

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori **MACCARRONE, MINELLA MOLINARI** Angiola, **CASSESE, ROMANO, SCOTTI, DI PAOLANTONIO, SIMONUCCI, ZANARDI, BUFALINI, FARNETI** Ariella, **GRANATA, PERNA, PIOVANO, D'ANGELOSANTE, CIPOLLA, ORLANDI** e **FORTUNATI**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 20 DICEMBRE 1966

Disciplina della professione di « terapeuta della riabilitazione », ausiliaria della professione medica e norme per l'istituzione delle scuole

ONOREVOLI SENATORI. — È a tutti noto quanto sia difficile prospettare un idoneo programma di riabilitazione per affrontare con una terapia adeguata le numerose e diffuse condizioni morbose che sono suscettibili di miglioramento tale da consentire il reinserimento nella vita sociale e spesso nella vita produttiva di soggetti recuperabili.

Una delle cause di tale difficoltà consiste nella insufficienza di personale idoneo, appositamente preparato e addestrato, che possa aiutare il medico nella complessa opera di rieducazione e di recupero.

Le tecniche e, addirittura, il concetto di riabilitazione di chi, per un motivo qualsiasi — incidente o malattia — ha perduto il controllo perfetto dei propri movimenti e l'uso degli arti e dei sensi, si sono diffuse in Italia solo in tempi piuttosto recenti, mentre in altri paesi già, nel corso dell'ultimo conflitto mondiale, gli studi e le applicazioni in questo campo hanno progredito in modo tale che la riabilitazione è divenuta una branca della medicina ormai operante da lungo tempo ed anche la figura del terapeuta della riabilitazione, ben definita, con

caratteristiche e compiti largamente riconosciuti, si è venuta affermando come una figura nuova di professionista, ausiliario della professione medica, dotato di una cultura biologica e clinica tale da essere in grado di effettuare tutta una serie di manovre sotto la direzione di un medico. Non si tratta in ogni caso di massaggiatori più o meno abili ma di tecnici impiegati in una forma moderna di assistenza medico-sociale, preparati teoricamente e praticamente alla riabilitazione dei minorati fisici e psichici con particolare riguardo ai minorati per lesioni organiche del sistema nervoso e osteomioarticolari e di quelli affetti da disturbi organici del linguaggio, suscettibili di recupero funzionale e sociale mediante terapie fisiche, cinesiterapiche, occupazionali e del linguaggio.

I professionisti così preparati sono in grado sia di analizzare e di tenere in conto l'atteggiamento del paziente e dei suoi familiari, sia di comprendere l'importanza dei fattori sociali ed economici nel determinismo dell'invalidità, sia di indirizzare il paziente verso le occupazioni adeguate alle sue capa-

cità, sia soprattutto d'impostare il singolo programma di interventi fisioterapici secondo un concetto unitario, tendente ad ottenere il massimo di recupero funzionale.

In Italia, con sforzi notevoli e ad iniziativa di singoli Enti, Istituti e cliniche universitarie, sono stati organizzati corsi e « scuole » di diversa durata e a differente indirizzo, utilizzando l'esperienza e talora anche il personale di altri paesi; ma il numero di tali corsi, nemmeno con gli sviluppi assunti negli ultimi anni, appare sufficiente a far fronte ai bisogni e, soprattutto, l'indirizzo di essi non appare idoneo a garantire la preparazione del personale necessario, per numero e con i requisiti voluti, per una corretta e valida terapia riabilitativa.

È apparso perciò a noi opportuno promuovere una disciplina legislativa per superare il ritardo in cui si trova il nostro paese e per rimuovere uno dei più seri ostacoli che possono pregiudicare la attuazione di quell'intervento sanitario di « terzo tempo » da tante parti ritenuto utile.

La minorazione infatti non può nè deve costituire una condanna definitiva; se anche l'opinione pubblica appare ancora impreparata a comprendere i termini della questione sotto il profilo sociale e gli stessi minorati appaiono piuttosto inclini a chiudersi nel proprio dolore e nella forzata inattività, tuttavia siamo convinti che il dovere di una società civile e di uno Stato moderno è di affrontare ugualmente e con mezzi adeguati i problemi sanitari, assistenziali, morali, connessi all'esistenza di un numero così grande di minorati. Ci si trova infatti, come avverte Gozzano, di fronte ad ammalati del tutto speciali i cui arti sono spesso in grado di funzionare ma i cui centri nervosi non sono in grado di trasmettere loro gli ordini.

