Ministero della Salute
DGPROGS
0036595-P-12/10/2023
F.1.c.a/2020/955
61349630 I

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Ufficio I – Contenzioso
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma

Legale rappresentante
Regione Toscana
regionetoscana@postacert.toscana.it

Legale rappresentante
AUSL Toscana Centro.
ufficiolegale.uslcentro@postacert.toscana.it
C.A.
avv.liliana.molesti@postacert.toscana.it

Legale Rappresentante
S.I.M.M.F.I.R.
c/o Avv. Giovanni Sellitto
giovannisellitto@avvocatinapoli.legalmail.it

Oggetto: Ricorso straordinario al Presidente della Repubblica proposto da S.I.M.M.F.I.R.
Annullamento delibera del Direttore Generale dell'AUSL Toscana Centro n. 1057 del 12 luglio 2029
(F.1.c.a/ 2020/955)

Si trasmette copia del decreto del Presidente della Repubblica emanato in data 27 settembre 2023.

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO I
*f.to avv. Lara Natale

Referente:
Valentina La Piana – 06.59942444-2971-5143

* "firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art.3, comma2, del D.Lgs. n.39/1993"

DCPREP

MODULARIO
F. PROM. - 76

MOD. 67 Prom.

997

Il Presidente della Repubblica

VISTO il ricorso straordinario al Presidente della Repubblica proposto dal Sindacato Italiano dei Medici e di Medicina Fisica e Riabilitativa – S.I.M.M.F.I.R. contro la Regione Toscana e l'Azienda Unità Sanitaria Locale Toscana Centro, per l'annullamento della delibera del Direttore Generale della medesima Azienda n. 1057 del 12 luglio 2019 avente ad oggetto *" Approvazione del progetto di sperimentazione del modello assistenziale, " Fisioterapista di Comunità" nell'Azienda Toscana Centro"* e di ogni atto preordinato, connesso e/o consequenziale al precedente;

VISTO il testo unico delle leggi sul Consiglio di Stato ed il relativo regolamento di esecuzione, approvati rispettivamente con il regio decreto 26 giugno 1924, n. 1054 ed il regio decreto 21 aprile 1942, n. 444;

VISTO il decreto del presidente della Repubblica 24 novembre 1971, n. 1199, recante norme per la semplificazione dei procedimenti in materia di ricorsi amministrativi;

VISTA la legge 21 luglio 2000, n. 205, recante disposizioni in materia di giustizia amministrativa;

VISTO il decreto legislativo 2 luglio 2010, n. 104, recante attuazione della delega per il riordino del processo amministrativo, conferita al Governo dall'art. 44 della legge 18 giugno 2009, n. 69;

UDITO il parere del Consiglio di Stato - Sezione Prima - n. 1132/2023 espresso nell'adunanza del 5 luglio 2023, il cui testo è allegato al presente decreto e le cui considerazioni si intendono integralmente riprodotte;

SU proposta del Ministro della salute

DECRETA

Il ricorso straordinario di cui alle premesse è accolto nei limiti di cui in motivazione.

Dato a ROMA Addì 27 SET. 2023

Sergio Mattarella

ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - S.

Mod. UTL015-CON

MINISTERO SALUTE - GABINETTO 14 AGO 2023

Consiglio di Stato

Segretariato Generale

Ministero della Salute
DGPROF
0046083-A-18/08/2023
F.1.c.a/2021/7
604450264

N. 1132/2023

Roma, addì 14.08.2023

Risposta a nota del
N. Div.

D'ordine del Presidente, mi pregio di trasmettere il numero **1216/2021,** emesso dalla SEZIONE PRIMA di questo Consiglio sull'affare a fianco indicato.

OGGETTO:
RICORSO STRAORDINARIO AL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA
Proposto da Simmfir - Sindacato Italiano Dei Medici E Di Medicina Fisica E Riabilitativa (S.I.M.M.Fi.R.)
DELIBERA AUSL TOSCANA CENTRO N.1057 DEL 12/07/2019 IN MATERIA DI PROGETTO DI SPERIMENTAZIONE DI MODELLO ASSISTENZIALE

Parere emesso in base all'art. 15 della L. 21 luglio 2000, n. 205.

