



R E P U B B L I C A I T A L I A N A

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Piemonte

(Sezione Seconda)

ha pronunciato la presente

SENTENZA

sul ricorso numero di registro generale 701 del 2009, proposto da:
SINDACATO PROFESSIONALE ITALIANO FISIOTERAPISTI (S.P.I.F.),
rappresentato e difeso dagli avv. Laura Maffezzoni, Franco Scancarello, con
domicilio eletto presso Franco Scancarello in Torino, via Pietro Palmieri, 40;

contro

REGIONE PIEMONTE, rappresentata e difesa dall'avv. Eugenia Salsotto, con
domicilio eletto presso Eugenia Salsotto in Torino, piazza Castello, 165;

e con l'intervento di

ad

opponendum:

S.I.M.M.F.I.R.-SINDACATO ITALIANO MEDICI MEDICINA FISICA E
RIABILITATIVA, e S.I.M.F.E.R.-SOCIETA' ITALIANA DI MEDICINA
FISICA E RIABILITATIVA, rappresentati e difesi dagli avv. Giovanni Sellitto,
Francesco Dal Piaz, con domicilio eletto presso Francesco Dal Piaz in Torino, via
S. Agostino, 12;

per l'annullamento

della deliberazione della Giunta Regionale della Regione Piemonte 6.04.2009 n. 9-11161, così come pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte n. 15 del 16.04.2009, intitolata "Definizione dei requisiti degli studi professionali dei fisioterapisti", e del relativo allegato, che ne costituisce parte integrante e sostanziale, rubricato "Requisiti degli Studi Professionali dei Fisioterapisti", nonché degli atti presupposti, antecedenti, consequenziali e connessi.

Visti il ricorso e i relativi allegati;

Visto l'atto di costituzione in giudizio di Regione Piemonte;

Viste le memorie difensive;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 4 maggio 2011 il dott. Antonino Masaracchia e uditi per le parti i difensori come specificato nel verbale;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO

1. Con delibera di Giunta regionale n. 9-11161, del 6 aprile 2009, e relativo allegato, la Regione Piemonte ha definito i *“requisiti minimi degli studi dei fisioterapisti libero professionisti?”*, *“al fine di assicurare ai cittadini un livello di tutela uniforme, attraverso la previsione di alcuni requisiti generali di natura tecnologica, strutturale e organizzativa che necessariamente devono essere posseduti, sotto il profilo della sicurezza degli operatori sanitari e dei pazienti e della conformità al sistema generale, anche dagli studi che non necessitano di autorizzazione ex art. 8 ter del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.”*. Ciò, anche a seguito del prodursi di una *“situazione di incertezza”*, con conseguente emergere *“di situazioni di abusivismo professionale”*, derivante dalla mancata attuazione, da parte del Governo, della delega legislativa di cui alla legge n. 43 del 2006, la quale aveva previsto l'istituzione degli Ordini professionali per le professioni sanitarie, ivi compresa quella riabilitativa.

Tale atto di indirizzo, adottato previo parere favorevole dell'Associazione Italiana Fisioterapisti (AIFI) nonché della Società Italiana Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFER) e del Sindacato Italiano Medici Fisici e Riabilitatori (SIMMFIR), afferma, in particolare, che *“Le attività sanitarie di riabilitazione richiedono obbligatoriamente la presa in carico globale della persona mediante la predisposizione di un progetto riabilitativo individuale e la sua realizzazione mediante uno o più programmi riabilitativi”* e prevede che, in tale quadro organizzativo, il fisioterapista *“esercita la propria attività [...] secondo il programma riabilitativo attuativo del progetto riabilitativo individuale redatto dal fisiatra, in coerenza con i percorsi definiti in applicazione della DGR 10-5605 del 2 aprile 2007 e s.m.i.”*.

2. Il Sindacato Professionale Italiano Fisioterapisti (SPIF), in persona del proprio Presidente legale rappresentante, ha impugnato la suddetta d.G.R., chiedendone l'annullamento previa sospensione cautelare, ritenendola illegittima e lesiva della posizione professionale dei propri iscritti.

