

Documento di posizione sull'accesso diretto alla fisioterapia per i disturbi muscoloscheletrici in Svizzera

L'accesso diretto per i disturbi muscoloscheletrici consente di ricorrere alla fisioterapia senza previa prescrizione medica. Il trattamento è remunerato dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). In molti Paesi questo modello ha portato a un'assistenza più rapida, a costi inferiori e a una maggiore soddisfazione dei pazienti. In Svizzera, tale accesso diretto non è ancora possibile nell'ambito della sanità pubblica.

Il presente documento di posizione illustra i fondamenti oggettivi e concettuali dell'accesso diretto alla fisioterapia nel contesto svizzero ed evidenzia quali condizioni quadro sono necessarie per la sua efficace attuazione.

1. Situazione di partenza

1.1. Definizione di accesso diretto

In Svizzera, l'accesso diretto alla fisioterapia è definito come segue: i pazienti con disturbi muscoloscheletrici possono ricorrere direttamente alla fisioterapia senza prescrizione medica e tali prestazioni sono remunerate dall'assicurazione di base. Si tratta di fisioterapia classica; non vengono svolte attività estese quali la prescrizione di medicinali o la richiesta di esami di diagnostica per immagini [1]. Inoltre, l'accesso diretto deve avvenire in base a indicazioni chiaramente definite, nonché a requisiti di qualità e competenza dei fisioterapisti.

1.2. Quadro giuridico

La legislazione svizzera suddivide generalmente i fornitori di prestazioni in due categorie: da un lato, coloro che in virtù della loro attività sono autorizzati (a determinate condizioni) a fatturare direttamente all'AOMS; dall'altro, quei fornitori di prestazioni che fatturano a carico dell'AOMS previa prescrizione o mandato medico. Dispongono di un cosiddetto accesso diretto i medici, i farmacisti, i dentisti e i chiropratici, ma anche le professioni sanitarie non mediche come il personale infermieristico.

La fisioterapia rientra in quella categoria le cui prestazioni sono coperte dall'AOMS solo se fornite previa prescrizione o mandato medico (art. 25/35 LAMal; art. 47 OAMal; art. 5 OPre). Pertanto, non esiste un accesso diretto alla fisioterapia: se i pazienti ricevono un trattamento fisioterapico senza prescrizione medica, la prestazione fornita non può essere fatturata all'AOMS.

1.3. Contesto politico

Il dibattito politico sui nuovi modelli sanitari ha acquisito sempre maggiore importanza negli ultimi anni. Il postulato della consigliera nazionale Romy Farah «Impiego efficiente dei premi.

Esaminare la possibilità di un accesso diretto a determinate indicazioni» (26.3400) affronta la questione di come le competenze dei professionisti della salute possano essere utilizzate in modo più efficace e i costi della sanità possano essere impiegati in modo più efficiente. Ciò è in linea con l'agenda Cure di base del Consiglio federale e con il suo obiettivo di rafforzare la collaborazione interprofessionale e di valorizzare al meglio le competenze esistenti. Nel contesto della crescente carenza di personale qualificato e della crescente domanda di prestazioni sanitarie, vi è un ampio consenso politico sulla necessità di esaminare modelli assistenziali innovativi al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle cure in futuro.

Questa necessità di intervento è particolarmente evidente nel campo dei disturbi muscoloscheletrici, che in quanto problemi diffusi comportano costi significativi per il sistema sanitario svizzero [2]. A causa dell'evoluzione sociodemografica e dell'aumento delle malattie croniche, l'onere sui medici e di conseguenza anche i costi sanitari legati ai disturbi muscoloscheletrici continueranno ad aumentare [3]. Allo stesso tempo, la carenza di medici [4-6] e i lunghi tempi di attesa [7] aggravano la pressione sulle cure mediche di base. Nonostante le chiare raccomandazioni delle linee guida [8-10], nella pratica le terapie conservative vengono spesso applicate troppo tardi o in modo insufficiente, mentre gli interventi chirurgici [11, 12] e le procedure di diagnostica per immagini [13, 14] vengono talvolta eseguiti con maggiore frequenza di quanto sia indicato dal punto di vista medico. Ciò favorisce l'eccesso, l'insufficienza o l'inadeguatezza delle cure e sottolinea la necessità di modelli assistenziali efficienti e basati su dati concreti.

