CONFERENZA DELLE REGIONI
E DELLE PROVINCE AUTONOME

26/143/CR08/C7

DOCUMENTO SULLA PROPOSTA DI LEGGE C. 1199 MALAVASI, RECANTE «ISTITUZIONE DELLA FIGURA PROFESSIONALE DEL FISIOTERAPISTA DI COMUNITÀ»

Premessa

La proposta di legge A.C. 1199, recante «Istituzione della figura professionale del fisioterapista di comunità», interviene in un momento di profonda trasformazione dell'assistenza territoriale, conseguente all'attuazione della Missione 6 del PNRR e, in particolare, del decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

L'obiettivo perseguito dalla proposta di legge si colloca nel più generale tema del rafforzamento della capacità del Servizio sanitario nazionale di dare risposta ai bisogni riabilitativi della popolazione, destinati ad assumere crescente rilevanza in relazione all'invecchiamento demografico, all'aumento delle patologie croniche e alla necessità di favorire il mantenimento dell'autonomia e della capacità funzionale delle persone.

La stessa relazione illustrativa dell'A.C. 1199 richiama la necessità di una maggiore integrazione della riabilitazione nelle cure primarie e nei servizi di comunità e sottolinea l'esigenza di un approccio multiprofessionale alla presa in carico delle persone affette da patologie croniche.

In questo quadro, l'esame della proposta appare opportuno sotto tre distinti ma strettamente connessi profili:

- l'appropriatezza organizzativa e assistenziale dell'introduzione di una specifica figura di fisioterapista di comunità nell'ambito del nuovo modello di assistenza territoriale;
- la definizione della natura professionale della figura proposta e il suo raccordo con l'ordinamento professionale e con il sistema degli incarichi previsto dalla contrattazione collettiva nazionale;
- la sostenibilità finanziaria della misura e la necessità di valutarne gli effetti sul fabbisogno di personale e sulle risorse delle aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale.

2. Contenuti essenziali della proposta di legge

L'articolo 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».

Il fisioterapista di comunità è individuato quale professionista sanitario fisioterapista dipendente dall'azienda sanitaria locale, destinatario di uno specifico incarico e chiamato ad operare all'interno del team multiprofessionale delle cure primarie nelle articolazioni distrettuali.

L'articolo 2 individua un insieme particolarmente ampio di competenze. Oltre agli interventi direttamente riconducibili alla fisioterapia e alla riabilitazione, sono comprese la collaborazione nella valutazione dei bisogni della comunità e nell'elaborazione dei profili di salute, la promozione della salute, la valorizzazione delle risorse della comunità, il sostegno all'autocura e all'attività fisica, la proattività degli interventi, il coinvolgimento del caregiver, l'individuazione dei fattori di rischio e la promozione dell'accesso appropriato ai servizi territoriali e ospedalieri di riabilitazione. Particolare rilievo assume il comma 2 dell'articolo 2. La disposizione prevede che il fisioterapista di comunità disponga di specifiche competenze acquisite mediante almeno tre anni di esperienza professionale, «integrabile anche con la formazione post laurea», e stabilisce che tali competenze siano idonee ad abilitarlo allo svolgimento di funzioni caratterizzate dall'«assunzione diretta di elevate responsabilità più complesse e specialistiche» rispetto a quelle previste dall'ordinario profilo professionale del fisioterapista.

L'articolo 3 stabilisce, infine, che il fisioterapista di comunità è dipendente del Servizio sanitario nazionale e demanda alla contrattazione collettiva la disciplina delle modalità di conferimento, verifica e revoca dell'incarico, del conseguente trattamento economico e normativo e delle modalità lavorative, prevedendo anche il lavoro per progetti e obiettivi. Le aziende sanitarie locali sono chiamate a prevedere tali incarichi nell'ambito dei distretti; spetta alla direzione generale definirne il numero e gli obiettivi sulla base delle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche del territorio.

