CAMERA DEI DEPUTATI N. 625

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

PIRO, OLIVO

Istituzione del corso di laurea in scienze della riabilitazione

Presentata il 7 maggio 1992

ONOREVOLI COLLEGHI ! — La figura del terapista della riabilitazione affonda le sue radici nella legge 10 aprile 1954, n. 218, allorché lo Stato decise di assistere i « minorati discinetici recuperabili » allargando poi l'assistenza agli « invalidi civili neurolesi e motolesi » con la legge 6 agosto 1966, n. 625, e riordinando la materia via via con leggi successive tra cui è da ricordare la legge 30 marzo 1971, n. 118, di conversione del decreto-legge 30 gennaio 1971, n. 5 (il riabilitatore avrà una preparazione prevalentemente nel campo neurologico).

Allora l'esperienza italiana nel settore della riabilitazione era carente per cui ci si avvalse di quella dei paesi esteri e in particolare di quelli anglosassoni. A Milano e a Roma sorgono le prime scuole, dove vengono preparati operatori specifici: kinesiterapisti, terapisti occupazionali e terapisti del linguaggio.

Nel 1961 viene costituita una commissione ministeriale sul problema dei terapisti, problema rimasto in gran parte insoluto.

Nel 1973 ad un congresso a Bologna l'allora direttore generale di medicina sociale riaffermava la necessità di allinearsi agli altri paesi europei per la preparazione dei terapisti delle tre branche e proponeva scuole triennali per terapisti della riabilitazione con l'ultimo anno articolato per la qualificazione specifica in uno dei tre campi, benché nel resto d'Europa e negli altri continenti vi fossero e vi siano tuttora solo scuole distinte e separate per ciascuna branca.

Viene emanato il decreto ministeriale 10 febbraio 1974, pubblicato nella *Gaz-*

zetta Ufficiale n. 97 del 12 aprile 1974, riguardante l'istituzione di scuole per terapisti della riabilitazione presso enti pubblici e privati, rimasto valido negli articoli 13 e 16 (relativi uno ai titoli di studio necessari per l'ammissione, l'altro ai programmi di insegnamento) a seguito della sentenza della Corte costituzionale 7 maggio 1975, n. 111, che prevede il rilascio di attestati.

Di fatto per l'ambiguità di tale decreto viene introdotta una figura sfuocata di terapista unico che dovrebbe essere capace di attuare interventi riabilitativi di fisiokinesiterapia, di terapia del linguaggio e di terapia occupazionale in tutta indistintamente la patologia del bambino, dell'adulto e dell'anziano.

Nell'ambito universitario nel contempo vengono istituite scuole dirette a fini speciali con indirizzi diversificati che rilasciano diplomi specifici.

Con la legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, le USL istituiscono scuole e corsi per terapisti della riabilitazione ad indirizzo polivalente e specifico (logopedisti, fisiokinesiterapisti, ecc.) mentre vengono autorizzate anche alcune scuole private che incontrano difficoltà a far riconoscere i titoli che rilasciano in sede di concorsi presso le USL stesse.

Il decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, nell'elencare il personale con funzioni di riabilitazione, cita i seguenti operatori professionali di 1ª categoria:

terapista;
massaggiatore non vedente;
ortottista;
logopedista.

Il decreto ministeriale 30 gennaio 1982, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta ufficiale* n. 51 del 22 febbraio 1982, all'articolo 81, n. 4), come personale con funzione di riabilitazione elenca:

terapista della riabilitazione;
logopedista;
ortottista.

Per tutte queste figure il requisito richiesto è: corso di abilitazione almeno biennale, svolto in presìdi del Servizio sanitario nazionale o presso strutture universitarie al quale si accede con diploma di istruzione secondaria di secondo grado.

La legge 8 novembre 1984, n. 752, concernente il riconoscimento di titoli abilitanti all'esercizio delle professioni sanitarie ausiliarie, delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie e delle professioni sanitarie tecniche per le quali non sia richiesta la laurea ha evidenziato la necessità di un urgente riconoscimento giuridico dei nostri operatori per poterli mettere nelle condizioni di parità con i cittadini della Comunità europea e del mondo.

La commissione preposta per il riconoscimento ha incontrato notevoli difficoltà nel riconoscere alcuni titoli proprio perché non esiste un corrispettivo titolo del nostro « terapista della riabilitazione ».

Il Consiglio delle Comunità europee ha adottato, il 21 dicembre 1988, la direttiva relativa ad un sistema generale di riconoscimento dei diplomi di istruzione superiore che sanzionano formazioni professionali di una durata minima di tre anni.

