

LUCA PIROZZI

*Le medicine non convenzionali  
nel quadro normativo italiano: una evoluzione  
disomogenea a conduzione regionale*

SOMMARIO: 1. Le medicine non convenzionali (MNC): un “contenitore” ampio ed eterogeneo. – 2. L’attenzione sovranazionale e internazionale per le MNC. – 3. Ordinamento italiano e MNC. Lo sporadico interesse del legislatore statale. – 3.1. «Linee guida» e norme deontologiche. – 3.2. La Conferenza Stato-Regioni come sede privilegiata di decisione in tema di MNC. – 3.3. Gli sviluppi sul piano regionale. – 4. Il ruolo della giurisprudenza ordinaria e costituzionale. – 5. Osservazioni conclusive.

1. *Le medicine non convenzionali (MNC): un “contenitore” ampio ed eterogeneo*

Sotto il profilo definitorio, con la locuzione “medicine non convenzionali” (MNC) si intende comunemente far riferimento all’insieme delle «procedure mediche non ufficialmente incorporate nel *corpus* di conoscenze e nella prassi della cosiddetta medicina scientifica»<sup>1</sup>; questa mancata incorporazione può a sua volta determinare che le metodiche in questione versino, in mi-

---

<sup>1</sup>Per questa definizione, di contenuto sostanzialmente analogo ad altre parimenti diffuse tanto nella letteratura medica quanto in quella giuridica, v. R. RASCHETTI, *La medicina delle evidenze scientifiche e le diverse culture della guarigione*, in *Ann. Ist. Sup. San.*, 1999, pp. 483 ss., spec. p. 483; proseguendo, l’A. osserva: «La definizione di ciò che è da considerare “scientifico” varia ovviamente nel tempo cambiando i contesti culturali di riferimento. Oggi la medicina scientifica è considerata essere quella “evidence based” vale a dire una medicina le cui terapie hanno mostrato di migliorare esiti clinici ben definiti, attraverso sperimentazioni cliniche basate sul confronto di gruppi di pazienti organizzati in base alla allocazione casuale al trattamento – *randomized clinical trials* (RCT)».

sura che può variare da un sistema sanitario a un altro, in una situazione di «esclusione dal circuito sanitario ufficiale»<sup>2</sup>.

Uno degli aspetti più evidenti che emerge dall'esame della discussione pubblica relativa a queste medicine consiste indubbiamente nel carattere controverso e dialettico dei giudizi su di esse<sup>3</sup>. È invero arduo individuare un argomento che, nell'ambito della tutela della salute, sia tuttora in grado di polarizzare con più intensità le valutazioni degli stessi professionisti medico-sanitari, dando luogo a un quadro di opinioni attraversato da radicali contrasti<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Così, ad es., C. PICIOCCHI, *Libertà terapeutica e "medicine non convenzionali": definizione e confini*, in L. LENTI, E. PALERMO FABRIS, P. ZATTI (a cura di), *I diritti in medicina*, parte di S. RODOTÀ, P. ZATTI (diretto da), *Trattato di biodiritto*, Milano, 2011, pp. 289 ss., spec. p. 299, che mutua il riferimento all'esclusione (o non integrazione) dalla definizione di "medicine complementari e alternative" fornita in ambito ONU dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) nel documento del 2000 dal titolo *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine* (consultabile in [www.who.int](http://www.who.int)); nello stesso senso, A. CARMINATI, *Libertà di cura e autonomia del medico. Profili costituzionali*, Bari, 2018, p. 12.

<sup>3</sup> Sulle trasformazioni e le dissonanze che interessano il mondo della medicina contemporanea v., tra gli altri, E. COLOMBO, P. REBUGHINI, *La medicina contesa. Cure non convenzionali e pluralismo medico*, Roma, 2006. Per un'analisi delle più rilevanti medicine non convenzionali praticate in Italia, che dà conto anche dei punti problematici inerenti ai loro presupposti terapeutici, nonché dei pertinenti aspetti medico-legali, v., ad es., D. VASAPOLLO, *Tutela della salute e medicine non convenzionali. Profili clinico-giuridici e problematiche medico-legali*, Milano, 2014, cui si rinvia anche per ulteriori indicazioni bibliografiche; nella dottrina pubblicistica, analisi circostanziate del ruolo assunto dalle medicine non convenzionali in rapporto alla medicina ufficiale, con ampi riferimenti comparatistici ad altri ordinamenti occidentali, sono svolte in particolare da C. PICIOCCHI, *Libertà di cura tra "medicina ufficiale" e "medicine alternative". Prime riflessioni per una comparazione fra gli ordinamenti italiano e inglese*, in *Dir. pubbl. comp. eur.*, 2001, pp. 83 ss.; EAD., *La libertà terapeutica come diritto culturale. Uno studio sul pluralismo nel diritto costituzionale comparato*, Padova, 2006, spec. pp. 109 ss.; EAD., *Libertà terapeutica e "medicine non convenzionali": definizione e confini*, cit.

<sup>4</sup> Tra i molti esempi possibili di questa divaricazione di opinioni può essere sufficiente raffrontare la posizione di chi ritiene che «le Medicine Tradizionali e Non Convenzionali costituiscono una possibile via per una nuova sanità in quanto più economiche rispetto alla biomedicina e comunque efficaci per molte patologie, più aderenti alle esigenze dei singoli pazienti, legittimate da conoscenze di salute radicate nel tempo» (così M. TOGNETTI, A. GENTILUOMO, P. ROBERTI DI SARSINA, *La formazione post laurea in Medicine Tradizionali e Non Convenzionali, fra indicazioni nazionali e specificità regionali: il caso italiano*, in G.F. GENSINI, P. ROBERTI DI SARSINA, M. TOGNETTI BORDOGNA [a cura di], *La Formazione nelle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali in Italia. Attualità, esigenze, criticità e prospettive*, Milano, 2015, pp. 13 ss., spec. p. 15), con la posizione secondo cui già l'uso dell'espressione "medicine non convenzionali" andrebbe evitato, in quanto idoneo a conferire «un significato validante che non sarebbe accettabile», trattandosi di pratiche perlopiù basate su «una ingenua mescolanza di teorie e metateorie» (in questi termini M. SCHIAVONE, R. CILIBERTI, T.

Una diversità di punti di vista che, peraltro, investe anche il *nome* e non esclusivamente la *cosa*. Se infatti l'espressione "medicine non convenzionali" è quella che al momento appare maggiormente utilizzata nel contesto italiano (ed è tradizionalmente impiegata anche nel Codice di deontologia medica, incluso quello vigente del 2014), le ulteriori denominazioni cui si fa ricorso sul piano globale per indicare tali tipologie di approcci medico-terapeutici sono state e restano numerose. Tra esse, per menzionare le più ricorrenti in studi e documenti in lingua inglese: *traditional medicine*, *alternative medicine*, *unscientific medicine*, *heterodox* o *unorthodox medicine*, *integrative* o *integrated medicine*, *complementary medicine*, *fringe medicine*, *holistic medicine*, *natural medicine*, *experience-based medicine*, *soft medicine*, talvolta anche nella forma combinata delle aggettivazioni (*complementary and alternative medicine-CAM*; *complementary and integrative medicine-CIM*; *traditional and complementary medicine-T&CM*, *traditional, complementary and integrative medicine-TCIM*, ecc.)<sup>5</sup>.

A ben vedere, si tratta di espressioni equivalenti soltanto in senso lato, dal momento che la preferenza per l'una o per l'altra in qualche caso può essere già da sola in grado di delineare una correlata visione di massima del rapporto che, usando quella specifica qualificazione, si intende stabilire tra queste metodiche terapeutiche e la concezione medica dominante nell'area culturale c.d. occidentale<sup>6</sup>. È evidente, ad esempio, che designandole nei

---

PEDRUCCI, R. CELESTI, *Riflessioni sul problema delle medicine alternative*, in *Riv. it. med. leg.*, 2002, pp. 1009 ss., spec. pp. 1010 e 1013).

<sup>5</sup> Ciascuna delle numerose denominazioni – è appena il caso di precisare – ha avuto un'emersione diacronica, in momenti e contesti distinti; per la ricognizione dell'anno di prima comparsa nella letteratura biomedica di alcune delle qualificazioni maggiormente in uso, v. P. ROBERTI DI SARSINA, A. MORANDI, M. ALIVIA, M. TOGNETTI BORDOGNA, P. GUADAGNI, *Medicine Tradizionali e Non Convenzionali in Italia. Considerazioni su una scelta sociale per la Medicina Centrata sulla Persona*, in *Advanced Therapies – Terapie d'avanguardia*, 1/2012, pp. 3 ss., spec. p. 4; ad es., «*traditional medicine*» appare per la prima volta nel 1952, «*alternative medicine*» nel 1975, «*unconventional medicine*» nel 1983, «*complementary medicine*» nel 1985, «*complementary and alternative medicine*» nel 1996.

<sup>6</sup> Come è stato esattamente osservato, l'opzione per un'aggettivazione o per l'altra è idonea a rispecchiare «l'operatività del paradigma terapeutico sotteso alle scelte di sistema»: così C. PICIOCCHI, *La libertà terapeutica come diritto culturale. Uno studio sul pluralismo nel diritto costituzionale comparato*, cit., p. 129. Si può aggiungere che, in modo speculare, anche alla concezione dominante nel sistema ci si può riferire con nomi diversi ("medicina scientifica", "medicina ufficiale", "medicina convenzionale", "medicina ortodossa", "medicina biomedica", "medicina allopatica", "medicina accademica", "medicina occidentale", "medicina *mainstream*" ecc.), a sottolineare con varie sfumature la differenza intercorrente tra i suoi presupposti scientifici e le impostazioni che sorreggono le medicine non convenzionali.

termini di “medicine non scientifiche” si voglia rimarcare il loro carattere deteriore dal punto di vista dell’affidabilità rispetto alla *evidence-based medicine* (EBM)<sup>7</sup> e parlando invece di “medicine olistiche” si ponga favorevolmente l’accento sulla ritenuta maggiore attenzione da esse manifestata verso la persona integralmente considerata, più che sulla malattia secondo il modello biomedico<sup>8</sup>; o, ancora, che riferendosi alla “medicina integrata” si suggerisca l’opportunità di un assetto complessivamente inclusivo, nel quale venga superata la conflittualità tra la “medicina scientifica” e le medicine “altre”<sup>9</sup>, e così via.

Va rilevato, ad ogni modo, che la terminologia cui più di frequente si fa ricorso al livello internazionale tende a presentarsi, almeno secondo le intenzioni dichiarate, in un’accezione sostanzialmente neutra rispetto a giudizi di valore: è il caso delle locuzioni “medicine complementari e alternative” (CAM, nella sigla inglese)<sup>10</sup>, “medicina tradizionale e complementare” (T&CM),

<sup>7</sup> V., ad es., J. FULLER, *Demarcating scientific medicine*, in *Studies in History and Philosophy of Science*, 106, 2024, pp. 177 ss., con riferimento soprattutto all’omeopatia come «*unscientific medicine*».

<sup>8</sup> È un aspetto diffusamente messo in luce dai sostenitori delle discipline olistiche: v., ad es., E. CHELI, *Le interdipendenze sistemiche tra comunicazione, relazione, cognizione ed emozione. Spunti per una integrazione olistica tra psicologia e sociologia*, in F. BOTTACCIOLI (a cura di), *Mutamenti nelle basi delle scienze. L’emergere di nuovi paradigmi sistemici nelle scienze fisiche, della vita e umane*, Milano, 2011, pp. 237 ss., per l’osservazione che «l’olismo contemporaneo si propone (...) di considerare i processi fisici, biologici, psichici e sociali nelle loro molteplici interrelazioni e conseguentemente di correggere la deriva meccanicistica e riduzionistica della scienza cosiddetta ufficiale».

<sup>9</sup> In questo senso v., ad es., P. BELLAVITE, M. SEMIZZI, P. MUSSO, R. ORTOLANI, G. ANDRIOLI, *Medicina ufficiale e terapie non convenzionali: dal conflitto all’integrazione?*, in *Med. e mor.*, 2001, pp. 877 ss., spec. p. 894, secondo cui «la medicina integrata consiste essenzialmente nella costruzione di modelli fisiopatologici tesi a comprendere la realtà e la complessità dello stato del paziente», modelli, cioè, nei quali «da una parte la medicina “ufficiale”, grazie al metodo scientifico correttamente applicato dovrebbe essere in grado di trovare rimedi sempre più specifici ed efficaci, dall’altra le medicine non convenzionali, correttamente applicate non come alternativa ma come complemento ad una cura più completa ed efficace, possono dare un valido contributo alla diversificazione ed adeguamento delle proposte terapeutiche in molte situazioni in cui mancano risposte risolutive».

<sup>10</sup> «*Complementary and alternative medicine*» (CAM), ad es., è la denominazione attualmente più in uso nel mondo anglosassone, in particolare negli Stati Uniti; in essa si produce una confluenza di accezioni diverse, dal momento che «*alternative medicine often refers to the use of therapies as substitutes for biomedical treatment, and complementary medicine refers to the use of such therapies in conjunction with biomedicine*»: così H.A. BAER, *The Growing Interest of Biomedicine in Complementary and Alternative Medicine: A Critical Perspective*, in *Medical Anthropology Quarterly*, 4/2002, pp. 403 ss., spec. p. 404.

“medicina tradizionale, complementare e integrativa”<sup>11</sup> e, appunto, “medicine non convenzionali” (NCM)<sup>12</sup>.

In ogni caso, quale che sia la denominazione adoperata, un dato sembra permanere: il “contenitore” rappresentato dalla categoria delle medicine non convenzionali finisce con l’includere tutte quelle attività finalizzate alla cura che però, quanto meno allo stato attuale delle ricerche, non risultino soddisfattive, in tutto o in parte, dei canoni richiesti dalla *evidence-based medicine*, la quale incarna – come già osservato – il modello medico dominante nei Paesi occidentali<sup>13</sup>. In questo senso, una corretta definizione del perimetro delle

---

<sup>11</sup> L’espressione, che unisce in sé il richiamo alla “medicina tradizionale” e alla “medicina complementare”, è frequentemente utilizzata dall’OMS (con individuazione di una sostanziale coincidenza tra “medicina complementare” e “medicina alternativa”): v., ad es., il documento licenziato nel 2013 riguardante la *WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023* (consultabile in *www.who.int*). In questo piano strategico, ribadendo quanto ritenuto sul punto in analoghi documenti approvati negli anni precedenti dall’Organizzazione, la “*traditional medicine*” è definita come «*the sum total of the knowledge, skill, and practices based on the theories, beliefs, and experiences indigenous to different cultures, whether explicable or not, used in the maintenance of health as well as in the prevention, diagnosis, improvement or treatment of physical and mental illness*», mentre «*the terms “complementary medicine” (CM) or “alternative medicine” refer to a broad set of health care practices that are not part of that country’s own tradition or conventional medicine and are not fully integrated into the dominant health-care system. They are used interchangeably with traditional medicine in some countries*»; dunque, la locuzione «*traditional and complementary medicine (T&CM) merges the terms TM and CM, encompassing products, practices and practitioners*». La stessa OMS ha ripetutamente adottato, da ultimo, la denominazione «*traditional, complementary and integrative medicine (TCIM)*»: v., ad es., la «*Gujarat Declaration*» del 2023 (su cui *infra*, nt. 39).

<sup>12</sup> Ad es., nella *Risoluzione sullo statuto delle medicine non convenzionali* (A4-0075/1997), adottata dal Parlamento europeo il 29 maggio 1997 (reperibile in *www.eur-lex.europa.eu*), si spiega la preferenza per la locuzione “medicine non convenzionali” rilevando che «risulta equivoco parlare di disciplina medica “alternativa” o “complementare”, nella misura in cui solo il contesto preciso nel quale la terapia è utilizzata permette di determinare se essa sia all’occorrenza alternativa o complementare», precisando inoltre che «nella presente risoluzione il termine “medicine non convenzionali” riassume le nozioni di “medicine alternative”, “medicine dolci” e “medicine complementari”, utilizzate indistintamente in taluni Stati membri per designare le discipline mediche diverse dalla medicina convenzionale».

<sup>13</sup> Tra gli argomenti spesi per spiegare questo dato, la letteratura che si esprime in senso favorevole all’efficacia terapeutica delle MNC, o di alcune di esse, fa riferimento con frequenza alla diversità strutturale tra i paradigmi di scientificità usati dalla EBM, a partire dal c.d. doppio cieco e dal *randomized controlled* (o *clinical*) *trial* (RCT), e quelli su cui si basano le medicine non convenzionali: cfr., ad es., A. DEI, *Il problema della validazione delle terapie non ortodosse. Antinomia e principio di non-contraddizione in Medicina Integrata*, in *Himed. Homeopathy and Intregrated Medicine*, 2/2011, pp. 12 ss., spec. p. 13, per il quale il RCT «non è compatibile con metodologie terapeutiche che si basano su principi diversi da quelli della medicina ortodossa», poiché «è la stessa essenza di molte CAM, che si rifanno a una visione olistica dello stato di malattia e dell’esito di guarigione, che limita, quando non esclude, uno strumento come l’RCT che si rifà a un paradigma riduzionista, in quanto volu-

medicines non convenzionali può avvenire solo in negativo<sup>14</sup>, e si è conseguentemente davanti a una categoria il cui contenuto presenta un carattere residuale, contrassegnato da una rilevante disomogeneità<sup>15</sup>.

Al riguardo, sia sufficiente considerare che studi non troppo risalenti stimano che i metodi terapeutici non convenzionali operanti sul piano globale ammontino al numero di circa 400<sup>16</sup>. Sono infatti annoverabili tra le MNC non soltanto quelle più note e con un grado di fruizione non esiguo anche nel contesto italiano (medicina omeopatica, agopuntura, fitoterapia, osteopatia, naturopatia ecc.), ma anche una corposissima serie di altre pratiche che si mostrano sensibilmente diverse tra loro per origine, sviluppo, diffusione, fondamento terapeutico, e che vanno, ad esempio, dalla sofrologia allo sciamanesimo, dalla radionica alla riflessologia, dalla tensegrità all'antiginastica, oltre a comprendere una cospicua schiera di "medicines tradizionali" (cinese, indiana o ayurvedica, tibetana, andina, siberiana ecc.)<sup>17</sup>.