È da tenere presente che ogni anno vengono dimessi dagli ospedali più di 50.000 soggetti con emiplegia. La poliomielite ha colpito fino a qualche anno fa 3.000 bambini all'anno e, sebbene sia fortunatamente in fortissima regressione per effetto della vaccinazione totale introdotta in Italia in forma obbligatoria, i soggetti già colpiti dal male e recuperabili mediante un'adeguata rieducazione sono numerosi. Ogni anno inol-

tre nascono diverse migliaia di bambini con lesioni congenite che rendono difficile la deambulazione. Anche l'altissima incidenza delle forme reumatiche croniche (10 per cento della popolazione) ha come conseguenza la determinazione di centinaia di migliaia di soggetti invalidi. Si contano dunque a milioni i soggetti per i quali le ordinarie terapie mediche possono solo portare un momentaneo sollievo e gli interventi chirurgici possono ridurre solo in parte il grado di invalidità. Tali soggetti possono invece giovare, con risultati molto soddisfacenti e tali da far raggiungere l'autosufficienza e persino il recupero dell'attività lavorativa, di terapie riabilitative quali la fisiocinesiterapia, la terapia occupazionale, la terapia del linguaggio.

Un altro campo di applicazione della fisiocinesiterapia è rappresentato dalle emodistrofie in cui si possono ottenere risultati molto apprezzabili nella prevenzione e nella limitazione dei danni secondari indotti dalla malattia, quali l'atrofia non da distrofia, con riduzione della forza muscolare in relazione all'uso ridotto dei muscoli; le deformità da atteggiamenti viziati; l'aumento di peso; i difetti di circolo periferico; la malnutrizione dei tessuti per inattività.

Di enorme importanza è poi il problema della rieducazione degli « spastici ».

Gli spastici in Italia, secondo stime fatte da specialisti sulla scorta dell'esperienza di altre nazioni, ammonterebbero a circa 100 mila. Secondo le statistiche americane si avrebbero 600 discinetici al di sotto dei 16 anni per un milione di abitanti, mentre le statistiche inglesi indicano tale rapporto in 200. In Italia non è possibile disporre di dati statistici completi perchè non è stata adottata ancora nemmeno una nomenclatura unica.

Sulla base della statistica inglese, più favorevole, il numero dei pazienti affetti da discinesia non dovrebbe essere inferiore, nel nostro Paese agli 8-10 mila. Tale cifra è indirettamente confermata dal numero delle domande di assistenza (8.700) pervenute al Ministero della sanità al momento dell'entrata in vigore della legge 10 aprile 1954, n. 218.

In Italia, per provvedere all'assistenza degli spastici sono stati realizzati 11 centri di rieducazione motoria in cui si cerca di attuare, secondo le indicazioni di Frontali, un lavoro di *equipes* tra medici (pediatra, neurologo, neuropsichiatra infantile) e psicologi ai quali si affianca l'opera del terapeuta della riabilitazione oltre che di educatori e di assistenti sociali. In taluni casi è richiesta anche, nell'interesse del paziente, l'opera dell'ortopedico.

Lo sviluppo di questi centri è però fortemente limitato oltre che dall'insufficienza dei mezzi finanziari disponibili, dalla assenza di un indirizzo organico e di un impegno diretto del Ministero della sanità, anche dal numero molto limitato di persone specializzate che è possibile impiegare in questo lavoro.

Se alle cifre relative agli spastici si aggiungono quelle dei minorati fisici per altre cause, il problema del reinserimento nella società di questi pazienti assume proporzioni tali da richiedere soluzioni adeguate come quelle che già in altri Paesi sono state attuate.

Secondo valutazioni la cui attendibilità è difficile controllare i 30 centri specializzati sparsi in Italia, i reparti ospedalieri, pediatrici, ortopedici, eccetera, possono assicurare l'assistenza soltanto a circa 5.000 tra spastici, poliomielitici, subnormali, eccetera.

Anche per i lussati congeniti dell'anca, per i quali peraltro occorre ancora definire in modo preciso le competenze assistenziali, sarebbe possibile ottenere con terapie e mezzi adeguati, risultati soddisfacenti, tanto più apprezzabili quanto più precocemente viene avviato il trattamento terapeutico, specie se esso è attuato nei primi mesi di vita, prima ancora che il bambino assuma la posizione eretta ed inizi la deambulazione.

Ogni anno vengono assunti a carico del Ministero della sanità non meno di 1.400 bambini di cui 2/3 sono ricoverati in reparti ospedalieri o istituti di assistenza e 1/3 sono assorbiti ambulatoriamente presso cliniche ortopediche e reparti ospedalieri specializzati.