Si contesta, essenzialmente, la violazione dell'autonomia professionale dei fisioterapisti, quale tratteggiata, nella ricostruzione offerta dall'associazione ricorrente, dall'art. 1 del d.m. n. 741 del 1994 (a norma del quale *“il fisioterapista è l'operatore sanitario, in possesso del diploma universitario abilitante, che svolge in via autonoma, o in collaborazione con altre figure sanitarie, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori, e di quelle viscerali conseguenti a eventi patologici, a varia eziologia, congenita od acquisita”*) e dall'art. 2, comma 1, della legge n. 251 del 2000 (secondo il quale *“Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione svolgono con titolarità e autonomia professionale, nei confronti dei singoli individui e della collettività, attività dirette alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e a procedure di valutazione funzionale, al fine di espletare le competenze proprie previste dai relativi profili professionali”*).

La lesione dell'autonomia dei fisioterapisti emergerebbe, in base all'atto impugnato, sotto una duplice prospettiva: anzitutto, laddove si prescrive che l'attività del fisioterapista debba necessariamente svolgersi in *équipe*, posto che – al contrario – l'art. 1 del d.m. citato affermerebbe “che il fisioterapista può sì esplicitare la propria prestazione all'interno di un progetto riabilitativo, allorché sia parte di un percorso di *équipe*, ma anche che ciò non è necessario, né tantomeno obbligatorio, potendosi del pari svolgere la prestazione in assenza di un siffatto progetto”; e, in secondo luogo, laddove l'attività del fisioterapista è subordinata “al sistematico, preliminare e globale ‘indirizzo programmatico’ del fisiatra”, posto che ciò determinerebbe “un'intollerabile compressione ed un antiggiuridico *vulnus* alla riconosciuta autonomia ed indipendenza” del fisioterapista, tanto più se l'atto regionale fosse interpretato – in modo ancor più rigoroso – nel senso di “postulare la *presenza* di un fisiatra all'interno degli ambulatori fisioterapistici”.

L'atto impugnato viene anche contestato, specificamente, nella parte in cui prevede che i tempi di erogazione dei singoli interventi messi in atto dal fisioterapista “*sono definiti dalle linee guida presenti nel Nomenclatore Regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali*”: tale rimando, a giudizio dell'associazione ricorrente, sarebbe “inconferente” poiché esso “intanto può considerarsi vincolante in quanto la prestazione sia rimborsata dal Servizio Sanitario Nazionale” laddove, nel caso di specie, “si verte in materia di prestazioni svolte in studi professionali”.

3. Si è costituita in giudizio la Regione Piemonte, in persona del Presidente *pro tempore*, depositando documenti ed eccependo, preliminarmente, l'inammissibilità del ricorso sia per omessa notifica ai controinteressati (individuabili nelle tre associazioni sindacali che erano state sentite nel corso del procedimento e che avevano espresso parere favorevole: l'AIFI, il SIMFER ed il SIMMFIR), sia per “carenza di interesse a ricorrere”, posto che l'associazione ricorrente non sarebbe

dotata di adeguato indice di rappresentatività della categoria, e sia ancora per mancata impugnazione di precedenti d.G.R. rispetto alle quali quella impugnata si presenterebbe come mero atto di recepimento.

Nel merito, la Regione ha svolto difese, evidenziando – in sostanza – che dall’atto impugnato non deriverebbe alcuna lesione dell’autonomia dei fisioterapisti, posto che le prescrizioni impartite si manterrebbero nei binari del “rispetto delle reciproche competenze” delle varie figure professionali sanitarie coinvolte nel processo di riabilitazione.

4. Con atto di intervento *ad opponendum* si è costituito in giudizio il SIMMFIR (ossia “l’organo sindacale che rappresenta i Medici Fisiatri”), in persona del proprio Segretario nazionale *pro tempore* e legale rappresentante, depositando documenti e formulando eccezioni di inammissibilità del ricorso analoghe a quelle sollevate dalla Regione Piemonte.