Segretariato Generale
GIULIA FERRARI

Allegati N.
.....

MINISTERO DELLA SALUTE
(.....)

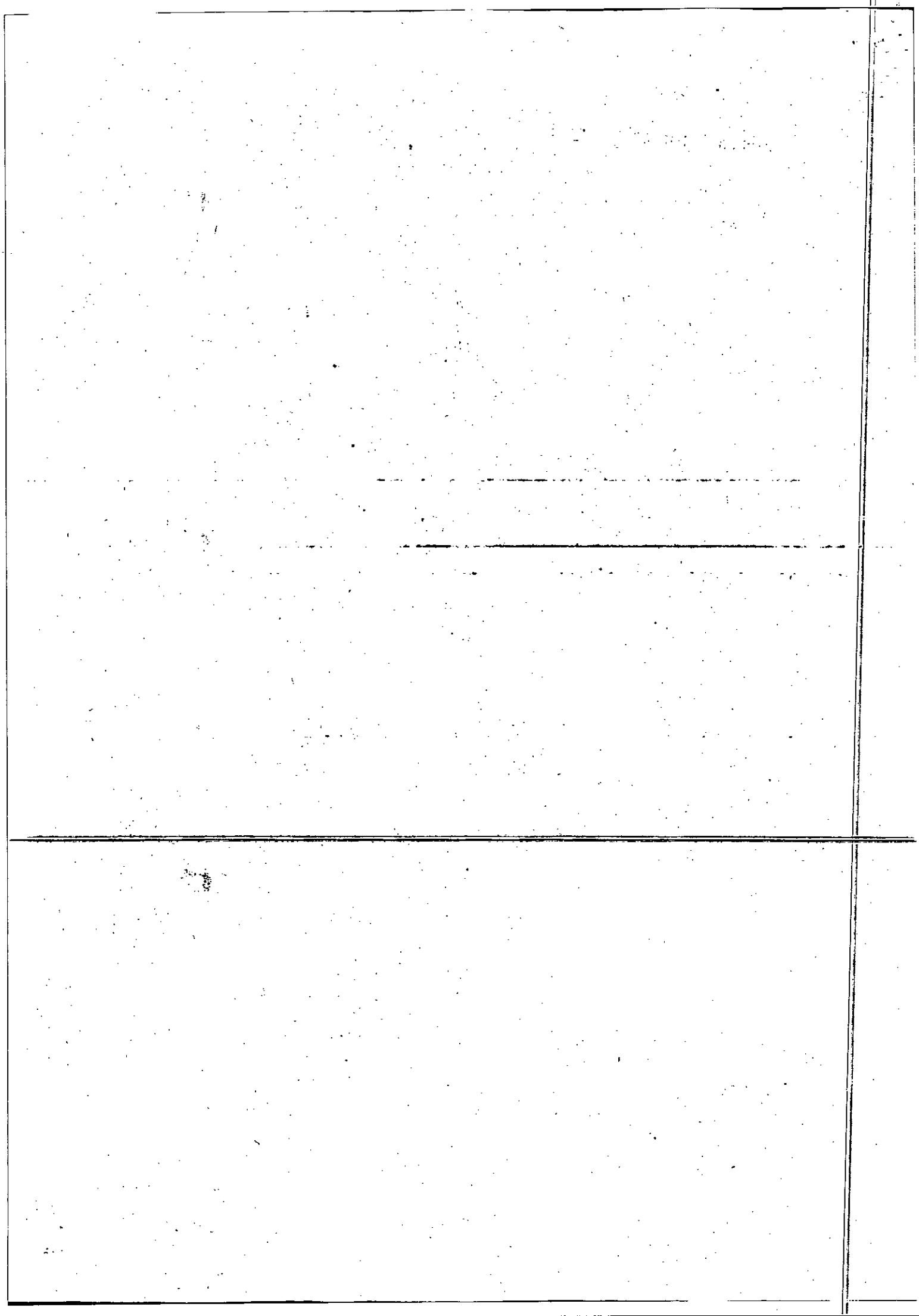
Gabinetto dell' On. Ministro

ROMA

MINISTERO DELLA SALUTE
viale Giorgio Ribotta, 5
18 AGO 2023
ACCETTAZIONE CORRISPONDENZA
2029355

