

Roma, li 07/04/2026,
Prot. 708/2026

Audizione presso la XII Commissione permanente “Affari sociali” della Camera dei Deputati

Indagine conoscitiva sull’attuazione dei livelli essenziali di assistenza e sull’erogazione delle prestazioni sanitarie nelle regioni

8 aprile 2026

Signor Presidente, illustri Relatori e Onorevoli componenti della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati,

la Federazione che rappresento ha accolto, con grande interesse e partecipazione, l’avvio di questa indagine conoscitiva ed è lieta di offrire a supporto dei lavori i primi esiti del nostro osservatorio.

Nel programma dell’indagine conoscitiva si rappresenta che i *“LEA sono le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse e imposte)”*; a tal riguardo occorre sin da subito evidenziare che il quadro di analisi in ambito riabilitativo è particolarmente complesso, se non deludente.

Occorre sottolineare in maniera decisa l’insufficienza della prospettazione del modello del 2017 per la professione sanitaria di fisioterapista, assunta come professione sanitaria titolata alle attività dirette alla prevenzione, cura, riabilitazione, ultimamente anche palliazione, nonché a procedure di valutazione funzionale *“nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori, e di quelle viscerali conseguenti a eventi patologici, a varia eziologia, congenita od acquisita”*, nella sua recente istituzione di autonoma professione ordinata. Tale insufficienza si manifesta sia nell’impostazione che, ancor di più, nella successiva declinazione a mezzo del nomenclatore e del tariffario, che non evidenziano in alcun modo le prestazioni dei professionisti sanitari, convogliando tutte le attività ivi svolte nell’unico “macro contenitore” della “specialistica ambulatoriale”.

Il rischio di uno scarso coinvolgimento delle professioni sanitarie maggiormente interessate, provocato da un’interpretazione ed esecuzione in forma meramente burocratica di parametri e modelli, segna quindi, indiscutibilmente, la necessità di un nuovo intervento.

Per tale ragione, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Fisioterapisti non solo plaude all’iniziativa di questa Commissione di svolgere un’indagine conoscitiva, ma richiede una conseguente disponibilità alla revisione, a cui è pronta a offrire volentieri il proprio contributo.

Le esperienze acquisite durante la pandemia e la successiva progettualità attuata tramite il PNRR hanno indirizzato verso un necessario e sostanziale cambio di prospettiva, di progettualità, di operatività, in particolare negli ambiti della prevenzione e riabilitazione,

affidati, con autonomia e titolarità, ai professionisti sanitari, che garantiscano universalità e qualità dei livelli essenziali delle prestazioni.

Il dovere di verità proprio di un Ente pubblico sussidiario dello Stato impone di evidenziare che la necessaria e auspicata riscrittura dei LEA debba comportare un ridisegno complessivo delle competenze di tutte le professioni sanitarie, compresa quella medica, unitamente alla formulazione di nuovi modelli di presa in carico e di riorientamento delle risorse, argomenti sui quali ci consta l'impegno in corso di Parlamento e Governo.

La FNOFI ha effettuato un'indagine conoscitiva dedicata all'attuazione dei LEA e all'erogazione delle prestazioni sanitarie nelle Regioni, attraverso un questionario somministrato a tutte le realtà ordinistiche territoriali (interregionali/regionali/interprovinciali/provinciali) dei fisioterapisti italiani, dal quale è emersa immediatamente una criticità che incide direttamente sull'equità del Servizio Sanitario Nazionale: l'effettiva e concreta esigibilità della riabilitazione e della fisioterapia. Il dato che emerge non riguarda la previsione formale del diritto, già presente nel sistema dei LEA, ma la sua concreta attuazione lungo l'intero percorso di cura, dalla fase ospedaliera al territorio, fino al domicilio. La condizione appare più grave in parte del Centro-Sud e delle Isole, ma numerosi nodi critici (tempi di accesso, colli di bottiglia organizzativi, presa in carico territoriale, continuità assistenziale e copertura domiciliare) presentano ormai una dimensione nazionale.

Aggiornare i LEA a partire dal bisogno riabilitativo reale

I contributi dei nostri Ordini territoriali, che in questa occasione abbiamo ritenuto utile coinvolgere direttamente proprio per fornire puntuale riscontro all'attività di indagine di cui alla presente audizione, convergono nel segnalare un disallineamento tra l'evoluzione epidemiologica del Paese e l'attuale configurazione dell'offerta di fisioterapia. L'invecchiamento della popolazione, la fragilità, l'aumento delle condizioni croniche, la multimorbilità e la non autosufficienza richiedono percorsi più continuativi, integrati e prossimi ai luoghi di vita, mentre la riabilitazione e la fisioterapia nello specifico continuano troppo spesso a essere organizzate secondo una logica prevalentemente prestazionale. Per questa ragione la revisione dei LEA in ambito riabilitativo va considerata una priorità di sistema, non una richiesta settoriale.

