



EQUIPOLLENZA/ Dibattito sull'accordo ministero-governatori per rivalutare i vecchi titoli

# Operatori al test equivalenze

## Professioni divise sulle regole - Prime stime: ben 16mila i coinvolti

**L**a notizia di un possibile accordo tra ministero e Regioni sulle equivalenze per le professioni sanitarie tagliate fuori da quelle già previste nel 2000 (v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 11/2004), ha creato tre fronti di pensiero.

Della prima fanno parte le associazioni a favore di questa procedura: educatori professionali (v. anche articolo sotto), logopedisti, audioprotesisti.

Contro, invece, sono sostanzialmente due professioni: tecnici di laboratorio e dietisti.

Indifferenti perché già a posto con le equipollenze previste dalla legge 42/1999, infermieri, assistenti sanitari, tecnici di radiologia, oste-

triche, tecnici ortopedici, tecnici di neurofisiopatologia ecc.

Un caso particolarmente spinoso nella vicenda delle equivalenze è quello dei massofisioterapisti. Esclusi dal decreto interministeriale Sanità-Università del luglio 2000 sulle equipollenze, hanno fino a oggi presentato numerosi ricorsi ai Tar, con sentenze varie e spesso discordanti tra loro. Fino alla n. 7750 del 16 ottobre 2003 con cui il Tar Lazio ha riconosciuto che anche i titoli di massofisioterapista conseguiti con corso di qualifica professionale della durata biennale sono equipollenti al diploma universitario di fisioterapista.

E dalle equivalenze potrebbero

trarre benefici anche situazioni di minore rilevanza come quella dei pedicure che vorrebbero "raggiungere" i podologi e degli assistenti alla poltrona che ambiscono ai titoli oggi propri solo degli igienisti dentali.

L'accordo tra ministero e Regioni, è stato sollecitato proprio dalle amministrazioni locali anzitutto perché professioni e salute sono materie di legislazione concorrente, poi perché, a parere delle stesse Regioni, è necessario che la materia trovi una soluzione omogenea su tutto il territorio nazionale. Anche se in realtà la strada dell'intesa interistituzionale non sembrerebbe essere quella preferita dai governato-

ri. I tecnici interregionali, infatti, ritengono possa essere più utile una legge in questo senso, che potrebbe trovare spazio all'interno di un Ddl (a esempio quello sull'ulteriore riordino delle professioni e la costituzione degli albi è in discussione al Senato) sulle professioni sanitarie.

I tecnici interregionali hanno infatti più volte sottolineato che la necessità di un testo uguale per tutti è una condizione indispensabile per evitare possibili disparità di trattamento tra cittadini in pari condizioni di partenza, per consentire la libera circolazione in Italia e sul territorio dell'Ue dei professionisti che hanno l'equivalenza che deve poter essere certificata in ma-

niera uniforme e riconoscibile, per garantire su tutto il territorio nazionale valutazioni omogenee e in caso applicazioni di misure compensative coerenti a garanzia di qualità professionali diffuse.

E stando alle proiezioni dell'Anep per gli educatori professionali interessati dal provvedimento di equivalenza (v. sotto), anche solo considerando le professioni che si sono dichiarate favorevoli all'accordo, ci sarebbero in Italia non meno di 15mila-18mila operatori in attesa di chiarire la loro posizione. Per i quali l'equivalenza, come specificato nella bozza dell'accordo, serve «ai soli fini dell'esercizio professionale».

### Il commento degli educatori professionali

## Senza riconoscimento un danno anche economico

L'Associazione nazionale educatori professionali (Anep) ha effettuato un censimento in alcune Regioni dal quale emerge un quadro ampio di professionisti che attendono la pubblicazione di un provvedimento che renda il proprio titolo acquisito secondo precedenti normative, equivalente a quello previsto dall'attuale normativa per l'esercizio della professione. Avere un titolo equipollente o equivalente dà la possibilità di accedere ai master di primo livello e ai corsi di laurea specialistica, nonché possibilità di carriera ed è per questo che tale provvedimento è molto atteso.

Questo dato, raccolto in 11 Regioni, fa ipotizzare che il provvedimento potrebbe interessare fino a 10mila unità di educatori professionali (Ep). Sappiamo che situazioni analoghe riguardano anche le altre figure sanitarie e questo rende ancora più urgente il provvedimento.