GIULIA
FERRARI
14.08.2023
10:24:30
GMT+01:00

Visto dal funzionario responsabile



N. 01216/2021 AFFARE

Numero 01132/2023 e data 14/08/2023 Spedizione

Firmato digitalmente

REPUBBLICA ITALIANA

Consiglio di Stato

Sezione Prima

Adunanza di Sezione del 5 luglio 2023

NUMERO AFFARE 01216/2021

OGGETTO:

Ministero della salute.

Ricorso straordinario al Presidente della Repubblica proposto dal Sindacato Italiano dei Medici e di Medicina Fisica e Riabilitativa - S.I.M.M.Fi.R., contro la Regione Toscana e l'Azienda Unità Sanitaria Locale Toscana Centro, avverso la delibera del Direttore generale della medesima Azienda n. 1057, in data 12 luglio 2019, concernente sperimentazione di modello assistenziale e gli atti comunque connessi tra cui la delibera della Giunta della Regione Toscana n. 650 in data 5 luglio 2016.

LA SEZIONE

Vista la relazione n. 20237, in data 8 ottobre 2021, con la quale il Ministero della salute ha chiesto il parere del Consiglio di Stato sull'affare consultivo in oggetto;
Esaminati gli atti e udito il relatore, consigliere Carla Ciuffetti.

Premesso in fatto e considerato in diritto quanto segue.

1. Il Sindacato ricorrente deduce che la delibera n. 1057/2019, nel prevedere la figura del fisioterapista di comunità, avrebbe istituito un profilo professionale nuovo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. A tale figura sarebbero attribuite "*competenze sia di carattere medico-specialistico in ambito riabilitativo - proprie dello specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa, sia quelle proprie del terapista occupazionale*", con ciò integrando "*una lesione del diritto alla salute dei cittadini, costituzionalmente tutelato, così come una lesione della specialità medica*" esercitata dai medici fisiatri. La delibera regionale 5 luglio 2016 n. 650 sarebbe stata richiamata dalla delibera n. 1057/2019 per legittimare la previsione dell'istituzione del contestato profilo professionale, nell'infondato presupposto che essa avesse già introdotto il fisioterapista di comunità.

La medesima delibera n. 1057/2019 sostanzierebbe la violazione delle disposizioni relative alle competenze del fisioterapista previste dal decreto ministeriale n. 741/1994, nonché delle previsioni del Piano di Indirizzo della Riabilitazione del Ministero della salute, approvato in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 10 febbraio 2011 e delle Linee guida per le attività di riabilitazione adottate dal Ministero della sanità, pubblicate sulla G.U.R.I. in data 30 maggio 1998.

La delibera n. 1057/2019, oltre a non tenere conto della diversità dei percorsi formativi seguiti da un lato dal medico specialista in medicina fisica e riabilitazione, di durata decennale, e, dall'altro, dal fisioterapista, di durata triennale, avrebbe riconosciuto al fisioterapista di comunità un'autonomia che travalicherebbe "*i confini del relativo profilo professionale*", sostituendolo alla figura del medico fisiatra.

2. Il Ministero della salute ritiene che il ricorso sia fondato, poiché "*nell'attuale ordinamento giuridico non esiste la figura professionale del fisioterapista di comunità così come disciplinata nella delibera aziendale*".

2.1. L'Azienda Unità Sanitaria Locale Toscana Centro ha presentato contro deduzioni nel senso dell'infondatezza del ricorso.

