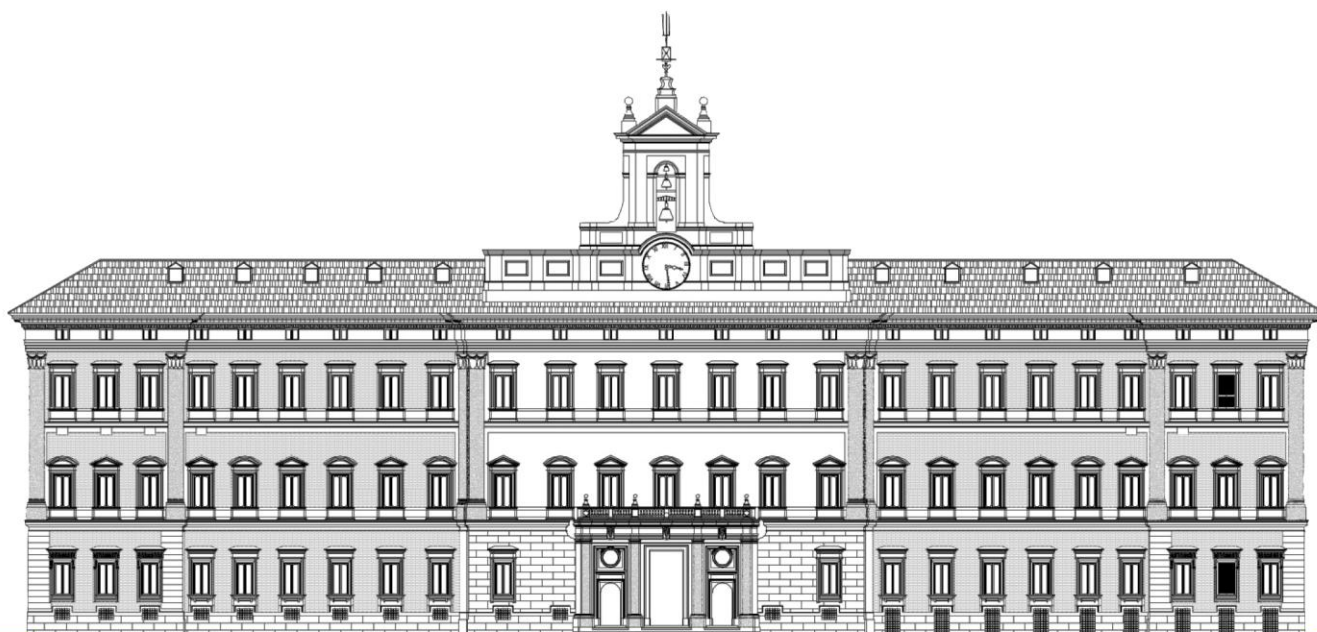




Camera dei deputati

XIX LEGISLATURA



Verifica delle quantificazioni

A.C. 2700

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

N. 503 – 23 luglio 2026



Camera dei deputati

XIX LEGISLATURA

Verifica delle quantificazioni

A.C. 2700

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

N. 503 – 23 luglio 2026

La verifica delle relazioni tecniche che corredano i provvedimenti all'esame della Camera e degli effetti finanziari dei provvedimenti privi di relazione tecnica è curata dal Servizio Bilancio dello Stato.

La verifica delle disposizioni di copertura è curata dalla Segreteria della V Commissione (Bilancio, tesoro e programmazione).

L'analisi è svolta a fini istruttori, a supporto delle valutazioni proprie degli organi parlamentari, ed ha lo scopo di segnalare ai deputati, ove ne ricorrano i presupposti, la necessità di acquisire chiarimenti ovvero ulteriori dati e informazioni in merito a specifici aspetti dei testi.