**Antefatto normativo.** Il decreto legislativo 502/92 ha sancito che a partire dal 1° gennaio 1996 per esercitare la professione di educatore professionale è necessaria una formazione di diploma universitario (attualmente laurea di primo livello).

Lo stesso decreto ha demandato a una legge successiva - la 42/99 - il compito di prevedere le forme idonee per l'equiparazione dei titoli conseguiti precedentemente alla data di entrata in vigore del nuovo assetto formativo. La legge 42 ha di fatto suddiviso i titoli in due grandi tipologie:

- quelli triennali, conseguiti entro il 31/12/95, che sono stati già dichiarati equipollenti al titolo previsto dal profilo dell'educatore (Dm 520/98), con il Dm Miur del 27 luglio 2000;

Gli interessati alla sanatoria			
Regione	N. Ep	Regione	N. Ep
Lombardia	2.500	Veneto	947
V. d'Aosta	55	Calabria	120
Trentino A.A.	150	Marche	132
Sardegna	105	Puglia	224
Piemonte	2.035	Totale	7.014
Liguria	500	Proiezione su 21 Regioni	10.000
E. Romagna	246	Fonte: Censimento Anep	

- ulteriori titoli che dovranno essere dichiarati equivalenti al titolo previsto dal decreto 520/98 attraverso delle misure compensative.

Il decreto sulle equivalenze dei titoli non è stato ancora pubblicato e il motivo di questo ritardo è dovuto al nuovo assetto della Costituzione che prevede, in materia di professioni, la concorrenza legislativa di ministeri e Regioni. Inoltre a seguito di

pareri e rilievi espressi dalle Commissioni parlamentari, su un testo di accordo Stato-Regioni, il provvedimento sulle equivalenze uscirebbe dal mandato legislativo del Dlgs 502/92 e quindi richiederebbe una legge ad hoc di copertura.

Esaminando nel dettaglio il censimento svolto dall'Anep emergono alcuni dati interessanti. Si tratta di casi diversi:

1. titoli biennali, conseguiti ai sensi del vecchio decreto sul profilo dell'Ep - del 10 febbraio 1984 - che prevedeva una formazione biennale o triennale. Titoli che hanno consentito l'accesso ai concorsi e l'assunzione nelle aziende sanitarie;

2. titoli, anche triennali, ma conseguiti dopo l'1/1/1996 con provvedimenti regionali;

3. in Valle d'Aosta il corso è biennale ma con un quantitativo di ore (2.400) paragonabile ai corsi triennali;

4. corsi annuali o semestrali che hanno rilasciato il titolo di Ep in base a normative regionali o europee;

5. corsi con denominazioni riconducibili a quelli per Ep;

6. titoli triennali ma che non sono rientrati nel Dm 27 luglio 2000 sulle equipollenze;

7. titoli per i quali non c'è certezza dell'attuale valore e spendibilità.

Come organizzazione che rappresenta gli educatori professionali, vorremmo sapere soprattutto se il ministero della Salute e la Stato-Regioni sono realmente impegnati per dare risposta alle persone che quotidianamente si rivolgono alla nostra organizzazione per avere informazioni in merito.

È utile ricordare, infine, che intanto le Università propongono percorsi di recupero e convalida del titolo, con riconoscimento di crediti molto diversificati tra loro, in virtù dell'autonomia conferita dalla legge; questo, come possiamo immaginare, provoca un danno economico alle persone che, in tempi di altre normative, hanno svolto corsi di formazione regolari o presentati come tali.

**Francesco Crisafulli**  
Consiglio dir. nazionale Anep

### La posizione dei fisioterapisti sul progetto ministeriale

## Riabilitazione: linee guida con garanzie

**D**a alcune settimane si parla di revisione delle «Linee guida ministeriali sulle attività di riabilitazione». Un intervento di cui sentono il bisogno sia i professionisti che le organizzazioni del settore.

L'Aifi è naturalmente e istituzionalmente cointeressata alla discussione e propone la sua riflessione. Una revisione è auspicabile e appropriata. Tuttavia costituirebbe un errore gravissimo limitarsi a un semplice aggiustamento soprattutto se non dovesse tenere in considerazione il contesto normativo, mutato rispetto a quello in atto al momento della prima pubblicazione.

La nuova Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (Icf) dell'Oms, il Dpcm sui Lea, il riconoscimento delle professioni sanitarie della riabilitazione con le leggi 42/99 e 251/00 costituiscono, infatti, elementi di tale rilevanza da divenire punto di riferimento essenziale per una revisione delle linee guida veramente efficace.

