FNO TSRM e PSTRP
Federazione nazionale degli Ordini
dei tecnici sanitari di radiologia medica
e delle professioni sanitarie tecniche,
della riabilitazione e della prevenzione

ISTITUITA AI SENSI DELLE LEGGI:
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983
n. 25 e 11.1.2018, n. 3

Copia conforme all'originale - Protocollo In uscita n. 0006450/2026 del 20/10/2026 10:20:35

Roma, 20 ottobre 2026

Ill.mo
Presidente della XII Commissione
Affari sociali
Camera dei Deputati
On. Ugo Cappellacci

Ill.ma
Relatrice Atto Camera n. 1199
Camera dei Deputati
On. Ilenia Malavasi

Ill.mi
Vicepresidenti, Segretari
e Membri Deputati
della XII Commissione
Affari sociali
Camera dei Deputati

Oggetto: **audizione presso la XII Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati – Proposta di legge C. 1199 "Istituzione della figura professionale del fisioterapista di comunità" – Memoria della FNO TSRM e PSTRP.**

La scrivente Federazione nazionale sottopone all'attenzione di codesta XII Commissione parlamentare, le osservazioni che seguono, relativamente al DDL in oggetto.

Preliminarmente, manifestiamo condivisione alle finalità della proposta di legge C. 1199. La relazione illustrativa individua correttamente una problematica particolarmente avvertita nelle nostre comunità professionali e nell'intera cittadinanza: la riabilitazione va portata nelle cure primarie, nell'assistenza domiciliare e nelle Case della comunità. La stessa relazione richiama il rapporto OMS, secondo cui occorre *«sostenere lo sviluppo di una forza lavoro riabilitativa multidisciplinare adeguata e ben addestrata»* e *«integrare la riabilitazione a tutti i livelli del sistema sanitario».*

Proprio da queste premesse intendiamo proporre una riflessione di carattere generale.

L'articolato traduce un bisogno riconosciuto come multidisciplinare in una figura monoprofessionale; i bisogni riabilitativi della comunità - come è noto - non sono soltanto motori. Essi riguardano anche la comunicazione e la deglutizione, le autonomie nelle attività quotidiane, il neurosviluppo, la funzione visiva, il piede a rischio, la salute mentale e l'inclusione sociale. Per questi ambiti l'ordinamento ha già individuato professioni sanitarie specifiche, ciascuna con un proprio profilo e una propria autonomia.

Piazza dei SS. Apostoli, 49
00187 Roma
C.F. 01682270580

Tel. +39 0677590560
www.tsrm-pstrp.org

federazione@tsrm.org
federazione@pec.tsrm.org

Copia conforme all'originale - Protocollo In uscita n. 0006450/2026 del 20/10/2026 10:20:35

Le professioni sanitarie riabilitative sono state ricondotte dal D.M. 29 marzo 2001 a una fattispecie unitaria: podologo, fisioterapista, logopedista, ortottista-assistente di oftalmologia, terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, tecnico della riabilitazione psichiatrica, terapista occupazionale ed educatore professionale.

L'art. 2 della legge n. 251/2000 riconosce a tutti questi operatori pari dignità, poiché essi *«svolgono 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, al fine di espletare le competenze proprie previste dai relativi profili professionali»*.

Un modello di «riabilitazione di comunità» coerente con questo assetto non può ritenersi esaustivo se riferito ad una sola professione, dovendo più adeguatamente fondarsi su una funzione territoriale multiprofessionale, nella quale ciascun professionista operi secondo il proprio profilo.

Qui di seguito, si indicano i singoli punti del DDL sui quali esprimiamo perplessità:

a) l'art. 1, comma 2, attribuisce al fisioterapista di comunità 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»*.

Una formulazione così ampia supera il perimetro del profilo del fisioterapista. Il D.M. n. 741/1994 colloca infatti gli interventi del fisioterapista *«nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori e di quelle viscerali conseguenti a eventi patologici»*. Il testo, invece, rinvia a strategie generali di prevenzione, abilitazione e qualità della vita della persona e della famiglia. Questi ambiti appartengono in larga misura ad altri profili: al terapista occupazionale per le autonomie della vita quotidiana e l'adattamento ambientale, all'educatore professionale per le competenze adattive e l'inclusione sociale, alle professioni dell'area della prevenzione per le strategie di sanità pubblica.