È necessario recepire questa direttiva, riordinando organicamente tutta la materia in un contesto globale che tenga conto di tutte le realtà nel rispetto delle varie aree funzionali.

Ora, con la presente proposta di legge, che è frutto essenzialmente del lavoro di ricerca e di studio dell'Associazione italiana terapisti della riabilitazione, si intende dare una maggiore rilevanza a questa professione, in considerazione dei cambiamenti che sono intervenuti.

Tutto il lavoro che si svolgeva nell'ambito della medicina fisica, prima dell'avvento della riabilitazione (fatta eccezione per le forme classiche di idroterapia, termoterapia, fototerapia, ecc.), era rappresentato dal massaggio e dell'elettroterapia.

L'avvento della riabilitazione nel mondo non è stato solo caratterizzato da nuovi concetti di ordine scientifico e sociale, ma anche dalla comparsa di una nuova figura di « ausiliario » della scienza medica, cui competeva l'attuazione diretta

sul malato delle nuove tecniche rieducative.

Questa figura aveva una sua fisionomia ben definita, distinta dalle altre professioni note (infermiere, massaggiatore, ostetrica, ecc.), ed era denominata in lingua inglese *physiotherapist*, comprendendo al suo interno tre specializzazioni: *physical therapist* (tradotto alla lettera fisioterapista-FT), che si occupava del recupero motorio in senso generale, *occupational therapist* (terapista occupazionale-OT), che si occupava del recupero delle funzioni della vita quotidiana e *speech therapist* (terapista del linguaggio-TL), che si occupava dei problemi della comunicazione verbale.

A livello internazionale il *physiotherapist* era l'operatore capace di attuare le diverse tecniche di recupero neuro-fisiologiche secondo i più moderni dettami della scienza riabilitativa, preparato sia scientificamente che psicologicamente a tale compito.

È per questo che la traduzione del sostanziale termine anglosassone di *Physiotherapist* è terapista della riabilitazione che compendia le tre branche anglosassoni, corrispondenti ai FT, OT, TL.

I primi tentativi di attuare in Italia alcune forme di intervento su tipi di malati sino ad allora abbandonati a se stessi furono intrapresi nel primo dopoguerra e trovarono il primo momento formativo nei corsi di addestramento di sei mesi istituiti dall'Alto commissario per l'igiene e la sanità nel 1955 (in concomitanza alla promulgazione della legge per l'assistenza agli affetti da paralisi cerebrali infantili e lussati d'anca).

Le persone ammesse ai corsi ACIS furono reclutate senza un criterio e l'insegnamento, ovviamente ridotto al minimo in obbligo alla brevità del corso, fu affidato a terapisti stranieri venuti in Italia con borse di studio.

L'ospedale maggiore Niguarda di Milano istituì, sempre nel 1955 e su autorizzazione del Ministero della pubblica istruzione, una scuola per la preparazione di personale addetto alla riabilitazione da utilizzare all'interno delle proprie strutture. Il corso aveva la durata di dodici mesi e stabiliva i primi criteri di accesso alla formazione: diploma di Stato, diploma di infermiera professionale o di assistente sanitaria vigilatrice.

Nel 1956 la clinica neurologica dell'università di Roma apre una scuola di durata biennale per l'accesso alla quale si richiedeva il diploma di terza media. Alla fine del primo corso, nel 1958, venne modificato il regolamento e la durata della scuola fu portata a tre anni con la possibilità di ammettere solo gli allievi in possesso del diploma di scuola media superiore. Il corso fu così articolato: biennio di preparazione teorico-pratico con lezioni teoriche ed esercitazioni pratiche nei diversi centri specialistici, terzo anno esclusivamente pratico, alla conclusione del quale, superati tutti gli esami, l'allievo discute una tesi di cui è relatore uno dei docenti del corso.

Nel 1958, con decreto del Presidente della Repubblica n. 657 del 4 maggio, l'istituto ortopedico Rizzoli di Bologna apre una scuola per terapisti della riabilitazione con corsi biennali alla quale possono accedere solo allievi in possesso del diploma di scuola media superiore; la scuola ha un indirizzo prevalentemente ortopedico.

Analogamente si apre una scuola presso la clinica neurologica dell'università degli studi di Bari.

Successivamente la scuola esistente presso la clinica neurologica dell'università degli studi di Genova modifica il proprio regolamento adeguandosi alle altre scuole universitarie (siamo nel 1965).