---

tamente basato solo su alcuni aspetti dell'evidenza e volutamente prescindente dalla considerazione dell'individualità del paziente»; per l'opinione che «*the call from within biomedicine for more evidence of alternative medicine's effectiveness via the medium of the randomised clinical trial (RCT) (...) is also, in part, political and relates to the agenda of controlling the threat posed by alternative medicine to the long-standing hegemony of biomedicine in the West*», v. C.A. BARRY, *The role of evidence in alternative medicine: Contrasting biomedical and anthropological approaches*, in *Soc. Sc. & Med.*, 11/2006, pp. 2646 ss.

<sup>14</sup> «*Complementary and Alternative Medicine is best defined negatively*»: così P.J. VAN HEMEL, *A Way Out of the Maze: Federal Agency Preemption of State Licensing and Regulation of Complementary and Alternative Medicine Practitioners*, in *Am. J. Law & Med.*, 2-3/2001, pp. 329 ss., spec. p. 329, di cui dà conto C. PICIOCCHI, *La libertà terapeutica come diritto culturale. Uno studio sul pluralismo nel diritto costituzionale comparato*, cit., p. 128.

<sup>15</sup> Di possibilità di definizione «soltanto in via residuale», in ragione della natura «inevitabilmente disomogenea» delle MNC, parla D. MORANA, *Prima e dopo la cura: nuove dimensioni nella tutela della salute*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto, special issue 2/2019*, pp. 393 ss., spec. p. 401; nello stesso senso, v. anche F. MEOLA, *L'accesso ai servizi socio-sanitari da parte dei migranti tra tutela della salute e salvaguardia dell'identità culturale*, *ivi*, 4/2023, pp. 73 ss., spec. p. 90.

<sup>16</sup> Cfr. M. ANLAUF, L. HEIN, H.-W. HENSE, J. KÖBBERLING, R. LASEK, R. LEIDL, B. SCHÖNE-SEIFERT, *Complementary and alternative drug therapy versus science-oriented medicine*, in *GMS German Medical Science*, 13/2015, p. 2; anche sulla base di tale consistente dato quantitativo, gli Autori osservano che «*an indisputably positively formulated definition of CAM appears impossible*».

<sup>17</sup> Per un elenco di «medicines, sistemi, discipline, tecniche, metodi» non convenzionali praticati in Italia (elenco che, benché soltanto parziale, conta comunque 128 voci), v. P. ROBERTI DI SARSINA, A. MORANDI, M. ALIVIA, M. TOGNETTI BORDOGNA, P. GUADAGNI, *Medicine Tradizionali e Non Convenzionali in Italia. Considerazioni su una scelta sociale per la Medicina Centrata sulla Persona*, cit., pp. 26 s. Merita di essere segnalato che nelle statistiche statunitensi viene ascritto alle CAM anche il ricorso alla preghiera, per sé e per gli altri: cfr. F.

L'insieme degli elementi descritti restituisce, in definitiva, un panorama delle medicine non convenzionali segnato da un notevole tasso di complessità e problematicità, davanti al quale quasi fatalmente ogni decisore normativo è portato a muoversi con esitazione, apparendo particolarmente difficoltosa l'elaborazione in blocco di una legislazione organica e onnicomprensiva della materia che possa fare a meno di distinguo e cautele. Anche di questo rilievo bisogna tenere conto nel momento in cui ci si deve confrontare con la peculiare timidezza del legislatore statale italiano, i cui interventi su profili ricadenti in questa tematica sono stati – come si dirà più avanti – estremamente esigui nel numero e circoscritti quanto all'oggetto.

## 2. L'attenzione sovranazionale e internazionale per le MNC

Negli ultimi decenni le medicine non convenzionali (o anche soltanto alcune di esse) sono state prese in considerazione, in una serie di atti e documenti, sia dall'Unione europea sia da istituzioni operanti nell'ambito del diritto internazionale, e, tra queste, specialmente dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS).

Per quanto concerne l'ordinamento eurounitario, gli interventi più rilevanti – in quanto adottati nella forma della direttiva, quindi di un atto normativo dagli effetti vincolanti per gli Stati membri – hanno avuto ad oggetto una specifica disciplina non convenzionale, vale a dire l'omeopatia, relativamente al connesso profilo farmacologico<sup>18</sup>. A partire dalla direttiva 92/73/CEE, infatti, i farmaci omeopatici hanno acquisito cittadinanza in ambito comunitario, attraverso l'estensione ad essi, con alcune particolarità, della disciplina che era stata posta dalle direttive 65/65/CEE e 75/319/CEE in materia di ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative relative ai medicinali<sup>19</sup>.

---

BOTTACCIOLI, *Dalla medicina alternativa alla medicina integrata*, in *Treccani XXI secolo*, 2010 (reperibile in [www.treccani.it](http://www.treccani.it)).

<sup>18</sup>Come più che frequentemente accade in relazione alle medicine non convenzionali, anche rispetto all'omeopatia (una delle MNC più diffuse al livello mondiale) l'annoso dibattito nella letteratura medica continua a far emergere valutazioni in insanabile contrasto: a una maggioranza che ne nega l'efficacia terapeutica si contrappone una minoranza che la afferma; per agili sintesi che rispecchiano le due posizioni, cfr. rispettivamente, ad es., S. GARATTINI (a cura di), *Acqua fresca? Tutto quello che bisogna sapere sull'omeopatia*, Milano, 2015, e G. GORGA (a cura di), *Omeopatia. Medicina di precisione e grande opportunità*, Palermo, 2020.

<sup>19</sup>Direttiva 92/73/CEE del Consiglio, del 22 settembre 1992, «che amplia il campo d'applicazione delle direttive 65/65/CEE e 75/319/CEE concernenti il ravvicinamento delle di-

La normativa introdotta nel 1992 è poi in larga parte confluita nella direttiva 2001/83/CE, c.d. Codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano<sup>20</sup>. Tale direttiva è stata successivamente oggetto, sul piano generale, di diverse modifiche e integrazioni normative. Per quanto specificamente concerne i medicinali omeopatici, alcune variazioni sono state apportate dalla direttiva 2004/27/CE<sup>21</sup>. Uno degli aspetti più significativi della regolazione contemplata nel Codice comunitario è la possibilità di ricorrere a una procedura semplificata per la registrazione dei farmaci di natura omeopatica ai fini della loro immissione in commercio (artt. 14 ss.), in alternativa alla procedura ordinaria (artt. 8 ss.). Nella forma semplificata non è necessario, tra l'altro, allegare alla domanda di registrazione i «risultati delle prove farmaceutiche (chimico-fisiche, biologiche o microbiologiche), delle prove pre-cliniche (tossicologiche e farmacologiche), delle sperimentazioni cliniche», come invece richiesto nella procedura di autorizzazione ordinaria. L'accesso all'*iter* più snello è condizionato però al rispetto di alcuni requisiti che il farmaco omeopatico deve possedere: via di somministrazione orale o esterna; assenza di indicazioni terapeutiche particolari sull'etichetta o tra le informazioni di qualunque tipo relative al medicinale; grado di diluizione che garantisca l'innocuità del medicinale<sup>22</sup>. Il Codice comunitario detta anche

---

sposizioni legislative, regolamentari ed amministrative relative ai medicinali e che fissa disposizioni complementari per i medicinali omeopatici». Tra l'altro la direttiva definisce (art. 1) il medicinale omeopatico come «ogni medicinale ottenuto da prodotti, sostanze o composti denominati "materiali di partenza omeopatici" secondo un processo di fabbricazione omeopatico descritto dalla Farmacopea europea o, in assenza di tale descrizione, dalle farmacopee attualmente utilizzate ufficialmente dagli Stati membri». La direttiva 92/73/CEE venne attuata nell'ordinamento italiano con il d.lgs. n. 185/1995, il cui art. 1, co. 3, assoggettava allo stesso regime anche i medicinali usati nella medicina antroposofica.

<sup>20</sup> Direttiva 2001/83/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 6 novembre 2001, «recante un codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano»; per una panoramica sulla disciplina posta da questa direttiva e da alcune posteriori modificazioni e integrazioni, v. M. GNES, *Farmaci*, in M.P. CHITI, G. GRECO (diretto da), *Trattato di diritto amministrativo europeo. Parte speciale*, vol. II, II ed., Milano, 2007, pp. 1075 ss.

<sup>21</sup> Direttiva 2004/27/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 31 marzo 2004, «che modifica la direttiva 2001/83/CE recante un codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano».

<sup>22</sup> Peraltro, la direttiva 2004/24/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 31 marzo 2004 «che modifica, per quanto riguarda i medicinali vegetali tradizionali, la direttiva 2001/83/CE recante un codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano», ha introdotto nel Codice (artt. 16-*bis* ss.) una distinta procedura di registrazione semplificata anche per i farmaci fitoterapici "tradizionali", purché presentino un livello di efficacia verosimile – benché non provato – in base all'esperienza (con necessità di un utilizzo documentato da almeno 30 anni, di cui almeno 15 in ambito comunitario), non siano nocivi alle condizioni di uso indicate e non prevedano la necessità di una supervisione medica. Sulla fitoterapia in ge-

norme che riguardano l'etichettatura dei medicinali omeopatici registrati secondo la procedura semplificata, richiedendo obbligatoriamente, tra l'altro, che sulla confezione la dicitura «medicinale omeopatico» sia riportata in grande evidenza e che sia presente la specificazione «senza indicazioni terapeutiche approvate»<sup>23</sup>.

Nell'ordinamento italiano, la direttiva 2001/83/CE ha ricevuto attuazione con il d.lgs. n. 219/2006 (e successive modificazioni e integrazioni), che ha assegnato all'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) la funzione di autorizzare l'immissione in commercio anche dei medicinali omeopatici, previo accertamento dei previsti requisiti di qualità e sicurezza. Lo stesso decreto legislativo (sulla scia della scelta già compiuta dal citato d.lgs. n. 185/1995) ha esteso la disciplina stabilita per i medicinali omeopatici anche ai «medicinali antroposofici descritti in una farmacopea ufficiale e preparati secondo un metodo omeopatico»<sup>24</sup>.

Bisogna infine considerare che è attualmente in corso, su iniziativa della Commissione<sup>25</sup>, una procedura legislativa ordinaria per l'adozione di una nuova direttiva finalizzata a operare un'ampia riforma della normativa europea in materia di farmaci (c.d. *Pharmaceutical Package*), con integrale sostituzione, tra l'altro, della direttiva 2001/83/CE. La proposta è attualmente in attesa dell'esame da parte del Consiglio, essendo già stata approvata, con emendamenti, dal Parlamento europeo in prima lettura<sup>26</sup>. Nonostante la

---

nerale v. F. FIRENZUOLI, L. GORI, D. NERI, *Fitoterapia clinica: opportunità e problematiche*, in *Ann. Ist. Sup. San.*, 1/2005, pp. 27 ss.

<sup>23</sup> Art. 69, direttiva 2001/83/CE.

<sup>24</sup> Art. 20, co. 3, d.lgs. 24 aprile 2006, n. 219, «Attuazione della direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano». Va segnalato, inoltre, che il co. 1 dello stesso articolo – come modificato dall'art. 13, co. 1, d.-l. n. 158/2012 (convertito con modificazioni in l. n. 189/2012) – ha previsto il ricorso alla procedura semplificata di registrazione per i medicinali omeopatici presenti sul mercato italiano alla data del 6 giugno 1995, anche quando non siano destinati a essere somministrati per via orale o esterna, e anche quando contengano sostanze in concentrazione ponderale (ossia, analiticamente rilevabile dal punto di vista chimico). In base a quanto disposto, da ultimo, dall'art. 1, co. 464, l. n. 160/2019, i medicinali omeopatici «interessati da un procedimento di rinnovo depositato presso l'AIFA entro la data del 30 giugno 2017 sono mantenuti in commercio fino al completamento della valutazione da parte dell'AIFA», mentre «gli altri medicinali omeopatici presenti nel canale distributivo al 1° gennaio 2020 sono mantenuti in commercio fino alla data di scadenza del medicinale indicata in etichetta e comunque non oltre il 1° gennaio 2022».

<sup>25</sup> «Proposta di direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio recante un codice dell'Unione relativo ai medicinali per uso umano e che abroga le direttive 2001/83/CE e 2009/35/CE», COM(2023) 192 final, del 26 aprile 2023.

<sup>26</sup> «Risoluzione legislativa del Parlamento europeo del 10 aprile 2024 sulla proposta di di-

stessa proposta intenda espressamente mantenere invariata, anche nel contesto della nuova direttiva, la vigente disciplina in materia di omeopatici, nell'attività emendativa il Parlamento ha deliberato che ogni riferimento ai «medicinali omeopatici» venga sostituito con l'espressione «prodotti omeopatici». Tale presa di posizione parlamentare sembrerebbe tenere conto dei rilievi, da più parti espressi da tempo, circa l'inopportunità di utilizzare i termini «medicinale» o «farmaco» per i preparati omeopatici<sup>27</sup>. Una lettura di questo tipo della scelta parlamentare deve però misurarsi con il dato che lo stesso Parlamento – in modo apparentemente disallineato rispetto al complessivo intervento emendativo sul punto – lascia invece inalterata la definizione del ridenominato «prodotto omeopatico» come «*medicinale* preparato a partire da ceppi omeopatici secondo un processo di fabbricazione omeopatica descritto dalla farmacopea europea o, in assenza di tale descrizione, dalle farmacopee attualmente utilizzate ufficialmente dagli Stati membri»<sup>28</sup>.

Con riguardo, poi, alle medicine non convenzionali nel loro insieme, la presa di posizione più significativa da parte dell'Unione resta la «Risoluzione sullo statuto delle medicine non convenzionali», adottata dal Parlamento europeo nel 1997<sup>29</sup>, con la quale si indirizzano alcune richieste alle altre istitu-

---

rettiva del Parlamento europeo e del Consiglio recante un codice dell'Unione relativo ai medicinali per uso umano e che abroga le direttive 2001/83/CE e 2009/35/CE» (reperibile in [www.europarl.europa.eu](http://www.europarl.europa.eu)). In argomento v. D. SERVETTI, *Primi rilievi sull'approvazione del Pharmaceutical Package da parte del Parlamento europeo (con particolare riferimento alla promozione dei farmaci innovativi)*, in *Corti supreme e salute*, 2/2024, pp. 791 ss.

<sup>27</sup> V., ad es., quanto ritenuto dal Comitato nazionale per la bioetica nella «Dichiarazione sull'etichettatura dei preparati omeopatici e sulla trasparenza dell'informazione» del 28 aprile 2017 (reperibile in [www.bioetica.governo.it](http://www.bioetica.governo.it)); a partire dal rilievo che «secondo le norme vigenti, i preparati omeopatici in commercio in Italia non recano specifiche indicazioni terapeutiche sull'etichetta, né tra le informazioni di qualunque genere riferentisi ai singoli preparati», e ritenendo che ciò «non sembra sufficiente ad assicurare la necessaria trasparenza informativa e il rigore che sono un pre-requisito essenziale per la commercializzazione di qualsiasi farmaco», il Comitato in questo documento chiede, tra l'altro, che «il sistema di etichette riguardante i preparati omeopatici venga modificato al fine di ridurre potenziali effetti confondenti e di garantire l'obiettivo di un'informazione corretta, completa e realmente comprensibile», e che «il termine "medicinale" sia sostituito dal termine "preparato"». Più in generale, con riguardo alle MNC nel loro insieme, il Comitato nazionale per la bioetica ha in più occasioni rimarcato il loro *deficit* di scientificità, invitando conseguentemente a un atteggiamento prudente e restrittivo nel disciplinarne l'utilizzo: v., ad es., il documento «Le medicine alternative e il problema del consenso informato» del 18 marzo 2005.

<sup>28</sup> V. l'art. 4, co. 1, n. 62, del testo della proposta come licenziato con emendamenti dal Parlamento europeo (enfasi aggiunta).

<sup>29</sup> V. *supra*, nt. 12.

zioni eurounitarie, senza ovviamente configurare alcun vincolo normativo a carico degli Stati membri.

Tra le considerazioni poste a fondamento della risoluzione, viene operato un espresso richiamo sia alla circostanza che «una parte della popolazione degli Stati dell'Unione europea fa ricorso a determinate medicine e terapie non convenzionali», dimodoché sarebbe «irrealistico ignorare tale dato di fatto», sia alla circostanza che in base al «Trattato CE, in particolare il titolo III, articoli 52-66 [allora vigenti], concernenti la libera circolazione delle persone e la libertà di stabilimento, (...) l'eterogeneità in materia di status e di riconoscimento di ciascuna delle discipline mediche non convenzionali in seno all'Unione costituis[c]e un ostacolo a tali libertà»<sup>30</sup>. Pur consapevole che «l'insieme dei sistemi medici e delle discipline terapeutiche riuniti nella denominazione "medicine non convenzionali" hanno in comune il fatto che la loro validità non è riconosciuta o lo è solo parzialmente», con questo atto il Parlamento europeo chiede alla Commissione, tra l'altro, «di realizzare prioritariamente uno studio approfondito per quanto concerne l'innocuità, l'efficacia, il campo di applicazione e il carattere integrativo o alternativo di ciascuna medicina non convenzionale, nonché uno studio comparativo dei sistemi giuridici nazionali esistenti cui sono soggetti coloro che praticano medicine non convenzionali», e, «qualora i risultati dei relativi studi lo consentano, di impegnarsi in un processo di riconoscimento delle medicine non convenzionali e, a tal fine, di adottare le misure necessarie per favorire l'istituzione di comitati *ad hoc*». Il Consiglio invece viene invitato a promuovere, parallelamente allo stesso Parlamento e dopo la conclusione degli studi preliminari effettuati dalla Commissione, «programmi di ricerca nel settore delle medicine non convenzionali in cui si tenga conto dell'approccio individuale e olistico, del ruolo preventivo e delle specificità delle discipline mediche non convenzionali».

V'è da dire che tale risoluzione, a distanza di quasi trent'anni dalla sua adozione, non sembra aver prodotto conseguenze di particolare rilievo. Può al riguardo menzionarsi che in esecuzione del «*Seventh Framework Programme of the European Community for research, technological development and demonstration activities (2007-2013)*», c.d. FP7, varato nel dicembre 2006 con la decisione n. 1982/2006/CE del Parlamento e del Consiglio, la Commissione ha finanziato un progetto triennale di ricerca sul tema delle

---

<sup>30</sup>Nella parte motiva della risoluzione è anche presente un riferimento ad alcune delle MNC che «beneficiano di una forma di riconoscimento giuridico in taluni Stati membri e/o di una struttura organizzativa sul piano europeo», con espressa menzione di chiropratica, omeopatia, medicina antroposofica, medicina tradizionale cinese (compresa l'agopuntura), shiatsu, naturopatia, osteopatia e fitoterapia.

