

CAMERA DEI DEPUTATI N. 2700

DISEGNO DI LEGGE

PRESENTATO DAL MINISTRO DELLA SALUTE

(SCHILLACI)

DI CONCERTO CON IL MINISTRO DELLA GIUSTIZIA

(NORDIO)

CON IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

(GIORGETTI)

CON IL MINISTRO PER LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

(ZANGRILLO)

E CON IL MINISTRO DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

(BERNINI)

Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie

Presentato il 13 novembre 2025

ONOREVOLI DEPUTATI ! – Il presente disegno di legge, predisposto, in attuazione di quanto previsto dal Documento di finanza pubblica 2025, quale provvedimento collegato alla legge di bilancio 30 dicembre 2024, n. 207, reca la delega al Governo per avviare un processo di rimodulazione dell'attuale sistema delle professioni sanitarie, dal punto di vista

sia formativo sia ordinamentale, al fine di renderlo più efficiente, inclusivo, attrattivo e adeguato all'evoluzione scientifica e tecnologica; contiene altresì disposizioni in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

L'attuale situazione di disagio che il personale sanitario incontra rispetto al lavoro

nel Servizio sanitario nazionale determina la crescente preferenza per la libera professione o, addirittura, per l'emigrazione all'estero, la distribuzione non omogenea del personale sanitario sul territorio, gravi carenze per alcuni tipi di specializzazione e disegualanze territoriali in materia di fruizione delle prestazioni sanitarie. Ciò rende necessario intervenire, da un lato, per lo sviluppo delle competenze e per rafforzare l'attrattività del Servizio sanitario nazionale, onde sopperire alla carenza di personale, dall'altro, per potenziare l'attività di programmazione del fabbisogno di formazione dei professionisti sanitari.

In tale prospettiva, il presente disegno di legge stabilisce criteri e principi al fine di disegnare un insieme di interventi volti a valorizzare i diversi professionisti, a fare fronte alle carenze di personale e a fornire risposte efficaci ai nuovi bisogni di salute della popolazione, ponendo le basi per un sistema sanitario in grado di soddisfare la domanda di prestazioni sanitarie con forza lavoro flessibile, quantitativamente adeguata e in possesso di competenze aggiornate. Pertanto, i decreti legislativi di attuazione della delega si collocheranno lungo una direttrice funzionale e integrativa, al fine di inserire nel *corpus* normativo vigente disposizioni aggiornate su specifici aspetti della disciplina, mediante interventi puntuali, a carattere settoriale, che rispondono a esigenze concrete di aggiornamento normativo connesse all'evoluzione della scienza medica, delle tecnologie e dei bisogni sociali, oltre che di quelli formativi del personale sanitario. Questo approccio, incrementale e adattivo, si mostra coerente con il carattere dinamico delle professioni sanitarie.

Il provvedimento si compone di nove articoli, suddivisi in tre capi.

Il capo I, al fine di potenziare il Servizio sanitario nazionale e di assicurare le risorse umane necessarie a garantire i livelli essenziali di assistenza nel rispetto del principio della dignità e centralità della persona e dei bisogni del malato, contiene disposizioni volte a conferire deleghe al Governo, dettando i principi e criteri direttivi che dovranno guidare i provvedimenti legislativi delegati.

In particolare, l'articolo 1, al comma 1, coerentemente con quanto esposto in premessa, delega il Governo ad adottare, entro il 31 dicembre 2026, uno o più decreti legislativi in materia di professioni sanitarie, nel rispetto dei principi costituzionali nonché dell'ordinamento dell'Unione europea e del diritto internazionale, sulla base dei principi e criteri direttivi generali di cui all'articolo 2 e dei principi e criteri direttivi specifici di cui agli articoli 3, 4, 5 e 6. I commi 2 e seguenti disciplinano il procedimento per l'adozione dei provvedimenti legislativi delegati. In particolare, sugli schemi dei decreti legislativi dovrà acquisirsi la previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281. A seguito della trasmissione degli schemi dei decreti legislativi delegati alle Camere, le Commissioni parlamentari competenti si pronunciano entro il termine di trenta giorni dalla data di trasmissione di ciascuno schema, decorso il quale il decreto legislativo potrà essere comunque adottato. Inoltre, qualora il termine per l'espressione dei pareri parlamentari scada nei trenta giorni che precedono la scadenza del termine di delega, ovvero successivamente, quest'ultimo è prorogato di tre mesi. È infine conferita al Governo la facoltà di adottare disposizioni integrative e correttive dei medesimi decreti legislativi, da esercitarsi entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore di ciascuno di essi, nel rispetto dei principi e criteri direttivi fissati dalla presente legge.

L'articolo 2 detta i principi e criteri direttivi di delega di tipo generale, prevedendo che i decreti legislativi delegati provvedano all'abrogazione espressa delle disposizioni incompatibili con la nuova disciplina introdotta e al coordinamento delle disposizioni non abrogate, nel rispetto del riparto di competenze delineato a livello costituzionale e del diritto dell'Unione europea. Infine, si prevedono la revisione e l'adeguamento dell'apparato sanzionatorio amministrativo e disciplinare vigente.

L'articolo 3 stabilisce i principi e criteri direttivi specifici per l'adozione di misure in favore del personale sanitario. Infatti, seb-

bene l'Italia presenti un numero complessivo di medici superiore alla media dei Paesi membri dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (4,2 medici per 1.000 abitanti rispetto alla media di 3,7), persistono significative carenze in specifiche aree geografiche e in discipline strategiche quali, ad esempio, la medicina d'emergenza, l'anatomia patologica e la radioterapia. Particolarmente preoccupante è la riduzione, nell'ultimo decennio, di circa 6.000 unità nel numero dei medici di medicina generale. Il rapporto tra pazienti e infermieri, pari a 6,5 per 1.000 abitanti, risulta sensibilmente inferiore alla media europea (9,8), con potenziali ripercussioni sulla sicurezza e sulla qualità dell'assistenza. Analoghe criticità si riscontrano anche per altre figure professionali, tra cui i farmacisti, i fisioterapisti, i tecnici di radiologia, gli psicologi e gli assistenti sociali, contribuendo a determinare una situazione definita da molti esperti come una vera e propria « desertificazione sanitaria » nelle aree più svantaggiate. Tali evidenze, essenziali per delineare il quadro attuale dell'assistenza sanitaria nel territorio nazionale, impongono l'adozione di interventi mirati e una riorganizzazione del sistema e delle risorse disponibili.

A questo fine, i decreti legislativi delegati dovranno prevedere il ricorso a forme di lavoro flessibile per l'impiego dei medici specializzandi nel Servizio sanitario nazionale, compatibilmente con le esigenze di formazione, nonché la prescrizione di tempi di permanenza minima obbligatoria presso strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche o private accreditate, ubicate nelle aree disicate, ivi compresi i territori delle isole minori marine.

Sotto tale ultimo profilo, relativo alle isole minori marine, si osserva, infatti, che, come emerge dal Piano del mare 2023/2025 (pagine 162 e ss.) approvato dal Comitato interministeriale per le politiche del mare il 31 luglio 2023, i comuni delle isole minori italiane sono trentacinque, distribuiti in sette regioni (Campania, Lazio, Liguria, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana), con una popolazione di circa 220.000 persone stabilmente residenti e un numero di gran lunga superiore di turisti quali residenti temporanei; le

isole minori rappresentano avamposti determinanti per la difesa del mare, da collocare al centro della programmazione nazionale anche in relazione al settore sanitario, tenendo conto delle difficoltà nei collegamenti con la terraferma (idonee ad influire sulla disponibilità del personale a lavorare nelle isole) e della necessità di fronteggiare l'incremento della popolazione in particolari periodi dell'anno.

I decreti legislativi delegati dovranno altresì favorire il mantenimento in servizio del personale sanitario, per contrastare la tendenza all'abbandono degli impieghi presso il Servizio sanitario nazionale, anche mediante l'introduzione di riconoscimenti professionali per lo sviluppo della carriera e l'individuazione di specifiche misure organizzative e riconoscimenti professionali in favore del personale che opera in condizioni di lavoro particolari o presta servizio in aree disicate, ivi compresi i territori delle isole minori marine, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Al fine di accrescere l'efficienza e la produttività, riducendo gli sprechi di tempo e migliorando la gestione delle risorse, si dovranno prevedere misure dirette a razionalizzare e semplificare le attività amministrative che gravano sul personale sanitario, migliorando così l'utilizzazione dei tempi di lavoro.

I decreti legislativi delegati, inoltre, terranno interventi volti a garantire la sicurezza dei professionisti sanitari nello svolgimento dell'attività lavorativa e meccanismi premiali legati ai sistemi di valutazione e misurazione delle prestazioni, recentemente oggetto di direttiva adottata di concerto tra il Ministro della salute e il Ministro per la pubblica amministrazione, che comprendono anche indicatori riferiti alla riduzione delle liste d'attesa, criticità, quest'ultima, di carattere sistematico, come rilevato dalla Corte dei conti, Sezione centrale di controllo sulla gestione delle amministrazioni dello Stato, nella deliberazione n. 90/2024/G.

Infine, i decreti legislativi delegati dovranno promuovere, in sinergia con il Ministero dell'università e della ricerca, soluzioni dirette a sviluppare una metodologia comune di pianificazione e previsione del numero dei

medici specializzandi in relazione a ciascuna specializzazione medica, in accordo con il quadro normativo vigente. L'obiettivo è quello di assicurare l'equilibrio tra le ineludibili esigenze formative degli specializzandi e quelle connesse al rafforzamento della risposta pubblica ai bisogni di salute da parte del Servizio sanitario nazionale.

L'articolo 4 contiene i principi e criteri direttivi per la valorizzazione e lo sviluppo delle competenze del personale del Servizio sanitario nazionale. Nell'esercizio della delega di cui all'articolo 1, i decreti legislativi delegati, infatti, dovranno attualizzare le competenze professionali rispetto all'evoluzione dei bisogni sanitari della popolazione e alle nuove tecnologie nonché promuovere l'istituzione di un sistema nazionale di certificazione delle competenze specifico per il settore sanitario, valorizzando l'esperienza e le competenze acquisite dai professionisti sanitari. Il disegno di legge prevede, inoltre, che si definisca una strategia per la costruzione di un sistema di gestione dell'uso dell'intelligenza artificiale nel settore sanitario, nel rispetto del regolamento UE 2024/1689, al fine di assicurarne un utilizzo responsabile e rispettoso del principio di non esclusività (secondo il modello detto « *human in the loop* »), consentendo, al contempo, di sfruttarne tutte le potenzialità in maniera efficace ed efficiente. Infine, i decreti legislativi delegati stabiliranno criteri aggiornati per la formazione manageriale del personale del Servizio sanitario nazionale e, conseguentemente, adegueranno gli obiettivi della formazione continua in medicina, al fine di armonizzare tale formazione con i nuovi bisogni in materia di salute e con le competenze sanitarie richieste per soddisfarli.

L'articolo 5 determina i principi e criteri direttivi per il potenziamento della formazione sanitaria specialistica. In particolare, mediante i decreti legislativi delegati si mira a favorire, con il coinvolgimento dei soggetti istituzionali competenti, la ridefinizione del percorso formativo nella medicina generale. Si prevede, inoltre, la valorizzazione delle specializzazioni sanitarie, allo scopo di aumentare l'attrattività di tali carriere professionali: la norma fa specifico riferimento alle professioni sanitarie di chimico, odontoiatra

e biologo, in relazione alle quali risulta particolarmente cogente l'esigenza di rivedere la struttura della formazione specialistica, anche nella prospettiva di ampliare le possibilità di accesso di tali professionisti al Servizio sanitario nazionale. Infatti, fermo restando l'obiettivo generale di assicurare la disponibilità del personale sanitario necessario al funzionamento della sanità pubblica, l'intervento proposto mira in particolare, per i chimici, a garantire il ricambio generazionale; per gli odontoiatri, a fornire anche un supporto legale e giudiziario alle decisioni dei magistrati, delle aziende sanitarie e degli ordini professionali; per i biologi, a disporre di professionisti anche nell'ambito dell'igiene pubblica con indirizzo ambientale.

L'articolo 6, nel quadro della delega legislativa prevista dall'articolo 1, attribuisce al Governo una delega specifica per la revisione della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie di cui alla legge 11 gennaio 2018, n. 3, enunciandone i principi e criteri direttivi. In particolare, la delega mira, da un lato, all'introduzione di correttivi riguardanti le competenze e la durata in carica degli organi degli ordini, al fine di migliorarne l'efficienza, la rappresentatività e il ricambio nello svolgimento delle funzioni istituzionali; dall'altro, si propone di rafforzare il ruolo degli ordini come enti sussidiari dello Stato, valorizzandone la funzione pubblicistica nell'ambito della regolazione e della tutela delle professioni. Tale impostazione suggerisce un intervento normativo orientato sia alla razionalizzazione dell'assetto organizzativo interno degli ordini professionali, sia al consolidamento del loro contributo all'interesse pubblico, in coerenza con il principio di sussidiarietà orizzontale.

Il capo II reca disposizioni in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie per fatti commessi nell'esercizio dell'attività sanitaria. In particolare, l'articolo 7 sostituisce l'articolo 590-*sexies* del codice penale, relativo alla responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario. Anche al fine di contrastare il fenomeno della cosiddetta « medicina difensiva » nonché, per altro verso, allo scopo di calibrare l'imputazione per colpa, nell'ambito del giudizio di responsabilità pe-

nale, all'attuale e sempre crescente complessità dell'attività sanitaria, si prevede che l'esercente la professione sanitaria sia punibile esclusivamente a titolo di colpa grave quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida, come definite e pubblicate ai sensi di legge, o le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le predette raccomandazioni o buone pratiche risultino adeguate alle specificità del caso concreto. La disposizione realizza, quindi, la sintesi tra i valori e gli interessi sottesi alla materia, prevedendo, nei casi di accertata osservanza di linee guida o buone pratiche clinico-assistenziali, l'imputabilità del sanitario esclusivamente a titolo di colpa grave – tanto nei casi di imperizia quanto in quelli di imprudenza e negligenza – così arginando i rischi della cosiddetta « medicina difensiva » e promuovendo la scienza medica.

Con il medesimo articolo si introduce nel codice penale il nuovo articolo 590-*septies*, il quale, ai fini dell'accertamento della colpa e della sua graduazione, individua quali parametri, non esclusivi, di riferimento le condizioni oggettive consistenti nella scarsità delle risorse umane e materiali disponibili, nelle eventuali carenze organizzative, sempre che la scarsità e le carenze non siano evitabili da parte dell'esercente l'attività sanitaria, nella mancanza, limitatezza o contraddittorietà delle conoscenze scientifiche sulla patologia o sulla terapia, nella concreta disponibilità di terapie adeguate, nella complessità della patologia o nella concreta difficoltà dell'attività sanitaria, nello specifico ruolo svolto in caso di cooperazione multidisciplinare (allo scopo di evidenziare il principio di affidamento, essenziale riferimento per la corretta individuazione delle sfere di responsabilità colposa nei contesti organizzati) e nella presenza di situazioni di urgenza o emergenza.