Contemporaneamente vengono autorizzate scuole di formazione presso istituti che ne facevano domanda per soddisfare esigenze interne di preparazione tecnico-scientifica di personale (INAIL).

La formazione del terapista della riabilitazione nel nostro Paese non ha mai seguito un modello didattico prefissato, per cui è andata strutturandosi in modo estremamente difforme, mancando direttive unitarie degli organi competenti.

Bisogna arrivare al 1974, con il decreto ministeriale del 10 febbraio pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 97 del 12 aprile

1974, concernente le « Norme per il riordino delle scuole per terapista della riabilitazione », per avere alcuni criteri uniformatori.

La Corte costituzionale, chiamata ad esprimere giudizio da alcune regioni che si erano sentite esautorate dei compiti ad esse attribuiti dall'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 15 gennaio 1972, n. 10, ha contribuito con la sentenza n. 111 del 1975 a incrementare la confusione esistente; la sentenza della Corte costituzionale determinò l'annullamento del decreto ministeriale 10 febbraio 1974, riconfermando sia alle regioni, sia all'università, sia agli enti privati la competenza di istituire scuole per terapisti della riabilitazione.

L'effetto del decreto ministeriale 10 febbraio 1974 è stato comunque quello di uniformare il titolo di accesso alle scuole a quello di secondo grado e la durata del corso di studio in tre anni.

La storia dei terapisti della riabilitazione sotto il profilo della formazione culturale termina con il decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162, concernente il riordino delle scuole dirette a fini speciali di cui tutt'ora si attende l'attuazione pratica.

Ultima nota, il decreto del Presidente della Repubblica 28 febbraio 1989, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 173 del 26 luglio 1989, concernente modificazioni allo statuto dell'università degli studi di Padova che, sostituendo l'articolo 345 dello statuto, dà valore di esame abilitante (esame di Stato) alla tesi finale sostenuta dall'allievo terapista della riabilitazione presso la scuola diretta a fini speciali.

Una tappa fondamentale nella storia di questa professione è rappresentata dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132; la cosiddetta « legge Mariotti » rappresentò un atto importante perché riconobbe la riabilitazione come momento qualificante delle attività sanitarie nei nosocomi, accanto al momento preventivo e a quello curativo. L'articolo 39 della stessa legge prevede tra il personale sanitario ausiliario il terapista della riabilitazione.

Tutto ciò veniva riconfermato dalla legge 27 marzo 1969, n. 128, recante ordinamento interno dei servizi ospedalieri, che all'articolo 20 prevede l'istituzione di un servizio di recupero e rieducazione funzionale e all'articolo 42 individua le categorie dei terapisti della riabilitazione tra il personale di assistenza addetto ai servizi speciali. Determina inoltre le loro attribuzioni in riferimento « alla riabilitazione dei minorati fisici e psichici, con particolare riguardo alle lesioni organiche del sistema nervoso e osteoarticolare e di quelli affetti da distrubi organici suscettibili di recupero funzionale e sociale mediante terapie fisiche, kinesiterapiche, occupazionali e di ortottica ».

Inoltre il decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130, concernente lo stato giuridico dei dipendenti degli enti ospedalieri, comprende il terapista della riabilitazione nelle sue varie qualificazioni come categoria a se stante nell'ambito del personale sanitario ausiliario (articolo 1).

Il decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, allegato 1, prevede, alla tabella N, il personale con funzioni di riabilitazione; detto personale è iscritto nel profilo di operatore professionale di I categoria e collocato su due posizioni funzionali: operatore professionale collaboratore e operatore professionale coordinatore.

La legge 7 settembre 1984, n. 281, concernente attribuzioni del personale non medico addetto ai presìdi, servizi ed uffici delle unità sanitarie locali, riconosce le funzioni del terapista della riabilitazione e attribuisce criteri di autonomia e responsabilità lavorativa.

Non ultima la legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, n. 833 del 1978, definisce che il conseguimento delle finalità dirette alla tutela della sanità della collettività è assicurato tra l'altro mediante « la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica ». All'articolo 26 si precisano le prestazioni di riabilitazione: si tratta delle prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da

minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali dipendenti da qualsiasi causa.

Una legge dello Stato, quindi, sancisce la riabilitazione quale uno dei tre momenti di attuazione dell'intervento sanitario insieme alla prevenzione, diagnosi e cura.

A tutt'oggi però, manca ancora la registrazione del titolo professionale ovvero del titolo che, a norma di legge, comprova le conoscenze scientifiche, la formazione e l'addestramento alla professione eseguito sotto apposita guida di formatori della stessa professione.

