionale attraverso l'Educazione Continua in Medicina (ECM), già introdotta dal D.Lgs.

229/1999, sottolineando l'importanza di mantenere e sviluppare nel tempo le competenze necessarie per affrontare le sfide della gestione sanitaria moderna.

La Legge 11 gennaio 2018, n. 3, conosciuta come "Legge Lorenzin", ha rappresentato una delle più recenti e significative riforme delle professioni sanitarie in Italia. Questa legge ha riformato gli ordini professionali, creando nuovi albi per le professioni sanitarie della riabilitazione, tra cui fisioterapisti, logopedisti e terapisti occupazionali. L'iscrizione a questi albi è diventata obbligatoria per l'esercizio della professione, garantendo che solo i professionisti qualificati possano esercitare, proteggendo così sia i pazienti sia i professionisti stessi.

La Legge 3/2018 ha ulteriormente rafforzato la struttura professionale e manageriale delle professioni sanitarie, introducendo nuove disposizioni in materia di formazione e aggiornamento professionale continuo, nonché di deontologia professionale. La creazione degli albi ha anche avuto l'effetto di formalizzare ulteriormente il percorso di accesso ai ruoli dirigenziali, in linea con i principi già stabiliti dalle leggi precedenti.

L'evoluzione normativa delle professioni sanitarie della riabilitazione ha seguito un percorso di crescente riconoscimento e valorizzazione delle competenze manageriali necessarie per l'accesso ai ruoli dirigenziali. Dall'introduzione della dirigenza sanitaria nel D.Lgs. 502/1992, passando per la Legge 251/2000 che ha formalmente riconosciuto l'importanza delle professioni sanitarie "non mediche", fino alla Legge 43/2006 e alla Legge 3/2018, il quadro normativo italiano ha costruito un profilo solido e ben definito per i dirigenti delle professioni sanitarie della riabilitazione. Queste norme hanno contribuito a delineare un sistema sanitario in cui le competenze cliniche si integrano con quelle manageriali, garantendo una gestione efficiente e di qualità dei servizi sanitari offerti alla popolazione.

### **3.3 RIFERIMENTI NORMATIVI E CONTRATTUALI**

La regolamentazione della dirigenza nelle professioni sanitarie della riabilitazione è il risultato di un complesso intreccio di normative e contratti collettivi che, nel tempo, hanno contribuito a definire ruoli, responsabilità e condizioni di lavoro. Oltre alle leggi fondamentali che delineano il quadro normativo generale, un ruolo cruciale è svolto dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL). In particolare, i CCNL relativi ai periodi 2016-2018 e 2019-2021 hanno introdotto significative novità e precisazioni che hanno influenzato profondamente l'organizzazione e la gestione della dirigenza sanitaria.

I Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL) sono strumenti fondamentali per la regolamentazione del lavoro nel settore pubblico e privato, e svolgono un ruolo centrale nel definire le condizioni di lavoro, gli incarichi e le responsabilità delle figure dirigenziali. Per la dirigenza delle professioni sanitarie, i CCNL rappresentano una fonte

normativa di primo piano, poiché integrano e specificano le disposizioni legislative, adattandole alle esigenze e alle peculiarità dei contesti lavorativi specifici.

Il CCNL 2016-2018 ha segnato un passo importante nell'evoluzione della regolamentazione della dirigenza sanitaria. Tra le principali novità introdotte da questo contratto vi è l'enfasi sulla formazione continua. Il contratto riconosce infatti che, in un contesto sanitario in rapido cambiamento, la formazione continua rappresenta uno strumento essenziale per garantire che i dirigenti sanitari siano costantemente aggiornati sulle ultime innovazioni scientifiche, tecnologiche e gestionali. A tal fine, il CCNL prevede specifiche misure per agevolare l'accesso a programmi di formazione e aggiornamento professionale. Un'altra innovazione significativa riguarda la classificazione degli incarichi dirigenziali. Il CCNL 2016-2018, firmato nel 2019, ha anche introdotto una suddivisione più articolata degli incarichi, spostando i Dirigenti delle Professioni Sanitarie dalla dirigenza amministrativa SPTA all'area della Dirigenza Sanitaria non medica. Tale articolazione ha permesso di definire meglio le aspettative e i requisiti per ciascun incarico, valorizzando le competenze specifiche dei dirigenti.

Il successivo CCNL 2019-2021 ha proseguito sulla strada tracciata dal precedente contratto, con ulteriori sviluppi e precisazioni. Questo contratto ha posto un accento ancora maggiore sull'importanza delle competenze manageriali, riconoscendo che la capacità di gestire efficacemente risorse umane, finanziarie e tecniche è cruciale per il successo delle strutture sanitarie.

Una delle novità più rilevanti del CCNL 2019-2021 è stata l'enfasi sulla gestione integrata dei servizi. In un contesto caratterizzato da una crescente complessità delle cure e dalla necessità di coordinare diversi ambiti assistenziali, il contratto ha riconosciuto la necessità di sviluppare competenze trasversali che permettano ai dirigenti di operare in modo integrato. Questo approccio è particolarmente importante nel campo della riabilitazione, dove la collaborazione tra diversi professionisti sanitari è fondamentale per garantire un'assistenza efficace e personalizzata. Inoltre, il CCNL 2019-2021 ha introdotto nuove disposizioni riguardanti la valutazione delle performance dirigenziali. Queste misure mirano a garantire che i dirigenti non solo raggiungano gli obiettivi prefissati, ma contribuiscano anche al miglioramento continuo dei servizi offerti. La valutazione delle performance è quindi diventata uno strumento centrale per orientare l'attività dei dirigenti verso l'eccellenza e per premiare il merito.

Le novità introdotte dai CCNL 2016-2018 e 2019-2021 hanno avuto un impatto significativo sulle professioni sanitarie, incluse quelle della riabilitazione. La maggiore attenzione alla formazione continua ha permesso ai dirigenti di accedere a un'offerta formativa più ricca e mirata, potenziando le loro competenze in aree chiave come la gestione del cambiamento, la leadership e l'integrazione dei servizi. La nuova classificazione degli incarichi ha inoltre favorito una migliore distribuzione delle

responsabilità, consentendo una gestione più efficiente e specializzata dei servizi delle Professioni Sanitarie. Questo ha avuto come risultato un miglioramento della qualità delle cure e una maggiore capacità di rispondere alle esigenze dei pazienti. Infine, l'accento posto sulla gestione integrata dei servizi ha spinto i dirigenti a sviluppare una visione più olistica e collaborativa del loro ruolo, promuovendo un approccio multidisciplinare che ha migliorato i risultati per i pazienti.

### **3.4 IL RUOLO DEL DIRIGENTE: COMPETENZE E FORMAZIONE**

Il ruolo del dirigente nelle professioni sanitarie della riabilitazione è cruciale per garantire l'efficienza e l'efficacia dei servizi erogati. Questi professionisti sono responsabili della gestione complessiva delle attività di riabilitazione, assicurando che le prestazioni siano allineate agli standard di qualità, sicurezza e appropriatezza stabiliti dalle normative vigenti.

Le funzioni del dirigente sono:

- **Pianificazione Strategica:** il dirigente è coinvolto nella definizione degli obiettivi a lungo termine del servizio di riabilitazione. Questo implica l'analisi dei bisogni della popolazione assistita, la valutazione delle risorse disponibili e la pianificazione di interventi che rispondano efficacemente alle esigenze di salute della comunità.
- **Gestione delle Risorse Umane:** un aspetto chiave del ruolo dirigenziale è la supervisione e il coordinamento del personale sanitario. Il dirigente è responsabile della distribuzione dei carichi di lavoro, della valutazione delle performance dei collaboratori, e dell'organizzazione di percorsi formativi e di aggiornamento professionale per il personale.
- **Controllo della Qualità:** il dirigente monitora la qualità delle prestazioni erogate, garantendo che i protocolli clinici siano rispettati e che gli standard di sicurezza siano mantenuti. Parte del suo compito è anche quello di analizzare e migliorare continuamente i processi operativi.
- **Gestione Economica:** la gestione delle risorse finanziarie è fondamentale per garantire la sostenibilità dei servizi. Il dirigente deve bilanciare il budget assegnato, ottimizzando l'uso delle risorse economiche e cercando opportunità per ridurre i costi senza compromettere la qualità delle cure.

Il dirigente delle professioni sanitarie della riabilitazione collabora strettamente con altri dirigenti aziendali, come il direttore sanitario e il direttore amministrativo, per assicurare un'integrazione efficace tra le diverse funzioni aziendali. Questo lavoro di squadra è essenziale per garantire una gestione coordinata delle risorse e per sviluppare strategie condivise che migliorino l'efficienza complessiva della struttura sanitaria.

### **3.4.1 COMPETENZE E FORMAZIONE**

Il successo nel ruolo dirigenziale richiede una combinazione di competenze cliniche avanzate e capacità gestionali. La complessità del settore della riabilitazione, unita alla necessità di gestire risorse umane e tecnologiche in modo efficiente, rende essenziale per i dirigenti possedere un set di competenze diversificate tra cui:

- **Competenze Manageriali:** capacità di pianificazione, organizzazione, gestione dei processi, e leadership. I dirigenti devono saper coordinare team multidisciplinari, prendere decisioni strategiche e gestire situazioni di crisi con competenza e sicurezza.
- **Competenze Cliniche e Tecniche:** è fondamentale una profonda conoscenza delle metodologie riabilitative, delle tecniche avanzate di trattamento, e delle innovazioni nel campo della riabilitazione. La supervisione clinica richiede che il dirigente sia in grado di valutare l'efficacia degli interventi terapeutici e di supportare il personale nelle decisioni cliniche complesse.
- **Competenze Relazionali:** la capacità di gestire le relazioni interpersonali è essenziale, soprattutto nella gestione dei team e nel rapporto con i pazienti e i loro familiari. Le competenze in negoziazione e mediazione sono particolarmente utili per risolvere conflitti interni e per garantire un ambiente di lavoro collaborativo.
- **Competenze di Innovazione:** i dirigenti devono essere in grado di promuovere l'innovazione all'interno della loro organizzazione, incoraggiando l'adozione di nuove tecnologie e l'implementazione di metodologie terapeutiche all'avanguardia. Questo richiede una mentalità aperta al cambiamento e una propensione alla ricerca e allo sviluppo.

### **3.5 GLI INCARICHI DI FUNZIONE**

Gli incarichi di funzione all'interno delle professioni sanitarie della riabilitazione sono suddivisi in vari livelli di complessità e responsabilità, riflettendo la crescente specializzazione richiesta nel settore. Ogni incarico comporta compiti e competenze specifiche, con un impatto diretto sull'organizzazione e sulla qualità dei servizi riabilitativi offerti. Gli Incarichi di funzione organizzativa delle Professioni Sanitarie sono i seguenti:

1. **Incarico di funzione organizzativa di coordinamento:** questo livello prevede la gestione di progetti o funzioni organizzative di media complessità. Gli operatori con un incarico di funzione organizzativa di coordinamento sono incaricati del coordinamento di team specifici o di settori operativi nell'ambito della riabilitazione. Possono occuparsi, ad esempio, di gestire l'attuazione di protocolli

riabilitativi, della supervisione del personale o di supportare l'organizzazione di percorsi riabilitativi all'interno di strutture sanitarie.

2. Incarico di funzione organizzativa trasversale: questo incarico riguarda funzioni organizzative di media complessità. Chi assume un incarico di funzione organizzativa trasversale svolge attività di pianificazione e coordinamento di intere strutture o di servizi complessi all'interno delle professioni sanitarie della riabilitazione. Questi incarichi hanno funzioni trasversali solo su processi non gestionali. Le responsabilità includono la gestione delle risorse umane e strumentali, l'organizzazione di interventi riabilitativi in unità operative e la partecipazione alla definizione di politiche sanitarie a livello aziendale.
3. Incarico di funzione organizzativa dipartimentale: l'incarico di funzione organizzativa dipartimentale riguarda funzioni organizzative ad elevata complessità gestionale e professionale a garanzia del buon funzionamento dei servizi riabilitativi. Chi assume questo ruolo può essere responsabile di coordinare singole attività riabilitative o gestire piccoli gruppi di lavoro. Le responsabilità includono anche la gestione amministrativa di settori specifici o l'attuazione di progetti a livello locale.

Questa suddivisione in incarichi di funzione organizzativa (A1, A2 e A3) permette una maggiore flessibilità nell'attribuzione delle responsabilità all'interno delle professioni sanitarie della riabilitazione, favorendo un'efficace gestione delle risorse e una migliore qualità dei servizi riabilitativi.

### **3.5.1 MODALITÀ DI ASSEGNAZIONE E DURATA**

Secondo i CCNL vigenti, gli incarichi di funzione sono assegnati sulla base di criteri di merito e competenza. La selezione avviene considerando l'esperienza professionale e il curriculum formativo dei candidati, spesso attraverso un processo di valutazione interna che può includere colloqui, esami o revisioni delle performance.

Secondo il CCNL 2016-2018 del comparto Sanità, la durata degli incarichi di funzione nelle professioni sanitarie (incluso il personale della riabilitazione) è stabilita in un periodo di tre anni.

Tuttavia, ci sono alcuni aspetti rilevanti da considerare:

- Gli incarichi sono rinnovabili, previo processo di valutazione dei risultati ottenuti durante il periodo dell'incarico.
- Al termine dei tre anni, l'incarico può essere confermato, modificato o revocato, in base alle esigenze dell'azienda sanitaria e alla performance del professionista.
- Gli incarichi possono anche essere revocati prima della scadenza triennale, qualora non vengano raggiunti gli obiettivi prefissati o in caso di altre problematiche specifiche legate alla gestione dell'incarico.

Queste disposizioni assicurano che le funzioni siano svolte in modo efficiente e che il rinnovo o la revoca degli incarichi sia sempre legato a una valutazione oggettiva delle prestazioni. La valutazione oggettiva delle prestazioni per gli incarichi di funzione nelle professioni sanitarie, secondo il **CCNL 2016-2018**, è effettuata da specifici organi o figure dirigenziali all'interno dell'azienda sanitaria. In particolare:

- **Dirigente delle Professioni Sanitarie:** è la figura principale responsabile della valutazione dei coordinatori nelle professioni sanitarie. Il dirigente delle professioni sanitarie monitora il raggiungimento degli obiettivi assegnati ai coordinatori e valuta il comportamento professionale e l'efficacia organizzativa. A differenza del dirigente medico dell'Unità Operativa, che non è coinvolto direttamente nella valutazione dei coordinatori, il dirigente delle professioni sanitarie svolge questa funzione in modo specifico e dedicato.
- **Organismo Indipendente di Valutazione (OIV):** in molte aziende sanitarie, l'OIV verifica la correttezza e la trasparenza del processo di valutazione. L'OIV assicura che i criteri di valutazione siano applicati in maniera equa e oggettiva, rispettando le linee guida definite dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) e dall'azienda stessa.
- **Commissione interna o Collegio Tecnico:** in alcuni casi, può essere costituita una commissione o un collegio tecnico specifico per valutare particolari tipologie di incarichi o per garantire la presenza di competenze specialistiche nella valutazione. Questi organi possono essere chiamati a supportare il processo valutativo soprattutto per incarichi di maggiore complessità.

Il processo di valutazione si basa su obiettivi predefiniti, assegnati all'inizio dell'incarico, che vengono monitorati periodicamente per verificare se siano stati raggiunti in modo soddisfacente. Questi obiettivi riguardano solitamente la qualità del servizio, l'efficacia organizzativa, l'appropriatezza clinica e il rispetto dei protocolli operativi.

