

**INTERVENTO IN AUDIZIONE PRESSO LA
XII COMMISSIONE “AFFARI SOCIALI” DELLA CAMERA DEI DEPUTATI
ROMA, 13 OTTOBRE 2026**

**Proposta di legge “Istituzione della figura professionale del fisioterapista di comunità”
(AC 1199 - Malavasi e altri)**

Onorevole Presidente, Onorevoli Deputati,

ringrazio la Commissione per l’opportunità concessa alla FNOFI – Federazione Nazionale degli Ordini della professione sanitaria di Fisioterapista – di esporre le proprie considerazioni sulla proposta di legge in esame.

In via preliminare, richiamo la natura giuridica della Federazione: ai sensi del D.Lgs.C.P.S. 233/1946, come modificato dalla legge 3/2018, la FNOFI è ente pubblico non economico e organo sussidiario dello Stato e, per tramite del Comitato centrale, è l’interlocutore istituzionale della professione a livello nazionale e per le tematiche professionali di respiro nazionale. Tale ruolo ci investe di una precisa responsabilità di sintesi politica e programmatica rispetto alla rete degli Ordini territoriali: portare in questa sede istanze coerenti, superando le parcellizzazioni locali e offrendo al legislatore una visione d’insieme solida, unitaria e orientata all’interesse pubblico.

1. Definizione e profilo: il Fisioterapista di Comunità come evoluzione funzionale

La FNOFI accoglie con favore l’attenzione del legislatore verso il “Fisioterapista di Comunità”. È tuttavia necessario chiarire il profilo: il Fisioterapista di Comunità non è una nuova professione, né un’entità separata dall’albo professionale esistente. È un Fisioterapista che, grazie a una formazione avanzata e a una specifica qualificazione, opera con piena autonomia, competenza e appropriatezza in tutti i contesti territoriali. Questa è la posizione della Federazione che ho l’onore di presiedere, alla luce dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario del Paese.

Ci si può chiedere perché, di fronte ai bisogni di salute della popolazione – di prevenzione, di cura e di riabilitazione – serva proprio il “Fisioterapista di Comunità”. Due sono le ragioni del suo valore aggiunto.

La prima riguarda il profilo professionale: il fisioterapista è il professionista sanitario che, come previsto dalla normativa vigente, si occupa di prevenzione, cura e riabilitazione nell’ambito muscoloscheletrico, delle aree viscerali e delle funzioni corticali superiori, per problematiche congenite o acquisite, con competenza in tecniche manuali, fisiche, massoterapiche, occupazionali e di educazione alla salute.

È quindi un professionista particolarmente versatile nel contesto territoriale e domiciliare, in grado di assicurare sia la presa in carico diretta sia la collaborazione multiprofessionale.

La seconda è la disponibilità effettiva di professionisti per quel contesto: i fisioterapisti iscritti alla FNOFI, oggi oltre 76.000, rappresentano circa due terzi di tutti i professionisti delle otto professioni sanitarie dell'area della riabilitazione (i logopedisti, seconda professione per consistenza, sono meno di un quinto dei fisioterapisti; i terapisti occupazionali circa un trentesimo).

Di seguito i dati ufficiali al 31 dicembre 2025, ultimo rilevamento complessivo disponibile per tutte le professioni dell'area. Per i soli fisioterapisti, il cui numero la Federazione conosce in tempo reale attraverso gli Albi degli Ordini territoriali, in meno di un anno la crescita è stata di quasi 7.000 unità:

Federazione Nazionale di Appartenenza	Profilo Professionale Riabilitativo	Numero Iscritti Ufficiali	Peso Percentuale Area
FNOFI	Fisioterapista	69.848	~ 64,8%
FNO TSRM e PSTRP	Logopedista	12.500	~ 11,6%
FNO TSRM e PSTRP	Educatore Professionale (Sanitario)	9.000	~ 8,3%
FNO TSRM e PSTRP	Terapista della Neuro e Psicomotricità (TNPEE)	5.761	~ 5,3%
FNO TSRM e PSTRP	Ortottista e Assistente di Oftalmologia	3.182	~ 3,0%
FNO TSRM e PSTRP	Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP)	3.018	~ 2,8%
FNO TSRM e PSTRP	Terapista Occupazionale	2.293	~ 2,1%
FNO TSRM e PSTRP	Podologo	2.140	~ 2,0%

Lo diciamo non per far valere “la forza dei numeri”, né per rivendicare alcuna “supremazia” sugli altri professionisti: per rendere efficiente un sistema, però, occorre dimensionare gli interventi in modo congruo rispetto al numero dei suoi componenti, alle loro caratteristiche e al valore aggiunto che possono garantire.