3. Preliminarmente, si rileva che sussiste la legittimazione attiva del sindacato ricorrente, il cui statuto annovera tra gli scopi sindacali quello di promuovere "*azioni di interessi comuni e di singoli dirette alla tutela della professionalità, dello stato giuridico ed economico e di ogni altra condizione che valorizzi le funzioni del medico associato nell'interesse della collettività*" (art. 2, lett. d).

3.1. Venendo al merito della controversia, la portata della delibera impugnata deve essere valutata alla luce del quadro normativo di riferimento e dei relativi approdi giurisprudenziali.

3.1.1. Avuto riguardo al riparto costituzionale delle competenze dello Stato e delle Regioni, per la materia "*professioni*" di cui all'art. 117, terzo comma, della Costituzione, secondo la giurisprudenza costituzionale: «*la potestà legislativa regionale nella materia concorrente delle "professioni" deve rispettare il principio secondo cui l'individuazione delle figure professionali, con i relativi profili e titoli abilitanti, è riservata, per il suo carattere necessariamente unitario, allo Stato, rientrando nella competenza delle Regioni la disciplina di quegli aspetti che presentano uno specifico collegamento con la realtà regionale; e che tale principio, al di là della particolare attuazione ad opera dei singoli precetti normativi, si configura [...] quale limite di ordine generale, invalicabile dalla legge regionale, da ciò derivando che non è nei poteri delle Regioni dar vita a nuove figure professionali (sentenze n. 138 del 2009, n. 93 del 2008, n. 300 del 2007, n. 40 del 2006 e n. 424 del 2005)*» (Corte cost. sent. n. 98/2013).

Fermo restando che l'individuazione delle figure professionali è riservata allo Stato, compete però alle Regioni "*la disciplina di quegli aspetti che presentano uno specifico collegamento con la realtà regionale*" (Corte cost. sent. n. 147/2018).

Secondo tale indirizzo, l'esercizio della potestà legislativa regionale, laddove non direttamente incidente sulla istituzione e regolamentazione di nuove figure professionali, non può ritenersi precluso o limitato.

3.1.2. La legge n. 251/2000, recante "*Disciplina delle professioni sanitarie, infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della*

professione ostetrica" ha stabilito, disposizioni per gli operatori delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione (art. 2).

La legge n. 43/2006, recante "*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*" ha stabilito disposizioni in materia di "*Individuazione e istituzione di nuove professioni sanitarie*" (art. 5).

Con il decreto ministeriale 14 settembre 1994, n. 741 è stato emanato il "*Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale del fisioterapista*", in base al quale solo al fisioterapista sono attribuiti "*gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, conseguenti a eventi patologici di varia natura, congenita o acquisita*", nonché "*l'attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive utilizzando terapie fisiche, manuali e massoterapiche*" (Corte cost. sent. n. 172/2018).

3.2. Venendo alla delibera n. 1057/2019, va osservato che essa concerne un "*progetto di sperimentazione del modello assistenziale 'Fisioterapista di Comunità' nell'Azienda Toscana Centro*".

Considerato l'oggetto della medesima delibera, va riscontrato l'indirizzo della Consulta secondo il quale "*il tema dei progetti sperimentali deve essere nettamente distinto da quello della istituzione di nuove figure professionali e della loro regolamentazione*" (Corte cost,. sent. n. 209/2020).

Avuto riguardo a tale distinzione, l'esame della stessa delibera e del relativo allegato porta a ritenere che, nella fattispecie, assuma rilievo non la questione della pretesa istituzione di un nuovo profilo professionale con atto amministrativo dell'AUSL, bensì quella della valutazione dell'asserita violazione della disciplina stabilita per il profilo professionale di fisioterapista dall'ordinamento statale.

3.2.1. In proposito si deve notare che l'art. 1 del decreto ministeriale n. 741/1994

individua il fisioterapista nell'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*" (comma 1); le attività del fisioterapista declinate nel comma 2 devono essere esercitate "*in riferimento alla diagnosi ed alle prescrizioni del medico, nell'ambito delle proprie competenze*"; infine, "*il fisioterapista svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero-professionale*" (comma 6).