Nel merito, l’interveniente argomenta l’infondatezza del ricorso avversario evidenziando, in sintesi, che le tesi avversarie sarebbero costruite “sulla base di un equivoco di fondo, e cioè sul presupposto che la normativa che regola la professione del fisioterapista attribuisce, a favore di tale figura, una riserva assoluta di attribuzioni che, invece, non è dato evincere”.

5. Con memoria successivamente depositata, l’associazione ricorrente ha replicato alle eccezioni di inammissibilità formulate dalle controparti, insistendo per l’accoglimento del ricorso.

6. Si è costituito in giudizio, anch’essa mediante atto di intervento *ad opponendum*, la Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFER), in persona del proprio Presidente *pro tempore* e legale rappresentante, depositando documenti e chiedendo il rigetto del ricorso.

L'associazione interveniente si sofferma, in particolare, sulla diversità dei compiti e dei livelli di responsabilità – rispettivamente – del fisioterapista e del medico fisiatra, i quali si differenziano “per mansioni e responsabilità, senza che l’uno possa giustificatamente lamentare la sottoposizione all’altro nell’ambito delle proprie specifiche competenze”: differenze “derivanti soprattutto dai distinti e ben differenti percorsi accademici – 3 anni per il Fisioterapista contro gli 11 anni del Medico Fisiatra – ed alle differenti abilitazioni possedute”. In ogni caso, l’atto impugnato senz’altro riconoscerebbe “al fisioterapista di svolgere in piena ‘autonomia’ il Programma Riabilitativo in regime libero professionale, attenendosi unicamente alle indicazioni derivanti dal Progetto Riabilitativo predisposto dal medico fisiatra”, soluzione che, peraltro, apparirebbe “come la più logica e razionale forma di intervento che si contemperi con la necessaria garanzia della salute del paziente disabile”.

7. Alla camera di consiglio del 15 dicembre 2009, chiamata per la discussione dell’incidente cautelare, la causa è stata rinviata al merito.

8. In prossimità della pubblica udienza di discussione, l’associazione ricorrente ed entrambe quelle intervenienti hanno depositato memorie difensive, ribadendo ognuna le proprie argomentazioni.

9. Alla pubblica udienza del 4 maggio 2011 la causa è stata trattenuta in decisione.

DIRITTO

1. Con il ricorso in esame l’associazione sindacale ricorrente ha impugnato la d.G.R. n. 9-11161, del 6 aprile 2009, mediante la quale la Regione Piemonte ha fissato i “requisiti degli studi professionali dei fisioterapisti”, sul presupposto che tale atto di indirizzo danneggerebbe l’autonomia professionale dei fisioterapisti.

La lesione è argomentata sotto un duplice profilo, con riferimento alla previsione – contenuta nell’atto impugnato – di un “progetto riabilitativo” redatto dal medico fisiatra: da un lato, il fisioterapista in tal modo finirebbe con il lavorare necessariamente in *équipe*, non potendo quindi condurre da solo, ed in modo esclusivo, la propria attività professionale; dall’altro lato, nel sottostare all’indirizzo programmatico proveniente dal fisiatra, il fisioterapista perderebbe una grossa fetta della propria autonomia professionale, pur affermata dall’art. 1 del d.m. n. 741 del 1994 e dall’art. 2 della legge n. 251 del 2000.

2. Può prescindersi dall’esame delle eccezioni di inammissibilità, sollevate dall’amministrazione resistente nonché dall’associazione interveniente *ad opponendum* SIMMFIR, posto che il ricorso non è fondato nel merito.

