



Istituzione della figura professionale del fisioterapista di comunità

A.C. 1199

Dossier n° 598 - Schede di lettura
3 aprile 2026

Informazioni sugli atti di riferimento

A.C.	1199
Titolo:	Istituzione della figura professionale del fisioterapista di comunità
Iniziativa:	Parlamentare
Primo firmatario:	Malavasi
Iter al Senato:	No
Numero di articoli:	3
Date:	
presentazione:	1 giugno 2023
assegnazione:	20 settembre 2023
Commissione competente :	XII Affari sociali
Sede:	referente
Pareri previsti:	I Affari Costituzionali, V Bilancio e Tesoro, VII Cultura, XI Lavoro, XIV Politiche UE e Commissione Questioni regionali

Premessa

La **presente proposta di legge** (A.C. n. 1199) istituisce la figura professionale del **fisioterapista di comunità**.

In merito alla disciplina generale della **figura professionale del fisioterapista**, si ricorda che con il [Decreto ministeriale n. 741 del 14 settembre 1994](#) (che a sua volta, nel preambolo, richiama l'articolo 6, comma 3 del [D.Lgs. n. 502/1992](#)) è stato emanato il "**Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale del fisioterapista**". In particolare, l'art. 1, comma 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".

Secondo il comma 2, le attività del fisioterapista devono essere esercitate "in riferimento alla diagnosi ed alle prescrizioni del medico, nell'ambito delle proprie competenze".

Infine, il comma 6 della medesima disposizione stabilisce che "il fisioterapista svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero-professionale".

Come precisato dalla Corte costituzionale, le disposizioni del predetto Regolamento attribuiscono solo al fisioterapista "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](#)).

In seguito, la [Legge n. 251 del 2000](#), recante "*Disciplina delle professioni sanitarie, infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*" ha dettato disposizioni per gli operatori delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione. In particolare, l'articolo 2 della citata legge aggiunge che gli operatori dell'area della riabilitazione svolgono attività di prevenzione, cura, riabilitazione e valutazione funzionale in autonomia, sia per i singoli individui che per la collettività, secondo le competenze previste dai rispettivi profili professionali.

La [Legge n. 43 del 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". In particolare, l'**articolo 5** della predetta Legge detta la disciplina per il riconoscimento di nuove professioni sanitarie.

In questa cornice, il **fisioterapista di comunità** è un professionista sanitario che offre servizi di riabilitazione nell'ambito dell'assistenza sanitaria primaria, operando in particolare nei servizi territoriali di

assistenza domiciliare, delle case della comunità e delle cure primarie. In proposito, si ricorda che con il [D.M. n. 77 del 2022](#) si è stabilita la realizzazione delle Case della comunità, intese quale nuovo modello di assistenza sanitaria e sociosanitaria, diretto a semplificare l'accesso alla sanità, ridurre i tempi di attesa e offrire cure integrate e vicine al cittadino. In particolare, è prevista l'attivazione di almeno 1.038 Case della comunità anche di nuova costruzione dotate di attrezzature tecnologiche entro la metà del 2026, stanziando risorse pari a 2 miliardi di euro in prestiti.

Il passaggio alle Case della Comunità mira a garantire l'attivazione, lo sviluppo e l'aggregazione dei servizi di assistenza primaria e l'implementazione di centri di erogazione dell'assistenza più efficienti.

In particolare, secondo quanto previsto dal D.M. n. 77 del 2022, nella Casa della Comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale. In particolare tali strutture rappresentano un nodo centrale della rete dei servizi territoriali sotto la direzione del distretto sanitario. Secondo lo standard fissato dal Decreto, deve essere garantito: 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti, con il seguente numero di personale: 7-11 Infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo). Pertanto, come precisa lo stesso decreto la Casa della Comunità "rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento".

Profili di diritto dell'Unione europea

(a cura del Servizio per i Rapporti con l'Unione europea)

La disciplina recata dal provvedimento evidenzia taluni profili di rilievo ai fini del diritto dell'Unione europea, con particolare riferimento al **quadro normativo in materia di professioni sanitarie**, alla **libera circolazione ed al riconoscimento delle qualifiche professionali**, nonché ai principi generali sanciti dal Trattato sul funzionamento dell'Unione europea.