Una norma di legge che descrive la missione di una professione in termini così generali rischia di generare confusione degli ambiti e possibile contenzioso.

b) L'art. 2, comma 1, lett. d) introduce una gerarchia tra professioni che l'ordinamento non prevede. In particolare, l'ipotesi di norma in commento prevede che il fisioterapista di comunità *«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»*.

La Federazione ritiene questa previsione non condivisibile, poiché affida a una sola professione il compito di valutare la necessità di interventi riabilitativi che non rientrano nella sua competenza. In questo modo crea una posizione di filtro, e di fatto di preminenza, del fisioterapista rispetto a logopedisti, terapisti occupazionali, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, ortottisti, podologi, tecnici della riabilitazione psichiatrica ed educatori professionali.

Copia conforme all'originale - Protocollo In uscita n. 0006450/2026 del 20/10/2026 10:20:35

Questa impostazione contrasta con la *«titolarità e autonomia professionale»* riconosciuta a ciascuna professione dell'area dall'art. 2 della legge n. 251/2000. Non trova, inoltre, fondamento nel profilo del fisioterapista.

Tale norma non determina solo una impropria preminenza ordinamentale del fisioterapista rispetto agli altri professionisti dell'area, ma finisce anche per disallineare il modello territoriale rispetto alla logica della presa in carico integrata, che richiede valutazioni multiprofessionali e non un accesso mediato da una singola professione. La funzione di segnalazione dei bisogni riabilitativi diversi da quelli fisioterapici deve essere ricondotta a un circuito collegiale di équipe e di servizio, evitando qualunque configurazione anche indiretta di "gatekeeping" professionale.

È, quindi, coerente con il sistema che il bisogno riabilitativo sia individuato in sede di valutazione multiprofessionale, nell'ambito del distretto e del punto unico di accesso, con il raccordo del medico e dell'équipe. Non appare sostenibile, nell'attuale assetto ordinamentale, che tale individuazione dipenda dalla proposta di un singolo professionista estraneo all'ambito di competenza in questione.

c) Diversi punti dell'art. 2, comma 1, lett. e) descrivono attività a carattere trasversale: supporto all'autocura, proattività e *follow-up*, adozione di linee di indirizzo, coinvolgimento della persona e del *caregiver*, identificazione dei fattori di rischio, accesso appropriato ai servizi.

Attribuite a una sola professione, queste attività finiscono per assorbire competenze che il sistema riconosce a più figure.

La criticità è accentuata dal fatto che il DDL attribuisce a una sola figura attività di *follow-up*, sostegno all'autocura, promozione dell'attività fisica, individuazione dei fattori di rischio e facilitazione dell'accesso ai servizi: si tratta di funzioni organizzative e relazionali che, se concentrate normativamente su un solo profilo, finiscono per comprimere la pari dignità operativa delle altre professioni riabilitative e per riprodurre un assetto non coerente con il carattere multiprofessionale dei bisogni della comunità.

Il numero 5) richiede particolare attenzione. Prevede *«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»*.

Orbene, le strategie di autogestione nella vita quotidiana, l'adattamento delle attività e dei compiti, il risparmio energetico e il ritorno ai ruoli familiari e sociali costituiscono il nucleo del profilo del terapista occupazionale. La sovrapposizione in questo caso è evidente e va corretta.

Anche il numero 4) presenta profili di criticità. Nella parte in cui si rivolge a *«gruppi di popolazione sana»* con l'attività fisica come stile di vita, si colloca su un terreno di promozione della salute di tipo generale e non sanitario-riabilitativo. Nel numero 7) l'*«accesso appropriato ai servizi territoriali e ospedalieri di riabilitazione»*, proprio perché riguarda l'intera area riabilitativa, non può essere normativamente intestato a una sola professione senza creare una indebita centralizzazione del filtro di accesso e senza incidere, in fatto, sugli spazi operativi degli altri professionisti dell'area.

Copia conforme all'originale - Protocollo In uscita n. 0006450/2026 del 20/10/2026 10:20:35

d) Il comma 2 dell'art. 2 è la disposizione più critica sul piano sistematico.