L'azione del Fisioterapista di Comunità si declina in modo coerente e capillare su tutta la filiera assistenziale territoriale – Cure primarie, Centrali Operative Territoriali (COT), Case della Comunità (CdC), Ospedali di Comunità (OdC), Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) – e in particolare:

- **Dimensione distrettuale:** perno della valutazione precoce;
- **Nuove strutture territoriali:** COT, Ospedali di Comunità e Case della Comunità, dove è garante del recupero funzionale e della continuità assistenziale;
- **Attività domiciliare:** dove la prossimità incontra la cronicità;
- Rapporto con tutti gli attori delle cure primarie, soprattutto nell'azione di prevenzione a tutti i livelli che può assicurare alla comunità.

Questa figura rappresenta l'evoluzione naturale della professione di fronte a un cambiamento epocale.

Gli indicatori demografici ed epidemiologici – l'invecchiamento progressivo della popolazione, l'aumento delle patologie croniche e la multimorbidità – hanno radicalmente mutato l'asse di intervento della salute. Il sistema sanitario non può più concentrarsi sull'acuzie: deve orientarsi alla gestione della cronicità, alla prevenzione della disabilità e al mantenimento dell'autonomia funzionale. In questo paradigma, il Fisioterapista di Comunità è il professionista in grado di connettere il bisogno clinico con la risposta assistenziale, agendo nel contesto di vita del cittadino.

2. La revisione del D.M. 77/2022: una necessità improcrastinabile

La proposta di legge, che all'articolo 1 colloca la figura nei servizi territoriali di assistenza domiciliare, nelle Case della Comunità e nelle cure primarie, va in questa direzione: l'istituzione del Fisioterapista di Comunità deve trovare una collocazione stabile e coerente nel quadro normativo vigente. Per questo riteniamo fondamentale una revisione del D.M. 77/2022 (Regolamento sui modelli e standard dell'assistenza territoriale). I modelli organizzativi che il decreto delinea – le Centrali Operative Territoriali, le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità – rischiano di restare architetture incomplete se i relativi standard di personale non prevedono l'inserimento esplicito e sistematico del fisioterapista nelle équipe di base. La richiesta della FNOFI non è di parte, ma mira all'appropriatezza clinica: l'assenza di una competenza specifica sulla funzione e sul movimento in tali strutture pregiudicherebbe l'efficacia della presa in carico di bisogni di salute precisi.

3. L'esercizio terapeutico: atto sanitario di prevenzione e cura

Il Fisioterapista di Comunità costituisce il presidio principale dell'esercizio terapeutico strutturato. È necessario però sgombrare il campo da equivoci: non parliamo di generica attività fisica ricreativa o di benessere, ma di un intervento sanitario, proprio del professionista sanitario e in particolare della professione fisioterapica: individualizzato sulla base di una precisa valutazione funzionale, dosato, somministrato e monitorato nel tempo in relazione alla specifica condizione patologica, e a cui si associano precise responsabilità professionali.

In ambito territoriale, questo intervento rappresenta, accanto alla tradizionale funzione riabilitativa, una leva strategica per:

- Prevenire l'insorgenza di complicanze legate alla sedentarietà e al decondizionamento;
- Curare le patologie croniche e invalidanti (ad esempio neurologiche, cardiorespiratorie, osteoarticolari e disfunzioni del pavimento pelvico), rallentando la progressione della disabilità e preservando le capacità funzionali residue per salvaguardare l'autonomia e ritardare la perdita di funzione.