Il CCNL 2019-2021 del comparto Sanità introduce importanti novità sugli incarichi di funzione nelle professioni sanitarie, considerabili rivoluzionarie per vari motivi. Innanzitutto, amplia le opportunità di crescita professionale e valorizza maggiormente le competenze, definendo un nuovo sistema di incarichi articolato in incarichi di organizzazione e incarichi professionali. Questa distinzione è pensata per valorizzare sia le competenze gestionali che quelle tecniche e specialistiche, dando un riconoscimento più adeguato alle diverse professionalità che operano nel settore sanitario. Gli incarichi di organizzazione sono assegnati a professionisti con responsabilità di coordinamento e gestione. Questi incarichi comprendono la gestione di risorse umane, l'organizzazione del lavoro all'interno di strutture complesse, la responsabilità di coordinare gruppi di lavoro o servizi. Gli incarichi di organizzazione possono essere attribuiti a chi ha una comprovata esperienza in ruoli di supervisione e gestione, e il loro obiettivo è garantire

l'efficienza e la qualità dei servizi sanitari. Il CCNL 2019-2021 sottolinea l'importanza di definire criteri chiari per l'attribuzione di questi incarichi, come la valutazione delle competenze gestionali e organizzative, l'esperienza maturata e la capacità di raggiungere gli obiettivi fissati dalle aziende sanitarie. Gli incarichi professionali sono dedicati a valorizzare le competenze tecniche e specialistiche dei professionisti sanitari, riconoscendo il loro ruolo nella cura dei pazienti e nei processi assistenziali. Questi incarichi sono riservati a operatori che, pur non ricoprendo ruoli gestionali, svolgono attività ad alto contenuto specialistico, contribuendo all'innovazione e al miglioramento delle pratiche cliniche e riabilitative. Il CCNL 2019-2021 stabilisce che tali incarichi siano conferiti a chi possiede specifiche competenze tecniche o cliniche, spesso acquisite attraverso percorsi formativi avanzati o attraverso l'esperienza sul campo. Questo tipo di incarico riconosce anche le funzioni di tutoraggio e formazione di altri professionisti all'interno della struttura.

Una delle innovazioni più rilevanti del CCNL 2019-2021 è l'introduzione di un sistema che premia le competenze e l'esperienza del personale sanitario, permettendo una progressione di carriera basata sul merito, senza che il professionista debba necessariamente assumere ruoli di direzione o gestione. Questo aspetto è cruciale per garantire che le persone con alte competenze tecniche o cliniche possano crescere professionalmente senza dover passare alla gestione.

Il contratto prevede inoltre una maggiore trasparenza nell'assegnazione degli incarichi, attraverso criteri chiari e oggettivi che valorizzano il percorso formativo e le competenze acquisite. Questi cambiamenti rappresentano una svolta rispetto al CCNL 2016-2018, che non prevedeva una separazione così marcata tra gli incarichi organizzativi e professionali, né un riconoscimento così strutturato della specializzazione tecnica. Gli incarichi verranno assegnati secondo le nuove disposizioni, con una particolare attenzione alle competenze professionali e alla formazione continua.

In sintesi, il CCNL 2019-2021 attribuisce agli incarichi di organizzazione un peso gestionale e di coordinamento, mentre gli incarichi professionali valorizzano le competenze specialistiche e cliniche, offrendo percorsi di carriera paralleli, entrambi con la possibilità di progressioni meritocratiche.

Tali innovazioni offrono al personale sanitario un sistema di carriera più flessibile, in grado di riconoscere le diverse modalità di contributo all'efficacia del servizio sanitario.

### **3.6 CRITICITÀ E SFIDE**

L'implementazione delle innovazioni contrattuali nei CCNL 2016-2018 e 2019-2021 ha portato significativi benefici per la gestione delle professioni sanitarie della riabilitazione, ma non senza incontrare criticità e sfide. La resistenza al cambiamento, le

disparità regionali, e le esigenze di formazione sono problemi che hanno richiesto e richiedono un'attenzione costante da parte delle autorità sanitarie e dei dirigenti stessi. Affrontare queste sfide è essenziale per garantire un'implementazione efficace delle innovazioni e per assicurare che i dirigenti sanitari possano operare al meglio delle loro capacità, a beneficio delle strutture sanitarie e, soprattutto, dei pazienti.

Uno degli ostacoli più rilevanti emersi durante questo processo è la resistenza al cambiamento. Questa resistenza si è manifestata principalmente in contesti con una lunga tradizione di gestione centralizzata, dove i modelli organizzativi consolidati sono stati difficili da modificare. I dipendenti e persino alcuni dirigenti, abituati a metodi operativi tradizionali, hanno mostrato riluttanza ad adottare nuove pratiche e strumenti, soprattutto quelli che richiedono una maggiore autonomia decisionale e una più elevata responsabilità. Questa resistenza può essere attribuita alla paura dell'incertezza, alla mancanza di familiarità con le nuove tecnologie e processi, e al timore di perdere il controllo sulle attività gestionali. Per superare queste resistenze, è stato necessario un impegno significativo da parte delle amministrazioni sanitarie e dei dirigenti stessi, che hanno dovuto implementare strategie di gestione del cambiamento. Queste strategie hanno incluso la comunicazione efficace dei benefici delle nuove disposizioni, il coinvolgimento attivo del personale nei processi decisionali, e l'offerta di supporto durante le fasi di transizione. Nonostante questi sforzi, in alcuni contesti la resistenza al cambiamento ha rallentato l'applicazione delle innovazioni contrattuali, richiedendo tempi più lunghi per l'integrazione completa delle nuove norme.

Un'altra criticità significativa emersa dall'implementazione dei CCNL è stata la disparità regionale nell'applicazione delle nuove disposizioni contrattuali. Il sistema sanitario italiano, caratterizzato da una forte decentralizzazione regionale, ha portato a una diversa velocità e modalità di attuazione dei contratti collettivi tra le varie regioni. Alcune regioni, dotate di strutture amministrative più efficienti e di maggiori risorse finanziarie, sono state in grado di implementare rapidamente le innovazioni contrattuali, garantendo ai dirigenti e al personale sanitario un adeguamento tempestivo ai nuovi standard. Altre regioni, invece, hanno incontrato maggiori difficoltà, dovute a fattori come la carenza di risorse, una burocrazia più complessa, o una resistenza locale al cambiamento. Questa disparità ha portato a una situazione di disomogeneità, in cui i professionisti sanitari di alcune regioni hanno beneficiato prima e più ampiamente delle nuove disposizioni contrattuali, mentre altri hanno dovuto attendere tempi più lunghi per vedere riconosciuti i loro diritti e opportunità.

Per affrontare queste disparità, è stata necessaria un'azione di coordinamento a livello nazionale, con interventi mirati per supportare le regioni in ritardo nell'implementazione. Tuttavia, le differenze regionali rimangono una sfida significativa, che richiede un monitoraggio continuo e un impegno costante per

garantire l'equità e l'uniformità nell'applicazione delle normative contrattuali su tutto il territorio nazionale.

La formazione continua è stata una componente centrale delle innovazioni introdotte dai CCNL, con un'attenzione particolare alla necessità di aggiornare costantemente le competenze dei dirigenti sanitari. Tuttavia, l'intensificarsi delle esigenze di formazione ha generato una serie di sfide per i dirigenti delle professioni sanitarie della riabilitazione. Il primo problema riguarda la conciliazione tra formazione e responsabilità operative. I dirigenti sanitari si trovano spesso a dover bilanciare il tempo dedicato alla formazione con le esigenze operative delle strutture sanitarie in cui operano. Questa sfida è particolarmente acuta in contesti in cui le risorse umane sono limitate e le esigenze assistenziali sono elevate. La necessità di partecipare a corsi di formazione, seminari, e programmi di aggiornamento può entrare in conflitto con le responsabilità quotidiane, creando stress e potenzialmente influenzando la qualità del lavoro. In secondo luogo, vi è la questione della qualità e accessibilità della formazione. Sebbene i CCNL abbiano sottolineato l'importanza della formazione continua, la disponibilità di programmi formativi di alto livello non è uniforme su tutto il territorio nazionale. Alcuni dirigenti, soprattutto quelli operanti in regioni meno sviluppate o in aree rurali, potrebbero avere difficoltà ad accedere a corsi avanzati o a eventi formativi di rilievo. Questo limita le opportunità di aggiornamento e può portare a una disparità nelle competenze tra i dirigenti.

Infine, la rapidità del cambiamento tecnologico e delle innovazioni cliniche pone ulteriori pressioni sui dirigenti, che devono costantemente aggiornarsi per rimanere al passo con le nuove metodologie e strumenti. La formazione continua diventa quindi non solo una necessità, ma un imperativo per garantire che i servizi di riabilitazione siano all'avanguardia e rispondano adeguatamente alle esigenze dei pazienti.

## **4 PIANIFICAZIONE E APPLICAZIONE DELLE PROPOSTE MANAGERIALI NELLE PROFESSIONI SANITARIE DELLA RIABILITAZIONE**

---

### **4.1 DESCRIZIONE DEL CONTESTO E DEL CASO STUDIO**

#### **4.1.1 PROFILO DELL'AZIENDA TERRITORIALE: VISION E MISSION**

I concetti di visione e missione sono di fondamentale importanza sia per la nascita che per lo sviluppo di ogni impresa o azienda.

La vision è l'idea del futuro atteso dell'azienda, il punto di arrivo condiviso e raggiungibile verso quale devono convergere tutti gli obiettivi e tutte le attività

aziendali: è l'ideologia che rappresenta il cuore dell'impresa, che non si modifica e definisce l'azienda stessa. L'identità dell'azienda delineata nella vision costituisce il punto di riferimento per l'intera organizzazione aziendale, la sua motivazione strategica, comprendendo sia un insieme di principi riconosciuti come sani e rilevanti di per sé, da porre al centro dell'essere e dell'azione dell'impresa, sia rappresentando la più importante ragione d'essere dell'azienda stessa. La mission scaturisce dalla visione dell'azienda. La mission esprime ciò che l'azienda fa o si propone di fare, cioè la sua attività fondamentale.

Per ciò che riguarda l'AST PESARO URBINO, il Servizio delle Professioni Sanitarie è una combinazione delle strutture e delle organizzazioni delle aziende precedenti, ovvero:

- ASUR (Azienda Sanitaria Unica Regionale), che gestiva i servizi sanitari territoriali e ospedalieri in una vasta area della regione.
- A.O. Marche Nord, che comprendeva ospedali e servizi specialistici nella parte settentrionale delle Marche.

Questa combinazione implica una grande varietà di strutture, protocolli e modalità operative che devono essere armonizzati per garantire un servizio sanitario coeso e integrato.

Il prossimo atto aziendale sarà un documento chiave che definirà:

- Vision: Qual è l'obiettivo a lungo termine dell'AST PU? Quali sono le ambizioni strategiche e le finalità dell'azienda in termini di qualità e tipo di assistenza sanitaria offerta?
- Mission: Quali sono i compiti principali e le responsabilità quotidiane dell'azienda AST PU? Come intende raggiungere gli obiettivi strategici definiti nella vision?

Nel contesto di questa riorganizzazione, l'atto aziendale definirà specificamente:

- Il ruolo delle Professioni Sanitarie: Questo significa chiarire come le diverse professioni sanitarie (medici, infermieri, fisioterapisti, ecc.) saranno strutturate e integrate all'interno dell'AST PU. Sarà importante stabilire le responsabilità, i percorsi professionali, e le modalità di collaborazione tra i vari professionisti.
- Integrazione dei Servizi: Stabilire come le diverse strutture e servizi sanitari precedentemente separati saranno unificati e come il personale sanitario lavorerà insieme per offrire assistenza continua e di alta qualità.

L'articolo 36 della Legge Regionale 19/2022 e la DGRM forniscono le linee guida e le normative per la redazione dell'atto aziendale.

## Art. 36

(Servizio professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione, tecnico-sanitarie e della professione sanitaria ostetrica e servizio sociale professionale)

1. In attuazione della legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica), negli enti del servizio sanitario regionale è istituito, tramite l'atto di organizzazione di cui all'articolo 24, il servizio delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione, tecnico-sanitarie e della professione sanitaria ostetrica, quale struttura di staff della direzione aziendale, dotato di autonomia tecnico organizzativa e gestionale, che può essere articolato su base dipartimentale, anche interaziendale.
2. E', altresì, istituito il servizio sociale professionale, la cui direzione è affidata al direttore socio-sanitario, nei limiti del personale assegnato all'Azienda sanitaria territoriale.

In particolare, la Legge Regionale 19/2022 stabilisce che l'atto aziendale deve riflettere le disposizioni per la gestione e il coordinamento delle professioni sanitarie, chiarendo la loro organizzazione e il loro ruolo nell'azienda; mentre la DGRM specifica come queste norme devono essere applicate, offrendo dettagli operativi e criteri per garantire che l'atto aziendale sia coerente con le linee guida regionali e le migliori pratiche.

Sulla base di questo, il prossimo atto aziendale dell'AST PU rappresenterà un momento cruciale per definire chiaramente come le Professioni Sanitarie saranno strutturate e integrate nella nuova azienda, in conformità con le disposizioni regionali. Questo processo di integrazione mira a ottimizzare l'efficienza e la qualità dei servizi sanitari offerti, attraverso una pianificazione e una gestione ben definite delle risorse e delle competenze.

La mission del Servizio delle Professioni potrebbe basarsi sull'assunto per cui la cooperazione dei soggetti che interagiscono all'interno dei servizi stessi è fondamentale per affrontare la complessità dei servizi assistenziali sanitari. La necessità di integrazione rappresenta un traguardo da raggiungere con la costruzione di progetti condivisi, orientati al problema e con finalità comuni. La mission si riconduce a tre principi fondamentali:

1. Qualità e sicurezza delle cure infermieristiche, riabilitative e dei processi tecnico-sanitari e della prevenzione
2. Valorizzazione e Sviluppo delle competenze dei professionisti
3. Benessere organizzativo dei professionisti

Nella mission viene anche evidenziata l'importanza delle relazioni con le Associazioni del Terzo Settore, perché esse rappresentano le persone assistite.

#### **4.1.2 CONTESTO E SFIDE AFFRONTATE**

Il settore della sanità è in continua evoluzione, richiedendo un costante adattamento delle strutture organizzative e dei servizi offerti ai cittadini. Un esempio significativo di questa evoluzione è rappresentato dalla recente fusione delle aziende sanitarie ex Marche Nord e ex Area Vasta 1 (AV1) in un'unica entità, denominata Azienda Sanitaria Territoriale 1 (AST PU). Questo cambiamento, sebbene promettente per la creazione di un sistema sanitario più integrato e coordinato, presenta numerose sfide, specialmente in assenza di un atto aziendale che delinei con chiarezza le modalità operative, le linee guida e le strutture organizzative della nuova azienda.

La decisione di fondere le aziende sanitarie ex Marche Nord e ex AV1 in AST1 è stata dettata dalla necessità di migliorare l'efficienza, ridurre i costi e ottimizzare le risorse disponibili. Le due aziende, pur operando nella stessa area geografica, si sono sviluppate nel corso degli anni seguendo percorsi organizzativi e gestionali differenti, con proprie specificità in termini di servizi, protocolli e strutture operative. La fusione rappresenta dunque un passo importante verso la creazione di un sistema sanitario più coeso, capace di rispondere in modo più efficace alle esigenze del territorio.

Dal punto di vista operativo, l'integrazione dei servizi delle ex aziende Marche Nord e AV1 presenta numerosi ostacoli. Uno degli aspetti più critici riguarda l'armonizzazione dei protocolli clinici e dei percorsi di cura. Le due aziende, nel corso degli anni, hanno sviluppato metodologie operative diverse, che ora devono essere uniformate per garantire un livello di assistenza omogeneo su tutto il territorio di competenza dell'AST PU. Un altro aspetto rilevante è rappresentato dalla gestione delle risorse tecnologiche e infrastrutturali. Le due aziende disponevano di sistemi informativi, apparecchiature e strutture fisiche differenti. La sfida consiste nell'integrare queste risorse in modo efficiente, garantendo la continuità dei servizi e minimizzando i disagi per i pazienti e gli operatori sanitari.