Esso prevede che il fisioterapista di comunità disponga di competenze acquisite con almeno tre anni di esperienza, eventualmente integrate da formazione post-laurea, tali da *«abilitare il professionista a svolgere funzioni con assunzione diretta di elevate responsabilità più complesse e specialistiche rispetto a quelle previste dal profilo professionale»* di cui al D.M. n. 741/1994.

Sul punto, la scrivente Federazione esprime due ordini di rilievi.

Il primo riguarda il profilo professionale. Nel sistema vigente l'ambito di attività di ciascuna professione sanitaria è definito dal profilo, dall'ordinamento didattico e dal codice deontologico. L'esercizio delle professioni sanitarie dell'area è subordinato al conseguimento del titolo universitario abilitante. La Corte costituzionale ha più volte affermato che l'individuazione delle figure professionali, dei relativi profili e dei titoli abilitanti costituisce un principio fondamentale riservato allo Stato.

Non si contesta qui la competenza del Legislatore statale; si osserva, tuttavia, che la norma introduce competenze ulteriori rispetto al profilo senza modificare il profilo stesso e senza definirne il contenuto. Ne deriva un'area di attività indeterminata, priva di corrispondenza nell'ordinamento didattico.

Il secondo riguarda il termine «abilitare». Nel nostro ordinamento l'abilitazione all'esercizio di una professione sanitaria deriva dal titolo universitario con esame finale abilitante. Un *master* universitario di primo livello o un altro percorso *post-laurea*, secondo l'impianto vigente, non ha valore abilitante. Accresce competenze specialistiche nell'ambito del profilo già posseduto, ma non le estende oltre di esso. Neppure l'esperienza professionale, per quanto qualificata, può abilitare ad attività eccedenti il profilo. Né esiste oggi un percorso formativo specificamente rivolto alla *«fisioterapia di comunità»* che possa fondare tali competenze ulteriori. La norma rischia così di invertire la sequenza corretta, poiché istituisce prima la figura e le competenze, lasciando a un momento futuro e indeterminato la costruzione del percorso formativo che dovrebbe sostenerle.

In sintesi, la disposizione delinea una sorta di «super fisioterapista» privo di un solido ancoraggio ordinamentale. La Federazione ne propone la riformulazione, distinguendo nettamente tra requisiti per il conferimento dell'incarico, che sono legittimi e opportuni, e ampliamento delle competenze professionali, che deve seguire le vie ordinarie.

La proposta della FNO TSRM e PSTRP

La Federazione propone di sostituire la figura del *«fisioterapista di comunità»* con quella del ***«professionista sanitario della riabilitazione di comunità»***. Questa figura integrerebbe un incarico funzionale conferibile a ciascun professionista sanitario dell'area della riabilitazione, nel rispetto del proprio profilo, all'interno di una équipe multiprofessionale distrettuale.

L'impostazione non crea una nuova professione e non sottrae nulla al fisioterapista, che resta componente essenziale della rete riabilitativa. Consente invece di modulare l'équipe sul bisogno della persona, di superare le sovrapposizioni e di mantenere la coerenza con il modello territoriale del D.M. n. 77/2022. Questo modello prevede che le Case della comunità operino tramite *«un'equipe costituita*

Copia conforme all'originale - Protocollo In uscita n. 0006450/2026 del 20/10/2026 10:20:35

da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di famiglia e comunità, altri professionisti della salute», tra cui i professionisti dell'area della riabilitazione.

In questa prospettiva, il rafforzamento della riabilitazione territoriale non richiede l'istituzione di una figura che accentri funzioni eterogenee, ma la costruzione di un modello organizzativo capace di integrare competenze diverse, valorizzando in modo equilibrato tutte le professioni sanitarie della riabilitazione.

Si è convinti che l'innovazione delle professioni sanitarie della riabilitazione non richieda necessariamente l'estensione di una singola professione verso compiti riferibili ad altre, ma può e deve svilupparsi attraverso il rafforzamento delle competenze distintive di ciascun profilo, anche mediante tecnologie, strumenti digitali, presa in carico territoriale e integrazione organizzativa. In questa prospettiva, la riabilitazione di comunità rappresenta un'evoluzione del modo di lavorare delle professioni della riabilitazione, non la giustificazione per la preminenza normativa di una sola di esse.