In tutti i paesi progrediti l'esercizio delle professioni sanitarie è riservato alle persone ammesse a registrare il proprio titolo professionale in apposito registro tenuto dall'autorità competente della vigilanza sugli esercizi professionali sanitari (decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, ratificato con legge 17 aprile 1956, n. 561).

Per ultimo si ricorda la normativa concordata tra gli Stati membri della Comunità economica europea già operante per medici, dentisti, infermieri ed ostetriche che consente a costoro di esercitare le rispettive professioni nel territorio di tutti gli Stati che hanno firmato l'accordo in materia; per i terapisti della riabilitazione non esiste ancora un riferimento legislativo in Italia che permetta loro di essere adeguati alle normative CEE.

L'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, come è noto, distingue il personale delle USL in quattro ruoli: sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo.

A sua volta l'articolo 2 distingue il ruolo sanitario in tabelle per profili professionali, ed inoltre, secondo quelle che potrebbero definirsi aree. Queste sono: infermieristica, tecnico-sanitaria, di vigilanza e di ispezione, di riabilitazione.

Le predette aree sono determinate, come detta espressamente la legge, da « operatori in possesso dello specifico titolo di abilitazione professionale ». Da tali disposizioni legislative si deduce che quella di riabilitazione è un'area tutta propria e specificamente determinata. La sua estensione è tale da non consentire una facile delimitazione, tenuto conto che il termine riabilitazione è piuttosto restrittivo rispetto a quella che è la effettiva finalità dell'attività professionale che appartiene al terapista della riabilitazione, il quale è il professionista che copre del tutto la sfera di detta area.

Nel rapporto tra un'area e i profili professionali che alla stessa appartengono, l'area riabilitativa è completamente soddisfatta dalla professionalità del terapista.

In tal senso è lo stesso succitato articolo 2, il quale affida la riabilitazione agli operatori in possesso dello specifico titolo di abilitazione professionale, che ha distinto l'attività del terapista da quella del medico e di altri operatori.

Si impone, pertanto, la necessità di determinare, anche in relazione al profilo professionale del terapista, gli elementi oggettivi che compongono l'area.

Nel sistema legislativo sanitario un'area professionale è determinata da due elementi: quello soggettivo, relativo alle figure professionali proprie dell'area, e quello oggettivo, costituito dal bisogno al quale lo stesso professionista è preposto.

Per quanto concerne l'elemento soggettivo, il terapista della riabilitazione, essendo l'unico in possesso del requisito di legge, ovvero di titolo abilitante a tutte le prestazioni riabilitative, risulta essere l'unico operatore dell'area.

Resta allora solo da determinare l'elemento soggettivo. Nel genere riabilitazione sono comprese le tre seguenti specie:

1) educazione e/o rieducazione motoria;

2) linguaggio;

3) ortottica.

Le elencate specie richiedono un complesso di conoscenze scientifiche necessarie alla funzione riabilitativa ed anche per le tecnologie integrative ad ogni tipologia di intervento.

Il rapporto tra scienza e pura tecnologia si manifesta di continuo nella attività professionale del terapista, in quanto egli

è obbligato al coordinamento delle conoscenze scientifiche (con gli apporti tecnologici ai fini del risultato), ricevendo egli semplicemente il dato clinico-patologico sul quale deve fondare, con le sue conoscenze scientifiche, le scelte terapeutiche ritenute idonee.

L'area riabilitativa, dal punto di vista scientifico professionale, è dotata di completa autonomia. Tale autonomia del terapista, così come quella di qualsiasi professionista, è da qualificarsi di relazione.

L'autonomia di relazione è da intendersi come competenza professionale propria, in stato di relazione con altre professionalità, aventi per oggetto momenti professionali correlati a quello riabilitativo. Tra esse possono essere enunciate quella del medico, dello psicologo, del sociologo, del bio-ingegnere, del filosofo, del linguista, ecc.

Si ritiene opportuno ricordare la necessaria distinzione della figura professionale *in qualifiche funzionali, secondo i criteri* fissati dall'articolo 17 della legge quadro *sul pubblico impiego 29 marzo 1983*, n. 93.

Il mantenimento delle qualifiche funzionali richiede necessariamente una rigorosa *attuazione delle piante organiche* adeguate sia al decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979, che prevede anche per il terapista la distinzione in qualifiche funzionali, sia al recente decreto sugli *standard*.