SERVIZIO BILANCIO DELLO STATO – Servizio Responsabile

☎ 066760-2174 / 066760-9455 – ✉ bs_segreteria@camera.it

SERVIZIO COMMISSIONI – Segreteria della V Commissione

☎ 066760-3545 / 066760-3685 – ✉ com_bilancio@camera.it

INDICE

PREMESSA.....	- 3 -
VERIFICA DELLE QUANTIFICAZIONI	- 4 -
ARTICOLO 1	- 4 -
FINALITÀ E TERMINI PER L'ATTUAZIONE	- 4 -
ARTICOLO 2	- 5 -
PRINCIPÌ E CRITERI DIRETTIVI GENERALI	- 5 -
ARTICOLO 3	- 6 -
PRINCIPÌ E CRITERI DIRETTIVI SPECIFICI PER L'ADOZIONE DI MISURE IN FAVORE DEL PERSONALE SANITARIO	- 6 -
ARTICOLO 4	- 12 -
PRINCIPÌ E CRITERI DIRETTIVI SPECIFICI PER LO SVILUPPO DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI DEL PERSONALE SANITARIO	- 12 -
ARTICOLO 5	- 16 -
PRINCIPÌ E CRITERI DIRETTIVI SPECIFICI PER IL POTENZIAMENTO DELLA FORMAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	- 16 -
ARTICOLO 6	- 18 -
PRINCIPÌ E CRITERI DIRETTIVI SPECIFICI PER LA REVISIONE DELLA DISCIPLINA DEGLI ORDINI DELLE PROFESSIONI SANITARIE	- 18 -
ARTICOLO 7	- 20 -
MODIFICHE AL CODICE PENALE	- 20 -
ARTICOLO 7-BIS	- 21 -
MODIFICHE AL REGOLAMENTO DI CUI AL DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 5 APRILE 1950, N. 221	- 21 -
ARTICOLO 8	- 23 -
MODIFICHE ALLA LEGGE 8 MARZO 2017, N. 24	- 23 -
ARTICOLO 9	- 26 -
DISPOSIZIONI FINANZIARIE	- 26 -
ARTICOLO 9-BIS	- 27 -
CLAUSOLA DI SALVAGUARDIA	- 27 -

Informazioni sul provvedimento

A.C.	2700
Titolo:	Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie
Iniziativa:	governativa
Iter al Senato:	no
Relazione tecnica (RT):	presente
Relatrice per la Commissione di merito:	Schifone (FDI)
Commissione competente:	XII (Affari sociali)

PREMESSA

Il disegno di legge in esame (collegato alla manovra di finanza pubblica) reca una delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

Il provvedimento è stato esaminato, in sede referente, dalla XII Commissione (Affari sociali), che ha introdotto modifiche al testo.

Il testo originario del provvedimento è corredato di relazione tecnica, ancora utilizzabile. Le proposte emendative approvate nel corso dell'esame, in sede referente, non sono invece corredate di relazione tecnica.

Il provvedimento presenta una clausola di invarianza finanziaria, di carattere generale (articolo 9), mentre un'ulteriore clausola di neutralità è contenuta all'articolo 3, comma 1, lettera c), specificamente riferita al principio di delega ivi indicato.

Si esaminano di seguito le disposizioni considerate dalla relazione tecnica e le altre norme che presentano profili di carattere finanziario.

VERIFICA DELLE QUANTIFICAZIONI

ARTICOLO 1

Finalità e termini per l'attuazione

Le norme, modificate nel corso dell'esame in sede referente, delegano il Governo ad adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del provvedimento in esame, 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, 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 (comma 1).

Gli schemi dei decreti legislativi 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 n. 281 del 1997. 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 (comma 2).

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 (comma 3).

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 (comma 4).

La relazione tecnica, riferita al testo originario del provvedimento, afferma che le norme in esame, che definiscono le finalità della delega e ne precisano i termini e le modalità di attuazione, non comportano oneri, in quanto recanti 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.

In merito ai profili di quantificazione, si rileva preliminarmente che le norme in esame, modificate nel corso dell'esame in sede referente, definiscono le finalità della delega ossia quelle di potenziare il Servizio sanitario nazionale e 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, e ne precisano i termini e le modalità di attuazione. Inoltre, prevedono che lo schema di ciascun decreto legislativo è trasmesso alle Camere ai fini dell'espressione dei pareri da parte delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari.

In proposito, non si formulano osservazioni, stante il contenuto sostanzialmente programmatico e procedurale delle norme di cui trattasi.

ARTICOLO 2

Principi e criteri direttivi generali

Le norme individuano i seguenti principi e criteri direttivi generali che il Governo osserva nell'esercizio della delega:

- 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 [comma 1, lettera *a*)];
- abrogazione espressa delle disposizioni incompatibili con la disciplina introdotta e adozione delle opportune disposizioni di coordinamento in relazione alle disposizioni non abrogate [comma 1, lettera *b*)];
- 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 [comma 1, lettera *c*)].

La **relazione tecnica** afferma che le norme in esame elencano 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 l'adeguamento della disciplina sanzionatoria. La RT afferma che 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.

