

# **L'organizzazione del sistema sanitario italiano ed il possibile spazio per la medicina non convenzionale**

Stefano Villamena [\[1\]](#) \*

1. Profili introduttivi;
2. Protagonismo regionale e (reazioni della) Corte costituzionale;
3. Terapie non convenzionali e d.lgs. n. 502/1992, ovvero dell'integrazione all'assistenza sanitaria;
  1. 4. Accordo Stato-Regioni del 2013 come nuovo paradigma per definire il corretto rapporto fra medicine (convenzionali e non);
5. Recente disciplina regionale attuativa dell'Accordo del 2013;
6. Sintesi conclusiva

## **1. Profili introduttivi**

Tradizionalmente il nostro ordinamento pubblicistico non si occupa della nozione: «medicina». E ciò vale sia per la medicina convenzionale sia per quella non convenzionale. Implicitamente tale aspetto è lasciato alla cultura medica e al mondo accademico.

Al contrario grande attenzione è stata dedicata alla normativa in tema di professioni sanitarie e, in connessione a questa, all'esercizio abusivo della professione.

Come noto questa ipotesi di reato è prevista all'art. 348 del nostro codice penale, in base al quale «Chiunque abusivamente esercita una professione per cui è richiesta una speciale abilitazione dello Stato, è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa da euro 103 a euro 516».

Lo sviluppo della normativa in tema di professioni sanitarie è in parte legato proprio al contenuto così vasto dell'art. 348 cit., al punto che si parla di una norma penale in bianco (sigh!). A causa della sua indeterminatezza, il legislatore e la giurisprudenza hanno dovuto precisare la materia professioni sanitarie.

La giurisprudenza dà colore in particolare all'attività medica, stabilendo che essa è caratterizzata da trattamenti invasivi e incidenti sull'organismo del paziente, i quali possono consentirsi soltanto a professionisti medici regolarmente abilitati<sup>[2]</sup>. Ma non solo.

Rientra infatti in tale attività (medica) anche una semplice diagnosi relativa ad un'alterazione organica o una diagnosi relativa ad un disturbo funzionale del corpo o della mente, così come l'individuazione dei rimedi e la somministrazione degli stessi.

Il nostro legislatore si è invece dedicato alla individuazione dei profili professionali. Soprattutto per la sua rilevanza e delicatezza in termini di interesse pubblico, la disciplina delle professioni sanitarie è stata da sempre riservata alla competenza statale.

Attualmente questa ha portata molto estesa.

Dato comune è la sottoposizione della stessa al principio di legalità: nel senso che tutte le discipline sanitarie hanno alla base una normativa che le disciplini.

Così possono individuarsi le classiche professioni sanitarie di «farmacista» (d.lgs. n. 258/1991); medico chirurgo (d.lgs.

n. 368/1999); odontoiatra (l. n. 409/1985); veterinario (l. n. 750/1984); psicologo (l. n. 56/1989).

Ma oltre a quelle classiche (al cui interno si distinguono anche quelle specialistiche) si aggiungono poi le professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche; di tecnico di riabilitazione psichiatrica; di terapeuta occupazionale; di educatore professionale (cui non è necessario richiamare i riferimenti normativi per esigenze di fluidità dell'esposizione).

Ancora, le professioni «sanitarie riabilitative» di podologo, fisioterapista, logopedista e ortottista. Quelle «tecnico sanitarie», a loro volta suddivise in area tecnico-diagnostica (tecnico audiometrista; tecnico sanitario di laboratorio biomedico; tecnico sanitario di radiologia medica; tecnico di neurofisiopatologia) e area tecnico-assistenziale (tecnico ortopedico; tecnico audioprotesista; tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare; igienista dentale; dietista)

Ancora, tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro e assistente sanitario. Così come le figure di operatori di «interesse sanitario»: masso fisioterapista; nonché le figure di «arte ausiliaria delle professioni sanitarie»: massaggiatore; capo bagnino stabilimenti idroterapici; ottico; odontotecnico e puericultrice.

È lampante che la normativa in tema proprio non manchi! A fronte di ciò, che spazio hanno le medicine non convenzionali?

A giudicare da quanto indicato fino ad ora poco o nulla. Nel senso che il nostro ordinamento pubblicistico, almeno dal lato dello Stato centrale, e a prescindere in questa sede da quanto indicato a livello di ordine professionale, non considera questo profilo, quasi come se nella realtà non ci fossero in Italia professionisti che ogni giorno curano un buon numero di persone con la medicina non convenzionale (o "complementare")

che dir si voglia), ossia con quella sganciata dalle professioni sopra indicate.

## **2. Protagonismo regionale e (reazioni della) Corte costituzionale**

Così, per trovare qualche importante riferimento normativo occorre guardare all'ordinamento regionale: vero protagonista in tema.