2. Il fisioterapista nell'ambito del nuovo modello di assistenza territoriale

Il DM n. 77 del 2022 ha profondamente ridefinito l'architettura dell'assistenza territoriale, individuando nel Distretto il livello organizzativo deputato ad assicurare la risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione e prevedendo, tra le principali articolazioni della rete, le Case della Comunità, le Centrali operative territoriali (COT), l'assistenza domiciliare e gli Ospedali di Comunità. Il Ministero della salute individua tali strutture e servizi quali elementi centrali della riforma dell'assistenza territoriale.

Il modello delineato dal DM 77 è strutturalmente multiprofessionale. In particolare, la Casa della Comunità è configurata quale sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi integrati, con il coinvolgimento, accanto ai medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali e infermieri di famiglia o comunità, degli ulteriori professionisti sanitari disponibili nell'ambito delle aziende sanitarie, ivi compresi i professionisti dell'area della riabilitazione.

Occorre, pertanto, distinguere due aspetti.

Da un lato, l'attività fisioterapica e, più in generale, la componente riabilitativa sono pienamente compatibili con il modello multiprofessionale delineato dal DM 77 e possono concorrere alla presa in carico territoriale, domiciliare e di comunità.

Dall'altro, il DM 77 non individua il «fisioterapista di comunità» quale autonoma figura o standard professionale obbligatorio della rete territoriale, diversamente da quanto previsto, ad esempio, per l'Infermiere di famiglia o comunità. Gli standard del decreto sono costruiti attraverso équipe multiprofessionali e contemplano la partecipazione dei professionisti della riabilitazione senza tipizzare una specifica funzione di fisioterapista di comunità.

L'A.C. 1199 interviene quindi non tanto per consentire la presenza del fisioterapista nella rete territoriale – presenza già possibile nell'assetto vigente – quanto per identificare e disciplinare una specifica funzione all'interno della professione fisioterapica.

Tale distinzione appare centrale ai fini della valutazione del provvedimento.

Si segnala, peraltro, che alcune Regioni hanno già previsto nel proprio ordinamento funzioni analoghe a quella delineata dalla proposta, collocandole all'interno del profilo professionale esistente. È il caso della Regione Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Toscana. Tali esperienze confermano che l'obiettivo è perseguibile attraverso strumenti organizzativi e rendono opportuno che l'eventuale intervento legislativo nazionale faccia salve le discipline regionali vigenti, ove presenti.

Inoltre, il documento di posizionamento dell'AIFI "La Fisioterapia d'iniziativa" (https://aifi.net/wp-content/uploads/2017/03/PolicyStatementAIFI-2B-FisioterapiaDiIniziativa-discussione-in-DN-05.03.2017-.pdf) riferita alle finalità della fisioterapia a livello comunitario, illustra il modello della Fisioterapia d'iniziativa, una strategia assistenziale proattiva che mira a superare la tradizionale sanità "d'attesa" per rispondere meglio all'aumento delle malattie croniche. Questo approccio si fonda sul Chronic Care Model, promuovendo l'integrazione tra diversi professionisti sanitari e il coinvolgimento attivo del paziente nel proprio percorso di cura. Attraverso la prevenzione, l'empowerment della persona e la continuità assistenziale sul territorio, il fisioterapista diventa una figura chiave nella gestione della fragilità e della disabilità. L'obiettivo finale è garantire interventi personalizzati che migliorino la qualità della vita e la sostenibilità del sistema sanitario nazionale. Il testo definisce inoltre le competenze specifiche del fisioterapista di comunità, delineando un ruolo orientato alla prossimità e alla personalizzazione dei trattamenti. Nella job description proposta, il profilo professionale richiesto risulta essere quello di fisioterapista, con svolgimento delle funzioni a livello comunitario secondo un approccio di iniziativa verso un target di pazienti cronici.

3. Appropriatezza organizzativa e assistenziale

La questione preliminare riguarda il valore aggiunto che la specifica funzione delineata dall'A.C. 1199 può apportare rispetto all'attuale organizzazione dell'assistenza territoriale.

