



ayurvedic point



SOCIETA' SCIENTIFICA ITALIANA DI MEDICINA AYURVEDICA

**COMMENTI SUL DDL N.1251 (SEN. MAZZELLA )**  
**DISPOSIZIONI IN MATERIA DI TERAPIE COMPLEMENTARI E INTEGRATIVE - TCI**  
**GOVERNANCE, STANDARD FORMATIVI VERIFICABILI (UNI), INTEGRAZIONE OMS/ICD E PERIMETRO**  
**MEDICO-LEGALE DI DIAGNOSI E PRESCRIZIONE**

**AUDIZIONE 18 FEBBRAIO 2026**

**DR. ANTONIO MORANDI**

*Presidente Società Scientifica Italiana di Medicina Ayurvedica*

*Direttore di Ayurvedic Point, Istituto e Scuola di Ayurveda*

[www.ayurvedicpoint.it](http://www.ayurvedicpoint.it) - e mail: [info@ayurvedicpoint.it](mailto:info@ayurvedicpoint.it)  
ayurvedic point srl - sede di milano: corso sempione 63 - 20149 milano - tel/fax 02 3926 5798 - fax 02 4548 6075  
c.f. e p.iva 02690660127 - r.e.a. milano 1888556 - capitale sociale € 24.000 i.v. - pec:ayurvedicpoint@pec.it

Analisi e proposte sul Disegno di Legge n.1251 (Sen. Mazzella) su disposizioni in materia di Terapie Complementari e Integrative - TCI, con particolare riferimento ai sistemi codificati (es. Āyurveda), agli standard OMS/WHO e ai sistemi ICD, alla regolazione dei profili non medici certificabili (UNI) e al chiarimento medico-legale su diagnosi/prescrizione in Italia

---

Onorevoli Senatori,

con la presente sottopongo un contributo tecnico-propositivo sul DDL n. 1251 in materia di Terapie Complementari e Integrative (TCI) che integra:

1. una lettura tecnica del DDL n.1251 (punti di forza e criticità operative);
2. suggerimenti migliorativi coerenti con gli orientamenti OMS/WHO e con l'uso di classificazioni/codifiche (ICD) per la misurabilità degli esiti; e indicazioni correttive che rendano il testo più aderente al "principio di realtà" del contesto italiano.
3. una proposta di regolazione esplicita dei profili non medici (incluse figure tecniche/terapistiche certificate secondo norme UNI, ove disponibili), con "scope of practice" chiaro e verificabile;
4. un chiarimento necessario (e non ideologico) sul perimetro medico-legale di diagnosi e prescrizione nel sistema italiano, includendo in modo rispettoso la questione di omeopatia e naturopatia non mediche e chiarendo perché modelli esteri (es. svizzero) non siano trasferibili automaticamente in Italia.

### ***1. PREMessa SULLA FINALITÀ DELLA NORMA E SULLA LIBERTÀ DI SCELTA DELL'UTENTE/PAZIENTE***

Oltre a colmare un vuoto legislativo e a definire criteri omogenei di qualità, sicurezza, tracciabilità e responsabilità per pratiche e professioni oggi ampiamente presenti nella società, il fine ultimo del presente intervento normativo è anche quello di tutelare la libertà di scelta terapeutica dell'utente/paziente, garantendo che tale libertà sia informata e si eserciti entro un perimetro regolato, con standard formativi verificabili, criteri di risk management, appropriatezza e integrazione con il SSN, in coerenza con l'ordinamento vigente.

L'obiettivo complessivo delle presenti osservazioni è pragmatico: rendere il DDL n.1251 applicabile, sicuro, misurabile e non conflittuale, tutelando il cittadino e valorizzando competenze reali, verificabili e certificabili.

Questa impostazione è pienamente coerente con le finalità già esplicitate dal DDL n.1251, che richiama la tutela della libertà di scelta terapeutica e della libertà di cura, nel quadro costituzionale indicato (artt. 32 e 117).

## **2. QUADRO DI RIFERIMENTO OMS/WHO E MODELLO "PERSON-CENTRED"**

L'OMS invita gli Stati Membri a sviluppare politiche e regolamenti nazionali per le medicine tradizionali/non convenzionali, con particolare attenzione a formazione verificabile, registrazione/licenza degli operatori, linee guida formative, cooperazione con gli altri operatori sanitari e corretta integrazione nei sistemi di assistenza.