È noto che le cerebrovasculopatie acute occupano, in ordine di frequenza, il primo posto tra le cause di morte e che l'apoplezia cerebrale, secondo le statistiche più aggiornate rappresenta il 40 per cento circa dei casi di mortalità. È stato già ricordato che ogni anno vengono dimessi dagli ospedali più di 50.000 soggetti con emiplegia.

Da questi soli dati è facile dedurre quanto sia alto il numero dei portatori di *deficit* motori di cui l'emiplegia rappresenta la sindrome più frequente. In USA, secondo le valutazioni di Rusk e Cavalt vivono (1950) oltre un milione di emiplegici.

In Italia si valuta che attualmente gli emiplegici siano da 250 a 300 mila mentre non è difficile prevedere un aumento considerevole nei prossimi anni a causa dell'aumentata frequenza dei traumi cranici e delle vasculopatie, in relazione ai fenomeni della vita moderna che porta ad un sempre più grande numero di eventi morbosi che interessano anche i centri encefalici della motilità.

Peraltro la più efficace terapia medica e il perfezionamento delle tecniche chirurgiche determinano una riduzione della percentuale di mortalità e un aumento dei sopravvissuti con esiti più o meno invalidanti.

È indubbio che un così elevato numero di malati porti con sé problemi morali e sociali di notevole rilievo ed anche un danno economico cospicuo a causa della più costosa e più prolungata assistenza. (Pattison H.A.: *The handicapped and their Deabilitation* - C.C. Thomas Springfield Ill. 1957).

Anche in tali casi però si possono ottenere vantaggiosi risultati con i nuovi trattamenti medici tra cui vanno assumendo sempre maggiore importanza i trattamenti fisioterapici e riabilitativi per il recupero parziale o totale delle minorazioni fisiche.

Secondo le numerose casistiche rese note, si può affermare che il 90 per cento degli emiplegici rieducati riprende a camminare senza bisogno di assistenza mentre il 60-65 per cento riacquista l'indipendenza completa nella vita quotidiana e il 30-35 per cento può riprendere con profitto la normale attività lavorativa a condizione che l'intervento sia instaurato precocemente in ogni

emiplegico, non evidentemente moribondo, per prevenire l'instaurarsi di atteggiamenti viziati che ostacolerebbero le manovre di rieducazione motoria.

Nei Paesi scandinavi e anglosassoni è riservata agli emiplegici una grande attenzione e cure tempestive nei reparti di fisioterapia e riabilitazione. In Francia sono organizzati appositi Centri presso alcuni grandi ospedali. In Italia, malgrado alcune ottime realizzazioni, molto resta ancora da fare. In molti ospedali l'emiplegico viene dimesso al termine della fase acuta e una volta eliminato il pericolo delle complicazioni viene affidato alla famiglia o spesso viene abbandonato a sè stesso in letto o in poltrona o viene ricoverato in istituti per cronici.

Questa mentalità arretrata contrasta con i mutamenti di concezione intervenuti nel campo medico e con l'affermarsi della medicina di riabilitazione o del terzo tempo.

Tuttavia si deve constatare con vivo rincrescimento che la maggiore parte degli ospedali manca di reparti attrezzati e di personale medico e tecnico specializzato per il trattamento dei minorati fisici.

Un altro grave problema è rappresentato dall'assistenza agli invalidi civili ai quali lo Stato deve provvedere sia in attuazione dei principi affermati dall'articolo 38 della Costituzione sia per la recente approvazione di una legge che riconosce alcuni obblighi dello Stato verso queste categorie di cittadini ai quali è doveroso riconoscere non solo provvidenze di ordine assistenziale e sociale, ma anche tutele di ordine terapeutico di tipo riabilitativo in grado di ridurre il numero degli irrecuperabili e di modificare sensibilmente le condizioni dei recuperabili.

Per quanto riguarda ad esempio le invalidità derivanti da infortunio sul lavoro la cui entità diventa sempre più preoccupante per numero e gravità, la questione della riabilitazione assume un grande rilievo sociale ed economico. Infatti il numero dei casi denunciati ogni anno aumenta sensibilmente sia per il settore industriale che per il settore agricolo: nell'industria sono stati registrati nel 1964 1.378.200 casi di in-

fortunio con un aumento di 6.405 casi rispetto all'anno precedente; le invalidità temporanee sono state di 1.242.200 casi con un aumento di 44.100 casi rispetto al 1963 e 22 milioni di giornate indennizzate per inabilità temporanea; le invalidità permanenti sono state di 67.400 con un aumento di 9.992 casi rispetto al 1963.

