

TRIBUNALE PENALE DI PARMA

RELAZIONE

**- dott. Salvatore Spitaleri -
consulente legale**

Federazione nazionale degli ordini della professione sanitaria di fisioterapista - Roma

Ho ricevuto dall'avvocato [REDACTED] difensore della dr.ssa [REDACTED] l'incarico per redigere una consulenza tecnica con il seguente quesito: *“Esaminati gli atti, la relazione tecnica del consulente del pubblico ministero e la documentazione acquisita al fascicolo processuale, riferisca le proprie osservazioni in merito alle modalità di esercizio della professione di fisioterapista svolta dalla dr.ssa [REDACTED] alla loro aderenza alla competenza e ai limiti richiesti dalla suddetta professione sanitaria, oltre che su ogni altra circostanza inerente al capo di imputazione e ritenuta utile”*.

Nella mia qualifica di consulente legale della Federazione Nazionale degli Ordini della professione sanitaria di fisioterapista, istituita ai sensi del Decreto Ministeriale 8 settembre 2002 n. 183, ho innanzitutto ricostruito il quadro normativo che regola oggi la professione di fisioterapista, per cercare di delineare in modo chiaro, anche alla luce dell'evoluzione che la suddetta professione ha subito negli ultimi decenni, se esista o meno un ambito di competenza autonoma del fisioterapista.

Per un quadro generale delle competenze del professionista sanitario fisioterapista, è necessario un brevissimo excursus normativo che può dare il quadro di come l'attività di un operatore sanitario, dal ruolo inizialmente meramente ausiliario, si sia evoluta nel corso dell'ultimo trentennio, fino alla istituzione di un Ordine professionale autonomo che certifica lo status di professione sanitaria ordinata e protetta.

Proprio in considerazione dell'imputazione di esercizio abusivo della professione medica (posto che il fisiatra o ortopedico nominato nel capo di imputazione non è che un titolo specialistico e non una autonoma professione) va prima di tutto verificato in cosa consista la professione sanitaria di fisioterapista, quali siano le sue competenze e quindi va verificato se, rispetto agli atti contestati, vi sia un esercizio abusivo di altra professione o se, invece, le attività prestate rientrano nelle competenze professionali dello status di fisioterapista.

Va infatti evitato un retaggio culturale che associa il tema della tutela della salute ad una visione medico-centrica. A partire dalla riforma sanitaria degli anni novanta dello scorso secolo, il quadro dei professionisti della salute si è radicalmente modificato fino a pervenirsi alla formale declaratoria della abrogazione del concetto di ausiliarietà delle professioni sanitarie ulteriori e diverse rispetto a quella medica.

Oggi le professioni sanitarie, tra cui quella medica e quella in esame del fisioterapista, si trovano distribuite in un sistema distinto per modelli organizzativi e competenze e non più in un sistema gerarchico.

Va evidenziato che il fisioterapista è un professionista sanitario che può operare in diversi setting, all'interno di strutture sanitarie pubbliche, convenzionate o private, in regime di dipendenza o di collaborazione, e in ambito liberoprofessionale, nel proprio studio o nelle diverse articolazioni di studio associato o di società tra professionisti.

Primo quadro normativo sulla professione sanitaria protetta di fisioterapista

Per meglio comprendere l'evoluzione della figura della professione sanitaria di fisioterapista, l'ambito delle sue competenze e il suo percorso formativo, ancorando l'analisi su dati normativi il più possibile oggettivi, può essere utile sintetizzare il seguente quadro normativo:

- D.LGS. 30 dicembre 1992 n. 502, ove si prevede formazione universitaria e delega al Ministero della Sanità per l'individuazione dei profili sanitari del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione (<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1992-12-30;502~art16bis>);
- D.M. Sanità 14 settembre 1994, n. 741, con il quale è stato istituito il profilo professionale del fisioterapista, in ossequio al DLGS 502/1992 (<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:::1994;741>);
- D.M. Università 3 novembre 1999, n. 509 e ss mm ii, in tema di definizione del corso di laurea in fisioterapia (<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legge:1999-11-03;509!vig>);
- L. 26 febbraio 1999 n. 42, in tema di abrogazione del termine "ausiliarie" in capo alle professioni sanitarie e fine del rapporto ancillare medico / operatore sanitario, e di parametri per individuazione dell'ambito di competenza dei professionisti sanitari (<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1999;42>);
- L. 10 agosto 2000 n. 251, sulla configurazione delle 4 aree delle professioni sanitarie e di integrazione del profilo professionale del fisioterapista, con la previsione della autonomia e titolarità rispetto alle competenze del profilo professionale, con l'ampliamento delle sfere di competenza da "interventi" ad "attività dirette alla prevenzione, cura e riabilitazione" ed infine con la previsione della fondamentale competenza sulla valutazione funzionale, che ha aperto alla c.d. "diagnosi fisioterapica" nonché alla possibilità della dirigenza per dette professioni (<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2000;251>);