2.1. E’ necessario prendere le mosse, in proposito, da quanto stabilisce il d.m. n. 741 del 1994 (recante: “*Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale del fisioterapista*”), adottato in attuazione dell’art. 6, comma 3, del d.lgs. n. 502 del 1992. L’art. 1 di tale d.m., dopo aver specificato, al comma 1, che il fisioterapista svolge la propria attività “*in via autonoma, o in collaborazione con altre figure sanitarie*”, espressamente stabilisce, al comma 2, che l’attività del fisioterapista è esercitata pur sempre con “*riferimento alla diagnosi ed alle prescrizioni del medico, nell’ambito delle proprie competenze*”.

Non può essere revocato in dubbio, pertanto, che la figura professionale di che trattasi è destinata ad operare in necessario coordinamento con le indicazioni provenienti dal medico di riferimento il quale è il responsabile ultimo non solo della “diagnosi” del paziente, ma anche – e soprattutto, per quel che qui rileva – delle “prescrizioni” idonee alla cura. Ciò determina che l’“autonomia” della figura del fisioterapista, pur riconosciuta dall’art. 1, comma 1, del d.m. citato, non è un’autonomia assoluta, priva di limiti, ma è – al contrario – un’autonomia

funzionalizzata al miglior perseguimento delle cure per il paziente, nell'ottica di una necessaria collaborazione e di un opportuno coordinamento tra diverse figure sanitarie. Ne è testimonianza, del resto, quanto lo stesso d.m. dispone all'art. 1, comma 2, lett. *a*, laddove si precisa che – pur sempre nell'ambito della “diagnosi” e delle “prescrizioni” del medico – spetta al fisioterapista elaborare, anche in *équipe* multidisciplinare, la “definizione del programma di riabilitazione”: la rivendicata autonomia, pertanto, è senz'altro fatta salva, posto che il fisioterapista è abilitato ad elaborare in modo esclusivo il “programma di riabilitazione” nell'esercizio delle proprie specifiche competenze.

2.2. La finalità perseguita, nel complesso, è quella di perseguire la massima cura ed attenzione per il paziente, nella premessa che le attività sanitarie di riabilitazione “richiedono obbligatoriamente la presa in carico clinica globale della persona” (così le *Linee guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione*, elaborate a seguito dell'accordo in sede di Conferenza permanente tra lo Stato e le Regioni del 7 maggio 1998 e depositate in atti). Pertanto le figure sanitarie chiamate ad intervenire dovranno mettere al servizio del paziente la propria professionalità e la propria “autonomia”, rischiandosi viceversa di ottenere un intendimento fine a sé stesso ed in ultima analisi fuorviante di tale ultima espressione.

La ricostruzione appena delineata trova conferma anche nella formulazione dell'art. 2, comma 1, della legge n. 251 del 2000 (rubricato “*Professioni sanitarie riabilitative*”), nella quale è detto che gli operatori delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione svolgono le proprie attività bensì “con titolarità e autonomia professionale”, ma pur sempre “al fine di espletare le competenze proprie previste dai relativi profili professionali”; ed il comma 2 soggiunge che è specifico obiettivo del processo di sviluppo e di valorizzazione delle professioni sanitarie riabilitative quello (tra l'altro) di una “integrazione omogenea con i servizi sanitari”. Dal che

emerge ulteriormente che l'attività del fisioterapista deve necessariamente iscriversi in una rete di collaborazione con le altre figure sanitarie, nell'ambito della quale l'"autonomia" è disegnata esclusivamente dall'esercizio delle "competenze proprie", quali individuate dalle norme regolamentari attuative. E – in tale prospettiva – le norme di rango regolamentare che si sono succedute ai vari livelli di governo hanno chiarito qual è la suddivisione dei ruoli tra il fisioterapista ed il medico fisiatra, nel solco già tracciato dal d.m. n. 741 del 1994.