MNC, conclusosi nel 2012<sup>31</sup>. Va infine segnalato che nell'ottobre 2007 la decisione n. 1350/2007/CE del Parlamento e del Consiglio, istitutiva del «secondo programma d'azione comunitaria in materia di salute (2008-2013)», tra i «considerando» premessi all'articolato specifica al n. (24) che «il programma dovrebbe prendere atto dell'importanza di un'impostazione olistica della sanità pubblica e tenere in considerazione nelle sue azioni, ove appropriato e in presenza di prove scientifiche o cliniche di efficacia, la medicina integrativa e alternativa». Si tratta invero di una dichiarazione d'intenti piuttosto sommaria e che non ha dato luogo, neppure essa, a conseguenze normative o operative di apprezzabile entità. Può anzi dirsi che negli ultimi anni la tematica delle medicine non convenzionali sembra non intercettare più l'attenzione delle istituzioni eurounitarie: basti rilevare che sia nel «terzo programma d'azione dell'Unione in materia di salute (2014-2020)» sia nell'ultimo programma «EU4Health (2021-2027)»<sup>32</sup> è assente qualunque richiamo alle MNC<sup>33</sup>.

Passando al piano internazionale, ma restando in ambito europeo, le MNC sono state oggetto di una deliberazione da parte dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa. Si tratta della risoluzione 1206(1999), dal titolo «*A European approach to non-conventional medicines*»<sup>34</sup>. In sintesi, l'Assemblea valuta opportuno che gli Stati aderenti diano spazio a un approccio di comune apertura alle medicine non convenzionali in una logica non competitiva ma complementare con la medicina convenzionale, a beneficio della libertà di scelta del paziente e in considerazione della crescente domanda di trattamenti terapeutici differenti da quelli praticati dalla medicina ufficiale. Allo stesso tempo, viene ribadita la preminenza delle medicine convenzionali la cui efficacia sia stata scientificamente provata, esprimendo

<sup>31</sup>La ricerca, finanziata con circa 1,5 milioni di euro, è stata svolta dal consorzio CAMBrella, costituito allo scopo da una pluralità di università ed enti europei (tra cui l'Agenzia sociale e sanitaria della Regione Emilia-Romagna). I risultati della ricerca possono essere consultati in [www.cordis.europa.eu/project/id/241951/results/it](http://www.cordis.europa.eu/project/id/241951/results/it).

<sup>32</sup>I programmi sono stati deliberati, rispettivamente, con Regolamento (UE) n. 282/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio, dell'11 marzo 2014, «sulla istituzione del terzo programma d'azione dell'Unione in materia di salute (2014-2020) e che abroga la decisione n. 1350/2007/CE», e con Regolamento (UE) 2021/522 del Parlamento europeo e del Consiglio del 24 marzo 2021 «che istituisce un programma d'azione dell'Unione in materia di salute per il periodo 2021-2027 (“programma UE per la salute”) (EU4Health) e che abroga il regolamento (UE) n. 282/2014».

<sup>33</sup>V., sul punto, C. DRIGO, *L'apertura dei sistemi sanitari alla diversità culturale: quale spazio per le medicine non convenzionali?*, in B. BERTARINI, C. DRIGO (a cura di), *Diversità culturale come cura, cura della diversità culturale*, Torino, 2021, pp. 29 ss., spec. p. 50.

<sup>34</sup>L'atto è stato adottato il 4 novembre 1999 ed è reperibile in [www.pace.coe.int](http://www.pace.coe.int).

la consapevolezza che le MNC presentano limiti che non devono essere sottovalutati, donde la necessità di operare distinzioni tra esse, attraverso studi e approfondimenti, e di non dare sostegno a pratiche dubbie. In questo senso viene ritenuto che introdurre una disciplina normativa per queste medicine, per quanto rappresenti un obiettivo impegnativo, sia preferibile a un assetto eccessivamente permissivo<sup>35</sup>. La risoluzione non pare abbia dato avvio a ulteriori sviluppi da parte dello stesso Consiglio d'Europa, il quale nei decenni successivi non è tornato sulla tematica.

Nell'ordinamento internazionale non v'è dubbio che un ruolo particolarmente proattivo in relazione alle MNC sia svolto dall'OMS. L'interesse dell'Organizzazione in questo campo rimonta a diversi decenni addietro<sup>36</sup>, ed è venuto ampliandosi e precisandosi nel corso del tempo. Tra le tappe principali di questo percorso vanno senza dubbio collocati i documenti «*WHO Traditional Medicine Strategy 2002–2005*», del 2002, e «*WHO Traditional Medicine Strategy 2014–2023*», del 2013<sup>37</sup>.

In quest'ultimo, in particolare, a partire da una ricognizione dei progressi registrati dall'inizio del millennio dalle medicine tradizionali e complementari al livello mondiale dal punto di vista sia della loro diffusione sia della considerazione normativa ottenuta in molteplici Stati aderenti, si mettono a punto una serie di obiettivi da raggiungere (alcuni dei quali già prefigurati nel precedente piano strategico) e un ampio raggio di azioni da svolgere in vista del loro conseguimento. In sintesi, per l'OMS rimane prioritario offrire un supporto alle medicine tradizionali e complementari (T&CM), attraverso lo sviluppo di attività finalizzate, ad esempio, a facilitare la «*integration of*

---

<sup>35</sup> Cfr. il n. 5 della risoluzione: «*The Assembly agrees that, in the current grey area of non-conventional medicine, it is necessary to separate the wheat from the chaff. The demands of public health and the right of individuals to health protection must come first. The limitations of non-conventional medicines must not be ignored nor underestimated. Support should not be given to dubious or intolerant practices that would deny people and, in particular, children, the medical care their state of health demands. Establishing a legal framework for nonconventional medicine is a difficult undertaking, but it is preferable to being too liberal*».

<sup>36</sup> Si consideri, ad es., il rapporto finale della «*Réunion OMS sur la promotion et le développement de la médecine traditionnelle*» del 1977 (reperibile in [www.iris.who.int](http://www.iris.who.int)), nel quale, tra l'altro, si rileva che «*l'approche de la médecine traditionnelle est holistique: elle considère l'homme dans sa totalité en le replaçant dans un large contexte écologique et met l'accent sur le fait que le mauvais état de santé ou la maladie sont dus à un déséquilibre, à une inadaptation au milieu et non seulement à l'action d'agents pathogènes*»; si afferma piuttosto perentoriamente che «*l'utilité de la médecine traditionnelle n'étant plus à démontrer, il faut la promouvoir et en exploiter plus largement les possibilités dans l'intérêt de l'humanité tout entière*»; si individua l'obiettivo di pervenire alla «*intégration de la médecine traditionnelle aux soins de santé primaires*».

<sup>37</sup> V. *supra*, nt. 11.

*T&CM into national health systems by helping Member States to develop their own national policies in this sector» e a stimolare la «strategic research into T&CM by providing support for clinical research projects on its safety and effectiveness»<sup>38</sup>. Nello stesso documento vengono esemplificativamente segnalati come modelli virtuosi di integrazione tra medicina convenzionale e medicine non convenzionali nel relativo sistema sanitario, la Cina e, in Europa, la Svizzera. L'impegno dell'Organizzazione in questo senso è peraltro destinato a proseguire: nel maggio 2023 l'Assemblea mondiale della sanità ha deciso di estendere fino al 2025 la «WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023», nonché di avviare l'elaborazione di un nuovo documento strategico in materia per il periodo 2025-2034, la cui approvazione da parte della stessa Assemblea è attesa per maggio 2025<sup>39</sup>.*

Dalla disamina appena svolta può desumersi che, mentre in seno all'Unione europea e al Consiglio d'Europa i riferiti atti di indirizzo riguardanti le medicine non convenzionali appaiono più come decisioni estemporanee che come elementi strutturali di una definita visione di politica sanitaria sulla questione (che di fatto non si è dispiegata nel corso del tempo), per l'OMS l'azione di sostegno alle MNC nella prospettiva della medicina integrata, benché condotta con atti che mirano a sollecitare gli Stati aderenti senza vin-

<sup>38</sup> Cfr. «WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023», n. 1, *Introduction*, par. WHO support for T&CM, disponibile in [www.who.int](http://www.who.int). Le altre attività indicate nel paragrafo sono: «producing guidelines for T&CM by developing and providing international standards, technical guidelines and methodologies for research into products, practices and practitioners», «advocating the rational use of T&CM through the promotion of its evidence-based use», «mediating information on T&CM by acting as a clearing-house to facilitate information exchange».

<sup>39</sup> Cfr. «Seventy-sixth World Health Assembly. Resolutions and decisions annexes», decision WHA76(20), disponibile in [www.who.int](http://www.who.int). Per quanto emerge dalla bozza già accolta dal Consiglio esecutivo dell'OMS (consultabile in [www.apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB156/B156\\_16-en.pdf](http://www.apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_16-en.pdf)), la «Global traditional medicine strategy (2025-2034)» si svilupperà lungo la stessa direttrice del precedente piano strategico, confermandone e ampliandone gli obiettivi e rafforzandone gli strumenti. Peraltro, come si è già rilevato, i piani strategici rappresentano le iniziative forse più significative adottate dall'OMS a sostegno delle medicine non convenzionali, ma non certamente le uniche. Nello stesso senso di promozione della «traditional, complementary and integrative medicine-TCIM» si muove, ad es., la recente «Gujarat Declaration» (reperibile in [www.who.int](http://www.who.int)), adottata in esito al primo «WHO Traditional Medicine Global Summit», svoltosi in Gujarat, India, nell'agosto 2023. Tra i molteplici obiettivi individuati dalla Dichiarazione: «Support the evidence-based integration of TCIM in national health policies and systems based on highest quality research. Accelerate the production, regulation, and formal utilization of scientifically proven TCIM products and practices, including for consideration in WHO guidelines and national health policies and systems, and by supporting where appropriate their integration in the national list of essential medicines based on rigorous scientific criteria, and ensuring the involvement of TCIM experts in related decisions and implementations».

colarli giuridicamente, rappresenta una linea di condotta portata avanti con costanza e ricorrendo a una pluralità di iniziative e di interventi<sup>40</sup>.

Vi è anche da dire che nell'incoraggiare, *ex professo*, l'integrazione tra i diversi trattamenti e impostazioni medicali nei sistemi sanitari degli Stati, l'OMS non sembra sfuggire a qualche rilevante opacità concettuale. Ad esempio, tra le attività da mettere in campo a questo fine viene in più occasioni ribadita la necessità di supportare un «*rational use of T&CM through the promotion of its evidence-based use*»<sup>41</sup>. Si tratta, tuttavia, di riferimenti non privi di ambiguità e che in qualche modo scavalcano il punto cruciale: cioè, che proprio in relazione alla possibilità di qualificare le medicine non convenzionali come *evidence-based medicine* (nel senso diffusamente assunto da questa espressione nel linguaggio medico internazionale<sup>42</sup>), e che dunque si possa fare di esse un *evidence-based use*, si produce il principale dissidio tra la medicina convenzionale e i fautori delle MNC.

### 3. Ordinamento italiano e MNC. Lo sporadico interesse del legislatore statale

Pressoché tutti gli atti adottati in ambito sovranazionale e internazionale di cui si è sopra dato conto, anche quelli più risalenti, mettono in evidenza la progressiva espansione, tanto nella dimensione continentale che in quella globale, del numero di persone che si avvalgono di una (o di più di una) delle pratiche incluse tra le MNC. La realtà sociale italiana, al pari di quanto avvenuto nella maggior parte degli altri Paesi occidentali, si situa all'interno di questa tendenza<sup>43</sup>. Le indagini statistiche e sociologiche disponibili, anche

---

<sup>40</sup> Per interessanti considerazioni che mettono in luce come nella mobilitazione dell'OMS in favore delle MNC non siano in gioco soltanto aspetti di natura sanitaria, ma anche questioni di carattere geopolitico, connesse a un più ampio processo di «decolonizzazione» portato avanti dalle aree orientali e meridionali del mondo, v., di recente, B. SENA, *The silent health social movement of traditional, complementary and integrative medicine in political contention with Western evidence-based biomedicine*, in *Rass. it. soc.*, 4/2024, pp. 771 ss.

<sup>41</sup> In questi termini, ancora «*WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023*», n. 1, *Introduction*, par. *WHO support for T&CM*.

<sup>42</sup> Per una ricostruzione storica e un inquadramento delle caratteristiche salienti della EBM, v., tra gli altri, M. TOMBESI, *Medicina basata sulle prove di efficacia*, in *Enciclopedia della scienza e della tecnica*, 2007 (consultabile in [www.treccani.it](http://www.treccani.it)).

<sup>43</sup> Benché in misura minore che in altri Paesi occidentali, almeno sulla base dei dati disponibili nel primo decennio del secolo: v., sul punto, G. GIARELLI, *La domanda di MNC in Italia: profili di prevalenza e modalità di utilizzo*, in G. GIARELLI, P. ROBERTI DI SARSINA, B.

quando si mantengono su un piano generale senza elaborare approfondimenti analitici, registrano anche in Italia, perlomeno negli ultimi tre decenni, una consistenza comunque rilevante di questa propensione<sup>44</sup>.

È plausibile che le ragioni all'origine di tale risultato siano molteplici; per la loro individuazione vengono fornite svariate spiegazioni, talvolta correlate anche al complessivo giudizio favorevole o sfavorevole che si manifesta nei riguardi delle MNC. Si va quindi, ad esempio, dal leggere il significativo tasso di ricorso ad alcune terapie non convenzionali in senso confermativo della loro validità e utilità<sup>45</sup>, al ravvisare in esso una pericolosa perdita di fiducia verso la medicina scientifica come conseguenza delle visioni ideologiche e sociologiche che acriticamente la contestano<sup>46</sup>. Sussiste tuttavia una ricor-

---

SILVESTRINI (a cura di), *Le medicine non convenzionali in Italia. Storia, problemi e prospettive di integrazione*, Milano, 2007, pp. 57 ss., spec. p. 58, secondo cui «resta comunque indiscutibile il livello notevolmente più basso che sembra caratterizzare la diffusione del fenomeno delle MNC nel nostro paese rispetto al contesto internazionale».

<sup>44</sup> Secondo i rilevamenti svolti nel tempo dall'ISTAT (gli ultimi dei quali, tuttavia, risalgono a oltre un decennio addietro), le percentuali della popolazione italiana fruitrici di MNC sono state: 7% nel 1991, 15,6% nel 1999, 13,6% nel 2005, 8,1% nel 2013 (v., per l'analisi di questi dati, E. BOLOGNA, L. GARGIULO, R. DA CAS, A. PUGLIESE, S.D. CICALA, F. MENNITI-IPPOLITO, *Terapie non convenzionali in Italia: diffusione, trend e profilo dei consumatori*, in G. COSTA et al. [a cura di], *Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini ISTAT sulla salute, in Istituto Superiore di Sanità. Rapporti Istituzionali 16/26*, 2016, pp. 197 ss., reperibile anche in [www.iss.it](http://www.iss.it)). In base a un'indagine condotta dall'ente privato Eurispes, tra la fine del 2016 e l'inizio del 2017 la percentuale dei fruitori ammontava al 21,2% (v. EURISPES, *29° Rapporto Italia*, Bologna, 2017). L'insieme di queste ricerche è comunque concorde nell'indicare l'omeopatia come la MNC più richiesta in Italia; tra gli ulteriori dati che emergono vi è anche il maggiore utilizzo di esse da parte degli appartenenti alle classi sociali più elevate e da parte di coloro che vivono nel centro-nord del Paese. Restando ancora nell'ambito delle indagini socio-statistiche, può segnalarsi un'interessante ricerca effettuata tra gli studenti di medicina dell'Università di Pisa che ha mostrato come nel 2020 (dopo l'esplosione della pandemia da Covid-19, ma con risultati percentuali non troppo diversi da quelli emersi un anno prima), il 34,9% di essi riteneva che le medicine non complementari «sono di efficacia non comprovata», per il 29,7% «possono rappresentare una soluzione terapeutica in determinate circostanze», il 24,4% le considerava «una moda senza fondamento», mentre per l'11% «sono favorite da interessi economici»: cfr. R. BIANCHERI, I. PSAROUDAKIS, *Il ruolo della formazione universitaria nella questione vaccinale. Un'indagine nei Corsi di Laurea di Medicina e Infermieristica*, in L. PELLIZZONI, R. BIANCHERI (a cura di), *Scienza in discussione? Dalla controversia sui vaccini all'emergenza Covid-19*, Milano, 2021, pp. 177 ss., spec. p. 196.

<sup>45</sup> In questo senso, ad es., P. ROBERTI DI SARSINA, *Le medicine non convenzionali in Italia: la situazione attuale*, in *La medicina biologica*, 1/2009, pp. 29 ss.

<sup>46</sup> Così, ad es., S. PATUZZO, R. CILIBERTI, *Non-conventional practice versus evidence-based medicine. A scientific and ethical analysis of the Italian regulation*, in *Acta biomed.*, 2/2017, pp. 143 ss., spec. p. 145. Il Comitato nazionale di bioetica, nel documento «Scopi, limiti e rischi della medicina» del 14 dicembre 2001 (reperibile in [www.bioetica.governo.it](http://www.bioetica.governo.it)), conte-

rente convergenza nell'indicare la richiesta di terapie non convenzionali come motivata anche da taluni aspetti deteriori che tendono a manifestarsi nell'approccio medico convenzionale, quali la spersonalizzazione, la parcellizzazione, il paternalismo, le insufficienze comunicative<sup>47</sup>: carenze che possono acuirsi in relazione a determinate condizioni in cui la persona venga a trovarsi<sup>48</sup>. Si trat-

---

nente notazioni estremamente critiche verso le MNC, dopo aver osservato che «il “contratto” tra medico e paziente, per esplicito ed informato che sia, ha troppi margini di aleatorietà per non comportare un elevato tasso di potenziale disillusione dei pazienti e di una loro reazione negativa nei confronti del medico», aggiunge che «è questa probabilmente la causa principale del perdurante ed anzi aumentato ricorso alle cosiddette Medicine Non Convenzionali o Medicine Alternative Tradizionali». Per un riferimento che esula dall'ambito della letteratura specialistica medica o sociologica può ricordarsi l'opinione di Umberto Eco, secondo cui è possibile istituire una connessione tra la fiducia in forme di medicina alternativa e un pensiero di tipo “magico” o “miracolistico”; v. U. ECO, *Magia nel rinascimento e oltre*, in *Bruniana & Campanelliana*, 2/2014, pp. 563 ss., spec. p. 565: «È difficile comunicare al pubblico che la ricerca è fatta di ipotesi, esperimenti di controllo, prove di falsificazione. Il dibattito che oppone la medicina ufficiale alle medicine alternative è di questo tipo: perché il pubblico deve credere alla promessa remota della scienza quando ha l'impressione di avere il risultato immediato della medicina alternativa?».

