

AUDIZIONE CISL

**presso la XII Commissione (Affari sociali) della Camera dei deputati in merito
alla proposta di legge C. 1199 "Istituzione della figura professionale del fisioterapista di comunità".**

(Roma, 22 settembre 2026)

Onorevole Presidente e onorevoli Deputati,

la Cisl ringrazia per l'opportunità di questa audizione informale nell'ambito dell'esame della proposta di legge C. 1199, Malavasi, Ferrari, Forattini, Furfaro, Ghio, Girelli, Stumpo, recante "Istituzione della figura professionale del fisioterapista di comunità".

L'audizione di oggi ci vede illustrare la posizione congiunta della Cisl e della Cisl FP e, nelle nostre valutazioni, abbiamo voluto affrontare la proposta sotto il profilo dell'organizzazione dell'assistenza territoriale, dell'integrazione multiprofessionale, della qualità e continuità delle cure, ma anche delle ricadute sul lavoro e sulla contrattazione collettiva, anche alla luce di quanto realizzato negli ultimi anni.

È indubbio che il rafforzamento dell'assistenza territoriale, come disegnata dal DM 77/2022, rappresenta uno dei principali assi di trasformazione del Servizio sanitario nazionale.

Le risorse del PNRR hanno principalmente contribuito alla realizzazione delle strutture da esso previste, e oggi siamo tutti chiamati a lavorare per una piena attuazione della riforma che consenta una presa in carico integrata e di prossimità delle persone.

Il contesto in cui si colloca la proposta: assistenza territoriale, cronicità e invecchiamento.

In questo scenario, la pressione demografica rende particolarmente rilevante il tema della prevenzione della perdita funzionale e dell'autonomia. Secondo Istat, al 1° gennaio 2026 le persone ultra 65enni sono circa 14,8 milioni, pari al 25,1% della popolazione residente, mentre gli ultra ottantacinquenni superano i 2,5 milioni. Questo quadro accresce il bisogno di interventi precoci, continui e vicini ai luoghi di vita, soprattutto per persone fragili, croniche, con disabilità o a rischio di riduzione dell'autonomia.

In tale cornice, la presenza strutturata delle competenze fisioterapiche nella rete di prossimità può contribuire a intercettare più tempestivamente bisogni di mobilità, recupero funzionale, prevenzione delle cadute, mantenimento dell'autonomia e continuità riabilitativa tra ospedale, territorio e domicilio.

Il punto decisivo, tuttavia, non è istituire una nuova figura professionale, ma valorizzare tali competenze definendo con chiarezza, nel quadro organizzativo previsto per l'assistenza territoriale, funzioni, responsabilità, standard di personale, integrazione con le altre professioni e strumenti contrattuali.

Nella proposta di legge C. 1199, presentata all'indomani dell'approvazione del DM 77/2022, vi sono diversi elementi importanti, tutt'ora attuali, anche considerato i ritardi di molte Regioni nel dare piena attuazione ai percorsi di riordino dell'assistenza territoriale.

Il fisioterapista di comunità è configurato come una nuova figura professionale, dipendente dell'azienda sanitaria locale, inserito nel team multiprofessionale delle cure primarie e operante nelle articolazioni

distrettuali. La proposta attribuisce inoltre specifiche competenze professionali, da acquisire attraverso esperienza e formazione post-laurea e demanda alla contrattazione collettiva il trattamento economico e normativo e le modalità lavorative.

Questi elementi sono particolarmente rilevanti per la Cisl e per la Cisl FP, perché collocano la discussione non soltanto sul piano professionale, ma anche sul terreno della programmazione dei fabbisogni, delle dotazioni organiche, della valorizzazione delle competenze, degli incarichi e delle condizioni di lavoro.

Rispetto alla natura della funzione per noi è opportuno evitare che il fisioterapista di comunità venga configurato come una professione sanitaria nuova, distinta dal fisioterapista.

Più coerente appare la qualificazione come funzione o ambito professionale specialistico del fisioterapista, inserito nell'organizzazione territoriale del SSN, che opera in integrazione e in raccordo stabile con gli altri professionisti sanitari e con gli assistenti sociali, dentro le equipe multiprofessionali e multidisciplinari coinvolte nei percorsi di presa in carico.

Occorre evitare sovrapposizioni di competenze o modelli organizzativi fondati su compartimenti professionali separati che sarebbero in netto contrasto con quanto invece necessario.

La funzione acquista reale utilità se collegata anche ai percorsi di dimissione protetta, all'assistenza domiciliare, alle Case della Comunità e agli Ospedali di Comunità e al raccordo operativo con le COT.

In assenza di questa integrazione, il rischio è creare un ulteriore livello organizzativo senza incidere sulla frammentazione dei percorsi, che è oggi uno dei principali problemi che tutt'ora permangono, soprattutto là dove il riordino dell'assistenza territoriale non si può dire ancora pienamente operativo.