dott. Salvatore Spitaleri

- D.M. Sanità 29 marzo 2001, sulla composizione professionale delle 4 aree delle professioni sanitarie e dell'inquadramento del profilo professionale del fisioterapista nell'ambito dell'area dell'abilitazione (https://www.gazzettaufficiale.it/atto/vediMenuHTML?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2001-05-23&atto.codiceRedazionale=001A5586&tipoSerie=serie_generale&tipoVigenza=originario);
- D.M. Salute 17 marzo 2002, in tema di esenzione IVA per prestazioni professionali sanitarie (<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2002/08/13/02A10288/sg>);
- L. 1 febbraio 2006, n. 43, in tema di percorso formativo e professionale dei professionisti sanitari (<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2006;43>);
- D.LGS CPS 13 settembre 1946, n. 233, come interpolato dall'art. 4 L. n. 3/2018 in tema di istituzione dell'Ordine delle professioni sanitarie e quindi di status di professione protetta del fisioterapista (<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo.del.capo.provvisorio.dello.stato:1946-09-13;233>);
- D.M. Salute 13 marzo 2018 sugli Albi professionali delle professioni sanitarie tra cui quello del fisioterapista (<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/04/03/18A02393/sg>);
- D.M. Salute 8 settembre 2022 n. 183, recante il regolamento istitutivo dell'Ordine professionale della professione sanitaria di fisioterapista (<https://www.normattiva.it/atto/caricaDettaglioAtto?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2022-11-30&atto.codiceRedazionale=22G00193&tipoDettaglio=originario>);
- il codice deontologico professionale del fisioterapista approvato dalla Federazione nazionale degli ordini della professione sanitaria di fisioterapista, che insieme a profilo professionale e percorso formativo, delinea, ai sensi della L. 42/1999, l'ambito delle competenze del fisioterapista, professionista sanitario (<https://www.fnofi.it/deontologia-e-codice-deontologico-del-fisioterapista/>).

Profilo e competenze del fisioterapista.

Per favorire la disamina del profilo e delle competenze del fisioterapista, è assai utile procedere con il parametro fornito dall'art. 1 della Legge 42/1999 che così espressamente prevede:

- al comma 1, l'abrogazione della figura della professione sanitaria ausiliaria e la sua sostituzione con la denominazione di "professione sanitaria";
- al comma 2, l'indicazione dei parametri per la determinazione del campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie (tra cui quella di fisioterapista) nei contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione postbase, nonché degli specifici codici deontologici.

Quindi, per definire gli ambiti di attività e di competenza della professione sanitaria di fisioterapista è necessario rifarsi al profilo professionale, di cui al D.M. 741/1994, come implementato dall'art. 2 della Legge n. 251/2000 e dalla Legge n. 43/2006, ed infine qualificata come professione sanitaria ordinata e protetta di cui all'art. 4 della Legge n.3/2018.

dott. Salvatore Spitaleri

Partiamo allora dal profilo professionale .

Il Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 741 ha delineato per la prima volta la figura del fisioterapista, come operatore sanitario in possesso di diploma universitario abilitante, competente, in autonomia o in collaborazione con altre figure sanitarie, a realizzare interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità e delle funzioni corticali superiori e viscerali.

Il decreto ha attribuito al fisioterapista competenze specifiche: elaborare programmi riabilitativi, praticare autonomamente terapie fisiche, manuali e massoterapiche, proporre e addestrare all'uso di protesi e ausili, verificare l'efficacia degli interventi e svolgere attività di studio e consulenza.

Il riferimento aperto a “terapie fisiche, manuali e massoterapiche” rende sufficientemente permeabile il profilo rispetto ad una staticità di attività e competenze, consentendo di poter perseguire le finalità di prevenzione, cura e riabilitazione in ragione dell'evoluzione e sulla scorta del principio anche deontologico dell'evidenza scientifica.

Già nel profilo del 1994 si evidenzia il concetto di autonomia professionale che verrà sviluppato dai successivi interventi normativi.

Il riferimento alle competenze di “prevenzione-cura-riabilitazione” conseguenti a eventi patologici, a varia eziologia, congenita od acquisita, consente di delineare un perimetro di competenze particolarmente ampio in capo al fisioterapista.

Il richiamo contenuto nel profilo professionale “in riferimento alla diagnosi e alle prescrizioni (al plurale, Ndr) del medico” già in prima battuta chiarisce una dinamica non meramente esecutiva: detta dinamica sarà poi definitivamente superata dagli interventi normativi a cavallo della fine del secolo scorso.

Un piccolo focus sulle competenze in tema preventivo del fisioterapista.

La declinazione del capo di imputazione porta l'attenzione rispetto alla triplice competenza del fisioterapista (prevenzione, cura, riabilitazione) proprio sul tema della prevenzione, che rappresenta un tema spesso poco frequentato, particolarmente in medicina, ma fondamentale in termini di tutela della salute, soprattutto quando, come nel caso, di specie, l'attenzione venga rivolta a neonati o comunque alla fascia d'età dell'infanzia.

La prevenzione, peraltro, non attiene solamente ad azioni ad ampio spettro sulla popolazione, come delineato per esempio nel Piano della Prevenzione 2020-2025 (Adottato il 6 agosto 2020 con Intesa in Conferenza Stato-Regioni), ma anche ad una azione diretta ed individuale.

Sotto questo profilo, il fisioterapista, proprio nelle aree della motricità, svolge una attività preventiva proprio nell'infanzia, per quanto attiene proprio il movimento, così come in un altro delicatissimo ambito e stadio della vita, ossia circa la prevenzione del rischio cadute nell'anziano.