In particolare, le citate Linee guida ministeriali avevano già previsto, nel 1998, una netta distinzione tra il "progetto riabilitativo" ed il "programma riabilitativo". Il primo veniva definito quale "l'insieme di proposizioni, elaborate dall'équipe riabilitativa, coordinata dal medico responsabile", con l'ulteriore specificazione che esso è suscettibile di un costante adattamento ed aggiornamento a seconda delle mutevoli necessità del paziente. Il secondo era senz'altro collocato "all'interno del progetto riabilitativo" con il compito di definire "le aree di intervento specifiche, gli obiettivi a breve termine, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti, la verifica degli interventi": come si vede, si tratta di interventi che, lungi dall'apparire meramente esecutivi di indicazioni provenienti *aliunde*, consentono un consistente dispiegarsi dell'"autonomia" della figura professionale che è chiamata ad elaborarlo.

In attuazione di tali Linee guida, per quanto specificamente riguarda la Regione Piemonte, è intervenuta la d.G.R. n. 10-5605 del 2 aprile 2007 (depositata in atti) che appare senz'altro in linea con le indicazioni ministeriali. Nel riprendere la distinzione tra "progetto riabilitativo individuale" e "programma riabilitativo", tale delibera affida il primo alla redazione del medico fisiatra, individuato quale "garante del percorso riabilitativo", con l'ulteriore specificazione che la realizzazione del progetto mediante il programma riabilitativo deve avvenire "con modalità interdisciplinari e interprofessionali".

In tale quadro la competenza, che l'impugnata d.G.R. n. 9-11161, del 6 aprile 2009, riconosce in capo al fisioterapista, di elaborare – e conseguentemente di attuare – il “programma riabilitativo” (quale definito dalle Linee guida ministeriali) appare senz'altro in linea con la parimenti riconosciuta autonomia della figura, nell'ambito della complessiva “presa in carico” del paziente.

2.3. Non sono fondate, conseguentemente, le censure che l'associazione ricorrente ha rivolto contro la citata d.G.R. del 2009, posto che nessuno dei due sollevati profili di “lesione dell'autonomia” del fisioterapista trovano effettivo riscontro nell'atto impugnato. Da un lato, infatti, il lavoro in *équipe* (che il d.m. n. 741 del 1994 prevede solo come eventuale) non può dirsi integrato dalla sola (e, come visto, comunque necessaria) supervisione del medico fisiatra e dalla competenza di costui nel redigere il “progetto riabilitativo”; dall'altro lato, tale supervisione non è idonea, di per sé sola, a revocare in dubbio la riconosciuta “autonomia” della figura professionale del fisioterapista, nell'accezione necessariamente funzionalizzata prima evidenziata.

Va aggiunto che, in tale prospettiva, non ha alcuna rilevanza la questione se le Linee Guida del 1998 siano state dettate per l'esercizio dell'attività di fisioterapia nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale o meno: ciò che non cambia sono, nello specifico, le modalità di “presa in carico” del paziente, le quali non possono evidentemente divergere a seconda della natura, pubblica o privata, della struttura all'interno della quale le cure sono prestate.

Allo stesso modo, laddove l'atto impugnato prevede l'obbligo di rispettare i tempi di erogazione dei singoli interventi in base alle indicazioni del nomenclatore regionale, ciò è stabilito ad evidenti fini di assicurare qualità ed efficacia alla prestazione, sicché rimane del tutto irrilevante che ciò venga inquadrato, o meno, nell'ambito delle prestazioni rese dal Servizio Sanitario Nazionale.

3. In considerazione della natura della presente controversia, il Collegio rinviene giusti motivi per disporre la compensazione delle spese di lite.

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Piemonte, Sezione seconda, definitivamente pronunciando,

Respinge

il ricorso in epigrafe.

Spese compensate.

Ordina che la presente sentenza sia eseguita dall'autorità amministrativa.

Così deciso in Torino nella camera di consiglio del giorno 4 maggio 2011 con l'intervento dei magistrati:

Vincenzo Salamone, Presidente

Manuela Sinigoi, Referendario

Antonino Masaracchia, Referendario, Estensore

L'ESTENSORE

IL PRESIDENTE

DEPOSITATA IN SEGRETERIA

Il 20/05/2011

IL SEGRETARIO

(Art. 89, co. 3, cod. proc. amm.)