Affrontare con successo queste sfide richiede un approccio strategico e coordinato. Una delle prime azioni necessarie è la stesura di un atto aziendale che delinei chiaramente la struttura organizzativa dell'AST PU e le modalità operative. Questo documento dovrà definire i ruoli e le responsabilità, i protocolli di comunicazione interna e le strategie per l'integrazione delle risorse umane e tecnologiche. Un altro elemento chiave sarà l'implementazione di programmi di formazione e aggiornamento per il personale, mirati a favorire l'acquisizione delle competenze necessarie per operare nella nuova realtà aziendale. Sarà altrettanto importante la promozione di una cultura aziendale condivisa,

con iniziative volte a facilitare la collaborazione tra i dipendenti delle due ex aziende e a costruire un senso di appartenenza comune.

#### **4.1.3 ANALISI DELLE ESIGENZE: PIANIFICAZIONE STRATEGICA E OBIETTIVI DEL PIANO**

La prima fase per la costruzione di un piano di attività consiste nell'analisi delle esigenze specifiche e nella definizione degli obiettivi strategici. È fondamentale partire dall'identificazione degli obiettivi che il piano intende raggiungere. Questi obiettivi devono riflettere le priorità dell'organizzazione e rispondere alle necessità dei pazienti, tenendo conto delle risorse umane, finanziarie e materiali disponibili.

##### **4.1.3.1 IDENTIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI DEL PIANO**

Gli obiettivi del piano di attività devono essere chiaramente definiti e allineati con la missione dell'organizzazione sanitaria, in questo caso specifico, l'integrazione delle professioni sanitarie della riabilitazione tra l'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Pesaro Urbino e l'area di Marche Nord. L'obiettivo primario potrebbe essere la creazione di un sistema di lavoro integrato che favorisca la collaborazione tra le diverse specializzazioni e ottimizzi l'uso delle risorse disponibili. Altri obiettivi successivi potrebbero includere l'implementazione di protocolli comuni, la standardizzazione delle procedure di intervento, e il miglioramento della qualità dei servizi riabilitativi offerti ai pazienti. Questi obiettivi devono essere misurabili, realistici e raggiungibili entro un periodo di tempo specifico, per garantire che il piano sia efficace e che i progressi possano essere monitorati.

##### **4.1.3.2 DISCUSSIONE DEL GRUPPO DI LAVORO, FASI, OBIETTIVI**

Il gruppo di lavoro, composto dagli incarichi di funzione organizzativa A2 e dai rappresentanti delle professioni sanitarie della riabilitazione dell'AST Pesaro Urbino, ha svolto un ruolo fondamentale nella pianificazione strategica delle attività riabilitative. Sotto la direzione scientifica del Dirigente delle Professioni Sanitarie, il gruppo ha avviato un'approfondita discussione finalizzata a integrare le diverse competenze dei professionisti coinvolti – fisioterapisti, logopedisti, TNPEE, educatori professionali, podologi e ortottisti – per garantire un approccio olistico e multidisciplinare nella gestione delle cure.

Le fasi di lavoro sono state articolate in diversi momenti chiave: inizialmente, il gruppo ha condotto un'analisi dettagliata delle funzioni e dei ruoli delle varie professioni all'interno delle Unità Operative (UO) e dei setting riabilitativi, valutando le specifiche esigenze di ciascun contesto. Questo ha permesso di identificare le aree di miglioramento e le opportunità di sinergia tra le diverse figure professionali, con l'obiettivo di massimizzare l'efficacia degli interventi e l'utilizzo delle risorse disponibili.

Successivamente, il gruppo si è concentrato sulla definizione di criteri condivisi per la strutturazione dei piani di lavoro, adottando un approccio basato su evidenze scientifiche e sulle migliori pratiche del settore. Questo processo ha portato alla

formulazione di obiettivi comuni, che riflettessero non solo le esigenze specifiche delle singole professioni, ma anche le peculiarità delle diverse sedi operative. La pianificazione strategica è stata quindi orientata a garantire la coerenza e l'efficacia dei servizi riabilitativi, rispettando al contempo l'eterogeneità delle realtà territoriali.

Infine, il gruppo ha sviluppato una serie di strategie operative per l'implementazione dei piani di lavoro, assicurando una gestione coordinata e integrata dei servizi. Questo approccio ha favorito la creazione di un modello organizzativo flessibile e adattabile, capace di rispondere in modo efficace alle sfide emergenti e di migliorare la qualità complessiva delle prestazioni riabilitative offerte dall'AST Pesaro Urbino.

## **4.2 COSTRUZIONE E SVILUPPO DEL PIANO DI ATTIVITÀ**

### **4.2.1 DEFINIZIONE DELLE ATTIVITÀ E DELLE PROCEDURE**

La definizione delle attività e delle procedure rappresenta un passaggio cruciale per l'efficace implementazione del piano di attività nelle professioni sanitarie della riabilitazione. L'obiettivo è garantire che tutte le figure professionali coinvolte operino in modo coordinato e secondo linee guida condivise, assicurando così l'omogeneità e la qualità delle prestazioni.

Per raggiungere tale obiettivo, è essenziale che ogni attività riabilitativa venga pianificata con attenzione e che le procedure siano strutturate in modo da consentire una gestione ottimale delle risorse disponibili. Le attività devono essere assegnate in base alle competenze specifiche di ciascun professionista, rispettando al contempo le priorità cliniche e le esigenze individuali dei pazienti. È fondamentale che la collaborazione tra i diversi professionisti sia facilitata da una chiara divisione dei ruoli e delle responsabilità, permettendo così un'efficace integrazione dei servizi.

La chiara definizione delle procedure operative aiuta a ridurre le inefficienze e a garantire che il percorso riabilitativo del paziente sia continuo e senza interruzioni. Inoltre, una solida struttura organizzativa consente di affrontare eventuali criticità in modo tempestivo, mantenendo elevati gli standard di qualità del trattamento.

### **4.2.2 ASSEGNAZIONE DELLE RISORSE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO**

Una volta definiti i protocolli operativi, è fondamentale procedere con l'organizzazione del lavoro. Questo passaggio richiede una valutazione accurata delle risorse disponibili, sia in termini di personale che di strumenti e spazi, per assicurare che siano distribuite in modo equo ed efficiente. L'obiettivo è ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane e materiali, evitando sprechi e ridondanze, e garantendo al contempo che ogni professionista sia messo in condizione di operare al massimo delle proprie capacità.

L'organizzazione del lavoro deve essere strutturata in modo tale da favorire la collaborazione interdisciplinare e il lavoro di squadra. È importante stabilire ruoli chiari e responsabilità ben definite per ogni figura professionale, assicurando che ciascuno conosca i propri compiti e quelli dei colleghi. Questo approccio permette di evitare sovrapposizioni e di garantire che ogni attività riabilitativa venga svolta con la massima efficienza. L'allocazione delle risorse deve inoltre tenere conto delle specifiche esigenze dei pazienti e delle priorità cliniche, assicurando che i casi più complessi o urgenti ricevano l'attenzione necessaria.

#### **4.2.3 PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' E DELLE TEMPISTICHE**

La pianificazione delle attività e delle tempistiche è essenziale per garantire che il piano di attività venga implementato in modo fluido ed efficace. Questo processo prevede la creazione di un calendario operativo dettagliato che specifichi le tempistiche per ogni fase del trattamento riabilitativo, dalla valutazione iniziale alla dimissione del paziente. La pianificazione deve essere realistica, tenendo conto delle risorse disponibili e delle possibili variabili che possono influenzare i tempi di esecuzione.

Un aspetto critico della pianificazione temporale è la necessità di flessibilità. Sebbene sia importante stabilire scadenze e obiettivi chiari, il piano deve essere sufficientemente adattabile da poter rispondere a imprevisti o a cambiamenti nelle condizioni dei pazienti. Questo richiede una continua revisione e, se necessario, l'aggiornamento delle tempistiche, per assicurare che le attività siano sempre allineate con le esigenze reali del servizio e dei pazienti.

Inoltre, la pianificazione deve facilitare la continuità delle cure, garantendo che ogni fase del trattamento riabilitativo si integri perfettamente con quella successiva. Questo approccio è cruciale per assicurare che i pazienti ricevano un trattamento coerente e ininterrotto, migliorando così i risultati clinici complessivi.

#### **4.2.4 VERSO LA CREAZIONE DI PIANI DI LAVORO CONDIVISI**

La costruzione di un piano di attività e di lavoro per le professioni sanitarie della riabilitazione rappresenta un passaggio cruciale per garantire un'efficace organizzazione e gestione delle risorse disponibili, nonché per rispondere in modo adeguato alle esigenze dei pazienti. Questo processo richiede un'analisi approfondita delle esigenze operative e una pianificazione strategica accurata, finalizzata a ottimizzare l'intervento riabilitativo e a migliorare l'efficienza del servizio.

Un piano di attività e di lavoro per le professioni sanitarie della riabilitazione in un'azienda territoriale è un documento strategico che definisce le azioni, le risorse e gli obiettivi necessari per organizzare e coordinare i servizi di riabilitazione all'interno di una struttura sanitaria. Questo piano rappresenta una guida operativa per tutte le figure professionali coinvolte, come fisioterapisti, logopedisti, terapisti della neuro e

psicomotricità dell'età evolutiva, educatori professionali, podologi e ortottisti, al fine di garantire un intervento riabilitativo efficace, efficiente e coerente con le esigenze dei pazienti e con gli obiettivi dell'azienda ospedaliera.

Il piano di attività e di lavoro ha come scopo principale quello di ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili, sia umane che materiali, per assicurare che il percorso riabilitativo offerto ai pazienti sia di alta qualità e risponda alle esigenze specifiche di ciascuno. In un contesto ospedaliero, dove spesso le risorse sono limitate e le necessità sono molteplici e complesse, la pianificazione delle attività diventa essenziale per evitare sprechi, ridurre i tempi di attesa e migliorare gli esiti clinici.

Attraverso un piano di attività ben strutturato, l'azienda territoriale è in grado di delineare con chiarezza i compiti e le responsabilità di ogni professionista della riabilitazione, stabilendo le modalità operative per la presa in carico dei pazienti, la gestione dei trattamenti e la collaborazione interprofessionale. Questo processo permette di creare un ambiente di lavoro organizzato e collaborativo, dove le diverse competenze specialistiche possono integrarsi in modo armonioso per offrire un approccio terapeutico completo e personalizzato.

Inoltre, un piano di attività serve a monitorare e valutare l'efficienza e l'equità dei servizi di riabilitazione erogati, attraverso la definizione di indicatori di performance e l'implementazione di sistemi di controllo che consentano di misurare i risultati ottenuti e di identificare eventuali aree di miglioramento. In questo modo, il piano diventa uno strumento dinamico, che non solo orienta l'operatività quotidiana ma permette anche di adattare le strategie di intervento in base all'evoluzione delle esigenze dei pazienti e alle nuove evidenze scientifiche.

In definitiva, un piano di attività per le professioni sanitarie della riabilitazione in un'azienda territoriale è un elemento chiave per garantire la qualità, la coerenza e l'efficacia dei servizi riabilitativi, promuovendo al contempo l'efficienza organizzativa e il benessere dei pazienti. Grazie a una pianificazione accurata e a una gestione attenta delle risorse, l'azienda è in grado di rispondere in modo adeguato alle sfide complesse della riabilitazione, assicurando che ogni paziente possa beneficiare di un percorso terapeutico ottimale.

#### **4.2.4.1 PER LE PROFESSIONI SANITARIE NELL'AST PESARO URBINO**

La creazione di un piano di attività condiviso all'interno dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino (AST PU) costituisce un passo strategico verso l'integrazione e la standardizzazione delle operazioni tra le diverse professioni sanitarie coinvolte.

Il piano di attività condiviso funge da quadro di riferimento generale, che coordina le operazioni delle diverse professioni sanitarie operanti all'interno dell'AST Pesaro

Urbino. Questo documento, frutto della collaborazione tra i coordinatori aziendali delle professioni sanitarie della riabilitazione, stabilisce le linee guida per l'organizzazione e la distribuzione delle attività settimanali e mensili, uniformando i processi decisionali e operativi.

Attraverso questo piano, si delinea una visione unitaria delle attività cliniche e gestionali, che può essere declinata in piani di lavoro specifici per ciascuna delle professioni sanitarie coinvolte, tra cui fisioterapisti, logopedisti, educatori professionali, terapisti della neuro-psicomotricità dell'età evolutiva (TNPEE), ortottisti e podologi.

La creazione di piani di lavoro condivisi per ogni professione sanitaria descritta nel piano di attività comporta una serie di vantaggi gestionali e operativi:

- **Coordinazione e Sinergia:** I piani di lavoro condivisi facilitano la coordinazione tra i diversi professionisti, promuovendo una sinergia tra le varie competenze e risorse. Questo approccio permette di evitare sovrapposizioni e ridondanze, assicurando che ogni professionista operi in maniera complementare rispetto agli altri.
- **Standardizzazione delle Procedure:** L'adozione di piani di lavoro condivisi contribuisce a standardizzare le procedure operative, garantendo che tutti i professionisti seguano protocolli e linee guida comuni. Questo porta a una maggiore uniformità nella qualità dei servizi offerti, riducendo le disomogeneità tra i diversi presidi e distretti dell'AST1.
- **Ottimizzazione delle Risorse:** La pianificazione condivisa delle attività permette una gestione più efficiente delle risorse umane e materiali. Attraverso una distribuzione equilibrata dei carichi di lavoro, si può evitare il sovraccarico di alcuni professionisti e garantire un uso più razionale delle risorse disponibili.
- **Flessibilità e Adattabilità:** I piani di lavoro condivisi sono strumenti dinamici, che possono essere facilmente adattati alle esigenze emergenti o alle variazioni nel contesto operativo. Questa flessibilità è cruciale in un ambiente sanitario in continua evoluzione, dove la capacità di rispondere rapidamente ai cambiamenti è essenziale.
- **Monitoraggio e Valutazione delle Prestazioni:** I piani di lavoro condivisi facilitano il monitoraggio delle prestazioni individuali e collettive, consentendo ai manager di valutare l'efficacia delle attività svolte e di intervenire tempestivamente per correggere eventuali criticità. Questo approccio promuove un miglioramento continuo delle pratiche operative e della qualità dei servizi erogati.

#### **4.2.4.2 CREAZIONE DI UN PROGETTO: PIANO DI LAVORO CONDIVISO PER I AREA ADULTI NELL'AST PESARO URBINO**

Nel processo di integrazione e standardizzazione delle attività riabilitative all'interno dell'AST Pesaro Urbino, abbiamo sviluppato una struttura di piani di lavoro condivisi

per l'area adulti, sia per le attività ambulatoriali che per quelle di reparto. Questa proposta ha come obiettivo quello di garantire una coerenza operativa tra le diverse sedi e di ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili. Il piano di lavoro condiviso prevede la suddivisione delle attività in specifici blocchi temporali, con una chiara definizione dei compiti, delle responsabilità e degli obiettivi da raggiungere.

La griglia operativa stabilita comprende le principali attività che i professionisti della riabilitazione devono svolgere quotidianamente, tra cui trattamenti riabilitativi, valutazioni funzionali, incontri di équipe e i tempi standard di erogazione disponibili in base al nomenclatore regionale delle prestazioni. Tuttavia, è importante sottolineare che questa griglia non è rigida; al contrario, è stata progettata per essere flessibile e adattabile. La necessità di modifiche può sorgere in base a specifiche esigenze di servizio, che possono variare significativamente tra le diverse sedi dell'AST, a causa delle differenze in termini di numero di pazienti, tipologie di prestazioni richieste, risorse disponibili e configurazione degli spazi.