Le linee guida sulla riabilitazione hanno rappresentato un positivo punto di riferimento per chi, con diversi compiti e responsabilità, opera nel settore; ma i limiti che cominciano a dimostrar-

re a distanza di qualche anno, sono reali e non possono essere risolti con emendamenti o parziali integrazioni.

L'ipotesi di revisione deve muovere, pertanto, dalla considerazione del contesto organizzativo, normativo ed epidemiologico in cui esse sono state emanate, ma soprattutto dai cambiamenti intervenuti da lì in poi.

La loro attuale impostazione, basata sulla centralità delle strutture (presidi ed équipe), non consente di correzioni utili alle necessità in divenire.

E per questo che qualsiasi futura organizzazione di attività e servizi di riabilitazione dovrebbe considerare alcune prerogative come punti di riferimento condizionanti. E in particolare:

- la crescita dei bisogni di salute per problematiche croniche disabilitanti richiede che si rendano disponibili interventi di carattere riabilitativo, sul territorio, sempre più caratterizzati da una forte integrazione socio-sanitaria;
- la strutturazione di una rete integrata dei servizi di riabilitazione, attraverso l'individuazione dei nodi e dei criteri di accesso e di uscita dagli stes-

si, è un elemento di qualificazione dei servizi a disposizione dei cittadini;

- il riconoscimento di una fase intensiva della riabilitazione può e deve trovare risposta anche fuori dalle strutture ospedaliere, sia in presidi residenziali che distrettuali;

- il self-management va progressivamente valorizzato come modalità di risposta e gestione delle problematiche croniche;

- la migliore definizione del "ruolo di cura" delle prestazioni riabilitative può contribuire a cogliere alcuni nodi, attualmente ancora intricati o risolti con procedure di iperburocristizzazione sanitaria, con particolare riguardo all'applicazione dei Lea.

Tutto questo non può essere frutto di un'azione improvvisata, ma richiede che sia programmata un'impostazione centrata sul governo dei percorsi assistenziali e riabilitativi, sulla sinergia tra la definizione dei requisiti e l'individuazione degli obiettivi dei presidi territoriali e sullo sviluppo del governo clinico, in grado di trasformare le linee guida da contenitore di diret-

ve organizzative in strumento di pianificazione sanitaria.

Per ciò che concerne il governo dei percorsi assistenziali e riabilitativi è strategico porre attenzione alla valorizzazione di elementi che, trascurati, potrebbero dare adito a potenziali criticità. Ci riferiamo, in particolare:

- alla garanzia della continuità della presa in carico fra i nodi della rete;

- alla disponibilità di indicatori di esito anche nei passaggi fra le diverse strutture in funzione del riconoscimento dell'appropriatezza dell'intervento;

- all'integrazione degli interventi sanitari e sociali (e delle agenzie deputate a fornirli);

- alla valorizzazione del progetto riabilitativo come riferimento del percorso e non come semplice prescrizione di atti (con una conseguente e seria riflessione, in termini di ruoli e di responsabilità, sulla funzione dell'équipe che ha in carico il soggetto).

Quanto all'opportunità di una maggiore sinergia tra definizione dei requisiti e obiettivi dei presidi territoriali (sia ambulatoriali che per lunga resi-

denzialità), dovrà fondarsi sulla titolarità all'erogazione di prestazioni intensive anche da parte delle strutture distrettuali, sulla funzione delle Rsd (Residenze sanitarie per disabili) o altre strutture a carattere estensivo del sistema socio-assistenziale e sulla disponibilità dei nodi della rete non come percorso in serie ma in parallelo.

Per quanto riguarda lo sviluppo del governo clinico (inteso, nella più classica delle sue accezioni, come lo strumento attraverso cui i professionisti sanitari possono legare le proprie decisioni cliniche alla qualità) sarà fondamentale che i fisioterapisti maturino una maggiore aderenza verso l'adozione di linee guida clinico-professionali e si orientino sempre di più verso la fisioterapia basata sull'evidenza.

Anche così, infatti, sarà possibile ottenere una maggiore aderenza ai nuovi rapporti di responsabilità tra le professioni e prefigurare una diversa modalità di gestione, più orientata ai bisogni della persona assistita, dei progetti e dei programmi riabilitativi.

**Vincenzo Manigrasso**  
Presidente Associazione italiana fisioterapisti