L'aggiornamento dei LEA dovrebbe, inoltre, rendere più esplicito il valore clinico e organizzativo della valutazione funzionale, dell'educazione terapeutica, del follow-up, della continuità assistenziale e dell'integrazione con i percorsi di cronicità, disabilità e non autosufficienza. In questa prospettiva, anche il nomenclatore e i criteri di valorizzazione delle prestazioni devono essere coerenti con la presa in carico funzionale della persona, così da superare assetti non più adeguati ai bisogni attuali.

Rendere strutturale la presenza della fisioterapia nei contesti previsti dai LEA

Il secondo elemento che emerge con nettezza è la necessità di assicurare la presenza del fisioterapista nei tre macro-livelli dei LEA (prevenzione, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera) e lungo tutto il continuum terapeutico/assistenziale. Ciò riguarda il post-acuzie, l'attività ambulatoriale, l'assistenza domiciliare integrata, i percorsi per la cronicità, le disabilità complesse, la prevenzione delle limitazioni funzionali e le transizioni tra ospedale, territorio e domicilio.

La questione centrale non è alimentare una contrapposizione tra modelli erogativi, ma garantire che la componente riabilitativa sia effettivamente disponibile, tempestiva e appropriata in ciascun contesto in cui i LEA la prevedono o la richiedono.

Per rendere questa presenza realmente e concretamente esigibile occorrono una programmazione del fabbisogno coerente con la domanda di salute, standard organizzativi chiari, adeguati organici e una più esplicita responsabilità di governance dell'area riabilitativa nei processi di programmazione nazionale e regionale. In tale quadro appare utile sviluppare, nei setting e nei percorsi in cui ciò risulti appropriato, modelli organizzativi che consentano un accesso più tempestivo alla valutazione fisioterapica, valorizzando pienamente il contributo professionale del fisioterapista alla presa in carico.

Integrare la riabilitazione nella riforma territoriale e nei percorsi di continuità

Il terzo asse prioritario riguarda la riforma territoriale. Dall'indagine emerge che la domiciliarità riabilitativa, i percorsi ADI, la continuità ospedale-territorio-domicilio e l'inserimento stabile della fisioterapia nei PDTA delle principali condizioni croniche, rappresentano ancora aree di forte disomogeneità. È quindi necessario che Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali e modelli di transizione assistenziale incorporino in modo strutturale la presenza riabilitativa, di cui il fisioterapista rappresenta senza alcun dubbio la parte preponderante e più rispondente ai bisogni di salute delle persone (dati OMS Europa 2019), evitando che la nuova rete territoriale si sviluppi senza una componente essenziale per l'autonomia delle persone e per la qualità degli esiti.

Accanto agli standard minimi di presenza del fisioterapista, occorre inoltre rafforzare il monitoraggio nazionale dedicato ai tempi di accesso alla fisioterapia, alla copertura territoriale e domiciliare, alla mobilità sanitaria e alle differenze tra aree urbane, interne, montane e insulari. Il punto, infatti, non è soltanto rilevare le criticità, ma misurare in modo omogeneo se il bisogno riabilitativo viene effettivamente intercettato e preso in carico in tutto il Paese, affinché la risposta del SSN sia davvero, il più possibile, "universale".

Conclusioni

L'indagine svolta da FNOFI vuole consegnare un messaggio istituzionale chiaro: l'attuazione dei LEA in area riabilitativa richiede oggi una revisione coerente con il fabbisogno reale di riabilitazione e una più netta assunzione di responsabilità organizzativa rispetto alla presenza della fisioterapia nel SSN. Le priorità da porre al centro dell'azione nazionale sono tre: aggiornare i LEA e il nomenclatore in chiave funzionale; rendere strutturale la presenza del fisioterapista in tutti i contesti previsti dai LEA; integrare stabilmente la riabilitazione nella riforma territoriale, nei PDTA e nei sistemi di monitoraggio. In questa prospettiva, la fisioterapia non rappresenta un segmento accessorio, ma una componente essenziale dell'equità, dell'appropriatezza e della sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

Per tutto questo, il Parlamento, il Governo e tutte le Istituzioni sanitarie potranno contare sull'apporto della comunità professionale dei fisioterapisti e sulla leale cooperazione della nostra Federazione Nazionale.

Il Presidente
Dott. Piero Ferrante