Il problema degli invalidi civili e in parte degli invalidi del lavoro non appare da noi affrontato in misura adeguata. Per questi ultimi le tutele assicurative presentano non pochi aspetti criticabili mentre è assolutamente insufficiente sia l'azione di recupero sia quella di reinserimento sociale di questi soggetti.

Infatti in altri Paesi, come ad esempio gli USA, esistono industrie che impiegano solo invalidi e che hanno una loro funzione anche sul piano economico generale. In Inghilterra sono organizzate negli stabilimenti che operano in diversi settori produttivi speciali sezioni ove sono impiegati esclusivamente invalidi civili. In Polonia sono state organizzate 400 cooperative che impiegano il personale minorato fino ad una quota del 15 per cento mentre il rimanente personale è pienamente valido ed efficiente a garantire in ogni caso una buona condotta aziendale.

Dall'insieme delle notizie e dei riferimenti fin qui esposti risulta in modo abbastanza chiaro quanto vasto sia il campo di applicazione alle terapie riabilitative — fisiche, cinesiterapiche, del linguaggio o di altri sensi — e quanto alta l'incidenza economica e sociale dei soggetti che hanno subito una menomazione e che possono essere riabilitati in tutto o in parte.

Il progresso scientifico consente oggi di ottenere un maggior numero di guarigioni cliniche e i più alti risultati sul piano sociale, a condizione però che siano organizzati centri idonei e sia preparato il personale necessario. Di quest'ultimo nel nostro Paese abbiamo particolarmente bisogno per rendere più efficiente la rete assistenziale per il recupero funzionale dei discinetici e per istituire servizi specializzati per gli infermi, adulti, in modo da attuare gradatamente un integrale programma di recupero

sociale allo scopo di consentire a tutti i minorati di inserirsi con le migliori possibilità nella vita attiva e produttiva.

Da uno studio comparativo dei sistemi scolastici in vigore nei vari Paesi si è potuto rilevare che per l'ammissione ai corsi per la preparazione del personale nella tecnica della riabilitazione viene considerata necessaria un'adeguata cultura generale e una maturità scolastica del livello attualmente fornito in Italia dalle scuole secondarie. La durata dei corsi nelle scuole per la preparazione dei terapisti della riabilitazione è generalmente di due o tre anni. In talune Nazioni vengono organizzati anche corsi di specializzazione che portano il ciclo completo di studi fino a cinque anni. In Italia non esiste una situazione uniforme e le scuole istituite presentano una varietà notevole di programmi, di durata, di indirizzo.

Presso la Clinica delle malattie nervose e mentali dell'Università di Roma funziona fin dal 1956, sotto la direzione del direttore della Clinica una scuola per terapisti della riabilitazione, organizzata secondo il modello delle scuole estere più accreditate. Con decreto del Presidente della Repubblica n. 1295 del 23 ottobre 1965, con il quale si modifica lo statuto dell'Università degli studi di Roma, è stato dato alla scuola un riconoscimento giuridico con l'inserimento nello statuto dell'Università delle norme che la regolano sotto il nome di « Scuola speciale per terapisti della riabilitazione », della durata di tre anni. A Bologna presso l'Università è organizzata e funziona una « Scuola di perfezionamento per tecnici fisioterapisti », con lo scopo di formare « tecnici specializzati cui compete l'assistenza diretta e continuativa di malati o minorati suscettibili di recupero funzionale degli organi di movimento ». La scuola ha la durata di due anni e funziona presso la Clinica ortopedica dell'Università. Alla scuola possono essere ammessi coloro che siano in possesso del diploma di scuola media superiore.

Presso l'Ospedale maggiore di Milano si preparano terapisti con un corso della durata di due anni al quale si può accedere con il titolo di scuola media superiore o con il diploma di infermiere professionale. Una scuola analoga a quella di Roma è in corso

di organizzazione a Bari presso la Clinica neurologica.

Per quanto riguarda il livello di istruzione, necessario per l'ammissione alla scuola è da tener presente che le associazioni mondiali di Physical Therapy e Occupational Therapy, aderenti alle organizzazioni collegate con l'ONU accettano solo quegli Stati nei quali per l'ammissione alle scuole speciali è richiesto il titolo di studio di scuola media superiore.

Il Frontali, in Italia, ha sostenuto che la preparazione dei fisioterapisti non può confrontarsi con quella di un infermiere specializzato, ma occorre piuttosto una preparazione parauniversitaria e sotto certi aspetti, è opportuno istituire una vera e propria « accademia » per terapisti alla quale si dovrebbe accedere dopo aver conseguito un titolo di studio di licenza o diploma di scuola media superiore. Essa dovrebbe articolarsi in due anni di corso e prevedere un anno di tirocinio presso un centro qualificato di educazione motoria.

