



SOTTOSCRIVIAMO IL DOCUMENTO DELLA CAPDI



Speciale equipollenza Scienze Motorie - Fisioterapia Ecco il documento Capdi esposto all'audizione MIUR del 20 marzo 2006

Il nostro progetto è quello di ridefinire e regolamentare tutto il settore delle attività motorie e sportive, con attenzione anche a quei profili professionali del laureato in SM che, incontestabilmente, interessano in maniera più specializzata la sfera sanitaria. Occorre una legge che tuteli il laureato in scienze motorie, garantendo una professionalità certa ed un campo d'azione definito. La regola generale stabilisce che una professione esiste quando dispone di riconoscimento sociale, determinato in base ai seguenti criteri:

- esistenza di una organizzazione professionale propria (sindacato, ordine, associazione professionale)
- esistenza di una o più formazioni specifiche
- esistenza di una forma di riconoscimento legale

Equipollenza Laurea in Fisioterapia e laurea in Scienze Motorie

L'equipollenza della laurea in Scienze Motorie con la laurea in Fisioterapia, (Legge 27/2006) pur non essendo la soluzione del problema, rappresenta comunque un passo molto importante, lungo la strada per la definizione del nostro settore disciplinare, sulla base delle seguenti considerazioni

- 1) gli ostacoli posti all'istituzione di un albo professionale per le scienze motorie nascono proprio dalla non collocazione di tali laureati nell'area sanitaria; difatti possono essere regolamentate solo quelle professioni che abbiano attinenza con diritti costituzionalmente tutelati, come la salute;
- 2) le attività motorie e l'esercizio fisico, per unanime riconoscimento, sono indispensabili per il mantenimento della salute, per la prevenzione e la cura di molte malattie, tanto da essere inserite, a pieno titolo, nel piano sanitario nazionale;
- 3) ormai da tempo la riabilitazione fisica non è più appannaggio di un solo professionista; intervengono più competenze e differenti approcci disciplinari, in momenti diversi, per pianificare e svolgere la terapia e per ristabilire la performance motoria; molti laureati in scienze motorie prestano la loro opera, in una situazione quasi di contrabbando, nelle più avanzate strutture sanitarie del settore, perché la loro specificità professionale è indispensabile per conseguire i migliori risultati nella terapia;
- 4) esistono ormai notevoli analogie tra i piani di studi delle due lauree; la cosiddetta medicalizzazione dei corsi di laurea in scienze motorie ha reso il profilo professionale meno centrato sugli aspetti tecnici e sportivi, ed è quindi naturale che questa formazione biomedica possa trovare riconoscimento nel campo sanitario. La legge 43/2006 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali", prevede, all'art. 5, la possibilità di individuare nuove professioni sanitarie, in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel Piano sanitario nazionale o nei Piani sanitari regionali, che non trovino rispondenza in professioni già riconosciute. E' bene sottolineare che nel Piano Sanitario Nazionale, il progetto 2.9 si propone di "Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute" sottolineando che "Nell'ambito dell'adozione di stili di vita sani, l'attività fisica riveste un ruolo fondamentale. Il ruolo protettivo dell'esercizio fisico regolare è stato dimostrato

soprattutto nei confronti delle patologie cardiovascolari e cerebrovascolari, di quelle osteoarticolari (in particolare l'osteoporosi), metaboliche (diabete), della performance fisica e psichica degli anziani. L'esercizio fisico regolare aiuta a controllare il peso corporeo, riduce l'ipertensione arteriosa e la frequenza cardiaca ed aumenta il benessere psicofisico." D'altronde i fisioterapisti, come da Decreto del Ministero della sanità 14 settembre 1994, n.741, svolgono, in via autonoma o in collaborazione con altre figure sanitarie, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nell'area della motricità. In assenza di un riconoscimento giuridico della professionalità del laureato in SM è evidente che anche quegli aspetti tradizionalmente di competenza del diplomato ISEF prima e del laureato in SM oggi, potrebbero essere assegnati al Fisioterapista, che peraltro già si occupa di ginnastica posturale e psicomotoria, in virtù della sua legittimazione come professionista dell'area sanitaria. A nostro avviso Fisioterapisti e laureati in scienze motorie devono poter condividere alcuni aspetti della loro formazione, accedere a lauree specialistiche comuni, mettere insieme le loro competenze per sviluppare la ricerca scientifica, con vantaggi per entrambe le categorie. Mai come in questo caso bisogna mettere da parte le tendenze corporative e verificare cosa realmente serve per assicurare, ad ogni cittadino, le migliori prestazioni professionali. E' ormai ampiamente condiviso infatti, il principio che le attività motorie svolgano un ruolo insostituibile nel garantire la salute pubblica.