Tuttavia un tale protagonismo non è privo di insidie e (come si dirà) di cocenti delusioni. Infatti, come detto, la materia «professioni sanitarie» è da sempre appannaggio dello Stato. Un profilo – questo – di cui tener conto quando si intende disciplinare la materia, nel senso che essa rappresenta una sorta di campo minato per poteri diversi da quelli riconducibili allo Stato (centrale).

Apri pista in tema fu la Regione Piemonte. Infatti, con una legge approvata nel 2002[3], tale Regione ha provveduto a regolamentare le «pratiche terapeutiche e le discipline non convenzionali». Scopo principale della normativa era quello di indicare: a) casi di medicina non convenzionale; b) precisare i requisiti per gli istituti di formazione che avrebbero dovuto formare i professionisti del settore; c) istituire un registro regionale (non vincolante ai fini dello svolgimento della professione) degli operatori di pratiche terapeutiche e delle discipline non convenzionali.

La normativa richiamata appartiene però alla storia, poiché nel 2003 è stata demolita per intero dalla Corte costituzionale[4].

La cancellazione è stata però determinata da profili formali, rispetto a cui, cioè, rilevavano più aspetti legati al riparto di competenze fra Stato-Regioni, che non la sostanza delle cose affermate. Per questo motivo tale legge si può prendere

per buona tuttora, e di ciò vi è conferma nelle più recenti esperienze regionali, in particolare della Regione Marche del 2013 e della Regione Umbria del 2014 (infra).

Merita osservare che la legge piemontese elencava (e riconosceva) ben 12 casi fra pratiche terapeutiche e discipline non convenzionali: agopuntura; fitoterapia; omeopatia; omotossicologia; medicina antroposofica; medicina tradizionale cinese; ayurveda; naturopatia; shiatsu; riflessologia; osteopatia; chiropratica.

Già da queste rapide battute si comprende il grande interesse che ha per questo tema la disciplina in parola, sulla scia della quale la Regione Piemonte approvò una nuova legge in tema di «Regolamentazione delle discipline bio-naturali[5]» (definite come le «pratiche che si prefiggono il compito di promuovere lo stato di benessere ed un miglioramento della qualità della vita della persona», mediante «l'armonizzazione della persona con se stessa e con gli ambienti sociale, culturale e naturale che la circondano»[6]). Ma anche in questo caso il giudice delle leggi ha provveduto ad annullare l'atto indicato, precisando (come fatto in precedenza) che «L'impianto generale, lo scopo esplicito ed il contenuto della legge ... rendono evidente che l'oggetto della normativa in esame (e, di conseguenza, della proposta questione di legittimità costituzionale) va ricondotto alla materia delle "professioni", contemplata dal terzo comma dell'art. 117 Cost.»[7].

Infine, medesima sorte è toccata ad altre normative similari: legge della Regione Campania n. 18/2005, in tema di «Norme sulla musicoterapia e riconoscimento della figura professionale di musicista terapeuta»[8] e legge della Regione Liguria n. 18/2004, «Norme regionali sulle discipline bionaturali per il benessere»[9], con cui la Regione riconosceva la qualifica di operatore nelle discipline bionaturali per il benessere: shiatsu, riflessologia, watsu, pranoterapia, naturopatia, yoga, kinesiologia e massaggio

tradizionale.

### **3. Terapie non convenzionali e d.lgs. n. 502/1992, ovvero dell'integrazione all'assistenza sanitaria**

Migliore sorte è invece toccata a quelle discipline regionali che, basandosi sulla normativa statale, si limitavano più sommessamente a prevedere forme di assistenza sanitaria integrativa rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale (sulla base del d.lgs. n. 502/1992).

In particolare, all'art. 9 di tale atto fondamentale (è quello che determina l'aziendalizzazione del servizio sanitario italiano) si precisa che possono costituirsi «Fondi integrativi del Servizio sanitario», «finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza ... definiti dal Piano sanitario ...». Fra tali prestazioni sono indicate anche quelle di «medicina non convenzionale, ancorché erogate da strutture non accreditate».

Su questa base sono state ritenute legittime delibere regionali (nella forma di atti amministrativi generali) che assegnano risorse finanziarie (anche cospicue) a favore della medicina non convenzionale, senza però disciplinarla compiutamente.

Ad esempio nella Regione Campania, con la Delib. di G.R. n. 2317/2007, si sono fissate «Linee d'indirizzo per la ripartizione del fondo (anno 2006) per quanto attiene la medicina non convenzionale».