Regolamentazione delle professioni e test di proporzionalità

L'istituzione della figura del fisioterapista di comunità, con la definizione delle modalità di esercizio dell'attività, può assumere rilievo ai fini della disciplina delle professioni regolamentate qualora le disposizioni incidano sull'accesso o sull'esercizio della professione di fisioterapista. In tale eventualità, verrebbe in considerazione la [direttiva \(UE\) 2018/958](#), recepita con il [decreto legislativo n. 142 del 2020](#), che prevede l'obbligo di una valutazione preventiva di proporzionalità per le disposizioni che limitano l'accesso o l'esercizio di professioni regolamentate. Il Dipartimento per le Politiche europee della Presidenza del Consiglio dei ministri, in data 13 agosto 2021, ha inviato [una circolare](#) a tutte le amministrazioni centrali e regionali per fornire indicazioni operative ai fini della corretta applicazione della normativa. L'articolo 3 del citato decreto legislativo prevede che ogni disposizione normativa che limiti l'accesso a una professione regolamentata o il suo esercizio sia accompagnata da una valutazione motivata circa la necessità e l'adeguatezza della misura rispetto agli obiettivi perseguiti, anche alla luce di possibili misure meno restrittive. L'articolo 16-sexies del [decreto-legge 16 settembre 2024, n. 131](#), nel modificare tale normativa, ha inoltre introdotto una specifica disciplina per i progetti di legge di iniziativa parlamentare e per gli emendamenti parlamentari, stabilendo che la valutazione di proporzionalità sia effettuata dall'Amministrazione competente nell'ambito dell'istruttoria finalizzata all'espressione dell'orientamento del Governo. Qualora, invece, la figura sia qualificabile come profilo funzionale interno all'organizzazione ed all'erogazione di servizi pubblici locali da parte degli enti territoriali, potrebbe trovare applicazione il principio di autonomia organizzativa degli Stati membri nella gestione dei servizi di interesse generale, ferma restando l'osservanza dei principi generali del diritto dell'Unione europea.

Figura del fisioterapista

La proposta prevede che, nell'ambito del servizio di assistenza domiciliare, operino anche i fisioterapisti dipendenti del Servizio sanitario nazionale. Tale figura non rientra tra le professioni armonizzate a livello dell'Unione europea ai sensi della direttiva 2005/36/CE, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali. La disciplina in esame si limita a inserirla nell'organizzazione del servizio, senza introdurre nuovi requisiti di accesso o riserve di attività rispetto alla normativa vigente. Allo stato del testo non emergono, pertanto, restrizioni tali da determinare l'applicazione del test di proporzionalità. Eventuali disposizioni attuative che incidano sui requisiti professionali dovranno comunque essere valutate alla luce dei principi dell'Unione europea in materia di libertà di stabilimento e libera prestazione dei servizi. Libertà di stabilimento e organizzazione dei servizi sanitari L'attività del fisioterapista è soggetta ai principi di cui agli articoli 49 e 56 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea (TFUE), che vietano, rispettivamente, restrizioni alla libertà di stabilimento e alla libera prestazione di servizi da parte di cittadini di uno Stato membro nel territorio di un altro Stato membro. Ai sensi dell'articolo 168 del TFUE, l'organizzazione e la fornitura dei servizi sanitari rientrano nella competenza degli Stati membri. L'istituzione del servizio di assistenza domiciliare si colloca pertanto nell'ambito dell'autonomia

organizzativa nazionale, ferma restando l'osservanza delle norme europee in materia di qualifiche professionali e libera circolazione.

Eventuali profili in materia di appalti pubblici

Qualora l'organizzazione del servizio comporti il ricorso a soggetti esterni mediante procedure di affidamento, troverebbe applicazione la [direttiva 2014/24/UE](#) sugli appalti pubblici, nel rispetto dei principi di trasparenza, concorrenza e parità di trattamento.