Inoltre, le linee guida adottate dal Ministero della sanità, pubblicate sulla G.U.R.I. del 30 maggio 1998, stabiliscono che "*le attività sanitarie di riabilitazione, richiedono obbligatoriamente la presa in carico clinica globale della persona mediante la predisposizione di un progetto riabilitativo individuale e la sua realizzazione mediante uno o più programmi riabilitativi*" e che tale progetto costituisce "*l'insieme di proposizioni, elaborate dall'equipe riabilitativa, coordinata dal medico responsabile*", secondo specifici ruoli del medico specialista responsabile del progetto stesso e dell'equipe riabilitativa.

Al riguardo, la giurisprudenza amministrativa ha rilevato che tali previsioni postulano "*preliminarmente una 'presa in carico clinica' del soggetto e che responsabile del progetto riabilitativo sia il 'medico specialista' anche se la sua elaborazione è frutto di un lavoro d'équipe*" e che ad analoga conclusione debba giungersi per i programmi riabilitativi, che "*non rappresentano altro che ulteriori specificazioni del progetto, chiaramente promananti anch'essi dall'équipe, sotto la guida del medico, e con l'ausilio degli altri operatori sanitari, tra cui il fisioterapista*", sicché "*l'attività 'valutativa e diagnostica' di quest'ultimo si svolge, dunque, sempre sotto la guida del medico specialista responsabile, e concorre ad elaborare, in termini esecutivi, il programma di riabilitazione che fa parte dell'intervento terapeutico già 'a monte' definito dal progetto*" (Cons. Stato, sez. III, 5 aprile 2013, n. 1890).

Anche "*l'art.1, comma 2, del D.M. 741 del 1994, quindi, va inteso nel senso che prevede la possibilità per il fisioterapista di prestare la propria attività, prendendo a riferimento le diagnosi e le prescrizioni del medico, sia autonomamente che in équipe, ma solo in funzione esecutiva delle prescrizioni mediche*" (Cons. Stato, sez. III, n. 1890/2013, cit.).

Pertanto, la disciplina di settore evidenzia "*la centralità e la responsabilità del ruolo del medico nel percorso/progetto/programma terapeutico nell'area della riabilitazione e quindi la previsione del controllo di un medico fisiatra, con la diagnosi, l'individuazione e la prescrizione della terapia, ai fini dell'accesso alle prestazioni riabilitative a carico del S.S.N.*" anche considerato che "*i requisiti posti per le professioni sanitarie e che legittimano il loro esercizio rispondono all'interesse di ordine generale di tutelare la collettività contro il rischio di un non appropriato trattamento sanitario*" (Cons. Stato, sez. III, 12 febbraio 2015, n. 752).

Quindi, "*nel sistema sanitario vigente le funzioni del fisioterapista sono meramente esecutive rispetto a quelle del medico fisiatra, al quale spetta la definizione del programma riabilitativo del singolo paziente e la predisposizione dei singoli atti terapeutici, di cui resta responsabile, anche se la loro esecuzione è frutto del lavoro di un'equipe della quale fa parte anche il fisioterapista*" e l'art. 1, co. 2, d.m. n. 741/1994, "*va inteso nel senso di consentire al fisioterapista di prestare la propria attività, prendendo a riferimento le diagnosi e le prescrizioni del medico, sia autonomamente che in équipe, ma solo in funzione esecutiva delle prescrizioni mediche*" (Cons. Stato, sez. III, 11 dicembre 2017, n. 5840).

3.3. Ebbene, non pare coerente con il panorama normativo e giurisprudenziale appena illustrato, la delibera n. 1057/2019, laddove, sia nelle premesse che nell'allegato A, presenta una formulazione che adombra la facoltà del fisioterapista di svolgere l'attività ivi indicata in condizioni di autonomia dalle indicazioni mediche.