Sebbene il Consiglio federale si sia finora mostrato cauto nella valutazione dell'accesso diretto alle prestazioni di fisioterapia, l'esperienza internazionale e i risultati scientifici forniscono una solida base per un esame obiettivo di questo approccio alle cure.

2. Evidenze e fatti sull'accesso diretto

2.1. Esperienze e posizione nei confronti dell'accesso diretto

L'accesso diretto alla fisioterapia riscuote ampio consenso tra la popolazione svizzera [15-17]. I sondaggi del Barometro della fisioterapia del 2021 e del 2024 mostrano che un quarto dei cittadini svizzeri utilizzerebbe attivamente l'accesso diretto [15, 16]: un chiaro segnale che nella popolazione esistono sia la necessità che l'accettazione di questa modalità.

Anche i fisioterapisti sono favorevoli all'accesso diretto alla fisioterapia e sono pronti ad assumersi maggiori responsabilità [3, 18]. Secondo un'indagine del 2025 sul profilo professionale, l'80% dei fisioterapisti tratta già pazienti senza prescrizione medica nell'ambito del modello a pagamento. Ciò dimostra che già oggi esiste un'esigenza di accesso diretto alla fisioterapia e che questa viene attivamente utilizzata dai pazienti. L'accesso alle prestazioni di fisioterapia non dovrebbe tuttavia dipendere dalla disponibilità economica o dalle possibilità finanziarie delle persone interessate. Il riconoscimento giuridico dell'accesso diretto alla fisioterapia nell'AOMS garantirebbe pari opportunità e renderebbe la fisioterapia disponibile a tutti gli assicurati per le indicazioni appropriate.

2.2. Sicurezza e qualità del trattamento

Studi condotti in diversi Paesi in cui l'accesso diretto alla fisioterapia è già consolidato dimostrano che un modello di cure di questo tipo in caso di disturbi muscoloscheletrici garantisce un'assistenza sicura e di alta qualità [19-24] e consente un accesso tempestivo alla fisioterapia

[25-27]. Ciò è particolarmente rilevante perché il trattamento tardivo dei disturbi muscoloscheletrici, ad esempio a causa di tempi di attesa più lunghi per una visita medica, è associato a esiti clinici peggiori [28-30] e costi sanitari più elevati [31].

2.3. Elevato potenziale di risparmio

Studi internazionali dimostrano che l'accesso diretto comporta un minor consumo di medicinali [19, 22-24, 32-36], meno prescrizioni di esami di diagnostica per immagini [19, 22-24, 32-35] e meno visite mediche [19, 24, 34, 36], rivelandosi così efficiente in termini di costi [19-24, 32-34]. Una recente meta-analisi condotta in Svizzera dimostra che l'accesso diretto alla fisioterapia può ridurre i costi sanitari diretti legati ai disturbi alla schiena e al ginocchio dell'8% e i costi sociali indiretti del 43%, mantenendo almeno la stessa qualità delle cure [37]. Estendendo questi dati alla situazione della sanità svizzera e ipotizzando una stima conservativa della percentuale di accesso diretto pari al 25%, per i problemi alla schiena si ottiene un potenziale di risparmio annuo compreso tra circa **144 e 156 milioni di franchi per i costi diretti e tra 590 e 1090 milioni di franchi per i costi indiretti**. Per i disturbi al ginocchio si stima un potenziale di risparmio aggiuntivo sui costi diretti pari a circa 18-19,5 milioni di franchi all'anno [37].

2.4. Elevata soddisfazione dei pazienti

L'accesso diretto alla fisioterapia consente ai pazienti con disturbi muscoloscheletrici di accedere in modo rapido e semplice a un trattamento adeguato alle loro esigenze. Non è più necessario un appuntamento aggiuntivo dal medico per il rilascio della prescrizione, il che permette di ridurre i tempi di attesa, gli oneri amministrativi e le fasi terapeutiche superflue. Questo accelera l'inizio del trattamento, migliora l'utilizzo delle risorse sanitarie disponibili e al contempo alleggerisce il carico sulle cure mediche di base. Alcuni studi dimostrano inoltre un'elevata soddisfazione dei pazienti per quanto riguarda l'accesso diretto alla fisioterapia [19, 36].

3. Conclusioni e posizione di Physioswiss

Un accesso diretto alla fisioterapia regolamentato nell'ambito dell'AOMS consente di ricevere cure sicure, di alta qualità ed efficienti per i disturbi muscoloscheletrici. Studi internazionali dimostrano inoltre che questo modello aumenta la soddisfazione dei pazienti, alleggerisce il carico di lavoro dei medici di famiglia e contribuisce a una riduzione dei costi per la sanità.