Diritti fondamentali

La disciplina incide su ambiti riconducibili alla tutela della salute. Ove le disposizioni si collochino nell'ambito di applicazione del diritto dell'Unione europea, troverebbe applicazione la [Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea](#), ai sensi dell'articolo 51 della stessa, con particolare riferimento agli articoli 35.

Contenuto

La presente proposta di legge (A.C. n. 1199) istituisce la figura professionale del **fisioterapista di comunità**.

Essa si compone di **3 articoli**.

L'**articolo 1**, composto da due commi, istituisce la figura professionale del fisioterapista di comunità.

In particolare, il **comma 1** istituisce la figura professionale del fisioterapista di comunità, per lo sviluppo e il potenziamento dei servizi territoriali di assistenza domiciliare, delle case della comunità e delle cure primarie.

Ritornando in questa sede sui profili di diritto dell'Unione europea, con riguardo alla regolamentazione delle professioni si ricorda che la **direttiva (UE) 2018/958**, richiamata in precedenza, impone agli Stati membri di valutare preliminarmente la proporzionalità delle disposizioni legislative, regolamentari o amministrative che limitino l'accesso alle professioni regolamentate o il loro esercizio. In attuazione della citata direttiva è stato emanato, come già detto, il [D.lgs. n. 142 del 2020](#) che prevede una procedura dettagliata inerente alla **verifica del rispetto del principio di proporzionalità** che compete ai cd. soggetti regolatori (cfr. art. 3). In particolare i soggetti regolatori devono operare una valutazione della proporzionalità in sede di **analisi di impatto della regolazione** dell'atto normativo o in sede di istruttoria dell'atto amministrativo generale, compilando il questionario riportato nella tabella di cui all'Allegato I. Nella tabella deve essere fornita per ciascun quesito una motivazione specifica e dettagliata per consentire di valutare il rispetto del principio di proporzionalità la tabella e parte integrante della documentazione illustrativa che deve essere sempre posta a corredo della documentazione che accompagna i provvedimenti. A tal fine si prevede che ogni disposizione normativa (sia legislativa che regolamentare) nonché ogni atto amministrativo generale che limita l'accesso ad una professione regolamentata o il suo esercizio, prima della sua adozione deve essere **trasmessa** dal competente soggetto regolatore all'**Autorità garante della concorrenza e del mercato** ai fini della verifica dell'adequatezza e della completezza della valutazione di proporzionalità svolta dalle amministrazioni proponenti.

Si ribadisce, quindi, che l'art. 16-sexies del D.L. n. 131 del 2024, modificando la predetta normativa, ha introdotto nell'art. 3, il comma 3-bis, il quale prescrive che "in relazione ai **progetti di legge di iniziativa diversa da quella governativa** ovvero agli **emendamenti parlamentari** con cui si introducono nuove disposizioni che limitano l'accesso alle professioni regolamentate o il loro esercizio ovvero modificano quelle esistenti, la **valutazione di proporzionalità** (...) è effettuata dall'**amministrazione competente in relazione alla professione regolamentata** nell'ambito dell'istruttoria finalizzata a esprimere l'orientamento del Governo sul progetto di legge e il suo parere sugli emendamenti (...)".

Il **comma 2** definisce il fisioterapista di comunità quale professionista sanitario fisioterapista, dipendente di azienda sanitaria locale, con l'incarico di operare all'interno del *team* multiprofessionale delle cure primarie, nell'ambito delle articolazioni specifiche del distretto dell'unità sanitaria locale, definito dall'articolo 3-*quater* del [Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), stabilite dalla normativa nazionale e regionale. L'incarico è attribuito dall'azienda sanitaria locale con il compito di identificare e adottare le migliori strategie per la prevenzione, la valutazione, il recupero, l'abilitazione e la palliazione, nonché con l'obiettivo generale di contribuire a migliorare la qualità di vita dell'individuo e dei suoi familiari o del suo *caregiver*.