Il bisogno assistenziale cui la proposta intende dare risposta appare coerente con le trasformazioni demografiche ed epidemiologiche in corso e con l'obiettivo di assicurare una maggiore prossimità delle prestazioni riabilitative, favorendo la prevenzione della perdita di autonomia, la presa in carico delle condizioni croniche, la permanenza al domicilio e la riduzione degli accessi potenzialmente inappropriati ai livelli assistenziali a maggiore intensità.

La questione da approfondire attiene, tuttavia, alla scelta dello strumento organizzativo mediante il quale perseguire tali obiettivi.

Il modello del DM 77 è fondato sulla costruzione di équipe multiprofessionali dimensionate e articolate sulla base dei bisogni della popolazione. Lo stesso decreto demanda alle Regioni e alle aziende sanitarie l'organizzazione dei servizi sulla base degli standard nazionali, mentre il Ministero ha successivamente confermato che l'adeguamento dell'organizzazione territoriale è rimesso alle Regioni e alle Province autonome nel rispetto degli standard definiti a livello nazionale.

In tale contesto si pone quindi la necessità di verificare se le funzioni descritte dall'A.C. 1199:

a) configurino un ambito di attività effettivamente ulteriore rispetto alle funzioni che possono essere già attribuite ai fisioterapisti operanti nei servizi territoriali e nelle équipe multiprofessionali;

b) richiedano necessariamente l'istituzione legislativa di una specifica funzione professionale nazionale;

c) oppure possano essere realizzate attraverso la valorizzazione e l'integrazione, nei diversi setting territoriali, dei professionisti fisioterapisti già operanti nel SSN, secondo modelli definiti nell'ambito della programmazione regionale e aziendale.

Un ulteriore elemento da considerare riguarda la notevole ampiezza delle funzioni elencate dall'articolo 2. Alcune di esse – quali la valutazione dei bisogni della comunità, la promozione della salute, l'identificazione dei gruppi di popolazione a rischio, il supporto all'autocura, la proattività e il coordinamento dell'accesso ai servizi – assumono natura trasversale e possono interessare contemporaneamente diverse professionalità componenti delle équipe territoriali.

Sotto questo profilo può risultare utile una più puntuale delimitazione della funzione, allo scopo di rendere chiaramente identificabile il contributo professionale specifico del fisioterapista e, nel contempo, evitare sovrapposizioni con le competenze e le responsabilità degli altri componenti dell'équipe multiprofessionale.

4. Natura della figura e raccordo con l'ordinamento professionale e contrattuale

Un secondo profilo riguarda la qualificazione giuridica della figura introdotta.

La formulazione dell'articolo 1 utilizza l'espressione «figura professionale del fisioterapista di comunità». Dal complesso delle disposizioni emerge, tuttavia, che il soggetto rimane un professionista sanitario fisioterapista e che la proposta non sembra configurare una nuova professione sanitaria distinta da quella già esistente, quanto piuttosto una specifica funzione professionale esercitata da un fisioterapista dipendente del SSN al quale viene conferito un determinato incarico.

Tale lettura appare confermata dall'articolo 3, che demanda alla contrattazione collettiva la disciplina dell'incarico e del relativo trattamento economico e normativo.

Il vigente CCNL del personale del Comparto Sanità 2022-2024, sottoscritto definitivamente il 27 ottobre 2025, contiene già una specifica disciplina del sistema degli incarichi di funzione professionale, regolando contenuti e requisiti degli incarichi, procedure di conferimento e revoca, nonché il relativo trattamento economico. Il 29 luglio 2026 è stata inoltre sottoscritta l'ipotesi di CCNL 2025-2027, che conferma l'impianto del sistema degli incarichi.

Il raccordo con tale sistema appare quindi essenziale. Al riguardo, la funzione descritta dalla proposta appare riconducibile a una competenza avanzata nell'ambito della professione di fisioterapista, che il sistema degli incarichi vigente è già in grado di riconoscere e valorizzare. In particolare, l'incarico di professionista specialista presuppone il possesso del master di primo livello per le funzioni specialistiche ai sensi dell'art. 6 della legge 1° febbraio 2006, n. 43, mentre l'incarico di professionista esperto valorizza le competenze avanzate acquisite con percorsi formativi dedicati e l'esperienza professionale. Il rinvio diretto a tali istituti consentirebbe di attivare la funzione senza necessità di una nuova disciplina contrattuale.

