

**Audizione nell'ambito dell'esame del disegno di legge n. 1251
(Disposizioni in materia di terapie complementari e integrative)**

18 Febbraio 2026

Testo dell'intervento del

Dr. Antonio Morandi

Presidente Società Scientifica Italiana di Medicina Ayurvedica

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

Onorevoli Senatori,

vi ringrazio per l'opportunità di questo contributo tecnico sul DDL n.1251 relativo alle Terapie Complementari e Integrative. Sono un medico neurologo e mi occupo di Āyurveda da molti anni sul piano formativo, scientifico e clinico.

Vorrei partire da una premessa: questo disegno di legge non è importante solo perché colma un vuoto normativo, ma perché può fare una cosa più essenziale: tutelare la libertà di scelta dell'utente/paziente rendendola finalmente informata, sicura e verificabile, e allo stesso tempo dare un perimetro chiaro ai professionisti seri, proteggendoli dalla confusione e dall'improvvisazione.

Oggi il fenomeno esiste già: i cittadini cercano percorsi integrativi, spesso in modo non coordinato. Senza regole si creano due rischi opposti:

- da un lato assenza di tutela, perché mancano standard comuni, registri e controlli;
- dall'altro lato conflitto sterile tra mondi, quando invece il punto non è "chi ha ragione", ma come garantire qualità, sicurezza e responsabilità. E ricordare che un sistema tradizionale può essere

utilizzato in modo complementare e, quando appropriato, integrato nei percorsi convenzionali.”

Sintetizzo il mio intervento in tre messaggi chiave, con una quarta osservazione finale di tipo strategico, legata al contesto europeo.

Aggiungo solo una nota terminologica: per coerenza con l’OMS, sarebbe utile adottare nel provvedimento la denominazione ‘Medicine Tradizionali, Complementari e Integrative’, che chiarisce meglio le tre dimensioni — tradizionale, complementare e integrativa — e facilita l’allineamento a benchmark e linee guida internazionali.

1) Primo messaggio: il DDL è utile, ma deve essere attuabile

Il DDL ha un impianto positivo: istituisce una governance, riconosce la necessità di formazione e prova finale, e apre alla possibilità di integrazione nel SSN. Tuttavia, il vero punto critico non è teorico: è attuativo.

L’articolo 6, così come è impostato, rischia di risultare non implementabile nel contesto italiano se lo si legge in senso “università-centrico”. E lo dico con rispetto per l’Università: per la storia delle TCI in Italia, molte competenze cliniche e didattiche reali in questo settore non si sono sviluppate principalmente in ambito universitario, ma in istituti formativi extra-universitari che nel tempo hanno costruito know-how, casistica, reti e collaborazioni anche internazionali.

Se noi non agganciamo il sistema formativo alle competenze che già esistono davvero nel Paese, rischiamo due esiti:

- corsi formalmente istituiti ma deboli sul piano clinico-didattico;
- oppure corsi che non si riescono proprio a fare in modo serio, con conseguente “vuoto” attuativo.

Una norma sulla formazione è utile solo se aggancia competenze reali già esistenti nel Paese: in Italia tali competenze sono maturate fuori dall'Università; per questo l'art. 6 va reso attuabile prevedendo accreditamento e partnership strutturate.

In pratica non si tratta di “sostituire” l'Università, ma di introdurre un modello misto:

- accreditamento nazionale di enti formativi extra-universitari qualificati, con requisiti oggettivi e auditabili;
- partnership strutturate con Università e SSN per tirocinio, supervisione, raccolta dati e ricerca;
- fase transitoria sia per gli enti sia per i professionisti già operativi, con verifica documentale e valutazione pratica, così da evitare caos e contenzioso.

2) Secondo messaggio: servono livelli professionali e “scope of practice” chiaro

Per funzionare sul campo, il DDL dovrebbe evitare l'ambiguità di una sola figura indistinta di “esperto”. Le TCI nella realtà si praticano con un lavoro d'équipe e con livelli diversi di responsabilità.

La proposta è semplice: definire livelli e per ciascuno chiarire cosa può fare, cosa non può fare, quando deve inviare, come documenta.

