Conferenza Stampa al Senato – 25.02.2026

Obiettivo istituzionale e proposta operativa su "atto medico"

Documento agli atti

Promotori: rappresentanze professionali e scientifiche intervenute in conferenza
Destinatari: Senato della Repubblica, Senatore Zullo, Senatore Zaffini, Senatore Satta, organi di informazione, Radio Parlamento
Finalità del documento: fissare in modo chiaro il perimetro del problema e l'obiettivo concreto dell'incontro: **l'atto medico.**

1) Obiettivo dell'incontro

L'incontro è finalizzato a richiedere l'avvio di un percorso parlamentare per una **cornice normativa nazionale sull'atto medico**, al fine di garantire:

1. **sicurezza del paziente**;
2. **chiarezza delle responsabilità cliniche e giuridiche**;
3. **omogeneità di tutela sul territorio nazionale**;
4. **riduzione di conflitti applicativi e contenzioso**.

La richiesta nasce dall'evidenza di una crescente variabilità regionale e amministrativa nell'interpretazione dei confini tra atto medico e altri atti sanitari, con effetti concreti su percorsi, appropriatezza e responsabilità.

2) Punto critico rilevato

In assenza di una definizione legislativa unitaria e vincolante, il "chi fa cosa" viene spesso determinato da prassi, atti amministrativi o interpretazioni locali, con possibili differenze tra Regioni e con aumento del rischio di:

- sovrapposizione tra competenze professionali;
- incertezza su diagnosi/prognosi/prescrizione;

- frammentazione del governo clinico nei casi complessi;
- trasferimento improprio di responsabilità;
- disorientamento dell'utenza sul referente clinico.

Le domande istituzionali poste in conferenza (già formalizzate) convergono proprio su questi nodi: definizione nazionale dell'atto medico, tutela uniforme del cittadino, responsabilità clinica certa, contrasto a "firme di copertura", **necessità di un primo atto parlamentare concreto**.

3) Definizione di riferimento richiamata in conferenza

Per "**indebita sovrapposizione**" si intende ogni prassi organizzativa, formativa o comunicativa che:

1. attribuisca di fatto funzioni diagnostiche nosologiche e prescrittive mediche a professionisti non abilitati all'esercizio della professione medica;
2. sostituisca il giudizio clinico medico nei passaggi di diagnosi differenziale, inquadramento eziologico e indicazione terapeutica medica;
3. crei confusione nell'utente su chi risponde clinicamente di diagnosi, prognosi, prescrizione e gestione del rischio;
4. trasferisca impropriamente responsabilità senza corrispondente titolo abilitante e cornice normativa primaria;
5. frammenti il governo clinico con duplicazioni decisionali in ambiti ad alta complessità o comorbilità.

Questa impostazione **non è contro la multiprofessionalità**: al contrario, punta a renderla più sicura, trasparente e coerente con i titoli abilitanti.

4) Ambiti esemplificativi richiamati

In conferenza sono stati richiamati esempi di confine professionale (odontotecnico/dentista; audiometrista/otorinolaringoiatra; psicologo/psichiatra; ostetrica/ginecologo) e, in modo particolare, l'area della **riabilitazione**, dove la distinzione tra valutazione funzionale e responsabilità diagnostico-clinica risulta cruciale per appropriatezza e sicurezza.

In alcune realtà regionali, in forme diverse, si sono già viste situazioni di confine:

- **Toscana e Lombardia** - modelli di **fisioterapista di comunità** con funzioni operative molto estese, dove la regia clinica fisiatrica rischia di non essere esplicitata in modo sufficiente nei casi complessi; **Norme organizzative utilizzate per l'implementazione:** D.M. 77/2022; DGR Lombardia 6760/2022; L.R. Lombardia 23/2015 e 22/2021.
- percorsi di **accesso semplificato alla fisioterapia** che, se non stratificati per complessità, possono ridurre impropriamente il filtro clinico medico;
  Friuli Venezia Giulia – Ordine del giorno regionale 2025 (Bolzonello) su accesso semplificato alla fisioterapia
- progettazioni territoriali nelle **Case di Comunità** dove il coordinamento specialistico non sempre è descritto con chiarezza vincolante;
  Bergamo – Assetto operativo del fisioterapista di comunità e accesso territoriale

- sperimentazioni organizzative in area acuta, compreso il **Pronto Soccorso**, in cui senza protocolli stringenti su red flags ed escalation medica si può creare una sovrapposizione decisionale ad alto rischio.
  Cornice organizzativa spesso richiamata: D.M. 70/2015; protocolli regionali/aziendali di gestione flussi.
- **Campania – L.R. n. 31 del 16/10/2025 (onco-riabilitazione):** la legge disciplina la rete regionale di onco-riabilitazione, promuove integrazione multiprofessionale e prevede formazione di figure sanitarie esperte in onco-riabilitazione. La formulazione ampia, **in assenza di un espresso presidio di regia medico-specialistica**, può consentire che funzioni sensibili su pazienti oncologici complessi siano di fatto guidate anche da profili non medici, con rischio di sovrapposizione rispetto alla responsabilità clinica unitaria.
- **Esame ecografico:** anche per l'esecuzione di tale attività è presente un vuoto normativo nazionale. Questo crea normative regionali opposte, es.: **Veneto**, l'attività ecografica viene consentita a tutti i medici operanti in strutture accreditate; **Puglia** viene consentita l'attività ecografica in strutture accreditate unicamente al medico specializzato e in riferimento alla propria specializzazione. Al contempo in ambito privato, alla luce del vuoto normativo statale, si crea un proliferare di interpretazioni che consentono l'attività ecografica anche a professionisti non medici. L'unico documento ad oggi di rilievo nazionale è il documento redatto dalla SIRM (Soc. Ital. Radiol. Medica) che definisce **atto medico**, l'atto ecografico.

Sono stati inoltre evidenziati:

- il tema del **task shifting**, considerato praticabile solo con limiti espliciti, tracciabilità e responsabilità definite;
- gli effetti interpretativi e comunicativi seguiti alla **sentenza Passoni**, con richiesta di chiarimento normativo nazionale per evitare ambiguità applicative.

5) Richiesta istituzionale al Parlamento

Si propone di attivare un percorso formale che conduca a una legge-quadro/disciplinare nazionale sull'atto medico con i seguenti contenuti minimi:

1. definizione unitaria del perimetro dell'atto medico e delle aree di integrazione multiprofessionale;
2. attribuzione chiara delle responsabilità in diagnosi, prognosi, prescrizione e gestione del rischio;
3. regole nazionali di tracciabilità decisionale nei percorsi multiprofessionali;
4. meccanismi di trasparenza verso il cittadino sul referente clinico responsabile.

"La nostra proposta non toglie spazio a nessuno: mette ordine, tutela il cittadino e rende più forte il SSN."

6) Esito atteso dalla conferenza

L'esito atteso è un impegno politico-operativo verificabile, con **primo passo formale** (a titolo esemplificativo: audizioni, tavolo tecnico istituzionale, testo base) e una **tempistica ragionevole**.

Per ANF – Associazione Nazionale Fisiatri

Mauro Piria
Segreteria Nazionale ANF