Nel dibattito in corso si ritiene di dover tentare un equo contemperamento tra le esigenze di giustizia ed equità retributiva e lo svilippo di carriera correlato ai momenti personali.

L'identificazione dell'area della riabilitazione secondo tutti i canoni summenzionati, ed integrata appropriatamente con il criterio del profilo professionale e delle qualifiche funzionali, si manifesta strumento molto utile sia per la esatta immissione del corrispondente professionista all'interno della sanità, sia per una sua esatta collocazione contrattuale.

Se si vuole identificare un percorso formativo per i terapisti della riabilitazione, occorre ricordare che nel quadro legislativo nazionale il termine « terapista della riabilitazione » compare con il decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, articolo 20, laddove, istituendo il « servizio di recupero e rieducazione funzionale » si definisce come il personale sanitario ausiliario addetto al servizio stesso sia costituito da « terapisti della riabilitazione ».

Nel successivo articolo 42 dello stesso decreto del Presidente della Repubblica, al paragrafo del « personale di assistenza addetto ai servizi medici specialistici » viene definito, anche se in maniera incompleta, l'ambito generale di attribuzioni funzionali.

Nel decreto del Presidente della Repubblica n. 130, sempre del 27 marzo 1969, nello stabilire lo stato giuridico e la normativa concorsuale per questo tipo di operatori, viene stabilito (articolo 132 concernente le norme transitorie) che, in attesa di norme legislative riguardanti le *scuole di formazione professionale, siano* considerati titoli idonei i diplomi di *scuole universitarie dirette a fini speciali*, i diplomi di infermiere professionale con *il corso di specializzazione in fisiochinesiterapia* (di varia durata), i diplomi di corso almeno annuale successivi alla scuola media superiore.

Questi provvedimenti, se da una parte definiscono in maniera chiara la centralità della figura del terapista della riabilitazione nel complesso contesto dei servizi di riabilitazione, per la prima volta definiti come area specialistica, dall'altra non risolvono in alcun modo il nodo delle diverse attribuzioni funzionali del personale e della conseguente operatività, consentendo l'accesso alla qualifica a personale dalle provenienze e dalle formazioni più disparate.

Infatti con l'introduzione della funzione riabilitativa (vedasi definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità) nei suoi termini più ampi nel sistema sanitario, gli operatori vedono improvvisamente dilatarsi i confini delle loro funzioni professionali, mentre inizialmente esse erano ristrette per lo più a competenze di prevalente carattere ortopedico.

Si pone quindi già il problema di rilevante importanza della formazione di operatori in grado di dare risposte qualificate alla sempre crescente domanda riabilitativa.

Alle scuole locali (ospedali, enti locali, ecc.) si affiancano in numero sempre maggiore le scuole universitarie dirette a fini speciali di cui al citato decreto del Presidente della Repubblica n. 162 del 1982, che peraltro rispondono non ad esigenze generali di cultura del settore, ma tendono a soddisfare bisogni relativi a segmenti particolari della domanda riabilitativa, legati a situazioni locali o a correnti culturali di singoli docenti, direttori e primari.

Già nei primi anni settanta si avverte la necessità di fare chiarezza, almeno sul piano formativo, per ciò che riguarda gli addetti alla riabilitazione.

Nel 1974 viene emanato il citato decreto ministeriale del 10 febbraio, nel quale si definisce per la prima volta il curricolo del terapista della riabilitazione, con alcuni criteri relativi alla didattica, alla gestione delle scuole, ecc.: tale decreto viene impugnato da alcune regioni, e, per una successiva decisione della Corte costituzionale, viene cancellato formalmente dalla legislazione, pur rimanendo fortunatamente salvi alcuni princìpi fondamentali quali i requisiti di accesso, la durata dei corsi e gli insegnamenti da sostenere.

Fatto salvo questo tentativo legislativo di standardizzazione, la formazione del personale di riabilitazione avviene con modalità ed indirizzi del tutto casuali, con punte anche di alta qualificazione accanto a preparazioni di basso livello.

A questa situazione si aggiunge la complicazione dovuta al fatto che la rapida crescita del settore ha prodotto all'interno dell'area riabilitativa lo sviluppo di zone di alta specializzazione, per le quali si rendono necessarie acquisizioni di nuove competenze e quindi di nuovi curricoli.

Con l'avvento della legge n. 833 del 1978, e del conseguente decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979, pur acquistando la riabilitazione un ruolo centrale in tutto il processo salute, il quadro relativo al « personale con funzioni di riabilitazione » ripresenta assolutamente inalterati i problemi sino a qui evidenziati.