In particolare ci si riferisce: sia alla definizione di "*Fisioterapista di Comunità*"

contenuta nelle premesse, il cui tenore potrebbe consentire di attribuire al fisioterapista, nell'identificazione e nell'adozione delle strategie necessarie nel caso concreto, una competenza autonoma rispetto ad indicazioni di medici di medicina generale e di medici specialisti; sia ai paragrafi 3 ("*responsabilità e funzioni*") e 4 ("*obiettivi*") dell'allegato A, nella misura in cui la relativa formulazione permette di delineare, rispettivamente, una collaborazione del fisioterapista di comunità con il *team* multi professionale e un potere di proposta di attività motorie che potrebbe prescindere da indicazioni del medico di medicina generale o del medico specialista.

3.4. Una tale autonomia dalle indicazioni mediche non potrebbe trovare alcun supporto della Delibera della Giunta regionale in data 5 luglio 2016, n. 650, recante "*Indirizzi per l'implementazione del nuovo modello*", in materia di "*Sanità d'iniziativa*".

Tale atto - che non reca alcun riferimento ad un profilo professionale denominato "*Fisioterapista di Comunità*", riservando invece una tale qualificazione al medico di cui al punto 2.4 ("*Medico di comunità*") - attribuisce infatti alla figura del fisioterapista, da individuare nel profilo professionale di cui si avvale il SSN, un ruolo condizionato alla previa chiamata in collaborazione secondo tre specifiche linee di attività.

In particolare, l'allegato A di tale atto evidenzia: un intento di continuità con la delibera giuntale in data 3 agosto 2009, n. 716, nella scelta del modello di sanità basato sull'*expanded chronic care model*, nel quale il *team* multi professionale che prende in carico pazienti cronici è coordinato da un medico di medicina generale; la composizione di tale *team* costituita da medici di medicina generale, infermiere e operatore socio sanitario; l'accompagnamento del medesimo *team* da parte del medico di comunità dell'azienda sanitaria territoriale di riferimento; "*i professionisti coinvolti e i loro ruoli*", tra i quali anche il fisioterapista, delineato come figura professionale che è "*chiamata a collaborare*" alle attività indicate e non interviene, quindi, in autonomia (punto 2.8 "*Fisioterapista*").

3.5. Perciò deve ritenersi fondata la tesi del sindacato ricorrente, secondo la quale, l'attività del fisioterapista riferita alla presa in carico di pazienti cronici da parte del *team* multi professionale della sanità d'iniziativa, non potrebbe svolgersi in modo autonomo rispetto a prescrizioni mediche e che, per la riabilitazione dei pazienti cronici, la figura specialistica di affiancamento per i medici di medicina generale, non sostituibile con il fisioterapista di comunità, non potrebbe non essere il medico specialista in medicina fisica e riabilitazione.

Tale tesi trova un riscontro anche nella delibera della Giunta della Regione Toscana in data 16 aprile 2012, n. 300, che ha recepito il Piano di Indirizzo della Riabilitazione del Ministero della salute, approvato in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 10 febbraio 2011.

Tale delibera ha stabilito che, nel *team* multi professionale chiamato alla presa in carico proattiva degli assistiti, operino "*medici di medicina generale, infermiere e operatore sociosanitario, affiancati dalle figure specialistiche di volta in volta interessate a seconda delle esigenze del paziente*" e che lo stesso *team* sia "*accompagnato dal medico di comunità dell'azienda sanitaria territoriale di riferimento*".

4. Pertanto, nei limiti delle suesposte considerazioni e nella misura in cui il tenore della delibera n. 1057/2019 possa consentire l'attribuzione del fisioterapista di un ruolo autonomo e non esecutivo di indicazioni mediche, il ricorso deve essere accolto.

P.Q.M.

Esprime il parere che il ricorso debba essere accolto nei limiti di cui in motivazione.

L'ESTENSORE
Carla Ciuffetti

IL PRESIDENTE
Roberto Garofoli