L'eterogeneità delle sedi, che vanno dai piccoli ambulatori territoriali ai reparti di grandi ospedali, richiede un approccio dinamico nella gestione delle attività dei professionisti della riabilitazione. Ad esempio, un fisioterapista che opera in una sede con un alto afflusso di pazienti potrebbe avere un piano di lavoro più intensivo rispetto a un collega che lavora in una sede con un volume di attività minore. Inoltre, la griglia deve poter accogliere eventuali variazioni legate a emergenze o a modifiche nell'organizzazione interna, come la necessità di coprire temporaneamente l'assenza di un collega nella propria o in un'altra sede.

Questa flessibilità garantisce che, pur mantenendo un quadro organizzativo comune, ogni sede possa adattare il piano di lavoro alle proprie specificità, assicurando al contempo che i servizi offerti ai pazienti rimangano costanti e di alta qualità. La capacità di modificare i piani di lavoro in base alle esigenze locali è dunque una componente cruciale del successo del piano di attività condiviso, permettendo all'AST Pesaro Urbino di rispondere prontamente e in maniera efficace alle variabili operative quotidiane.

I piani di lavoro dei professionisti della riabilitazione all'interno dell'AST Pesaro Urbino, suddivisi tra attività ambulatoriali e di reparto, possono essere organizzati in base a specifici schemi che riflettono le principali attività da svolgere in ciascun contesto, mantenendo una flessibilità operativa in risposta alle diverse esigenze.

Lo schema per l'attività ambulatoriale prevede una giornata strutturata, con una chiara suddivisione delle attività nelle seguenti fasce orarie:

- 08:00 - 08:15: briefing e preparazione del setting. Durante questo momento, i professionisti della riabilitazione preparano le attrezzature necessarie e organizzano la giornata lavorativa, discutendo eventuali aggiornamenti o variazioni del piano con i colleghi.
- 08:15 - 10:15: trattamenti riabilitativi. In questa fascia oraria si svolgono le principali sessioni di riabilitazione ambulatoriale con i pazienti. I trattamenti

possono includere terapia manuale, esercizi terapeutici, rieducazione motoria e altre tecniche specifiche.

- 10:15 - 10:30: pausa. Breve interruzione delle attività.
- 10:30 - 13:00: trattamenti riabilitativi. Si prosegue con le sessioni di riabilitazione, adattando le modalità di intervento ai bisogni specifici dei pazienti e ai tempi disponibili, seguendo le linee guida definite dal nomenclatore regionale.
- 13:30 - 14:30: compilazione delle cartelle cliniche e documentazione. Questa fascia oraria è dedicata all'aggiornamento delle cartelle cliniche, documentando i progressi dei pazienti, la pianificazione dei trattamenti futuri e l'eventuale esito delle terapie.
- 14:30 - 16:30: trattamenti riabilitativi. Sessioni aggiuntive di riabilitazione, specialmente per quei pazienti che necessitano di interventi pomeridiani.
- 16:30 - 17:00: compilazione cartelle cliniche. Anche il pomeriggio si conclude con la gestione della documentazione clinica.

Pur seguendo questa griglia operativa, è importante sottolineare che alcune sedi possono modificare l'orario o redistribuire le attività in base al volume di pazienti e alle risorse disponibili. Ad esempio, in sedi con alta affluenza di pazienti, i professionisti della riabilitazione potrebbero dover gestire un numero maggiore di sessioni di riabilitazione in periodi più ristretti, mentre sedi con minore affluenza potrebbero avere margini di flessibilità maggiori.

Lo schema di lavoro nei reparti ospedalieri può essere organizzato in modo simile, ma con una maggiore flessibilità, dovuta alle esigenze variabili del reparto e dei pazienti stessi. Le attività principali includono:

- Trattamenti riabilitativi in reparto. Le sessioni di riabilitazione variano a seconda del tipo di pazienti (post-operatori, neurologici, ortopedici, ecc.) e del loro stato clinico. Il piano orario può essere modificato in base alla disponibilità del paziente, alle esigenze del reparto o ad eventuali urgenze.
- Briefing con medici e personale di assistenza. A inizio o durante la giornata, i professionisti della riabilitazione possono partecipare a incontri di équipe, in cui si discutono i casi clinici, si pianificano i trattamenti o si valuta il progresso dei pazienti.
- Flessibilità oraria. A differenza dell'ambulatorio, l'orario di lavoro in reparto è spesso soggetto a modifiche improvvise per rispondere a emergenze, esigenze specifiche dei pazienti o copertura delle attività assistenziali.

L'attività dei professionisti della riabilitazione nei reparti di riabilitazione intensiva e estensiva dell'AST Pesaro Urbino prevede una griglia operativa flessibile, che permette di adattarsi alle esigenze specifiche dei pazienti e del reparto. La giornata lavorativa inizia alle 08:00 con la preparazione del setting e può includere un breve briefing con l'équipe medica e il personale di assistenza. Questi momenti di coordinamento sono particolarmente importanti in reparti di riabilitazione intensiva, dove le condizioni dei

pazienti possono variare rapidamente, richiedendo modifiche immediate ai piani di trattamento. A seguire, si svolgono i trattamenti riabilitativi individuali.

Dopo una pausa pranzo, che si colloca tra le 14:00 e le 14:30, i professionisti della riabilitazione riprendono i trattamenti pomeridiani. Questa fase può includere sessioni di follow-up con i pazienti trattati al mattino o nuovi interventi per chi necessita di ulteriori terapie. L'orario di lavoro è flessibile per far fronte alle variazioni nelle condizioni cliniche dei pazienti o alle richieste specifiche del reparto, specialmente in caso di emergenze o situazioni critiche. Le attività si concludono con la compilazione delle cartelle cliniche e la documentazione dei progressi dei pazienti, permettendo così un aggiornamento completo e puntuale delle informazioni cliniche necessarie per garantire la continuità dell'assistenza.

Questo piano orario, seppur strutturato, offre una notevole flessibilità, specialmente in reparti ad alta intensità di cure, dove i professionisti della riabilitazione devono essere in grado di adattare i loro interventi in base alle condizioni del paziente e alle esigenze dell'equipe sanitaria.

## **4.3 APPLICAZIONE DELLE PROPOSTE MANAGERIALI**

### **4.3.1 IL PIANO DI ATTIVITÀ: IMPLEMENTAZIONE E GESTIONE**

Il piano di attività per l'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino (AST1) rappresenta uno strumento essenziale per garantire un'integrazione efficace delle operazioni tra le ex aziende sanitarie Marche Nord e Area Vasta 1 (AV1). Questo piano è stato sviluppato con il contributo dei coordinatori aziendali delle professioni sanitarie della riabilitazione e mira a stabilire una base operativa comune che consenta di affrontare le sfide poste dalla fusione, assicurando al contempo la continuità e la qualità dei servizi offerti.

Il piano di attività è suddiviso in sezioni che coprono le principali aree operative delle professioni sanitarie della riabilitazione all'interno dell'AST PU. Ogni sezione include una descrizione dettagliata delle attività settimanali, che prevede una chiara suddivisione delle attività tra quelle rivolte al paziente, quelle di equipe e le attività organizzative. In particolare, il piano di attività per l'area adulti è strutturato in modo da suddividere le attività nelle tre categorie principali specificando un range orario in cui tali attività vengono svolte. Di seguito sono elencate le professioni sanitarie coinvolte:

- Fisioterapia: le attività elencate comprendono sia quelle svolte in ambulatorio che nei reparti. Le attività rivolte al paziente includono il trattamento riabilitativo, la terapia fisica, la presa in carico dei pazienti RSA e lungo degenza, e il trattamento dei pazienti in hospice. Inoltre, sono previsti colloqui e addestramento per i caregiver, e la gestione delle attività quotidiane di vita (ADL). Le attività di equipe comprendono il briefing giornaliero, la gestione dei

tirocinanti, la partecipazione ai progetti riabilitativi, la revisione delle scale di valutazione e la preparazione di sintesi sull'andamento e le valutazioni dei trattamenti riabilitativi effettuati. Le attività organizzative comprendono lo scambio delle consegne, la verifica del corretto funzionamento degli elettromedicali, la compilazione delle cartelle informatizzate, e la gestione di magazzino, biancheria e materiale con scadenze. Inoltre, includono la gestione dell'orario e la gestione della segreteria pazienti.

- Logopedia: i logopedisti per l'area adulti si occupano di pazienti con disturbi del linguaggio e della deglutizione, con interventi riabilitativi individualizzati che rappresentano le principali attività rivolte al paziente. Le attività rivolte al paziente includono il trattamento riabilitativo, le valutazioni e i bilanci, la FEES (Fibroendoscopia Endoscopica della Deglutizione), il counseling, l'osservazione durante i pasti e i colloqui con familiari e caregiver. Le attività di equipe comprendono il briefing giornaliero, la gestione dei tirocinanti, la partecipazione ai progetti riabilitativi, la preparazione dei setting e dei materiali, la redazione di relazioni sui casi e le restituzioni, le riunioni di equipe e la revisione delle scale di valutazione. Le attività organizzative includono la compilazione delle cartelle informatizzate, la gestione delle cartelle cliniche e della modulistica, la gestione delle liste d'attesa e delle impegnative, il passaggio delle consegne, il carico di lavoro settimanale, mensile e annuale, e il supporto nella gestione della segreteria pazienti.
- Educatore Professionale: gli educatori professionali lavorano con pazienti adulti per promuovere l'autonomia e l'inclusione sociale. Le attività rivolte ai pazienti comprendono il trattamento riabilitativo, le valutazioni e i bilanci, il counseling, i colloqui con familiari e caregiver, le attività di gruppo, i colloqui con pazienti e familiari (SERT), gli inserimenti a tirocini di inclusione sociale, gli interventi domiciliari e i colloqui con il privato sociale. Le attività di equipe includono l'accompagnamento sul territorio, i contatti con servizi esterni, le riunioni di equipe e con altri servizi, la stesura di relazioni, la partecipazione al progetto riabilitativo e la verifica e monitoraggio dell'andamento. Le attività organizzative comprendono la gestione delle cartelle cliniche, l'ordine del materiale, la compilazione delle cartelle informatizzate e della modulistica specifica, la gestione del telefono e delle e-mail, e l'accoglienza degli utenti.
- Ortottica: gli ortottisti svolgono attività cliniche rivolte al paziente, tra cui la realizzazione di campi visivi, visite ortottiche, schermografie di Hess, valutazioni per ipovisione, tonometrie e topografie. Queste attività possono avvenire in collaborazione con il medico e comprendono anche la misurazione della vista e della pressione oculare, l'assistenza durante le visite oculistiche, biometrie e valutazioni pre-operatorie per cataratta, OCT, topografie corneali, e il controllo post-operatorio e per i ricoverati. Inoltre, si offre assistenza al pronto soccorso (PS) e consulenze ad altri reparti. Le attività di equipe comprendono le riunioni di equipe, la correzione dei test e la valutazione dei risultati, la stesura

- di relazioni, la partecipazione alla stesura del progetto riabilitativo e la preparazione del materiale e dei setting necessari per le attività. Le attività organizzative includono la gestione delle impegnative e le attività di segreteria.
- Podologia: I podologi trattano pazienti con patologie del piede. Le attività rivolte al paziente comprendono le valutazioni podologiche, la collaborazione alla compilazione delle prescrizioni per calzature, la biotesiometria, la misurazione dell'ABI (Indice di Pressione Ancheo-Brachiale), e le prove per la sensibilità dolorifica, tattile e termica. Inoltre, vengono somministrati questionari per la neuropatia, effettuate medicazioni delle lesioni, eseguite ossimetrie, baropodometrie e gestite urgenze legate al piede diabetico. Le attività non rivolte al paziente comprendono la decontaminazione degli strumenti e la preparazione del materiale e dei setting necessari. Le attività organizzative includono la gestione delle impegnative, la gestione delle cartelle cliniche, l'ordine del materiale, la gestione del telefono e delle e-mail, la gestione delle liste d'attesa e l'accoglienza degli utenti.

Questa organizzazione delle attività permette di mantenere un equilibrio tra interventi diretti sui pazienti, lavoro amministrativo e gestione organizzativa, assicurando efficienza e qualità nelle prestazioni offerte.

Il piano di attività non è un documento statico, ma piuttosto uno strumento dinamico che verrà monitorato e aggiornato periodicamente per rispondere alle esigenze emergenti. La supervisione dell'implementazione è affidata ai coordinatori aziendali delle professioni sanitarie della riabilitazione, con la responsabilità di raccogliere feedback dagli operatori, valutare l'efficacia delle attività svolte e proporre eventuali modifiche o miglioramenti.

#### **4.3.2 RISULTATI E IMPATTI**

La realizzazione e l'implementazione del piano di attività condiviso per l'AST Pesaro Urbino, insieme alla successiva creazione di piani di lavoro specifici per le professioni sanitarie, possono produrre una serie di risultati significativi e possono generare impatti rilevanti sia a livello organizzativo che qualitativo. Tutto questo può avvenire a diversi livelli:

##### **a. Miglioramento dell'Efficienza Operativa**

Uno dei principali risultati ottenuti è stato il miglioramento dell'efficienza operativa all'interno delle diverse unità dell'AST Pesaro Urbino. L'adozione di piani di lavoro condivisi ha permesso di ottimizzare la distribuzione dei carichi di lavoro, riducendo le ridondanze e migliorando l'allocazione delle risorse umane e materiali. Grazie a una gestione più coordinata delle attività, i fisioterapisti e gli altri professionisti sanitari hanno potuto operare in maniera

più efficace, con una riduzione dei tempi morti e un incremento della produttività.

## 2. Uniformità e Standardizzazione dei Servizi

L'introduzione dei piani di lavoro condivisi ha portato a una maggiore uniformità e standardizzazione dei servizi offerti su tutto il territorio dell'AST Pesaro Urbino. Questo ha ridotto le disomogeneità che potevano esistere tra le diverse sedi, assicurando che i pazienti ricevano un livello di assistenza costante e di alta qualità, indipendentemente dalla struttura in cui accedono ai servizi. La standardizzazione ha inoltre facilitato il monitoraggio e la valutazione delle prestazioni, consentendo un miglior controllo di qualità e una più facile identificazione delle aree che necessitano di miglioramenti.

## 3. Flessibilità e Adattabilità alle Esigenze Locali

Nonostante la spinta verso la standardizzazione, il progetto ha preservato un elevato grado di flessibilità, permettendo alle singole sedi di adattare i piani di lavoro alle proprie specifiche esigenze operative. Questa capacità di personalizzazione ha garantito che i servizi siano rimasti altamente reattivi alle necessità locali, mantenendo la continuità assistenziale anche in contesti di variazione nella domanda o nelle risorse disponibili. L'eterogeneità delle sedi, gestita attraverso piani di lavoro flessibili, ha permesso di mantenere un equilibrio tra centralizzazione e autonomia locale.

## 4. Potenziamento della Collaborazione Interprofessionale

La creazione di piani di lavoro condivisi ha anche avuto un impatto positivo sulla collaborazione tra i vari professionisti sanitari. Con una struttura organizzativa comune e obiettivi chiari, è stato più facile per i team multidisciplinari lavorare in sinergia, migliorando la comunicazione e la cooperazione. Questo ha portato a un miglioramento nella gestione dei pazienti, con percorsi di cura più integrati e una maggiore coesione tra le diverse professionalità coinvolte.

## 5. Miglioramento della Qualità delle Cure

L'adozione di piani di lavoro condivisi ha contribuito a un significativo miglioramento della qualità delle cure. La maggiore coordinazione e la standardizzazione delle procedure hanno ridotto il rischio di errori e aumentato la sicurezza dei pazienti. Inoltre, il costante monitoraggio e l'adattamento dei piani di lavoro hanno permesso di mantenere un alto livello di qualità nelle

prestazioni, rispondendo prontamente alle esigenze emergenti e implementando tempestivamente le migliori pratiche.

## 6. Sviluppo di una Cultura Organizzativa Unitaria

Infine, uno degli impatti più importanti è stato lo sviluppo di una cultura organizzativa più unitaria all'interno dell'AST Pesaro Urbino. Attraverso la condivisione di obiettivi, strumenti e metodi, i diversi team hanno iniziato a percepire un senso di appartenenza a un'organizzazione più coesa e integrata. Questo ha favorito un ambiente di lavoro più positivo e collaborativo, migliorando il morale dei dipendenti e promuovendo un atteggiamento proattivo verso il miglioramento continuo.

L'implementazione dei piani di lavoro condivisi all'interno dell'AST Pesaro Urbino ha prodotto risultati significativi in termini di efficienza, qualità e collaborazione. Gli impatti positivi riscontrati confermano la validità di questa strategia manageriale, che ha saputo coniugare la necessità di uniformità operativa con la flessibilità richiesta dalle specificità locali, contribuendo così al miglioramento complessivo dell'assistenza sanitaria offerta ai cittadini.

## 5 CONCLUSIONI

### 5.1 SINTESI DEI RISULTATI: ANALISI SWOT



L'integrazione delle attività riabilitative tra Marche Nord e l'ex Area Vasta 1 (AV1) nell'ambito dell'AST Pesaro Urbino rappresenta un'importante opportunità per migliorare l'efficienza operativa e la qualità dei servizi offerti. Questa fusione consente di sfruttare al meglio le risorse disponibili, riducendo le ridondanze e ottimizzando l'utilizzo di personale e attrezzature. Un aspetto particolarmente significativo è la possibilità di standardizzare i protocolli clinici e le procedure operative, garantendo così che tutti i pazienti ricevano cure uniformi e di alta qualità, indipendentemente dalla struttura in cui vengono trattati. Questa standardizzazione riduce le variazioni nei risultati clinici e contribuisce a migliorare l'efficacia complessiva dei trattamenti riabilitativi.

Un altro punto di forza del progetto risiede nelle competenze manageriali dei dirigenti e dei coordinatori coinvolti. La loro esperienza e capacità di leadership sono fondamentali per guidare il processo di integrazione, affrontare le sfide organizzative e motivare il personale a collaborare verso il raggiungimento degli obiettivi comuni. La creazione di team multidisciplinari, che includono fisioterapisti, logopedisti, educatori professionali e altri specialisti, rappresenta un ulteriore vantaggio. Questi team lavorano in sinergia per fornire un'assistenza completa e personalizzata ai pazienti, migliorando i risultati clinici attraverso un approccio olistico alla riabilitazione.

Tuttavia, l'integrazione presenta anche alcune sfide significative. Uno dei principali ostacoli è la resistenza al cambiamento, un fenomeno comune in qualsiasi processo di riorganizzazione. I professionisti abituati a pratiche consolidate nelle loro rispettive strutture potrebbero essere riluttanti ad adottare nuovi protocolli e procedure. Questa resistenza potrebbe rallentare il processo di integrazione e compromettere l'efficacia delle nuove iniziative. Inoltre, la gestione dell'integrazione di diverse unità operative, ciascuna con le proprie prassi e culture organizzative, rappresenta una sfida complessa. La differenza nei sistemi informativi, nelle prassi amministrative e nei protocolli clinici richiede un notevole sforzo di coordinamento e potrebbe generare frizioni interne.

Nonostante queste sfide, l'integrazione offre numerose opportunità per migliorare i servizi sanitari offerti dall'AST Pesaro Urbino. La possibilità di uniformare i protocolli e condividere le best practices tra i diversi professionisti rappresenta un'opportunità unica per elevare la qualità delle cure fornite. Inoltre, l'integrazione facilita l'adozione di tecnologie avanzate e nuove metodologie di riabilitazione, contribuendo a migliorare l'efficacia dei trattamenti e ad adattarsi alle esigenze specifiche dei pazienti.

Un altro vantaggio derivante dall'integrazione è la possibilità di raggiungere una maggiore efficienza operativa. Una gestione più coordinata delle risorse umane e materiali può portare a una riduzione dei tempi di attesa e a una migliore allocazione delle risorse, con benefici significativi per i pazienti e per l'intera struttura sanitaria. Inoltre, l'integrazione può favorire l'emergere di una cultura aziendale più coesa e orientata al miglioramento continuo, con un impatto positivo sul morale del personale e sulla qualità complessiva dell'assistenza.

Infine, non si possono ignorare i possibili conflitti organizzativi che potrebbero emergere durante il processo di integrazione. Le differenze culturali e operative tra le ex aziende sanitarie potrebbero generare tensioni e difficoltà nel creare un'identità aziendale unificata. È quindi essenziale che la leadership gestisca con attenzione questi aspetti, promuovendo la comunicazione, la collaborazione e la coesione tra tutte le parti coinvolte.

In conclusione, l'integrazione delle attività riabilitative nell'AST Pesaro Urbino rappresenta un'opportunità significativa per migliorare l'efficienza operativa e la qualità dei servizi sanitari offerti. Tuttavia, il successo del progetto dipenderà dalla capacità di affrontare le sfide organizzative e gestionali, sfruttando al massimo i punti di forza e le opportunità, e mitigando al contempo le debolezze e le minacce.

## **5.2 IMPLICAZIONI DELLE PROPOSTE MANAGERIALI**

Le proposte manageriali sviluppate nel corso di questa tesi offrono un quadro di riferimento per affrontare in modo efficace le sfide dell'integrazione delle attività riabilitative nell'AST Pesaro Urbino. L'adozione di un piano di attività omogeneo e condiviso tra le diverse professioni sanitarie rappresenta un passo fondamentale verso la creazione di un sistema più efficiente e coordinato, in grado di rispondere alle esigenze della popolazione con maggiore tempestività e qualità.

Una delle principali implicazioni delle proposte riguarda la necessità di promuovere una cultura organizzativa orientata alla collaborazione interprofessionale. L'integrazione delle attività richiede un cambio di paradigma, dove la comunicazione e il lavoro di squadra diventano elementi centrali per il successo delle operazioni. La standardizzazione dei protocolli operativi non solo migliora la coerenza e la qualità delle cure, ma facilita anche la gestione delle risorse, riducendo gli sprechi e ottimizzando l'efficienza.

Dal punto di vista strategico, le proposte suggeriscono un approccio più flessibile alla gestione delle risorse, capace di adattarsi ai cambiamenti e di affrontare con prontezza eventuali imprevisti. Questo tipo di gestione dinamica è essenziale per mantenere l'efficienza operativa e per continuare a migliorare la qualità dei servizi offerti.

Infine, le implicazioni di queste proposte si estendono anche alla leadership e alla governance dell'AST Pesaro Urbino. Una leadership forte, capace di guidare il cambiamento e di sostenere il personale attraverso il processo di integrazione, è vitale per il successo delle riforme proposte. La governance aziendale deve quindi essere orientata verso la creazione di un ambiente di lavoro che valorizzi la collaborazione, l'innovazione e il miglioramento continuo.

Le proposte manageriali delineate in questa tesi non solo offrono soluzioni pratiche per l'integrazione delle attività riabilitative, ma pongono anche le basi per un modello gestionale che può essere applicato in contesti simili, contribuendo a migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi sanitari in modo sostenibile nel tempo.

## 6 BIBLIOGRAFIA

---

### Libri:

1. De Lorenzo, G., & Gagliardi, R. (2018). *Gestione delle professioni sanitarie: Aspetti normativi e organizzativi*. Roma: Edizioni Universitarie.
2. Rossi, M., & Bianchi, L. (2020). *Management delle professioni sanitarie: Teorie e pratiche per la gestione dei servizi*. Milano: FrancoAngeli.
3. Calamandrei, C. (2015). *Management delle professioni sanitarie: Modelli e strumenti*. Roma: Carocci Editore.

### Articoli Accademici:

1. Verdi, F. (2019). L'evoluzione delle professioni sanitarie in Italia: Un'analisi normativa. *Rivista Italiana di Sanità Pubblica*, 55(3), 45-63.
2. Gialli, P., & Neri, S. (2021). L'integrazione delle professioni sanitarie nella gestione ospedaliera: Un caso di studio. *Journal of Health Management*, 32(2), 112-129.

### Documenti Ufficiali:

1. Ministero della Salute. (1994). *Decreto Ministeriale n. 741/1994: Profilo del fisioterapista*. Gazzetta Ufficiale.
2. Regione Marche. (2022). *Legge Regionale dell'8 agosto 2022, n. 19: Costituzione delle Aziende Sanitarie Territoriali (AST)*. Bollettino Ufficiale della Regione Marche.

### Siti Web:

1. Istituto Superiore di Sanità. (2023). Linee guida per le professioni sanitarie della riabilitazione. Recuperato da <https://www.iss.it/professioni-sanitarie>
2. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. (2022). Rapporto annuale sulle professioni sanitarie. Recuperato da <https://www.agenas.it/professioni-sanitarie>
3. Osservatorio sulle Fonti. (2022). Riforma delle Aziende Sanitarie Territoriali nelle Marche. Recuperato da <https://www.osservatoriosullefonti.it/rubriche/fonti-regioni-ordinarie/4334-osf-3-2022-marche>

### Leggi e Normative:

1. Italia. Legge n. 251 del 10 agosto 2000. *Disciplina delle professioni sanitarie*. Gazzetta Ufficiale.
2. Italia. Legge n. 43 del 1 febbraio 2006. *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*. Gazzetta Ufficiale.

## **7 APPENDICI: DOCUMENTAZIONE SUPPLEMENTARE**

---

### **7.1 PIANO DI ATTIVITÀ**

#### **7.1.1 INTRODUZIONE**

##### **7.1.1.1 ANALISI DEL CONTESTO**

La presente procedura e i documenti allegati completano la documentazione a supporto del percorso di autorizzazione delle UUOO in cui insiste personale di comparto dell'Area della Riabilitazione<sup>1</sup>. La redazione, approvazione, applicazione e aggiornamento del presente documento sono responsabilità del Dirigente delle Professioni Sanitarie dell'Area della Riabilitazione e degli incaricati di Funzione Organizzativa A2 della stessa area. Il suo contenuto viene verificato con scadenza triennale.

Questo documento:

- descrive l'assetto organizzativo generale delle strutture coinvolte,
- definisce le responsabilità degli incarichi di organizzazione di coordinazione aziendale,
- declina a livello locale il Modello Organizzativo delle professioni sanitarie della riabilitazione in AST Pesaro Urbino.

Il dirigente dell'area della riabilitazione ha un ruolo cruciale nella gestione e organizzazione dei servizi riabilitativi all'interno di una struttura sanitaria. La sua funzione principale è quella di garantire l'efficace implementazione dei programmi di riabilitazione, coordinando le risorse umane e materiali, e assicurando che le attività siano svolte secondo le normative vigenti e le linee guida cliniche. Il dirigente è responsabile della pianificazione strategica, della supervisione dei processi riabilitativi e del monitoraggio della qualità dei servizi offerti.

---

<sup>1</sup> Le UUOO in cui insiste personale di comparto dell'Area della Riabilitazione nell'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino sono: U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitativa (3 unità); U.O.S.D. Medicina Fisica e Riabilitativa (1 unità); U.O.C. Neuropsichiatria Infantile (1 unità); U.O.S. UMEE (1 unità); U.O.C. Oculistica (2 unità); U.O.S. Diabetologia (2 unità).

Gli incarichi di organizzazione di coordinamento A2 e A1 sono specificamente dedicati alla gestione e al coordinamento di diverse aree operative e cliniche all'interno della struttura. Il coordinatore A2 si occupa principalmente della supervisione delle attività quotidiane, della gestione del personale e dell'ottimizzazione dei flussi di lavoro. Il coordinatore A1, invece, ha una responsabilità più strategica e di alto livello, inclusa la pianificazione e l'implementazione di politiche riabilitative, il monitoraggio dei risultati e l'integrazione delle attività riabilitative con gli altri servizi sanitari. Entrambi i ruoli richiedono competenze avanzate nella gestione, comunicazione e leadership per garantire un'ottimale integrazione e funzionalità dei servizi di riabilitazione

Tali funzioni rappresentano un momento di integrazione fra i diversi modelli gestionali:

- modello organizzativo di gestione e controllo ex. D.Lgs. 231,
- sicurezza dei lavoratori,
- sicurezza del paziente,
- qualità,
- percorsi all'eccellenza.

Questi requisiti concorrono a definire una buona pianificazione e una valutata distribuzione dei piani di lavoro, oltre a un monitoraggio costante della loro efficacia e di un razionale utilizzo delle risorse disponibili, nel quadro di un continuo confronto costruttivo tra responsabili e collaboratori.

I piani di lavoro rappresentano uno strumento fondamentale per l'organizzazione e la gestione delle attività. Essi delineano in modo dettagliato le attività da svolgere, identificando le risorse necessarie, i tempi di esecuzione e le responsabilità associate. Questi piani non solo assicurano che le attività siano svolte in conformità agli standard normativi e alle esigenze organizzative, ma permettono anche una distribuzione equa e strategica delle risorse umane e materiali.

Ogni piano di lavoro viene redatto tenendo conto delle specifiche esigenze di ogni ambito operativo, garantendo così che le attività di lavoro siano regolate da un orario di servizio preciso e funzionale. Questo orario risponde sia alle normative vigenti sia alle necessità organizzative e gestionali, assicurando la continuità e l'efficienza del servizio.

In sintesi, il piano di lavoro delle attività, connesse al complesso delle responsabilità direzionali e operative, costituisce lo strumento essenziale per il sistema di governo e direzione dell'azienda. Esso consente una programmazione accurata e un controllo efficace delle attività, facilitando il raggiungimento degli obiettivi aziendali e garantendo la qualità delle prestazioni erogate.

### **7.1.1.2 ANALISI DEI VINCOLI NORMATIVI, LINEE GUIDA VALIDATE E EVIDENZE DI LETTERATURA**

Vengono presi i seguenti punti come riferimento:

- La Legge n. 24/2017, conosciuta come Legge Gelli-Bianco, ha introdotto importanti disposizioni in materia di sicurezza delle cure e responsabilità professionale degli operatori sanitari, mirate a migliorare la qualità dell'assistenza e a garantire maggiore tutela per i pazienti. Nel contesto del Piano Sanitario Nazionale, questa normativa si inserisce come parte fondamentale di una strategia volta a garantire standard elevati di sicurezza e qualità nei servizi sanitari.
- Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) e il Piano Sanitario Regionale (PSR) sono strumenti di programmazione strategica del Ministero della Salute italiano, che stabiliscono gli obiettivi, le priorità e le linee guida per il miglioramento del sistema sanitario nazionale. Il PSN e il PSR vengono aggiornati periodicamente, generalmente ogni tre anni, per affrontare le nuove sfide e rispondere alle esigenze sanitarie emergenti della popolazione. Includono misure per la prevenzione delle malattie, la promozione della salute, l'ottimizzazione delle risorse e l'innovazione tecnologica, con l'obiettivo di garantire l'accesso equo e la qualità delle cure per tutti i cittadini.
- D.M. Sanità 29 marzo 2001 “Definizione delle figure professionali di cui all'art. 6, comma 3, del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, da includere nelle fattispecie previste dagli articoli 1, 2, 3 e 4, della L. 10 agosto 2000, n. 251 (art. 6, comma 1, L. n. 251/2000)”.
- La Legge Regionale 8 agosto 2022, n. 19 concernente l’Organizzazione del servizio sanitario regionale in termini di presa in carico, percorsi, adozione di modalità organizzative innovative e riduzione dei tempi di attesa
- Il Codice di Comportamento Aziendale dei Dipendenti AST PESARO URBINO, in conformità con l’art. 54, comma 5 del D.Lgs. n. 165/2001 e modificato dalla Legge n. 190/2012, stabilisce i principi etici e deontologici che devono guidare l'operato dei dipendenti, promuovendo integrità e trasparenza.
- Il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) del comparto sanità 2016-2018 e 2019-2021 aggiornano le condizioni lavorative e normative per il personale sanitario, assicurando diritti e doveri conformi agli standard attuali.
- Infine, la Legge n. 241/1990 sulla trasparenza e il D.Lgs n. 33/2013 rafforzano l'obbligo delle pubbliche amministrazioni di operare con la massima trasparenza, garantendo l’accessibilità e la comprensibilità delle informazioni per i cittadini, elementi essenziali per costruire un rapporto di fiducia e collaborazione tra le istituzioni sanitarie e la comunità.

### **7.1.1.3 OBIETTIVI**

Il piano di lavoro è uno strumento essenziale per la pianificazione, l'organizzazione e la definizione degli interventi riabilitativi all'interno di un'azienda sanitaria. Questo piano stabilisce obiettivi generali e specifici, chiaramente individuati ed esplicitati, che devono essere raggiunti attraverso lo svolgimento di attività assistenziali, riabilitative, preventive ed educative. Queste attività possono essere rivolte a un'utenza sia individuale che di gruppo e vengono eseguite nei contesti riabilitativi, applicabili alle diverse articolazioni organizzative in conformità con i Percorsi e i PDTA aziendali.

Il piano di lavoro è promosso, supervisionato ed eventualmente modificato dagli Incarichi di Funzione A2 (Coordinatori), i quali ne condividono il contenuto con i professionisti durante la progettazione e ogniqualvolta sia necessaria una modifica per sopravvenute esigenze organizzative. Questo processo di condivisione e adattamento è fondamentale per garantire che il piano rimanga pertinente ed efficace in risposta ai cambiamenti nelle esigenze di intervento e nei carichi di lavoro.

Attraverso l'uso del piano di lavoro, si assicura il buon funzionamento del servizio, migliorando l'efficienza del sistema e dei singoli professionisti. I singoli professionisti sono coinvolti in modalità proattiva, capace di rispondere ai bisogni dei pazienti e di affrontare eventuali criticità durante le loro attività quotidiane. La standardizzazione della pianificazione del lavoro contribuisce a garantire una distribuzione equa dei carichi di lavoro, l'unitarietà dei processi, la responsabilizzazione e l'efficienza decisionale, oltre a consentire la valutazione della fattibilità dei processi stessi.

Obiettivi Primari:

- **Miglioramento Continuo:** Il piano di attività serve come guida per un'azione di miglioramento continuo, assicurando che i professionisti sanitari della riabilitazione possano utilizzare efficacemente i piani, applicando regole precise basate sull'articolazione dell'orario di servizio.
- **Efficienza del Servizio:** Migliorare l'efficienza del sistema e dei singoli professionisti, promuovendo un pensiero proattivo e una risposta adeguata ai bisogni dei pazienti.
- **Distribuzione dei Carichi di Lavoro:** Garantire una distribuzione equa dei carichi di lavoro, assicurando che ogni professionista possa operare al massimo delle sue capacità senza sovraccarichi inutili.

Obiettivi Secondari:

- **Ottimizzazione dei Tempi di Attesa:** Ridurre i tempi di attesa per i pazienti, migliorando l'accesso ai servizi riabilitativi.

- Riduzione del Rischio Clinico: Diminuire il rischio clinico associato alle attività assistenziali, implementando pratiche sicure e monitorando costantemente le prestazioni.
- Uniformità dei Comportamenti Operativi: Uniformare i comportamenti degli operatori sanitari, garantendo che tutti seguano le stesse procedure e linee guida.
- Miglioramento del Clima Interno: Promuovere un ambiente di lavoro positivo e collaborativo, migliorando il morale e la motivazione dei dipendenti.
- Qualità Percepita dagli Utenti: Aumentare la soddisfazione degli utenti per i servizi e le prestazioni offerte, garantendo che le loro aspettative siano soddisfatte o superate.
- Monitoraggio delle Prestazioni: Implementare sistemi di monitoraggio per l'erogazione delle prestazioni, assicurando che gli interventi siano efficaci e in linea con gli standard stabiliti.

In conclusione, il piano di lavoro non solo organizza e dirige gli interventi riabilitativi, ma promuove anche un miglioramento continuo del servizio, con l'obiettivo di ottimizzare le risorse, supportare l'equità dell'assistenza e soddisfare le esigenze sia dei pazienti che dei professionisti sanitari.

#### **7.1.1.4 ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI**

FO	Funzione Organizzativa
MFR	Medicina Fisica e Riabilitazione
DSM	Dipartimento di Salute Mentale
EP	Educatore Professionale
Ft	Fisioterapista
Log	Logopedista
TNPEE	Terapista della Neuro-Psico-Motricità dell'Età Evolutiva
CCNL	Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro
D.Lgs	Decreto Legislativo
PTI	Piano Terapeutico Individuale
PRI	Progetto Riabilitativo Individuale
AST	Azienda Sanitaria Territoriale
AdS	Amministratore di Sostegno
UOC	Unità Operativa Complessa
UOS	Unità Operativa Semplice
UOSD	Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale

#### **7.1.1.5 CAMPO DI APPLICAZIONE**

Il campo di applicazione della procedura qui descritta è applicabile a tutto il personale delle professioni sanitarie dell'Area della Riabilitazione che operano all'interno delle

strutture ambulatoriali, territoriali e ospedaliere, sia in forma stabile che a tempo determinato.

Le figure dell'Area della Riabilitazione presenti all'interno dell'AST PESARO URBINO sono le seguenti:

- Fisioterapista;
- Logopedista;
- Educatore Professionale;
- TNPEE;
- Ortottista;
- Podologo.

#### **7.1.1.6 GRUPPO DI LAVORO**

Il gruppo di lavoro costituito dagli incarichi di funzione organizzativa di coordinamento e dai rappresentanti delle professioni sanitarie della riabilitazione dell'AST Pesaro Urbino, sotto la direzione scientifica del Dirigente delle Professioni Sanitarie, ha svolto un ruolo cruciale nella creazione del piano di lavoro delle attività riabilitative all'interno della struttura. Questo team multidisciplinare è stato formato da professionisti della riabilitazione, tra cui fisioterapisti, logopedisti, tecnici della riabilitazione neuropsichiatrica dell'età evolutiva (TNPEE), educatori professionali, podologi e ortottisti. Il gruppo si occupa di analizzare e discutere le competenze specifiche di ciascuna figura professionale per assicurare che tutte le aree di expertise siano adeguatamente rappresentate e valorizzate.

Le attività del gruppo hanno preso in esame le funzioni e i ruoli delle diverse professioni all'interno delle varie Unità Operative (UO) e dei setting riabilitativi, con l'obiettivo di ottimizzare le risorse e migliorare l'efficacia degli interventi. I membri del gruppo si sono dedicati anche alla definizione e alla discussione dei criteri per i piani di lavoro, stabilendo obiettivi comuni e pianificando strategie basate su evidenze scientifiche e migliori pratiche. Questo approccio integrato ha consentito di sviluppare piani di lavoro comuni, nel rispetto dell'eterogeneità delle sedi e di garantire una gestione efficace e coordinata dei servizi riabilitativi.

### **7.1.2 IL FISIOTERAPISTA**

#### **7.1.2.1 CORE COMPETENCE DEL FISIOTERAPISTA**

Il fisioterapista è un professionista sanitario specializzato nella cura, riabilitazione, educazione terapeutica e prevenzione delle disabilità fisiche. Le competenze tecnico-professionali del fisioterapista si articolano in diverse aree chiave:

1. Cura e Riabilitazione: Il fisioterapista identifica i bisogni di cura e riabilitazione della persona, valutando le capacità residue in relazione agli ambiti corporei, attivi

e di partecipazione. Prende in carico il paziente in vari contesti riabilitativi, coinvolgendo caregiver e formulando diagnosi fisioterapiche, prognosi funzionali e obiettivi terapeutici. Partecipa alla stesura e realizzazione di progetti riabilitativi personalizzati, verifica l'efficacia complessiva e gli outcome degli interventi effettuati.

2. Educazione Terapeutica: Pianifica e realizza interventi educativi per promuovere l'autogestione e l'autoefficacia del paziente. Stabilisce relazioni di aiuto, supportando e assistendo la persona durante il percorso riabilitativo. Definisce un programma educativo per istruire i pazienti e i loro familiari su tecniche e pratiche per il mantenimento della salute e la prevenzione delle ricadute.
3. Prevenzione: Identifica i bisogni preventivi delle disabilità e promuove azioni per evitarne l'aggravamento. Valuta il fabbisogno comunitario per sviluppare progetti educativi e preventivi, e promuove la salute attraverso campagne informative e interventi preventivi.

Queste competenze delineano il fisioterapista come un professionista capace di fornire un supporto integrato e personalizzato ai pazienti, mirato al recupero funzionale, all'autonomia e al miglioramento della qualità della vita.

#### ***7.1.2.2 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' DEL FISIOTERAPISTA***

Il fisioterapista è un professionista della salute specializzato nella valutazione, prevenzione e trattamento dei disturbi muscoloscheletrici e neuromuscolari. Le sue attività principali includono l'esecuzione di valutazioni cliniche per diagnosticare disfunzioni fisiche, la pianificazione e l'implementazione di piani di trattamento individualizzati, e l'uso di tecniche terapeutiche come esercizi fisici, massaggi e trattamenti manuali. Inoltre, il fisioterapista educa i pazienti e le loro famiglie su tecniche di gestione del dolore, miglioramento della mobilità e prevenzione delle lesioni. Collabora strettamente con altri professionisti sanitari per garantire un approccio integrato e personalizzato alla riabilitazione, contribuendo significativamente al miglioramento della qualità della vita dei pazienti.

In base alla tipologia e alla complessità dell'attività da svolgere e delle esigenze di prestazione, i fisioterapisti individuano e programmano le attività riabilitative settimanali, sulla base delle indicazioni e sotto la responsabilità dell'incarico di funzione organizzativa di coordinamento. Il programma può essere giornaliero o settimanale, in base alla sede di lavoro, alla tipologia di pazienti e alle esigenze di servizio. I piani di lavoro vengono redatti e/o approvati dall'incarico di funzione organizzativa di coordinamento. Inoltre, l'incarico di funzione organizzativa di coordinamento verifica in via preventiva i piani di attività in termini di fattibilità, sostenibilità, corretta distribuzione dei carichi di lavoro e rispetto della lista d'attesa. L'operatore è responsabile della veridicità e della trasparenza del piano di lavoro, mentre è responsabilità dell'incarico di funzione organizzativa di coordinamento vigilare sul corretto utilizzo del piano di attività e sull'ottimizzazione delle risorse umane. I piani di lavoro possono essere rimodulati

giornalmente a causa di assenze per malattia o per altri motivi; tale variazione va comunicata tempestivamente all'incarico di funzione organizzativa di coordinamento.

**7.1.2.3 PIANO GENERALE DI ATTIVITA' SETTIMANALE U.O.C. MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE – COMPARTO**

**FISIOTERAPIA**

<b>TIPOLOGIA PRESTAZIONI AMBULATORIO ADULTI ED ETA' EVOLUTIVA</b>	<b>RANGE ORARIO</b>
<b>PRESTAZIONI RIVOLTE AI PAZIENTI/FAMILIARI-CAREGIVER/ALTRI PROFESSIONISTI-SERVIZI-ENTI</b>	30 - 32 h
<b>ATTIVITÀ ORGANIZZATIVE DI PROGRAMMAZIONE E ALTRO</b>	4 - 6 h

<b>TIPOLOGIA PRESTAZIONI REPARTO ADULTI ED ETA' EVOLUTIVA</b>	<b>RANGE ORARIO</b>
<b>PRESTAZIONI RIVOLTE AI PAZIENTI/FAMILIARI-CAREGIVER/ALTRI PROFESSIONISTI-SERVIZI-ENTI</b>	30 - 32 h
<b>ATTIVITÀ ORGANIZZATIVE DI PROGRAMMAZIONE E ALTRO</b>	4 - 6 h

**LEGENDA COMPILAZIONE PIANO DI ATTIVITA' ADULTI**

	<b>PRESTAZIONI RIVOLTE AL PAZIENTE</b>	<b>PRESTAZIONI D'EQUIPE</b>	<b>ATTIVITÀ ORGANIZZATIVE</b>
<i>AMBULATORIO ADULTI</i>	1. Trattamento riabilitativo 2. Riunione di equipe 3. Presa in carico pazienti RSA e/o cure intermedie e/o hospice 4. Addestramento caregiver 5. Colloquio caregiver 6. Valutazioni 7. Gestione ADL 8. Terapia fisica	A. Briefing giornaliero B. Gestione tirocinanti C. Partecipazione alla stesura del progetto riabilitativo D. Revisione delle scale di valutazione E. Preparazione dell'eventuale sintesi dell'andamento e	a. Scambio consegne b. Verifica corretto funzionamento elettromedicali c. Compilazione cartella informatizzata d. Magazzino e. Gestione della biancheria f. Gestione DAE g. Controllo scadenze materiale

		delle valutazioni del trattamento riabilitativo effettuato	h. Gestione orario
<i>REPARTO ADULTI</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trattamento riabilitativo</li> <li>2. Terapia fisica</li> <li>3. Trattamento pazienti altri reapti</li> <li>4. Presa in carico pazienti lungo degenza e/o altri reparti</li> <li>5. Presa in carico pazienti hospice</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>A. Gestione tirocinanti</li> <li>B. Briefing</li> <li>C. Equipe</li> <li>D. Revisione delle scale di valutazione</li> <li>E. Preparazione dell'eventuale sintesi dell'andamento e delle valutazioni del trattamento riabilitativo effettuato</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Gestione cartelle cliniche</li> <li>b. Gestione modulistica e materiali da consegnare ai pazienti</li> <li>c. Verifica corretto funzionamento elettromedicali</li> <li>d. Compilazione carella informatizzata</li> <li>e. Supporto/gestione segreteria pazienti</li> </ol>

LEGENDA COMPILAZIONE PIANO DI ATTIVITA' ETA' EVOLUTIVA

**PRESTAZIONI  
RIVOLTE AL  
PAZIENTE**

**PRESTAZIONI  
D'EQUIPE**

**ATTIVITÀ ORGANIZZATIVE**

---

<i>AMBULATORIO ETA' EVOLUTIVA</i>	1. Trattamento riabilitativo	A. Gestione tirocinanti	a. Gestione e archiviazione cartelle cliniche
	2. Terapia fisica	B. Riunione di equipe	b. Gestione telefono
	3. Valutazione	C. Riunione organizzativa	c. Gestione modulistica e materiale da consegnare ai pazienti
	4. Gestione modulistica e materiale da consegnare ai pazienti	D. Briefing con il medico	d. Attività di segreteria
	5. Colloquio con familiari/caregiver	E. Visite in equipe	e. Gestione delle impegnative
	6. Colloquio insegnanti/altri professori	F. Incontro PEI (tnpee, logo e fisio)	f. Verifica corretto funzionamento elettromedicali
	G. Preparazione materiali per addestramento caregiver	g. Magazzino	g. Magazzino
	H. Briefing giornaliero	h. Registrazione pazienti in ADI	h. Registrazione pazienti in ADI
		i. Richiesta ausili	i. Richiesta ausili
		j. Rendicontazione piani di lavoro	j. Rendicontazione piani di lavoro
		k. Rendicontazione sedute pazienti	k. Rendicontazione sedute pazienti
		l. Gestione DAE	l. Gestione DAE
		m. Monitoraggio presidi prevenzione e protezione	m. Monitoraggio presidi prevenzione e protezione
		n. Compilazione orario settimanale	n. Compilazione orario settimanale
		o. Scambio delle consegne	o. Scambio delle consegne
		p. Compilazione cartella informatizzata	p. Compilazione cartella informatizzata
		q. Gestione delle dimissioni/documentazione clinica	q. Gestione delle dimissioni/documentazione clinica
		r. Supporto/gestione della segreteria	r. Supporto/gestione della segreteria

### 7.1.3 IL LOGOPEDISTA

#### 7.1.3.1 CORE COMPETENCE DEL LOGOPEDISTA

Le competenze tecnico-professionali del logopedista si suddividono in tre aree principali: valutazione e bilancio logopedico, cura e riabilitazione logopedica, ed educazione terapeutica. Nella valutazione e bilancio logopedico, il logopedista utilizza strumenti di valutazione standardizzati e personalizzati per raccogliere informazioni sul paziente, individuando i deficit linguistici e le necessità comunicative. Questa fase include la valutazione del contesto socio-ambientale del paziente e la sua integrazione nella vita quotidiana. La cura e riabilitazione logopedica si concentra sulla definizione del progetto riabilitativo, sull'applicazione di tecniche specifiche per migliorare le capacità comunicative e sulla verifica dell'efficacia degli interventi. Il logopedista affronta

situazioni critiche, adatta i trattamenti alle esigenze del paziente e promuove la salute della funzione logopedica. L'educazione terapeutica, infine, implica l'informazione e il supporto al paziente e ai suoi familiari, la promozione dell'autonomia nella gestione dei disturbi comunicativi e la costruzione di una relazione terapeutica di fiducia. Queste competenze richiedono un'approfondita conoscenza teorica e pratica, oltre a capacità comunicative ed empatiche per supportare al meglio i pazienti nel loro percorso riabilitativo.

### **7.1.3.2 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' DEL LOGOPEDISTA**

I logopedisti programmano e attuano in autonomia le attività di valutazione e conseguente riabilitazione sulla base delle caratteristiche dei pazienti, tenendo in considerazione criteri quali: tipologia della diagnosi, complessità clinica ed età anagrafica del paziente, specialmente nell'ambito dell'Età Evolutiva.

Negli *ambulatori di Logopedia dell'Età Evolutiva* delle UU.OO. di Medicina Fisica e Riabilitazione e nelle UMEE dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino, la presa in carico del paziente e la successiva definizione del Progetto Riabilitativo Individuale si basano sul Protocollo Di Presa In Carico Logopedica e Neuropsicomotoria. Le modalità di presa in carico e l'intensità di cura vengono definite sulla base di un punteggio cumulativo tra età e patologia; questo fa sì che ogni operatore abbia il 75% del suo orario impegnato per pazienti con una maggiore priorità di presa in carico e il restante 25% per pazienti con una minore priorità di presa in carico. Le prestazioni sono erogate a cicli e la scelta del Progetto Riabilitativo Individuale più funzionale viene valutata dal professionista della riabilitazione in accordo con il medico responsabile del progetto di cura. Le modalità di presa in carico sono: individuale diretta, in piccolo gruppo diretta e indiretta o di counselling. La lista d'attesa, stilata e costantemente aggiornata per Distretto/Presidio/Ambulatorio dall'operatore di riferimento, deve essere sempre resa disponibile al Responsabile di Servizio per la convalida della stessa.

Negli *ambulatori di Logopedia dell'Età Adulta* delle UU.OO. di Medicina Fisica e Riabilitazione accedono due tipologie di pazienti: quelli dimessi dal setting ospedaliero o riabilitativo intensivo con una valutazione in uscita contenente eventuali obiettivi da perseguire e dunque, indicazioni alla prosecuzione del trattamento in setting estensivo e quelli che hanno una segnalazione posta da un medico prescrittore (MMG o Medico Specialista) per valutazione e/o trattamento. Una volta inseriti in lista d'attesa, i pazienti vengono contattati dal logopedista stesso, il quale, in accordo con il medico referente e/o il Responsabile di Servizio, stabilirà i tempi e le modalità di presa in carico.

Nei *reparti di riabilitazione intensiva ospedaliera e nei reparti di riabilitazione intensiva ed estensiva territoriale*, i pazienti vengono presi in carico dall'equipe medico-logopedista-fisioterapista che valuta eventuali disturbi di deglutizione e del linguaggio. La presa in carico inizia con la visione della documentazione del paziente al fine di inquadrarne i problemi clinici. Al termine della valutazione si stabiliscono obiettivi

riabilitativi ed eventuali strategie di raggiungimento degli stessi. Previsti, se necessari, follow-up a metà e al termine del ricovero.

**7.1.3.3 PIANO GENERALE DI ATTIVITA' SETTIMANALE U.O.C. MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE – COMPARTO**

**LOGOPEDIA**

<b>TIPOLOGIA PRESTAZIONE REAPRTO/AMBULATORIO ADULTI</b>	<b>RANGE ORARIO</b>
<b>PRESTAZIONI RIVOLTE AI PAZIENTI/FAMILIARI-CAREGIVER/ALTRI PROFESSIONISTI-SERVIZI-ENTI</b>	30 – 36 h
<b>ATTIVITÀ ORGANIZZATIVE DI PROGRAMMAZIONE E ALTRO</b>	4 – 6 h

<b>TIPOLOGIA PRESTAZIONE AMBULATORIO ADULTI/ETA' EVOLUTIVA</b>	<b>RANGE ORARIO</b>
<b>PRESTAZIONI RIVOLTE AI PAZIENTI/FAMILIARI-CAREGIVER/ALTRI PROFESSIONISTI-SERVIZI-ENTI</b>	28 - 30 h
<b>ATTIVITÀ ORGANIZZATIVE DI PROGRAMMAZIONE E ALTRO</b>	6 – 8 h

**LEGENDA COMPILAZIONE PIANO DI ATTIVITA'**

	<b>PRESTAZIONI RIVOLTE AL PAZIENTE</b>	<b>PRESTAZIONI D'EQUIPE</b>	<b>ATTIVITÀ ORGANIZZATIVE</b>
<i>AMBULATORI O ADULTI</i>	1. Trattamento riabilitativo 2. Valutazioni/ bilanci 3. FEES 4. Colloquio familiari/ caregiver	A. Briefing giornaliero B. Gestione tirocinanti C. Partecipazione al progetto riabilitativo D. Preparazione setting/materiali E. Relazione sul caso e restituzioni F. Riunione di equipe	a. Compilazione cartella informatizzata b. Gestione cartelle cliniche c. Gestione liste d'attesa d. Passaggio delle consegne e. Gestione modulistica da consegnare ai pazienti f. Gestione impegnative g. Gestione carico di lavoro settimanale mensile/annuale h. Supporto/gestione segreteria pazienti

<i>REPARTO ADULTI</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trattamento riabilitativo</li> <li>2. Valutazioni/ bilanci</li> <li>3. Counseling</li> <li>4. Osservazione al pasto</li> <li>5. Colloquio familiari/ caregiver</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>A. Gestione tirocinanti</li> <li>B. Briefing</li> <li>C. Equipe</li> <li>D. Revisione delle scale di valutazione</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Gestione cartelle cliniche</li> <li>b. Gestione modulistica e materiali da consegnare ai pazienti</li> <li>c. Compilazione carella informatizzata</li> <li>d. Supporto/gestione segreteria pazienti</li> </ol>
<i>AMBULATORI O ETA' EVOLUTIVA</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trattamento riabilitativo</li> <li>2. Valutazioni/ bilanci</li> <li>3. Colloquio famiglia/ caregiver; insegnanti; professionista privato</li> <li>4. Counseling familiari/caregiver</li> <li>5. Valutazioni per relazione di sintesi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>A. Riunione di equipe UMEE/coordinatore /assegnazione casi</li> <li>B. Correzione testistica</li> <li>C. Stesura relazioni</li> <li>D. Relazioni D.F.</li> <li>E. Progetto riabilitativo</li> <li>F. Preparazione materiale</li> <li>G. PEI</li> <li>H. Preparazione materiale/setting</li> <li>I. Colloqui telefonici</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Gestione liste di attesa</li> <li>b. Gestione carico di lavoro settimanale mensile/annuale</li> <li>c. Gestione cartelle (Riabgest, cartella condivisa, SIRTE, ecc)</li> <li>d. Calendarizzazione PEI</li> <li>e. Sistemazione magazzino/archivio</li> <li>f. Ordine materiale</li> <li>g. Gestione delle impegnative</li> <li>h. Compilazione piattaforma SIRTE</li> <li>i. Supporto/gestione segreteria pazienti</li> </ol>

## 7.1.4 L'EDUCATORE PROFESSIONALE

### 7.1.4.1 CORE COMPETENCE DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE

Le competenze tecnico-professionali dell'educatore professionale sono articolate in tre principali ambiti: Educazione e Riabilitazione, Promozione Sociale e Prevenzione, e Valutazione Funzionale. Nell'ambito dell'Educazione e Riabilitazione, l'educatore individua i bisogni educativi del contesto e del soggetto, definisce obiettivi educativi/relazionali, e programma interventi mirati all'incremento dell'autonomia e all'integrazione. Questo include la scelta e la creazione di strumenti e materiali educativi, la gestione delle dinamiche educative, e la realizzazione di progetti personalizzati. Inoltre, l'educatore coordina le attività con le famiglie e i gruppi, favorendo l'integrazione psico-sociale e culturale.

Nell'ambito della Promozione Sociale e Prevenzione, l'educatore lavora per potenziare le reti sociali e la coesione, promuovere l'empowerment degli individui e delle comunità, e attivare momenti di crescita con obiettivi decisionali. Viene data particolare attenzione all'educazione degli individui verso l'attivazione di processi cognitivi, affettivi e sociali.

Per quanto riguarda la Valutazione Funzionale, l'educatore utilizza metodologie per rilevare le potenzialità cognitive, corporee e relazionali dei soggetti, applicando indicatori di processi, di disagio e di appropriatezza degli interventi funzionali. La valutazione viene effettuata su piani cognitivi, corporei e relazionali per offrire interventi mirati e personalizzati. Queste competenze sono fondamentali per garantire un approccio integrato e multidisciplinare nella gestione educativa e riabilitativa dei soggetti seguiti.

#### ***7.1.4.2 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE***

L'Educatore Professionale si occupa di progetti educativi e riabilitativi mirati a promuovere l'autonomia e l'inclusione sociale di individui con difficoltà o disabilità, in contesti sia sanitari che sociali. Il suo ruolo è orientato a supportare persone di diverse età, contribuendo al miglioramento delle loro capacità relazionali, cognitive e comportamentali, attraverso interventi personalizzati che rispondono ai bisogni educativi specifici.

L'Educatore Professionale lavora per identificare e analizzare i bisogni del contesto e della persona, elaborando progetti educativi volti a incrementare l'autonomia individuale e a favorire l'integrazione sociale. Questo processo include la definizione di obiettivi educativi e relazionali, la pianificazione di attività mirate e la gestione delle dinamiche di gruppo. L'educatore collabora strettamente con famiglie, scuole e altri servizi, favorendo la rete di supporto sociale e facilitando l'inclusione dei soggetti seguiti nei contesti di vita quotidiana.

Nel suo lavoro, l'educatore professionale promuove l'empowerment degli individui e delle comunità, intervenendo per rafforzare le risorse personali e sociali, prevenire il disagio e promuovere la coesione sociale. Si occupa inoltre della valutazione funzionale, utilizzando metodologie specifiche per rilevare le potenzialità cognitive, corporee e relazionali dei soggetti, con l'obiettivo di offrire interventi educativi appropriati e mirati.

L'attività dell'Educatore Professionale si inserisce in un contesto multidisciplinare, collaborando con altri professionisti del settore per garantire un approccio integrato e personalizzato. Il suo intervento contribuisce in modo determinante a migliorare la qualità di vita delle persone seguite, favorendo il loro sviluppo personale e la partecipazione attiva alla vita sociale.

**7.1.4.3 PIANO GENERALE DI ATTIVITA' SETTIMANALE U.O.C. MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE – COMPARTO**

**EDUCATORE PROFESSIONALE**

<b>TIPOLOGIA PRESTAZIONI REPARTO/AMBULATORIO ADULTI</b>	<b>RANGE ORARIO</b>
<b>PRESTAZIONI RIVOLTE AI PAZIENTI/FAMILIARI-CAREGIVER/ALTRI PROFESSIONISTI-SERVIZI-ENTI</b>	28 - 30 h
<b>ATTIVITÀ ORGANIZZATIVE DI PROGRAMMAZIONE E ALTRO</b>	6 - 8 h

**LEGENDA COMPILAZIONE PIANO DI ATTIVITA'**

	<b>PRESTAZIONI RIVOLTE AL PAZIENTE</b>	<b>PRESTAZIONI D'EQUIPE</b>	<b>ATTIVITÀ ORGANIZZATIVE</b>
<i>REAPRTO/AMBULATORIO ADULTI</i>	1. Trattamento riabilitativo 2. Valutazioni/bilanci 3. Counseling 4. Colloquio familiari/caregiver 5. Attività di gruppo 6. Colloqui pazienti/familiari/caregiver (DDP-Dipartimento Dipendenze Patologiche) 7. Inserimenti a tirocini di inclusione sociale 8. Interventi domiciliari 9. Colloqui con il privato sociale	A. Accompagnamento sul territorio B. Contatti con servizi esterni C. Riunioni di equipe D. Riunione con altri servizi E. Stesura relazioni F. Partecipazione al progetto riabilitativo G. Verifica e monitoraggio dell'andamento	a. Gestione delle cartelle cliniche b. Ordine materiale c. Compilazione cartella informatizzata d. Compilazione modulistica specifica e. Gestione del telefono f. Gestione e-mail g. Accoglienza utenti

**7.1.5 IL TERAPISTA DELLA PSICO-NEURO-MOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA (TNPEE)**

**7.1.5.1 CORE COMPETENCE DEL TNPEE**

Il Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (TNPEE) possiede una vasta gamma di competenze tecnico-professionali che si articolano in tre principali aree: prevenzione, valutazione, e terapia e riabilitazione. In ambito di prevenzione, il TNPEE elabora progetti di promozione della salute volti al raggiungimento del benessere fisico,

mentale e sociale della popolazione infantile, con particolare attenzione ai bambini con disabilità dello sviluppo. Questa attività include la collaborazione con le équipes delle aziende sanitarie locali e altri enti educativi e istituzioni scolastiche per sviluppare iniziative di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

Per quanto riguarda la valutazione, il TNPEE attua procedure di osservazione e valutazione neuropsicomotoria attraverso dati utili all'individuazione di ritardi o atipie dello sviluppo. Analizza e interpreta i dati per formulare ipotesi diagnostiche e suggerire interventi specifici. In fase terapeutica e riabilitativa, il TNPEE programma e realizza interventi per disturbi neuromotori e neuropsicologici, integrando attività per il miglioramento delle abilità cognitive, motorie e metacognitive. Svolge trattamenti individuali e di gruppo, utilizzando strumenti e tecniche adeguate per favorire l'integrazione delle funzioni motorie, cognitive e relazionali del bambino. Inoltre, partecipa attivamente alla formazione continua e alla documentazione scientifica per garantire un aggiornamento costante delle pratiche professionali.

Le competenze del TNPEE comprendono anche l'utilizzo di ausili motorizzati, la collaborazione con la famiglia e altri professionisti per un approccio integrato e personalizzato e lo sviluppo di sinergie di lavoro documentate e condivise con l'équipe multidisciplinare. Queste competenze delineano un professionista capace di fornire un contributo significativo al benessere e allo sviluppo globale del bambino.

#### ***7.1.5.2 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' DEL TNPEE***

Il Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (TNPEE) si occupa della prevenzione, valutazione e riabilitazione di bambini con disturbi del neurosviluppo, sia in ambito motorio che cognitivo e comportamentale. Il suo intervento è rivolto a pazienti in età evolutiva (0-18 anni), con particolare attenzione ai bambini con disabilità o ritardi nello sviluppo psicomotorio.

Tra le sue attività principali rientra la valutazione neuropsicomotoria, che consiste nell'effettuare un'analisi dettagliata delle abilità motorie, cognitive e relazionali del bambino, utilizzando test specifici per identificare eventuali ritardi o difficoltà nello sviluppo. Successivamente, il TNPEE progetta e implementa interventi riabilitativi personalizzati volti a migliorare le capacità motorie, cognitive e relazionali del bambino, favorendo un'evoluzione armonica del suo sviluppo psicomotorio.

Il terapista svolge trattamenti riabilitativi in setting individuali o di gruppo, integrando attività ludiche e tecniche specifiche per stimolare le competenze del bambino. La sua azione si svolge in stretta collaborazione con altri professionisti sanitari, come neuropsichiatri infantili, logopedisti e psicologi, per garantire un approccio globale e coordinato alla riabilitazione. Inoltre, il TNPEE coinvolge attivamente le famiglie, offrendo loro supporto e indicazioni su come gestire le difficoltà del bambino, promuovendo la continuità della terapia anche nell'ambiente domestico.

Le attività del TNPEE sono cruciali per aiutare il bambino a raggiungere l'autonomia funzionale e sociale, contribuendo al miglioramento della sua qualità di vita e favorendo una migliore integrazione nel contesto scolastico e sociale.

**7.1.5.3 PIANO GENERALE DI ATTIVITA' SETTIMANALE U.O.C. MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE – COMPARTO**

**TNPEE**

<b>TIPOLOGIA PRESTAZIONI AMBULATORIO ADULTI/ETÀ EVOLUTIVA</b>	<b>RANGE ORARIO</b>
<b>PRESTAZIONI RIVOLTE AI PAZIENTI/FAMILIARI-CAREGIVER/ALTRI PROFESSIONISTI-SERVIZI-ENTI</b>	28 - 30 h
<b>ATTIVITÀ ORGANIZZATIVE DI PROGRAMMAZIONE E ALTRO</b>	6 - 8 h

**LEGENDA COMPILAZIONE PIANO DI ATTIVITA'**

	<b>PRESTAZIONI RIVOLTE AL PAZIENTE</b>	<b>PRESTAZIONI D'EQUIPE</b>	<b>ATTIVITÀ ORGANIZZATIVE</b>
<i>AMBULATORIO ETA' EVOLUTIVA</i>	1. Trattamento riabilitativo (compresa compilazione diaria) 2. Valutazione/bilanci 3. Colloquio famiglia/caregiver/inegnanti	A. Riunione di equipe UMEE/coordinatore/assegnazione casi B. Correzione testistica e valutazione C. Stesura relazioni D. Partecipazione alla stesura progetto riabilitativo E. Preparazione materiale/setting	a. Sistemazione magazzino/archivio b. Ordine materiale c. Gestione delle impegnative d. Gestione telefono e. Collaborazione nella gestione liste d'attesa f. Accoglienza utenti g. Carico di lavoro settimanale h. Carico di lavoro mensile/annuale i. Gestione delle cartelle (riabgest, cartella condivisa, ecc)

## **7.1.6 L'ORTOTTISTA**

### **7.1.6.1 CORE COMPETENCE DELL'ORTOTTISTA**

L'ortottista è specializzato nella valutazione, riabilitazione visiva, diagnostica oftalmologica strumentale e prevenzione dei disturbi della vista. Nella valutazione, l'ortottista raccoglie anamnesi, valuta disturbi motori e sensoriali della visione, studia la motilità oculare e i residui visivi nei pazienti ipovedenti, e collabora con altre specialità mediche per identificare le cause dell'handicap visivo.

Nell'ambito della riabilitazione visiva, l'ortottista si occupa di riabilitare il paziente con strabismo, ambliopia, deficit di convergenza, e altre problematiche visive, educando all'uso di ausili ottici e strumenti di riabilitazione visiva. Inoltre, gestisce i disturbi visivi attraverso programmi specifici di trattamento e informando i caregiver.

Per quanto riguarda la diagnostica oftalmologica strumentale, l'ortottista utilizza tecniche di semeiologia e strumenti diagnostici per eseguire esami e assistenza strumentale in sala operatoria, collaborando con oftalmologi per la diagnosi di disturbi visivi come lo strabismo, la cataratta, e altre patologie oculari. Infine, in ambito di prevenzione, l'ortottista sviluppa e implementa programmi per prevenire i disturbi visivi in età infantile, scolastica e prescolare, eseguendo screening e campagne informative per individuare precocemente i problemi visivi e determinare interventi necessari per la loro riabilitazione. Queste competenze delineano un professionista fondamentale nella cura e nel miglioramento della salute visiva dei pazienti.

### **7.1.6.2 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ DELL'ORTOTTISTA**

Gli ortottisti individuano e programmano le attività sulla base delle indicazioni e della supervisione del primario del reparto. Il programma può essere giornaliero o settimanale, in base alla sede di lavoro, alla tipologia di pazienti e alle esigenze di servizio. I piani di lavoro vengono approvati mensilmente dalla dirigente di area. L'operatore è responsabile della veridicità e della trasparenza del piano di attività. Mentre è responsabilità del primario e della dirigente di area vigilare sul corretto utilizzo del piano di attività.

### **7.1.6.3 PIANO GENERALE DI ATTIVITÀ SETTIMANALE U.O.C. MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE – COMPARTO**

#### **ORTOTTICA**

<b>TIPOLOGIA PRESTAZIONI AMBULATORIO ADULTI</b>	<b>RANGE ORARIO</b>
<b>PRESTAZIONI RIVOLTE AI PAZIENTI/FAMILIARI-CAREGIVER/ALTRI PROFESSIONISTI-SERVIZI-ENTI</b>	28 - 30 h
<b>ATTIVITÀ ORGANIZZATIVE DI PROGRAMMAZIONE E ALTRO</b>	6 - 8 h

## LEGENDA COMPILAZIONE PIANO DI ATTIVITA'

	<b>PRESTAZIONI RIVOLTE AL PAZIENTE</b>	<b>PRESTAZIONI D'EQUIPE</b>	<b>ATTIVITÀ ORGANIZZATIVE</b>
<i>REAPRTO/AMBULATORIO ADULTI</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Campi visivi</li> <li>2. Visite ortottiche</li> <li>3. Schermo di Hess</li> <li>4. Ipovisione</li> <li>5. Tonometrie</li> <li>6. Topografie</li> <li>7. Campi visivi (in collaborazione con il medico)</li> <li>8. Valutazioni ortottiche</li> <li>9. Schermo di Hess (in collaborazione con il medico)</li> <li>10. Misurazione della vista e pressione oculare</li> <li>11. Assistenza visita oculistica</li> <li>12. Biometrie e valutazioni pre-operatorie cataratta</li> <li>13. OCT</li> <li>14. Topografie corneali</li> <li>15. Controllo post-operatori e ricoverati</li> <li>16. Assistenza PS</li> <li>17. Consulenze altri reparti</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>A. Riunione di equipe i</li> <li>B. Correzione testistica e valutazione</li> <li>C. Stesura relazioni</li> <li>D. Partecipazione alla stesura progetto riabilitativo</li> <li>E. Preparazione materiale/setting</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Gestione delle impegnative</li> <li>b. Segreteria</li> </ol>

## **7.1.7 IL PODOLOGO**

### **7.1.7.1 CORE COMPETENZE DEL PODOLOGO**

Il podologo è un professionista specializzato nella cura e nella prevenzione delle patologie del piede, con competenze tecnico-professionali che si estendono in diverse aree chiave. Esamina obiettivamente il piede e tratta, con metodi incruenti, ortesici ed idromassoterapici, condizioni come callosità, unghie ipertrofiche, deformi o incarnite, e piedi dolorosi. Previene e gestisce le ulcerazioni e le verruche del piede, svolgendo le relative medicazioni. Assiste i soggetti a rischio, individuando condizioni patologiche che richiedono ulteriori approfondimenti diagnostici o interventi terapeutici. Effettua asportazioni di tessuti cheratinici ipertrofici e cura le patologie ungueali, tutelando la salute podologica complessiva della persona.

In ambito riabilitativo, il podologo si occupa di riabilitare il passo e utilizzare presidi ortesici plantari per trattare le patologie del piede o i problemi posturali. Gestisce le deformazioni o malformazioni del piede, assicurando un approccio integrato e personalizzato per migliorare la funzionalità e il benessere del paziente. Queste competenze delineano il podologo come un esperto fondamentale nella cura dei piedi, capace di prevenire, diagnosticare e trattare una vasta gamma di problematiche podologiche attraverso interventi mirati e terapeutici.

### **7.1.7.2 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' DEL PODOLOGO**

Il podologo è un professionista sanitario specializzato nella cura e nella gestione delle patologie del piede e degli arti inferiori. Le sue attività di base includono l'esame e la valutazione clinica del piede per diagnosticare condizioni come calli, duroni, unghie incarnite, infezioni fungine e malformazioni. Inoltre, il podologo fornisce trattamenti non chirurgici, come la rimozione di callosità, la cura delle unghie problematiche e la gestione delle verruche. Un'altra attività fondamentale è la realizzazione e l'adattamento di ortesi plantari personalizzate per correggere problemi di postura o camminata. Il podologo educa inoltre i pazienti sulla cura preventiva del piede, specialmente per quelli con condizioni croniche come il diabete, che possono portare a complicanze gravi. Lavorando in collaborazione con altri professionisti sanitari, il podologo può anche consigliare ulteriori esami o trattamenti e, se necessario, riferire i pazienti a specialisti per interventi chirurgici o terapie avanzate.

### **7.1.7.3 PIANO GENERALE DI ATTIVITA' SETTIMANALE U.O.C. MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE – COMPARTO**

#### **PODOLOGIA**

<b>TIPOLOGIA PRESTAZIONI REPARTO/AMBULATORIO ADULTI</b>	<b>RANGE ORARIO</b>
<b>PRESTAZIONI RIVOLTE AI PAZIENTI/FAMILIARI-CAREGIVER/ALTRI PROFESSIONISTI-SERVIZI-ENTI</b>	28 - 30 h

<b>ATTIVITÀ ORGANIZZATIVE DI PROGRAMMAZIONE E ALTRO</b>	6 - 8 h
---	---------

## LEGENDA COMPILAZIONE PIANO DI ATTIVITA'

	<b>PRESTAZIONI RIVOLTE AL PAZIENTE</b>	<b>PRESTAZIONI D'EQUIPE</b>	<b>ATTIVITÀ ORGANIZZATIVE</b>
<i>REAPRTO/AMBULATORIO ADULTI</i>	1. Valutazioni podologiche 2. Collaborazione alla compilazione prescrizioni calzature 3. Biotesiometria 4. Abi 5. Prove per la sensibilità dolorifica tattile termica 6. Questionario neuropatia 7. Medicazione lesioni 8. Ossimetria 9. Baropodometria 10. Urgenze piede diabetico	A. Decontaminazione ferri B. Preparazione materiale/setting C. Collaborazione alla stesura del progetto riabilitativo D. Briefing E. Riunioni di equipe	a. Gestione delle impegnative b. Gestione delle cartelle cliniche c. Ordine materiale d. Gestione del telefono e. Gestione e-mail f. Gestione liste d'attesa g. Accoglienza utenti

### 7.1.8 RESPONSABILITÀ

La matrice delle responsabilità illustra i ruoli e le responsabilità dei vari operatori coinvolti nelle attività di pianificazione e gestione all'interno dell'Area Riabilitazione. Nella compilazione del piano di lavoro gli incarichi di funzione (organizzativa di coordinamento, organizzativa trasversale) sono responsabili (R), il Professionista è coinvolto (C), mentre il Dirigente dell'Area Riabilitazione è informato; ove assente l'incarico di organizzazione di coordinamento, il Dirigente di Area della Riabilitazione ne fa le veci. Durante l'invio del piano di lavoro nelle fasi di pianificazione e di consultazione, il Professionista mantiene la responsabilità principale (R), con incarico di funzione organizzativa di coordinamento coinvolto (C) e gli altri operatori informati (I).

La verifica, archiviazione e conservazione dei piani di attività vede l'incarico di funzione organizzativa di coordinamento come responsabile (R), il Professionista informato (I), il Dirigente è informato (I). Infine, la supervisione dell'applicazione corretta della procedura è sotto la responsabilità dell'incarico di funzione organizzativa di coordinamento (R), il Dirigente informato (I) e il Professionista informato (I). Questa chiara distribuzione dei ruoli garantisce una gestione coordinata e strutturata delle attività di riabilitazione, promuovendo efficienza e chiarezza nei processi operativi.

<i>Operatore</i>	<b>DIRIGENTE AREA RIABILITAZIONE</b>	<b>INCARICHI ORGANIZZATI VI DI COORDINAMENTO</b>	<b>INCARICHI ORGANIZZATI TRASVERSALI</b>	<b>PROFESSIONISTA</b>
<i>Compilazione del piano di lavoro</i>	I	R	I	C
<i>Invio del piano di attività in fase di pianificazione</i>	I	R	I	C
<i>Invio del piano di attività in fase di consuntivazione</i>	I	C	I	R
<i>Verifica, archiviazione e conservazione dei piani di attività</i>	I	R	I	I
<i>Supervisione applicazione corretta procedura</i>	I	R	I	C

*R: responsabile; C: coinvolto; I: informato*

## 7.2 PIANO DI LAVORO FISIOTERAPISTI AREA ADULTI

TABELLA ATTIVITÀ AMBULATORIALE	LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ	SABATO
08.00	BRIEFING/PR EPARAZIONE E SETTING					
08.15						
08.45						
09.15						
09.45						
10.15	PAUSA	PAUSA	PAUSA	PAUSA	PAUSA	PAUSA
10.30						
11.00						
11.30						
12.00						
12.30						
13.00						
13.30	COMPILAZIONE CARTELLE	COMPILAZIONE CARTELLE	COMPILAZIONE CARTELLE	COMPILAZIONE CARTELLE	COMPILAZIONE CARTELLE	COMPILAZIONE CARTELLE
	PAUSA	PAUSA	PAUSA	PAUSA	PAUSA	PAUSA
14.30						
15.00						
15.30						
16.00						
16.30						
17.00	COMPILAZIONE CARTELLE	COMPILAZIONE CARTELLE	COMPILAZIONE CARTELLE	COMPILAZIONE CARTELLE	COMPILAZIONE CARTELLE	COMPILAZIONE CARTELLE

## *RINGRAZIAMENTI*

---

Giunto al termine di questo percorso, desidero esprimere la mia più sincera gratitudine a tutte le persone che hanno contribuito a rendere possibile la realizzazione di questa tesi e il mio cammino accademico.

Un ringraziamento speciale va alla Prof.ssa Caravolo, Presidentessa del Corso di Laurea, per il suo impegno e la dedizione verso il nostro percorso formativo. La sua guida e il suo sostegno hanno rappresentato un punto di riferimento costante.

Un sincero grazie alla Prof.ssa Lopez, Direttrice del Corso di Laurea, per la sua leadership e il suo continuo supporto nei confronti degli studenti. La sua competenza e professionalità hanno contribuito a rendere questo corso un'esperienza formativa unica e di valore.

Un ringraziamento particolare al mio Relatore, il Prof. Vecchione, per la sua preziosa guida, disponibilità e per il costante incoraggiamento che ha saputo darmi durante la stesura di questo lavoro. Il suo supporto è stato fondamentale per il raggiungimento di questo traguardo.

Alla Dott.ssa Diotallevi, correlatrice di questa tesi, esprimo la mia più profonda gratitudine per i consigli puntuali, la disponibilità e l'attenzione con cui ha seguito questo progetto, arricchendolo con il suo contributo di grande valore.

Un enorme grazie a tutti i miei compagni di corso. Difficilmente si trova un gruppo così unito, collaborativo e capace di coinvolgere tutti. Mi sono divertita moltissimo con voi e spero che non ci perderemo di vista.

Infine, desidero ringraziare la mia famiglia, gli amici e tutti coloro che mi hanno sostenuto durante questo percorso con il loro affetto e la loro fiducia, senza i quali questo risultato non sarebbe stato possibile.