Le competenze professionali del Fisioterapista e del Laureato in SM

Sono tipici del fisioterapista:

- attuazione di protocolli che prevedono un importante utilizzo di terapie manuali (massaggi, mobilità passiva)
- sviluppo di protocolli che necessitano utilizzo apparecchiature quali: il laser, ultrasuoni, ionoforesi, ecc.

Sono tipici del laureato in scienze motorie:

- attuazione di protocolli di adattamento fisiologico attraverso la prescrizione e attuazione di esercizi attivi: ginnastica calistenica generale o specifica, attività svolta su macchinari volti agli adattamenti muscolari (macchine isotoniche, isocinetiche, celle di carico, dinamometri, pedane di forza ecc), attività svolta su macchinari volti all'allenamento cardiovascolare: ergometri (bike, tapis roulant, ecc).
- utilizzo delle metodiche che permettono il controllo e/o la valutazione dei parametri fisiologici tipici dell'esercizio attivo (controllo della frequenza cardiaca, analisi del consumo di ossigeno, valutazione della composizione corporea).

Sono tipici di entrambi:

- protocolli di attività che possono essere svolti secondo modalità attiva e/o passiva a seconda dei casi e delle situazioni e che comunque non richiedono un diretto contatto terapeuta paziente: come ad esempio l'elettrostimolazione.
- protocolli di valutazione e riabilitazione degli schemi motori e delle qualità/capacità motorie a forte componente inconscia: propriocezione, ginnastica posturale e correttiva.
- terapie occupazionali volte all'addestramento per conseguire l'autonomia nella vita quotidiana.
- psicomotricità volta a soggetti in età evolutiva o con deficit neurosensoriale o psichico.

Il potenziale ingresso nel settore sanitario da parte dei laureati in SM non dovrebbe generare alcuna preoccupazione, al contrario dovrebbe costituire un indiscutibile vantaggio per l'utenza, in piena coerenza con quanto avviene in molti altri paesi dell'Unione Europea. Pazienti afflitti da malattie invalidanti dal punto di vista fisico come i cardiopatici, i diabetici e gli obesi gravi, potrebbero trovare nel laureato in SM una figura professionalmente idonea a seguirli una volta fuori dalla struttura ospedaliera, mediante protocolli programmati all'interno dell'equipe sanitaria. Infine va considerata la non irrilevante formazione psicologica e pedagogica del laureato in SM che non ha paragoni con altri profili dell'area sanitaria e va a favore dell'utenza, poiché per avere un recupero veramente completo bisogna assicurare ai cittadini il diritto di non sentirsi più dei "pazienti", alla fine del programma, al fine di un superamento attivo e psichico della malattia. Le Differenze tra i due percorsi universitari. E' stato detto che ci sono "differenze abissali fra i due corsi di laurea". Per chiarire questo aspetto è necessario innanzitutto citare una parte della legge istitutiva del corso in SM: prevenzione e educazione motoria adattata finalizzata a soggetti di diversa età e a soggetti disabili. Appare chiaro che se il corso di laurea garantisce competenze per la prevenzione deve mettere lo studente nelle condizioni di conoscere le patologie che dovrà prevenire. Pertanto nel corso di laurea in SM si studiano materie che vanno dall'anatomia alla fisiologia, dalla neurologia a malattie dell'apparato locomotore, alla medicina fisica e riabilitativa, medicina interna, medicina legale, reumatologia, patologia clinica, e altre ancora che indubbiamente contribuiscono a formare una figura professionale esperta anche nel campo sanitario. Un fatto interessante da non trascurare è che molto spesso i docenti di tali discipline sono esattamente gli stessi che svolgono le medesime materie nel corso di fisioterapia. E' stato detto inoltre che la formazione del laureato in SM rappresenta un rischio per il cittadino. A questo proposito si sot-