Nonostante le iniziative già citate possiamo affermare con lo stesso Frontali che il problema dei terapisti è lungi dall'essere risolto.

Nè è da trascurare il fatto che nel nostro Paese, in questo come in altri campi, per l'assenza di una chiara disciplina e di una pura delimitazione delle attività professionali, nonchè per altre ragioni di ordine sociale, sono state attribuite le mansioni precise degli addetti alle tecniche riabilitative a personale non idoneo e imperfettamente preparato, mentre all'estero, le persone da affiancare ai medici nella esecuzione di queste terapie sono altamente specializzate e possono benissimo stare alla pari con i medici.

Nè si deve sottovalutare il fatto che il permanere della situazione attuale potrebbe porre il nostro Paese in condizioni di inferiorità nei confronti di altri Paesi, quali quelli del Mercato comune europeo, nei confronti dei quali il Trattato di Roma stabilisce particolari regole (articolo 55) per l'equiparazione e lo scambio di professionisti anche nel campo sanitario e farmaceutico. Tale trattato si applica anche ai terapisti della riabilitazione, a condizione che il titolo di

studio base per l'accesso alle scuole di riabilitazione sia quello richiesto da tutte le altre Nazioni, titolo che corrisponde a quello di scuola media superiore.

Il disegno di legge che raccomandiamo all'attenzione e alla favorevole considerazione degli onorevoli colleghi del Senato tende proprio a colmare questa lacuna; a consentire la diffusione di scuole, regolate dalla legge e disciplinate in modo uniforme, secondo le esperienze più positive che si sono realizzate nel nostro Paese e sull'esempio di quanto già si è fatto in altri Paesi; a creare le condizioni per una adeguata preparazione del personale e conseguentemente ad una precisazione non solo dei titoli di studio ma anche della figura professionale del terapeuta. Tende inoltre a porre il nostro Paese alla pari con gli altri Paesi del MEC.

Infatti con l'articolo 1 si stabilisce che il terapeuta della riabilitazione è un professionista ausiliario della professione medica che collabora con il medico specialista nel trattamento diretto e continuativo del malato, esegue le terapie fisiche, cinesiche, occupazionali e del linguaggio indicate dal medico per il trattamento di minorati fisici, psichici e sensoriali.

Si precisa inoltre che la nuova professione è posta sotto la vigilanza del Ministero della sanità.

Con l'articolo 2 si dettano, per la istituzione degli albi professionali, norme del tutto analoghe a quelle in vigore per le altre professioni sanitarie, contenute nel decreto del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, e successive modificazioni. Si stabilisce anche che le Federazioni professionali sono regionali e che lo esercizio della professione è subordinato alla iscrizione all'Albo.

Con gli articoli 3 e 4 si introduce l'obbligo per gli ospedali, pubblici e privati, e per ogni altro istituto che intende organizzare un reparto o un centro di riabilitazione, di avere alle dipendenze un terapeuta diplomato ogni 15 letti destinati ai reparti e centri di riabilitazione, mentre si fa divieto, dopo l'entrata in vigore della legge, di assumere e di adibire ai reparti o centri di riabilitazione personale sprovvisto di diploma.

Con gli articoli 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11 si dettano le norme per la istituzione delle scuole.

L'articolo 5 stabilisce che le scuole sono istituite presso le Facoltà di medicina delle Università, secondo le disposizioni del testo unico delle leggi sull'istruzione superiore.

Con l'articolo 6 la durata del corso di studi si fissa in tre anni, di cui due propedeutici e il terzo di specializzazione in una delle tre specialità della terapia di riabilitazione. Durante il corso di studi deve essere svolto anche un tirocinio obbligatorio presso centri specializzati nella riabilitazione o servizi e reparti di ospedali, che debbono essere indicati come idonei allo espletamento del tirocinio al momento della richiesta di istituzione della scuola. In sostanza, scuola, reparto o centro in cui si svolge il tirocinio, anche se non coincidono, sono strettamente collegati e debbono collaborare organicamente alla preparazione del personale.

Con gli articoli 7 e 8 si stabilisce che il direttore della scuola e gli insegnanti sono nominati dal Consiglio della Facoltà di medicina, mentre l'organico della scuola, in cui deve essere previsto un numero adeguato di terapisti diplomati da adibire all'insegnamento di materie tecniche e alle esercitazioni è approvato dal Ministero della pubblica istruzione sentito il Ministero della sanità.