In merito ai profili di quantificazione, si rileva preliminarmente che le norme in esame elencano principi e criteri direttivi generali che dovranno guidare l'esercizio della delega legislativa, quali il coordinamento formale e sostanziale delle norme vigenti, l'abrogazione espressa delle disposizioni incompatibili con la disciplina introdotta e la revisione dell'apparato sanzionatorio vigente.

In proposito, non si formulano osservazioni, stante il carattere ordinamentale e programmatico delle norme di cui trattasi.

ARTICOLO 3

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

Le norme, modificate nel corso dell'esame in sede referente, individuano i seguenti principi e criteri direttivi specifici che il Governo osserva nell'esercizio della delega per rafforzare l'attrattività del Servizio sanitario nazionale:

- riordinare e razionalizzare le forme di lavoro flessibile per l'impiego dei medici in formazione specialistica nel Servizio sanitario nazionale, compatibilmente con le esigenze di formazione e nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente [comma 1, lettera a)];
- prevedere la regolamentazione di tempi di permanenza minima obbligatoria presso strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche del Servizio sanitario nazionale, ubicate nelle aree disagiate, ivi compresi i territori delle isole minori marine [comma 1, lettera b)];
- 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 [comma 1, lettera c)];

- razionalizzare e semplificare le attività amministrative che gravano sul personale sanitario, migliorando l'utilizzazione dei tempi di lavoro, anche attraverso l'accesso ai dati sanitari da parte di tutti i professionisti sanitari che intervengono nel percorso di cura e assistenza dei pazienti¹ [comma 1, lettera d)];
- garantire la sicurezza dei professionisti sanitari nello svolgimento dell'attività lavorativa [comma 1, lettera e)];
- 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 [comma 1, lettera f)];
- promuovere soluzioni volte allo sviluppo di una metodologia comune di pianificazione e previsione del numero dei medici in formazione specialistica in relazione a ciascuna specializzazione medica, nonché del numero degli operatori di tutte le professioni sanitarie² [comma 1, lettera g)];
- prevedere, per i professionisti sanitari autorizzati a esercitare temporaneamente l'attività professionale in deroga al riconoscimento delle qualifiche professionali sanitarie conseguite all'estero, ai sensi dell'articolo 15 del decreto-legge n. 34 del 2023, l'obbligo di iscrizione in uno degli elenchi speciali straordinari corrispondenti a ciascun profilo afferente alle professioni sanitarie previste dall'ordinamento italiano, istituiti presso gli Ordini delle professioni sanitarie di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, e l'obbligo del previo accertamento delle necessarie conoscenze linguistiche, da svolgere presso l'Ordine territorialmente competente, quali requisiti necessari per l'avvio o la prosecuzione dell'attività lavorativa in deroga, al fine di garantire la sicurezza delle cure e l'adeguata comunicazione con i pazienti [comma 1, lettera g-bis)]³;
- prevedere il riordino delle specializzazioni della professione di psicologo [comma 1, lettera g-ter)]⁴.

La **relazione tecnica**, riferita al testo originario del provvedimento, afferma che l'articolo in esame stabilisce le linee direttive per l'adozione di misure in favore del personale sanitario. In particolare, la lettera a) prevede il riordino e la razionalizzazione delle forme di lavoro flessibile per l'impiego di specializzandi nel Servizio sanitario nazionale

¹ Tale ultima previsione, relativa all'accesso ai dati sanitari, è stata inserita nel corso dell'esame in sede referente.

² Tale ultima previsione, relativa al numero degli operatori di tutte le professioni sanitarie, è stata inserita nel corso dell'esame in sede referente.

³ Lettera inserita nel corso dell'esame in sede referente.

⁴ Lettera inserita nel corso dell'esame in sede referente.

compatibilmente con le esigenze di formazione e nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Al riguardo, la RT 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 restando 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, la RT evidenzia l'esistenza di ulteriori disposizioni in materia di utilizzo degli specializzandi:

- l'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;

- l'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, la RT segnala 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 relazione tecnica afferma che la lettera *a)*, 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 in relazione ai professionisti sanitari sottratti alla sfera di operatività del citato articolo 35, comma 5-*bis*, del decreto legislativo n. 165 del 2001. La disposizione non determina nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica⁵.