Particolare attenzione richiede il già citato articolo 2, comma 2, dell'A.C. 1199. Da un lato, il legislatore qualifica le funzioni del fisioterapista di comunità come caratterizzate da elevate responsabilità «più complesse e specialistiche» rispetto a quelle proprie dell'ordinario profilo professionale; dall'altro, individua quale requisito almeno tre anni di esperienza professionale, prevedendo la formazione post-laurea soltanto come eventuale integrazione.

La formulazione rende necessario chiarire quale debba essere l'esatto livello di qualificazione professionale richiesto e quale sia la corrispondenza della nuova funzione rispetto agli istituti già previsti dall'ordinamento professionale e dalla contrattazione collettiva.

In altri termini, andrebbe chiarito se il fisioterapista di comunità debba essere ricondotto a una delle fattispecie di incarico professionale già esistenti o se la proposta intenda introdurre una fattispecie ulteriore, con conseguenti necessità di coordinamento normativo e contrattuale.

Analoga esigenza di chiarimento riguarda la previsione dell'articolo 3, comma 1, secondo la quale la contrattazione collettiva dovrebbe disciplinare modalità lavorative «anche in deroga alla modalità oraria di lavoro», prevedendo il lavoro per progetti e obiettivi.

Si tratta di una previsione particolarmente ampia, che incide sull'organizzazione della prestazione lavorativa del personale del comparto e che richiederebbe un più puntuale raccordo con la disciplina generale dell'orario di lavoro e con le prerogative proprie della contrattazione collettiva.

5. Programmazione regionale e aziendale

La proposta presenta un ulteriore profilo di interesse sotto il versante dell'organizzazione dei servizi sanitari.

Il comma 2 dell'articolo 3 stabilisce che le aziende sanitarie locali «prevedono» all'interno dei distretti gli incarichi di fisioterapista di comunità, affidando alla direzione generale la definizione del numero e degli obiettivi degli incarichi sulla base dello stato demografico ed epidemiologico del territorio e degli obiettivi di salute.

La norma riconosce quindi correttamente la necessità di correlare la consistenza della funzione alle caratteristiche dei singoli territori.

Resta tuttavia da definire il rapporto tra tale previsione e la più generale programmazione regionale dell'assistenza territoriale e dei fabbisogni di personale.

L'attuazione del DM 77 richiede alle Regioni di costruire modelli territoriali integrati nei quali la consistenza e la composizione delle équipe devono poter essere correlate alle caratteristiche della popolazione, all'organizzazione dei servizi esistenti, alla distribuzione territoriale delle strutture, ai modelli di presa in carico e alle differenti condizioni epidemiologiche.

L'eventuale introduzione a livello nazionale di specifiche funzioni professionali dovrebbe pertanto essere valutata anche rispetto alla necessità di mantenere una sufficiente flessibilità organizzativa, evitando che la progressiva individuazione legislativa di singole figure determini una segmentazione delle équipe o riduca gli spazi di programmazione necessari ad adattare il modello territoriale alle diverse realtà regionali.

6. Sostenibilità finanziaria

Un distinto e rilevante profilo riguarda gli effetti finanziari del provvedimento.

Il testo dell'A.C. 1199 si compone di tre articoli e non contiene una specifica disposizione relativa alla copertura finanziaria né una clausola di invarianza finanziaria.

Al tempo stesso, l'articolo 3 stabilisce che le aziende sanitarie locali prevedano gli incarichi di fisioterapista di comunità e demanda alla contrattazione collettiva la definizione del relativo trattamento economico e normativo.

L’attuale CCNL del Comparto Sanità disciplina espressamente il trattamento economico degli incarichi professionali e prevede uno specifico Fondo destinato, tra l’altro, agli incarichi e alle progressioni economiche.