In analoga prospettiva, allo scopo di valorizzare l'arte medica, l'articolo 8 apporta modifiche alla legge 8 marzo 2017, n. 24, recante disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, sostituendo il secondo periodo del comma 1 dell'articolo 5, al fine di prevedere che gli esercenti le professioni sanitarie, oltre che alle

linee guida, si attengono altresì alle buone pratiche clinico-assistenziali, salve comunque le specificità del caso concreto. La nuova modifica l'attuale disciplina, da un lato eliminando la disposizione secondo cui gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone prassi solo in mancanza delle raccomandazioni previste dalle linee guida, coerentemente con quanto previsto dal comma 3-*bis* contestualmente introdotto nell'articolo 7, e dall'altro lato facendo sempre salve, anche nel caso in cui il professionista si attenga alle buone prassi, le specificità del caso concreto, con disposizione innovativa rispetto all'attuale disciplina.

La disposizione interviene poi sull'articolo 7 della medesima legge n. 24 del 2017. Le modifiche al comma 1 hanno esclusivamente funzione di miglioramento del testo sia sotto il profilo stilistico sia sotto quello tecnico. Viene altresì soppresso il secondo periodo del comma 3, che attualmente prevede: « Il giudice, nella determinazione del risarcimento del danno, tiene conto della condotta dell'esercente la professione sanitaria ai sensi dell'articolo 5 della presente legge e dell'articolo 590-*sexies* del codice penale, introdotto dall'articolo 6 della presente legge ». L'intervento si rende necessario poiché il suddetto periodo risulta fuorviante, in quanto riferisce la valutazione della condotta, da effettuare da parte del giudice, alla determinazione del danno (*al quantum*) e non alla verifica della sussistenza della responsabilità. Al contrario, è la sussistenza della responsabilità, e non la determinazione del danno, che viene in considerazione nel caso di violazione dell'articolo 5 (con la precisazione che, quanto all'elemento soggettivo, la verifica deve essere effettuata tenuto conto dei criteri dettati dal nuovo comma 3-*bis*); una volta accertata la sussistenza della responsabilità, la quantificazione del danno è necessariamente effettuata sulla base dei principi generali.

Viene inoltre introdotto il comma 3-*bis*, mediante il quale – ferma restando la responsabilità della struttura sanitaria – si stabilisce una limitazione della responsabilità civile dell'esercente la professione sanitaria. Più precisamente, il nuovo comma 3-*bis* consente di tenere conto, nell'accertamento della

colpa civilistica e della sua graduazione, di condizioni oggettive afferenti alla scarsità delle risorse umane e materiali disponibili nonché delle eventuali carenze organizzative, quando la scarsità e le carenze non sono evitabili da parte dell'esercente l'attività sanitaria, della mancanza, limitatezza o contraddittorietà delle conoscenze scientifiche sulla patologia o sulla terapia, della concreta disponibilità di terapie adeguate, della complessità della patologia o della concreta difficoltà dell'attività sanitaria, dello specifico ruolo svolto in caso di cooperazione multidisciplinare e della presenza di situazioni di urgenza o emergenza. La disposizione prevede che resti fermo quanto previsto dall'articolo 2236 del codice civile (« Se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di colpa grave »), che costituisce la norma generale in materia di responsabilità civile per colpa del prestatore d'opera, come tale

applicabile anche all'esercente le professioni sanitarie. Ne discende che, ai fini della responsabilità civile, qualora la prestazione non comporti la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, la responsabilità del professionista sanitario sussiste anche nel caso in cui quest'ultimo versi in colpa non grave: non opera quindi, in tale ipotesi, la limitazione della responsabilità civile alla sola colpa grave, a differenza di quanto previsto per la responsabilità penale.

Da ultimo si interviene sul comma 5 dell'articolo 7, al fine di chiarirne meglio il disposto.

Infine, il capo III contiene le disposizioni in materia finanziaria. Più precisamente, l'articolo 9 prevede che dall'attuazione delle deleghe legislative non debbano derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica e che le amministrazioni competenti provvedano agli adempimenti relativi ai decreti legislativi con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

RELAZIONE TECNICA

(Articolo 17, comma 3, della legge 31 dicembre 2009, n. 196).

Il disegno di legge in esame reca la delega al Governo in materia di professioni sanitarie e introduce disposizioni in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. Il provvedimento è stato predisposto in attuazione di quanto previsto dal Documento di finanza pubblica 2025, che ha indicato la presente delega in materia di riordino delle professioni sanitarie quale collegato alla legge di bilancio 30 dicembre 2024, n. 207.

Il disegno di legge si compone di nove articoli, suddivisi in tre Capi.

Il Capo I contiene le norme relative alla delega legislativa, individuando gli obiettivi della riforma e i criteri che il Governo dovrà osservare nell'adozione dei provvedimenti delegati.

In particolare, l'**articolo 1** definisce le finalità della delega e ne precisa i termini e le modalità di attuazione. La norma non comporta oneri, in quanto l'articolo reca le disposizioni per l'esercizio della delega. In particolare, il comma 1 individua, in via generale, le finalità del provvedimento, quali concetti più ampi per l'esercizio della delega che vengono specificatamente declinati nei principi e criteri direttivi indicati negli articoli 3, 4, 5 e 6. I commi da 2 a 4 contengono norme di natura procedurale che regolano l'*iter* di adozione dei decreti delegati e, che, conseguentemente, non determinano effetti finanziari.

L'**articolo 2** reca l'elencazione dei principi e criteri direttivi generali che dovranno guidare l'esercizio della delega legislativa, richiamando la necessità di assicurare il coordinamento e l'aggiornamento normativo, l'abrogazione di disposizioni incompatibili con l'introduzione delle nuove disposizioni previste nei decreti legislativi, il rispetto del riparto di competenze legislative tra Stato e regioni e la revisione e adeguamento della disciplina sanzionatoria. La norma non comporta oneri in quanto la disposizione si limita a sancire i principi da rispettare nell'esercizio dell'attività di produzione e revisione normativa, al fine di garantire la coerenza e l'aggiornamento dell'apparato normativo in materia di professioni sanitarie.

Le norme successive individuano principi e criteri direttivi specifici in relazione ai diversi settori di intervento della riforma.

Più precisamente, l'**articolo 3** stabilisce le linee direttive per l'adozione di misure in favore del personale sanitario.

Per quanto riguarda i principi di delega previsti, si rappresenta quanto segue.

La **lettera a)** prevede il riordino e la razionalizzazione delle forme di lavoro flessibile per l'impiego di specializzandi nel Servizio sanitario nazionale compatibilmente con le esigenze di formazione e nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Al riguardo, si evidenzia che nel tessuto normativo esistono già disposizioni che consentono l'utilizzo degli specializzandi con modalità diversificate e, comunque, nei limiti delle relative disponibilità di bilancio e nei limiti di spesa per il personale previsti dalla disciplina vigente. Basti pensare a quanto previsto dall'articolo 1, comma 338, della legge di bilancio n. 207 del 2024 che consente, in via sperimentale e fino al 31 dicembre 2026, l'applicabilità della disposizione relativa alla possibilità per



i medici in formazione specialistica regolarmente iscritti al relativo corso di studi di assumere, su base volontaria e al di fuori dell'orario dedicato alla formazione, incarichi libero-professionali, anche di collaborazione coordinata e continuativa, presso i servizi sanitari del Servizio sanitario nazionale, per un massimo di 8 ore settimanali, fermo rimanendo quanto previsto dalla disciplina vigente in materia di spesa di personale degli enti del Servizio Sanitario nazionale. Inoltre, sempre al fine di rafforzare strutturalmente i Servizi sanitari regionali, occorre evidenziare l'esistenza di ulteriori disposizioni in materia di utilizzo degli specializzandi: articolo 1, comma 342, della legge di bilancio n. 207 del 2024, che estende, fino al 31 dicembre 2027, la possibilità di assunzione, ai sensi del comma 548-bis dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2018, n. 145, degli specializzandi dal secondo anno di corso come dirigenti *part-time* fino al 31 dicembre 2027 e amplia tale opportunità anche agli ospedali al di fuori della rete formativa della scuola di specializzazione frequentata; articolo 4, comma 3, del decreto-legge 27 dicembre 2024, n. 202, che prevede la proroga fino al 31 dicembre 2025 della possibilità per gli enti del Servizio sanitario nazionale, nei limiti di spesa previsti per il personale dalla disciplina vigente in materia, di conferire incarichi ai medici specializzandi già previsti in sede di emergenza sanitaria. Infine, si segnalano le disposizioni che, seppur previste nel periodo di emergenza sanitaria, si è reso necessario portare a regime nel decreto-legge n. 202 del 2024, relative alla possibilità per i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, di partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali, rimessi all'accordo collettivo nazionale, nonché quelle relative alla possibilità per i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale di instaurare un rapporto convenzionale a tempo determinato con il Servizio sanitario nazionale, per i laureati in medicina e chirurgia abilitati di assumere incarichi provvisori o di sostituzione di medici di medicina generale, nonché per i medici iscritti al corso di specializzazione in pediatria, durante il percorso formativo, di assumere incarichi provvisori o di sostituzione di pediatri di libera scelta convenzionati con il Servizio sanitario nazionale.

La presente lettera, quindi, ha come obiettivo quello di effettuare un riordino delle numerose disposizioni normative in materia e non determina nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

La **lettera b)** introduce la possibilità di regolamentare i vincoli minimi di permanenza presso strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche o private accreditate, ubicate nelle aree disagiate, ivi compresi i territori delle isole minori marine. La disposizione si limita a consentire al legislatore delegato di circoscrivere temporalmente la durata minima dello svolgimento del rapporto di lavoro nei predetti territori, senza influire, pertanto, sul trattamento economico spettante al lavoratore, che non viene inciso dalla disposizione. Con particolare riferimento al personale sanitario impiegato presso strutture pubbliche, la disposizione introduce la possibilità di prevedere una disciplina speciale, integrativa o derogatoria rispetto a quella contenuta nel decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (T.U.P.I.) che all'articolo 35, comma 5-bis, dispone, per i vincitori di concorso pubblico, l'obbligo di permanere nella sede di prima assegnazione per un periodo non inferiore a cinque anni. La norma, inoltre, fa riferimento anche al personale sanitario impiegato presso le strutture private accreditate, prevedendo la possibilità di introdurre una disciplina relativa ai vincoli di permanenza anche rispetto in relazione ai professionisti sanitari sottratti alla sfera di operatività del citato articolo 35, comma 5-bis, del d.lgs. n. 165 del 2001. La disposizione non determina nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.



La **lettera c)** individua un principio di delega volto a favorire, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di spesa di personale e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, il mantenimento in servizio del personale sanitario, anche mediante l'introduzione di riconoscimenti professionali per la carriera, nonché l'individuazione di misure specifiche organizzative o professionali in favore di coloro che prestano servizio in particolari condizioni di lavoro o in aree disagiate, ivi compresi i territori delle isole minori marine. Si fa riferimento a misure professionali, organizzative, motivazionali, formative (tra l'altro già individuate dalle Linee guida n. 5/2019 del Dipartimento della funzione pubblica), nonché a riconoscimenti a livello reputazionale per i *“best performers”*, volti a favorire un ambiente lavorativo più produttivo e motivato. Le misure per il mantenimento in servizio del personale possono consistere in interventi regolatori e organizzativi, quali la semplificazione delle procedure di proroga contrattuale, la flessibilizzazione delle modalità di impiego o la rimozione di vincoli burocratici che ostacolano la permanenza, senza che ciò implichi effetti finanziari per l'erario. La valorizzazione delle condizioni di lavoro ovvero di *“work-life balance”* può essere perseguita tramite una migliore organizzazione dei turni e della distribuzione delle risorse umane, senza incrementi retributivi. La lettera c), inoltre, intende realizzare una modifica idonea a favorire coloro che prestano servizio in particolari condizioni di lavoro o in aree disagiate, ivi compresi i territori delle isole minori marine, favorendoli nelle progressioni di carriera e nell'attribuzione di incarichi dirigenziali, valorizzando i periodi di lavoro in aree o in servizi disagiati come punteggio utile nelle progressioni economiche e nei concorsi per la dirigenza medica. Tenuto conto che le misure in argomento non hanno carattere economico, la disposizione non reca nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

In relazione al richiamo alle isole minori marine di cui alle lettere b) e c), si rappresenta che la previsione di tali territori tra le aree disagiate si limita a ribadire un precezzo già desumibile dalle medesime disposizioni, risultando le isole minori qualificabili, in virtù anche delle difficoltà nei collegamenti con la terraferma, alla stregua di territori svantaggiati, come peraltro desumibile anche dall'articolo 119, sesto comma, della Costituzione in cui si discorre di svantaggi derivanti dall'insularità. Ne deriva che la precisazione della riconducibilità del territorio delle isole minori alla nozione di area disagiata, avendo una funzione chiarificatrice di un precezzo già discendente dalle disposizioni, non è idonea a determinare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

La **lettera d)** prevede l'individuazione di strategie, in accordo con le regioni, volte a consentire la razionalizzazione e la semplificazione dei procedimenti amministrativi che gravano sul personale sanitario, al fine di consentire un ottimale svolgimento dell'attività di assistenza sanitaria. Sul punto, si consideri ad esempio la necessità di procedere alla introduzione di misure semplificate circa la redazione di cartelle cliniche, referti e documentazione amministrativa in maniera tale da determinare riduzioni del tempo speso in attività di *data entry* e maggiore accuratezza nella trascrizione; l'esigenza di eliminare il rischio di duplicazione dei dati con l'obiettivo di evitare che lo stesso dato (es. anamnesi, farmaci, diagnosi, codici) possa essere inserito più volte in sistemi differenti (principio c.d. *“one only”*); razionalizzazione delle procedure interne per richieste di esami, ricoveri, trasferimenti, richieste di materiale sanitario, ferie, formazione, al fine di liberare tempo clinico e ridurre gli errori dovuti a trascrizioni ripetitive. Tali strategie, per loro natura, non comportano un aggravio della finanza pubblica – laddove si risolvono in attività di reingegnerizzazione di processi già esistenti – e, anzi, a lungo termine appaiono idonee a generare risparmi di spesa.

La **lettera e)** è tesa, ferme restando le previsioni di cui al d.lgs. n. 81 del 2008 in materia di sicurezza sul lavoro e le disposizioni di recente introduzione in materia penale volte a tutelare i professionisti



sanitari da aggressioni da parte dell'utenza, a sistematizzare la materia anche attraverso un irrobustimento della risposta sanzionatoria dello Stato alle condotte lesive della sicurezza degli operatori sanitari nei luoghi di lavoro. Peraltro, giova evidenziare che il consolidamento della sicurezza dei professionisti sanitari potrà passare anche dal rafforzamento di sanzioni amministrative, il cui eventuale importo sarebbe versato all'entrata del bilancio dello Stato.

La **lettera f)** prevede la definizione di meccanismi premiali legati ai sistemi di valutazione della *performance* delle figure dirigenziali, sanitarie e amministrative, presenti nel Servizio sanitario nazionale, anche in relazione ai risultati da conseguire in materia di riduzione delle liste d'attesa, che dovrà determinarsi nell'ambito del tetto di spesa individuato per il raggiungimento degli obiettivi. Tale disposizione non determina nuovi oneri a carico della finanza pubblica in quanto promuove una mera ridistribuzione delle quote dell'indennità di risultato condizionata al raggiungimento dei predetti obiettivi. Peraltro, si sottolinea ulteriormente che le citate Linee guida per la misurazione e valutazione della *performance* individuale n. 5/2019, elaborate dal Dipartimento della funzione pubblica per fornire alle amministrazioni pubbliche ulteriori indirizzi metodologici in ordine alle modalità di misurazione e valutazione della *performance* individuale, hanno suggerito di affiancare ai tradizionali meccanismi di *rewarding* non solo strumenti di incentivazione non monetaria, ma soprattutto una più efficace attivazione delle altre leve organizzative disponibili, utili a creare quell'orientamento allo sviluppo e alla valorizzazione del singolo dipendente che di per sé costituisce un elemento motivante per i dipendenti pubblici. La disposizione, quindi, intende riorganizzare e razionalizzare l'attribuzione dei riconoscimenti e gli incentivi già esistenti a legislazione vigente, al fine di favorire un ambiente lavorativo più produttivo e motivato.