Risulta utile, proprio in relazione alle contestazioni, soffermarsi sul tema delle competenze in tema preventivo della professione sanitaria di fisioterapista:

- nella **Prevenzione Primaria** il fisioterapista promuove tutti quelle attività che riducono il rischio

di ammalarsi attraverso la promozione dei corretti stili di vita, favorendo l'esercizio fisico strutturato (proprio questo è l'ambito, in cui può correttamente inquadrarsi la più parte dell'attività professionale contestata alla imputata, per come riportata nel capo di imputazione). Peraltro, basta scorrere le pagine del sito del Ministero della Salute (<https://www.salute.gov.it/new/it/tema/malattie-cardio-cerebrovascolari/la-prevenzione-nel-bambino-0-11-anni-e-nelladolescente-12-18/>) per cogliere l'importanza dell'attività preventiva anche in ambito dell'infanzia e dell'età giovanile. Leggendo le indicazioni del Ministero della Salute: *“In età evolutiva è fondamentale praticare regolarmente un'adeguata attività fisica. Il tipo di attività fisica e il tempo da dedicarvi varia in funzione dell'età, in particolare:*

- *a 2-3 anni è sufficiente proporre attività ludiche in movimento (camminare a piedi, andare sul triciclo o in bicicletta, giocare all'aperto)*
- *a 5-6 anni incoraggia attività non strutturate da eseguire ogni giorno (per es. andare a scuola in bicicletta o a piedi, passeggiare, salire le scale a piedi) e/o attività motorie organizzate (preferibilmente sotto forma di sport) a cadenza tri-settimanale, con attività all'aperto almeno una volta a settimana. Ricorda che è preferibile far praticare uno sport adeguato alle capacità e alle preferenze del bambino, che stimoli prevalentemente la componente aerobica, ma anche la resistenza muscolare e la flessibilità, senza forzarlo in attività a lui non congeniali o poco gradite”* si coglie quanto l'attività contestata all'imputata come esercizio di attività medica, sia in verità palesemente nell'ambito delle competenze in tema preventivo del fisioterapista.

- nella **Prevenzione Secondaria** collabora, insieme ad altre figure professionali, per intercettare precocemente la malattia attraverso la promozione e l'adesione ai programmi di screening per sesso ed età e individuando in corso di valutazione fisioterapica segni e sintomi sospetti di patologie oncologiche;

- nella **Prevenzione Terziaria** interviene riducendo la gravità degli esiti, la disabilità e le complicanze puntando a migliorare la qualità di vita della persona e dei suoi familiari.

Il fisioterapista, inoltre, promuove programmi di attività fisica individualizzati poiché essa aiuta a migliorare la risposta alle terapie riducendone gli effetti collaterali, aumentando la sopravvivenza e diminuendo il rischio di recidive tumorali.

Nella pratica clinica, la promozione della salute può essere sviluppata efficacemente attraverso metodiche (ad esempio l'health coaching) che raggruppano concetti quali il mentoring, il coaching, il counselling e, che al loro interno, si basano su strategie comunicative e di cambiamento del comportamento, e modificazioni dei fattori di rischio, la cui evidenza scientifica appare sempre in continua evoluzione.

Al fisioterapista occorrono strumenti teorico-pratici, relativi a valutazione ed educazione su: comunicazione e gestione del cambiamento delle abitudini, di coaching e di counselling; principi di base su alimentazione corretta, effetti del consumo di alcol e di tabacco, igiene del sonno, meccanismi dello stress; promozione della salute nel normale percorso riabilitativo della persona assistita o in

altre occasioni dedicate; metodologia dell'allenamento per l'attività fisica e l'esercizio e lotta alla sedentarietà.

La prevenzione tramite valutazione funzionale è un approccio che analizza la qualità del movimento, la postura e la forza per identificare squilibri, carenze e rischi di infortuni, fondamentale sia per atleti che per persone comuni, permettendo di creare programmi di allenamento e riabilitazione personalizzati per ottimizzare le prestazioni e il benessere generale, evitando sovraccarichi e lesioni.

In tema di attività preventiva è assolutamente evidente che ci troviamo al di fuori di patologie diagnosticate e di prescrizioni mediche e, quindi, già qui si può concludere con l'insussistenza in radice della possibilità stessa di esercizio abusivo di professione medica.

Per quanto poi riguarda la fascia d'età dell'infanzia e giovanile, che sono peraltro le attività professionali contestate in capo di imputazione, va richiamato, a proposito dell'opportunità di interventi di prevenzione, lo studio dell'Agenzia Europea per la salute e la sicurezza del lavoro che ha pubblicato, nel novembre 2021, uno studio in tema di "Disturbi muscolo-scheletrici tra bambini e giovani: prevalenza, fattori di rischio, misure preventive"

(<https://osha.europa.eu/it/publications/musculoskeletal-disorders-among-children-and-young-people-prevalence-risk-factors-preventive-measures>) ove si evidenzia, posto che molti problemi di DMS (disturbi muscoloscheletrici) iniziano nell'infanzia, l'importanza di individuare in che modo sia possibile prevenirli in giovane età, atteso che molti fattori influenzano lo sviluppo dei DMS, compresi fattori fisici (ad esempio obesità, mancanza di sonno, periodi di sedentarietà prolungati), fattori socioeconomici e fattori individuali (ad esempio genere, età). L'analisi esamina l'effetto di tali fattori sui DMS nei bambini e nei giovani, come prevenirli e in che modo una buona salute muscolo-scheletrica possa diventare parte integrante dei programmi di prevenzione.

Sotto questo profilo, quindi, risulta evidente la natura degli interventi posti in essere dall'imputata quale fisioterapista, competente all'intervento in area preventiva rispetto ad aspetti muscolo-scheletrici nell'età dell'infanzia.

La fine dell'ausiliarità della professione sanitaria di fisioterapista

Come sopra ricordato, la legge 26 febbraio 1999, n. 42 ha abolito la suddivisione tra professioni sanitarie principali e ausiliarie, riconoscendo alle professioni sanitarie (incluso il fisioterapista) autonomia e responsabilità professionale. La novella legislativa ha stabilito che il campo proprio di attività è determinato dai contenuti del profilo professionale, dagli ordinamenti didattici di base e post-base e dal codice deontologico.