Si ricorda che secondo le [Linee guida adottate dal Ministero della sanità](#) del 7 maggio 1998 (pubblicate sulla G.U. del 30 maggio 1998), «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'*équipe* 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](#)). Pertanto, sempre secondo la giurisprudenza amministrativa, l'art. 1, co. 2, D.M. n. 741/1994 più volte citato, «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](#)).

Tale interpretazione è stata confermata anche in un recente [parere dell'Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato n. 1132/2023 del 14 agosto 2023](#), reso nell'ambito di un ricorso straordinario al Presidente della Repubblica relativo a una delibera della Regione Toscana che ha previsto la figura del fisioterapista di comunità. In particolare, secondo il Consiglio di Stato, l'attività del fisioterapista di comunità, 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».

L'**articolo 2**, composto da due commi, stabilisce le **competenze** del fisioterapista di comunità.

In dettaglio, il **comma 1** prevede che tale figura professionale:

- a. collabora con il team multiprofessionale nella valutazione dei bisogni della comunità, nell'elaborazione dei profili di salute e nell'identificazione dei gruppi di popolazione a rischio;
- b. sostiene la promozione della salute mediante interventi settoriali e intersettoriali rivolti a specifici determinanti di salute;
- c. favorisce la valorizzazione delle risorse della comunità quali i gruppi di volontariato, i gruppi di auto-aiuto, i laboratori per l'attività fisica adattata e i centri per gli anziani;
- d. propone l'intervento, a titolo di consulenza o di attività di riabilitazione, di altri professionisti sanitari dell'area della riabilitazione in presenza di bisogni di salute che richiedono prestazioni riabilitative diverse da quelle di competenza della fisioterapia;
- e. promuove e sostiene:
 - il supporto all'autocura, rivolto alle persone e alle loro famiglie, nell'acquisire conoscenze, abilità e motivazioni nella gestione della malattia, fornendo loro gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi;
 - la proattività degli interventi al fine di integrare le attività cliniche e assistenziali con interventi programmati di follow-up, sulla base del percorso previsto per ciascuna patologia e in funzione del profilo di rischio;
 - il supporto all'adozione di linee di indirizzo e di migliori pratiche basate sull'evidenza per fornire al team multiprofessionale gli standard per un'assistenza ottimale ai pazienti cronici e che siano oggetto di una costante attività di aggiornamento, di adattamento alla realtà locale e di audit da parte del team stesso;
 - l'attività fisica come corretto stile di vita, agendo direttamente su gruppi di popolazione sana oppure rivolgendosi a persone con riduzione dell'autonomia o in condizioni di dolore cronico aspecifico, proponendo attività motorie adattate in base alla valutazione del livello di performance;
 - il coinvolgimento attivo della persona e del *caregiver* nel processo di cura e la promozione di strategie di autogestione della malattia, per migliorare sensibilmente la qualità della vita e ridurre il ricorso alle cure;
 - l'affiancamento dei professionisti del team multiprofessionale nell'identificazione dei fattori di rischio sia in soggetti sani sia in soggetti in situazione di cronicità;
 - l'accesso appropriato ai servizi territoriali e ospedalieri di riabilitazione.

Il **comma 2** chiarisce che tale figura professionale dispone delle **specifiche competenze** acquisite con l'esperienza professionale di durata almeno triennale, integrabile anche con la formazione *post* laurea, successiva alla laurea in professione sanitaria di fisioterapista, incentrata su obiettivi e programmi di tutela della salute e che sia in grado di abilitare il professionista a svolgere funzioni con assunzione diretta di elevate responsabilità più complesse e specialistiche rispetto a quelle previste dal profilo professionale disciplinato dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 14 settembre 1994, n. 741.

Come accennato in premessa, il [Decreto del Ministro della sanità 14 settembre 1994, n. 741](#) reca il "*Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale del fisioterapista*". In particolare, secondo l'articolo 1, comma 2, del predetto decreto, il fisioterapista, in riferimento alla diagnosi ed alle prescrizioni del medico:

- a) elabora, anche in équipe multidisciplinare, la definizione del programma di riabilitazione volto all'individuazione ed al superamento del bisogno di salute del disabile;
- b) pratica autonomamente attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive utilizzando terapie fisiche, manuali, massoterapiche e occupazionali;
- c) propone l'adozione di protesi ed ausili, ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia;
- d) verifica le risponderne della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale.