Ne consegue che l’introduzione della nuova funzione richiede di chiarire preliminarmente almeno due diversi possibili effetti finanziari.

Il primo riguarda il costo dell’incarico professionale. Qualora gli incarichi di fisioterapista di comunità dovessero essere finanziati attraverso i fondi contrattuali già esistenti, la loro istituzione determinerebbe comunque un utilizzo di risorse che, in assenza di finanziamenti aggiuntivi, verrebbero necessariamente sottratte o riallocate rispetto ad altre finalità e agli altri incarichi professionali presenti nelle aziende.

Il secondo, potenzialmente più rilevante, riguarda il fabbisogno complessivo di fisioterapisti. Se l’obiettivo della proposta è quello di assicurare una presenza aggiuntiva e strutturata di tale professionalità nelle Case della Comunità, nell’assistenza domiciliare e più in generale nella rete delle cure primarie, occorre verificare se l’attuale consistenza degli organici consenta di realizzare tale modello attraverso una mera riorganizzazione delle risorse esistenti oppure se si determini un fabbisogno aggiuntivo di personale.

In quest’ultima ipotesi emergerebbero evidentemente oneri ulteriori e strutturali a carico del Servizio sanitario nazionale.

Pertanto, allo stato attuale del testo, non risultano disponibili gli elementi necessari per valutare se la misura possa essere realizzata a invarianza di spesa.

Appare conseguentemente utile che l’istruttoria parlamentare sia accompagnata da una valutazione degli effetti della proposta sul fabbisogno complessivo di personale, sul sistema degli incarichi professionali e sui relativi fondi aziendali, distinguendo gli eventuali costi derivanti dall’attribuzione degli incarichi da quelli connessi all’eventuale necessità di incrementare le dotazioni organiche.

7. Elementi conclusivi per l’approfondimento parlamentare

Alla luce delle considerazioni esposte, l’obiettivo di rafforzare la componente riabilitativa nell’assistenza territoriale appare coerente con l’evoluzione dei bisogni della popolazione e con il modello di presa in carico multiprofessionale delineato dal DM 77/2022.

L’esame dell’A.C. 1199 pone tuttavia alcune questioni che appaiono meritevoli di un ulteriore approfondimento nel corso dell’iter parlamentare.

Natura della funzione e rapporto con l’ordinamento professionale

Pur utilizzando l’articolo 1 la locuzione “figura professionale”, dal complesso della proposta emerge piuttosto la configurazione di una funzione specialistica o avanzata

nell'ambito della professione sanitaria del fisioterapista, già disciplinata dal D.M. n. 741/1994, e non l'istituzione di una nuova professione sanitaria. Quest'ultima qualificazione richiederebbe un articolato iter istitutivo e il successivo recepimento nella contrattazione collettiva del Comparto Sanità, verosimilmente non prima del triennio 2028-2030, con conseguente differimento dell'effettivo inserimento della nei diversi setting assistenziali.

Sarebbe pertanto opportuno che il testo legislativo chiarisse espressamente tale natura, evitando possibili sovrapposizioni con l'ordinamento delle professioni sanitarie e con il sistema degli incarichi già disciplinato dalla contrattazione collettiva nazionale.

Salvaguardia della programmazione regionale e dell'integrazione multiprofessionale

La finalità di rafforzare la componente fisioterapica nell'assistenza territoriale appare pienamente condivisibile e coerente con lo sviluppo delle Case della Comunità, delle cure domiciliari e, più complessivamente, con il modello multiprofessionale delineato dal D.M. n. 77/2022.

Proprio per questo, si ritiene opportuno che la legge statale individui prevalentemente principi, finalità e caratteristiche essenziali della funzione, evitando una disciplina eccessivamente analitica delle attività, degli standard organizzativi e delle modalità di impiego.

Gli aspetti relativi ai modelli organizzativi, alla collocazione nelle reti territoriali, agli standard di personale e agli indicatori di monitoraggio dovrebbero essere definiti mediante successivi strumenti attuativi condivisi con le Regioni, nell'ambito della programmazione regionale e aziendale, preservando la necessaria flessibilità organizzativa rispetto alle differenti caratteristiche demografiche, epidemiologiche e assistenziali dei territori.