Sotto questo aspetto, il riferimento a "prescrizioni (al plurale NdR) e diagnosi medica", espresse nel profilo professionale assume evidentemente una valenza completamente diversa, slegando l'esercizio professionale del fisioterapista da una mera dinamica esecutiva e subordinata e facendo per

l'appunto divenire le prescrizioni del medico e la sua diagnosi (ove presenti) un elemento valutativo della prestazione professionale.

Inoltre, si modifica e si amplia la portata delle competenze del professionista sanitario che sono da individuarsi non più con il solo riferimento al profilo professionale, ma al complesso quadro costituito da percorso formativo (base, post base ed ECM), dal profilo professionale e dal codice deontologico che, anche secondo la Cassazione diviene fonte di integrazione (Cass. civ., Sez. Unite, 08/03/2022, n. 7501; Cass. pen., Sez. VI, Sentenza, 02/07/2021, n. 35591; Cass. pen., Sez. IV, 13/02/2024, n. 10658).

Infatti, proprio all'art. 1, comma 2 secondo alinea, della Legge 42/1999 si prevede che: “Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione postbase nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali”.

Il cambio passo della professione sanitaria di fisioterapista.

E' di assoluta evidenza che la legge 10 agosto 2000, n. 251 “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione” pone un ulteriore fondamentale passaggio per la professione sanitaria di fisioterapista riconoscendo che i professionisti dell'area della riabilitazione (ai sensi del D.M. 29.3.2001 il fisioterapista è compreso in questa area) svolgono **con** titolarità e autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, cura, riabilitazione e alla valutazione funzionale, promuovendo lo sviluppo e la valorizzazione delle funzioni riabilitative.

Autonomia professionale e titolarità delle competenze previste dal profilo professionale consentono di individuare un perimetro di azione del professionista sia in riferimento ai termini della propria azione che rispetto a quella di altre professioni che in relazione ai termini della collaborazione interprofessionale e multidisciplinare: infatti, l'ampliamento del paradigma del profilo professionale nel passaggio tra la competenza a “interventi di prevenzione, cura e riabilitazione” (come indicati nell'art. 1 del DM 741/1994) ad “**attività dirette alla prevenzione, cura e riabilitazione**” costituisce un ulteriore arricchimento delle competenze del fisioterapista, essendo evidente che il riferimento ad “attività dirette” in luogo di “interventi” plasticamente rappresenta un'azione assai più articolata

Quindi il fisioterapista esercita con autonomia e titolarità professionale attività dirette alla prevenzione, cura e riabilitazione, negli ambiti indicati nel profilo professionale.

E' evidente il salto rispetto alla precedente funzione ancillare ed il cambio di paradigma dalle mansioni alle competenze: il dettato legislativo porta, se non ad un superamento di più aspetti del profilo professionale del 1994, almeno alla necessità di una rilettura di detto profilo e dei suoi contenuti (compresa la valutazione di ciò che viene implicitamente abrogato per il successivo

intervento di fonte normativa primaria).

In buona sostanza, la fonte primaria (nel combinato disposto della L. 42/1999 e della successiva e consequenziale L. 251/2000) incide sul decreto ministeriale approvativo del profilo professionale e ne cambia la prospettiva sia in merito alle competenze (attività dirette alla prevenzione, cura e riabilitazione e a procedure di valutazione funzionale) sia nelle responsabilità (con titolarità e autonomia professionale nei confronti di singoli individui e collettività).

A ulteriore rafforzamento, la sottolineatura della **titolarità alle procedure di valutazione funzionale** in capo al fisioterapista ne fa un professionista a tutto tondo, adeguatamente formato, capace di autonomo intervento, anche per la versatilità delle competenze e per l'abilitazione all'utilizzo di supporti diagnostici (si faccia mente all'utilizzo ecografo a supporto in fase valutativa e di intervento, come indicato nel posizionamento della Federazione nazionale degli ordini dei fisioterapisti del giugno 2024, allegato).

Risulta per questo completamente erronea l'impostazione del capo di imputazione, laddove si faccia riferimento a "visite mediche": il fisioterapista è un professionista che svolge con titolarità e autonomia professionale la fase valutativa, che comprende, con ogni evidenza, una fase anamnestica e una valutazione funzionale prodromica alla elaborazione del programma preventivo/terapeutico/riabilitativo.

La valutazione funzionale in sanità è un'analisi completa e oggettiva delle capacità fisiche e motorie di una persona (forza, mobilità, equilibrio, coordinazione) tramite test standardizzati, per identificare deficit, pianificare riabilitazione, ottimizzare l'allenamento sportivo o prevenire infortuni o disabilità, creando percorsi personalizzati e misurandone i progressi.

Il processo valutativo culmina in una diagnosi fisioterapica, che è assolutamente diversa dalla diagnosi medica che, invece, attiene all'individuazione di una patologia.

La diagnosi fisioterapica (o funzionale) è la valutazione del fisioterapista sulla disabilità e sulle limitazioni funzionali che ne derivano, e che, come nel capo di imputazione, portano ad una valutazione non sullo stato di salute, ma sulla abilità/capacità al movimento e al corretto movimento, portando quindi all'elaborazione di programmi o su attività di potenziamento dell'apparato muscoloscheletrico (esercizi) o ad attività di carattere preventivo (corretto utilizzo di calzature).

A corredo degli aspetti normativi, è bene richiamare, in proposito, tre norme cardine del Codice Deontologico dei Fisioterapisti che, come noto, insieme a profilo e percorso formativo, consente di identificare il proprium della professione sanitaria di fisioterapista.