<sup>47</sup> «Anche la ricerca di un nuovo rapporto con il medico, più umano e personalizzato, emerge come uno degli elementi più rilevanti che motivano l'interesse e l'attrazione per le metodiche della medicina non convenzionale. L'attenzione all'unicità di ogni paziente, alla globalità della persona considerata non solo nella dimensione organica, ma anche in quella psicologica e sociale, la valorizzazione di un approccio non aggressivo e paternalistico, ma centrato sulle risorse della persona e sul suo coinvolgimento, rappresentano le modalità di rapporto e di intervento tipiche delle terapie non convenzionali più apprezzate dai pazienti e dai loro familiari»: così, F. MENNITI-IPPOLITO, B. DE MEI, *Caratteristiche d'uso e livelli di diffusione della medicina non convenzionale*, in *Ann. Ist. Sup. San.*, 4/1999, pp. 489 ss. Per la diversa opinione secondo cui, a ben vedere, le MNC non assicurerebbero necessariamente un livello superiore di “umanesimo medico” rispetto alla biomedicina, v. I.S. PIETSCHMANN, M. MERTZ, *Medical humanism and complementary, alternative and integrative medicine. A natural fit or just mere coincidence?*, in *Archives de Philosophie*, 4/2020, pp. 83 ss., spec. p. 97: «The analysis presented warrants legitimate doubts regarding the unqualified truth of the hypothesis that CAIM is, in Western societies, tendentially better able to conform to the values of medical humanism than established biomedicine. Although CAIM may correspond to many values of medical humanism, it is not always the “best candidate” to fully conform to medical humanism due to its heterogeneity and lack of broadly established scientific and ethical/legal standards. The lack of scientific standards can be a problem for the value of “humility”, while the lack of ethical/legal standards can be a particular problem for the value of “autonomy”. On the other hand, CAIM has advantages when it comes to realizing the value of “individuality”. The “holistic nature” – or “holism” as a theoretical concept – is either not as specific to CAIM as purported, or is also more difficult to implement in practice in CAIM approaches than often thought».

<sup>48</sup> Ad es., in relazione alle inadeguatezze del paradigma esclusivamente biomedico nei confronti delle persone con disabilità, cfr. F. MASCI, *Persona, scienza e linguaggio: l'inattuazione del programma costituzionale in materia di disabilità e dei relativi livelli essenziali delle prestazioni*, in *Corti supreme e salute*, 2/2024, pp. 635 ss., spec. pp. 660 ss.

ta peraltro di profili sovente denunciati anche da chi, per il resto, esprime posizioni marcatamente critiche verso le MNC<sup>49</sup>.

Quali che siano le cause della espansione sul piano sociale del ricorso alle pratiche non convenzionali, verosimilmente è anche in ragione della sua non trascurabile entità che diversi Stati europei hanno adottato atti legislativi di sistema, in base ai quali le MNC ricevono (direttamente o indirettamente) una regolazione nazionale e una definizione del loro statuto giuridico, anche sul piano formativo e accademico<sup>50</sup>.

Non è invece stata di questo tipo la scelta del legislatore statale italiano che, come si è sopra anticipato, non ha finora inteso introdurre una disciplina né organica né di principio sul tema<sup>51</sup>. L'unico riferimento normativo sta-

<sup>49</sup> V., ad es., S. PATUZZO, R. CILIBERTI, *Non-conventional practice versus evidence-based medicine. A scientific and ethical analysis of the Italian regulation*, cit., p. 145, le quali rilevano che «*the social demand for non-conventional solutions is often supported by the need for greater awareness of the individual in all her complexity, in contrast with a reductionist and mechanistic approach to a patient's illness*», mentre la medicina convenzionale, «*as a result of the excessive compartmentalisation of practice, runs the risk of losing sight of the individual's psycho-physical dimension*». Del resto, già all'inizio degli anni Ottanta l'eminente etnologo Vittorio Lanternari osservava che «è peculiare della cultura contemporanea della società avanzata borghese, l'affermarsi ed il moltiplicarsi *ex-novo* di un'inopinata varietà di "medicine alternative" su base extrascientifica o parascientifica rispetto alla medicina ufficiale», aggiungendo che «l'incremento rapido e la diffusione estensiva» di esse fosse da considerare «anche una risposta alle limitazioni della prassi medica occidentale, che ha perduto assai spesso tanto il senso dell'unità "soma-psiche", quanto l'abito del rapporto di fiducia e di delega paziente-medico»: v. V. LANTERNARI, *Le terapie carismatiche. Medicina popolare e scienza moderna*, in *Ric. Folk.*, 8/1983, pp. 83 ss., spec. p. 84.

<sup>50</sup> Assetti di questo tipo si registrano, tra gli altri, negli ordinamenti di Portogallo, Regno Unito, Austria, Paesi Bassi. Per una sintetica panoramica relativa ad alcune legislazioni europee in materia, v. D. VASAPOLLO, M. MONTI, L. ROCCA, L. PIERACCINI, *Il Dry Needling: note "a prima lettura" del disegno di legge n. 1461/2014*, in *Riv. it. med. leg.*, 1/2016, pp. 443 ss., spec. pp. 455 ss. Non manca chi individua una connessione tra riconoscimento giuridico delle MNC e interessi di tipo economico, osservando, all'interno di più ampie riflessioni sugli effetti distorsivi che possono determinarsi nel rapporto tra finanziatori privati e ricerca scientifica, che «chi è chiamato a dare danaro pretenderà prima o poi non solo di controllarne l'uso, ma di riservarsi (anche se indebitamente) il potere di *qualificare epistemologicamente* coloro che dovranno mettere a profitto il danaro loro erogato», e operando uno specifico riferimento esemplificativo «alle straordinarie pressioni per qualificare legalmente, attraverso titoli accademici, le pratiche delle medicine c.d. *non convenzionali*»: in questi termini, F. D'AGOSTINO, *Scienza e normatività*, in AA.VV., *Scienza e normatività. Profili etici, giuridici e politico-sociali*, Napoli, 2006, pp. 144 ss., spec. p. 145, di cui dà conto S. AGOSTA, *Spingersi dove neppure alle più avanzate acquisizioni tecnico-mediche è consentito: la sfida del diritto all'epoca della rivoluzione biologica*, in *Riv. AIC*, 1/2014, p. 3.

<sup>51</sup> Come emerge anche dal *Global report on traditional and complementary medicine 2019* dell'OMS (consultabile in [www.who.int](http://www.who.int)), l'Italia figura tra gli Stati che nel 2018 non presentavano né «*a national policy on T&CM*» né «*national or state level laws or regulations for*

tale di rango primario alle medicine non convenzionali nel loro insieme è contenuto, a quanto consta, nell'art. 9 del d.lgs. n. 502/1992 (come modificato dall'art. 9 del d.lgs. n. 229/1999), il quale, nel disciplinare i fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, stabilisce che il loro ambito d'applicazione concerne, tra l'altro, le «prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditati», precisando che tra esse sono incluse anche «le prestazioni di medicina non convenzionale, ancorché erogate da strutture non accreditate»<sup>52</sup>.

Esiguo è anche il numero di atti statali di livello legislativo che si occupano di specifiche pratiche non convenzionali. Essi riguardano anzitutto l'adeguamento alla normativa eurounitaria sui medicinali omeopatici, la cui attuazione è stata inaugurata con il d.lgs. n. 185/1995 ed è proseguita con il d.lgs. n. 219/2006, di cui si è già detto<sup>53</sup>. Oltre a ciò, rimangono da menzionare soltanto due previsioni, in materia di chiropratica (o chiroprassi) e osteopatia<sup>54</sup>.

La prima di tali disposizioni, peraltro rimasta parzialmente priva di effetti, è contenuta nella legge finanziaria per il 2008 e contempla l'istituzione presso il Ministero della salute di un registro dei dottori in chiropratica, riservato ai possessori di un diploma di laurea magistrale in chiropratica o titolo equipollente. Al dottore chiropratico viene poi riconosciuto di poter

*T&CM*» (ivi, pp. 17 e 19). Va comunque segnalato che le proposte di legge al riguardo presentate alle Camere e non approdate ad alcun esito ammontano complessivamente a decine nel corso delle diverse legislature; ci si limiterà a ricordare che le prime vennero avanzate durante la X legislatura – su cui v. C. CROCELLA (a cura di), *Le medicine non convenzionali* (Camera dei deputati – Quaderni di documentazione), Roma, 1991 – e l'ultima (per il momento) nell'attuale XIX legislatura (presentata al Senato il 1° ottobre 2024, A.S. n. 1251, «Disposizioni in materia di terapie complementari e integrative»).

<sup>52</sup> Art. 9, commi 4 e 5, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421». Secondo la Ministra della sanità dell'epoca, la previsione (introdotta, come detto, nel 1999), dando «cittadinanza alle terapie non convenzionali, attraverso il ricorso alla mutualità integrativa», avrebbe tra l'altro aperto la strada «sia per arrivare a regolare questo settore, riscattandolo da quella clandestinità in cui sembra ristagnare, ma anche per riuscire a captare la domanda che tale realtà rivolge all'intero sistema sanitario»: R. BINDI, *L'alleanza terapeutica medico-paziente all'interno del patto di solidarietà per la salute*, in *Ann. Ist. Sup. San.*, 4/1999, pp. 479 ss. Per un inquadramento generale della normativa sui fondi integrativi del Servizio sanitario, cfr. M. PANERI, *I fondi sanitari integrativi*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, pp. 415 ss.

<sup>53</sup> V. *supra*, § 2.

<sup>54</sup> Su presupposti e caratteristiche tecniche delle discipline della chiropratica e dell'osteopatia, v. D. VASAPOLLO, *Tutela della salute e medicine non convenzionali. Profili clinico-giuridici e problematiche medico-legali*, cit., rispettivamente pp. 133 ss. e 173 ss.

svolgere liberamente l'attività come professionista sanitario, potendo altresì essere inserito nelle strutture del Servizio sanitario nazionale o convenzionarsi con esse<sup>55</sup>. L'attuazione della previsione viene rimessa a un regolamento, mai intervenuto, da adottarsi dal Ministro della salute<sup>56</sup>.

La seconda previsione legislativa rilevante è contenuta nella l. n. 3/2018, nel contesto di un atto normativo che, tra l'altro, ridefinisce in via generale il procedimento per l'identificazione e la disciplina di nuove professioni sanitarie, attribuendo alla Conferenza Stato-Regioni un preminente ruolo decisionale in materia. L'art. 7 della l. n. 3/2018, in particolare, individua direttamente le due distinte professioni sanitarie dell'osteopata e del chiropratico ma rinvia a un accordo da adottarsi in Conferenza Stato-Regioni la determinazione degli aspetti salienti di tali professioni, nonché a un decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, adottato di concerto con il Ministro della salute, le specificazioni relative ai percorsi universitari che chiropratici e osteopati devono seguire<sup>57</sup>. Peraltro, dal punto di vista della

---

<sup>55</sup> Art. 2, co. 355, della l. 24 dicembre 2007, n. 244, «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008)».

<sup>56</sup> Nonostante la mancata attuazione soprattutto per quanto concerne l'istituzione del registro, non può ritenersi che la disposizione non abbia prodotto effetti nell'ordinamento. Già la qualificazione legislativa del chiropratico come specifico professionista sanitario in possesso di idonea laurea magistrale, infatti, rappresenta un elemento sufficiente a superare il precedente assetto normativo, nella cui vigenza la Corte costituzionale aveva potuto affermare che «a fronte del disinteresse della legge ordinaria, non ha alcuna rilevanza che la chiropratica possa essere inquadrata nello schema delle professioni, giacché, fino a quando lo Stato non riterrà di disciplinarla e di richiedere per il suo esercizio una speciale abilitazione, si tratta evidentemente di un lavoro professionale tutelato, ex art. 35, prima comma, Cost., in tutte le sue forme ed applicazioni, e di una iniziativa privata libera ex art. 41 Cost.» (così, ord. n. 149/1988). L'effetto almeno in parte immediato di quanto disposto dall'art. 2, co. 355, l. n. 244/2007 sembra emergere anche da un recente orientamento della Corte di cassazione in materia di esenzione dall'IVA dei chiropratici, ai sensi dell'art. 10, co. 1, n. 18, d.P.R. n. 633/1972, in quanto soggetti che rendono una prestazione sanitaria di «diagnosi, cura e riabilitazione della persona». Superando un contrario indirizzo interpretativo precedente della stessa Corte che negava l'esenzione, è stato quindi affermato – anche sulla scorta della giurisprudenza eurounitaria – il principio di diritto secondo cui l'esenzione può essere riconosciuta al chiropratico, previo «accertamento che la prestazione garantisca un sufficiente livello di qualità e che chi la rende sia munito di formazione adeguata somministrata da istituti d'insegnamento riconosciuti dallo Stato, anche in mancanza dell'istituzione del registro dei dottori in chiropratica e dell'attivazione del relativo corso di laurea magistrale»: così, Cass. civ., sez. V, sent. 2 ottobre 2020, n. 21108, confermata da decisioni successive, tra cui, da ultimo, Cass. civ., sez. V, ord. 21 maggio 2024, n. 14157; per un commento a questa giurisprudenza, cfr. L. LODI, *Il revirement della Corte di cassazione non chiude la questione dell'esenzione dall'IVA dell'attività dei chiropratici*, in *Riv. giur. trib.*, 3/2021, pp. 229 ss.

<sup>57</sup> Art. 7, co. 2, l. 11 gennaio 2018, n. 3, «Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la

successiva vicenda attuativa della legge, le strade di chiropratici e osteopati si sono separate: mentre per i primi non è stato ancora approvato nessuno degli atti previsti dalla norma, per gli osteopati l'*iter* attuativo è in fase avanzata, essendo finora intervenuti sia l'accordo in Conferenza Stato-Regioni circa l'ambito di attività e le funzioni caratterizzanti della professione, sia il suo recepimento normativo con regolamento, sia infine il decreto ministeriale relativo all'ordinamento didattico della laurea triennale in osteopatia<sup>58</sup>.

L'interesse normativo dello Stato per le MNC si mostra sostanzialmente marginale anche quando si scenda dal livello delle fonti primarie a quello delle fonti secondarie. In proposito gli atti meritevoli di maggiore considerazione consistono essenzialmente nei d.P.C.M. che nel 2001 e nel 2017 hanno fissato i livelli essenziali di assistenza (LEA) che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale *ex art.* 117, co. 2, lett. *m*, Cost.<sup>59</sup>. Il primo decre-

---

dirigenza sanitaria del Ministero della salute», il quale dispone: «Con accordo stipulato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, da adottare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabiliti l'ambito di attività e le funzioni caratterizzanti le professioni dell'osteopata e del chiropratico, i criteri di valutazione dell'esperienza professionale nonché i criteri per il riconoscimento dei titoli equipollenti. Con decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, da adottare entro il 30 giugno 2023, acquisito il parere del Consiglio universitario nazionale e del Consiglio superiore di sanità, sono definiti l'ordinamento didattico della formazione universitaria in osteopatia e in chiropratica nonché gli eventuali percorsi formativi integrativi». Per quanto riguarda specificamente la professione sanitaria del chiropratico è da ritenere che, a regime, il nuovo assetto legislativo vada a sostituire quello predisposto dall'art. 2, co. 355, l. n. 244/2007.

<sup>58</sup> Rispettivamente, l'accordo in Conferenza Stato-Regioni del 5 novembre 2020, il d.P.R. 7 luglio 2021, n. 131, e il d.m. del Ministro dell'università e della ricerca 29 novembre 2023 che definisce l'ordinamento didattico del corso di laurea triennale in osteopatia; infine, con il d.m. del Ministro della salute 18 luglio 2024 l'osteopata è stato inserito tra le professioni sanitarie previste dal d.m. 29 marzo 2001. I passaggi attuativi ancora mancanti consistono nell'accordo in Conferenza Stato-Regioni sui criteri di valutazione dell'esperienza professionale e sui criteri per il riconoscimento dei titoli equipollenti, e negli atti conseguenti. Va comunque segnalato che nella giurisprudenza amministrativa è stato ritenuto (soprattutto T.A.R. Sicilia – Catania, sez. IV, sent. 30 agosto 2021, n. 2684) che la disciplina recata dall'art. 7, l. n. 3/2018, in ordine alla introduzione della professione sanitaria di osteopata sarebbe «meramente programmatica» e non idonea a produrre effetti fintanto che non se ne completi l'attuazione; l'intervenuto completamento si avrà – secondo questa interpretazione – soltanto «a conclusione del primo ciclo dell'istituendo corso di laurea triennale in osteopatia». Pertanto, contrariamente a quanto sostenuto dal Ministero della salute, per il giudice amministrativo «fin quando non verranno istituiti in Italia i corsi di laurea triennale in osteopatia ed istituiti i relativi albi professionali, nessun titolo specifico potrà essere richiesto per l'esercizio dell'attività di [osteopata], che resterà libero e regolato esclusivamente dalla legge 4/2013», ossia dalla disciplina in materia di professioni non organizzate.

<sup>59</sup> Si tratta, com'è noto, del d.P.C.M. 29 novembre 2001, «Definizione dei livelli essenziali di assistenza», integralmente sostituito dal d.P.C.M. 12 gennaio 2017, «Definizione e aggiorn-

to si occupa delle medicine non convenzionali soltanto per nominarle (nell'Allegato 2A) tra le prestazioni totalmente escluse dai LEA, con l'unica eccezione dell'agopuntura per le indicazioni anestesiolgiche. Nei LEA del 2017, invece, scompare ogni richiamo alle MNC nel loro insieme ma nel nomenclatore delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (Allegato 4) viene confermata l'agopuntura per analgesia e vengono aggiunte le altre forme di agopuntura (con l'esclusione di quella con moxa revulsivante)<sup>60</sup>. Infine, un riferimento alle medicine non convenzionali, per quanto meramente generico, è contenuto anche nel Piano sanitario nazionale 2006-2008 (approvato con d.P.R. 7 aprile 2006), senza che peraltro esso abbia dato luogo a significative conseguenze in ambito statale<sup>61</sup>.