L'**articolo 3**, composto da due commi, definisce la **tipologia del rapporto di lavoro** del fisioterapista di comunità.

In particolare, il **comma 1** stabilisce che il rapporto di lavoro del fisioterapista di comunità è in regime di dipendenza con il Servizio sanitario nazionale. Sono stabilite dalla contrattazione collettiva le modalità di conferimento, di verifica e di eventuale revoca dell'incarico professionale di fisioterapista di comunità, il conseguente trattamento economico e normativo nonché le modalità lavorative anche in deroga alla modalità oraria di lavoro, prevedendo a tal fine il lavoro per progetti e obiettivi.

Il **comma 2** prevede che, in attuazione di quanto previsto [dall'articolo 1 del Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158](#) (*Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un piu' alto livello di tutela della salute*), conv. con modif. dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, le aziende sanitarie locali prevedono, all'interno dei distretti dell'unità sanitaria locale di cui all'articolo 3-*quater* del [Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#) (*Riordino della disciplina in materia sanitaria*), gli incarichi di fisioterapista di comunità che afferiscono al servizio professionale per la riabilitazione di cui all'articolo 7 della [legge 10 agosto 2000, n. 251](#), anche valorizzando percorsi di formazione avanzata o specialistica. La direzione generale dell'azienda sanitaria locale di riferimento definisce il numero e gli obiettivi degli incarichi di cui al primo periodo, da raggiungere in coerenza con lo stato demografico ed epidemiologico del territorio assegnato e con gli obiettivi di salute definiti.

Si può ricordare che l'articolo 1 del D.L. n. 158 del 2012 dispone in tema di riordino dell'assistenza territoriale e di mobilità del personale delle aziende sanitarie. In particolare, la norma detta alcuni principi fondamentali in tale ambito e, mediante alcune modifiche puntuali all'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, innova la disciplina del rapporto tra il Servizio sanitario nazionale e i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali, definita dagli accordi collettivi nazionali di durata triennale.

Più in dettaglio, si prevede che le regioni definiscano l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria, promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e con i servizi ospedalieri prevedendo forme organizzative monoprofessionali e multiprofessionali che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

Inoltre, si ricorda che l'3-*quater* del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, definisce il concetto di "distretti dell'unità sanitaria locale". In particolare, il distretto è individuato, sulla base di specifici criteri dall'atto aziendale garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente. Attraverso l'organizzazione in distretti, vengono assicurati i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri.

Infine, l'articolo 7 della Legge n. 251 del 2000 detta alcune disposizioni transitorie concernenti l'attribuzione di incarichi dirigenziali di alcune professioni sanitarie.

In proposito, si valuti l'eventuale possibilità di sostituire il riferimento all'articolo 7 della Legge n. 251 del 2000 con il riferimento all'articolo 2 della medesima Legge, relativo ai compiti attribuiti ai professionisti sanitari della riabilitazione.

Relazioni allegate o richieste

Si tratta di una proposta di legge di iniziativa parlamentare, corredata della sola relazione illustrativa.

Necessità dell'intervento con legge

La presente proposta di legge (A.C. n. 1199) istituisce la figura professionale del **fisioterapista di comunità**. La proposta, dunque, interviene in materia di professioni sanitarie, prevendo le competenze di tale nuova figura professionale, che opera su tutto il territorio nazionale, per lo sviluppo e il potenziamento dei servizi territoriali di assistenza domiciliare, delle case della comunità e delle cure primarie. Si giustifica, pertanto, l'utilizzazione dello strumento legislativo.

Rispetto delle competenze legislative costituzionalmente definite

Come in precedenza ricordato, la presente proposta di legge (A.C. n. 1199) istituisce la figura professionale del **fisioterapista di comunità**. La materia trattata appare pertanto riconducibile all'ambito delle "professioni" oggetto di potestà legislativa concorrente ai sensi dell'articolo 117, comma 3 della Costituzione.