In sintesi:

1. Medico/odontoiatra con competenze specifiche TCI: responsabilità clinica, integrazione nei percorsi, gestione dei casi complessi.
2. Professionista sanitario non medico con competenze TCI coerenti col proprio profilo: integrazione nel proprio ambito, con limiti chiari.
3. Tecnico/terapista non medico (ad esempio per l'Āyurveda, il "Tecnico in Āyurveda"): attività tecniche definite, protocolli, tracciabilità, obbligo di invio su red flags.

Qui c'è un punto per me fondamentale: regolare anche le figure non mediche, perché esistono già e ignorarle significa lasciarle in area grigia. Regolarle, invece, significa standard, sicurezza, tutela del cittadino e tutela dei professionisti seri.

E su questo c'è un elemento tecnico molto importante: esistono benchmark internazionali dell'OMS. L'OMS ha pubblicato benchmark specifici ad esempio per l'Āyurveda in cui vengono descritti diversi livelli e categorie di operatori, includendo non solo il medico, ma anche la figura dell'Āyurveda therapist. In Italia una figura sostanzialmente corrispondente è il Tecnico in Āyurveda, che è stata già normata da UNI con la UNI 11756:2019, proprio su modello di benchmark presi a riferimento, per definire requisiti di conoscenza, abilità e competenza e rendere il profilo verificabile e certificabile.

Questo è un esempio concreto di come una regolazione nazionale possa essere coerente con standard internazionali, distinguendo ruoli e perimetri operativi e proteggendo il cittadino.

3) Terzo messaggio: sulle categorie "spinose" serve chiarezza non ideologica su diagnosi e prescrizione

C'è un punto delicato: omeopati non medici, naturopati non medici e figure affini. Il DDL dovrebbe disinnescare questo tema con un principio semplice e non polemico:

- in Italia diagnosi clinica e prescrizione terapeutica, in senso medico-legale, sono atti riservati al medico abilitato;
- questo non è un giudizio di valore, è un dato dell'ordinamento, e cambiarlo richiederebbe una riforma strutturale enorme;
- il DDL può e deve, però, riconoscere e regolare ruoli non medici in modo serio, definendo scope of practice, formazione verificabile, obblighi di sicurezza, procedure di invio e collaborazione con i professionisti sanitari.

Questa chiarezza tutela tutti: tutela il cittadino, tutela i professionisti non medici seri (che non vengono spinti in zone rischiose), e tutela il sistema sanitario da contenziosi.

4) Osservazione strategica: il contesto UE-India rende la regolazione ancora più urgente

Chiudo con un punto strategico: il contesto europeo e internazionale.

È in corso un'evoluzione nei rapporti UE-India che include anche un quadro di mobilità per professionisti e si parla di opportunità per servizi e praticanti di medicina tradizionale indiana nei Paesi UE dove non esistono regolazioni specifiche.

Questo significa che la pressione verso una maggiore circolazione di competenze e servizi aumenterà. E qui il punto è pratico:

- se l'Italia non ha una cornice chiara (registri, standard formativi, accreditamenti, scope of practice, procedure di riconoscimento e transitorio), rischiamo un doppio danno:

1. cittadini meno protetti, perché il mercato si muove più velocemente della norma;
2. professionisti italiani seri meno tutelati, perché competono in un terreno non regolato e non comparabile.

Per questo il DDL è anche uno strumento di tutela preventiva: non per chiudere, ma per aprire in modo regolato. Se un domani ci fosse maggiore accesso di professionisti esteri, la regola dovrebbe essere semplice: stessi requisiti, stessa verificabilità, stesso perimetro operativo, e procedure chiare di riconoscimento e supervisione dove necessario.

Chiusura

In conclusione, il mio messaggio è: l'impianto del DDL è utile e va sostenuto, ma per renderlo davvero efficace propongo tre correttivi essenziali:

1. Art. 6 attuabile: accreditamento nazionale (anche extra-universitario) + partnership con Università/SSN + fase transitoria per enti e professionisti.

2. Profili stratificati e scope of practice chiaro, includendo e regolando le figure non mediche con formazione verificabile, valorizzando benchmark OMS e standard UNI dove disponibili.

3. Chiarezza medico-legale su diagnosi e prescrizione, senza ideologia e senza conflitto: ruoli diversi, responsabilità diverse, collaborazione e invio.

E aggiungo: in un contesto europeo che evolve rapidamente anche nei rapporti UE-India, una regolazione nazionale chiara diventa una garanzia per tutti.

Vi ringrazio per l'attenzione e resto a disposizione.