tolinea che tutti i laureati in SM sono in possesso di regolare titolo accademico rilasciato in molti casi dalla facoltà di Medicina e Chirurgia, cosa che solo una minoranza dei fisioterapisti attualmente in attività posseggono. Infatti, come appare sulla gazzetta ufficiale n°190 del 16-08-2000, decreto 27 luglio 2000 che recita "equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di fisioterapista, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base" la professione del fisioterapista è oggi svolta in maniera indifferente da professionisti provenienti da diversi percorsi formativi. Più precisamente il diploma universitario di fisioterapista istituito con decreto del ministero della sanità il 14 settembre 1994 n°741 è equipollente alla formazione conseguita attraverso corsi biennali quali terapista della riabilitazione, tecnico fisioterapista della riabilitazione, terapista della riabilitazione dell'apparato motore, massofisioterapista. Giova ricordare l'art. 68 del Decreto Legislativo 16 aprile 1994, n. 297, riguardante la Scuola nazionale professionale di massofisioterapia, cui si accedeva con la sola licenza di scuola media. La maggior parte di queste categorie, che compongono l'attuale classe fisioterapica non è stata proclamata dottore in sede accademica e non può vantare le sopraccitate materie fondanti del corso di laurea in SM; anzi, se la curiosità dovesse spingere a paragonare i percorsi formativi troverebbe diversi spunti di riflessione, considerando tra l'altro che nel campo delle scienze motorie invece la preparazione, anche quella degli ISEF, è sempre stata di grado universitario. Un'altra affermazione non corrispondente al vero è la seguente: "se oggi un laureato in SM volesse iscriversi in fisioterapia gli verrebbero riconosciuti solo 19 crediti sui 180 necessari per conseguire la laurea, di cui 3 per la conoscenza della lingua straniera". Risulta invece che molti studenti dopo la laurea in SM si sono iscritti in fisioterapia ed hanno avuto la convalida di due anni su tre e, come si nota comparando i due percorsi formativi, la differenza in crediti è generalmente nell'ordine di meno di 1/3. L'unica obiezione valida è che il laureato triennale in SM durante il percorso formativo non ha avuto mai a che fare con il paziente, (non è così invece per i laureati della classe 76/S, oggi LM 67) mentre il corso in fisioterapia prevede al proprio interno il tirocinio. Ma l'articolo 1 septies, a tutela del cittadino e a tutela del professionista, subordina l'equipollenza alla frequenza di un analogo corso su paziente, programmato e svolto dagli stessi enti che si occupano del tirocinio svolto dai fisioterapisti, università e strutture sanitarie. A questo punto c'è da chiedersi se la preoccupazione del settore è veramente di carattere strettamente culturale ed etico?. Se oltre al corso di studio universitario il ministero obbligherà i "dottori in SM" ad un ulteriore periodo di formazione su paziente, del tutto simile a quello svolto nei corsi di laurea in fisioterapia, in che modo si può continuare a dire cittadini a rischio?". La Laurea Magistrale in Scienze delle attività motorie preventive ed adattative Un problema a parte è quello che riguarda la LM in Scienze delle attività motorie preventive e adattative. Questi laureati si trovano davvero in una situazione, per molti versi, assurda. Dopo 5 anni di università ed una formazione prevalentemente indirizzata alla cura di soggetti patologici, non possono avvalersi delle competenze acquisite perché queste rischiano di sconfinare o di sovrapporsi a quelle delle professioni sanitarie. D'altra parte la formazione del Fisioterapista non contempla l'approfondimento di molte delle attività peculiari della prevenzione (secondaria e terziaria) che si applicano a popolazioni diverse, da quelle con patologie croniche a quelle con disabilità sia fisiche che psichiche. Queste attività sono invece pienamente inserite, in termini di crediti e di discipline, nel percorso curricolare del Corso di Laurea Magistrale in Scienze e Tecniche delle attività motorie preventive e adattate, come bene si evince dalla declaratoria della classe LM-67 (ex 76S), di recente ridefinita ed approvata dal CUN. Infatti, gli obiettivi formativi qualificanti di questa Classe di laurea sono in larga parte obiettivi biomedici che configurano una professionalità nel campo della prevenzione, del mantenimento e del recupero della migliore efficienza fisica, di cura e riabilitazione (prevenzione secondaria). Roma 20 marzo 2006