Per le considerazioni fatte e per lo sviluppo dell'area riabilitativa in generale è necessario quindi stabilire nella definizione del profilo professionale la natura dei contenuti specifici, perché molte figure professionali, sanitarie e non, hanno rapporti e si occupano direttamente o indirettamente di riabilitazione, senza però essere portatori di uno specifico professionale, di un bagaglio culturale e in definitiva di un modo di intervenire che è invece proprio del personale con funzioni specifiche di riabilitazione, e che si caratterizzano in « compiti di elaborazione, programmazione, attuazione e verifica delle strategie di intervento, da attuarsi con l'esercizio terapeutico e che si svolgono in rapporto diretto e significativo con l'utenza ».

Pertanto la perfetta e completa definizione della figura professionale del terapista della riabilitazione è un'esigenza che si presenta di doverosa soluzione in primo luogo nell'interesse generale della collettività e di conseguenza nell'interesse convergente della categoria.

Infatti la definizione appropriata dell'operatore in riabilitazione va fatta prima di tutto con riferimento ai destinatari del servizio, rispetto ai quali è doveroso definire l'*iter* formativo ed il titolo ad esso conseguente di tale figura professionale.

La doverosità nasce dal fatto che risulta bene evidente che un profilo professionale va definito nei suoi tre criteri: titolo, abilitazione e competenza professionale, di cui all'articolo 18 della legge quadro sul pubblico impiego 29 marzo 1983, n. 93, con riferimento diretto al servizio da prestare, del quale sono destinatari i cosiddetti utenti. Se tale postulato è vero, la sua veridicità dimostra che la regolamentazione giuridica del profilo professionale del terapista della riabilitazione va fatta con diretto riferimento ai destinatari della competenza professionale, e solo di conseguenza ed indirettamente nei confronti degli stessi interessati.

Se per l'uomo sano si ritiene opportuno un corso di laurea, con argomento *a fortiori* tanto è sostenibile per chi deve prendersi cura della riabilitazione funzionale, sia essa genetica che accidentale. Invero, mentre l'educatore fisico deve solo perfezionare ciò che è per sé, secondo natura (normodotato), l'effetto da patologia *motoria e/o di relazione richiede un* notevole impegno per acquistare o riacquistare quella normalità che non ha mai avuto o che ha perso. Su tali postulati diventa evidente corollario l'affermazione che per il servizio di pubblica utilità, che il terapista deve offrire a favore dell'uomo, egli necessiti di una formazione con corso di laurea, che immetta nell'ambito della società una figura professionale, che garantisca la completa tutela della salute nel senso più pieno e completo di cui al dettato della nostra Costituzione.

Il riabilitatore è dunque un professionista che esercita le proprie funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, della comunicazione e delle altre funzioni corticali superiori finalizzandole al recupero dei *deficit* conseguiti a patologie congenite e post-lesionali, all'apprendimento ed utilizzo ottimale *delle funzioni residue nella vita di* relazione.

Sul presupposto delle indicazioni clinico-diagnostiche e relativamente alla propria specifica competenza, valuta i *deficit* funzionali dei soggetti e formula il progetto riabilitativo.

In conseguenza elabora, programma, attua e verifica autonomamente strategie di intervento che si attuano attraverso esercizio terapeutico, in rapporto di interazione significativa con il soggetto (paziente).

Individua, addestra e verifica l'uso di protesi, ortesi ed ausili in relazione all'evoluzione delle conoscenze scientifiche e tecnologiche.

Partecipa con il proprio specifico professionale ad *équipes* multidisciplinari.

Svolge attività di studio, di ricerca e di consulenza nei servizi sanitari pubblici e privati, nell'attività libero-professionale, nella scuola e in tutti gli ambiti nei quali siano richieste le sue competenze specifiche.

Esercita attività didattica specifica all'interno della propria area e concorre alla formazione e all'aggiornamento di operatori di altre aree.

Da quanto su esposto si desume che la regolamentazione giuridica del profilo professionale del riabilitatore debba essere *fatta con diretto riferimento ai destinatari* della competenza professionale, e solo di conseguenza ed indirettamente nei confronti degli stessi interessati.

Due aspetti oggettivi richiedono per il riabilitatore una formazione superiore con corso di laurea. Essi sono:

1) la complessità intellettuale delle discipline che il riabilitatore deve avere quale suo patrimonio culturale;

2) l'autonomia scientifica delle predette discipline.