Al finanziamento della scuola (articolo 9) concorrono fondamentalmente gli allievi con il pagamento delle tasse di iscrizione e di frequenza; sono previsti però anche contributi ordinari, in proporzione al numero degli allievi, del Ministero della sanità che ha un grande interesse alla preparazione del personale. Il Ministero della pubblica istruzione dovrebbe provvedere, con contributi straordinari, all'acquisto e all'aggiornamento delle attrezzature didattiche e scientifiche che sono assimilabili a quelle in dotazione alle Università alle quali in definitiva sono destinate al momento della cessazione dell'attività della scuola.

Anche gli enti nazionali e locali possono assegnare contributi alla scuola: alcuni perchè, come gli istituti di assicurazione contro gli infortuni, hanno un diretto interes-

LEGISLATURA IV - 1963-66 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

se alla preparazione del personale, altri perchè dalla diffusione di queste scuole possono ottenere vantaggi indiretti o più semplicemente possono perseguire il generico scopo di contribuire al progresso e allo sviluppo della società civile.

Con l'articolo 10 si stabilisce che per essere ammessi alle scuole occorre essere in possesso del titolo di studio richiesto per l'ammissione alle Facoltà universitarie, mentre con l'articolo 11 e con l'articolo 12 si stabilisce che gli allievi frequentano i corsi successivi dopo aver superato gli esami indicati nel piano di studi e concludono il corso con la discussione di una tesi scelta a seconda dell'indirizzo prescelto dopo il primo biennio propedeutico.

Con gli articoli 13 e 14 si indicano le norme per l'espletamento degli esami di Stato e per la formazione delle commissioni giudicatrici.

Con l'articolo 15 si stabilisce che il Ministero della sanità di concerto con il Ministero della pubblica istruzione può costituire corsi di perfezionamento e di aggiornamento professionale.

Gli articoli 16, 17, 18 e 19 dettano una disciplina transitoria con la quale si riconoscono i diplomi già rilasciati prima dell'entrata in vigore delle nuove norme, da scuole istituite presso ospedali, cliniche universitarie o enti pubblici sanitari, debitamente autorizzati e legalmente riconosciuti, purchè gli allievi di tali scuole siano stati ammessi con almeno il diploma di scuola media inferiore. Il riconoscimento di questi diplomi però può essere ottenuto entro i 3 anni successivi all'entrata in vigore della legge (articolo 17) facendone richiesta ad una Commissione istituita con decreto del Ministro della pubblica istruzione e, composta (articolo 18) da funzionari dei Ministeri della sanità, della pubblica istruzione, di concerto con il Ministro della sanità, da docenti universitari scelti dal Ministero della pubblica istruzione tra i docenti di neurologia, neuropsichiatria, neuropsichiatria infantile, ortopedia.

Questa stessa commissione dovrà servire in sede di prima applicazione della legge per l'espletamento degli esami di Stato (ar-

ticolo 19) per l'abilitazione all'esercizio della professione per tutti coloro i cui diplomi siano stati ottenuti prima dell'entrata in vigore della legge.

Con l'articolo 20 si indicano i mezzi finanziari per provvedere agli oneri che la presente legge fa ricadere sul bilancio dello Stato. Mentre quelli per le attrezzature didattiche e scientifiche si possono far rientrare tra gli oneri ordinari sopportati dal bilancio dello Stato per le Università, tra cui in definitiva rientrano le attrezzature delle nuove scuole, quelli per il funzionamento sono ottenuti mediante una riduzione per lire 100 milioni del capitolo di spesa n. 1210 dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità con cui sono disposti fondi che già sugli esercizi 1966 e precedenti si sono dimostrati esuberanti, rispetto al normale fabbisogno del Ministero stesso.

Onorevoli senatori, abbiamo ritenuto opportuno esporre con una certa ampiezza le ragioni che ci hanno indotto a presentare il disegno di legge che raccomandiamo alla vostra attenzione nonchè i dati più significativi, relativi alle condizioni morbose, alle applicazioni terapeutiche, alla organizzazione scolastica e ai programmi di studio, per la preparazione professionale dei terapisti della riabilitazione, con riferimento sia al nostro che agli altri Paesi. Abbiamo ritenuto opportuno e doveroso fare questo anche per dare una idea dell'ampio quadro sociale e assistenziale in cui deve collocarsi e si colloca già in parte il terapeuta della riabilitazione la cui figura professionale intendiamo tutelare e valorizzare non solo per riconoscere i meriti delle centinaia (circa 500) di terapisti che oggi esercitano in Italia la loro professione ad un livello e con un grado di preparazione stimato sufficiente, ma anche per indicare i pericoli a cui si va incontro persistendo nelle prestazioni empiriche fornite da cosiddetti centri di recupero, privati o pubblici, male organizzati o mal diretti e per sollecitare nel campo della medicina riabilitativa una svolta della politica sanitaria del nostro Paese, svolta che sarà tanto più efficace e pronta quanto più esistono le condizioni oggettive, di uomini e di mezzi, per renderla operante.