- art. 12, comma 1 *"Il Fisioterapista ha la responsabilità diretta delle procedure diagnostiche e terapeutiche adottate. Egli si impegna a ricercare la migliore efficacia, appropriatezza e qualità dei percorsi di cura e riabilitazione, promuovendo l'uso appropriato delle risorse e la sostenibilità delle cure"*;

- art. 13 *"Il Fisioterapista svolge la sua attività professionale in via autonoma o in*

collaborazione con altri professionisti della salute.

Nel caso di attività svolta in collaborazione con il medico, qualora risultino valutazioni discordanti, variazioni del quadro clinico e/o risposte non coerenti durante il trattamento, il Fisioterapista, in accordo con la persona assistita, informa il medico curante e si attiva per fornire allo stesso elementi utili sia per un eventuale approfondimento diagnostico, che per la definizione di un più appropriato programma terapeutico";

- art. 14 "Il Fisioterapista effettua la valutazione fisioterapica attraverso l'anamnesi, la valutazione clinico-funzionale e l'analisi della documentazione clinica prodotta dalla persona assistita.

La diagnosi fisioterapica, o una sua coerente ipotesi, costituisce il risultato del processo di ragionamento clinico ed è preliminare all'intervento fisioterapico.

Nel caso in cui il processo diagnostico sia insufficiente o nel caso in cui si evidenzino dati che vanno al di là delle proprie conoscenze o competenze, il Fisioterapista inviterà la persona assistita ad effettuare ulteriori approfondimenti".

E' altresì utile a delineare il "core competence", il percorso formativo universitario del fisioterapista, che trova il suo nucleo di formazione nel corso di laurea triennale, ex DM 509/1999 e 270/2004, che consolida il bagaglio di conoscenze e competenze del fisioterapista; al termine del percorso abilitante, il fisioterapista è in condizione di conoscere e saper applicare, in modo autonomo, il processo fisioterapico, utilizzando il ragionamento clinico come strumento guida al criterio di scelta all'interno delle possibili opzioni che compongono le varie fasi del processo medesimo.

Tale autonomia si realizza tramite la capacità di rispondere efficacemente ai bisogni di salute individuale e/o collettiva, come singolo operatore o in team, optando per le migliori strategie terapeutiche, individuando gli approcci e gli strumenti idonei, effettuando raccolta dati (inclusa analisi del contesto sociale), esame del paziente, valutazione fisioterapica, elaborando il programma terapeutico, scegliendo e applicando metodologie e tecniche fisioterapiche idonee al caso clinico (in punto di intensità, tempo, tipologia di approccio tecnico professionale) secondo le migliori evidenze scientifiche possibili e reperibili, secondo linee guida internazionali ed Evidence Based.

Il cuore delle competenze, traducendo il profilo professionale relativo agli "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", è così sintetizzabile; il fisioterapista:

- individua i bisogni preventivi e riabilitativi del soggetto tramite la valutazione dei dati clinici in campo motorio, psicomotorio, cognitivo e funzionale, per entità e significatività dei sintomi;
- comprende i costituenti che sono alla base dei processi patologici sui quali si focalizza l'intervento riabilitativo e/o terapeutico, in età evolutiva, adulta o geriatrica;
- sviluppa i migliori approcci terapeutici, tecnici e metodologici per la risoluzione dei problemi di salute del paziente;
- acquisisce le basi scientifiche delle alterazioni funzionali e della metodologia riabilitativa generale

dott. Salvatore Spitaleri

e specifica nei vari settori specialistici (neurologia, ortopedia e traumatologia, cardiovascolare, area critica, oncologia, infettivologia, pneumologia, area materno - infantile, ecc.);

- programma e verifica l'intervento fisioterapico, utilizzando modalità valutative oggettive e terapeutiche efficaci, e tutti gli strumenti opportuni per la risoluzione del caso (terapie strumentali, terapie manuali, psicomotorie e occupazionali, proponendo l'eventuale uso di ortesi, protesi e ausili), anche nel dialogo e nella relazione con il medico, con lo specialista e con altri professionisti sanitari.

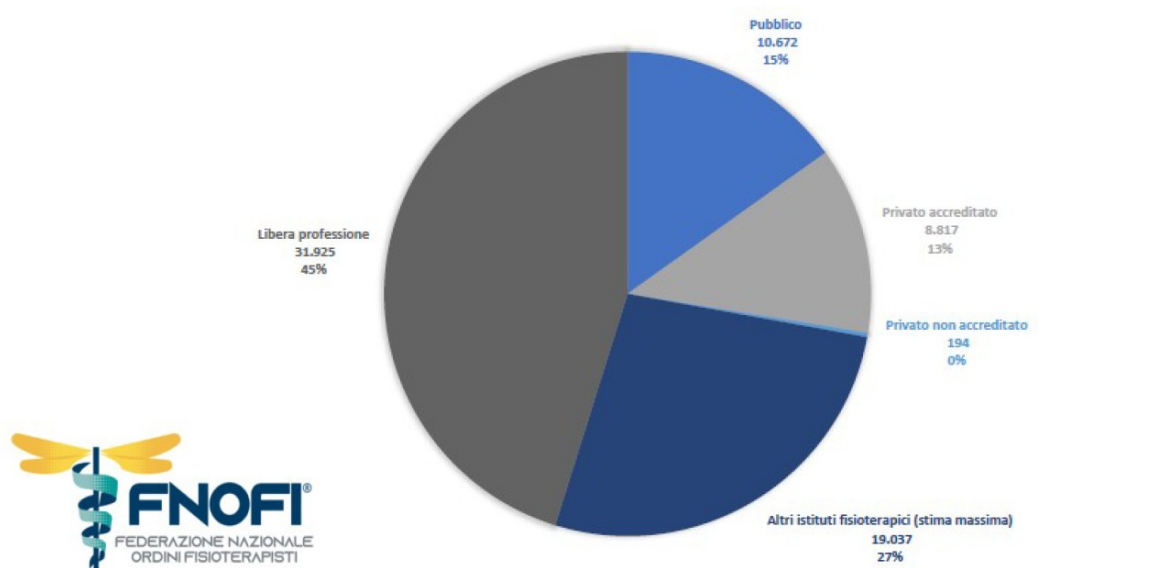
Quanto agli ambiti o aree di intervento, anche in riferimento all'art. 2 della L. 251/2000, al fisioterapista competono:

a) *“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”*, particolarmente a riguardo al movimento, alle funzioni corticali e a quelle viscerali, in riferimento alle patologie ed agli eventi patologici della più varia specie, congenite o acquisite, e alle disabilità;

b) anche in equipe multidisciplinare, la definizione del programma di riabilitazione volto all'individuazione e al superamento del bisogno di salute del disabile, a mezzo di attività terapeutiche per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive, quali terapie fisiche, manuali, massoterapiche e occupazionali.

Un piccolo inciso va a questo punto dedicato circa gli ambiti in cui può operare un fisioterapista, professionista sanitario.

I dati elaborati da Bocconi e FNOFI (relativi agli anni 2020/2022) indicano che i fisioterapisti operano solo in minima parte nel settore pubblico del Servizio sanitario nazionale, mentre la stragrande maggioranza opera nella libera professione e nel settore privato, nelle sue varie declinazioni (studi professionali associati, ambulatori, strutture riabilitative, cooperative).



E' peraltro evidente che proprio in virtù di questi dati, il tema della autonomia e titolarità professionale è particolarmente rilevante e permea l'attività professionale in modo assai diverso: nel settore pubblico, l'attività del fisioterapista è necessariamente organizzata su modelli basati sulla standardizzazione di processi e su prassi burocratico-amministrative, mentre nelle altre strutture come negli studi professionali il modello organizzativo è assolutamente più libero e gestito direttamente dai professionisti.

Sul radicale mutamento dell'inciso "in riferimento alla diagnosi e alle prescrizioni del medico"

Va premesso che la legge 8 marzo 2017 n. 24, introducendo nell'ordinamento italiano il diritto alla sicurezza e qualità delle cure, ha esteso il principio di responsabilità a tutti i professionisti sanitari, incentivando il sistema delle buone pratiche assistenziali e linee guida per l'attività professionale. È di tutta evidenza che i concetti di responsabilità e autonomia e titolarità sono indissolubili, come di assoluta evidenza è la valorizzazione professionale in ragione dell'evoluzione scientifica e tecnologica che investe ogni professione. Sotto questo aspetto, è di assoluta evidenza che dovranno costruirsi linee guida a supporto del fisioterapista, professionista sanitario, in pronto soccorso.

Non da ultimo, la legge 11 gennaio 2018, n. 3 nell'istituire gli Ordini TSRM e PSTRP, rendendo professioni ordinate e protette tutte le professioni sanitarie delle 4 aree professionali individuate dalla legge 251/2000, ha reso l'iscrizione all'albo obbligatoria per l'esercizio professionale e rideterminato la fattispecie penale dell'esercizio abusivo di professione di cui all'art. 348 del Codice penale. La natura di professione ordinata e protetta ha consentito una ulteriore qualificazione delle competenze stabilite nel profilo professionale, da un lato, esaltandone l'intangibilità e, dall'altro, riconoscendo la centralità di quelle prestazioni professionali per la tutela della salute individuale e collettiva.

Infine, il Decreto Ministeriale 8 settembre 2022 n. 183, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 30 novembre 2022 ed entrato in vigore il 15 dicembre 2022, ha istituito 38 Ordini territoriali della professione sanitaria di fisioterapista (OFI) e la Federazione nazionale degli Ordini della professione sanitaria di fisioterapista (FNOFI), come enti pubblici non economici che agiscono quale organo sussidiario dello Stato.

Risulta allora chiaro come il legame tra diagnosi e prescrizioni del medico e competenze del fisioterapista sia, negli anni, radicalmente mutato.

La prescrizione è rimasta in alcuni casi porta di accesso per l'intervento a carico del Servizio Sanitario Nazionale ed ha conservato centralità per quanto riguarda le prestazioni sanitarie di particolare complessità, il più delle volte delegate a strutture sanitarie specializzate, mentre di fatto è priva di rilievo (se non come utile riferimento nell'ambito della valutazione funzionale) per le attività ambulatoriali private.

A dimostrazione del fatto che la questione del superamento della prescrizione medica ha ormai una decennale conclamazione, valga il richiamo è alla Circolare dell'Agenzia delle Entrate 1.06.2012 n.