***

Proposte emendative

Per ciascun emendamento si indica il testo da sostituire, sopprimere o aggiungere, seguito da una breve motivazione.

Emendamento 1 – Titolo

Al titolo, sostituire le parole: «*Istituzione della figura professionale del fisioterapista di comunità*» con le seguenti: «*Istituzione dell'incarico di professionista sanitario della riabilitazione di comunità*».

Motivazione: il termine «incarico» chiarisce che non si istituisce una nuova professione sanitaria. Si prevede invece una funzione conferita a professionisti già abilitati. L'estensione all'intera area della riabilitazione rende la norma coerente con il D.M. 29 marzo 2001 e con l'art. 2 della legge n. 251/2000.

Emendamento 2 – Art. 1, rubrica e comma 1

Alla rubrica dell'art. 1, sostituire le parole «*del fisioterapista di comunità*» con «*del professionista sanitario della riabilitazione di comunità*».

Al comma 1, sostituire le parole: «*È istituita la figura professionale del fisioterapista di comunità*» con le seguenti: «*È istituito l'incarico di professionista sanitario della riabilitazione di comunità*».

Motivazione: coordinamento con l'emendamento 1.

Emendamento 3 – Art. 1, comma 2, primo periodo

Al comma 2, primo periodo, sostituire le parole: «*Il fisioterapista di comunità è un professionista sanitario fisioterapista, dipendente di azienda sanitaria locale*» con le seguenti: «*Il professionista sanitario della riabilitazione di comunità è un professionista appartenente a una delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione di cui all'articolo 2 della legge 10 agosto 2000, n. 251, e al decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001, dipendente di azienda sanitaria locale*».

Copia conforme all'originale - Protocollo In uscita n. 0006450/2026 del 20/10/2026 10:20:35

Motivazione: l'incarico diventa accessibile a tutte le professioni dell'area, nel rispetto dei rispettivi profili.

Emendamento 4 – Art. 1, comma 2, secondo periodo

Al comma 2, secondo periodo, sostituire le parole: «*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*» con le seguenti: «*con il compito di concorrere, nell'ambito delle competenze previste dal profilo professionale di appartenenza e in integrazione con l'équipe multiprofessionale, alla prevenzione, alla valutazione funzionale, alla riabilitazione e alla continuità della presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, anche mediante il coinvolgimento dei familiari e del caregiver*».

Motivazione: la nuova formulazione riconduce l'attività al profilo di ciascuna professione ed elimina il riferimento all'*«adozione delle migliori strategie»* in termini generali. Si evitano così sovrapposizioni con il terapista occupazionale, l'educatore professionale e le professioni dell'area della prevenzione.

Emendamento 5 – Art. 1, nuovo comma 3

Dopo il comma 2, aggiungere il seguente: «*3. Gli incarichi di cui al comma 2 sono organizzati, a livello distrettuale, in un'équipe multiprofessionale della riabilitazione di comunità, la cui composizione è modulata sui bisogni di salute della popolazione e della persona presa in carico, accertati in sede di valutazione multiprofessionale, secondo il modello organizzativo di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77.*»

Motivazione: la norma introduce in modo esplicito la dimensione di équipe e il collegamento con il D.M. n. 77/2022.

Emendamento 6 – Art. 2, rubrica e alinea del comma 1

Alla rubrica e all'alinea del comma 1 dell'art. 2, sostituire le parole «*fisioterapista di comunità*» con le seguenti: «*professionista sanitario della riabilitazione di comunità, nell'ambito delle competenze del proprio profilo professionale*».

Motivazione: ogni attività elencata va ricondotta espressamente al profilo di appartenenza.

Emendamento 7 – Art. 2, comma 1, lettera d)

Sopprimere la lettera d).

In subordine, sostituirla con la seguente: «*d) segnala all'équipe multiprofessionale e al servizio distrettuale competente i bisogni di salute che richiedono l'intervento di altri professionisti sanitari, ai fini della valutazione multiprofessionale e della definizione del progetto riabilitativo individuale*».

Motivazione: la soppressione elimina la posizione di filtro di una professione sulle altre. La formulazione subordinata trasforma la *«proposta»* in una *«segnalazione»* rivolta all'équipe e al distretto, che restano titolari della valutazione.