La disciplina dovrebbe chiarire i canali di attivazione e i criteri di presa in carico, assicurando appropriatezza, tempestività e continuità. Il fisioterapista di comunità dovrebbe poter contribuire alla valutazione funzionale, alla definizione degli obiettivi riabilitativi e al monitoraggio degli esiti nell'ambito dei percorsi assistenziali condivisi e dei PAI, nel rispetto delle diverse competenze professionali e delle responsabilità clinico-organizzative.

Resta però il nodo centrale, ovvero personale, fabbisogni e finanziamento.

Qualunque nuova funzione professionale rischia di rimanere formale se non è accompagnata da personale sufficiente.

L'introduzione del fisioterapista di comunità dovrebbe quindi essere collegata alla programmazione nazionale e regionale dei fabbisogni e ad un incremento coerente del fabbisogno di personale, evitando che il nuovo servizio venga realizzato semplicemente spostando fisioterapisti già impiegati nei servizi ospedalieri, ambulatoriali o domiciliari.

La disciplina dovrebbe prevedere standard organizzativi omogenei, lasciando alle Regioni la programmazione attuativa ma limitando il rischio di modelli profondamente diversi tra territori. Una

funzione territoriale riconosciuta dalla legge, senza un livello minimo di presenza e senza risorse dedicate, potrebbe accentuare le disuguaglianze regionali anziché ridurle.

È pertanto essenziale che l'attuazione sia accompagnata da risorse strutturali e non soltanto progettuali o temporanee. I finanziamenti devono coprire assunzioni, formazione, strumenti di lavoro, mobilità territoriale, tecnologie digitali e organizzazione del servizio.

La proposta C. 1199 attribuisce alla contrattazione collettiva un ruolo centrale nella definizione del trattamento economico e normativo e delle modalità lavorative.

Questo principio va preservato e reso coerente con il CCNL del comparto Sanità e con il sistema degli incarichi professionali, riconoscendo il maggior livello di competenze, autonomia e responsabilità richiesto dalla funzione.

La formazione post-base richiesta per l'esercizio di funzioni più complesse deve avere standard nazionali chiari, essere accessibile e riconosciuta ai fini dello sviluppo professionale, cosa che può avvenire solo se disciplinata dal CCNL.

Va pertanto evitata la previsione prevista dall'art. 2 comma 2, anche per evitare che oneri formativi aggiuntivi siano scaricati integralmente sul singolo lavoratore senza riconoscimento professionale ed economico, come già accaduto in passato.

Ci permettiamo alcuni suggerimenti al fine di rendere ancora più costruttiva la proposta.

1. Inserire la funzione del fisioterapista di comunità nella programmazione distrettuale e nelle équipe delle cure primarie, con collegamento funzionale alle Case della Comunità e alla rete domiciliare.
2. Definire a livello nazionale un set minimo di funzioni e standard organizzativi, lasciando alle Regioni margini di adattamento coerenti con l'analisi della stratificazione della popolazione prevista dal DM 77/2022.
3. Prevedere un piano pluriennale di rafforzamento degli organici di fisioterapisti nel SSN, evitando che la nuova funzione sottragga personale ai servizi riabilitativi esistenti.
4. Ricondurre il riconoscimento della funzione, degli incarichi e della relativa valorizzazione economica al CCNL del comparto Sanità e alla contrattazione integrativa.
5. Garantire formazione continua e post-base finanziata e programmata dal sistema, con percorsi omogenei e riconoscibili sul territorio nazionale.
6. Integrare il fisioterapista di comunità nei sistemi informativi territoriali e negli strumenti di valutazione multidimensionale, così da assicurare continuità e misurabilità degli esiti.
7. Prevedere una fase di monitoraggio nazionale dell'attuazione, con indicatori pubblici e confronto periodico con Regioni, professioni e organizzazioni sindacali.

In conclusione.

Il tema del fisioterapista di comunità intercetta una necessità reale del Servizio sanitario nazionale: portare competenze riabilitative e di prevenzione funzionale più vicino alle persone, in particolare agli anziani, ai cronici, alle persone con disabilità e a chi presenta condizioni di fragilità.

Affinché questa innovazione sia effettiva, la disciplina non può limitarsi alla definizione della figura. Occorre costruire un modello organizzativo stabile, integrato con l'assistenza territoriale prevista dal DM 77/2022, sostenuto da organici adeguati, formazione, risorse e regole omogenee.

Dal punto di vista del lavoro pubblico, assume rilievo decisivo la coerenza con il sistema contrattuale: la valorizzazione delle competenze, gli incarichi, il trattamento economico e l'organizzazione del lavoro devono trovare nella contrattazione collettiva la sede naturale di regolazione. Allo stesso tempo, l'introduzione della funzione deve tradursi in un rafforzamento dei servizi e non in una mera redistribuzione di personale già insufficiente.

Una disciplina costruita su questi presupposti può contribuire a rendere la sanità territoriale più accessibile, continuativa e capace di prevenire la perdita di autonomia, senza creare nuove frammentazioni professionali o organizzative.