In questa cornice si colloca il paradigma della Medicina Centrata sulla Persona, che non coincide con una semplice "umanizzazione" della sanità, ma richiede un impianto valutativo e organizzativo capace di tenere insieme qualità clinica, contesto, sicurezza e preferenze del paziente, riconoscendo la "doppia libertà" (scelta dell'utente e libertà di cura) come elemento strutturale.

### **2.1 Nota terminologica: allineamento alla denominazione OMS (Medicine Tradizionali, Complementari e Integrative)**

Si suggerisce di valutare un allineamento della denominazione e della terminologia del provvedimento con l'uso corrente nelle linee guida internazionali, dove l'OMS tende a riferirsi in modo integrato a Medicine Tradizionali, Complementari e Integrative (Traditional, Complementary and Integrative Medicine). Tale scelta terminologica non è meramente formale: riflette una distinzione concettuale utile tra sistemi tradizionali codificati ("medicine tradizionali"), pratiche complementari ("medicine complementari") e modalità di integrazione nei servizi ("medicine integrative"), chiarendo finalità, perimetro e governance.

Un lessico coerente con l'OMS faciliterebbe inoltre l'armonizzazione dei criteri formativi e professionali, la comparabilità internazionale e l'impostazione dei successivi atti applicativi (linee guida e decreti attuativi), riducendo ambiguità interpretative.

## **3. CHE COSA IMPOSTA IL DDL n.1251**

Il DDL n.1251 definisce le Terapie Complementari e Integrative (TCI) e:

- ne consente l'erogazione nel SSN e in un ampio spettro di strutture (ospedali, riabilitazione, RSA, scuole, istituti di detenzione, ecc.);
- istituisce una Commissione permanente presso il Ministero della Salute con funzioni di indirizzo/monitoraggio e predisposizione di un codice deontologico;

- disciplina i requisiti per l'esercizio, prevedendo percorsi formativi post-laurea e registrazione di "esperti" presso gli Ordini professionali;
- demanda ai decreti attuativi la definizione dettagliata di materie, programmi, requisiti e procedure, prevedendo soglie minime di formazione teorica e pratica.

## **4. PUNTI DI FORZA DEL DDL n.1251**

### **4.1 Cornice nazionale uniforme**

L'obiettivo di riconoscimento e inclusione delle TCI nel SSN, con orientamento uniforme sul territorio, è un passaggio essenziale per superare frammentazioni e disomogeneità.

### **4.2 Centralità della personalizzazione e della relazione informata**

Il DDL n.1251 valorizza personalizzazione dei trattamenti e autodeterminazione/ scelta consapevole, elementi cruciali anche per la valutazione di qualità percepita e sicurezza.

### **4.3 Governance e tracciabilità**

Il DDL introduce un impianto di registri/elenchi e di riconoscimento formale delle competenze, che può costituire una base importante per la tutela dell'utente/paziente e per la trasparenza del sistema. Tale impianto, per sua natura, richiede un coordinamento con gli Ordini/Albi ove esistenti e, più in generale, con forme di registrazione accreditata anche per i profili che non dispongono di un Ordine, così da evitare aree grigie e garantire verificabilità.

### **4.4 Potenziale orientamento "safety-first"**

La presenza di regole di accesso, formazione e deontologia (specialmente se ben definite nei decreti) permette di ridurre improvvisazione e rischio, facilitando anche l'integrazione con percorsi clinici.

### **4.5 Elasticità dei decreti attuativi**

La delega ai decreti attuativi può essere un vantaggio: consente di agganciarsi formalmente a standard internazionali (OMS/WHO) e a sistemi di misurazione/codifica (ICD) senza dover riscrivere l'intero impianto normativo.

### **4.6 Coerenza generale con la traiettoria OMS**

L'OMS/WHO promuove integrazione, sicurezza/regolazione, raccolta dati ed evidenze: la cornice del DDL n.1251 è potenzialmente coerente, a patto di specificare bene livelli, competenze e criteri di ricerca/monitoraggio.

