

***Considerazioni della Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa in merito allo schema di decreto di revisione della normativa riguardante la "Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato".***

La Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFER), unica società scientifica di riferimento dei fisioterapisti Italiani (3000 soci attivi), ringrazia per l'opportunità di partecipare. Il Decreto, a nostro parere, rappresenta un grande passo in avanti nel garantire alla persona con disabilità un "reale empowerment permettendole le condizioni di massimo livello possibile di funzionamento e partecipazione, in relazione alla propria volontà e al contesto", come definito nel Piano di Indirizzo della Riabilitazione. La disabilità non è più concepita solamente come una riduzione delle capacità funzionali determinata da una malattia menomazione, ma come la risultante di un'interazione tra condizioni di salute e fattori contestuali (personali e ambientali).

La disabilità è definita come "la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo". Facendo riferimento alla concettualizzazione dell'ICF, nella Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità si afferma che "Le persone con disabilità includono quanti hanno minorazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali a lungo termine che in interazione con varie barriere possono impedire la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su una base di eguaglianza con gli altri."

In Italia si stima che circa 3,15 milioni di persone si trovino in condizione di disabilità pari al 5,2% della popolazione. La prevalenza aumenta con l'età, raggiungendo il 21,4% tra gli over 75. La "geografia della disabilità" vede al primo posto le Isole, con una prevalenza del 6,5%, contro il 4,5% del Nord ovest. Le Regioni nelle quali il fenomeno è più diffuso sono l'Umbria e la Sardegna (rispettivamente, il 6,9% e il 7,9% della popolazione). Lombardia e Trentino Alto Adige sono, invece, le Regioni con la prevalenza più bassa: il 4,1% e 3,8% rispettivamente.

Il 29% delle persone con disabilità vive sola, il 27,4% con il coniuge, il 16,2% con il coniuge e i figli, il 7,4% con i figli e senza coniuge, circa il 9% con uno o entrambi i genitori, il restante 11% circa vive in altre tipologie di nucleo familiare (ISTAT 2021). La disabilità ha un impatto significativo sulla qualità di vita delle persone e delle loro famiglie, nonché sulla società in generale. La famiglia, nel nostro Paese in modo particolare, svolge un ruolo importante nella cura e nel contrasto al rischio di esclusione sociale. Tuttavia, le famiglie delle persone con disabilità godono in media di un livello più basso di benessere economico: secondo le ultime stime disponibili, il loro reddito annuo equivalente medio (comprensivo dei trasferimenti da parte dello Stato) è di 17.476 euro, inferiore del 7,8% a quello nazionale (ISTAT 2021).

Il medico fisiatra, in quanto specialista in Medicina fisica e riabilitativa, ha una formazione specifica nella valutazione del "funzionamento e della disabilità" secondo

le definizioni ICF e nel trattamento delle condizioni di disabilità come risultato dell'interazione fra condizione di salute e fattori contestuali attraverso un approccio biopsicosociale: la sola modalità che permette di definire lo sviluppo di un percorso di vita costruito sulla persona e con la persona con disabilità. La SIMFER sottolinea come il medico fisiatra sia riconosciuto da normativa come lo specialista medico di riferimento per la condizione di disabilità l'unico medico specialista per la disabilità, in quanto ha le competenze necessarie per la "valutazione multidimensionale, la definizione del progetto di vita e la presa in carico globale della persona con disabilità". In questo modo è possibile garantire l'appropriatezza delle cure riabilitative che può determinare una significativa riduzione dei costi sanitari e sociali. Attraverso un appropriato Progetto Riabilitativo individuale i dati attuali dimostrano come sia possibile ridurre la durata dei ricoveri ospedalieri, prevenire le complicanze, promuovere l'autonomia e la reintegrazione sociale, migliorare la qualità di vita.

Studi recenti hanno dimostrato come un investimento di 1 euro in riabilitazione possa generare un risparmio fino a 2 euro sui costi sanitari e sociali. I risparmi sono maggiori per i pazienti con disabilità gravi e per quelli che ricevono un intervento riabilitativo precoce e intensivo. Inoltre la riabilitazione può ridurre significativamente il numero di DALYs (un DALY rappresenta un anno di vita perso a causa di disabilità o morte prematura), contribuendo a migliorare la salute e il benessere delle persone con disabilità.

Da questi presupposti appaiono evidenti le motivazioni che hanno spinto l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel documento "Strengthening rehabilitation in health systems" del 2 febbraio 2023, a sottolineare l'importanza di potenziare i servizi riabilitativi per migliorare la salute e il benessere delle persone con disabilità. L'OMS raccomanda di aumentare il numero di fisiatra e di altri professionisti riabilitativi, migliorare l'accesso ai servizi riabilitativi e promuovere la ricerca in riabilitazione.

### **Da questi presupposti suggeriamo le seguenti modifiche:**

In particolare, per quanto attiene ai contenuti concordiamo sulla necessità di riunificazione e semplificazione della procedura di accertamento dell'invalidità civile, dell'handicap e della disabilità ai fini lavorativi, entro una definizione omnicomprensiva di condizione di disabilità.

Per quanto attiene alla lettera c dello stesso Articolo 2, pur convenendo sulla necessità di separare in due momenti l'aspetto valutativo (valutazione di base e valutazione multidimensionale), si sottolinea che in entrambe è richiesta una conoscenza dell'approccio biopsicosociale che è la sola modalità che permette di definire lo sviluppo di un percorso di vita costruito sulla persona e con la persona con disabilità. Si ritiene pertanto che in entrambi questi momenti valutativi sia necessario il contributo del presenza del medico di riferimento per le condizioni di disabilità "specialista della disabilità" che è il fisiatra (medico specialista in Medicina fisica e riabilitativa). Tale

presenza, inoltre, permetterebbe in maniera ideale una continuità valutativa della persona con disabilità. Si conviene naturalmente che nella valutazione multidimensionale sia necessaria la presenza dei componenti sanitari e non sanitari atti a garantire l'integrazione sociosanitaria della persona con disabilità.

All'interno dell'Articolo 2 alle lettere h ed i, si propone di aggiungere l'aggettivo "riabilitativo" nella definizione del progetto individuale personalizzato che consegue all'accertamento della condizione di disabilità che consiste nel procedimento di empowerment del paziente attraverso i "sostegni" che includono misure e benefici, nonché prestazioni in particolare di tipo riabilitativo. Inoltre nella lettera h si dovrebbe mettere "migliorare capacità e/o performance".

La lettera l dello stesso articolo definisce quale "valutazione di base" il procedimento di accertamento della disabilità attraverso le classificazioni ICD e ICF: anche in questo caso la figura dello specialista in Medicina fisica e riabilitativa è indispensabile poiché è attualmente l'unica figura medica specialistica che prevede nella mission della disciplina l'identificazione della condizione di disabilità attraverso l'ICD e l'ICF, all'interno dell'approccio biopsicosociale, come proposto e supportato dall'OMS.

Analogamente, anche per quanto riguarda la "valutazione multidimensionale", come identificata dalla lettera m all'articolo 2, la figura del fisiatra può consentire all'unità di valutazione multidimensionale di definire meglio il profilo di funzionamento e mostrare come l'eventuale presenza di barriere e facilitatori possa inficiare la realizzazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato.

Per quanto attiene alla lettera o dell'articolo 2, che fa riferimento ai domini della qualità di vita, si ritiene che si debba far riferimento al concetto di percezione del benessere all'interno del progetto di vita della persona con disabilità.

Si sottolinea, inoltre, che nel Tavolo tecnico per l'elaborazione del decreto, sono state inserite alcune società scientifiche considerate rappresentative del mondo della disabilità: l'unico specialista medico che, come indicato nel "*Decreto Interministeriale 4 febbraio 2015 n. 68 - Riordino scuole di specializzazione di area sanitaria*", e relativo allegato, viene formato affinché abbia competenze nella valutazione della persona con disabilità è il medico fisiatra.

Infatti, il suddetto Decreto riporta che "*Lo specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa deve aver maturato conoscenze scientifiche e professionali nel campo della fisiologia, fisiopatologia, clinica e terapia delle Menomazioni, Disabilità nonché delle possibilità di partecipazione della persona disabile alla vita sociale e delle condizioni ambientali che la condizionano secondo le indicazioni contenute nella International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Egli deve prendere in carico globalmente la persona disabile, saper condurre il lavoro di un Team di Riabilitazione per portarlo alla definizione, ed alle periodiche verifiche, di un Progetto Riabilitativo Individuale, e dei singoli Programmi che lo costituiscono.*" Così come previsto anche dal "Piano di indirizzo della riabilitazione" approvato dalla Conferenza Permanente Stato - Regioni il 10 febbraio 2011 e dal decreto del

Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”*.

Inoltre la pronuncia del Consiglio di Stato, Sez. III, sentenza n. 752 del 2015 ha affermato: *“la normativa evidenzia la centralità e la responsabilità del ruolo del medico nel percorso/progetto/programma terapeutico nell’area della riabilitazione e quindi la previsione del controllo di un medico fisiatra, con la diagnosi, l’individuazione e la prescrizione della terapia, ai fini dell’accesso alle prestazioni riabilitative”*.

Sintesi delle modifiche alla proposta di Decreto, come sotto indicato:

**\*\*Art. 2 lettera h)\*\*:** si propone di aggiungere l’aggettivo “riabilitativo”.

**\*\*Art. 2 lettera o)\*\*:** Si propone di modificare il testo per riflettere meglio la percezione di benessere nella vita di una persona con disabilità, utilizzando indicatori appropriati per valutare i domini della qualità di vita.

**\*\*Art. 8 Comma 2)\*\*:** Si evidenzia che il punto rappresenta un punto di forza dello specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa, che possiede competenze specifiche nelle classificazioni OMS, in particolare dell’ICF.

**\*\*Art. 9 Comma 2)\*\*:** Si propone di sostituire "o altre specializzazioni equipollenti o affini" con "o in Medicina fisica e riabilitativa" per garantire una formazione adeguata e specifica.

**\*\*Art. 9 Comma 3)\*\*:** Si suggerisce di aggiungere "in Medicina fisica e riabilitativa" alle specializzazioni elencate per una maggior completezza e competenza nel settore.

**\*\*Art. 10 Comma 1c e Comma 1e)\*\*:** Si propone di includere il concetto di "performance" insieme alla "capacità" per riflettere meglio le reali abilità e prestazioni delle persone con disabilità nell’ambiente quotidiano. Si fa riferimento al manuale dell’OMS sull’ICF per una comprensione approfondita di questo concetto.

**\*\*Art.24 Comma 2e\*\***: Si suggerisce che almeno uno dei professionisti sanitari coinvolti sia un medico specialista in Medicina fisica e riabilitativa per garantire un approccio completo e specialistico.

**\*\*Art. 32\*\***: Si propone che la SIMFER promuova una campagna educativa per l'implementazione dei sistemi valutativi come ICD, ICF, WHODAS, al fine di migliorare le pratiche e le politiche di valutazione delle persone con disabilità.

Queste modifiche mirano a migliorare la coerenza, la precisione e l'efficacia della normativa, garantendo supporto e assistenza migliori alle persone con disabilità secondo le migliori pratiche e conoscenze disponibili.