La **lettera g)** intende promuovere, in sinergia con il Ministero dell'università e della ricerca, soluzioni dirette a sviluppare una metodologia comune di pianificazione e previsione del numero di specializzandi in relazione a ciascuna specializzazione medica, in raccordo con quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, lettera g), della legge 14 marzo 2025, n. 26. Ciò al fine di rendere armonico il quadro normativo in materia, assicurando l'equilibrio tra le ineludibili esigenze formative degli specializzandi a quelle legate al rafforzamento della risposta pubblica ai bisogni di salute da parte del Servizio sanitario nazionale. Tale disposizione non genera oneri per la finanza pubblica.

L'**articolo 4** individua i principi e criteri direttivi per lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze professionali del personale sanitario, in linea con i nuovi bisogni di salute della popolazione e l'introduzione dell'Intelligenza Artificiale nel settore sanitario, prevedendo, altresì, l'aggiornamento dei profili legati alla formazione manageriale del personale del Servizio sanitario nazionale.

Con riferimento ai criteri di delega di cui alle **lettere a) e b)** dell'articolo 4, vertendo, l'uno, sull'attualizzazione delle competenze professionali e, l'altro, sulla promozione dell'istituzione di un sistema nazionale di certificazione delle competenze, saranno entrambi realizzati da AGENAS nell'ambito delle sue attività istituzionali, rimodulando l'attuale offerta formativa ECM e utilizzando le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente per la certificazione delle competenze conseguenti all'attività formativa, anche a valle di un confronto con le strutture sanitarie nazionali, regionali e locali da meglio individuarsi in sede attuativa. Conseguentemente, la disposizione non ha effetti sulla finanza pubblica.

In relazione alla **lettera c)**, si evidenzia che la disposizione costituisce una mera previsione di *policy* e, conseguentemente, è priva di effetti finanziari.



La **lettera d)** è diretta al solo aggiornamento dei criteri per la formazione manageriale del personale del SSN, al fine dell'attualizzazione degli obiettivi di formazione continua in medicina. Conseguentemente, si evidenzia una invarianza di spesa rispetto agli attuali stanziamenti previsti per garantire il vigente sistema ECM.

L'**articolo 5** individua i principi e i criteri direttivi per favorire, con il coinvolgimento delle amministrazioni competenti, la ridefinizione del percorso formativo della medicina generale (**lettera a)**, nonché per valorizzare le specializzazioni sanitarie, anche con riferimento alle professioni sanitarie di chimico, odontoiatra e biologo (**lettera b)**.

Al riguardo, con riferimento alle **lettere a) e b)**, si evidenzia che convergono verso il medesimo obiettivo della valorizzazione delle professioni sanitarie, al fine di avviare un processo di rimodulazione dei percorsi formativi che coinvolgono anche le scuole di professioni sanitarie, con particolare riguardo alla professione di chimico, odontoiatra e biologo. Il SSN conta 31 profili professionali sanitari, di cui 23 nelle aree infermieristica, ostetrica, tecnica, riabilitativa e della prevenzione. Tale frammentazione ha limitato la capacità di risposta del SSN, creando rigidità organizzative e rendendo alcune professioni meno attrattive. Tale principio di delega risponde alla necessità di assicurare l'implementazione di un sistema di *skill mix* per migliorare l'integrazione tra le diverse figure professionali e garantire un utilizzo più efficace del personale sanitario.

A ciò, altresì, deve aggiungersi che le modifiche ai percorsi formativi si realizzeranno nell'ambito della programmazione ordinaria delle attività didattiche e di tirocinio, ulteriormente rilevando che le strutture sanitarie pubbliche e accreditate già operano come sedi di tirocinio o didattica professionalizzante. Questo comporta, in molti casi, una riduzione dei costi impliciti (quali la minore durata media dei tirocini, il migliore utilizzo dei docenti interni, l'eliminazione di sovrapposizioni didattiche).

In questo contesto, si rileva che la suddetta rimodulazione mira a razionalizzare l'attuale assetto dei percorsi formativi mediante strumenti di riorganizzazione o di efficientamento dei corsi di specializzazione, da individuare, al momento dell'adozione dei decreti delegati, alla luce delle esigenze formative dei professionisti sanitari connesse all'evoluzione dei bisogni di salute dei cittadini e delle risorse disponibili a legislazione vigente.

L'**articolo 6** dispone principi e criteri direttivi per la revisione della disciplina degli ordini professionali che sono enti pubblici non economici a carattere associativo, dotati di autonomia regolamentare, patrimoniale e finanziaria, e non gravano sulla finanza pubblica, perché alimentati esclusivamente dai contributi degli iscritti.

Il Capo II reca disposizioni in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

In particolare, l'**articolo 7** sostituisce l'articolo 590-*sexies* del codice penale, relativo alla responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario per delineare i limiti di responsabilità del professionista nell'ambito della prestazione sanitaria e inserisce l'articolo 590-*septies* del codice penale, al fine di offrire dei parametri per l'accertamento della gravità dell'elemento soggettivo colposo.

L'**articolo 8** apporta modifiche alla legge n. 24 del 2017, relativamente al regime della responsabilità civile del personale sanitario mantenendo, comunque, le previsioni di cui all'articolo 2236 del codice



civile, disposizione che conferma che i parametri valutativi della condotta del professionista sono legati al suo *status* e al tipo di attività esercitata, ma rimangono sostanzialmente i medesimi sia che egli agisca in esecuzione di un contratto, sia che operi al di fuori di esso. Come ulteriore precisazione, infine, è importante evidenziare che i sanitari devono attenersi, ai fini dell'esclusione del livello di colpa, anche alle buone pratiche clinico-assistenziali, mentre viene introdotta la valutazione della colpa anche alla luce delle risorse e condizioni disponibili, nonché rafforzata l'inderogabilità delle linee guida come regole di riferimento.

Sotto il profilo finanziario si rappresenta che le disposizioni contenute nei sopra citati articoli hanno, tra l'altro, come effetto quello di ridurre il numero di procedimenti penali intentati nei confronti dei professionisti sanitari, atteso che solamente in caso di fondati indizi probatori che siano tali da dimostrare una "colpa grave" nello svolgimento delle proprie mansioni, saranno avviate azioni giudiziarie, con un deflazionamento del relativo contenzioso. Pertanto, le norme di nuova introduzione non determinano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, atteso che, per quanto riguarda gli adempimenti dell'amministrazione giudiziaria, trattandosi comunque di incompatibilità istituzionali, le stesse continueranno ad essere espletate con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, potrebbero avere effetti di riduzione dei costi correlati alla c.d. "medicina difensiva".

Il Capo III prevede disposizioni in materia finanziaria. Più precisamente, l'**articolo 9** reca la clausola di invarianza finanziaria precisando che i decreti legislativi di cui al presente provvedimento sono adottati senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica e che le amministrazioni interessate provvedono agli adempimenti di rispettiva competenza con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.





*Ministero
dell'Economia e delle Finanze*

DIPARTIMENTO DELLA RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO

VERIFICA DELLA RELAZIONE TECNICA

La verifica della presente relazione tecnica, effettuata ai sensi e per gli effetti dell'art. 17, comma 3, della legge 31 dicembre 2009, n. 196 ha avuto esito Positivo.

Il Ragioniere Generale dello Stato

Firmato digitalmente

07/11/2025

Daria Perrotta



ANALISI TECNICO-NORMATIVA

PARTE I. ASPETTI TECNICO-NORMATIVI DI DIRITTO INTERNO***1) Obiettivi e necessità dell'intervento normativo. Coerenza con il programma di Governo.***

L'intervento normativo, in continuità con i principali interventi legislativi che negli ultimi anni hanno interessato il settore, si propone di avviare un processo di riforma dell'attuale sistema delle professioni sanitarie, al fine di rispondere in maniera più efficiente ed efficace ai bisogni di salute della popolazione.

In particolare, con l'obiettivo di rafforzare l'attrattività del Servizio sanitario nazionale, attualizzare le competenze dei professionisti e garantire una forza lavoro adeguata, qualificata e in grado di far fronte anche a scenari emergenziali, la proposta di legge delega il Governo ad effettuare una serie di interventi volti a sopperire alla carenza di personale, potenziare l'attività di programmazione del fabbisogno, intervenire sui processi di formazione e di inserimento lavorativo dei professionisti sanitari e migliorarne le condizioni di lavoro.

A tal fine, dovendo intervenire in un contesto normativo complesso e articolato, il Governo è delegato anche ad effettuare una ricognizione delle norme vigenti in materia, sì da assicurarne il coordinamento e la coerenza ordinamentale. Il provvedimento è stato predisposto in attuazione di quanto previsto dal Documento di finanza pubblica 2025, il quale prevede che a completamento della manovra di bilancio 2025-2027, il Governo conferma quale collegato alla decisione di bilancio il disegno di legge già indicato nel precedente Documento programmatico teso ad avviare un processo di rimodulazione dell'attuale sistema delle professioni sanitarie. L'intervento è, pertanto, coerente con il programma di Governo.

2) Analisi del quadro normativo nazionale.

La proposta normativa si colloca in un quadro normativo nazionale particolarmente articolato e stratificato.

La disciplina di riferimento è contenuta principalmente nella legge 10 agosto 2000, n. 251 e nella legge 1° febbraio 2006, n. 43, che hanno definito e regolamentato le professioni sanitarie, distinguendole in diverse aree (infermieristica, riabilitativa, tecnico-diagnostica e della prevenzione), nonché nelle più recenti disposizioni di cui alla legge 3 gennaio 2018, n. 3, che ha operato un riordino degli ordini professionali e ha istituito gli albi per le professioni sanitarie.

Inoltre, il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 è intervenuto in materia di programmazione e organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, incidendo anche sulla formazione e sul fabbisogno delle professioni sanitarie.

In tema di sicurezza delle cure e della persona assistita e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, si richiama, altresì, la legge 8 marzo 2017, n. 24, c.d. legge Gelli-Bianco. Il quadro normativo si completa con una molteplicità di atti secondari, regolamenti e linee guida che contribuiscono a definire compiti, responsabilità e ambiti di autonomia professionale.

3) Incidenza delle norme proposte sulle leggi e sui regolamenti vigenti.

L'intervento legislativo in esame si colloca, come sopra detto, in una materia già ampiamente regolamentata, ponendosi, tra l'altro, l'obiettivo di razionalizzare e aggiornare la normativa esistente al fine di rispondere in maniera più efficiente ed efficace ai bisogni di salute dei cittadini, in coerenza con l'evoluzione scientifica, tecnologica e organizzativa del settore sanitario.

L'intervento sostituisce l'articolo 590-*sexies* c.p., in tema di responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario, limitando la punibilità per i fatti di cui agli articoli 589, 590, commessi nell'esercizio dell'attività sanitaria. In particolare, si prevede che, quando l'esercente la professione sanitaria si attiene alle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge o alle buone pratiche clinico assistenziali, sempre che le predette raccomandazioni o buone pratiche risultino adeguate alle specificità del caso concreto, è punibile solo per colpa grave. Inoltre, si introduce un nuovo articolo 590-*septies*, il quale, ai fini dell'accertamento della colpa e della sua graduazione, individua condizioni oggettive afferenti alla scarsità delle risorse umane e materiali disponibili, nonché delle eventuali carenze organizzative, quando la scarsità e le carenze non sono evitabili da parte dell'esercente l'attività sanitaria, della mancanza, limitatezza o contraddittorietà delle conoscenze scientifiche sulla patologia o sulla terapia, della concreta disponibilità di terapie adeguate, della complessità della patologia o della concreta difficoltà dell'attività sanitaria, dello specifico ruolo svolto in caso di cooperazione multidisciplinare (a tutela del principio di affidamento), nonché della presenza di situazioni di urgenza o emergenza. In un'ottica analoga, si apportano delle modifiche alla legge n. 24 del 2017, recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", prevedendo che gli esercenti le professioni sanitarie si attengono altresì alle buone pratiche clinico-assistenziali, salve comunque le specificità del caso concreto. Inoltre, si introduce all'articolo 7 della citata legge n. 24 del 2017 una disposizione che consente di tenere conto, nell'accertamento della colpa civilistica e della sua graduazione, di condizioni oggettive afferenti alla scarsità delle risorse umane e materiali disponibili, nonché delle eventuali carenze organizzative, quando la scarsità e le carenze non sono evitabili da parte dell'esercente l'attività sanitaria, della mancanza, limitatezza o contraddittorietà delle conoscenze scientifiche sulla patologia o sulla terapia, della concreta disponibilità di terapie adeguate, della complessità della patologia o della concreta difficoltà dell'attività sanitaria, dello specifico ruolo svolto in caso di cooperazione multidisciplinare, nonché della presenza di situazioni di urgenza o emergenza. La disposizione in esame precisa che resta fermo quanto previsto dall'articolo 2236 c.c..

I decreti legislativi adottati in attuazione dell'intervento in esame incideranno su numerose disposizioni legislative e regolamentari. Tra queste, in considerazione della natura del provvedimento, si segnalano:

- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
- legge 10 agosto 2000, n. 251, recante "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica";

- legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;
- legge 11 gennaio 2018, n. 3, recante “Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute”.
- legge 30 dicembre 2018, n. 145 recante “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021”, articolo 1, commi 547, 548 e 548-bis.

4) Analisi della compatibilità dell'intervento con i principi costituzionali.

Il provvedimento è compatibile con i principi costituzionali.

Si segnalano, in particolare, gli articoli 2 e 32 che, sancendo la tutela dei diritti inviolabili dell'uomo e, segnatamente, della salute, sottolineano l'importanza di un approccio etico e responsabile nell'esercizio della professione, a tutela dei diritti dei singoli e della collettività, nonché l'articolo 1 che, riconoscendo la funzione sociale del lavoro, conferisce precipuo valore al contributo apprestato dai professionisti sanitari.

Le previsioni contenute nella proposta di legge tengono conto di quanto disposto all'articolo 81 della Costituzione e, pertanto, al principio di equilibrio di bilancio e di copertura finanziaria.

Il provvedimento, inoltre, nel rispetto del riparto di competenze sancito dall'articolo 117 della Costituzione, prevede il coinvolgimento delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano attraverso la previa acquisizione dell'intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, regioni e province autonome ai fini dell'adozione dei decreti legislativi di cui all'articolo 1, comma 2, insieme alla necessità di raccordo tra la legge e i decreti attuativi emanati in attuazione della stessa e gli statuti e le relative norme di attuazione degli enti territoriali.

5) Analisi della compatibilità dell'intervento con le competenze e le funzioni delle regioni ordinarie e a statuto speciale nonché degli enti locali.

Non si rilevano profili di incompatibilità con le competenze e le funzioni delle regioni a statuto ordinario e a statuto speciale, nonché degli enti locali.

In particolare, il provvedimento, all'articolo 1, comma 2, richiede, per l'adozione dei decreti legislativi di cui all'articolo 1, l'acquisizione dell'intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, regioni e province autonome.

6) Verifica della compatibilità con i principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza sanciti dall'articolo 118, primo comma, della Costituzione.

L'intervento normativo è conforme ai principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza sanciti dall'articolo 118, primo comma, della Costituzione.