La complessità delle discipline formative deriva dalla complessità e varietà *delle prestazioni, che sono oggetto della* competenza professionale del riabilitatore già allo stato attuale delle cose.

Di tanto viene conferma sia dall'articolo 1 del decreto ministeriale 10 febbraio 1974, sia dall'articolo 42, secondo comma del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, per il quale « *le attribuzioni si riferiscono alla riabilitazione* dei minorati fisici e psichici, con particolare riguardo ai minorati per lesioni organiche del sistema nervoso ed osteoarticolare e per quelle da disturbi organici, suscettibili di recupero funzionale e sociale mediante terapia fisica, kinesiterapica, occupazionale e di ortottica ».

Il secondo aspetto fa riferimento all'autonomia scientifica di una parte delle discipline che devono essere oggetto di studio da parte del riabilitatore.

A tal proposito va considerato che sussistono due specie di discipline: quelle proprie del riabilitatore e quelle comuni ad altri settori della scienza.

Quanto alle prime va considerato che la riabilitazione ha per oggetto delle discipline, le quali per il loro contenuto si dimostrano tutte proprie di tale parte del reale. In tal senso vanno tenute in conto quelle discipline che studiano le possibilità di recupero delle funzioni lese o di quelle che geneticamente sono risultate anomale rispetto alla natura.

Quanto poi alle seconde, vale a dire alle discipline comuni con le altre scienze, è notorio che queste possono assumersi come autonome in rapporto ai fini rispetto ai quali vanno studiate.

È legittimo affermare che il finalismo intrinseco ad una scienza con riferimento al quale questa va riguardata, ne costituisce una peculiarità in forza della quale, seppure essa nella sua oggettività va considerata in comune con altri corsi di laurea, dei quali fa parte, rispetto al suo specifico fine legittimamente va considerata autonoma.

Tanto è possibile affermare ad esempio per tutte le discipline della medicina, le quali seppure nel loro fondamento comune vanno considerate con riferimento alla facoltà di medicina, per il riabilitatore assumono rilevanza per la peculiarità del fine riabilitativo.

Altrettanto va detto per le discipline pedagogiche, psicologiche, sociologiche e per tutte quelle che comunque hanno per oggetto l'uomo.

Essendo specifico compito del riabilitatore considerare l'individuo nella sua globalità per favorire i processi di recupero, la sua formazione non può prescindere dalle conoscenze dei vari aspetti del comportamento umano e necessita di notevole contributo da parte delle discipline psicopedagogiche con particolare riferimento ai processi di apprendimento.

Il progresso della ricerca riabilitativa impone inoltre un ampliamento della formazione dell'attuale riabilitatore che da un lato possa comprendere oltre alle scienze di base quali la biologia, la fisiologia, la fisica, anche quelle discipline complementari i contenuti delle quali sono indispensabili alla sua operatività, dall'altro possa fornire quegli strumenti metodologici indispensabili al continuo adeguamento delle conoscenze scientifiche e tecnologiche del settore.

Si evidenzia la necessità di un *iter* formativo che possa rispondere a questa domanda, fornendo una preparazione culturale, scientifica, tecnica e di ricerca, identificata in un curriculo al termine del quale viene rilasciato il diploma di laurea in scienze della riabilitazione e per il quale si prospetta la seguente proposta di legge.

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

(Finalità).

1. Gli studi e la ricerca della scienza della riabilitazione hanno il fine di promuovere il progresso della cultura riabilitativa e la formazione della professione del riabilitatore.

2. Le disposizioni di cui alla presente legge regolano l'organizzazione degli studi finalizzati alla formazione del riabilitatore nonché all'esercizio della sua professione.

ART. 2.

(Competenza professionale).

1. Il riabilitatore è un professionista che valuta i *deficit* funzionali, formula il progetto riabilitativo ed esercita autonomamente, anche con l'ausilio di mezzi tecnici, l'attività di prevenzione, cura e riabilitazione della motricità, della comunicazione e delle altre funzioni corticali superiori, finalizzandole all'acquisizione e al recupero dell'integrità psicofisica nonché all'utilizzo ottimale delle funzioni residue per la vita di relazione.

ART. 3.

(Istituzione del corso di laurea).

1. È istituito il corso di laurea in scienze della riabilitazione, della durata di cinque anni per il perseguimento dei fini di cui all'articolo 1, al termine del quale si consegue il diploma di laurea in scienze della riabilitazione.

2. Nell'elenco delle lauree e dei diplomi di cui alla tabella I annessa al regio decreto 30 settembre 1938, n. 1652, deve aggiungersi la tabella relativa alla laurea in scienze della riabilitazione.

