**TAR Piemonte Sent. 3.11.2021 n. 994 – Medici Fisiatri**- Sentenza sul ricorso numero di registro generale 130 del 2017, proposto da S.I.M.F.E.R. - Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa, S.I.M.M.Fi.R. - Sindacato Italiano Medici di Medicina Fisica e Riabilitazione, rappresentati e difesi dall'avvocato Giovanni Sellitto, con domicilio eletto presso l’avvocato Francesco Dal Piaz in Torino, via Sant'Agostino n. 12; contro Regione Piemonte, rappresentata e difesa dall'avvocato Marco Piovano, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia; per l'annullamento a) in parte qua, della delibera della Giunta Regionale n. 17-4167 del 7.11.2016, ad oggetto “Disposizioni per la revisione delle procedure di accesso, degli strumenti operativi e delle procedure di verifica dell'attività di post-acuzie. Modifiche delle D.G.R. n. 70-1459 del 18.9.1995, n. 50-3104 del 28.5.2011 e s.m.i., n. 10-5605 del 2.4.2007 e s.m.i., n. 14-6039 del 2.7.2013 e s.m.i., n. 55-6670 del 11.11.2013 e s.m.i., n. 24-918 del 19.1.2015”, nonché dell'Allegato “A” alla detta Delibera, avente ad oggetto “Revisione delle procedure di accesso, strumenti operativi e procedure di verifica dell'attività di post acuzie”, pubblicati sul B.U.R.P. n. 47 del 24.11.2016; b) in parte qua, della nota della Direzione Sanità – Assistenza Specialistica e Ospedaliera prot. n. 25752/A1403A del 21.12.2016; Visti il ricorso e i relativi allegati; Visto l'atto di costituzione in giudizio della Regione Piemonte; Visti tutti gli atti della causa; Relatore nell'udienza pubblica del giorno 22 settembre 2021 il dott. Savio Picone; Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue. FATTO Le associazioni ricorrenti rappresentano i medici fisiatri che praticano la specialità di medicina fisica e riabilitazione. Impugnano la delibera in epigrafe, con la quale la Regione Piemonte ha modificato, nell’ambito dell’assistenza riabilitativa, le procedure di accesso, gli strumenti operativi e le procedure di verifica dell’attività di ricovero in post-acuzie, erogata dalle strutture pubbliche e private accreditate nel territorio regionale. In sintesi, nel sistema previgente disciplinato dalla D.G.R. n. 10-5605 del 2.4.2007, assumeva un ruolo determinante il "progetto riabilitativo" che conteneva tutti gli elementi che permettono la presa in carico del paziente, attraverso il coinvolgimento delle differenti figure professionali (équipe riabilitativa) che sono chiamate ad interagire per assicurare il risultato atteso. Nella fase di ricovero, con l’obiettivo di definire linee guida per l’appropriatezza dei percorsi clinici ed organizzativi nelle strutture di ricovero, il garante e responsabile del percorso riabilitativo era in via esclusiva il medico specialista in “medicina fisica e riabilitativa”, al quale competeva la redazione del “progetto riabilitativo individuale”. L’Allegato “A” alla D.G.R. n. 17-4167 del 7.11.2016, qui impugnato, ha innovativamente stabilito che la redazione del piano di riabilitazione può essere curata anche "da altro medico specialista di riferimento (sulla base della disabilità / patologia) della struttura che accoglie il paziente". Le associazioni ricorrenti deducono, con unica ed articolata censura, la violazione dell’art. 97 Cost., la violazione degli artt. 3 e 7 della legge n. 241 del 1990, la violazione delle linee guida nazionali e l’eccesso di potere sotto molteplici profili. Si è costituita la Regione Piemonte, eccependo l’inammissibilità del ricorso e chiedendone, nel merito, il rigetto. Le parti hanno svolto difese in vista dell’udienza pubblica del 22 settembre 2021, nella quale la causa è passata in decisione. DIRITTO In rito, non possono accogliersi le eccezioni di inammissibilità sollevate dalla difesa regionale, per il duplice profilo: dell’omessa notifica ad almeno uno dei controinteressati necessari, che nella specie non sono individuabili, trattandosi di atto a contenuto programmatorio generale; della non lesività della delibera, che al contrario introduce, come si è detto, la possibilità che il piano di riabilitazione sia predisposto e sottoscritto anche “da altro medico specialista di riferimento” (Allegato “A” – pag. 1), così sottraendo l’esclusiva competenza ai medici specialisti in “medicina fisica e riabilitativa” di cui le associazioni ricorrenti fanno valere gli interessi. Nel merito, il ricorso è fondato. La materia trova regolamentazione, al livello nazionale, nel “Piano di indirizzo della riabilitazione” approvato dalla Conferenza Permanente Stato - Regioni il 10.2.2011 (doc. 5). Per quanto qui rileva, nel Piano è espressamente previsto che la cura della persona con disabilità "si concretizza nel concetto di ‘presa in carico dell'utente’ e nell'erogazione degli interventi secondo definiti