In particolare, esso riserva allo Stato la regolazione unitaria degli aspetti fondamentali della riforma, assicurando così l'esercizio unitario di funzioni che richiedono uniformità su tutto il territorio nazionale e, al contempo, valorizza il ruolo delle regioni e degli altri enti territoriali in coerenza con il principio della distribuzione delle competenze.

Nello specifico, si segnalano:

- l'articolo 5, comma 1, che sancisce espressamente il coinvolgimento dei competenti attori istituzionali nell'ambito del potenziamento del percorso formativo della medicina generale;
- l'articolo 6 che, nell'ambito delle modifiche alla disciplina sul funzionamento degli Ordini professionali, prevede l'adozione di misure volte a valorizzare il ruolo di questi ultimi, quali organi sussidiari dello Stato.

7) *Verifica dell'assenza di rilegificazioni e della piena utilizzazione delle possibilità di delegificazione e degli strumenti di semplificazione normativa.*

Il provvedimento non comporta effetti di rilegificazione e non prevede l'utilizzo di strumenti di delegificazione.

Con riguardo alla semplificazione normativa, si segnala che la proposta di legge prevede:

- all'articolo 2, comma 1, lett. a), tra i principi e criteri direttivi generali nel rispetto dei quali i decreti legislativi di cui all'articolo 1, comma 2 saranno adottati, anche mediante il coordinamento formale e sostanziale delle norme statali vigenti in materia di professioni sanitarie, apportando le innovazioni e le modifiche necessarie per garantirne la coerenza giuridica, logica e sistematica e per adeguarle ai nuovi bisogni di salute della popolazione;
- all'articolo 2, comma 1, lett. b), la ricognizione delle disposizioni abrogate in materia.

8) *Verifica dell'esistenza di progetti di legge vertenti su materia analoga all'esame del Parlamento e relativo stato dell'iter.*

Si segnalano i seguenti progetti di legge vertenti su materia analoga a quella in esame:

- AC 2365, recante "Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria" (Iniziativa del Governo - Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, il Ministro per gli Affari regionali e le autonomie e il Ministro per la Pubblica amministrazione).

Approvato dal Senato e trasmesso alla Camera in data 16 aprile 2025, Assegnato alla XII Commissione Affari sociali in sede referente il 23 aprile 2025, l'esame è iniziato l'8 maggio ed è attualmente in corso;

- AC 2149, recante "Delega al Governo per la revisione delle modalità di accesso ai corsi di laurea magistrale in medicina e chirurgia, in odontoiatria e protesi dentaria e in medicina veterinaria".

Il Senato ha approvato in prima lettura un testo unificato (AS nn. 915, 916, 942, 980, 1002).

Approvato definitivamente dalla Camera il 14 marzo 2025.

La legge n. 26 del 14 marzo 2025 è stata pubblicata nella GU. n. 64 del 18 marzo 2025.

Il decreto legislativo 15 maggio 2025, n. 71, recante "Disciplina delle nuove modalità di accesso ai corsi di laurea magistrale a ciclo unico in medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi dentaria e medicina veterinaria in attuazione dell'articolo 2, comma 2, lettere a), b), c), d), e), i) e l) della legge 14 marzo 2025, n. 26", è stato pubblicato sulla GU n.112 del 16 maggio 2025.

Risultano, inoltre, in corso di esame i seguenti disegni di legge:

- AS 186, recante "Modifiche al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, e al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di formazione specialistica dei medici", presentato in data 18 ottobre 2022;
- AS 509, recante "Modifiche al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, e altre disposizioni in materia di formazione medica", presentato in data 30 gennaio 2023;

- AS 823, recante “Disposizioni in materia di innovazione ed evoluzione dei contratti di formazione medico-specialistica e per la valorizzazione dei ricercatori sanitari”, presentato in data 27 luglio 2023;
- AS 890, recante “Istituzione del corso di specializzazione universitario post laurea in medicina generale e di prossimità”, presentato in data 26 settembre 2023;
- AS 963, recante “Delega al Governo in materia di riordino della disciplina della formazione specifica in medicina generale”, presentato in data 11 dicembre 2023;
- AS 1260, recante “Modifiche al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, recanti disposizioni in materia di formazione specialistica dei medici”, presentato in data 7 ottobre 2024.

9) *Indicazione delle linee prevalenti della giurisprudenza ovvero della pendenza di giudizi di costituzionalità sul medesimo o analogo oggetto.*

Alla luce del quadro normativo vigente, la giurisprudenza costituzionale ha più volte affermato che la disciplina delle professioni sanitarie rientra nella materia della tutela della salute, oggetto di competenza legislativa concorrente ai sensi dell’articolo 117, comma 3, della Costituzione, chiarendo, con le sentenze n. 153 del 2006, n. 138 del 2009 e n. 202 del 2024, che lo Stato può legiferare per la definizione dei principi fondamentali, con particolare riferimento alla formazione, all’accesso alla professione, ai requisiti di esercizio e all’organizzazione di ordini e collegi.

Inoltre, la giurisprudenza ordinaria ha consolidato il principio per cui le regioni possono intervenire nella disciplina attuativa e organizzativa, purché nel rispetto dei suddetti principi fondamentali (*ex multis* Cass. sez. lav. n. 21817 del 2011).

Non risultano attualmente giudizi pendenti dinanzi alla Corte costituzionale in materia di professioni sanitarie che abbiano rilevanza rispetto alla presente proposta di legge.

PARTE II. CONTESTO NORMATIVO DELL’UNIONE EUROPEA E INTERNAZIONALE

10) *Analisi della compatibilità dell’intervento con l’ordinamento dell’Unione europea.*

La proposta è compatibile con l’ordinamento dell’Unione europea.

In particolare,

- è in linea con il diritto alla tutela della salute sancito dall’articolo 35 della Carta dei diritti fondamentali dell’UE;
- è coerente con i principi in materia di concorrenza, di formazione continua e sicurezza sul lavoro, di libera circolazione delle persone e dei lavoratori, di non discriminazione e parità di trattamento previsti dai Trattati europei;
- rispetta i principi stabiliti dalle direttive europee sul riconoscimento delle qualifiche professionali e, segnatamente, la direttiva 2005/36/CE (come modificata dalla direttiva 2013/55/UE), assicurando la conformità alle disposizioni relative alla formazione, all’accesso e all’esercizio delle professioni sanitarie regolamentate.

11) *Verifica dell’esistenza di procedure di infrazione da parte della Commissione europea sul medesimo o analogo oggetto.*

Si segnalano le seguenti procedure di infrazione avviate dalla Commissione europea:

- procedura di infrazione n. 2024/2111 - La Commissione europea, in data 16 dicembre 2024, ha inviato una lettera di costituzione in mora all'Italia (e ad altri 21 Stati membri) per l'esecuzione di controlli non giustificati sui titoli professionali, in violazione della direttiva 2005/36/CE;
- procedura di infrazione n. 2025/0189 - La Commissione europea, in data 22 maggio 2025, ha inviato una lettera di costituzione in mora all'Italia (e ad altri 13 Stati membri) per non aver recepito la direttiva (UE) 2024/505, del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 febbraio 2024, che modifica la direttiva 2005/36/CE per quanto riguarda il riconoscimento delle qualifiche professionali degli infermieri responsabili dell'assistenza generale che hanno completato la formazione in Romania.

12) Analisi della compatibilità dell'intervento con gli obblighi internazionali.

La proposta di legge è compatibile con gli obblighi internazionali assunti dall'Italia, in particolare con quelli derivanti dalla Convenzione europea dei diritti dell'uomo (CEDU) e con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in materia di organizzazione dei sistemi sanitari e qualificazione degli operatori.

L'intervento è, altresì, coerente con i principi di non discriminazione, parità di trattamento e libera circolazione delle persone e dei lavoratori, previsti da accordi internazionali multilaterali, volti ad assicurare il rispetto dei livelli minimi di formazione e l'equivalenza dei titoli abilitanti a livello transfrontaliero.

13) Indicazione delle linee prevalenti della giurisprudenza ovvero della pendenza di giudizi innanzi alla Corte di giustizia dell'Unione europea sul medesimo o analogo oggetto.

- causa C- 151/02: la Corte ha stabilito che i medici ospedalieri devono rispettare le norme UE sugli orari di lavoro e riposo, equiparandoli a quelle dei lavoratori "normali";
- causa C-675/17: la Corte ha confermato il diritto al riconoscimento automatico dei titoli di studio, anche per corsi *part-time* o doppi, purché soddisfino i requisiti di formazione minima;
- causa C-940/19: gli Stati membri possono autorizzare l'accesso parziale a una delle professioni che rientrano nel meccanismo di riconoscimento automatico delle qualifiche professionali, tra le quali figurano talune professioni sanitarie;
- causa C-590/20: la Corte ha affermato che i medici specializzandi che hanno iniziato la formazione prima del 1° gennaio 1983 hanno diritto alla retribuzione speciale a partire da quella data, estendendo il risarcimento anche a chi aveva iniziato prima ma continuato dopo.

Non risultano procedimenti attivi innanzi alla Corte di giustizia dell'Unione europea in cui l'Italia sia parte in causa riguardo alla normativa sulle professioni sanitarie.

14) Indicazione delle linee prevalenti della giurisprudenza ovvero della pendenza di giudizi innanzi alla Corte europea dei diritti dell'uomo sul medesimo o analogo oggetto.

In materia di professioni sanitarie, la Corte europea dei diritti dell'uomo ha più volte affermato che le normative nazionali che regolano l'accesso, l'esercizio e l'organizzazione delle professioni sanitarie rientrano nell'ambito di autonomia decisionale degli Stati membri, a condizione che non violino diritti tutelati dalla Convenzione.

Attualmente non risultano giudizi pendenti innanzi alla Corte EDU nei confronti dell'Italia specificamente relativi alla disciplina delle professioni sanitarie.

15) *Eventuali indicazioni sulle linee prevalenti della regolamentazione sul medesimo oggetto da parte di altri Stati membri dell'Unione europea.*

Le linee prevalenti della regolamentazione sulle professioni sanitarie nei principali Stati membri dell'Unione europea si basano su alcuni principi comuni, ma con differenze significative nei modelli di *governance*, formazione e accesso alla professione.

Tra i principi comuni derivanti dal diritto dell'UE si segnalano:

1. mutuo riconoscimento delle qualifiche professionali (direttiva 2005/36/CE, modificata dalla direttiva 2013/55/UE);
2. *standard minimi* di formazione armonizzati per le professioni sanitarie principali;
3. obbligo per gli Stati membri di garantire qualità e sicurezza delle cure.

Tra le tendenze comuni emergenti, si evidenziano la digitalizzazione delle professioni sanitarie (telemedicina, fascicoli sanitari elettronici), il rafforzamento della formazione permanente obbligatoria, una maggiore attenzione alla valutazione delle competenze *soft* (relazione con il paziente, comunicazione interculturale).

Tra gli Stati membri dell'Unione europea, si menzionano:

la Germania, in cui la regolamentazione delle professioni sanitarie è affidata sia al livello federale che ai *Länder*. Le professioni regolamentate, come medici, infermieri e farmacisti, sono disciplinate da leggi federali che stabiliscono i requisiti di formazione, abilitazione e riconoscimento dei titoli, mentre gli ordini professionali e le autorità locali gestiscono l'iscrizione e la vigilanza sull'esercizio professionale. Il riconoscimento delle qualifiche estere avviene secondo la legge sul riconoscimento professionale;

la Francia, dove le professioni sanitarie sono regolate a livello statale e da codici specifici che stabiliscono i requisiti di formazione, abilitazione e deontologia, come il *Code de la santé publique*. L'esercizio delle professioni è subordinato all'iscrizione presso gli ordini professionali competenti (es. *Ordre des médecins*, *Ordre des infirmiers*), che vigilano sul rispetto delle norme e sull'aggiornamento professionale;

la Spagna, che assegna allo Stato la regolamentazione generale delle professioni sanitarie, mentre le comunità autonome esercitano competenze attuative, gestendo l'organizzazione dei servizi sanitari e parte della vigilanza sull'esercizio professionale;

i Paesi Bassi, nei quali la regolamentazione delle professioni sanitarie è disciplinata dalla legge BIG (*Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg*), che definisce i requisiti per l'accesso, la registrazione e l'esercizio delle professioni sanitarie regolamentate. L'iscrizione nel registro BIG è obbligatoria per esercitare determinate professioni e viene gestita a livello statale, sotto la supervisione del Ministero della salute, del benessere e dello sport;

la Svezia, in cui la regolamentazione delle professioni sanitarie è regolata dalla *Hälso- och sjukvårdsLAG* (legge sulla sanità e assistenza sanitaria), che stabilisce i requisiti per l'accesso, la formazione e l'esercizio delle professioni sanitarie. L'iscrizione agli ordini professionali è obbligatoria per tutte le professioni regolamentate, e le autorità sanitarie locali sono responsabili della supervisione dell'esercizio professionale, mentre la formazione continua è obbligatoria per garantire la qualità dell'assistenza.

PARTE III. ELEMENTI DI QUALITÀ SISTEMATICA E REDAZIONALE DEL TESTO**1) Individuazione delle nuove definizioni normative introdotte dal testo, della loro necessità, della coerenza con quelle già in uso.**

L'intervento non introduce definizioni.

2) Verifica della correttezza dei riferimenti normativi contenuti nel progetto, con particolare riguardo alle successive modificazioni e integrazioni subite dai medesimi.

È stata verificata la correttezza dei riferimenti normativi citati nell'intervento.

3) Ricorso alla tecnica della novella legislativa per introdurre modificazioni e integrazioni a disposizioni vigenti.

È stata utilizzata la tecnica della novella normativa all'articolo 7 sulla responsabilità colposa degli esercenti una professione sanitaria. In particolare, si prevede la sostituzione dell'articolo 590-sexies del codice penale, introdotto dalla legge Gelli-Bianco. Inoltre, la tecnica della novella legislativa è stata utilizzata all'articolo 8, che apporta modifiche agli articoli 5 e 7 della legge 8 marzo 2017, n. 24.

4) Individuazione di effetti abrogativi impliciti di disposizioni dell'atto normativo e loro traduzione in norme abrogative espresse nel testo normativo.

L'intervento non prevede effetti abrogativi.

5) Individuazione di disposizioni dell'atto normativo aventi effetto retroattivo o di reviviscenza di norme precedentemente abrogate o di interpretazione autentica o derogatorie rispetto alla normativa vigente.

Non vi sono disposizioni aventi effetto retroattivo né vi è reviviscenza di norme precedentemente abrogate o interpretative o derogatorie rispetto alla normativa vigente.

6) Verifica della presenza di deleghe aperte sul medesimo oggetto, anche a carattere integrativo o correttivo.

Non vi sono deleghe aperte sul medesimo oggetto.

7) Indicazione degli eventuali atti successivi attuativi e dei motivi per i quali non è possibile esaurire la disciplina con la normativa proposta e si rende necessario il rinvio a successivi provvedimenti attuativi; verifica della congruità dei termini previsti per la loro adozione.

- L'articolo 1, comma 1, dell'intervento prevede che il Governo è delegato ad adottare, entro il 31 dicembre 2026, uno o più decreti legislativi in materia di professioni sanitarie, nel rispetto dei principi costituzionali nonché dell'ordinamento dell'Unione europea e del diritto internazionale, sulla base dei principi e criteri direttivi generali e dei principi e criteri direttivi specifici.

- L'articolo 1, comma 5, invece, dispone che, entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore di ciascuno dei decreti legislativi, il Governo può adottare disposizioni integrative e correttive dei medesimi decreti legislativi.

I termini previsti per l'adozione dei decreti legislativi sono congrui.

A causa dell'eterogeneità, della complessità della materia e del tecnicismo delle questioni da affrontare, si è ritenuto necessario procedere al conferimento di una delega legislativa in modo da garantire un processo di rimodulazione del sistema normativo relativo ai professionisti impegnati nell'erogazione dei servizi assistenziali.

In relazione alla nuova disciplina della responsabilità penale, si rende necessario procedere alla modifica diretta del codice penale.

Infine, si rileva che si procede all'adozione di una legge delega in quanto la disciplina da emanare concerne ambiti diversi afferenti al Servizio sanitario nazionale, per i quali, da un punto di vista sistematico e di organicità e di specificità della materia, appare più coerente procedere con distinti decreti legislativi.

8) *Verifica della piena utilizzazione e dell'aggiornamento di dati e di riferimenti statistici attinenti alla materia oggetto del provvedimento, ovvero indicazione della necessità di commissionare all'Istituto nazionale di statistica apposite elaborazioni statistiche con correlata indicazione nella relazione tecnica della sostenibilità dei relativi costi.*

Ai fini della predisposizione del presente provvedimento sono stati utilizzati i più recenti dati e riferimenti statistici disponibili in materia di professioni sanitarie. In particolare, sono stati presi in considerazione:

- i dati aggiornati forniti dal Ministero della salute, con riferimento al personale sanitario operante nel SSN;
- i rapporti periodici pubblicati dall'ISTAT relativi alla distribuzione geografica, demografica e occupazionale dei professionisti sanitari;
- i rapporti dell'AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) sulla dotazione e l'utilizzo delle risorse umane nel sistema sanitario;
- le banche dati professionali di ordini e collegi.

Tali fonti hanno consentito di delineare con chiarezza il contesto normativo, sociale ed economico di riferimento, garantendo una piena utilizzazione delle informazioni statistiche ai fini della coerenza dell'intervento normativo proposto.

Al riguardo, deve soggiungersi che la XII Commissione Affari Sociali della Camera ha concluso lo scorso 8 aprile l'indagine conoscitiva sul riordino delle professioni sanitarie, segnalando la necessità di modernizzare ordini, formazione, fabbisogno professionale e integrazione nei servizi sanitari.

ANALISI DELL'IMPATTO DELLA REGOLAMENTAZIONE

SINTESI DELL'AIR E PRINCIPALI CONCLUSIONI

L'intervento, predisposto in attuazione di quanto previsto dal Documento di finanza pubblica 2025, quale collegato alla legge di bilancio 30 dicembre 2024, n. 207, reca la delega al Governo per avviare un processo di rimodulazione dell'attuale sistema delle professioni sanitarie, sia dal punto di vista formativo che ordinamentale, al fine di renderlo più efficiente, inclusivo, attrattivo e adeguato all'evoluzione scientifica e tecnologica, nonché disposizioni in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

L'attuale situazione di disagio del personale sanitario a lavorare nel Servizio sanitario nazionale (SSN) che comporta la crescente preferenza per la libera professione o, addirittura, per l'emigrazione all'estero, la distribuzione non omogenea sul territorio del personale sanitario e le gravi carenze per alcune tipologie di specializzazione, le diseguaglianze territoriali in materia di fruizione delle prestazioni sanitarie, rende necessario intervenire, da un lato, sullo sviluppo delle competenze e di rafforzare l'attrattività del Servizio sanitario nazionale, onde sopperire alla carenza di personale, dall'altro, di potenziare l'attività di programmazione del fabbisogno di formazione dei professionisti sanitari.

In tale prospettiva, il provvedimento *de quo* detta criteri e principi al fine di disegnare un insieme di interventi che intendono valorizzare i diversi professionisti, fare fronte alle carenze di personale, fornire risposte efficaci ai nuovi bisogni di salute della popolazione, ponendo le basi per un sistema sanitario in grado di soddisfare la domanda di prestazioni sanitarie con forza lavoro flessibile, quantitativamente adeguata e in possesso di competenze aggiornate. Pertanto, i decreti legislativi di attuazione della delega si collocano lungo una direttrice funzionale e integrativa, al fine di inserire nel corpus normativo vigente disposizioni aggiornate su specifici aspetti della disciplina, mediante interventi puntuali, a carattere settoriale, che rispondono a esigenze concrete di aggiornamento normativo connesse all'evoluzione della scienza medica, delle tecnologie e dei bisogni sociali, oltre che di quelli formativi del personale sanitario. Questo approccio, incrementale e adattivo, si mostra coerente con il carattere dinamico delle professioni sanitarie.

Tale progetto si pone in continuità con i principali interventi legislativi che negli ultimi anni hanno interessato il settore, con particolare riferimento all'incremento delle unità di personale sanitario impegnato nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, al miglioramento delle condizioni di lavoro e alla tutela e valorizzazione delle professionalità. L'intervento, peraltro, individua la formazione e la *governance* quali ulteriori settori di intervento, che costituiscono punti nevralgici della disciplina delle professioni sanitarie e che, pertanto, presentano una portata strategica per un'efficace revisione del sistema di governo delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale.

Il provvedimento reca, altresì, norme immediatamente precettive in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, al fine di tutelare la posizione di tali soggetti nell'esercizio della propria attività lavorativa, scoraggiando i fenomeni di cd. medicina difensiva.

SEZIONE 1. CONTESTO E PROBLEMI DA AFFRONTARE

L'intervento si rende necessario a fronte dell'attuale situazione della sanità pubblica, che registra gravi carenze di personale, dovute alla inadeguatezza delle forme di reclutamento, alla inefficienza dei percorsi di formazione e alla scarsa attrattività del Servizio sanitario nazionale.

Occorre precisare che si parla di carenza quando si crea un diseguilibrio tra domanda ed offerta di professionisti che si verifica non solo a causa di una offerta ma anche ai ritmi differenti con i quali crescono domanda e offerta di professionisti.

Infatti, sebbene i dati disponibili sul personale dipendente del SSN (fonte IGOP Conto annuale) mostrino che dal 2017 al 2022 il personale del ruolo sanitario sia aumentato di circa 27.000 unità, pari a +6% circa in termini percentuali, di cui l'aumento maggiore, di oltre 19.000 unità, è riferito al personale infermieristico, le criticità del sistema legate alla forza lavoro in sanità persistono. In altre parole, anche se il personale del SSN è tornato ai livelli del 2009 dopo anni di decremento, parallelamente è cresciuta in misura più che proporzionale la domanda di professionisti. I fattori che impattano sulla necessità di disporre di un maggior numero di professionisti sono rappresentati dai rilevanti e continui cambiamenti dei fattori demografici, epidemiologici e delle aspettative della popolazione ma anche da un approccio culturale alle professioni diverso da parte delle nuove generazioni che ha particolare impatto sull'impiego nel settore pubblico, in passato scelta di elezione dei professionisti.

Basti pensare alla professione infermieristica in piena crisi vocazionale che si manifesta già nella scelta del percorso formativo. Infatti, secondo i dati contenuti nel report della Conferenza permanente delle classi di laurea e laurea magistrale delle professioni sanitarie relativo all'anno accademico 2024/2025, il rapporto tra domande e numero di posti attivati a livello nazionale per i corsi di laurea in infermieristica, risulta essere in media pari a 1 (ossia 1 candidato per un posto disponibile), presentando una ulteriore flessione rispetto all'analogo dato registrato negli anni precedenti, pari 1,1 nell'a.a. 2023/2024, a 1,3 per l'a.a. 2022/2023 ed a 1,4 per l'a.a. 2021/2022. Inoltre, i dati disponibili dall'Ufficio di statistica del MUR mostrano che non tutte le domande per l'accesso ai corsi di laurea in infermieristica si traducono effettivamente in iscritti al primo anno e che il rapporto tra iscritti al primo anno e posti disponibili stia anch'esso diminuendo negli anni.

Alle carenze di personale registrate nelle strutture pubbliche si sono accompagnati segnali e andamenti preoccupanti, quali: il mancato ricambio di alcune specializzazioni, le criticità crescenti sul fronte del personale infermieristico che, alla sopramenzionata crisi di vocazione, vede aggiungersi l'elevato numero di pensionamenti attesi; le difficoltà di rendere operative le strutture previste per la riforma dell'assistenza territoriale, dove rimane centrale per la funzionalità delle stesse la promozione dell'integrazione e la valorizzazione del ruolo dei medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS) e specialisti ambulatoriali nei nuovi modelli organizzativi regionali.

La distribuzione per classi di età del personale sanitario del Servizio Sanitario Nazionale, rappresentata dai grafici di seguito riportati che fanno riferimento rispettivamente alla distribuzione per classi di età dei dirigenti medici (grafico 1) ed alla distribuzione per età del personale infermieristico (grafico 2), mostra chiaramente gli scenari che si andranno a delineare in futuro

consentendo di stimare l'entità dell'impatto che i provvedimenti attuativi potrebbero generare soprattutto in termini di attrattività verso il settore pubblico.

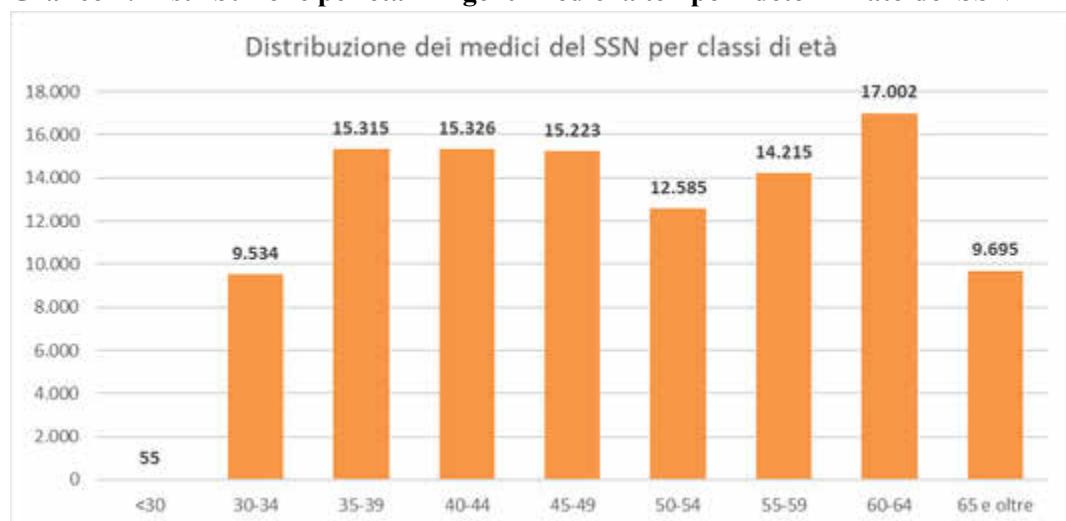
Infatti, in visione prospettica, la classe di età da attenzionare, ossia la platea di dipendenti del SSN “da fidelizzare” e trattenere in servizio, sulla quale occorre focalizzare le azioni e calibrare gli interventi, è quella che comprende i professionisti tra i 30 ed i 49 anni.

Si tratta di un contingente estremamente numeroso. Infatti, sono 55.398 i dirigenti medici del SSN a tempo indeterminato afferenti alla classe di età 30-49, pari a circa il 51% del totale medici dipendenti del SSN al 31/12/2023.

Analogamente, oltre il 41% del personale infermieristico assunto a tempo indeterminato presso le strutture del SSN, ossia 112.014 infermieri del SSN, ha un’età compresa tra i 30 ed i 49 anni.

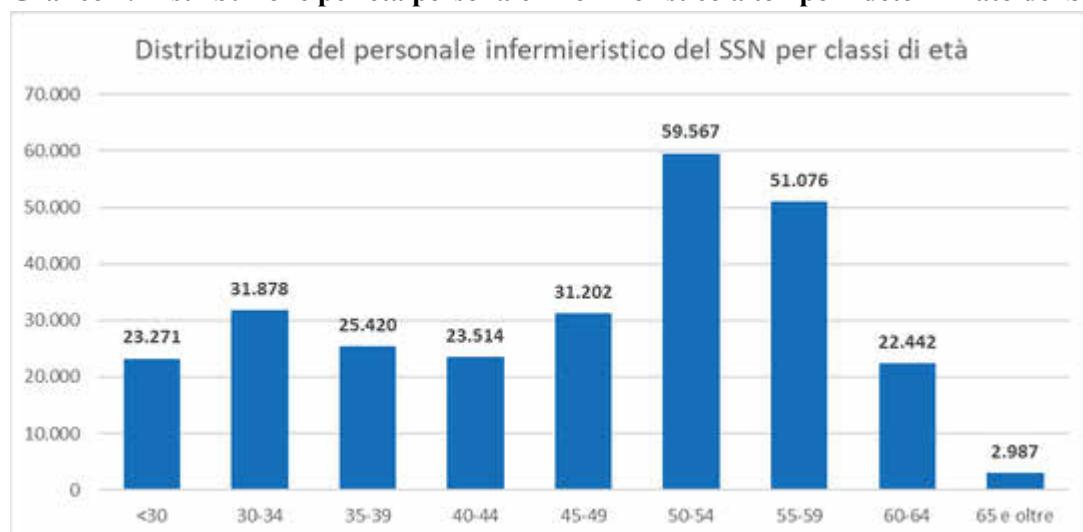
È evidente, pertanto, che si tratta di un importante contingente di personale che confluiscce in una fascia di età particolarmente incline al cambiamento e sul quale occorre necessariamente concentrarsi.

Grafico 1. Distribuzione per età Dirigenti medici a tempo indeterminato del SSN



(fonte IGOP, Conto annuale 2023)

Grafico 2. Distribuzione per età personale infermieristico a tempo indeterminato del SSN



(fonte IGOP, Conto annuale 2023)

Una ulteriore criticità è rappresentata dalla poca omogeneità nella distribuzione regionale dei professionisti del Servizio Sanitario Nazionale e dalla presenza di aree particolarmente svantaggiate del Paese dove la carenza si fa maggiormente sentire. La conseguenza è una tendenziale disparità tra zone geografiche nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, in evidente contrasto con la dimensione costituzionale della tutela della salute, che impone la garanzia su tutto il territorio nazionale di un accesso alle cure, nel rispetto dei principi di equità, uguaglianza e universalità.

A livello nazionale, il numero di medici impiegati a tempo indeterminato nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale (dati IGOP Conto annuale 2023), risulta pari a 1,85 ogni 1.000 abitanti, mentre il personale infermieristico si attesta a 4,6 per 1.000 abitanti. Tuttavia, la distribuzione regionale mostra alcune differenze rilevanti.

Le regioni con il numero più elevato di medici per 1.000 abitanti sono Sardegna (2,59), Toscana (2,39), Valle d'Aosta (2,42), Umbria (2,30) e Friuli-Venezia Giulia (2,26). Al contrario, valori più contenuti si osservano in Molise (1,45), Lombardia (1,53) e Lazio (1,56), pur trattandosi anche di regioni con un alto numero di strutture sanitarie.

Per quanto riguarda il personale infermieristico, i valori più alti si registrano in Liguria (6,78), nella Provincia Autonoma di Bolzano (6,32), in Friuli-Venezia Giulia (6,27), Emilia-Romagna (6,12) e nella P.A. di Trento (5,41). Le regioni con i valori più bassi sono invece Sicilia (3,49), Campania (3,66), Calabria (3,96) e Lazio (3,85).

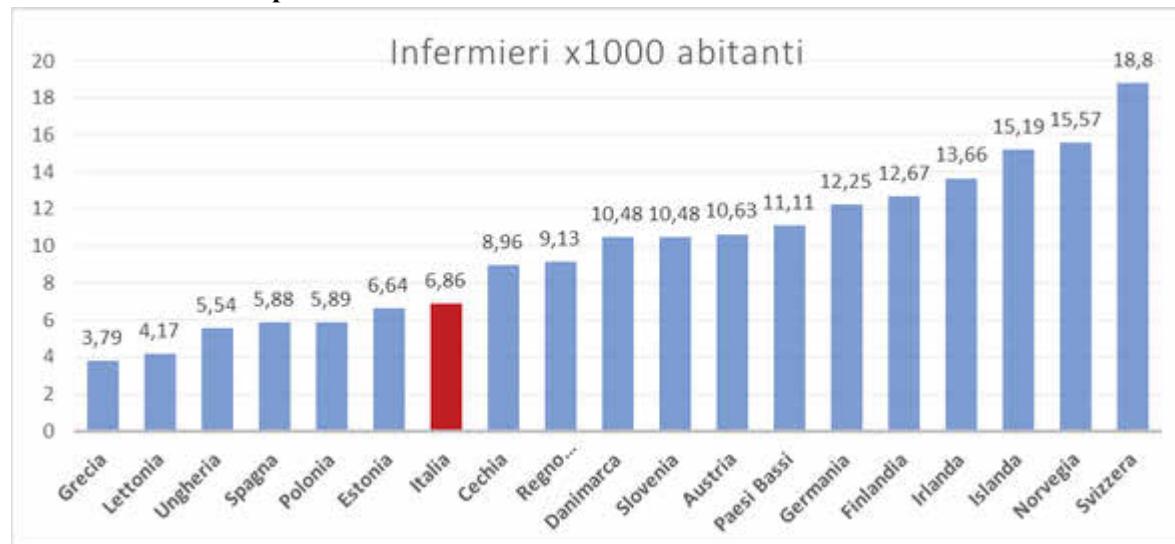
Complessivamente, i dati suggeriscono che in molte regioni del Sud Italia la dotazione di personale infermieristico è inferiore rispetto al Centro-Nord.

Tuttavia, è doveroso rappresentare che la lettura combinata dei dati su medici e infermieri evidenzia differenze regionali che possono riflettere modelli organizzativi diversi e che rappresentano un importante elemento di analisi per valutare la distribuzione ottimale delle risorse sanitarie sul territorio nazionale.

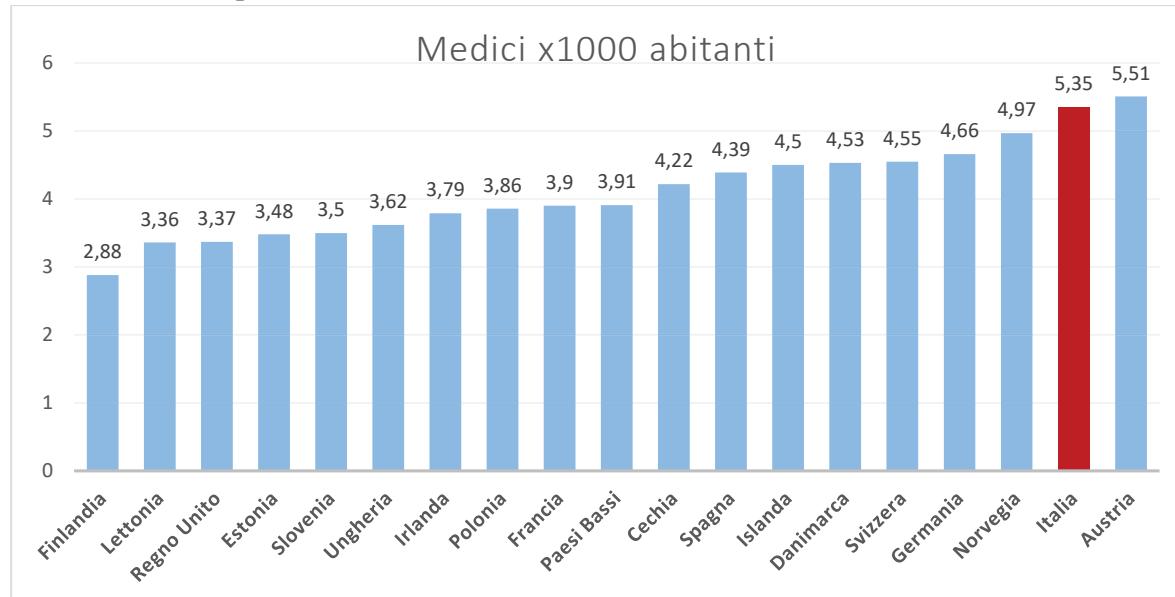
Per quanto riguarda il personale infermieristico, si evidenzia che gli indicatori utilizzati per i raffronti internazionali si attestano su dati sensibilmente inferiori rispetto alla media dei Paesi dell'OCSE.

Infatti, come mostra il grafico seguente (Fonte OECD, aggiornamento 2023) il numero di infermieri “professionalmente attivi in Italia” per mille abitanti è inferiore a quello del Regno Unito, Danimarca, Germania e Paesi del nord Europa ed è superiore solo al medesimo indicatore calcolato per la Grecia, Lettonia, Ungheria, Spagna, Polonia ed Estonia (grafico 3).

Viceversa, il numero di medici professionalmente attivi per 1000 abitanti in Italia è decisamente sopra la media e secondo solo al numero di medici per 1000 abitanti registrato in Austria (grafico 4).

Grafico 3 Infermieri per 1000 abitanti benchmark OECD

Fonte: Dati OECD anno 2023

Grafico 4. Medici per 1000 abitanti benchmark OECD

Fonte: Dati OECD anno 2023

Tuttavia, per quanto riguarda il personale medico, le carenze di personale risultano evidenti in relazione a determinate specializzazioni, quali medicina d'emergenza-urgenza, anatomia patologica, radioterapia. In tali ambiti, infatti, molti dei contratti di specializzazione disponibili con finanziamento statale non sono stati coperti negli ultimi anni, in quanto tali specialità sono considerate dai medici stessi poco attrattive. Anche per altre specializzazioni fortemente presenti nel SSN, invero, i contratti assegnati sono meno della metà dei posti banditi, a differenza delle discipline che prospettano sbocchi lavorativi nel settore privato e in ambito libero-professionale, in relazione alle quali la quasi totalità dei contratti risulta assegnata.

La tabella seguente riporta a titolo esemplificativo le percentuali di contratti statali di formazione medico specialistica non allocati nell'ultimo triennio per le 20 specializzazioni maggiormente critiche.

| Scuola | 2022 | 2023 | 2024 |
|--|--------------|--------------|--------------|
| Anatomia patologica | 53,8% | 65,7% | 58,0% |
| Anestesia Rianimazione, Terapia Intensiva e del dolore | 20,0% | 54,3% | 45,3% |
| Audiologia e foniatria | 20,0% | 54,3% | 45,7% |
| Chirurgia Generale | 23,8% | 55,2% | 54,2% |
| Chirurgia Toracica | 45,5% | 64,1% | 54,5% |
| Farmacologia e Tossicologia Clinica | 66,0% | 89,1% | 87,8% |
| Genetica medica | 39,2% | 51,5% | 46,6% |
| Geriatria | 14,9% | 44,4% | 36,0% |
| Igiene e medicina preventiva | 13,3% | 50,3% | 48,0% |
| Malattie Infettive e Tropicali | 23,7% | 53,3% | 46,3% |
| Medicina di comunità e delle cure primarie | 74,1% | 87,0% | 74,6% |
| Medicina d'emergenza-urgenza | 57,9% | 72,6% | 88,2% |
| Medicina e Cure Palliative | 59,0% | 67,7% | 80,7% |
| Medicina interna | 7,9% | 35,1% | 30,6% |
| Medicina nucleare | 48,2% | 68,1% | 80,7% |
| Microbiologia e virologia | 82,0% | 87,0% | 92,9% |
| Nefrologia | 20,5% | 53,1% | 62,4% |
| Patologia Clinica e Biochimica Clinica | 69,1% | 83,4% | 88,9% |
| Radioterapia | 72,7% | 86,7% | 87,3% |
| Statistica sanitaria e Biometria | 55,2% | 71,9% | 75,0% |
| TOTALE GENERALE | 15,8% | 31,0% | 30,8% |

In aggiunta, una situazione particolarmente critica è quella relativa ai medici di medicina generale, il cui numero, sul territorio nazionale, è diminuito di seimila unità negli ultimi dieci anni.

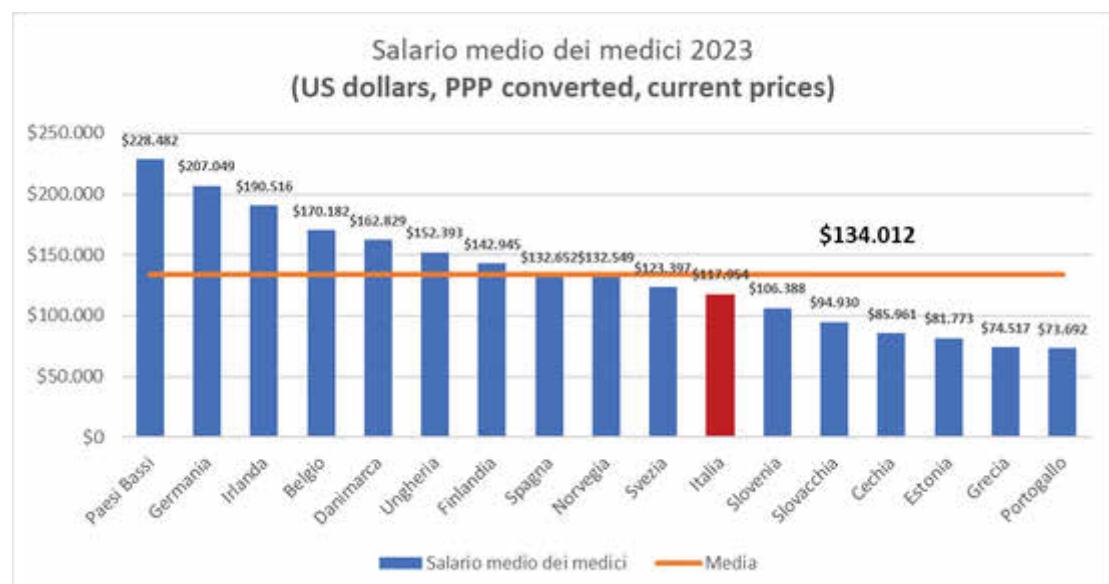
Per sopperire alle carenze strutturali di personale, nei contesti emergenziali, si è spesso fatto ricorso ai medici con contratti a tempo determinato ovvero con contratti libero-professionali (cosiddetti gettonisti), così alimentando forme di lavoro precarie, che ostacolano la fidelizzazione del personale al Servizio sanitario nazionale. A ciò si aggiungono i numerosi fenomeni di aggressione a danno del personale sanitario e i turni di lavoro gravosi, con conseguente rischio di *burnout*, che favoriscono la cosiddetta «fuga dal Servizio sanitario nazionale» verso il settore privato e verso l'estero, rendendo sempre più difficile sopperire alle carenze di personale.

Le difficili condizioni di lavoro, inoltre, si ripercuotono anche sulla qualità dei servizi sanitari offerti ai cittadini, acuendo situazioni di stress che impediscono lo svolgimento ottimale dell'attività. In tale contesto, sempre più spesso, si radicano, inevitabilmente, forme di medicina difensiva, alimentate dalla percezione da parte dei professionisti di uno stato di tendenziale abbandono da parte dell'ordinamento e dall'assenza di forme di tutela adeguate.

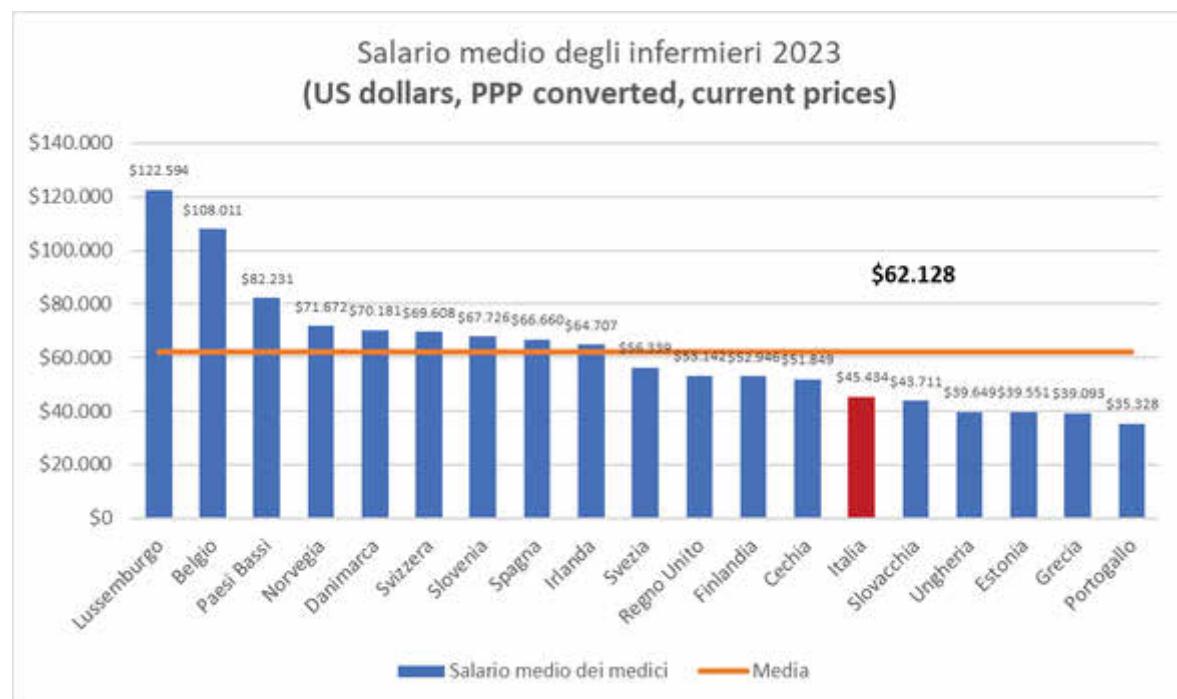
Non può non evidenziarsi, infine, la necessità di introdurre efficaci strumenti di valorizzazione delle professionalità e delle competenze, sia in termini di trattamento economico sia di prospettive di carriera, che risultino allineati agli *standard europei*.

Il disallineamento delle remunerazioni dei professionisti italiani rispetto a quelli di medici e infermieri di altri Paesi europei è evidente dai grafici che sotto si riportano.

Tuttavia, è opportuno premettere che effettuare un confronto tra la remunerazione dei medici e degli infermieri a livello mondiale è complicato a causa di diversi fattori. *In primis* per la diversa articolazione dei servizi sanitari nazionali, ma anche per il potere di acquisto di ogni moneta e per le voci che compongono il salario di ogni professionista e che sono diverse da paese a paese.



Fonte: OECD. Per l'Italia, sono esclusi straordinari, alcune indennità e la libera professione



Fonte: OECD. Per l'Italia, sono esclusi straordinari ed alcune indennità

In sintesi, in tema di formazione di professionisti sanitari, le attuali criticità del sistema sono legate alla diminuzione dell'efficacia della leva programmatoria della definizione del numero di accessi ai corsi di laurea delle professioni sanitarie e alle scuole di specializzazione dovuta principalmente alla crisi vocazionale di alcune professioni e discipline, alla strutturazione del sistema universitario che per sua natura richiede tempi lunghi di adattamento alle nuove esigenze formative, al cambiamento culturale delle nuove generazioni di studenti e professionisti. Ciò, tuttavia, non esime dalla necessità di garantire l'aderenza della definizione dei fabbisogni formativi dei professionisti alle mutevoli esigenze del sistema con un intervento armonico che consenta di affrontare le sfide attuali con strumenti metodologicamente solidi e condivisi tra gli attori del processo. In tale ottica, appare necessario promuovere, in sinergia con il Ministero dell'università e della ricerca, soluzioni dirette a sviluppare una metodologia comune di pianificazione e previsione del numero di specializzandi in relazione a ciascuna specializzazione medica, in raccordo con il quadro normativo vigente. Ciò al fine di assicurare l'equilibrio tra le ineludibili esigenze formative degli specializzandi con quelle legate al rafforzamento della risposta pubblica ai bisogni di salute da parte del Servizio sanitario nazionale.

Inoltre, particolare attenzione deve dedicarsi al percorso di formazione in medicina generale, il cui svolgimento al di fuori dell'ambito universitario presenta profili di criticità che necessitano, senz'altro, di una riflessione da parte del legislatore.

Nel contesto attuale, inoltre, emerge anche la necessità di intervenire non solo sulla formazione specialistica dei medici ma anche delle altre professioni sanitarie al fine di valorizzare tali professionalità, aumentandone l'attrattività anche garantendo maggiori possibilità di accesso al Servizio sanitario nazionale.

In relazione agli specializzandi, inoltre, si segnala la necessità di prevedere a sistema le forme di lavoro flessibili sperimentate negli ultimi anni, garantendo il contemperamento tra esigenze di formazione ed esigenze di inserimento nel mondo del lavoro.

Nell'ambito di un intervento organico e strutturale in materia di professioni sanitarie, appare necessario procedere anche all'individuazione di misure volte alla sviluppo delle competenze professionali del personale sanitario, nello specifico attraverso misure volte all'attualizzazione delle competenze professionali rispetto alla evoluzione dei bisogni di salute della popolazione e alle nuove tecnologie nonché alla promozione dell'istituzione di un sistema nazionale di certificazione delle competenze specifico per il settore sanitario che sia in grado di valorizzare l'esperienza e le competenze acquisite dai professionisti sanitari.

Inoltre, si rende necessario intervenire sull'assetto organizzativo interno degli Ordini professionali, per introdurre i necessari correttivi alla disciplina introdotta dalla legge 3 del 2018 che ha modificato il Dlgs. n. 233 del 1946, come richiesto dalle federazioni nazionali degli Ordini delle professioni sanitarie, anche al fine di valorizzarne il ruolo di organi sussidiari dello Stato.

Sul piano della responsabilità penale, inoltre, il provvedimento in esame interviene ridefinendone la disciplina. In particolare, si evidenzia che, seppur questo Ministero non disponga di dati sul numero annuo dei procedimenti giudiziari e delle condanne avuti a legislazione vigente, è noto come, negli ultimi anni, si sia registrato un allarmante incremento del contenzioso in ambito medico e, sebbene nella maggior parte dei casi i giudizi a carico dei professionisti sanitari si siano conclusi con il proscioglimento degli stessi, sono evidenti le pesanti conseguenze che ne derivano sia in termini di costi per lo Stato, sia in termini di serenità del sanitario coinvolto, alimentando sempre più comportamenti di "medicina difensiva". I professionisti della salute devono, infatti, confrontarsi tutti

i giorni con la paura delle aggressioni, delle denunce e delle relative conseguenze economiche, professionali e umane che derivano da liti temerarie; paure queste che finiscono col condizionare l'attività medica deviandola da quella che è la sua naturale finalità, vale a dire la tutela della salute del paziente, per indirizzarla verso decisioni assunte sulla base delle eventuali ripercussioni che ne potrebbero derivare in ambito giudiziario. È stata, pertanto, fortemente sentita negli ultimi anni, dalle parti sociali, dalle federazioni degli ordini di categoria e da diverse istituzioni, l'esigenza di riformare la disciplina vigente al fine di escludere/limitare la punibilità penale del personale sanitario. La predetta modifica ha, dunque, assegnato un carattere stabile e sistematico al più volte prorogato "scudo penale", nel tentativo di portare a sintesi valori e interessi sottesi all'istituto, arginando i rischi della c.d. "medicina difensiva". In particolare, l'articolo 590-*sexies* del codice penale, relativo alla responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario, stabilisce che, per i fatti previsti dagli articoli 589 e 590 c.p., l'esercente la professione sanitaria è punibile solo per colpa grave quando si attiene alle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge o alle buone pratiche clinico assistenziali, sempre che le predette raccomandazioni o buone pratiche risultino adeguate alle specificità del caso concreto. In tale contesto viene, poi, introdotto l'articolo 590-*septies*, che, ai fini dell'accertamento della colpa e della sua graduazione, individua condizioni oggettive afferenti alla scarsità delle risorse umane e materiali disponibili, nonché delle eventuali carenze organizzative, quando la scarsità e le carenze non siano evitabili da parte dell'esercente l'attività sanitaria, della mancanza, limitatezza o contraddittorietà delle conoscenze scientifiche sulla patologia o sulla terapia, della concreta disponibilità di terapie adeguate, della complessità della patologia o della concreta difficoltà dell'attività sanitaria, dello specifico ruolo svolto in caso di cooperazione multidisciplinare, nonché della presenza di situazioni di urgenza o emergenza.

Conseguentemente, è stato ritenuto opportuno anche disporre talune modifiche alla legge n. 24 del 2017, recante *"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"*, prevedendo che gli esercenti le professioni sanitarie si attengano alle buone pratiche clinico-assistenziali, salve, comunque, le specificità del caso concreto. Si stabilisce, inoltre, che nell'accertamento della colpa civilistica e della sua graduazione, il giudice dovrà tener conto delle condizioni oggettive afferenti alla scarsità delle risorse umane e materiali disponibili, nonché delle eventuali carenze organizzative, fermo restando quanto previsto dall'articolo 2236 del codice civile.

SEZIONE 2. OBIETTIVI DELL'INTERVENTO E RELATIVI INDICATORI

2.1 Obiettivi generali e specifici

Gli interventi previsti sono volti ad avviare un processo di rimodulazione dell'attuale sistema delle professioni sanitarie, dal punto di vista ordinamentale, formativo e di tutela dei professionisti sanitari, unitamente alla predisposizione degli aggiornamenti e delle modifiche necessarie a garantire un sistema di disciplina logico, coerente ed efficace.

L'obiettivo sostanziale è garantire ai cittadini la tutela della salute, assicurando il buon funzionamento del Servizio sanitario nazionale.

In coerenza con le sopra esposte finalità di carattere generale, dai criteri di delega afferenti ai diversi piani di intervento è possibile enucleare gli obiettivi specifici. In particolare:

- a) superamento delle carenze strutturali di personale sanitario in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale, anche attraverso il ricorso a forme di lavoro flessibile per l'impiego degli specializzandi nel Servizio sanitario nazionale compatibilmente con le esigenze di formazione;
- b) promozione dell'attrattività del Servizio sanitario nazionale, mediante la valorizzazione delle professionalità e definizione di meccanismi premiali;
- c) tutela delle professionalità sanitarie, mediante la previsione di misure che assicurino un elevato livello di benessere lavorativo;
- d) sviluppo delle competenze professionali;
- e) potenziamento e valorizzazione della formazione specialistica non solo dei medici ma anche delle altre professioni sanitarie;
- f) razionalizzazione dell'assetto organizzativo interno degli Ordini e consolidamento del loro contributo all'interesse pubblico, in coerenza con il principio di sussidiarietà orizzontale.

Il provvedimento mira, altresì, a scongiurare gli episodi di cd. medicina difensiva, provvedendo alla normazione diretta in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, mediante la ridefinizione dell'ambito di responsabilità ai sensi dell'articolo 590-sexies del codice penale, l'introduzione dell'articolo 590-septies c.p. e le modifiche agli articoli 5 e 7 della legge 8 marzo 2017, n. 24.

2.2 Indicatori

Attesa la natura del provvedimento in commento, il grado di raggiungimento degli obiettivi riferibili alle diverse disposizioni contenute nella legge delega è legato agli interventi attuativi di tali previsioni, che si deciderà di intraprendere. Pertanto, l'indicatore principale è costituito dall'emanazione dei decreti delegati, in conformità ai principi e criteri direttivi delineati dal Legislatore e nei tempi prefissati dalla legge delega, rispetto ai quali potrà valutarsi l'effettivo grado di raggiungimento degli obiettivi prefigurati dalla legge stessa, secondo gli indicatori ed i valori di riferimento che saranno definiti dai decreti legislativi attuativi. Tuttavia, di seguito si rappresentano i principali indicatori prospettabili sin da ora.

Indicatori specifici

- a) in relazione al superamento delle carenze strutturali di personale sanitario in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale, l'indicatore è costituito dalla riduzione del gap tra indicatore regionale e media nazionale;
- b) in relazione al potenziamento e valorizzazione della formazione specialistica dei medici e degli altri professionisti sanitari, gli indicatori sono costituiti da:
 - numero di contratti di formazione medico specialistica assegnati su numero di contratti disponibili;
 - numero di borse per l'accesso alle scuole di specializzazione sanitaria per biologi, chimici, farmacisti, fisici, odontoiatri, psicologi e veterinari.

SEZIONE 3. OPZIONI DI INTERVENTO E VALUTAZIONE PRELIMINARE

L'opzione zero, consistente nel mantenimento dello *status quo*, non è stata ritenuta percorribile, in quanto le esigenze di tutela della salute dei cittadini impongono un intervento normativo a porre rimedio alle gravi carenze di personale che investono, in vario modo, tutte le professionalità sanitarie

coinvolte nell'erogazione delle prestazioni sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale e dovute alla inadeguatezza delle forme di reclutamento, alla inefficienza dei percorsi di formazione nonché alla scarsa attrattività del Servizio sanitario nazionale, acute nelle aree svantaggiate del Paese, in cui si assiste ad una tendenziale disparità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

L'opzione 1, consistente nell'adozione di una legge delega, è stata ritenuta quindi l'unica percorribile in relazione alla complessità delle esigenze da affrontare, al fine di assicurare le risorse umane necessarie e funzionali a garantire i livelli essenziali di assistenza nel rispetto dei principi di centralità, dignità della persona e dei bisogni del malato.

Con riferimento alle previsioni relative alle modifiche del codice penale in materia di responsabilità colposa per morte e lesioni personali in ambito sanitario, si rappresenta altresì che, stante l'allarmante incremento del contezioso medico e del conseguente ricorso alla medicina difensiva, questa Amministrazione, nel vagliare la possibilità di incidere sulla tematica della responsabilità colposa degli esercenti le professioni sanitarie mediante il ricorso ad una delega, ha ritenuto maggiormente efficace procedere con l'introduzione di una norma cogente idonea a limitare immediatamente la responsabilità penale del personale sanitario.

SEZIONE 4. COMPARAZIONE DELLE OPZIONI E MOTIVAZIONE DELL'OPZIONE PREFERITA

4.1 Impatti economici, sociali ed ambientali per categoria di destinatari

L'intervento in esame produrrà un impatto immediato nei confronti dei professionisti sanitari, che beneficeranno di strumenti atti a garantire migliori condizioni di lavoro, valorizzando la professionalità e le competenze.

In riferimento alle previsioni relative all'attualizzazione delle competenze professionali dei professionisti sanitari, l'attuazione delle stesse consentirà una più efficiente ed efficace risposta del Servizio sanitario nazionale ai mutati bisogni di salute della popolazione, comportando notevoli benefici. Infatti, dal punto di vista sociale, l'intervento determinerà una maggiore soddisfazione dei cittadini nel SSN sulla base di una maggiore qualità delle prestazioni erogate; dal punto di vista economico, l'intervento determinerà un efficientamento del sistema in termini di migliore appropriatezza clinica e organizzativa e conseguentemente concorrerà ad un risparmio di spesa nel settore sanitario.

Inoltre, la promozione dell'istituzione di un sistema nazionale di certificazione delle competenze, specifico per il settore sanitario consentirà di dare formale riconoscimento all'esperienza professionale maturata dai professionisti sanitari nonché alle competenze avanzate dai medesimi acquisite, con notevole impatto positivo in termini di maggiore soddisfazione e motivazione dei destinatari delle misure, elementi che concorrono ad un maggior benessere organizzativo e sono quindi suscettibili di incidere su una migliore capacità di *retention* del sistema.

La definizione di una strategia per la costruzione della *governance* dell'Intelligenza Artificiale nel settore sanitario avrà un impatto diretto sui professionisti sanitari ed indiretto sulla popolazione nei termini che seguono: l'intervento fornirà un contributo fondamentale per garantire l'utilizzo responsabile dello strumento e, allo stesso tempo, concorrerà a promuovere l'erogazione di prestazioni sanitarie maggiormente appropriate, efficaci e moderne.

Infine, l'individuazione di criteri aggiornati alla formazione manageriale del personale del SSN e l'aggiornamento degli obiettivi della formazione continua in medicina, alla luce dei nuovi bisogni di salute e della correlata attualizzazione delle competenze dei professionisti sanitari avrà impatto immediato sull'incremento della qualità della preparazione e delle competenze dei professionisti

sanitari, nell'ottica di una maggiore adeguatezza e pertinenza della prestazione sanitaria rispetto alle esigenze del paziente.

Per quanto riguarda la disciplina degli Ordini professionali, l'intervento avrà l'effetto immediato di valorizzare il ruolo degli enti medesimi quali enti pubblici non economici ed organi sussidiari dello Stato, garantendone e rafforzandone il ruolo di soggetti deputati alla tutela degli interessi pubblici connessi all'esercizio della professione sanitaria.

Le disposizioni volte a ridefinire l'ambito di applicazione della responsabilità penale e civile in ambito sanitario invece avranno l'effetto di salvaguardare l'attività dei professionisti sanitari e, in ultima istanza, di salvaguardare l'ottimale erogazione dei servizi assistenziali, scongiurando il ricorso alla cd. medicina difensiva.

In merito alle soluzioni volte allo sviluppo di una metodologia comune di pianificazione e previsione del numero di specializzandi in relazione a ciascuna specializzazione medica, queste esplicheranno il loro impatto nel medio periodo in termini di disponibilità futura di medici specialisti necessari a soddisfare la domanda di servizi e di prestazioni della popolazione. Un numero congruo di professionisti, distribuito con solidi criteri metodologici tra le specializzazioni esistenti, contribuirà a rendere il Servizio sanitario nazionale più efficiente assicurando al contempo equità ed uguaglianza per l'accesso alle cure nonché la riduzione delle liste di attesa. Nell'immediato, l'impatto dell'intervento sarà un maggiore, proattivo e responsabile coinvolgimento degli stakeholder coinvolti nel processo di programmazione del fabbisogno formativo di medici specialisti (regioni, province autonome e Federazione Nazionale degli Ordini) che agevolerà il raggiungimento del consenso.

Anche l'intervento volto a valorizzare le specializzazioni delle altre professioni sanitarie aumentandone l'attrattività, mediante la diversificazione dell'offerta formativa delle scuole di specializzazione, consentirà di rispondere in maniera più attuale alle nuove competenze richieste dal sistema sanitario nonché contribuirà a sanare carenze legate al gap generato da un mancato ricambio generazionale.

Le strutture interessate dalle misure che saranno messe in atto per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale saranno gli enti e le aziende del Servizio sanitario nazionale che operano su tutto il territorio nazionale nonché le regioni e le province autonome. Gli interventi in materia di formazione coinvolgeranno le Università e quelli in materia di sicurezza e responsabilità professionale produrranno effetti sull'attività dei tribunali, in termini di riduzione dei procedimenti penali.

In via indiretta, l'intervento produrrà effetti positivi nei confronti dei cittadini, che beneficeranno del potenziamento del personale del Servizio sanitario nazionale.

4.2 Impatti specifici

A. Effetti sulle PMI (Test PMI)

Non si prevedono effetti diretti sulle PMI.

B. Effetti sulla concorrenza

Non si prevedono effetti sulla concorrenza.

C. Oneri informativi

Non si ravvisano nuovi oneri informativi.

D. Rispetto dei livelli minimi di regolazione europea

I livelli minimi di regolazione europea risultano rispettati.

4.3 Motivazione dell'opzione preferita

L'opzione di intervenire mediante una delega legislativa in materia di professioni sanitarie è stata preferita in quanto l'unica idonea a garantire un potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale e delle risorse umane necessarie a garantire i LEA.

In riferimento allo sviluppo delle competenze professionali, le misure in particolare relative all'attualizzazione delle competenze professionali e alla promozione di un Sistema nazionale di certificazione delle competenze nonché alla definizione di una strategia per la costruzione di un sistema di governance dell'intelligenza artificiale nel settore sanitario sono state valutate come necessarie, in quanto finalizzate all'introduzione di efficaci strumenti di ottimizzazione delle professionalità sanitarie e delle relative competenze, in modo da renderle maggiormente attrattive e allineate ai mutati bisogni di salute.

In riferimento alle disposizioni relative alla responsabilità penale e civile in ambito sanitario, la medesima si è resa necessaria al fine di salvaguardare l'attività dei professionisti sanitari e l'ottimale erogazione dei servizi assistenziali, scongiurando il ricorso alla cd. medicina difensiva.

In riferimento all'art. 3, lettera f), relativamente allo sviluppo di una metodologia comune di pianificazione e previsione del numero dei professionisti da formare in relazione a ciascuna specializzazione medica, non sono state valutate possibili opzioni alternative in quanto, l'attività volta alla definizione di una metodologia solida ed oggettiva di definizione del congruo numero di professionisti da formare rappresenta la scelta di elezione propedeutica a qualsiasi altro intervento in tema di fabbisogno formativo. Infatti, tenuto conto della durata della formazione di un professionista sanitario, è evidente come le attuali carenze siano frutto di scelte passate e non siano sono colmabili oggi attraverso l'incremento degli accessi alle scuole di specializzazione e quindi lo sviluppo di uno strumento efficace di programmazione è la prima e necessaria opzione da contemplare per prevedere e prevenire gap futuri tra domanda e offerta che non consentano di soddisfare il fabbisogno futuro di professionisti.

SEZIONE 5. MODALITA' DI ATTUAZIONE E MONITORAGGIO

5.1 Attuazione

Soggetti responsabili dell'attuazione del provvedimento sono gli enti e le aziende del Servizio sanitario nazionale, le regioni e le province autonome, le Università, gli Ordini professionali e le autorità giudiziarie.

5.2 Monitoraggio

Le misure contemplate saranno oggetto di monitoraggio da parte di tutti i soggetti responsabili dell'attuazione del provvedimento nonché del Ministero della salute.

CONSULTAZIONI SVOLTE NEL CORSO DELL'AIR

Non sono state svolte consultazioni pubbliche. Non si è ritenuto necessario procedere alle suddette consultazioni poiché si è ritenuto sufficiente ricorrere a quanto emerso nell'ambito della *"Indagine conoscitiva in materia di riordino delle professioni sanitarie"*, condotta dalla XII Commissione della Camera dei deputati – Affari sociali.

PERCORSO DI VALUTAZIONE

Il provvedimento è stato predisposto dall’Ufficio legislativo del Ministero della salute, sulla base dell’istruttoria condotta con gli uffici tecnici della medesima Amministrazione e alla luce di quanto emerso nell’ambito dell’indagine conoscitiva svolta presso la Commissione Affari sociali della Camera dei deputati, tra il 23 ottobre 2024 e l’11 marzo 2025, che ha coinvolto gli Ordini delle professioni mediche e sanitarie, le organizzazioni sindacali confederali, le organizzazioni sindacali, le associazioni rappresentative delle professioni mediche, sanitarie e sociosanitarie, gli esperti della materia, quali i docenti universitari, gli operatori sanitari, l’Agenzia nazionale per i servizi regionali, la Conferenza delle regioni nonché gli esercenti professioni che, pur non essendo riconosciute allo stato come sanitarie, operano comunque in tale ambito.

DISEGNO DI LEGGE

CAPO I

DELEGA AL GOVERNO IN MATERIA DI PROFESSIONI SANITARIE

Art. 1.

(Finalità e termini per l'attuazione)

1. Al fine di potenziare il Servizio sanitario nazionale e di assicurare la disponibilità delle risorse umane necessarie a garantire i livelli essenziali di assistenza nel rispetto dei principi della dignità e della centralità della persona e dei bisogni del malato, il Governo è delegato ad adottare, entro il 31 dicembre 2026, uno o più decreti legislativi in materia di professioni sanitarie, nel rispetto dei principi costituzionali nonché dell'ordinamento dell'Unione europea e del diritto internazionale, sulla base dei principi e criteri direttivi generali di cui all'articolo 2 e dei principi e criteri direttivi specifici di cui agli articoli 3, 4, 5 e 6 della presente legge.

2. Gli schemi dei decreti legislativi di cui al comma 1 sono adottati su proposta del Ministro della salute, di concerto con i Ministri per la pubblica amministrazione, dell'economia e delle finanze, della giustizia, dell'università e della ricerca e con gli altri Ministri competenti per materia, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281. Lo schema di ciascun decreto legislativo è trasmesso successivamente alle Camere ai fini dell'espressione dei pareri da parte delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari, che si pronunciano entro il termine di trenta giorni dalla data di trasmissione, decorso il quale il decreto legislativo può essere comunque adottato.

3. Qualora il termine per l'espressione dei pareri parlamentari di cui al comma 2

scada nei trenta giorni che precedono la scadenza del termine di delega previsti dal comma 1, ovvero successivamente, quest'ultimo è prorogato di tre mesi.

4. Il Governo, entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore di ciascuno dei decreti legislativi emanati nell'esercizio della delega di cui al comma 1, con la procedura indicata al comma 2 e nel rispetto dei principi e criteri direttivi stabiliti dalla presente legge, può adottare disposizioni integrative e correttive dei medesimi decreti legislativi.

Art. 2.

(Principi e criteri direttivi generali)

1. Nell'esercizio della delega di cui all'articolo 1, il Governo, osserva i seguenti principi e criteri direttivi generali:

a) coordinamento formale e sostanziale delle norme vigenti, al fine di garantirne la coerenza giuridica, logica e sistematica, nel rispetto dell'ordinamento dell'Unione europea e del riparto di competenze legislative tra lo Stato e le regioni;

b) abrogazione espressa delle disposizioni incompatibili con la disciplina introdotta e adozione delle opportune disposizioni di coordinamento in relazione alle disposizioni non abrogate;

c) revisione e adeguamento dell'apparato sanzionatorio amministrativo e disciplinare vigente, attraverso la previsione di sanzioni efficaci, dissuasive e proporzionate alla natura e alla gravità delle violazioni.

Art. 3.

(Principi e criteri direttivi specifici per l'adozione di misure in favore del personale sanitario)

1. Nell'esercizio della delega di cui all'articolo 1, il Governo osserva, oltre ai principi e criteri direttivi generali previsti dall'articolo 2, i seguenti principi e criteri

direttivi specifici per rafforzare l'attrattività del Servizio sanitario nazionale:

a) riordinare e razionalizzare le forme di lavoro flessibile per l'impiego dei medici specializzandi nel Servizio sanitario nazionale, compatibilmente con le esigenze di formazione e nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente;

b) prevedere la regolamentazione di tempi di permanenza minima obbligatoria presso strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche o private accreditate, ubicate nelle aree disagiate, ivi compresi i territori delle isole minori marine;

c) favorire il mantenimento in servizio del personale sanitario anche mediante l'introduzione di riconoscimenti professionali per lo sviluppo della carriera e l'individuazione di misure organizzative e riconoscimenti professionali in favore del personale che opera in particolari condizioni di lavoro o che presta servizio in aree disagiate, ivi compresi i territori delle isole minori marine, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di spese di personale e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica;

d) razionalizzare e semplificare le attività amministrative che gravano sul personale sanitario, migliorando l'utilizzazione dei tempi di lavoro;

e) garantire la sicurezza dei professionisti sanitari nello svolgimento dell'attività lavorativa;

f) promuovere la definizione di meccanismi premiali legati ai sistemi di valutazione e misurazione delle prestazioni, ivi compresi gli indicatori riferiti alla riduzione delle liste d'attesa;

g) promuovere soluzioni volte allo sviluppo di una metodologia comune di pianificazione e previsione del numero dei medici specializzandi in relazione a ciascuna specializzazione medica.

Art. 4.

(Principi e criteri direttivi specifici per lo sviluppo delle competenze professionali del personale sanitario)

1. Nell'esercizio della delega di cui all'articolo 1, il Governo osserva, oltre ai principi e criteri direttivi generali previsti dall'articolo 2, i seguenti principi e criteri direttivi specifici per la valorizzazione delle competenze professionali del personale sanitario:

a) attualizzare le competenze professionali rispetto all'evoluzione dei bisogni sanitari della popolazione e alle nuove tecnologie;

b) promuovere l'istituzione di un sistema nazionale di certificazione delle competenze specifico per il settore sanitario, valorizzando l'esperienza e le competenze acquisite dai professionisti sanitari;

c) definire una strategia per la costruzione di un sistema di gestione dell'uso dell'intelligenza artificiale nel settore sanitario, che ne assicuri l'utilizzo nel rispetto del regolamento (UE) 2024/1689 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 13 giugno 2024;

d) individuare criteri aggiornati per la formazione manageriale del personale del Servizio sanitario nazionale e adattare gli obiettivi della formazione continua in medicina in coerenza con i nuovi bisogni in materia di salute e le competenze sanitarie richieste per soddisfarli.

Art. 5.

(Principi e criteri direttivi specifici per il potenziamento della formazione sanitaria specialistica)

1. Nell'esercizio della delega di cui all'articolo 1, il Governo osserva, oltre ai principi e criteri direttivi generali previsti dall'articolo 2, i seguenti principi e criteri direttivi specifici per il potenziamento della formazione sanitaria specialistica:

a) favorire, con il coinvolgimento delle amministrazioni competenti, la ridefini-

zione del percorso formativo nella medicina generale;

b) valorizzare le specializzazioni sanitarie ai fini dell'esercizio dell'attività professionale anche con riferimento:

1) alla professione sanitaria di chimico, per ampliare le possibilità di accesso agli impieghi nel Servizio sanitario nazionale e garantire il ricambio generazionale;

2) alla professione sanitaria di odontoiatra, per corrispondere all'esigenza di disporre di professionisti specializzati con specifiche competenze a supporto dell'attività forense;

3) alla professione sanitaria di biologo, per ampliare la possibilità di accesso agli impieghi nel Servizio sanitario nazionale e rispondere all'esigenza di disporre di professionisti anche nell'ambito dell'igiene pubblica a indirizzo ambientale.

Art. 6.

(Principi e criteri direttivi specifici per la revisione della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie)

1. Nell'esercizio della delega di cui all'articolo 1, il Governo osserva, oltre ai principi e criteri direttivi generali previsti dall'articolo 2, i seguenti principi e criteri direttivi specifici per la revisione della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie di cui alla legge 11 gennaio 2018, n. 3:

a) adottare i necessari correttivi affrenti alle competenze e alla scadenza dei mandati degli organi;

b) introdurre misure volte a valorizzare il ruolo degli ordini professionali quali organi sussidiari dello Stato.

CAPO II

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEGLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE

Art. 7.

(Modifiche al codice penale)

1. Al codice penale sono apportate le seguenti modificazioni:

a) l'articolo 590-sexies è sostituito dal seguente:

« Art. 590-sexies. – (*Limiti della responsabilità nell'attività sanitaria*) – Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 sono commessi nell'esercizio dell'attività sanitaria, si applicano le pene ivi previste, salvo quanto disposto dal secondo comma del presente articolo.

Quando l'esercente la professione sanitaria si attiene alle raccomandazioni previste dalle linee guida, come definite e pubblicate ai sensi di legge, o alle buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le predette raccomandazioni o buone pratiche risultino adeguate alle specificità del caso concreto, è punibile solo per colpa grave »;

b) dopo l'articolo 590-sexies è inserito il seguente:

« Art. 590-septies. – (*Colpa nell'attività sanitaria*) – Nell'accertamento della colpa o del suo grado si tiene conto anche della scarsità delle risorse umane e materiali disponibili nonché delle eventuali carenze organizzative, quando la scarsità e le carenze non sono evitabili da parte dell'esercente l'attività sanitaria, della mancanza, limitatezza o contraddittorietà delle conoscenze scientifiche sulla patologia o sulla terapia, della concreta disponibilità di terapie adeguate, della complessità della patologia o della concreta difficoltà dell'attività sanitaria, dello specifico ruolo svolto in caso di cooperazione multidisciplinare e della presenza di situazioni di urgenza o emergenza ».

Art. 8.

(Modifiche alla legge 8 marzo 2017, n. 24)

1. Alla legge 8 marzo 2017, n. 24, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 5, comma 1, il secondo periodo è sostituito dal seguente: « Gli eser-

centi le professioni sanitarie si attengono altresì alle buone pratiche clinico-assistenziali, salve comunque le specificità del caso concreto »;

b) all'articolo 7:

1) al comma 1, le parole: « si avvalga dell'opera » sono sostituite dalle seguenti: « si avvale dell'opera » e le parole: « delle loro condotte » sono sostituite dalle seguenti: « dei danni derivanti dalle loro condotte »;

2) al comma 3, il secondo periodo è soppresso;

3) dopo il comma 3 è inserito il seguente:

« 3-bis. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 2236 del codice civile, nell'accertamento della colpa, o del grado di essa, nell'operato dell'esercente l'attività sanitaria si tiene conto anche della scarsità delle risorse umane e materiali disponibili nonché delle eventuali carenze organizzative, quando la scarsità e le carenze non sono evitabili da parte dell'esercente l'attività sanitaria, della mancanza, limitatezza o contraddittorietà delle conoscenze scientifiche sulla patologia o sulla terapia, della concreta disponibilità di terapie adeguate, della complessità della patologia o della concreta difficoltà dell'attività sanitaria, dello specifico ruolo svolto in caso di cooperazione multidisciplinare e della presenza di situazioni di urgenza o emergenza »;

4) al comma 5, le parole: « costituiscono norme imperative ai sensi del codice civile » sono sostituite dalle seguenti: « sono inderogabili ».

CAPITOLO III

DISPOSIZIONI FINANZIARIE

Art. 9.

(Disposizioni finanziarie)

1. Dall'attuazione delle deleghe recate dalla presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della fi-

nanza pubblica. A tale fine, le amministrazioni competenti provvedono agli adempimenti relativi ai decreti legislativi di cui all'articolo 1 con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