---

namento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502». Peraltro, l'efficacia delle norme sui "nuovi" LEA del 2017 con riguardo alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e ai dispositivi protesici era subordinata, ai sensi dell'art. 64 del d.P.C.M., all'entrata in vigore di un successivo decreto del Ministro della salute contenente la fissazione delle relative tariffe massime (c.d. decreto tariffe). Dopo l'approvazione di un primo decreto nel 2023, la cui entrata in vigore era stata in più occasioni rinviata, il decreto tariffe, adottato con d.m. 25 novembre 2024, è entrato in vigore il 30 dicembre 2024. Immediatamente contestato in sede giurisdizionale da numerosi operatori sanitari privati, che lamentavano l'inadeguatezza delle nuove tariffe a garantire la sostenibilità economica delle strutture sanitarie, l'efficacia del decreto è stata sospesa dal T.A.R. Lazio lo stesso 30 dicembre, per essere ripristinata il giorno successivo dal medesimo giudice amministrativo su istanza dell'Avvocatura dello Stato; nel merito, la decisione del T.A.R. Lazio sulla legittimità del decreto è attesa per maggio 2025. I contributi dottrinali in materia di LEA sono numerosissimi; per analisi riguardanti anche i "nuovi" LEA, v. almeno M. ATRIPALDI, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza (LEA)*, in *federalismi.it – Osservatorio di diritto sanitario*, 15 novembre 2017; M. BERGO, *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio*, in *Riv. AIC*, 2/2017; B. VIMERCATI, *L'aggiornamento dei LEA e il coordinamento della finanza pubblica nel regionalismo italiano: il doppio intreccio dei diritti sociali*, in *Le Regioni*, 1-2/2017, pp. 133 ss.; S. SPATOLA, *Il solito dilemma: il finanziamento della salute tra effettività della tutela ed esigenze di bilancio. Evoluzione, critiche e prospettive alla luce del recente dibattito sociale*, in *Corti supreme e salute*, 3/2023, pp. 703 ss., spec. pp. 743 ss.

<sup>60</sup>La vicenda dell'agopuntura nel sistema sanitario presenta un carattere singolare rispetto alle altre MNC, dal momento che essa, già prima della sua inclusione nei LEA, era contemplata (compresa la modalità con moxa revulsivante) nell'elenco delle «prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe», adottato con decreto del Ministro della sanità del 22 luglio 1996. Per un inquadramento dell'agopuntura, dal punto di vista medico e giuridico, v. D. VASAPOLLO, *Tutela della salute e medicine non convenzionali. Profili clinico-giuridici e problematiche medicolegali*, cit., pp. 9 ss.

<sup>61</sup>Si v. il capitolo IV («strategie del sistema»), par. 4.3 («le politiche per la qualificazione delle risorse umane del SSN») del Piano sanitario nazionale 2006-2008 (allegato al d.P.R. 7 aprile 2006), in cui si legge: «Nell'ambito del procedimento dei fabbisogni e della formazione di base degli operatori sanitari trova collocazione anche l'argomento delle "medicine e delle pratiche non convenzionali" che sicuramente verrà sviluppato nel corso dei prossimi

L'assenza di iniziative normative di ampio respiro da parte del legislatore statale in tema di medicine non convenzionali, oltre a poter essere variamente apprezzata in ambito medico<sup>62</sup>, richiede di essere esaminata alla luce delle prescrizioni costituzionali.

In proposito, la prima questione da affrontare è se il silenzio del legislatore possa produrre una menomazione o una inattuazione della libertà di cura, la cui garanzia sul piano costituzionale è senz'altro riconducibile, come diffusamente sostenuto, al disposto dell'art. 32 Cost.<sup>63</sup>. La risposta negativa è da preferirsi. Per quanto argomentato dalla migliore dottrina, infatti, i diritti di libertà costituzionalmente previsti sono dotati, in via generale, di una completa e diretta efficacia, sicché non si rende necessaria ai fini della loro operatività nell'ordinamento alcuna misura attuativa da parte del legislatore, il cui intervento può essere semmai indirizzato a circoscriverne o condizionarne le facoltà di godimento<sup>64</sup>. La libertà di cura attribuita dalla Costitu-

---

anni. Non vi è dubbio, infatti, che esigenze di garanzia della salute del cittadino, il quale deve contare sulla formazione e sull'affidabilità dei professionisti cui si rivolge, impongano allo Stato di prendere in considerazione le medicine e le pratiche c.d. "alternative" dal punto di vista della loro validità scientifica e della qualificazione di chi eroga le prestazioni, quale fenomeno spesso occulto da rendere trasparente e controllato».

<sup>62</sup> Anche su questo punto le posizioni sono diversificate: vi è chi ha osservato come «il problema della regolamentazione delle medicine non convenzionali, se non affrontato con tempestività, rischi sempre più di creare equivoci ed atteggiamenti contraddittori da parte dei diversi organismi (legislativi, giudicanti, disciplinari ecc.)» (così, ad es., F. ALBERTON, *Problemi medico legali in medicina non convenzionale*, in P. BELLAVITE, A. CONFORTI, A. LECHI, F. MENESTRINA, S. POMARI [a cura di], *Le medicine complementari. Definizioni, applicazioni, evidenze scientifiche disponibili*, Milano, 2000, pp. 159 ss., spec. p. 162), e chi invece ha ritenuto non esservi «bisogno di alcuna legge; ma di chiare iniziative ministeriali dirette a favorire l'incontro tra pratiche alternative e scienza ufficiale attraverso i normali canali» (in questi termini, V. FINESCHI, P. FRATI, M. BARNI, *La lunga marcia della medicina alternativa verso le categorie della scienza e della responsabilità*, in *Resp. civ. prev.*, 4-5/1999, pp. 1197 ss., spec. p. 1215).

<sup>63</sup> In questo senso v., per tutti, D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, Milano, 2002, pp. 109 ss., nonché, da ultimo, C. IANNELLO, *La libertà di cura e il suo pieno fondamento costituzionale nell'art. 32 Cost.*, in *Diritto Pubblico Europeo – Rassegna online*, 1/2024, riprodotto della premessa alla seconda edizione di ID., *Salute e libertà. Il fondamentale diritto all'autodeterminazione individuale*, Napoli, 2023.

<sup>64</sup> Secondo C. ESPOSITO, *La libertà di manifestazione del pensiero nell'ordinamento italiano*, Milano, 1958, p. 14, «il riconoscimento di una libertà giuridica non richiede specifica attività legislativa per tradursi in atto», essendo semmai a tale scopo necessario «che le leggi si astengano dal disporre contro la riconosciuta libertà». Questa linea interpretativa è stata ampiamente sviluppata nella ricerca e nell'insegnamento di P. GROSSI, *I diritti di libertà ad uso di lezioni*, vol. I.1, II ed., Torino, 1991, il quale parimenti osserva che ciascun diritto costituzionale di libertà si caratterizza per la sua «immediatezza, nel senso che tali diritti non richiedono una normativa di dettaglio per la loro attuazione, ma sono pienamente efficaci non

zione, pertanto, assicura anzitutto e senza bisogno di intermediazioni legislative che ciascun soggetto possa decidere se curarsi o non curarsi, se rifiutare le cure, se autodanneggiare la propria salute, se autocurarsi, salvi i limiti che lo stesso art. 32 Cost. consente di porre a tutela della salute collettiva<sup>65</sup>.

La libertà di cura rappresenta anche il presupposto affinché si possa scegliere a quale trattamento terapeutico affidarsi tra quelli offerti e accessibili nel contesto ordinamentale; essa tuttavia – ed è un punto di notevole rilievo – non è sufficiente a fondare giuridicamente e a includere ogni aspetto di tale scelta. Si intende dire che nel momento in cui si ricorre a un altro soggetto per ottenerne in via mutuamente consensuale prestazioni terapeutiche si fuoriesce dal mero godimento del diritto di libertà per dar vita a un rapporto giuridico che postula da parte di entrambi l'esercizio di un potere negoziale, in quanto tale assoggettabile, sul piano costituzionale, a restrizioni ulteriori<sup>66</sup>.

In particolare, lo svolgimento di attività terapeutiche o presunte tali, sia che lo si voglia ritenere protetto quale lavoro ai sensi degli artt. 4 e 35 Cost., sia che lo si riconduca a una forma di iniziativa economica ai sensi dell'art. 41 Cost., sia che lo si consideri connesso alla esigenza di tutelare le diversità culturali<sup>67</sup>, in ogni caso va distinto dalla libertà di cura e non può non incon-

appena previsti in una qualunque disposizione» (*ivi*, p. 285). Nello stesso senso anche A. D'ATENA, *Lezioni di diritto costituzionale*, IV ed., Torino, 2018, p. 11: «in materia di diritti di libertà può parlarsi di *autosufficienza* del riconoscimento costituzionale», che «produce la totalità degli effetti in funzione dei quali è effettuato per propria esclusiva virtù: indipendentemente, cioè, da qualsiasi intervento attuativo». Questa dottrina sottolinea, congiuntamente, come la riferita caratteristica dei diritti di libertà contribuisca a distinguerli dai diritti a prestazioni costituzionalmente tutelati, i quali invece raggiungono la pienezza dei loro effetti soltanto a seguito degli interventi attuativi predisposti anzitutto del legislatore.

<sup>65</sup> Si tratta di aspetti che oramai (oltre a essere stati doverosamente confermati sul piano legislativo) vengono pacificamente riconosciuti anche nella giurisprudenza, ordinaria e costituzionale; in proposito v. D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, IV ed., Torino, 2021, pp. 41 ss.

<sup>66</sup> Sulla distinzione tra libertà e potere nell'ambito del diritto alla salute, e sulle conseguenze giuridiche di tale distinzione, v. D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, cit., pp. 141 ss.

<sup>67</sup> Riflette sulla necessità che la diversità culturale venga «necessariamente considerata anche nella dimensione della cura, nell'organizzazione dei sistemi sanitari, nazionali e territoriali», da ultimo, C. DRIGO, *L'apertura dei sistemi sanitari alla diversità culturale: quale spazio per le medicine non convenzionali?*, cit., p. 35; nello stesso senso già C. PICCOCCHI, *La libertà terapeutica come diritto culturale. Uno studio sul pluralismo nel diritto costituzionale comparato*, cit., pp. 165 ss. È comunque da tenere in conto, con particolare riguardo al tema della diversità culturale in rapporto alle medicine non convenzionali, che «*cultural diversity of CAM is a reality but, it is no substitute for proof of efficacy and certainly non a 'raison d'être' in itself*», dal momento che «*the ritual killing of a child for improving the health of an adult*,

trare il limite derivante dal dovere della Repubblica di tutelare, *ex art.* 32 Cost., la salute «come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività». Cioè a dire, i confini costituzionali entro cui possono svilupparsi le attività preordinate a trattare la salute altrui sono più stringenti di quelli che circoscrivono la libertà di ciascuno in ordine alla propria salute<sup>68</sup>. Il rilievo appare confermato anche dal dato che la regolazione legislativa delle professioni sanitarie, anche sotto il profilo dei relativi ordini e albi, viene dichiaratamente inserita nell'ordinamento «in ossequio all'art. 32 della Costituzione»<sup>69</sup>.

In sostanza, chi fornisce servizi terapeutici è investito, nel praticarli, di una posizione non di libertà ma, più propriamente, di autonomia, la quale non è «esercizio di decisionismo individuale fine a se stesso, ma è funzionale (...) alla più efficace tutela del bene della salute»<sup>70</sup>, oltre a doversi esplicare nel rispetto della libertà del paziente, la quale esige anzitutto il di lui consenso. Come chiarito dalla giurisprudenza costituzionale, l'autonomia tecnica di chi fornisce la prestazione sanitaria rappresenta senz'altro un limite per la discrezionalità del legislatore, ma quell'autonomia è a sua volta limitata e li-

---

*or enforced female genital mutilation as a means of securing good sexual health might be seen as cultural diversity but they are also cruel and wrong – deliberately extreme examples to demonstrate that cultural diversity is not a value in itself or a sound basis for healthcare decisions»:* così E. ERNST, *Complementary/alternative medicine: engulfed by postmodernism, anti-science and regressive thinking*, in *Brit. Journ. Gen. Pract.*, 2009, pp. 298 ss., spec. p. 299.

<sup>68</sup>Non si può dunque concordare con quella dottrina secondo cui la libertà di cura includerebbe sia la libertà di ricezione della cura (da parte del paziente) che la libertà di prestazione della cura (da parte del terapeuta), come ritenuto ad es. da C. PICIOCCHI, *La libertà terapeutica come diritto culturale. Uno studio sul pluralismo nel diritto costituzionale comparato*, cit., pp. 109 ss., nonché EAD., *Libertà terapeutica e “medicine non convenzionali”: definizione e confini*, cit., pp. 292 ss.; in senso contrario a questa tesi v. anche le osservazioni di L. PRINCIPATO, *Obbligo di vaccinazione, “potestà” genitoriale e tutela del minore*, in *Giur. cost.*, 6/2017, pp. 3139 ss., spec. p. 3165, che rileva come l'attività di cura non sia il contenuto di un diritto di libertà né per il medico che opera nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, il quale «non è titolare di alcuno spazio di libertà sull'*an* della prestazione, atteso che le scelte terapeutiche sono sempre funzionali alla protezione di un interesse alieno, oggetto di composizione politica nella disciplina primaria (almeno sino all'eventuale accertamento di illegittimità costituzionale), mentre sul *quomodo* egli è vincolato dalla scienza medica e dall'organizzazione sanitaria, anche in ragione di come essa reagisca sul contratto di lavoro», né per il terapeuta libero professionista, il quale «ha la scelta dell'*an* della prestazione – salvo il caso di urgente necessità – ma ha vincoli nel *quomodo* analoghi al medico ausiliario di struttura pubblica».

<sup>69</sup>Art. 3, l. 1° febbraio 2006, n. 43, «Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali».

<sup>70</sup>In questi condivisibili termini, G. IADECOLA, *Ambiti di autonomia del medico nell'esercizio professionale*, in *Riv. it. med. leg.*, 1/2014, pp. 309 ss., spec. p. 315.

mitabile dalla necessità che gli interventi di cura risultino appropriati sulla base «delle conoscenze scientifiche e delle evidenze sperimentali acquisite, tramite istituzioni e organismi – di norma nazionali o sovranazionali – a ciò deputati»<sup>71</sup>. In termini più generali, l'obiettivo costituzionale della tutela della salute apre nell'ordinamento uno spazio regolativo delle attività di cura nel quale assume rilevanza la distinzione tra pratiche sanitarie comprovatamente idonee ad apportare giovamento allo stato di salute e trattamenti caratterizzati invece da un uso fuorviante, abusivo, usurpatorio, o comunque inappropriato, della qualificazione di terapeutici o curativi<sup>72</sup>.

Sulla scorta di questi chiarimenti, il tema della valutazione, alla luce del quadro costituzionale, del quasi integrale silenzio serbato dal legislatore statale in merito alle MNC va declinato non tanto in rapporto a un suo insussistente compito di attuare la libertà di cura, quanto piuttosto in relazione all'adempimento del dovere di tutelare la salute: dovere che lo Stato condivide con tutte le altre componenti della Repubblica (in base all'art. 32 Cost.), ma in vista del quale ad esso solo spetta la funzione di dettare legislativamente i relativi principi fondamentali (*ex art. 117, co. 3, Cost.*). C'è da chiedersi quindi se l'"uso negativo" che il legislatore statale ha fatto della sua discrezionalità in questo ambito si configuri come una astensione costituzionalmente accettabile (per quanto non ottimale) oppure integri una illegittima omissione, provocando un vuoto normativo che mette a repentaglio la protezione della salute. Alcuni elementi sembrano indirizzare la risposta più nel primo senso che nel secondo.

La mancanza di una legge statale di principio *ad hoc* per le MNC, infatti, non implica che si versi in una situazione di anomia del tutto inadeguata a realizzare il fine di tutela imposto dall'art. 32 Cost. Anzitutto, il sistema di-

---

<sup>71</sup>La Corte costituzionale si è espressa in questi termini a partire dalla sent. n. 282 del 2002. La declinazione costituzionale del rapporto tra scienza e decisore normativo in relazione al diritto alla salute è stata indagata da un'amplissima letteratura, che ha sovente messo in rilievo anche la sfasatura di velocità tra conoscenza tecnica e diritto, «con la prima che, dopo la brusca impennata, continua ineluttabilmente ad accelerare ed il secondo, ancora vistosamente monco di un'analogia progressione nei valori e nel bilanciamento tra di essi, malinconicamente fermo al palo» (in questi termini, S. AGOSTA, *Spingersi dove neppure alle più avanzate acquisizioni tecnico-mediche è consentito: la sfida del diritto all'epoca della rivoluzione biologica*, cit., p. 2); sull'argomento ci si limita a rinviare ad A. CARMINATI, *Libertà di cura e autonomia del medico. Profili costituzionali*, Bari, 2018, e G. FONTANA, *Ricerca scientifica e libertà di cura. Scientismo ed antiscientismo nella prospettiva costituzionale*, Napoli, 2019, anche per ulteriori pertinenti indicazioni bibliografiche.

<sup>72</sup>Per un'analisi della nozione di cura e della sua progressiva estensione nell'ottica della tutela costituzionale della salute, v. R. BALDUZZI, *La medicina oltre la cura*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, special issue 2/2019, pp. 377 ss.

sponde di regole deontologiche in materia (a partire dal Codice di deontologia medica), vincolanti per gli operatori sanitari cui si riferiscono e rilevanti anche ai fini della loro responsabilità giuridica. In secondo luogo, una parte di ciò che lo Stato non ha voluto statuire attraverso la legislazione è stato comunque oggetto di decisione in forma di accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni, con conseguente indiretto avallo per l'attivismo nel settore delle MNC che alcune Regioni avevano da tempo intrapreso. Infine, l'azione della giurisprudenza ha contribuito a delineare, non senza fatica e incoerenze, una linea di demarcazione tra interventi terapeutici non convenzionali leciti e illeciti, che ha trovato i suoi cardini nella norma che punisce l'esercizio abusivo di una professione (art. 348 c.p.) e nella lettura sistematica delle regole e dei principi posti dall'ordinamento a salvaguardia della salute.