programmi riabilitativi all'interno di uno specifico Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), applicando il concetto di appropriatezza prescrittiva ed erogativa". Il metodo interdisciplinare dell’area riabilitativa non esclude la centralità del ruolo del medico specialista in riabilitazione, nell’ambito del percorso riabilitativo del paziente. Il Piano stabilisce, al riguardo, che "Il team, di cui il responsabile è il medico specialista in riabilitazione, è lo strumento operativo per il lavoro interprofessionale - disciplinare attuato in riabilitazione da molti anni. (…) Il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), elaborato a livello di team e che ha come responsabile medico specialista in riabilitazione, è lo strumento di lavoro che rende l'intervento riabilitativo mirato, continuativo ed efficace perché rispondente ai bisogni reali del paziente". Il lavoro in team interdisciplinare costituisce il mezzo attraverso il quale risolvere le problematiche legate alle necessità riabilitative, muovendo dalla definizione delle priorità che spetta sempre al medico specialista in riabilitazione, per giungere all’apporto del terapista nella fase attuativa. Nel Piano nazionale approvato dalla Conferenza, dunque, assume centralità il metodo della "presa in carico globale" del paziente da parte del medico specialista della riabilitazione che, attraverso un processo decisionale che lo incarica della redazione del progetto individuale di riabilitazione, viene indicato come il responsabile clinico del paziente. Il medico fisiatra "nella determinazione del Progetto Riabilitativo Individuale deve tener conto della prognosi funzionale e del margine di modificabilità del quadro di disabilità, del grado di stabilità clinica del paziente e della sua possibile partecipazione al programma (…) garantisce, anche attraverso il coinvolgimento dei professionisti appartenenti al team, un flusso costante di informazioni al paziente, alla famiglia, ai caregiver ed al medico di famiglia". Il progetto riabilitativo individuale “elaborato a livello di team e che ha come responsabile il medico specialista in riabilitazione, è lo strumento di lavoro che rende l'intervento riabilitativo più mirato, continuativo ed efficace perché rispondente ai bisogni reali del paziente". Il sistema di competenze impostato dal Piano di indirizzo della riabilitazione ha trovato conferma, da ultimo, nel sopravvenuto d.P.C.M. 12 gennaio 2017 di approvazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) che, all’art. 44, ha coerentemente previsto che il medico specialista in riabilitazione “predispone il progetto riabilitativo e definisce gli obiettivi, le modalità ed i tempi di completamento del trattamento”. Che queste fossero le competenze precipue ed irriducibili dello specialista in riabilitazione era stato già affermato, con riguardo a controversie analoghe a quella in esame, dalla giurisprudenza amministrativa. Partendo dall’assunto che il bisogno riabilitativo del paziente consegue a patologie di varia natura (neurologica, ortopedica, pneumologica, etc.), veniva contestata la riserva in capo al medico fisiatra della competenza a prescrivere i trattamenti riabilitativi. Si è condivisibilmente affermato, in proposito:

"Il presupposto dal quale prendono le mosse i ricorrenti si palesa errato nella parte in cui non riconosce l'area di competenza specifica dello specialista in Riabilitazione, confondendo la cura della patologia da cui è afflitto il paziente con la riabilitazione di quest'ultimo per le conseguenze che la patologia ha avuto sullo stesso (...) invero, il Piano ministeriale attribuisce al medico specialista in riabilitazione, e non ad altro medico specialista, il potere decisionale circa la definizione del Progetto Riabilitativo Individuale, il quale deve specificare le singole prestazioni di medicina fisica da somministrare, nonché le modalità e tempi di erogazione delle prestazioni previste (...) diversamente da quanto sostenuto dai ricorrenti, la competenza riconosciuta al medico fisiatra non discende affatto da una scelta discrezionale e autonoma della Regione, bensì dalla specifica specializzazione caratterizzante le differenti branche mediche, sancita, peraltro, dal Ministero" (TAR Puglia, Lecce, sez. II, n. 231 del 2015). Nella specie, deve giudicarsi insufficientemente motivata ed irragionevole la decisione della Regione Piemonte di sottrarre al medico specialista in medicina fisica e riabilitativa la competenza esclusiva

alla redazione del progetto riabilitativo individuale, come previsto dalle direttive ministeriali e dai livelli essenziali di assistenza. Per quanto detto, ed assorbite le diverse censure, il ricorso è accolto, con conseguente annullamento dell’Allegato “A” della delibera della Giunta Regionale n. 17-4167 del 7.11.2016 (“Disposizioni per la revisione delle procedure di accesso, degli strumenti operativi e delle procedure di verifica dell'attività di post-acuzie”), nella parte in cui stabilisce che la redazione del piano di riabilitazione può essere rimessa ad "altro medico specialista di riferimento (sulla base della disabilità/patologia) della struttura che accoglie il paziente". Le spese processuali, per la novità della questione esaminata, sono compensate. P.Q.M. Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Piemonte (Sezione Prima), definitivamente pronunciando sul ricorso, come in epigrafe proposto, lo accoglie nei sensi di cui in motivazione. Spese compensate. Ordina che la presente sentenza sia eseguita dall'autorità amministrativa. Così deciso in Torino nella camera di consiglio del giorno 22 settembre 2021.