Nella Provincia di Bolzano, la legge provinciale n. 7 del 2001, recante «Riordinamento del Servizio sanitario provinciale», stabilisce, all'art. 4 quater, rubricato «Medicina non convenzionale», che «La Giunta provinciale, nel rispetto della normativa comunitaria e nazionale, definisce

nel Piano sanitario provinciale le procedure per integrare la medicina non convenzionale nel complesso degli interventi per la salute».

In Sicilia, il P.S.R. (Piano sanitario regionale<sup>[10]</sup>) stabilisce che «L'Azienda sanitaria, ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo n. 229/1999, può attivare l'erogazione di prestazioni di medicina non convenzionale».

#### **4. Accordo Stato-Regioni del 2013 come nuovo paradigma per definire il corretto rapporto fra medicine (convenzionali e non)**

A questa situazione di carenza normativa, e di mancato adeguamento del fatto al diritto, dovuto a ragioni più formali che sostanziali (nel senso che la Regione legiferava, lo Stato faceva ricorso, vincendo, a causa del mancato rispetto delle competenze) si contrappone un fatto (e un atto) nuovo: l'Accordo fra Stato e Regioni del 2013.

Da questo Accordo è subito germogliata una nuova normativa regionale (infra), invero non molto diversa da quella piemontese già menzionata, che forse aveva l'unica pecca di essere stata approvata in un momento prematuro, ossia precedente all'Accordo indicato.

In ragione del suo contenuto, valore e novità tale Accordo rappresenta uno spartiacque strutturale in tema. In virtù dello stesso alcuni limiti posti in materia al legislatore regionale potrebbero essere reconsiderati se non addirittura rimossi.

Per il tramite dell'Accordo cit. sono state dettate alcune regole (rivolte per ora ai soli medici chirurghi ed odontoiatri, dunque non a tutte le professioni mediche sopra ricordate) in tema di «agopuntura», «fitoterapia», «omeopatia».

Quanto indicato vale non soltanto a livello di professione sanitaria, ma anche con riferimento alla definizione legale di tali attività. In base all'art. 2 di tale Accordo, l'agopuntura è definita come «metodo diagnostico, clinico e terapeutico che si avvale dell'infissione di aghi metallici in ben determinate zone cutanee per ristabilire l'equilibrio di uno stato di salute alterato».

La fitoterapia è invece definita come «metodo terapeutico basato sull'uso delle piante medicinali o di loro derivati ed estratti, opportunamente trattati, che può avvenire secondo codici epistemologici appartenenti alla medicina tradizionale oppure anche all'interno di un sistema diagnostico-terapeutico sovrapponibile a quello utilizzato dalla medicina ufficiale».

Infine l'omeopatia è definita come «metodo diagnostico e terapeutico, basato sulla "Legge dei Simili", che afferma la possibilità di curare un malato somministrandogli una o più sostanze in diluizione che, assunte da una persona sana, riproducono i sintomi caratteristici del suo stato patologico. Nella definizione di omeopatia sono comprese tutte le terapie che utilizzano medicinali in diluizione come specificato dal Decreto legislativo n. 219 del 24/4/2006 e successivi atti».

Sulla base di tale Accordo (che in base alle disposizioni transitorie terminerà di dispiegare completamente i suoi effetti a partire dai primi mesi del 2016), le tre discipline indicate (agopuntura, fitoterapia, omeopatia) assumono un ruolo e un rilievo senz'altro maggiore rispetto alle altre non menzionate (supra).

In coerenza a ciò si stabilisce in modo espresso (art. 1) che esse costituiscono «atto sanitario», come tali riservate al medico (chirurgo e odontoiatra, per ora, veterinario e farmacista, in seguito, ciascuno per le rispettive competenze; vedi disp. transitorie).

In questo senso le tre discipline indicate «affiancano la



medicina ufficiale»[11].

Volendo tracciare una prima sintesi: scopo primario dell'Accordo è quello di garantire libertà di cura (diritto soggettivo), pur nel necessario rispetto di requisiti di sicurezza (interesse pubblico), per il tramite di un apposito elenco di abilitazione che individua professionisti in possesso di idonea formazione per lo svolgimento di tali attività. L'emblema di ciò è poi costituito dalla «certificazione di qualità», derivante dai criteri e requisiti dei percorsi formativi idonei a qualificare i professionisti che esercitano tali attività (minimi ed uniformi sull'intero territorio nazionale).

## **5. Recente disciplina regionale attuativa dell'Accordo del 2013**

Sulle basi ricordate si inseriscono due recenti normative approvate rispettivamente dalla Regione Marche[12] e dalla Regione Umbria[13]. Leggi, queste, che si rifanno espressamente all'Accordo stipulato nel 2013, di cui si è dato conto nel paragrafo precedente.