L'accesso diretto è già consolidato in molti Paesi. Nonostante le differenze tra i vari sistemi sanitari, si può presumere che gli effetti positivi siano generalmente estendibili anche a quello svizzero. Physioswiss si esprime pertanto a favore dell'introduzione di un accesso diretto e regolamentato alla fisioterapia per i pazienti con disturbi muscoloscheletrici nell'ambito dell'AOMS.

3.1. Prossimi passi

Poiché l'attuale quadro normativo non consente l'accesso diretto alla fisioterapia nell'ambito dell'AOMS, Physioswiss sta lanciando un progetto pilota che gode di ampio sostegno. Questo dovrà essere sviluppato e attuato in collaborazione con studi di fisioterapia, rappresentanti dei medici, assicuratori malattia, autorità sanitarie cantonali, istituzioni scientifiche e altri attori

rilevanti del settore sanitario. Il piano prevede di sperimentare l'accesso diretto alla fisioterapia nelle strutture ambulatoriali tra il 2027 e il 2028 per determinati disturbi muscoloscheletrici. Una valutazione scientifica indipendente esaminerà in particolare la qualità del trattamento, la sicurezza e la soddisfazione del paziente, la collaborazione interprofessionale e l'impatto sui costi sanitari. Nelle intenzioni, i risultati così ottenuti forniranno una solida base per l'ulteriore sviluppo del quadro giuridico, normativo e tariffario, nonché per una possibile estensione a livello nazionale dell'accesso diretto alla fisioterapia in Svizzera.

Riferimenti

1. Schämamm, A., *Die akademische Entwicklung der Physiotherapie in der Schweiz – aktuelle Situation und zukünftiger Handlungsbedarf*. Neurol Rehabil, 2019. **25**(2): p. 101-112.
2. Stucki, M., et al., *What drives health care spending in Switzerland? Findings from a decomposition by disease, health service, sex, and age*. BMC Health Serv Res, 2023. **23**(1): p. 1149.
3. Brandt, S.K., S. Essig, and A. Balthasar, *Zukünftige ambulante Grundversorgung: Einstellungen und Präferenzen von Medizinal und Gesundheitsfachpersonen ausgewählter Berufsgruppen*, in *Obsan Bericht 06/2023*. 2023, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
4. Hostettler, S. and E. Kraft, *Geringe Hausarztichte und grosse Auslandabhängigkeit*. Schweizerische Ärztezeitung, 2023. **12**: p. 24-29.
5. (BFS), B.f.S., *Arztpraxen und medizinische Grundversorgung in der Schweiz, 2018-2021*, S.G. Bundesamt für Statistik, Editor. 2023.
6. mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz, *Workforce-Studie 2025*. 2025.
7. gfs.bern, *Befragung zum ärztlichen Arbeitsumfeld im Auftrag der FMH 2023*. 2023.
8. Kolasinski, S.L., et al., *2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee*. Arthritis Care & Research, 2020. **72**(2): p. 149-162.
9. Bannuru, R.R., et al., *OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis*. Osteoarthritis Cartilage, 2019. **27**(11): p. 1578-1589.
10. Corp, N., et al., *Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: A systematic review of guidelines*. Eur J Pain, 2021. **25**(2): p. 275-295.
11. Luomajoki, H., *Muskuloskeletale Beschwerden als größte Kostenverursacher*. Manuelle Medizin, 2013. **51**(6): p. 468-472.
12. OECD, *Health at a Glance 2023, OECD Indicators*. 2023.
13. Jermini-Gianinazzi, I., et al., *Management of acute non-specific low back pain in the emergency department: do emergency physicians follow the guidelines? Results of a cross-sectional survey*. BMJ Open, 2023. **13**(8): p. e071893.
14. Trachsel, M., et al., *Diagnostics and treatment of acute non-specific low back pain: do physicians follow the guidelines? Swiss Med Wkly*, 2025. **155**: p. 3697.
15. Bieri, U., et al., *Barometer Physiotherapie Schweiz: Guter Eindruck und hohes Vertrauen in der Bevölkerung*. 2021, gfs.bern.
16. Bieri, U., et al., *Barometer Physiotherapie W2: Mit gestärktem Rücken verhandeln: Vertrauen, guter Eindruck und Verständnis in der Bevölkerung vorhanden*. 2024, gfs.bern.
17. Mettler, L. and R. Brand, *Begrüssen die Patienten/innen der Physiotherapie im Kanton Graubünden die Möglichkeit eines Direktzugangs zur Physiotherapie und welche Aspekte beeinflussen diese Entscheidung?* 2013, Fachhochschule Südschweiz, Departement für Betriebsökonomie, Gesundheit und Soziale Arbeit, Physiotherapie Graubünden, Schweiz.
18. Nast, I. and F. Keller, *Sind Physiotherapeut:innen in der Schweiz für den Direktzugang zur Physiotherapie bereit - und befürworten sie diesen?*. physioactive, 2022. **2**: p. 33-38.
19. Gallotti, M., et al., *Effectiveness and Consequences of Direct Access in Physiotherapy: A Systematic Review*. J Clin Med, 2023. **12**(18).
20. Hon, S., R. Ritter, and D.D. Allen, *Cost-Effectiveness and Outcomes of Direct Access to Physical Therapy for Musculoskeletal Disorders Compared to Physician-First Access in the United States: Systematic Review and Meta-Analysis*. Phys Ther, 2021. **101**(1).
21. Walsh, N., et al., *First Contact Physiotherapy: An evaluation of clinical effectiveness and costs*. Br J Gen Pract, 2024.