D'altro canto, neppure può dirsi che l'insieme di questi elementi restituisca un assetto normativo ideale: basti considerare, ad esempio, l'inevitabile disomogeneità che si è prodotta sul piano regionale in assenza di un indirizzo legislativo statale unitario, o le difficoltà con cui si è dovuta misurare la giurisprudenza nella ricostruzione dei confini dell'attività curativa, in assenza di univoche indicazioni legislative. Tuttavia, pur scontando queste e altre problematiche, l'ordinamento sembra essere riuscito a sopperire al disinteresse del legislatore statale e a collocare le MNC in una prospettiva in linea di massima compatibile con l'art. 32 Cost.

### 3.1. «Linee guida» e norme deontologiche

Alcune categorie di professionisti sanitari riconosciute nell'ordinamento italiano, e quella dei medici in modo peculiare, hanno avviato già negli anni Novanta (e progressivamente intensificato) la discussione al proprio interno relativamente al ruolo delle MNC e all'atteggiamento da assumere al loro riguardo. Come anticipato, gli esiti di questi confronti, non di rado contrassegnati da asprezze e divisioni, hanno poi talvolta assunto la veste di posizioni formalizzate in documenti ufficiali, incluso il Codice di deontologia medica.

Nel dipanarsi di questo dibattito, uno dei primi significativi elementi di novità è stato apportato dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO) con l'approvazione nel 2002 delle «Linee guida», contenute nel c.d. Documento di Terni. Con questa deliberazione l'esercizio di alcune MNC espressamente indicate (agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia, chiropratica) veniva rivendicato, anche in considerazione della loro diffusione, al *domaine*

*réserve* dei medici iscritti all'albo professionale del relativo ordine; allo stesso tempo, si invocava un intervento normativo chiarificatore in sede parlamentare<sup>73</sup>.

Il documento può essere senz'altro valutato come un passo di rilievo verso quella che è stata definita una reazione, da parte della medicina ufficiale, di «avocazione» di approcci terapeutici estranei a essa ma divenuti già oggetto nella realtà di un non ignorabile riscontro operativo<sup>74</sup>. Allo stesso tempo, decisioni di questo tipo non sono destinate a restare confinate in una dimensione strettamente privatistica, cioè quali meri “punti di vista” interni a un'organizzazione di categoria. Non solo, infatti, è oggi pacifica la rilevanza pubblicistica degli ordini professionali in generale, ma per quanto concerne in particolare gli ordini provinciali dei medici e la relativa Federazione, l'art. 1, co. 3, del d.lgs. C.p.S. n. 233/1946 (come modificato dall'art. 4, co. 1, l. n. 3/2018) li definisce in via espressa come enti pubblici non economici<sup>75</sup>.

Ad ogni modo, caduto inascoltato l'appello del 2002 al legislatore statale, ma essendosi nel frattempo manifestata una vivissima attenzione per le MNC da parte di alcune Regioni, la stessa Federazione tornava sul tema nel 2009, varando le «Linee guida per la formazione nelle medicine e pratiche non convenzionali riservate a medici chirurghi e odontoiatri», il cui contenuto costituisce una proposta in materia, indirizzata in forma di schema di deliberazione alla Commissione salute della Conferenza Stato-Regioni. Rispetto al precedente del 2002, in questo documento anzitutto le MNC elencate scen-

---

<sup>73</sup> Si tratta dell'atto con cui il consiglio nazionale della Federazione, riunito a Terni, ha adottato le «Linee guida della FNOMCeO su medicine e pratiche non convenzionali». Gli aspetti salienti di queste Linee guida sono da individuarsi nell'affermazione che, rispetto alle nove medicine non convenzionali elencate, la Federazione considerava le relative pratiche “atto medico” e riteneva, pertanto, di esclusiva pertinenza del medico e dell'odontoiatra il loro esercizio e la possibilità di effettuare le relative diagnosi e prescrizioni, previa acquisizione del consenso informato del paziente. Dopo aver sollecitato le istituzioni ad attivarsi per avviare, tra l'altro, percorsi di regolamentazione, di ricerca, di formazione e di informazione in merito alle MNC, le «Linee guida» si chiudevano chiedendo «con forza un urgente e indifferibile intervento legislativo del Parlamento, al fine dell'approvazione di una normativa specifica concernente le medicine e le pratiche non convenzionali sulla base di quanto contenuto nel presente documento».

<sup>74</sup> In questo senso, C. PICIOCCHI, *La libertà terapeutica come diritto culturale. Uno studio sul pluralismo nel diritto costituzionale comparato*, cit., p. 127, per la quale in questo tipo di documenti «la riaffermazione del rispetto del “paradigma biomedico” si accompagna all'avocazione al medesimo circuito di terapie che, pur non essendo in alcuni casi totalmente aderenti al medesimo paradigma, sono comunque praticate (talvolta con l'avallo della giurisprudenza, talvolta con il beneplacito di – parte dei – “medici ufficiali”)».

<sup>75</sup> Su questo tema si v. il non risulante studio di N. POSTERARO, *La rappresentanza degli interessi e gli ordini professionali*, in *federalismi.it*, 1/2019, pp. 1 ss.

dono al numero di sette a seguito dell'esclusione della chiropratica e dell'osteopatia, reputate destinatarie di una diversa normativa e dunque ricadenti nell'esercizio di una competenza professionale diversa da quella dei medici<sup>76</sup>. Per il resto, dopo aver premesso una breve definizione di ciascuna delle MNC incluse nella lista, la proposta mira a ottenere che presso ciascun ordine provinciale vengano istituiti elenchi speciali di medici e odontoiatri che esercitano una (o più di una) delle sette medicine non convenzionali. A questo fine, si precisano nel dettaglio, altresì, un certo numero di requisiti riguardanti la formazione del professionista che voglia iscriversi in tali elenchi, tra cui le caratteristiche dei soggetti formatori accreditati, le metodologie e gli obiettivi formativi. Si tratta di una proposta che, come si vedrà (*infra*, § 3.2), è stata poi in larga parte accolta nell'accordo concluso nel 2013 in seno alla Conferenza Stato-Regioni.

Al di là delle «Linee guida», è soprattutto il Codice di deontologia medica a contenere previsioni di indiscutibile peso per l'esercizio delle medicine non convenzionali (almeno per quelle considerate appannaggio esclusivo dei medici). Il riferimento alle MNC entra tra le norme deontologiche nel 1998 e continua a essere presente, pur nella diversità delle disposizioni che le riguardano, anche nelle versioni successive del Codice, compresa quella del 2014 attualmente in vigore<sup>77</sup>.

Nello specifico, l'art. 15 del vigente Codice fissa alcune regole che disegnano le coordinate strutturali di quanto è deontologicamente lecito fare al medico nell'ambito in esame. Anzitutto, si riconosce al professionista sanitario, sotto la sua diretta responsabilità, la possibilità di adottare azioni di prevenzione, diagnosi e cura secondo metodiche non convenzionali, purché mantenga decoro e dignità professionale, garantisca un adeguato livello qualitativo di formazione specifica e acquisisca sempre il consenso informato del paziente. Inoltre il medico, rispetto alle MNC che sono riservate alla sua

---

<sup>76</sup> In verità nel 2009 una considerazione di questo genere rispondeva a esattezza non per gli osteopati ma solo per i chiropratici. Infatti, come si è in precedenza riferito (*supra*, § 3), in quel periodo esclusivamente questi ultimi erano costituiti in autonoma professione sanitaria, ad opera dell'art. 2, co. 355, l. n. 244/2007; la professione sanitaria dell'osteopata è stata poi istituita (e quella dei chiropratici riformata) dall'art. 7, l. n. 3/2018.

<sup>77</sup> Il Codice di deontologia medica del 2014 è reperibile in [www.portale.fnomceo.it](http://www.portale.fnomceo.it). Richiami alla possibilità di utilizzo delle MNC sono contenuti anche nei codici deontologici di altre professioni sanitarie: v. artt. 3 e 6 del Codice deontologico del farmacista del 2018; art. 31 del Codice deontologico dei veterinari del 2019; art. 21 del Codice deontologico dei fisioterapisti del 2011; art. 57 del Codice deontologico dei dietisti del 2025, ecc. Le norme deontologiche di alcune altre professioni sanitarie, invece, escludono espressamente il ricorso a pratiche non convenzionali: v., ad es., art. 57 del Codice degli assistenti sanitari del 2025; art. 57 del Codice degli ortottisti del 2025; art. 57 del Codice dei tecnici ortopedici del 2025.

professione, non deve favorirne l'esercizio da parte di non medici né collaborare con loro. Ma, soprattutto, l'art. 15, co. 2, del Codice prescrive che «il medico non deve sottrarre la persona assistita a trattamenti scientificamente fondati e di comprovata efficacia».

Il richiamo a quest'ultimo tipo di trattamenti, che devono comunque essere assicurati al paziente, pare un evidente riferimento alle metodiche della *evidence-based medicine*. Se ne deve trarre che, nella logica codicistica, il ruolo delle MNC non può essere alternativo alle pratiche della medicina ufficiale, ma si colloca in una posizione puramente complementare, ad esempio in casi specifici in cui l'armamentario dei trattamenti scientificamente fondati sia stato esaurito o quando si tratti di adottare interventi palliativi o lenitivi<sup>78</sup>. Pure compatibile con questa previsione si mostra l'utilizzo delle pratiche non convenzionali in aggiunta a quelle della EBM, laddove le prime possano avere qualche utilità in vista del benessere della persona in cura. Rimane semmai aperta la problematica questione determinata dal riconoscimento da parte del Codice della esperibilità di tali pratiche nello stesso contesto in cui si fa riferimento, o quanto meno si allude, alla natura scientificamente deficitaria del loro fondamento<sup>79</sup>.

È bene ricordare, infine, che le prescrizioni del Codice deontologico, secondo l'opinione preferibile, sono in condizione di esprimere un'efficacia giuridica che travalica l'area meramente disciplinare, potendo ad esempio essere impiegate in sede di interpretazione di norme dell'ordinamento generale che attengono all'attività del medico<sup>80</sup>, o fornendo elementi normativi

---

<sup>78</sup>La natura essenzialmente complementare delle MNC nella disciplina deontologica è sottolineata, ad es., da D. MORANA, *Prima e dopo la cura: nuove dimensioni nella tutela della salute*, cit., p. 403. È pacifico che l'uso da parte del medico delle MNC in via alternativa alla EBM, sottraendo il paziente alle terapie di comprovata efficacia offerte da quest'ultima, è condotta che dà luogo a responsabilità penale; cfr. in questo senso, *ex multis*, Cass. pen., sez. IV, sent. 4 febbraio 2022, n. 5117, con la quale si conferma la condanna per un medico che, contribuendo alla definizione del percorso terapeutico per la cura di un melanoma, aveva avallato l'impiego esclusivo di trattamenti di tipo omeopatico, con successivo decesso del paziente (per osservazioni su questa pronuncia, v. la nota di M. TRASHAJ, in *Riv. it. med. leg.*, 2/2022, pp. 431 ss.).

<sup>79</sup>Su questo aspetto v. S. PATUZZO, R. CLIBERTI, *Non-conventional practice versus evidence-based medicine. A scientific and ethical analysis of the Italian regulation*, cit., p. 147: «The rule on non-conventional treatments contained in the Code of medical ethics, (article 15) specifies that the physician who performs these interventions, must not, however, “deprive the assisted person of the evidence-based treatments of proven efficacy”. By stating this, however, FNOMCeO is admitting that non-conventional treatments are not scientifically based or effective. Therefore, we ask again on what scientific and medical basis should the physician be entitled to exercise non-conventional interventions?».

<sup>80</sup>Cfr., in questo senso, tra gli altri, E. QUADRI, *Il codice deontologico medico ed i rapporti*

utilizzabili nella determinazione dei profili di responsabilità civile e penale, come riconosciuto – benché non senza discordanze – anche in ambito giurisprudenziale<sup>81</sup>.

### 3.2. *La Conferenza Stato-Regioni come sede privilegiata di decisione in tema di MNC*

Come si è anticipato, la Conferenza Stato-Regioni è stato il luogo istituzionale che lo Stato ha prescelto per fissare alcune regole di principio riguardanti talune MNC (e consentirne l'attuazione regionale in via normativa e amministrativa)<sup>82</sup>. Il risultato è stato ottenuto nel 2013 attraverso la conclusione in quella sede di un accordo, su iniziativa della Conferenza delle Regioni<sup>83</sup>. Questa modalità presenta invero qualche tratto di anomalia che merita un cenno. Sotto il profilo del riparto costituzionale delle funzioni legislative ai sensi dell'art. 117 Cost., infatti, l'ente territoriale maggiore ha a disposizione ben due titoli competenziali per fissare legislativamente principi fondamentali in un settore come quello delle medicine non convenzionali, il quale indubbiamente incrocia sia la materia «tutela della salute» sia la materia «professioni», entrambe assegnate alla potestà legislativa concorrente. È peraltro sicuro che nell'esercizio della competenza in tali materie lo Stato possa (o addirittura debba) ricercare una concordanza con le Regioni, in ossequio al principio di leale collaborazione<sup>84</sup>. Tuttavia, l'aspetto insolito in

---

*tra etica e diritto*, in *Resp. civ. prev.*, 4-5/2002, pp. 925 ss. (nonché in AA.VV., *Studi in onore di Piero Schlesinger*, vol. I, Milano, 2004, pp. 185 ss.); A. PAGNI, *Il codice deontologico nell'epoca della tecnologia, della bioetica e della democrazia*, in *Prof. & clin. gov.*, 10/2009, pp. 3 s.; A.A. CONTI, *L'evoluzione del Codice di Deontologia Medica in Italia: una prospettiva storico-epistemologica*, in *Clin. ter.*, 6/2014, pp. 315 ss.

<sup>81</sup> Si v., al riguardo, anche per i richiami alla giurisprudenza, la puntuale ricostruzione offerta da E. PULICE, *Autonomia e responsabilità medica: la scelta deontologicamente (dis)orientata*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 1/2019, pp. 237 ss.; utili riferimenti anche in P. LAONIGRO, *Le norme deontologiche tra teoria e prassi giurisprudenziale: notazioni sul codice deontologico medico*, in *Amministrazione in cammino*, 8 maggio 2010.

<sup>82</sup> Sulla Conferenza Stato-Regioni («Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome») e, più in generale, sul sistema delle Conferenze come fulcro dei raccordi organizzativi di cooperazione tra gli enti territoriali, si rinvia, per tutti, a A. D'ATENA, *Diritto regionale*, V ed., Torino, 2022, pp. 393 ss.

<sup>83</sup> Si tratta dell'«Accordo n. 54/CSR del 7 febbraio 2013», consultabile in *www.archivio.statoregioni.it*. Peraltro, alcune autonomie territoriali si erano già dotate in precedenza di una disciplina legislativa che, *grasso modo*, anticipava quanto deliberato nell'accordo: cfr., ad es., l. reg. Toscana n. 9/2007; art. 48 l. prov. Trento n. 16/2010.

<sup>84</sup> Del resto, come è stato evidenziato in dottrina, proprio la «tutela della salute» è stata

questo caso è che la conclusione dell'accordo in Conferenza non è stato né preceduto né seguito dall'adozione di alcun atto normativo dal lato dello Stato: vale a dire, non si è accompagnato a un esercizio delle competenze *ex art.* 117 Cost.<sup>85</sup>. Insomma, il contributo statale alla definizione regolativa della questione si è sostanzialmente esaurito con la sottoscrizione dell'accordo.

In questa circostanza, dunque, la convergenza raggiunta in sede di Conferenza Stato-Regioni non sembra rispondere agli scopi consueti, tra essi alternativi, che la collaborazione persegue: né alla finalità "garantistica" (volta a evitare, cioè, che l'esercizio di una competenza statale determini un unilaterale e indebito schiacciamento delle attribuzioni regionali), né a quella "compensativa" (quale ristoro, più o meno adeguato, alla menomazione che le potestà regionali subiscono in conseguenza di un atto di esercizio statale)<sup>86</sup>. L'accordo del 2013 appare in realtà più simile a un "lasciapassare" *sui*

---

frequentemente oggetto di un «metodo del consenso» tra Stato e Regioni dal punto di vista decisionale, che ha sfumato alquanto i confini costituzionali delle rispettive competenze in materia: v. in questo senso, ad es., R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, III ed., Torino, 2025, pp. 127 ss.; al riguardo v. anche A. PITINO, *La recente giurisprudenza costituzionale sugli extra LEA: segnali di apertura che rafforzano l'esigibilità del diritto alla salute nelle Regioni in Piano di rientro?*, in questo Volume. Il rilievo del principio di leale collaborazione, anche in ambito sanitario, e la sua interpretazione da parte della giurisprudenza costituzionale sono stati ampiamente indagati in dottrina: v. almeno, tra gli ultimi contributi, P. COLASANTE, A. IACOVIELLO, *Prassi e potenziali sviluppi dell'intergovernmental management nell'ordinamento italiano. Riflessi sul principio di leale collaborazione*, in *Riv. AIC*, 3/2017; A. POGGI, *Corte Costituzionale e principio di "lealtà" nella collaborazione tra Stato e Regioni per l'esercizio delle funzioni*, in *federalismi.it*, 19/2017; P. BILANCIA, *Lo stato attuale del regionalismo italiano tra scarse prospettive di autonomia differenziata e potenziamento della leale cooperazione*, in C. BERTOLINO, T. CERRUTI, M. OROFINO, A. POGGI (a cura di), *Scritti in onore di Franco Pizzetti*, vol. I, Napoli, 2020, pp. 37 ss.; F. DEL PRETE, *L'attuazione del principio di leale collaborazione nella prassi della Conferenza Stato-Regioni*, in *Ist. fed.*, 1/2020, pp. 69 ss.; C. BERTOLINO, *Leale collaborazione tra Stato e Regioni a vent'anni dalla Riforma del Titolo V*, in *federalismi.it*, 19/2022, pp. 42 ss.; F.G. CUTTAIA, *Il sistema delle Conferenze alla prova dell'autonomia regionale differenziata: rischio di ridimensionamento o possibilità di ulteriore consolidamento?*, in *federalismi.it*, 23/2024, pp. 42 ss.; V. TAMBURRINI, *La tutela della salute tra esigenze di omogeneità e rispetto della leale collaborazione: lo strumento dei poteri sostitutivi statali*, in questo Volume.

<sup>85</sup> Che il fine degli accordi conclusi nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni sia quello «di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune» è tra l'altro stabilito dall'art. 4, co. 1, d.lgs. n. 281/1997.