## **5. CRITICITÀ DEL DDL N.1251 - CON FOCUS SU SISTEMI CODIFICATI (ES. ĀYURVEDA)**

### **5.1 Criticità attuativa dell'art. 6 (formazione): rischio di inapplicabilità per carenza di competenze accademiche strutturate**

Una norma sulla formazione è utile solo se aggancia competenze reali già esistenti nel Paese.

Pur condividendo l'obiettivo di standardizzare la formazione, l'impostazione dell'art. 6 rischia di risultare, sul piano attuativo, non implementabile nel contesto italiano: per la storia delle TCI in Italia, molte competenze cliniche e didattiche strutturate non sono radicate stabilmente nelle Università, anche perché l'inserimento strutturale delle CAM nei percorsi universitari è stato a lungo scoraggiato da posizioni istituzionali e culturali del sistema accademico. Tali competenze si sono invece sviluppate in larga misura in scuole e istituti privati, che nel tempo hanno costruito know-how, reti e - in diversi casi - autorevolezza scientifica e didattica, con reti e collaborazioni anche internazionali.

In assenza di un meccanismo di accreditamento di questi soggetti e di un modello di collaborazione strutturata con Università e SSN, l'art. 6 rischia di generare percorsi formativi meramente formali o difficilmente realizzabili, con perdita di qualità, di adeguata competenza clinico-didattica e aumento del rischio clinico e medico-legale.

### **5.2 Definizione troppo ampia e rischio "appiattimento"**

L'uso della categoria "TCI" come contenitore unitario, se non accompagnato da criteri di classificazione, rischia di porre sullo stesso piano sistemi medici codificati (es. Āyurveda, MTC) e pratiche eterogenee per natura, complessità e livello di rischio. Questo "appiattimento" può indebolire la regolazione in modo concreto:

- **Scope of practice e sicurezza:** diventa difficile definire perimetri operativi proporzionati, con il rischio di sottoregolare attività potenzialmente critiche o, al contrario, sovregolare tecniche a basso rischio.
- **Formazione e certificabilità:** requisiti uniformi su fenomeni diversi generano percorsi troppo leggeri per sistemi complessi o eccessivi per interventi semplici, rendendo più fragile l'accREDITAMENTO e la verifica delle competenze.
- **Ricerca e valutazione:** sistemi "whole-system" richiedono disegni di studio e raccolta dati differenti rispetto a tecniche isolate; senza distinzione, diventa più difficile costruire percorsi scientifici difendibili.

Si suggerisce pertanto che, nelle linee guida e/o nei criteri attuativi, le TCI vengano classificate in classi (sistemi tradizionali codificati; pratiche/tecniche complementari; interventi educativi e di stile di vita), associando a ciascuna: livello di rischio, requisiti

formativi minimi verificabili, scope of practice e criteri di invio ("red flags"), oltre a indicazioni metodologiche per valutazione e raccolta dati.

### **5.3 Requisiti formativi minimi potenzialmente insufficienti per sistemi complessi**

Soglie formative ridotte possono essere adeguate per competenze integrative a bassa complessità; per sistemi complessi e codificati come ad esempio l'Āyurveda (sistema medico con propria epistemologia clinica) occorre invece un modello più robusto e verificabile. In questo senso, ove esistenti, i benchmark OMS per l'Āyurveda o simili possono essere utilizzati come riferimento per calibrare requisiti minimi e livelli, includendo tirocinio supervisionato, valutazioni pratiche e competenze misurabili.

Questa esigenza si raccorda direttamente alle misure proposte al punto 6.8 (accreditamento e audit degli enti formativi, partnership con Università/SSN e fase transitoria), che costituiscono lo strumento operativo per rendere tali requisiti concretamente applicabili nel contesto italiano.

### **5.4 Mancanza di stratificazione dei profili**

Una sola categoria ("esperto") rischia di non essere operativa. Occorre definire livelli, responsabilità e modalità di collaborazione tra medico, professionista sanitario non medico e tecnico/terapista non medico (con perimetro delimitato).

### **5.5 Estensione "ovunque" senza cornice specifica di rischio e consenso**

Erogazione in contesti vulnerabili (RSA, comunità, istituti di detenzione) e soprattutto in contesti come scuole/asili richiede criteri stringenti su appropriatezza, consenso informato, sicurezza, supervisione e indicatori di esito.