Flavio Cucco - presidente@capdi.it

20 marzo 2006 - info@capdi.it

La regolamentazione nel settore delle attività motorie e sportive

Lo sport, in quanto attività economica ai sensi dell'articolo 2 del trattato CE, deve osservare il diritto comunitario, in particolare le disposizioni relative alla libera circolazione dei lavoratori. La Corte di giustizia europea ha stabilito, con la sentenza Walrave del 1974, che lo sport rientra nel diritto comunitario in quanto costituisce un'attività economica. In seguito, molte cause (Dona, Bosman, Deliège, Lethonen) hanno confermato tale impostazione. Inoltre la funzione dello sport e dell'attività fisica in generale ha subito una forte e improvvisa trasformazione al punto di modificare il ruolo degli operatori, l'utilizzo delle strutture e l'interpretazione stessa data al concetto di "sport", allargandolo a termini quali

il fitness o wellness, con un significato meno restrittivo in termini sociali, riservato cioè non soltanto agli atleti, ma rivolto alla popolazione in genere, per scopi definiti salutistici, di prevenzione, di benessere psicofisico. La classificazione europea contenuta nel rapporto finale dell'European Network of Sport Science Institutes - European Observatory of Employment in Sport - Sept. 1999 distingue: Lo sport professionale o sport-spettacolo Lo sport di competizione corrispondente alla tradizione del movimento sportivo associativo. Lo "sport loisirs" che rappresenta un insieme di attività che si sviluppano per una parte all'interno delle associazioni o in imprese commerciali, ma anche al di fuori di ogni inquadramento, in ambiente naturale o presso impianti di libero accesso. Le discipline sportive più popolari in questo settore dello sport sono il nuoto, il ciclismo, la ginnastica e il fitness, lo jogging. Lo "sport adattato" corrispondente all'uso dello sport per delle popolazioni che presentano delle difficoltà particolari: anziani, handicappati, emarginati, minoranze etniche. Una legislazione che metta ordine nel settore è anche indispensabile per contrastare l'espansione del doping: Il fenomeno esula ormai dal semplice ambito dello sport di vertice, avendo raggiunto una pericolosa e funesta diffusione anche a livello giovanile ed amatoriale e divenendo da problema di etica sportiva un problema di salute pubblica. In Italia ciò è aggravato dal fatto che a parte alcune leggi regionali, non esiste alcuna regolamentazione per quanto concerne la qualificazione professionale di gestori ed insegnanti nelle palestre private, per cui molto spesso personale senza alcuna preparazione specifica ha in custodia la vita di giovani atleti o di adulti che praticano attività fisica e sportiva a livello amatoriale. Per armonizzare le differenze esistenti in generale tra i vari paesi europei, la Direttiva 89/48/CEE del Consiglio, del 21 dicembre 1988, prefigura un sistema generale di riconoscimento dei diplomi d'insegnamento superiore, per i quali individua una durata minima di tre anni. Precedentemente gli ISEF producevano un numero complessivamente esiguo di diplomati (c.a 88.000 in 50 anni di attività - attualmente c.a 40.000 presenti sul mercato del lavoro), Si calcola che i laureati in Scienze motorie siano a tutt'oggi quasi 11.000, mentre gli studenti sono poco meno di 35.000. Secondo gli studi effettuati a livello europeo, si tratta di un settore in pieno sviluppo, che nel nostro paese dovrebbe essere già in grado di assorbire tutti i laureati in SM e quelli che in prospettiva conseguiranno la laurea nei prossimi anni. Tuttavia la disoccupazione e la sottoccupazione dei laureati in SM è altissima. Ciò non dipende dalla mancanza di posti di lavoro, ma dal fatto che questi posti vengono coperti in massima parte da personale non qualificato, in assenza di una anche minima regolamentazione professionale. Tale personale non qualificato svolge la sua attività molto spesso come secondo lavoro e in "nero", accontentandosi di paghe non molto elevate. Inoltre l'utente non è messo al corrente del grado di qualificazione professionale di chi ad esempio si propone come "personal trainer", alle cui pratiche si sottopone con finalità di miglioramento dello stato di salute. Poiché nella scuola italiana, soprattutto a livello di scuola primaria, l'attività motoria e sportiva è svolta in maniera insufficiente, le famiglie sono costrette a cercare al di fuori le occasioni di esperienza motoria e sportiva indispensabili per completare l'educazione dei giovani. Nella gran parte dei casi i genitori affidano i propri figli ad improvvisati "istruttori sportivi", con il rischio di gravi danni dal punto di vista pedagogico e sanitario.