<sup>86</sup> Sugli obiettivi di garanzia oppure di compensazione che possono essere raggiunti attraverso la collaborazione tra enti territoriali, e sulle diverse posizioni assunte dalla Corte costituzionale al riguardo, v. M. MANCINI, *"Il curioso caso della chiamata in sussidiarietà": trasfigurazione e distorsione del modello originario*, in *Ricerche giuridiche*, 1/2014, pp. 27 ss.; in argomento v. anche L. DELL'ATTI, *Bilanciare istruzione e salute. Considerazioni brevi su strumenti unitari e leale collaborazione a partire da talune ordinanze regionali in materia di sospensione della didattica "in presenza"*, in *Oss. AIC*, 1/2021, pp. 87 ss.; A. DIRRI, *Pandemia e*

*generis* che il Governo, senza il coinvolgimento del Parlamento, ha rilasciato alle autonomie regionali in ordine ai profili delle MNC in esso affrontati.

Per quanto concerne il contenuto, bisogna anzitutto specificare che le MNC prese in considerazione nell'accordo, e di cui si fornisce una succinta definizione, sono agopuntura, fitoterapia e omeopatia; quest'ultima, come specificato in una successiva «nota di chiarimenti» emessa dal Ministero della salute nel 2014, è da intendersi comprensiva di omotossicologia e antroposofia<sup>87</sup>. Dunque, rispetto alla proposta contenuta nelle «Linee guida» della FNOMCeO del 2009, di cui si è in precedenza detto, vengono escluse la medicina ayurvedica e la medicina tradizionale cinese.

Nell'art. 1 dell'accordo si fissano, tra l'altro, due rilevanti qualificazioni normative: le MNC prese in considerazione rappresentano «sistemi di diagnosi, di cura e prevenzione che affiancano la medicina ufficiale avendo come scopo comune la promozione e la tutela della salute, la cura e la riabilitazione»; il loro esercizio è «atto sanitario» ed è «oggetto di attività riservata perché di esclusiva competenza e responsabilità professionale del medico chirurgo, dell'odontoiatra professionale, del medico veterinario e del farmacista, ciascuno per le rispettive competenze»<sup>88</sup>.

In considerazione di ciò, l'art. 3 prescrive che si proceda all'istituzione, presso gli ordini provinciali dei medici chirurghi e odontoiatri, di elenchi – distinti per disciplina – in cui possano iscriversi i professionisti che praticano le MNC oggetto della normativa, a condizione che abbiano seguito un adeguato percorso di formazione presso soggetti, pubblici o privati, accreditati a questo fine. Si prevede, altresì, che per la valutazione dei titoli necessari alla iscrizione negli elenchi, gli ordini istituiscono specifiche commissioni formate da esperti nelle diverse discipline non convenzionali considerate nell'accordo.

Le disposizioni successive dettano, conseguentemente, una serie di regole che riguardano principalmente criteri, obiettivi e metodologie delle attività formative, nonché requisiti e criteri per l'accreditamento, da parte regionale, dei soggetti che erogano la formazione.

Nell'ultimo articolo (art. 10), infine, si dettano norme transitorie, appli-

---

*leale cooperazione: il modello regionale italiano alla luce di due "federalismi classici", in Italian Papers on Federalism, 3/2021, pp. 97 ss.*

<sup>87</sup> Si tratta della nota del Ministero della salute del 24 luglio 2014 (DGPROF 004987-P): la si può consultare in [www.amabonline.it/norme-e-dati](http://www.amabonline.it/norme-e-dati).

<sup>88</sup> Peraltro, nella parte del testo premessa all'articolato si individuano, tra le finalità dell'accordo, anche quella di «tutelare la libertà di scelta dei cittadini e quella di cura del medico e dell'odontoiatra»: l'esattezza dell'espressione è invero opinabile, per quanto si è tentato di argomentare *supra*, § 3.

cabili nei trentasei mesi successivi alla data di conclusione dell'accordo, e si rinvia a un successivo accordo (mai intervenuto) per l'adozione di un'analoga disciplina rivolta ai farmacisti e ai veterinari che fanno ricorso a pratiche non convenzionali.

### 3.3. *Gli sviluppi sul piano regionale*

L'accordo del 2013 è stato frutto, come si è detto, di un atto di iniziativa da parte delle Regioni, a sua volta recettivo dell'impulso proveniente dalle «Linee guida» elaborate dalla Federazione degli ordini dei medici nel 2009. Non vi è dubbio, peraltro, che già ben prima dell'accordo numerose autonomie regionali (con la Toscana in un ruolo particolarmente dinamico) e le Province autonome di Trento e Bolzano avessero manifestato uno spiccato attivismo in materia di MNC, attraverso interventi di natura eterogena sviluppati su più fronti, che hanno determinato una notevole diversificazione nei vari territori<sup>89</sup>.

Gli strumenti messi in campo a questo fine nel corso dell'ultimo quarto di secolo sono stati molteplici: dalla considerazione delle MNC nei piani sanitari regionali<sup>90</sup> al finanziamento della ricerca nel settore<sup>91</sup>, dalla costituzione di organi tecnici<sup>92</sup> all'erogazione ai pazienti di pratiche non convenzionali

---

<sup>89</sup> Parla in proposito di «protagonismo regionale» S. VILLAMENA, *Medicina «non convenzionale» e sistema sanitario nazionale*, in *Giustamm.it*, 7/2015. Per un quadro ricognitivo, anteriore al 2013, dello sfaccettato panorama regionale in rapporto alle MNC, v. M. TOGNETTI BORDOGNA, *Regional Health Systems and non-conventional medicine: the situation in Italy*, in *EPMA Journ.*, 2/2011, pp. 411 ss.

<sup>90</sup> La Regione Toscana ha svolto un ruolo pionieristico già per quanto concerne l'attribuzione di uno spazio alle MNC nel piano sanitario regionale, inserendovi un riferimento a esse, in chiave integrativa, sin dal piano 1996-1998; nel volgere di poco tempo è stata seguita sulla stessa strada da altre Regioni: cfr., ad es., il piano sanitario regionale 1999-2001 dell'Emilia-Romagna, il piano 2002-2004 della Campania, il piano 2002-2004 del Lazio, il piano 2002-2004 della Lombardia, il piano 2002-2004 della Valle d'Aosta e il piano 2003-2005 dell'Umbria.

<sup>91</sup> Cfr., ad es., per la Lombardia il decreto dirigenziale n. 13751 del 16 novembre 2007, «Approvazione, con relativo finanziamento, degli studi, delle ricerche e delle sperimentazioni cliniche di medicina complementare presentati nell'anno 2006 da enti pubblici e/o privati, da professionisti singoli ed associati e da società scientifiche», per la Campania la DGR n. 256/2005, «Linee d'indirizzo per la ripartizione del fondo – anno 2004 – per quanto attiene la medicina non convenzionale», o per l'Emilia-Romagna la DGR n. 779/2006 e la DGR n. 1693/2006, «Programma sperimentale 2006-2007 per l'integrazione delle medicine non convenzionali nel Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna».

<sup>92</sup> Cfr., ad es., la DGR n. 297/2004 con cui l'Emilia-Romagna ha istituito l'«Osservatorio

nell'ambito di progetti sperimentali<sup>93</sup>, fino ad arrivare all'inserimento di alcune MNC tra le prestazioni regolarmente erogate dal servizio sanitario regionale<sup>94</sup>.

All'interno di tali espressioni di intraprendenza regionale, che hanno fatto da contraltare al quasi completo disinteresse statale, si sono registrate anche alcune ulteriori fughe in avanti che la Corte costituzionale ha in parte provveduto ad arrestare. Ci si riferisce, in particolare, a tre leggi piemontesi, due liguri, una emiliano-romagnola, una veneta e una umbra. Una di esse introduceva una organica disciplina per l'esercizio di numerose MNC<sup>95</sup>; le altre si

---

regionale per le medicine non convenzionali (OMNCER)», cui è stata affidata la funzione sia di promuovere lo sviluppo di progetti sperimentali nel campo delle MNC da includere nei piani di attività delle Aziende sanitarie (con particolare riferimento ad agopuntura, omeopatia e fitoterapia), sia di individuare le eventuali forme di integrazione con i processi assistenziali; o la DGR n. 54-10309/2009 mediante cui il Piemonte ha provveduto all'istituzione del «Coordinamento regionale tecnico-scientifico delle medicine non convenzionali», con il compito di istruire e approfondire le tematiche relative alle MNC, al fine di favorirne l'integrazione nel servizio sanitario regionale.

<sup>93</sup> Cfr., ad es., la DGR n. 5192/2002 della Valle d'Aosta, per l'erogazione nell'ambito del servizio sanitario regionale, a titolo sperimentale e nel rispetto di talune condizioni, di prestazioni di agopuntura e omeopatia come servizi aggiuntivi rispetto ai LEA fissati al livello statale; o la l. reg. Marche n. 8 del 2019 che ha, tra l'altro, attribuito agli enti del servizio sanitario regionale la facoltà di attivare progetti sperimentali finalizzati all'inserimento dei trattamenti osteopatici nell'ambito delle discipline ospedaliere (la questione di legittimità costituzionale su questa previsione è stata dichiarata infondata dalla Corte costituzionale con sent. n. 209/2020, sulla quale v. *infra*, § 4).

<sup>94</sup> Sotto questo profilo, l'esperienza più avanzata è quella della Regione Toscana, che a partire dalla DGR n. 655/2005 ha inserito le prestazioni riguardanti alcune medicine non convenzionali (agopuntura, omeopatia, fitoterapia, medicina tradizionale cinese) nei livelli essenziali di assistenza regionali (ulteriori rispetto ai LEA statali); nella Regione, peraltro, è inserita tra le strutture del governo clinico regionale anche la Rete toscana per la medicina integrata, come previsto dall'art. 43 della l. reg. n. 40/2005 (come modificata dalla l. reg. n. 75/2009), con l'individuazione di centri regionali di riferimento per le singole MNC. Nella Provincia autonoma di Bolzano, invece, è stato istituito il Servizio di medicina complementare presso l'ospedale di Merano, che ha come destinatari pazienti oncologici e pazienti affetti da malattie croniche e dolori cronici; le prestazioni offerte consistono, tra l'altro, in agopuntura, aromaterapia, *healing touch*, omeopatia, massaggio *shiatsu* (in argomento v. C. CASONATO, *La salute e i suoi confini. Una prospettiva comparata*, in G. CERRINA FERONI, M. LIVI BACCI, A. PETRETTO [a cura di], *Pubblico e privato nel sistema di welfare*, 2017, pp. 55 ss., spec. p. 67, *ebook* consultabile in *www.cesfin.it*). Nella Regione Emilia-Romagna la DGR n. 741/2014 aveva inserito l'agopuntura nel servizio sanitario regionale, oltre quanto in quel periodo previsto dai LEA nazionali del 2001 (che si limitavano a prevedere la sola agopuntura a fini anestesiológicos) e prima che i nuovi LEA del 2017 includessero ogni modalità di agopuntura, esclusa quella con moxa revulsivante (v. *supra*, § 3).

<sup>95</sup> Si trattava della l. reg. Piemonte n. 25/2002 («Regolamentazione delle pratiche terapeutiche e delle discipline non convenzionali»), la quale si proponeva di normare dodici «pratiche terapeutiche e discipline non convenzionali» (tra cui ayurveda, naturopatia, riflessologia,

occupavano di regolare un ambito non estraneo alle pratiche non convenzionali, rappresentato dalle cc.dd. discipline bionaturali per il benessere, con i relativi profili professionali<sup>96</sup>. L'illegittimità costituzionale di tutte queste leggi regionali è stata dichiarata dalla Corte per invasione della materia «professioni», che ai sensi dell'art. 117, co. 3, Cost. è di pertinenza dello Stato per quanto concerne i principi fondamentali (i quali, secondo la Corte, includono l'istituzione, la definizione del profilo professionale e le previsioni sui titoli abilitanti)<sup>97</sup>. Alcune altre leggi regionali di contenuto affine a quelle cadutate dalla Corte sono invece rimaste indenni in quanto non impugnate dal Governo, con l'effetto, tra l'altro, di accrescere ulteriormente il livello di disomogeneità tra le Regioni in questo campo<sup>98</sup>.

L'insieme delle riferite iniziative regionali lascia in ogni caso emergere una divisione abbastanza netta tra alcune autonomie territoriali collocate nel centro e nel nord del Paese, sensibilmente più propense a interessarsi di MNC fino a inserirne alcune nel rispettivo sistema sanitario regionale (soprattutto Toscana, Emilia-Romagna, Valle d'Aosta e Provincia autonoma di Bolzano) e le restanti Regioni, assai meno inclini a coinvolgersi in questo

---

*shiatsu*), prevedendo l'istituzione di registri in cui iscriversi per esercitarle, l'individuazione dei requisiti necessari a questo fine e la regolazione delle relative attività formative. Tale legge è stata dichiarata illegittima dalla Corte costituzionale con sent. n. 353/2003.

<sup>96</sup> Il riferimento è ai seguenti atti normativi: l. reg. Piemonte n. 13/2004 («Regolamentazione delle discipline bio-naturali»), dichiarata costituzionalmente illegittima dalla sent. n. 424/2005; l. reg. Liguria n. 18/2004 («Norme regionali sulle discipline bionaturali per il benessere»), dichiarata illegittima con sent. n. 40/2006; l. reg. Liguria n. 6/2006 («Norme regionali in materia di discipline bionaturali per il benessere a tutela dei consumatori») e l. reg. Veneto n. 19/2006 («Interventi per la formazione degli operatori di discipline bio-naturali»), entrambe trovate illegittime dalla sent. n. 300/2007; l. reg. Piemonte n. 32/2006 («Norme in materia di discipline bio-naturali del benessere»), la cui illegittimità costituzionale è stata accertata con sent. n. 93/2008; l. reg. Emilia-Romagna n. 2/2008 («Esercizio di pratiche ed attività bionaturali ed esercizio delle attività dei centri benessere»), dichiarata illegittima dalla sent. n. 138 del 2009; l. reg. Umbria n. 19/2014 («Disposizioni in materia di valorizzazione e promozione delle discipline bionaturali»), dichiarata illegittima dalla sent. n. 217/2015.

<sup>97</sup> Benché la giurisprudenza costituzionale sopra riferita si sia limitata a far valere, ai fini dell'annullamento delle leggi regionali, la violazione del riparto di competenza *ex* art. 117, co. 3, Cost., in dottrina è stato opportunamente sottolineato che la valutazione della istituzione di «figure professionali sanitarie non convenzionali» deve essere condotta anche «alla luce del carattere fondamentale del diritto alla salute» ai sensi dell'art. 32 Cost.: in questo senso, C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. Il caso della tutela della salute*, Bologna, 2008, p. 250.

<sup>98</sup> Si tratta, in particolare, della l. reg. Lombardia n. 2/2005 («Norme in materia di discipline bio-naturali»), della l. reg. Emilia-Romagna n. 11/2005 («Istituzione della figura di operatore professionale naturopata del benessere»), e della l. reg. Toscana n. 2/2005 («Discipline del benessere e bio-naturali»).

settore. Inoltre, va tenuto a mente che molte Regioni, soprattutto meridionali, sono assoggettate ai vincoli imposti dai cc.dd. Piani di rientro dal disavanzo nella spesa sanitaria<sup>99</sup>. Com'è noto (e come la Corte costituzionale ha avuto occasione di confermare più volte), tra le problematiche conseguenze di tali vincoli vi è l'illegittimità dell'impiego di risorse economiche destinate alla sanità per prestazioni ulteriori rispetto a quelle previste dai LEA nazionali<sup>100</sup>. Pertanto, anche Regioni che avevano inizialmente manifestato interesse rispetto alle medicine non convenzionali, ammesso che volessero ancora coltivarlo, non sono comunque state nella possibilità di continuare: è il caso, ad esempio, della Campania e, almeno in parte, del Piemonte (quanto meno in relazione al periodo, dal 2010 al 2017, in cui la Regione è stata in regime di Piano di rientro).

Bisogna considerare, infine, che anche la spinta impressa dall'accordo del 2013 si è mostrata piuttosto contenuta ai fini di un recupero di elementi di uniformità del complessivo quadro normativo italiano in ordine alle MNC. Due le ragioni principali di questo mancato effetto di ricomposizione. Anzitutto, come dianzi riferito, l'accordo si occupa soltanto di un aspetto delle medicine non convenzionali che, se non è marginale, è certamente parziale, consistendo essenzialmente nella definizione dei requisiti formativi che devono possedere i medici che esercitano queste pratiche e nella istituzione dei relativi elenchi. In secondo luogo, nemmeno sulle questioni oggetto dell'accordo si è ora in presenza di una effettiva disciplina comune, dal momento che diverse Regioni non hanno ancora adottato i necessari interventi attuativi<sup>101</sup>.

Insomma, la posizione occupata dalle MNC nei diversi assetti regionali continua a essere, come è stato esattamente osservato, «a geometria variabile»<sup>102</sup>.

---

<sup>99</sup> Sui piani di rientro v., da ultimo, A. PATANÈ, *I Piani di rientro sanitari. Studio sulle questioni costituzionali sottese all'applicazione dell'Accordo tra Stato e Regione per garantire la tutela della salute*, II ed., Pisa, 2024. Le Regioni attualmente in piano di rientro sono Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia.

<sup>100</sup> In argomento v. A. PITINO, *La recente giurisprudenza costituzionale sugli extra LEA: segnali di apertura che rafforzano l'esigibilità del diritto alla salute nelle Regioni in Piano di rientro?*, in questo Volume.

<sup>101</sup> L'accordo non è ancora stato attuato in Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Molise e Veneto.

<sup>102</sup> Così C. DRIGO, *L'apertura dei sistemi sanitari alla diversità culturale: quale spazio per le medicine non convenzionali?*, cit., p. 54.

#### 4. *Il ruolo della giurisprudenza ordinaria e costituzionale*

Ai fini della determinazione dei confini entro cui l'esercizio delle pratiche di MNC possa considerarsi lecito, un ruolo di primo piano è stato inevitabilmente giocato dalla giurisprudenza, soprattutto penale. Con l'ovvia precisazione che l'assenza in merito di una compiuta disciplina legislativa sul piano nazionale ha reso questo compito più arduo e più necessario allo stesso tempo.