19, risposta 2.2 (https://www.agenziaentrate.gov.it/portale/documents/20143/299511/Circolare+19+del+010612_CIRCOLARE+19E.pdf/983071af-b5a7-be0a-71a6-4bf88485728c che riporta le ragioni del superamento della obbligatorietà, anche ai fini fiscali, della prescrizione medica. Si legge, infatti: "...Pervenuta la richiesta di rivedere tale orientamento, la scrivente ha ritenuto opportuno interpellare il Ministero della Salute che, sul punto, ha osservato che i decreti istitutivi delle figure professionali individuate dall'art. 3 del dal DM 29 marzo 2001 non sempre subordinano l'erogazione della prestazione alla prescrizione medica e che per poter stabilire se una determinata attività professionale è soggetta o meno a prescrizione medica occorre far riferimento al relativo profilo professionale. Il Ministero ha fatto presente, altresì, che l'evoluzione delle professioni sanitarie ha portato ad una progressiva autonomia ed assunzione di responsabilità dirette dei professionisti e che la natura sanitaria di una prestazione non può essere definita sulla base del fatto che la stessa sia erogata a seguito di una prescrizione medica. Per questo motivo il decreto del Ministro della salute di concerto con il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 17 maggio 2002 non prevede più l'obbligo della prescrizione medica ai fini dell'esenzione dall'imposta sul valore aggiunto. Al riguardo, tenuto conto delle precisazioni fornite dal Ministero della salute, si ritiene che possano essere ammesse alla detrazione d'imposta di cui all'articolo 15, comma 1, lettera c), del TUIR le spese sostenute per le prestazioni sanitarie rese alla persona dalle figure professionali elencate nel decreto ministeriale 29 marzo 2001, anche senza una specifica prescrizione medica. Ai fini della detrazione, dal documento di certificazione del corrispettivo rilasciato dal professionista sanitario dovranno risultare la relativa figura professionale e la descrizione della prestazione".

In tema di accesso c.d. diretto al fisioterapista, ossia senza un invio da parte di un medico, si ritiene utile ricordare un recentissimo studio realizzato dalla Fondazione Gimbe nella primavera dello scorso anno

(https://www.gimbe.org/pubblicazioni/Report_Accesso_diretto_alle_prestazioni_di_fisioterapia.pdf) di cui si riportano le conclusioni:

“Evidenze di efficacia.

L'analisi della letteratura condotta per il presente report ha dimostrato che il modello ad accesso diretto alle prestazioni fisioterapiche offre numerosi vantaggi in termini di outcome economici, umanistici e di processo, rispetto al modello tradizionale basato sulla prescrizione medica. In particolare, l'accesso diretto consente una gestione più rapida e autonoma dei pazienti, riducendo significativamente i tempi di attesa e migliorando la soddisfazione degli utenti. Studi di alta qualità inclusi nella revisione hanno confermato che i fisioterapisti, nel contesto dell'accesso diretto, sono in grado di gestire efficacemente la maggior parte dei disturbi muscolo-scheletrici senza la necessità di consulti medici aggiuntivi, riducendo così il carico sui medici di medicina generale e gli specialisti. Inoltre, l'analisi comparativa tra il modello ad accesso diretto e quello tradizionale ha evidenziato una diminuzione del numero di richieste di imaging e prescrizioni farmacologiche, consentendo un miglior utilizzo delle risorse sanitarie, pur garantendo al contempo una qualità delle cure equivalente rispetto al modello tradizionale basato sulla prescrizione medica. Non sono infatti emerse differenze significative tra i due modelli in termini di outcome clinici”.

Sull'Ordine professionale dei fisioterapisti a tutela e promozione della professione.

Un ultimo capitolo va dedicato al ruolo dell'Ordine professionale nell'attività di tutela e promozione della professione e di contrasto all'esercizio abusivo che oggi assume diverse fattispecie.

All'Ordine spetta, quale ente sussidiario dello Stato, una attività di verifica e segnalazione e collaborazione con le competenti Autorità.

Il percorso di valutazione rispetto ad altre attività professionali non può che procedere dal richiamare la scelta copernicana che il Legislatore ha assunto ormai oltre 20 anni fa, con la contestuale previsione della fine dell'ancillarità delle c.d. professioni ausiliarie e la loro erezione a professioni sanitarie tout court, attraverso le L. 42/1999 e L. 251/2000, conclusosi con il riconoscimento, per queste, dello status di professione ordinata e protetta.

Altre e diverse costruzioni che si sono affacciate, sia nella normativa che nella giurisprudenza, rischiano di confliggere con la riserva di legge che l'art. 32 Costituzione, anche per costante insegnamento della Corte Costituzionale, pone a fondamento proprio del diritto costituzionale alla salute. .

Lo scrimen si poggia, peraltro, sui concetti di autonomia e titolarità che non possono subire coercizione o sovrapposizione o sfaldamento, pena il venir meno del presupposto fondamento.

Conclusioni.

Esaminati gli atti di causa, la prima valutazione da farsi, quando è in esame l'attività posta in essere da un professionista, è comprendere se quell'attività sia posta in essere nell'esercizio di proprie competenze professionali o meno.

Infatti, assolutamente distinto è il caso dell'extraneus rispetto a chi, invece, un titolo, una abilitazione, una iscrizione ad un albo professionale lo ha.

In secondo luogo, proprio perché ci si trova di fronte ad una professione sanitaria protetta e ordinata, quale quella del fisioterapista, la disamina va compiuta rispetto al quadro normativo di quella professione e attraverso se del caso la valutazione dell'Ordine professionale, quale ente pubblico sussidiario dello Stato, con competenza non solo alla tutela della professione, ma anche alla verifica dell'esercizio professionale, nell'ambito della finalità generale alla tutela della salute individuale e collettiva.