Merita subito evidenziare che le tipologie mediche indicate dalle leggi in parola vanno ben oltre quelle dell'Accordo del 2013. Infatti, oltre alle tre classiche discipline «agopuntura», «fitoterapia», «omeopatia», si aggiungono, nel caso delle Marche, «antroposofia» e «omotossicologia»; e nel caso della Regione Umbria, «omotossicologia»; «medicina antroposofica»; «medicina ayurvedica» e «medicina tradizionale cinese».

Il cuore di entrambe le due leggi regionali menzionate (che per il momento si applicano ai soli medici-chirurghi e odontoiatri, e che in prospettiva futura si applicheranno anche ai medici veterinari e ai farmacisti, sulla base di un ulteriore accordo previsto nelle rispettive disposizioni

tranistorie) sta nel fatto di voler certificare la qualità della formazione e (dunque) del relativo esercizio delle medicine qui in esame. È da questo obbiettivo individuato dall'Accordo del 2013 che derivano gli elenchi di professionisti esercenti le relative prestazioni. Per altro, l'iscrizione all'elenco, proprio per non rischiare il contrasto con la materia «professioni sanitarie», non costituisce condizione necessaria per il relativo esercizio. Naturalmente ai vari attori coinvolti (soprattutto Ordini professionali e Regione) spetterà definire i percorsi formativi ai fini della relativa iscrizione.

## **6. Sintesi conclusiva**

Oltre a dare colore alla norma che si occupa di abusivo esercizio della professione (retro), poiché tutta la normativa (specie regionale) qui ricostruita va nel senso di riservare questa materia a mani esperte e abilitate, occorre dare conto del fatto che il nostro ordinamento sta sempre di più tentando di includere la medicina non convenzionale o complementare in quella ufficiale o convenzionale. Ciò avvenuto anche per una ragione "politica", ossia perché negli ultimi tempi gli ordini professionali dei medici sono stati più attenti nel considerare queste discipline. Ad esempio, secondo l'art. 15 del Codice di Deontologia Medica il medico può prescrivere e adottare, sotto la sua diretta responsabilità, sistemi e metodi di prevenzione, diagnosi e cura non convenzionali nel rispetto del decoro e della dignità della professione».

Del resto va in questa direzione una previsione peculiare contenuta all'art. 1, comma 4, della legge regionale umbra del 2014 cit., secondo cui «La Regione favorisce l'accoglimento e l'integrazione di metodologie cliniche provenienti da altre culture e da altre esperienze conoscitive secondo le più recenti indicazioni fornite da studi di filosofia della scienza secondo il concetto di paradigma epistemologico». Può

apparire strano che in una legge si facciano affermazioni simili. E lo è ancora di più se si considera che si tratta di una legge regionale. Ma qui gioca un ruolo fondamentale la particolarità della materia, così lontana dai nostri standard e anche per questo (o meglio soprattutto per questo) così ricca di fascino e di interesse di studio e approfondimento.

[1] Professore associato di Diritto amministrativo nella Facoltà di Giurisprudenza dell'Università degli studi di Macerata: [stefano.villamena@unimc.it](mailto:stefano.villamena@unimc.it); cell.(+39) 3475366455.

[2] Fra le altre, Cass. pen., Sez. VI, 23 luglio 2012, n. 3006.

[3] L. r. n. 25/2002.

[4] Sent. n. 353/2003. Ciò poiché, secondo la Corte, l'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e l'art. 1, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42, hanno riservato allo Stato l'individuazione delle figure professionali in oggetto – quindi, degli operatori di pratiche terapeutiche “non convenzionali” – e hanno enunciato nella materia della “sanità” un principio fondamentale, da ritenersi vigente anche successivamente alla novellazione del Titolo V della Costituzione realizzata dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3. Per questa ragione l'Accordo del 2013 fra Stato e Regioni in tema è così rilevante (infra).

[5] L. r. n. 13/2004.

[6] Art. 2, comma 1.

[7] Sent. n. 424/2005, punto 2.2., parte in diritto.

[8] Sent. n. 424/2006.

[9] Sent. n. 40/2006. La disciplina era stata approvata allo scopo di migliorare la qualità della vita e contribuire a realizzare il benessere dei propri cittadini” (art. 1, comma 1), che pone una regolamentazione complessiva delle discipline bionaturali per il benessere, con “l’obiettivo di educare la persona a stili di vita salubri e rispettosi dell’ambiente” e di “prevenire gli stati di disagio fisici e psichici stimolando le risorse vitali proprie di ciascun individuo senza perseguire finalità terapeutiche o curative” (art. 1, comma 2).

[10] D.P.Reg. 11-5-2000.

[11] Art. 1, comma 4.

[12] L.r. n. 43/2013 «Modalità di esercizio delle medicine complementari».

[13] L. r. n. 24/2014 «Modalità di esercizio delle medicine non convenzionali da parte dei medici chirurghi, degli odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti».