

MANIFESTO

Sicurezza del paziente, autonomia e responsabilità del professionista,
accessibilità delle cure

DGR REGIONE LAZIO N. 669 DEL 6 AGOSTO 2026

Vietati prelievi e infiltrazioni negli studi medici del Lazio

La DGR n. 669/2026 esclude dallo studio professionale non autorizzato i prelievi ematici, ogni terapia endovenosa e le infiltrazioni articolari. Restano ammesse le sole infiltrazioni superficiali.

6 agosto 2026

APPROVAZIONE
DELLA DELIBERA

180 giorni

TERMINE PERENTORIO
PER L'ADEGUAMENTO

7 febbraio 2027

CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ
IN REGIME SEMPLIFICATO

Perché questo Manifesto riguarda anche il Suo studio

- Se nel Suo studio esegue **prelievi ematici, terapie infusionali, infiltrazioni articolari o trattamenti riabilitativi**, la nuova disciplina Le impone di cessare tali prestazioni o di richiedere l'autorizzazione come struttura ambulatoriale.
- Se opera in **polistudio**, i nuovi vincoli vietano la condivisione della segreteria e delle apparecchiature.
- Il termine per adeguarsi scade il **7 febbraio 2027**: sei mesi per interventi strutturali e impiantistici che in molti immobili sono materialmente inesigibili.
- L'adesione al Comitato è **gratuita**, non comporta oneri né vincoli e non è riferita ad alcuna singola disciplina o metodica.

ADESIONE APERTA ANCHE FUORI REGIONE

I sanitari che operano fuori dal Lazio possono aderire al Comitato per sostenere il Manifesto o segnalare un impatto professionale. Nel modulo indicano regione e provincia dello studio.

Perché nasce il Comitato

Il 6 agosto 2026 la Regione Lazio ha approvato la **DGR n. 669/2026**, con la quale ha ridefinito la disciplina degli studi professionali medici, odontoiatrici e delle altre professioni sanitarie ordinistiche non soggetti ad autorizzazione, revocando il precedente quadro regolatorio delineato dalla DGR n. 447/2015.

L'obiettivo dichiarato dalla Regione è condivisibile: **tutelare la sicurezza dei pazienti, garantire certezza del diritto e uniformare le prassi sul territorio**.

Il provvedimento adottato, tuttavia, non si limita a introdurre adempimenti amministrativi o requisiti organizzativi, ma **incide concretamente su quali prestazioni possano essere eseguite all'interno di uno studio professionale e, quindi, sulle modalità con cui migliaia di professionisti sanitari potranno continuare a esercitare la propria attività**.

Prelievi venosi, terapie endovenose, infiltrazioni articolari, attività riabilitative e numerose altre prestazioni di uso quotidiano **vengono escluse**, limitate o lasciate in una condizione di incertezza interpretativa. Parallelamente, vengono introdotti **nuovi vincoli riguardanti l'organizzazione degli studi e dei polistudi**, con conseguenze potenzialmente rilevanti sull'attività professionale e sulla continuità dell'assistenza ai pazienti.

Il punto, dunque, **non è opporsi alle regole né rivendicare spazi sottratti al controllo sanitario**. La sicurezza del paziente deve rimanere il criterio centrale. Proprio per questo riteniamo necessario domandarci se le limitazioni introdotte siano effettivamente fondate sul **rischio clinico concreto delle singole prestazioni**, sulla loro complessità e sulle condizioni nelle quali vengono eseguite, oppure se alcuni dei criteri adottati finiscano per produrre divieti generalizzati incoerenti con la realtà della pratica clinica.

Questo Comitato nasce per portare tale domanda all'attenzione della Regione Lazio e delle istituzioni competenti. Nasce per chiedere **un confronto tecnico, medico e giuridico** sulla nuova disciplina; per individuare le disposizioni che necessitano di essere chiarite o corrette; e per contribuire alla costruzione di un sistema capace di conciliare tre esigenze che non devono essere considerate contrapposte: **sicurezza del paziente, autonomia e responsabilità del professionista, accessibilità delle cure**.

**Non chiediamo minori controlli.
Chiediamo regole migliori: chiare, proporzionate
e fondate sul rischio clinico reale.**

Il presente Manifesto espone le ragioni dell'iniziativa, le principali criticità individuate nella DGR n. 669/2026 e le proposte che il Comitato intende sottoporre alla Regione Lazio, agli Ordini professionali, alle società scientifiche e a tutti i professionisti interessati.

SEZIONE I

Il principio: sicurezza, autonomia e responsabilità professionale

L'autonomia nella scelta diagnostica e terapeutica costituisce elemento essenziale dell'esercizio della professione medica e sanitaria. Essa non è un'autonomia assoluta: si esercita nel rispetto delle evidenze scientifiche, delle linee guida e delle buone pratiche clinico-assistenziali, delle competenze professionali e delle condizioni di sicurezza necessarie all'esecuzione della prestazione.

Proprio per questo **autonomia e responsabilità** costituiscono due aspetti inscindibili dell'esercizio professionale.

La Regione conserva pienamente il potere — e il dovere — di disciplinare le condizioni nelle quali le prestazioni sanitarie possono essere erogate, individuando i casi nei quali la loro complessità o il rischio per il paziente rendano necessario un particolare setting organizzativo e autorizzativo. È la stessa norma primaria regionale a individuare tale discriminazione.

L.R. LAZIO N. 4/2003, ART. 4, COMMA 2

Sono assoggettati ad autorizzazione gli studi attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale ovvero **procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente**.

Il problema non è quindi se la Regione possa disciplinare il setting nel quale una prestazione viene eseguita. Il problema è **secondo quali criteri** debba farlo.

Riteniamo che il confine tra studio professionale e attività soggetta ad autorizzazione debba mantenere una relazione effettiva con la **complessità della prestazione e il rischio clinico**, evitando automatismi fondati esclusivamente sulla via di somministrazione, sulla profondità anatomica o su classificazioni che non tengano adeguatamente conto delle condizioni concrete nelle quali la prestazione viene resa.

È alla luce di questo principio che devono essere valutate le criticità che seguono.

SEZIONE II

I vizi sostanziali: clinica e rischio

CHE COSA DISPONE IL PROVVEDIMENTO

L'Allegato 1 alla delibera individua le prestazioni esercitabili nello studio professionale non autorizzato attraverso due elenchi: cinque criteri di esclusione (punto 4.2) e un elenco permissivo che ammette le sole infiltrazioni «a livello intradermico, sottocutaneo o nei tessuti molli superficiali». Fra i due elenchi si apre una fascia di atti che nessun criterio esclude espressamente ma che l'elenco permissivo non copre. Ne discendono, in via diretta o per omissione, le seguenti conseguenze.

1. Il divieto di accesso vascolare

È opportuno muovere da un dato particolarmente significativo: **anche a seguito dell'entrata in vigore della DGR n. 669/2026, il prelievo venoso può continuare a essere eseguito al domicilio del paziente e nelle farmacie, mentre non può essere effettuato all'interno di uno studio professionale non soggetto ad autorizzazione.**

RESTA CONSENTITO

Il **prelievo ematico al domicilio del paziente** e il **prelievo in farmacia**, in contesti organizzativi non superiori a quelli di uno studio professionale.

DIVENTA VIETATO

Il **medesimo prelievo eseguito nello studio del medico**, per effetto del criterio 2 del punto 4.2, che esclude ogni accesso vascolare «di qualsiasi natura».

Il punto 4.2, criterio 2, esclude infatti dallo studio professionale ogni accesso vascolare «di qualsiasi natura, ivi inclusi prelievi ematici, infusioni o somministrazioni per via endovenosa o arteriosa, anche mediante accessi periferici». La previsione comprende, senza alcuna distinzione, anche il **semplice prelievo venoso periferico**. È proprio tale automatismo a sollevare una prima rilevante criticità.

Il criterio posto dalla norma primaria è rappresentato dalla complessità della prestazione e dal rischio per il paziente. Il prelievo venoso periferico eseguito su paziente in condizioni stabili costituisce, invece, una procedura routinaria e a rischio contenuto, tanto da poter essere ordinariamente effettuata anche in contesti — quali il domicilio — caratterizzati da condizioni organizzative certamente non superiori a quelle di uno studio professionale.

La DGR non esplicita, sul punto, **quale specifico incremento del rischio clinico deriverebbe dall'esecuzione del prelievo all'interno dello studio professionale**, né le ragioni cliniche o scientifiche che giustificerebbero un'esclusione generalizzata fondata sulla sola presenza di un accesso vascolare.

Se il criterio posto dalla legge è quello della complessità e del rischio per la sicurezza del paziente, è rispetto a tale criterio che anche il prelievo venoso deve essere valutato.

2. La terapia endovenosa

Il medesimo criterio esclude dallo studio professionale ogni «infusione o somministrazione per via endovenosa», senza alcuna gradazione. Il divieto opera in modo identico per la terapia infusionale idratante, la terapia marziale, la somministrazione di antibiotici e ogni altra infusione periferica eseguita su paziente stabile, in regime di piena autonomia professionale e con monitoraggio proporzionato alla prestazione.

Il criterio adottato non è il rischio: è la via di somministrazione. Che si tratti di un parametro insufficiente lo dimostra il provvedimento stesso.

RESTA CONSENTITO	DIVENTA VIETATO
L'impiego di protossido di azoto per via inalatoria e l'anestesia locale e tronculare, che comportano somministrazione di agenti farmacologici e, per l'anestetico locale, un riconosciuto rischio di assorbimento sistemico.	L'infusione idratante o marziale su paziente stabile, con monitoraggio proporzionato — procedura di rischio inferiore rispetto a quelle ammesse.

Le procedure ammesse lo sono, correttamente, perché valutate — dal medico — per il loro profilo di rischio concreto. Alla via endovenosa quel medesimo criterio, fondato sulla valutazione del medico, non è stato applicato.

La via di somministrazione non è di per sé indice di complessità. Lo sono la condizione clinica del paziente, la natura della sostanza somministrata, la durata dell'infusione, il monitoraggio richiesto e la prevedibilità delle complicanze: elementi che la legge affida alla valutazione del medico e alla sua responsabilità.

La delibera, introducendo un divieto per «via di somministrazione» anziché per «rischio effettivo», contraddice il criterio legale (L.R. n. 4/2003, art. 4, comma 2) e crea un'incongruenza interna: ammette procedure più rischiose e nega procedure meno rischiose.

3. L'indeterminatezza sull'iniezione intramuscolare

L'iniezione intramuscolare non è vietata da alcuno dei cinque criteri, ma non compare nell'elenco permissivo. Se tale elenco è tassativo — come la delibera afferma di voler essere — nel Lazio uno studio professionale non può più somministrare:

- una vaccinazione;
- un antibiotico deposito;
- una vitamina B12;
- un analgesico per via intramuscolare.

Un provvedimento che si legittima sulla chiarezza non può lasciare in zona grigia l'atto sanitario più diffuso della pratica ambulatoriale.

Questa indeterminatezza crea incertezza legale per professionisti e pazienti, in contraddizione con l'obiettivo dichiarato di «garantire la certezza del diritto».

4. L'esclusione dell'attività infiltrativa articolare

L'infiltrazione intra-articolare e peri-articolare non è esclusa da alcun criterio, ma non è riconducibile alla nozione di «tessuto molle superficiale». Ne deriva un esito che rende evidente il difetto del criterio adottato — la profondità anatomica.

RESTA CONSENTITO	DIVENTA VIETATO
Le procedure intradermiche e sottocutanee di finalità estetica: peeling, filler e trattamenti analoghi.	L'infiltrazione di spalla o ginocchio prescritta per artrosi, con conseguenze assai critiche per i pazienti dei circa 1.500 ortopedici e fisiatři operanti nel Lazio.

La distinzione non discrimina per rischio clinico: discrimina per profondità anatomica. Un'infiltrazione articolare a fini terapeutici comporta rischi inferiori rispetto ad altre procedure che la nuova disciplina continua a consentire.

5. La contraddizione interna sull'anestesia

Il punto 4.2 ammette espressamente, con apposita motivazione tecnica, «l'impiego di anestesia locale infiltrativa o tronculare». Il blocco tronculare, tuttavia, **non ha impiego autonomo**: è propedeutico alla piccola chirurgia e agli interventi ambulatoriali. Il punto 4.1, lettera a), esclude però dallo studio professionale gli «interventi di chirurgia ambulatoriale».

Il provvedimento autorizza in modo argomentato un'anestesia e vieta altrove ciò per cui quell'anestesia esiste.

Questa contraddizione logica è sintomo di un difetto nella struttura del provvedimento e nella coerenza dei criteri adottati.

6. L'esclusione della riabilitazione funzionale

Il punto 4.1, lettera a), esclude dallo studio professionale i «trattamenti di recupero e riabilitazione funzionale»; la nota 1 ribadisce che le attività di fisiokinesiterapia non sono suscettibili di essere erogate in regime di studio professionale e devono essere obbligatoriamente ricondotte alle strutture complesse.

L'impatto investe migliaia di pazienti che si rivolgono agli studi professionali attivi nel territorio regionale e, con essi, i fisioterapisti che li hanno in cura. La fisiokinesiterapia è una professione sanitaria regolamentata in ordine professionale. Non esiste elemento di «complessità straordinaria» o di «rischio elevatissimo» che giustifichi l'esclusione totale dal regime semplificato di un'intera categoria professionale.

7. I vincoli organizzativi del polistudio

Il punto 2.5 vieta in modo assoluto la messa a disposizione condivisa di personale di segreteria e l'utilizzo condiviso di apparecchiature e beni strumentali.

Nessuna norma primaria pone tali divieti; nessuno di essi presenta un nesso dimostrabile con la sicurezza del paziente. L'effetto è l'imposizione di duplicazioni di costo prive di beneficio clinico, con conseguenze restrittive della concorrenza che appaiono in tensione con i principi richiamati dalla stessa delibera, che cita la Legge annuale per il mercato e la concorrenza. L'ordine professionale non impone tali limitazioni e la gestione associata di strutture è pratica consolidata in tutta Italia, senza che ciò comprometta la sicurezza assistenziale.

8. Antinomie e profili di competenza

a) Contraddizione sulla composizione del polistudio

Il punto 2.5 ammette il polistudio fra professionisti appartenenti a discipline sanitarie eterogenee; il punto 3.2, n. 2, consente l'avvicendamento nei medesimi spazi **esclusivamente fra professionisti della medesima disciplina**. Le due previsioni non sono conciliabili e generano incertezza legale.

b) Invasione di competenza comunale

Il punto 2.1 impone che l'unità immobiliare non sia classificata al catasto come «abitazione», pur riconoscendo espressamente la competenza comunale in materia. La Regione non può imporre vincoli catastali: tale materia è di competenza comunale (art. 117 Cost.).

c) Divieto di attività formativa

Il punto 2.1 vieta all'interno dello studio ogni attività formativa o didattica rivolta a terzi. Ciò incide sui tirocini professionalizzanti e sulla formazione continua obbligatoria, materie non assorbite dall'autorizzazione all'esercizio. Il divieto eccede i poteri della Regione in materia di setting.

9. I termini e l'affidamento

Il punto 9 fissa in 180 giorni dalla pubblicazione — il **7 febbraio 2027** — il termine perentorio per la cessazione dell'attività in regime semplificato e la contestuale istanza di autorizzazione. Studi legittimamente operanti da decenni in forza della DGR n. 447/2015 sono chiamati ad adeguarsi a requisiti strutturali e impiantistici concepiti per l'attività ambulatoriale, in immobili nei quali tale adeguamento è in molti casi materialmente inesigibile.

Il termine di 180 giorni è manifestamente inadeguato rispetto alla complessità degli adeguamenti richiesti — strutturali, impiantistici, organizzativi — e viola il principio di **legittimo affidamento**: professionisti che hanno organizzato la propria attività in conformità a norma vigente non possono essere costretti a riorganizzarla totalmente in sei mesi, con costi insostenibili. Il regime transitorio, inoltre, dovrebbe essere proporzionato alla complessità degli adeguamenti, non forfetario.

SEZIONE III

Che cosa chiediamo

Il Comitato non chiede un allentamento dei controlli pubblici, ma che la disciplina regionale degli studi professionali sia ricondotta al criterio che la legge impone: la complessità della prestazione e il rischio clinico effettivo per la sicurezza del paziente.

1. Riesame in autotutela della DGR n. 669/2026

Si chiede l'attivazione del riesame in autotutela della DGR n. 669/2026 e l'adozione dei conseguenti provvedimenti di secondo grado — ivi inclusi l'annullamento d'ufficio, la revoca o la revisione sostanziale — alla luce dei vizi di legittimità e delle criticità cliniche e organizzative evidenziate nel presente Manifesto.

2. Sospensione immediata dell'efficacia delle disposizioni più critiche

Nelle more del riesame, si chiede la sospensione dell'efficacia delle previsioni che introducono divieti generalizzati non fondati sul rischio clinico effettivo, nonché di quelle suscettibili di produrre effetti pregiudizievoli irreversibili sull'attività professionale e sulla continuità delle cure.

3. Istituzione di un tavolo tecnico regionale

Si chiede l'istituzione di un tavolo tecnico con la partecipazione del presente Comitato, degli Ordini professionali, delle società scientifiche, delle ASL e delle rappresentanze delle professioni interessate, finalizzato alla verifica dei criteri adottati e alla formulazione di proposte correttive documentate, accompagnate da una compiuta Valutazione di Impatto della Regolazione.

4. Chiarimento interpretativo ufficiale

Si chiede l'emissione di un chiarimento ufficiale, scritto e di portata generale, sul regime giuridico delle prestazioni attualmente in zona grigia, fra cui: iniezione intramuscolare, infiltrazione intra-articolare e peri-articolare, artrocentesi, prelievo capillare, terapie endovenose su paziente stabile in condizioni di basso rischio.

5. Revisione del criterio di classificazione

Si chiede la sostituzione dei criteri fondati sulla via di somministrazione e sulla profondità anatomica con il criterio della complessità della prestazione e del rischio clinico concreto, nel rispetto delle linee guida scientifiche e dell'autonomia e responsabilità professionale del sanitario.

6. Revisione della disciplina del polistudio e risoluzione delle antinomie interne

Si chiede il riesame dei divieti assoluti di condivisione: (i) del personale di segreteria; (ii) degli stessi locali nei quali vengono erogate le prestazioni sanitarie; (iii) delle strumentazioni. Si chiede altresì l'armonizzazione delle previsioni contraddittorie interne al provvedimento.

7. Proroga del termine di adeguamento e regime transitorio proporzionato

Si chiede la proroga del termine di 180 giorni e l'introduzione di un regime transitorio commisurato alla complessità degli adeguamenti richiesti, alla preesistenza documentata delle attività, ai vincoli oggettivi degli immobili e all'esigenza di garantire la continuità assistenziale.

SEZIONE IV

Tutela giurisdizionale: il ricorso al TAR Lazio

Avverso la DGR n. 669/2026 è esperibile — oltre al ricorso straordinario al Presidente della Repubblica — il **ricorso giurisdizionale dinanzi al TAR Lazio**, volto a sottoporre al giudice amministrativo i profili di illegittimità del provvedimento evidenziati nel presente Manifesto e a richiederne, ricorrendone i presupposti, la tutela anche in via cautelare.

Il Comitato si sta già muovendo in questa direzione. Nelle prossime settimane intendiamo tuttavia concentrare gli sforzi sulla **raccolta delle adesioni e sul consolidamento del Comitato**, coinvolgendo il maggior numero possibile di professionisti interessati, nonché Ordini professionali, società scientifiche e associazioni rappresentative delle categorie coinvolte.

Questo periodo consentirà, al contempo, di approfondire ulteriormente i profili clinici, scientifici e giuridici della nuova disciplina e di raccogliere elementi utili a documentarne l'impatto concreto sull'attività professionale e sull'accessibilità delle cure.

All'esito di questa fase, il Comitato intende promuovere il ricorso dinanzi al TAR Lazio, affinché le criticità evidenziate siano sottoposte al vaglio del giudice amministrativo.

SEZIONE V

Che cosa questo Comitato non è

Non è un'iniziativa contro la vigilanza sanitaria. Il controllo sui requisiti di igiene, sicurezza e idoneità dei titoli è un presidio di tutela del paziente e va rafforzato, non eluso.

Non è la difesa di una singola disciplina, tecnica o metodica. I profili qui sollevati incidono in modo trasversale su medici specialisti, odontoiatri, fisioterapisti e professioni sanitarie regolamentate in ordini professionali.

Non è una rivendicazione di categoria contrapposta all'interesse pubblico. L'interesse dei professionisti alla sostenibilità dell'esercizio e l'interesse dei cittadini all'accessibilità delle prestazioni, in questa materia, coincidono. La riduzione dell'accesso alle cure danneggia sia i professionisti sia i pazienti.

Non è una posizione preconcetta sul provvedimento. Diverse previsioni della DGR n. 669/2026 — in particolare quelle in materia di trasparenza informativa (comunicazione di inizio attività, piattaforma regionale), di corretta identificazione dello studio e di tracciabilità — sono condivisibili e dovrebbero essere mantenute e rafforzate.

PROMOTORI

Avv. Jacopo Maggiorotti

anche in qualità di Segretario Generale dell'Associazione A.M.A.M.I.
Associazione per i Medici Accusati di Malpractice Ingiustamente

Roma, 24 agosto 2026

ADESIONI

L'adesione è individuale e gratuita: possono aderire i professionisti sanitari del Lazio e anche quelli che operano fuori Regione. Per questi ultimi il modulo raccoglie la regione e la provincia dello studio. Nessun obbligo economico né impegno processuale.