Per questo, richiamando alla ricostruzione normativa sopra esposta, va sinteticamente evidenziato quanto segue rispetto all'elaborato peritale del Consulente Tecnico del Pubblico Ministero.

a) Prima di tutto emerge dal tenore letterale della stessa consulenza, che non sono state minimamente né citate né considerate le novelle legislative successive all'emanazione del profilo professionale (DM 741/1994) che hanno portato: - ad un superamento del concetto di ausiliarità; - al ridisegno delle competenze professionali sulla base non solo del profilo professionale, ma anche del percorso

dott. Salvatore Spitaleri

formativo e del codice deontologico; - all'inquadramento come professione sanitaria dell'attività del fisioterapista; - all'ampliamento della sfera di competenze con riferimento ad "attività dirette" in luogo di "interventi" nonché in relazione proprio alla valutazione funzionale (tale mancata considerazione ha comportato una erronea qualificazione in atto medico di quelle che sono, invece, legittime attività anamnestiche, valutative e diagnostiche (fisioterapiche); - alla qualificazione della professione sanitaria di fisioterapista come professione protetta e ordinata, con conseguente intangibilità delle competenze professionali del fisioterapista stesso anche rispetto ad altri professionisti e/o operatori.

b) Anche il riferimento ad una sentenza della Suprema Corte, totalmente disallineata sia rispetto alle valutazioni e inquadramento dello stesso Ministero della Salute che rispetto al quadro normativo complessivo, è stato superato dalla giurisprudenza di merito successiva proprio in riferimento alle attività valutative, diagnostiche e latamente professionali del fisioterapista (si vedano le alleghe sentenze del Tribunale di Udine e di Venezia).

c) Quanto all'utilizzo come parametro di azione di un documento amministrativo quale il Piano di indirizzo per la riabilitazione 2011 (Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sul documento concernente "Piano d'indirizzo per la riabilitazione" Rep. Atti n. 30/ESR del 10 febbraio 2011), al di là della circostanza che vi sia un Piano successivo del 2019, non citato nella perizia del consulente della Pubblica Accusa, va evidenziato che: a) questo attiene a elementi di organizzazione del SSN e delle strutture pubbliche del SSN e quindi non può essere riferimento per l'attività sanitaria in toto; b) comunque per la gerarchia delle fonti, non può certo competere con il quadro legislativo sopra enunciato.

d) Anche la citata sentenza del Consiglio di Stato del 2014 si riferisce come testualmente riferito nell'elaborato peritale del consulente del Pubblico Ministero a meccanismi interni e inerenti l'organizzazione del Servizio sanitario.

e) Infine, nell'elaborato peritale del consulente del Pubblico Ministero, non vi è alcuna valutazione o considerazione sulla competenza in tema di prevenzione che profilo professionale e art. 2 legge 251/2000 incardinano in capo al fisioterapista. E' di assoluta logicità ed evidenza che l'attività preventiva sia precedente ad uno stato patologico ed anzi sia diretta ad evitare l'insorgere o l'aggravarsi di patologie e che le indicazioni fornite dalla professionista ai pazienti, rectius, ai genitori dei piccoli pazienti (esercizi, movimento, tipologia di calzature) siano del tutto estranee ad indicazioni di carattere terapeutico proprie dell'attività del medico.

f) E' privo di evidenza sia scientifica che normativa quanto si legge nell'elaborato peritale del consulente del Pubblico Ministero, laddove si afferma che *"Conseguentemente, il fisioterapista deve*

comunque e sempre operare sotto la direzione di un medico specialista in Riabilitazione”: non solo infatti non si tiene in minimo conto lo sviluppo normativo sopra delineato, ma completamente si omette l’impatto su tutti i professionisti sanitari della Legge Gelli – Bianco in tema di responsabilità professionale. Inoltre si confonde l’eventuale modello organizzativo del SSN, che in ragione del controllo della spesa, individua modelli organizzativi con i profili di competenza. Infatti, come professione ordinata e protetta, il fisioterapista è responsabile (e la sua responsabilità non può essere certo ristretta per modello organizzativo) del processo di valutazione funzionale e di tutte le attività dirette a prevenzione, cura e riabilitazione (dall’anamnesi, alla diagnosi fisioterapica, alla elaborazione e attuazione del programma riabilitativo, all’eventuale rimando al medico di medicina generale o allo specialista – che non necessariamente peraltro è il fisiatra, ma può essere il medico di medicina generale, un cardiologo, un neurologo, un pediatra, un ortopedico, in caso in cui individui le c.d. “red flags” che importano il coinvolgimento di competenze mediche).

Va evidenziato il percorso formativo della imputata che, oltre alla laurea abilitante in fisioterapia e all’iscrizione al proprio Ordine professionale territoriale, ha conseguito un master universitario in riabilitazione pediatrica ottenuto presso l’Università di Firenze, potendo quindi vantare curriculum formativo assolutamente idoneo all’esercizio professionale con pazienti infanti o di minore età. L’affermazione nell’elaborato peritale che tale titolo, peraltro ottenuto in una pubblica università, potrebbe “*indurre in inganno i pazienti e potrebbe far passare l’attribuzione di compiti non medici con tutti i dubbi che possono insorgere*” rischia di inficiare in maniera irreparabile quel minimo di terzietà che comunque compete al perito.

Fatte queste premesse, va concluso che l’attività posta in essere dalla imputata è assolutamente qualificabile come esercizio della competenza in ambito preventivo, come risulta anche in più occasioni dalle sommarie informazioni rese direttamente dai genitori dei piccoli pazienti, nonché con indicazioni terapeutiche di esercizio fisico o di ausili generici (p.es. calzature corrette “non correttive”), dopo aver compiuto una anamnesi ed una valutazione funzionale (attività di stretta competenza fisioterapica).

La cartella fisioterapica/relazione fisioterapica risulta peraltro conforme alle indicazioni del codice deontologico, riportando il quadro delle attività svolte, gli esiti della valutazione funzionale e la diagnosi fisioterapica nonché le indicazioni terapeutiche, come sopra indicato, per lo più di carattere preventivo.

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

dott. Salvatore Spitaleri

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Udine – Parma, 21 gennaio 2026

dott. Salvatore Spitaleri

Salvatore Spitaleri