Dovrà inoltre essere garantita la piena integrazione della funzione con i percorsi riabilitativi specialistici, ambulatoriali, domiciliari e ospedalieri già esistenti, evitando sovrapposizioni di competenze o segmentazioni delle équipe territoriali.

Si suggerisce inoltre di riconsiderare il riferimento al *task shifting* contenuto nella relazione illustrativa della proposta. Tale concetto, inteso come trasferimento di attività tra professionisti caratterizzati da differenti livelli di qualificazione, non sembra descrivere adeguatamente il modello in esame, che appare invece fondato sulla valorizzazione e specializzazione delle competenze proprie del fisioterapista all'interno di un'équipe multiprofessionale. Si suggerisce di richiamare piuttosto i concetti di integrazione delle competenze e di skill mix.

Requisiti professionali e formativi

Merita un ulteriore approfondimento la previsione dell'articolo 2, comma 2, che, a fronte dell'attribuzione di funzioni caratterizzate da "elevate responsabilità più complesse e specialistiche", individua quale requisito necessario un'esperienza professionale almeno triennale, considerando invece solo eventuale la formazione post-laurea.

Si ritiene preferibile ricondurre i requisiti della funzione al sistema delle competenze avanzate e specialistiche già previsto dall'ordinamento professionale e dalla contrattazione collettiva, valutando in particolare il raccordo con la formazione specialistica di cui all'articolo 6 della legge n. 43/2006 e con i requisiti previsti dal vigente CCNL del Comparto Sanità per gli incarichi professionali specialistici.
Ciò consentirebbe di evitare la creazione, per via legislativa, di un percorso qualificante autonomo e potenzialmente disallineato rispetto al sistema già vigente.

Disciplina del rapporto di lavoro

Appare altresì opportuno un chiarimento dell'articolo 3, comma 1, nella parte in cui fa riferimento a modalità lavorative "anche in deroga alla modalità oraria di lavoro" e al lavoro per progetti e obiettivi.
La definizione delle modalità di svolgimento della prestazione lavorativa dovrebbe rimanere coerente con la disciplina generale dell'orario di lavoro e con gli ambiti propri della contrattazione collettiva, evitando che la legge precostituisca una disciplina speciale del rapporto di lavoro riferita esclusivamente a questa funzione.

Risorse e sostenibilità

Infine, appare essenziale affrontare espressamente il tema della sostenibilità finanziaria.
L'istituzione generalizzata di specifici incarichi professionali, e ancor più l'eventuale necessità di incrementare le dotazioni di fisioterapisti per assicurare la presenza della funzione nella rete territoriale, produce effetti sia sui fondi contrattuali aziendali sia sulla complessiva spesa per il personale.
Si ritiene pertanto necessario che l'eventuale introduzione della funzione sia accompagnata da una preventiva quantificazione degli oneri e dall'individuazione delle relative risorse aggiuntive, chiarendone altresì il trattamento rispetto ai vigenti vincoli di spesa per il personale. In assenza di finanziamenti dedicati, l'attuazione della disposizione rischierebbe infatti di tradursi in una riallocazione delle risorse professionali ed economiche già destinate ad altre funzioni e servizi del SSN.

In conclusione, si ritiene condivisibile l'obiettivo di rafforzare la presenza e il ruolo della fisioterapia nell'assistenza territoriale, ma appare preferibile configurare il fisioterapista di comunità quale funzione specialistica della professione del fisioterapista, integrata nelle équipe multiprofessionali, anziché quale nuova figura professionale autonoma.

La disciplina nazionale dovrebbe pertanto definire il quadro generale e i requisiti essenziali, lasciando alla programmazione regionale e aziendale e alla contrattazione collettiva la concreta definizione dei modelli organizzativi e delle modalità di impiego, nell'ambito di un quadro attuativo condiviso con le Regioni e accompagnato dalle necessarie risorse.

Roma, 1° ottobre 2026