Al riguardo, ha assunto un rilievo centrale il lavoro di interpretazione che in sede applicativa è stato compiuto sulla fattispecie riguardante l'esercizio abusivo di una professione (art. 348 c.p.)<sup>103</sup>. Benché le ondivaghe posizioni emerse nel tempo nella giurisprudenza di merito in ordine al regime di talune delle principali medicine non convenzionali siano state progressivamente ricondotte a uniformità dalla Corte di cassazione, con l'inclusione di alcune pratiche nell'ambito riservato all'esercizio della professione di medico e con l'esclusione di altre, non può dirsi che ciò risolva ogni problema al riguardo<sup>104</sup>. È infatti indispensabile poter disporre di un criterio di distinzione applicabile a qualunque MNC (incluse le molte innominate sul piano ordinamentale) allo scopo di stabilire se, e a quali condizioni, la sua pratica si contenga nel perimetro del giuridicamente lecito. Sotto questo profilo anche da parte della Cassazione sono talvolta emerse delle incertezze, che, del resto, derivano in parte dal modo in cui è formulata la disposizione dell'art. 348 c.p.<sup>105</sup>, ma soprattutto dall'assenza di una definizione legislativa rigorosa dei

---

<sup>103</sup> Ai sensi del co. 1 dell'art. 348 c.p. soggiace a sanzione penale «chiunque abusivamente esercita una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato».

<sup>104</sup> Per l'esercizio dell'agopuntura come atto di esclusiva competenza del medico cfr. già Cass. pen., sez. VI, sent. 19 luglio 1982, n. 500; per l'affermazione che, oltre all'agopuntura, anche «altre terapie, quali l'omeopatia, l'omotossicologia, la fitoterapia ed altre terapie omologhe, [sono da annoverarsi] tra le terapie non convenzionali che richiedono la specifica conoscenza della scienza medica», cfr., ad es., Cass. pen., sez. VI, sent. 27 marzo 2003, n. 22528. Peraltro il medico non è considerabile, in assoluto, un *peritus peritorum* rispetto a ogni attività sanitaria; la stessa Cassazione, infatti, ha ritenuto condivisibile il rilievo secondo cui «la laurea in medicina consente l'espletamento di attività ausiliarie ma non anche di attività, quale la terapia riabilitativa, che non hanno tale carattere ed il cui svolgimento postula uno specifico diploma»: così Cass. civ., sez. lav., sent. 13 marzo 2015, n. 5080.

<sup>105</sup> Viene infatti diffusamente messo in luce dalla dottrina penalistica come il disposto dell'art. 348 c.p. sia da considerarsi «norma penale in bianco» dal momento che per individuare i comportamenti che integrano il reato è indispensabile far riferimento ad altre norme dell'ordinamento che ne definiscono integralmente i presupposti (v. in questo senso, per tutti, G. FIANDACA, E. MUSCO, *Diritto penale. Parte speciale*, vol. I, VI ed., Bologna, 2021, p. 308); l'espressione è stata ampiamente fatta propria anche dalla Corte di Cassazione (cfr., *ex multis*, Cass. pen., sez. II, sent. 7 marzo 2017, n. 16566), ma respinta dalla Corte costituzionale, che nella sent. n. 199 del 1993 (redattore Giuliano Vassalli), osserva: «L'art. 348 del

confini che circoscrivono l'ambito proprio della professione medica<sup>106</sup>.

In proposito, almeno due sono gli orientamenti emersi. Secondo un primo indirizzo, il *proprium* dell'attività medica consiste «nell'individuare e diagnosticare le malattie, nel prescrivere la cura, nel somministrare i rimedi, anche se diversi da quelli ordinariamente praticati»<sup>107</sup>. Ad avviso di un secondo modo di intendere, invece, il criterio di individuazione di ciò che è riservato al medico, oltre allo svolgimento di operazioni diagnostiche, prescrittive o curative, postulerebbe anche un ulteriore requisito: il carattere scientifico dell'attività. Di talché se la pratica difetti *ictu oculi* di questo attributo, non può parlarsi di per sé di esercizio abusivo della professione medica<sup>108</sup>.

L'impostazione di fondo seguita dalla prima interpretazione è oggi totalmente dominante: sono ritenute attività tipiche della professione medica anzitutto «la diagnosi, cioè l'individuazione di un'alterazione organica o di un disturbo funzionale, la profilassi, ossia la prevenzione della malattia, e la cura, l'indicazione dei rimedi diretti ad eliminare le patologie riscontrate ovvero a ridurne gli effetti», ma anche «quelle operazioni che non hanno come obiettivo primario la diagnosi e la cura di una patologia ma che mirano all'e-

---

codice penale (...) lungi dall'operare un meccanico rinvio ad altre fonti dell'ordinamento quali elementi strutturali del precetto, delinea esaurientemente la fattispecie in tutte le sue componenti essenziali. Il fatto costitutivo del reato, infatti, assume i connotati della antigiusuridicità attraverso la realizzazione dell'atto o degli atti mediante i quali "abusivamente" viene esercitata una determinata professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato».

<sup>106</sup> Per tale ragione da alcuni si richiede, non da oggi, un intervento chiarificatore del legislatore per stabilire normativamente «cosa e chi è il "medico" e cosa si intende per "atto medico"»: in questi termini, ad es., v. già F. INTRONA, *Tutela della salute: medicine alternative; esercizio abusivo della professione sanitaria*, in *Riv. it. med. leg.*, 3/1984, pp. 595 ss., spec. p. 602.

<sup>107</sup> Così già Cass. pen., sez. II, sent. 5 dicembre 1972, n. 1742.

<sup>108</sup> In tal senso cfr., ad es., Cass. pen., sez. VI, sent. 5 aprile 1996, n. 3403, relativa alla responsabilità penale *ex art. 348 c.p.* di un pranoterapeuta. In essa si rileva: «L'attività medica e chirurgica, per la sua caratteristica di scientificità ed anche per le necessità di una sua astratta definibilità giuridica, deve essere praticabile, controllabile, da qualunque soggetto munito di titolo professionale idoneo, e non riservata a soggetti che, in via reale o presunta, accampino doti esclusive, connotate alla persona. L'attività di pranoterapeuta, invece, consiste nella pratica, da parte di persone, che si assumono in possesso, per doti naturali, della cosa detta "energia pranica" o "bioenergia", di un trattamento consistente nella mera imposizione delle mani, a breve distanza dal corpo del paziente, senza alcun diretto contatto, e senza alcuna manipolazione della persona. (...) È evidente che tale attività, se resta nell'ambito suo proprio, non potrà rientrare nel campo medico, fin quando non venga "scientificizzata" dalla stessa medicina, ossia classificata e utilizzata dall'arte medica, e ciò sia che essa consegua una reale influenza sul paziente, anche in via di mera suggestione, sia che non ne consegua alcuna, e perfino nel caso si configuri come espressione di fraudolenta condotta, punibile ad altro titolo di reato».

eliminazione di un inestetismo per il tramite di tecniche chirurgiche o da eseguirsi in anestesia»<sup>109</sup>. In base a questa lettura, dunque, sono atti riservati al medico non soltanto quelli tipici quanto al fine, ma altresì quelli che ne adottano i tipici mezzi di intervento.

Quanto detto individua i contorni della responsabilità penale ai sensi dell'art. 348 Cost. nella visione odierna della giurisprudenza. Ma il discorso non può ancora essere considerato esaurito. Rispetto infatti alle modalità di pratica di MNC che, *de iure condito*, non incorrano nella violazione del precetto penale per esercizio abusivo della professione medica o di altra professione sanitaria disciplinata dall'ordinamento, resta da chiedersi se non si ponga comunque la necessità di una valutazione alla luce delle norme costituzionali. Detto altrimenti: la liceità secondo le norme di diritto penale vigenti di una pratica di medicina non convenzionale la rende automaticamente compatibile con l'intero quadro costituzionale, senza necessità di ulteriori problematizzazioni?

A tale quesito la Corte costituzionale sembra aver risposto in modo affermativo, per quanto indiretto, nelle due occasioni in cui ha avuto modo di pronunciarsi sul tema. Ci si riferisce a due decisioni intervenute a distanza di più di trent'anni l'una dall'altra: l'ord. n. 149/1988 e la sent. n. 209/2020<sup>110</sup>. Nell'ordinanza del 1988 la Corte dichiara inammissibile per difetto di rilevanza una questione di legittimità costituzionale che coinvolgeva la chiropratica, ritenendo inapplicabile l'art. 348 c.p. nel giudizio *a quo*, con la motivazione che l'attività del chiropratico non può essere di per sé considerata come esercizio abusivo della professione medica. L'argomento speso a supporto di questa conclusione è che, non essendo al tempo disciplinata la figura professionale del chiropratico, conseguentemente, «a fronte del disinteresse della legge ordinaria, non ha alcuna rilevanza che la chiropratica possa essere inquadrata nello schema delle professioni, giacché, fino a quando lo Stato non riterrà di disciplinarla e di richiedere per il suo esercizio una speciale

---

<sup>109</sup> In questi termini, da ultimo, Cass. pen., sez. IV, sent. 23 giugno 2021, n. 28174. Nella decisione viene tra l'altro ricordato che la Cassazione, in varie pronunce precedenti, ha annoverato tra le attività di esclusiva competenza del medico la diagnostica; l'attività di colui che fornisce indicazioni alimentari personalizzate; le consulenze per problemi caratteriali e relazionali, sostenute da percorsi terapeutici, sedute, colloqui e pratiche ipnotiche; la chiropratica; l'agopuntura.

<sup>110</sup> Non rilevano invece rispetto al tema in esame le decisioni con cui la Corte ha dichiarato illegittime una serie di leggi regionali che incrociavano il tema delle MNC sotto il profilo istitutivo di una professione (v. *supra*, nt. 96), dal momento che in quei casi, come si è già chiarito, l'illegittimità è stata accertata per violazione del riparto di competenze legislative tra Stato e Regioni stabilito dall'art. 117, co. 3, Cost. per la materia «professioni», senza alcuna valutazione nel merito delle specifiche professioni che venivano disciplinate.

abilitazione, si tratta evidentemente di un lavoro professionale tutelato, *ex art. 35*, primo comma, Cost., in tutte le sue forme ed applicazioni, e di una iniziativa privata libera *ex art. 41 Cost.*». La sent. n. 209/2020, dal canto suo, riprende letteralmente questo argomento e lo estende all'attività dell'osteopata, osservando che «la professione dell'osteopata, così come quella del chiropratico (ord. n. 149 del 1988), già prima del riconoscimento della figura professionale da parte della legge n. 3 del 2018, andava considerata “un lavoro professionale tutelato, *ex art. 35*, primo comma, Cost., in tutte le sue forme ed applicazioni” e “una iniziativa privata libera *ex art. 41 Cost.*”».

In sostanza, al di là delle due figure specificamente coinvolte, il ragionamento alla base di queste affermazioni dà per accertato che dal punto di vista costituzionale attività *comunque oggettivamente incidenti sulla tutela della salute*, anche laddove non siano tipizzate dall'ordinamento dal punto di vista professionale, debbano essere ricondotte *tout court* alla garanzia apprestata dagli artt. 35 e 41 Cost. Senza evidentemente che, a questa stregua, emerga la necessità di valutarne la compatibilità con la disciplina costituzionale che rende la tutela della salute un preciso dovere della Repubblica.

Si tratta di un'argomentazione che non può persuadere, per quel che si è in precedenza osservato<sup>111</sup>. Infatti, indipendentemente da quale possa essere in concreto il giudizio di compatibilità con l'art. 32 Cost. di tali attività, o di altre che siano parimenti rilevanti per la dimensione della salute, quello che sembra irrinunciabile è che una valutazione in base a quel parametro debba in ogni caso essere effettuata o prefigurata come necessaria.

Questa giurisprudenza (e soprattutto la decisione più recente), inoltre, andrebbe messa a raffronto con i chiarimenti che la stessa Corte ha offerto con riguardo al rapporto tra discrezionalità del legislatore, autonomia del medico e risultanze scientificamente validate, a partire dalla decisione che per prima ha messo a punto un'articolata rete di coordinate sul tema, vale a dire la già citata sent. n. 282/2002<sup>112</sup>.

In tale pronuncia la Corte enuclea alcuni principi che è opportuno sinteticamente richiamare: è necessario assicurare congiuntamente «autonomia del medico nelle sue scelte professionali e obbligo di tener conto dello stato delle evidenze scientifiche e sperimentali, sotto la propria responsabilità»; «salvo che entrino in gioco altri diritti o doveri costituzionali, non è, di norma, il legislatore a poter stabilire direttamente e specificamente quali siano le

---

<sup>111</sup> V. *supra*, § 3.

<sup>112</sup> Per una dettagliata analisi di questa pronuncia si rinvia a D. MORANA, *La tutela della salute, fra libertà e prestazioni, dopo la riforma del Titolo V. A proposito della sentenza 282/2002 della Corte costituzionale*, in *Giur. cost.*, 3/2002, pp. 2034 ss.

pratiche terapeutiche ammesse, con quali limiti e a quali condizioni», ma questo non significa che al legislatore siano preclusi spazi di intervento: «ad esempio, sarebbe certamente possibile dettare regole legislative dirette a prescrivere procedure particolari per l'impiego di mezzi terapeutici "a rischio", onde meglio garantire – anche eventualmente con il concorso di una pluralità di professionisti – l'adeguatezza delle scelte terapeutiche e l'osservanza delle cautele necessarie»; «un intervento sul merito delle scelte terapeutiche in relazione alla loro appropriatezza non potrebbe nascere da valutazioni di pura discrezionalità politica dello stesso legislatore, bensì dovrebbe prevedere l'elaborazione di indirizzi fondati sulla verifica dello stato delle conoscenze scientifiche e delle evidenze sperimentali acquisite, tramite istituzioni e organismi – di norma nazionali o sovranazionali – a ciò deputati».

Questi chiarimenti non possono non generare domande in relazione all'esercizio delle MNC: si tratta di principi che vincolano il medico anche con riguardo alle medicine non convenzionali? Si applicano anche se a esercitarle è un non medico (ovviamente al di fuori del raggio di azione dell'art. 348 c.p.)? Le MNC, tutte, rappresentano un settore in cui si raccomanda un intervento del legislatore sull'appropriatezza delle scelte terapeutiche o su quelle ammissibili? La necessità di attenersi alle evidenze sperimentali vale anche nella pratica delle medicine non convenzionali? E si potrebbe continuare. Sono quesiti di non poco rilievo per il tema in esame, rispetto ai quali è dunque auspicabile che una futura pronuncia della stessa Corte fornisca qualche risposta più incisiva (e meglio coordinata con altra parte della sua giurisprudenza) di quanto è per ora desumibile dalle citate decisioni del 1988 e del 2020, dal momento che il *commodus discessus* del richiamo in via esclusiva agli artt. 35 e 41 Cost. non sembra risolvere in modo soddisfacente ed esaustivo le questioni evocate.

## 5. Osservazioni conclusive

L'analisi fin qui svolta mostra conclusivamente come lo statuto giuridico delle medicine non convenzionali nell'ordinamento italiano sia estremamente frastagliato. Una di esse è inserita nei LEA nazionali (l'agopuntura) e altre (principalmente omeopatia, fitoterapia e medicina tradizionale cinese) sono erogate, a titolo di *extra* LEA, nei servizi sanitari di qualche autonomia territoriale. Due costituiscono specifiche professioni sanitarie (chiropratica e osteopatia) in base a previsioni legislative statali (la cui attuazione però non è ancora terminata), mentre alcune altre sono riservate ai medici, che possono

esercitarle in regime di libera professione previa adeguata formazione, secondo quanto stabilito nell'accordo del 2013 in Conferenza Stato-Regioni (il quale tuttavia – anche in questo caso – in diverse Regioni non è stato ancora attuato). Infine, le rimanenti MNC possono essere praticate anche da non medici, purché nel loro esercizio non si compiano attività tipiche della professione medica, nei termini chiariti dalla giurisprudenza penale.

A voler applicare la classificazione secondo cui i sistemi giuridici in rapporto alle MNC andrebbero distinti in monopolistici, tolleranti, inclusivi e integrati<sup>113</sup>, non sarebbe forse inesatto rilevare che, rispetto a questa materia, quello italiano... non è un sistema. A ostacolare il conseguimento di una dimensione sistematica sufficientemente strutturata non sono soltanto le scelte diversificate sul piano territoriale quanto, soprattutto, le cause all'origine di tale diversificazione. Tra queste ultime va certamente annoverata l'assenza di una cornice legislativa unitaria di portata nazionale, ma tale mancanza si collega a sua volta alle fratture che contrassegnano lo stesso ambito tecnico-sanitario rispetto alle medicine non convenzionali, oltre che alla segnalata estrema eterogeneità di esse.

Prevedere in che modo l'attuale assetto normativo possa evolvere in futuro non è semplice. Numerosi, infatti, sono i fattori in grado di incidere sugli sviluppi possibili, tra i quali l'aumento o la diminuzione del riscontro sul piano sociale delle MNC, la dinamica dell'atteggiamento dei professionisti sanitari al riguardo, l'avanzamento delle conoscenze e delle ricerche scientifiche: tutti elementi che potrebbero contribuire a orientare in un senso o nell'altro pure le scelte del legislatore statale e della Corte costituzionale, determinandoli a intervenire e a sciogliere alcuni dei nodi normativi finora lasciati insoluti, anche in rapporto alle prescrizioni costituzionali.

La partita giocata dalle medicine non convenzionali sul campo dell'ordinamento italiano, insomma, appare tutt'altro che conclusa.

---

<sup>113</sup> Si tratta della classificazione proposta da J. STEPAN, *Problèmes actuels de législation sanitaire. Médecine traditionnelle et médecines parallèles*, in *Recueil international de législation sanitaire*, 1985, pp. 311 ss., di cui dà conto C. PICIOCCHI, *Libertà di cura tra "medicina ufficiale" e "medicina alternativa"*. *Prime riflessioni per una comparazione fra gli ordinamenti italiano e inglese*, cit., p. 83. In base a questo schema sono sistemi monopolistici quelli che considerano lecita soltanto la pratica della medicina convenzionale, escludendo e sanzionando le medicine non convenzionali; sono sistemi tolleranti quelli che, pur privilegiando la medicina convenzionale, permettono, a certe condizioni, anche l'esercizio delle medicine non convenzionali; sono sistemi inclusivi quelli in cui possono essere liberamente usate sia le medicine convenzionali che le medicine non convenzionali; sono sistemi integrati, infine, quelli in cui le due tipologie sono totalmente alla pari.