22. Severijns, P., et al., *Physiotherapy-led care versus physician-led care for persons with low back pain: A systematic review*. Clinical Rehabilitation, 2024: p. 02692155241282987.
23. Cattrysse, E., et al., *Impact of direct access on the quality of primary care musculoskeletal physiotherapy: a scoping review from a patient, provider, and societal perspective*. Arch Physiother, 2024. **14**: p. 20-28.
24. Babatunde, O.O., et al., *A systematic review and evidence synthesis of non-medical triage, self-referral and direct access services for patients with musculoskeletal pain*. PLoS One, 2020. **15**(7): p. e0235364.
25. Holdsworth, L.K. and V.S. Webster, *Direct access to physiotherapy in primary care: now?—and into the future?* Physiotherapy, 2004. **90**(2): p. 64-72.
26. Mallett, R., E. Bakker, and M. Burton, *Is Physiotherapy Self-Referral with Telephone Triage Viable, Cost-effective and Beneficial to Musculoskeletal Outpatients in a Primary Care Setting?* Musculoskeletal Care, 2014. **12**(4): p. 251-260.
27. Szymanek, E., et al., *Implementation of Direct Access Physical Therapy Within the Military Medical System*. Mil Med, 2022. **187**(5-6): p. e649-e654.
28. Buchbinder, R., et al., *Low back pain: a call for action*. The Lancet, 2018. **391**(10137): p. 2384-2388.
29. Foster, N.E., J. Hartvigsen, and P.R. Croft, *Taking responsibility for the early assessment and treatment of patients with musculoskeletal pain: a review and critical analysis*. Arthritis Research & Therapy, 2012. **14**(1): p. 205.
30. Lin, I., et al., *What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review*. British Journal of Sports Medicine, 2020. **54**(2): p. 79-86.
31. Gaver, A., *Too Much Healthcare: The Harmful Combination of Overdiagnosis and Medical Overuse, Told and Untold Stories*. Isr Med Assoc J, 2022. **24**(6): p. 399-402.
32. Abuhl, B., D. Ehrmantraut, and M. Wolden, *First-Contact Physical Therapy Compared to Usual Primary Care for Musculoskeletal Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials*. Phys Ther, 2025.
33. Demont, A., et al., *The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature*. Disabil Rehabil, 2021. **43**(12): p. 1637-1648.
34. Fischer, M., et al., *Systematic review of direct access physiotherapy for musculoskeletal conditions in primary care: consequences for general practitioner workload, resource use, and organisation of care*. BMC Prim Care, 2026.
35. Ojha, H.A., R.S. Snyder, and T.E. Davenport, *Direct access compared with referred physical therapy episodes of care: a systematic review*. Phys Ther, 2014. **94**(1): p. 14-30.
36. Piscitelli, D., et al., *Direct access in physical therapy: a systematic review*. Clin Ter, 2018. **169**(5): p. e249-e260.
37. Boes, S., et al., *Modellrechnung Direktzugang zur Physiotherapie in der Schweiz Wissenschaftlicher Schlussbericht*. 2025.