### **5.6 Gap su sicurezza**

Per sistemi "whole-system" e interventi integrati è indispensabile prevedere presidi minimi di risk management: appropriatezza e limiti di intervento (scope of practice), red flags e criteri di invio/triage, gestione di controindicazioni/interazioni, tracciabilità minima delle prestazioni e incident reporting/audit. In assenza di tali presidi, l'integrazione resta dichiarativa e diventa fragile sul piano clinico e medico-legale.

### **5.7 Integrazione poco misurabile se non si prevedono raccolta dati e codifiche (ICD-11 / TM e classificazione interventi)**

Senza una previsione chiara di raccolta dati e di codifica standardizzata (diagnosi e interventi), l'integrazione rischia di restare dichiarativa e difficilmente valutabile, con scarsa producibilità scientifica. Oggi, tuttavia, esiste un'opportunità concreta: l'ICD-11 include

moduli per le Traditional Medicine Conditions e l'aggiornamento 2025 prevede un modulo dedicato alle condizioni di Āyurveda (e sistemi correlati come Siddha e Unani), utilizzabile in dual coding per la morbilità.

Si suggerisce pertanto che i criteri attuativi prevedano, almeno in fase pilota, registrazione strutturata, codifica ICD-11/TM dove applicabile, e una classificazione degli interventi (procedure/prestazioni) coerente con i profili professionali e lo scope of practice, così da rendere possibile monitoraggio, audit e valutazione comparabile.

### **5.8 Neutralità finanziaria e rischio di debolezza attuativa**

La clausola di neutralità finanziaria, pur comprensibile, può tradursi in una debolezza attuativa: una cornice normativa senza risorse minime dedicate rischia di lasciare sulla carta strumenti essenziali come registri/elenchi, accreditamento e audit, monitoraggio (anche tramite raccolta dati e codifiche), incident reporting e programmi pilota nel SSN.

Poiché l'integrazione responsabile richiede standard verificabili e processi di controllo, si suggerisce di prevedere almeno meccanismi di implementazione graduale (pilotti regionali/aziendali, uso di infrastrutture esistenti, definizione di indicatori) e una quota minima destinata a governance e valutazione, così da evitare che la regolazione resti meramente dichiarativa.

## **6. PROPOSTE MIGLIORATIVE (Coerenza OMS/WHO – ICD – Applicabilità SSN)**

### **6.1 Distinguere sistemi codificati da pratiche generiche (coerenza con terminologia OMS)**

In coerenza con la terminologia OMS – che distingue tra medicine tradizionali, medicine complementari e modalità integrative – prevedere (per legge o nei decreti attuativi) una classificazione che separi almeno:

- A) sistemi medici tradizionali codificati (es. Āyurveda), dotati di epistemologia clinica, semeiotica, nosologia e logiche terapeutiche proprie;
- B) pratiche complementari non sistemiche (tecniche o interventi isolati).

Per ciascuna classe, definire requisiti formativi, clinici e di valutazione/ricerca differenziati e proporzionati (includere competenze verificabili, scope of practice e criteri di invio), così da evitare l'“appiattimento” del contenitore TCI evidenziato al punto 5.2 e, per i sistemi complessi, calibrare i requisiti anche alla luce dei benchmark OMS richiamati al punto 5.3.

### **6.2 Stratificazione a livelli e “scope of practice” esplicito**

Introdurre un modello minimo a tre livelli:

1. Medico/odontoiatra esperto in TCI (responsabilità diagnostica/prescrittiva e gestione clinica complessiva).
2. Professionista sanitario non medico esperto (competenze TCI coerenti con la base professionale e limiti d'atto definiti).
3. Tecnico/terapista non medico (es. Tecnico in Ayurveda, profili analoghi) con ambito tecnico-terapeutico delimitato, protocolli standard, criteri di invio ("red flags") e governance clinica definita.

Per ogni livello: attività consentite, condizioni, supervisione, attività non consentite e obblighi di tracciabilità.

### **6.3 Formazione competency-based e verificabile (oltre le sole ore minime)**

Spostare l'asse da "ore minime" a:

- competenze misurabili e verificabili;
- tirocinio clinico supervisionato;
- valutazioni pratiche standard;
- obbligo di aggiornamento continuo (ECM o equivalenti dove applicabili);
- audit periodici e requisiti di mantenimento.