DISEGNO DI LEGGE**Art. 1.**

I terapisti della riabilitazione sono professionisti ausiliari della professione medica che collaborano con il medico specialista nel trattamento diretto e continuativo del malato ed eseguono, su indicazione del medico, le terapie fisiche, cinesiterapiche, occupazionali e del linguaggio, dei soggetti minorati fisici, psichici e sensoriali.

La professione di terapeuta della riabilitazione è soggetta a vigilanza del Ministero della sanità.

Art. 2.

Sono istituiti gli Albi professionali dei terapisti della riabilitazione, a norma del decreto del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233.

In ciascuna Regione è costituita una Federazione regionale dei terapisti della riabilitazione, disciplinata dalle disposizioni di cui al comma precedente.

L'esercizio effettivo della professione è subordinato alla iscrizione all'Albo.

Art. 3.

È fatto obbligo agli ospedali, cliniche universitarie ed altri istituti di cura pubblici e privati presso i quali viene praticata la terapia della riabilitazione, di istituire in organico un numero di posti per terapisti in relazione ad un posto ogni 15 letti destinati ai reparti o centri di riabilitazione.

Il Medico provinciale deve subordinare il rilascio della autorizzazione per l'esercizio delle case di cura e istituti privati al rispetto delle disposizioni del comma precedente.

Art. 4.

È fatto obbligo, a partire dall'entrata in vigore della presente legge, di assumere

presso ospedali, cliniche universitarie ed enti pubblici e privati e di adibire a reparti o centri nei quali si effettua la terapia della riabilitazione, personale sanitario sprovvisto del diploma e dell'abilitazione all'esercizio della professione di terapeuta della riabilitazione.

Art. 5.

Le scuole per il conseguimento del diploma di terapeuta della riabilitazione sono istituite presso le Università su iniziativa delle Facoltà di medicina e chirurgia, secondo le disposizioni del testo unico sull'istruzione superiore approvato con regio decreto 31 agosto 1933, n. 1592.

Art. 6.

Il corso di studi per il conseguimento del diploma di terapeuta della riabilitazione ha la durata di tre anni, di cui due propedeutici generali e uno di specializzazione, e consiste in un numero adeguato di ore di lezioni e di esercitazioni nei laboratori e nei reparti di assistenza, secondo le materie di insegnamento indicate nei programmi da approvarsi secondo la procedura prevista dalle norme richiamate dall'articolo 5 e secondo quanto stabilito nello statuto della scuola. Il corso deve comprendere anche un congruo periodo di tirocinio pratico presso Centri specializzati di riabilitazione o servizi e reparti di riabilitazione degli Ospedali di 1^a categoria, ritenuti idonei e indicati al momento della istituzione della scuola.

Art. 7.

Il direttore della scuola e gli insegnanti sono nominati dal Consiglio della Facoltà di medicina e chirurgia che istituisce la scuola.

Art. 8.

La scuola deve avere un proprio organico di personale comprendente anche un numero adeguato di terapeuti diplomati da adibire all'insegnamento di materie tecniche e alle esercitazioni. L'organico fissato

dallo statuto è approvato con decreto del Ministro della pubblica istruzione sentito il Ministro della sanità.

Art. 9.

Al finanziamento della scuola concorrono:

a) l'Università, con le tasse degli ammessi;

b) il Ministro della sanità con un contributo da determinarsi annualmente in ragione del numero degli allievi ammessi e frequentanti;

c) gli enti locali e le istituzioni sanitarie locali e nazionali, con contributi pluriennali da determinarsi all'atto dell'approvazione dello statuto della scuola;

d) il Ministro della pubblica istruzione, con contributi straordinari per le attrezzature didattiche e scientifiche.

Il patrimonio della scuola deve essere inventariato; esso fa parte del patrimonio generale dell'Università a cui è destinato in via definitiva al momento della cessazione della scuola.

Art. 10.

Alla scuola possono essere ammessi allievi in possesso del titolo di studio prescritto per l'ammissione alle Università. Gli aspiranti all'ammissione debbono sostenere un colloquio per l'accertamento dell'attitudine al corso.

Art. 11.