4. La presa in carico: il ruolo centrale dell'educazione sanitaria

La peculiarità del Fisioterapista di Comunità risiede anche nella capacità di andare oltre la prestazione al singolo paziente. La presa in carico dei bisogni di salute è complessiva: integra un'attività strutturata di educazione sanitaria, rivolta non solo alla persona assistita, ma anche al suo caregiver e al nucleo familiare.

Educare chi assiste significa abilitare la rete familiare, ridurre lo stress da caregiving, prevenire complicanze secondarie come le lesioni da pressione o i deficit conseguenti all'immobilità e garantire una continuità di cura che prosegue oltre l'intervento del professionista. Il Fisioterapista di Comunità diventa così l'elemento che "abilita l'assistenza", garantendo che la rete intorno al paziente sia formata e consapevole.

5. La garanzia della qualità: il valore della formazione accademica

Sulla formazione, la posizione della Federazione è ferma e precisa. Crediamo convintamente nella formazione universitaria post-base: il Master universitario di I livello in Fisioterapia di Comunità e di Cure Primarie e, in prospettiva, le necessarie Lauree Magistrali a indirizzo clinico-territoriale. Non vogliamo stravolgere il profilo professionale, ma compiere una scelta di campo: qualità e appropriatezza della prestazione dipendono dal livello di competenze specialistiche acquisite.

La complessità dei bisogni che il Fisioterapista di Comunità deve intercettare richiede una preparazione avanzata, che solo il sistema accademico può certificare. La formazione post-base è dunque la garanzia che offriamo al Servizio sanitario nazionale e ai cittadini: la certezza che il professionista che opera nel territorio possieda strumenti scientifici, gestionali e clinici all'altezza delle sfide attuali.

6. Sostenibilità del sistema e collaborazione multiprofessionale

Sulla sostenibilità serve un chiarimento: il Fisioterapista di Comunità non deve essere percepito come "un professionista in più" che appesantisce la spesa pubblica. Al contrario, con un intervento tempestivo, qualificato e appropriato, libera risorse preziose per l'intero sistema.

Intervenendo precocemente, si riduce il ricorso improprio all'ospedalizzazione, si prevencono le complicanze dovute a interventi tardivi o alla cronicizzazione e si alleggerisce la pressione sui servizi di emergenza. L'integrazione del Fisioterapista con le altre figure, a partire dai Medici di Medicina Generale e dai Pediatri di Libera Scelta, permette di ottimizzare i percorsi di cura, ridurre le duplicazioni e consentire a ogni professionista di esprimere al meglio le proprie competenze. La collaborazione multiprofessionale non è solo una scelta etica, ma una necessità economica per la tenuta del SSN, nella piena sicurezza delle cure e sulla base di solide evidenze scientifiche.

7. Inquadramento professionale e valorizzazione

Infine, nel rispetto delle prerogative istituzionali, la Federazione non entra nelle dinamiche negoziali di natura sindacale. È tuttavia un dato oggettivo che una funzione specialistica, sostenuta da un elevato impegno formativo accademico e da responsabilità

cliniche accresciute, debba trovare corrispondenza anche sul piano dell'inquadramento professionale e della retribuzione. Chiediamo pertanto che il sistema riconosca il valore del percorso di specializzazione, con una valorizzazione economica coerente con la qualità dell'apporto fornito al Servizio sanitario nazionale. Sede naturale di tale riconoscimento è la contrattazione collettiva, cui l'articolo 3 della proposta di legge rinvia per il trattamento economico e normativo.

Conclusioni

In conclusione, il modello che vogliamo condividere non mira a creare nuovi profili professionali, ma a potenziare quelli esistenti e a ottimizzarne l'impiego, mettendoli nelle condizioni di agire dove il bisogno di salute si manifesta: nel territorio, a casa del cittadino, nelle nuove strutture comunitarie.

Integrazione, non sostituzione. Appropriately, non frammentazione.

Il Fisioterapista di Comunità è una delle risposte più moderne all'evoluzione del nostro sistema sanitario: la risorsa che manca per chiudere il cerchio tra prevenzione, cura e riabilitazione, a favore non solo della durata della vita, ma della sua qualità.



Piero Ferrante
13.10.2026
07:20:48
GMT+02:00

Il Presidente FNOFI
Dott. Piero Ferrante