Sarà importante anche prevedere requisiti verificabili anche per la qualificazione dei docenti/formatori (competenza specifica nella disciplina, esperienza clinico-didattica, tracciabilità dei titoli e aggiornamento), come parte integrante dei criteri di accreditamento e dei processi di audit della qualità formativa.

### **6.4 Sicurezza e gestione del rischio**

Prevedere requisiti minimi "safety-first" centrati sulla tutela del cittadino, in particolare:

- risk management e appropriatezza (red flags, criteri di invio/triage e obbligo di rinvio quando necessario);
- formazione obbligatoria su controindicazioni/interazioni e limiti di intervento per ciascun profilo ("scope of practice");
- tracciabilità minima delle prestazioni e audit/incident reporting per eventi avversi;
- consenso informato graduato per rischio e contesto, con tutela rafforzata dei soggetti vulnerabili.

Gli aspetti tecnico-regolatori specifici eventualmente connessi a materiali/prodotti impiegati nell'ambito delle TCI sono più opportunamente disciplinati nei decreti attuativi e

nelle competenze delle autorità preposte, mantenendo nel DDL il principio generale di tutela, tracciabilità e sicurezza.

### **6.5 Integrazione misurabile: codifica e indicatori**

Prevedere nei percorsi e progetti SSN:

- raccolta dati con codifiche standard (inclusi sistemi coerenti con l'impianto OMS e le componenti pertinenti per la medicina tradizionale);
- classificazione degli interventi;
- indicatori di esito e sicurezza (outcomes clinici, PROs, qualità di vita, riduzione farmaci, ecc.);
- registri e reportistica periodica per audit, appropriatezza e ricerca.

### **6.6 Ricerca "whole-system" e approcci pragmatici**

Promuovere, oltre ai soli RCT quando appropriato:

- pragmatic trials, real-world evidence, comparative effectiveness;
- disegni adatti ai sistemi "whole-system" (es. Āyurveda), evitando valutazioni riduttive che non colgono la natura integrata degli interventi.

### **6.7 Commissione permanente: competenze e composizione**

Assicurare la presenza di competenze in:

- metodologia clinica e valutazione di sistemi complessi;
- risk management e vigilanza;
- standard formativi e certificazioni (incluso raccordo con UNI);
- integrazione digitale e standard di codifica;
- rappresentanza qualificata dei sistemi tradizionali codificati

### **6.8 Soluzione attuativa per l'art. 6: accreditamento nazionale di enti formativi qualificati e partnership con Università/SSN (con fase transitoria per enti e professionisti)**

Per rendere l'art. 6 realmente implementabile nel contesto italiano, si propone che i decreti attuativi adottino un modello misto fondato su un sistema nazionale di accreditamento degli enti formativi, includendo - accanto alle Università - istituti extra-universitari qualificati, che storicamente hanno sviluppato competenze clinico-didattiche specifiche in ambito TCI.

#### **6.8.1. Accredimento degli enti formativi (requisiti minimi verificabili)**

L'accredimento dovrebbe basarsi su requisiti oggettivi e documentabili, tra cui almeno:

- a) governance e responsabilità didattica (direzione scientifica, docenti qualificati e tracciabili, criteri di selezione dei formatori);

- b) programma formativo e competenze attese (modello competency-based; obiettivi, contenuti, ore, modalità didattiche);
- c) tirocinio clinico supervisionato in sedi idonee, con registri, tutoraggio e casistica;
- d) sistemi di qualità e sicurezza (procedure, consenso informato, gestione del rischio, segnalazione eventi avversi, tutela soggetti vulnerabili);
- e) sistema di verifica degli apprendimenti (esami teorici e prove clinico-pratiche/ OSCE con criteri standardizzati) e audit periodici dell'ente e dei percorsi (mantenimento dell'accreditamento).

In tale cornice, si propone di valorizzare standard UNI (ove disponibili) e sistemi di qualità documentati come criteri preferenziali e/o come base documentale qualificante per l'accreditamento, al fine di garantire omogeneità, verificabilità e comparabilità dei percorsi formativi.