ART. 4.

(Ordinamento didattico).

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, previo parere del Consiglio universitario nazionale, viene determinato l'ordinamento degli studi del corso di laurea in scienze della riabilitazione, con l'indicazione degli insegnamenti e delle attività formative da svolgere ai fini del conseguimento della laurea, sentita la federazione nazionale degli ordini dei dottori in scienze della riabilitazione.

ART. 5.

(Ammissione).

1. Sono ammessi al corso di laurea coloro che sono in possesso del diploma di scuola secondaria di secondo grado valido per l'accesso all'università, previo superamento di esami le cui modalità sono fissate con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica.

2. Il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, di concerto con il Ministro della sanità, determina periodicamente, sulla base delle indicazioni fornite dalle regioni, il numero globale delle iscrizioni sul piano nazionale e lo ripartisce per ciascuna sede universitaria ove è attivato il corso, previo parere della Federazione nazionale degli ordini dei dottori in scienze della riabilitazione.

3. Il trasferimento ad altre facoltà o da altre facoltà può avvenire sulla base di criteri determinati dai Ministri di cui a comma 2.

ART. 6.

(Dottorato di ricerca).

1. Il dottorato di ricerca in scienze della riabilitazione, titolo accademico valido unicamente nell'ambito della ricerca

scientifica, si consegue secondo quanto disposto dal Titolo III, Capo II, del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382.

ART. 7.

(Attività didattica).

1. Gli insegnamenti ufficiali del corso di laurea sono affidati a docenti abilitati secondo la normativa vigente purché compresi nel raggruppamento concorsuale di cui fa parte la disciplina di titolarità del docente.

ART. 8.

(Strutture).

1. È compito dei Ministri dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e della sanità definire i criteri per la formulazione di convenzioni da stipularsi tra le università e le strutture attualmente preposte alla formazione di riabilitatori.

ART. 9.

(Istituzione degli ordini e delle federazioni dei dottori in scienze della riabilitazione).

1. Sono istituiti gli ordini e le federazioni regionali e la federazione nazionale dei dottori in scienze della riabilitazione, in conformità al decreto luogotenenziale del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, e del relativo regolamento d'esecuzione, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221.

2. Per l'esercizio della professione di riabilitatore è necessario aver superato l'esame di abilitazione ed essere iscritti all'albo, sia per l'attività libero professionale che per attività svolta alle dipendenze di enti pubblici o privati.

ART. 10.

(Sanzioni penali).

1. Chiunque eserciti la professione in violazione delle norme contenute nella presente legge, è punito ai sensi dell'articolo 348 del codice penale.

ART. 11.

(Norme transitorie e finali).

1. A decorrere dall'anno accademico successivo a quello dell'entrata in vigore della presente legge vengono soppresse le scuole per la formazione di operatori sanitari, comunque rientranti nella competenza di cui alla presente legge, siano esse di tipo universitario (scuole dirette a fini speciali), pubbliche o private.

2. Agli studenti, attualmente in formazione, iscritti alle scuole menzionate nel comma 1 e legalmente riconosciute, è garantito il completamento degli studi.

3. A coloro che sono in possesso dei titoli di studio di cui ai commi 1 e 2 è consentito l'esercizio professionale di cui alla presente legge con l'obbligo dell'iscrizione all'albo.

4. I diplomi o attestati conseguiti a seguito di ammissione con il diploma di scuola media superiore e del corso triennale sono riconosciuti titoli equipollenti al diploma di laurea.

5. Coloro che sono in possesso di diploma o attestato rilasciato a condizioni diverse da quelle di cui al comma 4 e di cui all'articolo 132 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130, possono conseguire l'equipollenza a seguito di un corso annuale integrativo organizzato obbligatoriamente dalla stessa università.

6. La facoltà di cui al comma 5 è esercitabile per i tre anni successivi all'istituzione del corso di laurea con il riconoscimento, da parte delle amministrazioni di appartenenza, del corrispondente diritto allo studio.

7. Il titolo equipollente di cui ai commi 4 e 5 consente l'iscrizione al quarto anno del corso di laurea istituito ai sensi dell'articolo 3.

8. Gli attuali riabilitatori impegnati a titolo diverso nella didattica presso le scuole di cui al comma 1 e in possesso del titolo equipollente di cui ai commi 4 e 5 vengono mantenuti ad esaurimento nelle loro attribuzioni con il riconoscimento delle funzioni di « professore a contratto » ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, e del decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162.