Copia conforme all'originale - Protocollo In uscita n. 0006450/2026 del 20/10/2026 10:20:35

Emendamento 8 – Art. 2, comma 1, lettera e), numeri 4), 5) e 7)

Al numero 4), sopprimere le parole: «*agendo direttamente su gruppi di popolazione sana oppure*».

Al numero 5), sostituire le parole: «*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*» con le seguenti: «*il coinvolgimento attivo della persona e del caregiver nel processo di cura, mediante l'addestramento e l'educazione terapeutica relativi alle competenze del proprio profilo professionale, in integrazione con gli altri professionisti dell'équipe*».

Al numero 7), sostituire le parole: «*l'accesso appropriato ai servizi territoriali e ospedalieri di riabilitazione*» con le seguenti: «*l'accesso appropriato ai servizi territoriali e ospedalieri di riabilitazione, in raccordo con il punto unico di accesso e con l'équipe multiprofessionale*».

Motivazione: il numero 5) viene ricondotto all'ambito di ciascun profilo, eliminando la sovrapposizione con il terapista occupazionale sull'autogestione nella vita quotidiana. Il numero 4) è riportato all'ambito sanitario. Il numero 7) collega l'accesso al governo distrettuale dei percorsi.

Emendamento 9 – Art. 2, comma 2

Sostituire il comma 2 con il seguente: «*2. L'incarico di cui all'articolo 1 è conferito a professionisti sanitari dell'area della riabilitazione in possesso di esperienza professionale almeno triennale, preferibilmente maturata nell'ambito dei servizi territoriali, ed eventualmente di formazione post laurea attinente alla riabilitazione di comunità e all'integrazione sociosanitaria. Resta fermo che l'incarico non comporta l'attribuzione di competenze ulteriori rispetto a quelle previste dai rispettivi profili professionali. L'eventuale sviluppo di competenze avanzate e specialistiche è definito secondo le modalità di cui all'articolo 1, comma 566, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, anche attraverso la definizione di percorsi formativi universitari specifici.*»

Motivazione: esperienza e formazione diventano requisiti per il conferimento dell'incarico e non titoli «abilitanti». Si eliminano il riferimento a funzioni «più complesse e specialistiche» rispetto al profilo e l'improprio uso del termine «abilitare». L'eventuale evoluzione delle competenze è ricondotta alla sede concertativa già prevista dall'ordinamento, che la definisce prima di qualsiasi attribuzione.

Emendamento 10 – Art. 3

Alla rubrica e ai commi 1 e 2 dell'art. 3, sostituire, ovunque ricorrano, le parole «*fisioterapista di comunità*» con le seguenti: «*professionista sanitario della riabilitazione di comunità*».

Al comma 2, secondo periodo, dopo le parole «*definisce il numero e gli obiettivi degli incarichi*», aggiungere le seguenti: «*e la loro distribuzione tra le diverse professioni sanitarie dell'area della riabilitazione*».

Motivazione: coordinamento terminologico. Si garantisce inoltre che la programmazione aziendale tenga conto della pluralità dei bisogni riabilitativi del territorio. Resta fermo il

collegamento, già previsto dal testo, con il servizio professionale per la riabilitazione di cui all'art. 7 della legge n. 251/2000.

Conclusioni

La Federazione sostiene convintamente l'obiettivo della proposta poiché crede in una riabilitazione di prossimità, integrata nelle cure primarie e nelle Case della comunità. Ritiene però che questo obiettivo si realizzi unicamente riconoscendo la natura plurale dei bisogni riabilitativi e valorizzando tutte le professioni sanitarie dell'area, ciascuna nel proprio profilo.

Le modifiche proposte mantengono l'impianto e le finalità del testo, eliminando il rischio di sovrapposizioni di competenze, la posizione di preminenza di una professione sulle altre e l'attribuzione di competenze prive di fondamento ordinamentale.

Ringraziando per l'attenzione, si conferma la disponibilità della scrivente per ogni ulteriore contributo tecnico utile alla definizione di un testo condiviso.

Con i migliori saluti

Il Presidente
Diego Catania

Copia conforme all'originale - Protocollo In uscita n. 0006450/2026 del 20/10/2026 10:20:35