#### **6.8.2. Partnership strutturate con Università e SSN**

È raccomandata la previsione di partnership tra enti accreditati, Università e strutture del SSN per tirocinio, supervisione clinica, raccolta dati e ricerca, così da integrare rigore metodologico e competenze maturate sul campo, evitando percorsi meramente formali.

#### **6.8.3. Fase transitoria (tempo definito) per enti e professionisti già operativi**

Per garantire continuità e tutela del cittadino, si propone una fase transitoria articolata su due livelli:

1. Enti formativi già operanti: possibilità di accreditamento provvisorio su verifica documentale (curricula, docenze, ore, tirocini, sedi, procedure di qualità/sicurezza, eventuali standard UNI/sistemi qualità), con audit e adeguamento entro termini prestabiliti ai requisiti definitivi.
2. Professionisti già in attività: procedura di riconoscimento/ricertificazione finalizzata all'iscrizione ai registri/elenchi accreditati, basata su:
  - verifica documentale (formazione, tirocinio, esperienza, aggiornamento, eventuale certificazione UNI ove pertinente);
  - valutazione (colloquio e/o prova pratica standardizzata) per l'allineamento ai requisiti;
  - obblighi di mantenimento (aggiornamento continuo, deontologia, eventuali audit/controlli).

Tale impostazione consente di tutelare il cittadino con criteri verificabili e, al contempo, di non disperdere il patrimonio di competenze storicamente sviluppato in Italia nel settore delle TCI.

## **7. REGOLAMENTAZIONE DEI PROFILI NON MEDICI - TECNICI/TERAPISTI (UNI) E PROFILI AFFINI**

### **7.1 Necessità strutturale (non accessoria)**

L'integrazione clinica reale richiede figure operative competenti: non solo medici esperti, ma anche professionisti sanitari non medici e tecnici/terapisti non medici.

### **7.2 Riconoscimento regolato e verificabile**

Prevedere esplicitamente:

- requisiti formativi tracciabili;
- certificazioni verificabili (includere, ove disponibili, norme UNI per specifici profili);
- registrazione/elenchi e audit;
- obblighi deontologici e aggiornamento;
- perimetro tecnico-terapeutico definito e criteri di invio/triage.

### **7.3 Valore delle norme UNI (ove disponibili)**

Le norme UNI permettono un ancoraggio verificabile su competenze, curriculum, tirocinio, valutazione, etica e aggiornamento: sono uno strumento concreto per evitare auto-attribuzioni di competenza e per offrire garanzie misurabili al cittadino e al sistema sanitario.

## **8. IL PUNTO "SPINOSO": OMEOPATIA E NATUROPATIA NON MEDICHE - CHIAREZZA E INCLUSIONE REGOLATA**

### **8.1 Chiarimento preliminare: vincolo medico-legale, non intento corporativo**

È opportuno esplicitare che la distinzione tra atto medico (diagnosi e prescrizione) e attività di supporto/integrazione non nasce da volontà di esclusione o da una pretesa di "potere", ma discende dalla legislazione vigente e dai principi di responsabilità professionale e tutela del cittadino. In Italia diagnosi clinica e prescrizione terapeutica, sul piano medico-legale, rientrano nell'atto medico e richiedono titolo abilitante e iscrizione ordinistica, salvo una riforma strutturale dell'impianto normativo.

### **8.2 Modelli esteri (es. svizzero): non trasferibilità automatica**

È comprensibile che alcune categorie richi amino modelli esteri, ma tali assetti si fondano su cornici legislative differenti. La trasposizione in Italia richiederebbe una revisione ampia con impatti su responsabilità, assicurazioni, standard di sicurezza, governance e contenzioso. Il DDL n.1251 italiano deve quindi chiarire la cornice nazionale e costruire l'integrazione entro i vincoli vigenti.