Per ciascuno dei corsi e delle materie del piano di studi della scuola, gli allievi debbono sostenere uno o più colloqui o esami indicati nel piano stesso, approvato dal Consiglio della Facoltà di medicina e chirurgia su proposta del direttore della scuola.

L'ammissione ai corsi e alle prove successive è condizionata al superamento delle prove e degli esami indicati nel piano di studi.

Art. 12.

Al termine dei corsi gli allievi che hanno superato gli esami in tutti gli insegnamenti

prescritti ed hanno compiuto con giudizio favorevole le esercitazioni ed il tirocinio pratico, sono ammessi a sostenere l'esame per il conseguimento del diploma di terapeuta della riabilitazione. L'esame di diploma deve consistere nella discussione di una tesi scritta su tema preventivamente scelto dall'allievo e approvato dalla Direzione della scuola.

La tesi per il conseguimento del diploma può riguardare le materie relative alla fisio-cinesiterapia, alla terapia occupazionale e alla terapia del linguaggio, a seconda dell'indirizzo scelto dagli allievi dopo il primo biennio propedeutico.

Art. 13.

L'abilitazione all'esercizio della professione è conseguita mediante esame di Stato consistente in una serie di prove per l'accertamento delle capacità professionali.

Art. 14.

Le Commissioni per gli esami di Stato sono annualmente nominate tra i docenti delle scuole per terapisti della riabilitazione dal Ministro della pubblica istruzione sentito il Ministro della sanità.

Il Presidente della Commissione è nominato tra i professori di ruolo o fuori ruolo della Facoltà di medicina e chirurgia di materia di insegnamento delle scuole stesse o di materie affini. Le sedi presso cui si devono svolgere gli esami di Stato sono indicate di volta in volta dal Ministro della pubblica istruzione sentito il Ministro della sanità, contestualmente al provvedimento di nomina delle Commissioni e di indizione degli esami di Stato.

Art. 15.

Per iniziativa del Ministro della sanità di concerto con il Ministro della pubblica istruzione possono essere istituiti corsi di perfezionamento e aggiornamento professionale per terapisti della riabilitazione presso Ospedali ritenuti idonei a giudizio del Consiglio superiore della pubblica istruzione e del Consiglio superiore di sanità.

Art. 16.

I diplomi di fisiocinesiterapista, terapeuta del linguaggio, terapeuta occupazionale e gli altri diplomi assimilabili a quello di terapeuta della riabilitazione ai sensi e per gli effetti della presente legge, sono convalidati entro tre anni dall'entrata in vigore della presente legge, a condizione che siano rilasciati da scuole istituite presso ospedali, cliniche universitarie o enti pubblici sanitari, debitamente autorizzate e legalmente riconosciute. Tali scuole, della durata di almeno due anni, devono avere ammesso allievi provvisti del titolo di studio di scuola media di 2° grado o, comunque, di titolo di studio non inferiore a quello di scuola media di 1° grado.

Art. 17.

Nei tre anni successivi all'entrata in vigore della presente legge una Commissione, istituita in ogni capoluogo di Regione, con decreto del Ministro della pubblica istruzione di concerto con il Ministro della sanità, provvederà all'esame e alla convalida dei diplomi di cui all'articolo precedente.

Art. 18.

La Commissione di cui all'articolo 17 è composta:

a) da un funzionario del Ministero della pubblica istruzione di grado non inferiore al 5° che la presiede;

b) da un funzionario del Ministero della sanità;

c) da tre docenti universitari di ruolo o fuori ruolo nominati dal Ministro della pubblica istruzione e scelti tra gli insegnanti di neurologia, neuropsichiatria, neuropsichiatria infantile e ortopedia.

Art. 19.

Tutti coloro il cui diploma o titolo di studio sia stato convalidato dalla Commissione di cui agli articoli 17 e 18 possono essere ammessi, nei tre anni successivi al-

l'entrata in vigore della presente legge a sostenere gli esami di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione.

Gli esami di Stato sono indetti in sessioni straordinarie dal Ministro della pubblica istruzione di concerto con il Ministro della sanità.

La Commissione per gli esami di Stato, in via transitoria e per la prima applicazione della presente legge è la stessa di quella prevista agli articoli 17 e 18.

Art. 20.

Agli oneri derivanti al bilancio dello Stato dalla applicazione della presente legge si farà fronte con l'istituzione di un apposito capitolo di spesa dell'importo di lire 100 milioni sullo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità e con la riduzione di pari importo del capitolo di spesa n. 1210 dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario 1967.

Il Ministro del tesoro è autorizzato a disporre, con propri decreti, le variazioni di bilancio occorrenti per l'applicazione della presente legge.