### **8.3 Proposta costruttiva: riconoscere e ordinare, definendo scope of practice e collaborazione**

Per evitare frizioni e garantire sicurezza, si propone che il DDL n.1251 (o i decreti attuativi):

- riconoscano l'esistenza e la rilevanza sociale di figure non mediche in ambito omeopatico/naturopatico e in altri ambiti TCI;
- definiscano il loro scope of practice come attività di educazione, counselling, supporto allo stile di vita e applicazione di protocolli a rischio minimo, con obblighi di tracciabilità formativa e deontologica;
- delimitino chiaramente che diagnosi clinica e prescrizione terapeutica (in senso medico-legale) restano nell'ambito dell'atto medico;
- prevedano modalità operative di collaborazione con medici e strutture sanitarie, criteri di invio/triage ("red flags") e obbligo di rinvio quando il quadro clinico lo richiede.

### **8.4 Formulazione sintetica suggerita (principio inseribile)**

"Resta fermo che, nell'ordinamento vigente, le attività di diagnosi clinica e prescrizione terapeutica rientrano nell'atto medico. La presente disciplina promuove la regolazione e l'integrazione delle competenze in ambito TCI anche attraverso profili non medici con formazione verificabile e certificata, definendone l'ambito operativo, i requisiti di sicurezza, i doveri deontologici, le procedure di invio al medico e le modalità di collaborazione con i professionisti sanitari, in coerenza con la normativa nazionale."

## **9. OSSERVAZIONE STRATEGICA DI CONTESTO (NON EMENDATIVA): UE-INDIA, MOBILITÀ PROFESSIONALE E TUTELA PREVENTIVA**

L'opportunità di una regolazione nazionale delle TCI è ulteriormente rafforzata dall'evoluzione del contesto europeo e internazionale. Nel gennaio 2026 Unione Europea e India hanno annunciato la conclusione dei negoziati per un accordo di libero scambio. Nelle comunicazioni ufficiali indiane collegate all'accordo, viene richiamata anche la dimensione dei servizi e della mobilità professionale; tra gli esempi citati compare l'ambito delle medicine tradizionali indiane (AYUSH), con l'osservazione che l'operatività in Stati membri UE è più semplice dove mancano regolazioni specifiche.

Senza entrare nel merito dell'accordo - che non è oggetto del presente DDL - questo scenario evidenzia un punto di metodo: la regolazione nazionale delle TCI è una misura di tutela preventiva. In un contesto di crescente circolazione di servizi e competenze, l'assenza di una cornice chiara può aumentare aree grigie, asimmetrie informative e rischi per il cittadino, oltre a creare concorrenza non comparabile a danno dei professionisti seri e già sottoposti a requisiti verificabili.

Una disciplina nazionale come quella proposta dal DDL n.1251 consente invece di fissare un principio semplice e non discriminatorio, utile anche per eventuali scenari futuri: stessi requisiti, stessa verificabilità, stesso perimetro operativo, con procedure trasparenti di riconoscimento e controlli, a tutela sia dei cittadini sia dei professionisti riconosciuti e certificati.

In questo senso, la regolamentazione delle TCI non è solo “colmare un vuoto”: è anche un atto di responsabilità istituzionale per garantire che libertà di scelta e apertura culturale avvengano entro standard di sicurezza, qualità e tracciabilità, coerenti con l’ordinamento italiano e con i criteri internazionali.

## **10. CONCLUSIONE**

Il DDL n.1251 può diventare un riferimento di qualità se:

- distingue sistemi codificati e pratiche eterogenee;
- definisce livelli e scope of practice chiari;
- introduce formazione competency-based verificabile;
- rafforza sicurezza, qualità, vigilanza e tracciabilità;
- rende l’integrazione misurabile (raccolta dati, codifiche, indicatori, registri, audit e ricerca);
- include e regola in modo serio i profili non medici (anche tramite certificazioni UNI ove disponibili);
- chiarisce in modo non ideologico ma medico-legale il perimetro di diagnosi e prescrizione nel sistema italiano, offrendo al contempo spazi regolati e rispettosi alle categorie non mediche.
- rende realisticamente attuabile l’art. 6 attraverso un sistema di accreditamento nazionale di enti formativi qualificati e partnership operative con Università e SSN, valorizzando le competenze storicamente sviluppate anche in ambito extra-universitario.

Resto a disposizione per fornire ulteriori dettagli e per l’audizione.

*Dr. Antonio Morandi*

*Presidente Società Scientifica Italiana di Medicina Ayurvedica*

*Direttore di Ayurvedic Point, Istituto e Scuola di Ayurveda*