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

⁵ Con l'emendamento 3.33 (e id.), approvato nel corso dell'esame alla Camera, è stato espunto dal comma 1, lettera *b*) il riferimento alle strutture private accreditate, che non rientrano quindi tra le strutture interessate dalla regolamentazione sui vincoli minimi di permanenza. La lettera *b*), nella versione attuale, riguarda pertanto solo il personale delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche del Servizio sanitario nazionale.

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)*, la RT rappresenta che la previsione di tali territori tra le aree disagiate si limita a ribadire un precetto 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 precetto 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 cosiddetto "*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 decreto legislativo 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 redistribuzione 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.

In merito ai profili di quantificazione, si rileva preliminarmente che le norme in esame, modificate nel corso dell'esame in sede referente, elencano principi e criteri direttivi specifici che il Governo osserva nell'esercizio della delega per l'adozione di misure in favore del personale sanitario del Servizio sanitario nazionale.

La relazione tecnica, riferita al testo originario del provvedimento, argomenta la neutralità finanziaria delle norme evidenziando che i principi e criteri direttivi sono finalizzati principalmente al riordino e coordinamento di disposizioni già vigenti, in particolare in materia di impiego dei medici in formazione specialistica e del personale sanitario e che essi operano nel rispetto dei limiti di spesa già previsti dalla legislazione vigente e dei tetti di spesa per il personale del Servizio sanitario nazionale. In base a quanto affermato dalla relazione tecnica, il Governo è delegato ad adottare misure organizzative e procedurali – quali la flessibilità delle

modalità di impiego, la semplificazione amministrativa, la valorizzazione professionale, la disciplina dei vincoli di permanenza nelle aree disagiate - senza incidere sui trattamenti economici del personale. I principi e criteri direttivi prevedono, inoltre, meccanismi premiali e di valorizzazione a carattere non monetario o basati su una rimodulazione di risorse già esistenti, nonché razionalizzazioni e semplificazioni idonee, nel medio-lungo periodo, anche a generare risparmi.

La relazione tecnica afferma infine che i principi e criteri direttivi chiariscono concetti già desumibili dall'ordinamento (come la qualificazione delle isole minori come aree disagiate), senza determinare effetti finanziari aggiuntivi.

In proposito, preso atto di quanto affermato dalla relazione tecnica, non si hanno osservazioni da formulare con riferimento alle lettere *a)*, *b)*, *c)*, *e)*, *f)*, *g)* e *g-bis)*, fermo restando che, stante la complessità della materia trattata, una verifica puntuale della neutralità finanziaria delle disposizioni derivanti dall'esercizio delle predette deleghe, potrà essere effettuata solo in occasione dell'esame dei provvedimenti delegati.

In merito invece alle disposizioni che prevedono l'accesso ai dati sanitari da parte di tutti i professionisti sanitari che intervengono nel percorso di cura e assistenza dei pazienti [lettera *d)*], nonché il riordino delle specializzazioni della professione di psicologo [lettera *g-ter)*], introdotte nel corso dell'esame in sede referente, appare opportuno acquisire elementi di informazione in merito alla possibilità che le amministrazioni interessate possano svolgere le attività ad esse affidate, nell'ambito delle risorse strumentali, umane e finanziarie disponibili a legislazione vigente, in coerenza con la clausola di invarianza finanziaria di cui al successivo articolo 9.

ARTICOLO 4

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

Le norme, modificate nel corso dell'esame in sede referente, individuano i seguenti principi e criteri direttivi specifici che il Governo osserva nell'esercizio della delega per la valorizzazione delle competenze professionali del personale sanitario:

- attualizzare le competenze professionali rispetto all'evoluzione dei bisogni sanitari della popolazione, alle nuove tecnologie e ai progressi scientifici, nonché promuovere un approccio integrato « One Health » finalizzato alla prevenzione, alla diagnosi e alla gestione delle malattie attraverso la considerazione congiunta della salute umana, animale e ambientale, con particolare attenzione alla tutela delle fasce di popolazione più esposte a rischi sanitari e ambientali, favorendo la collaborazione multidisciplinare tra professionisti dei diversi settori sanitari e ambientali [comma 1, lettera *a*)];
- promuovere la razionalizzazione e l'aggiornamento della disciplina delle figure ausiliarie delle professioni sanitarie, fermo restando il loro inquadramento secondo la normativa vigente [comma 1, lettera *a-bis*)]⁶;
- 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 [comma 1, lettera *b*)];
- 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 2024⁷ [comma 1, lettera *c*)];
- promuovere l'attivazione di corsi regionali di formazione in materia di digitalizzazione della sanità pubblica, finalizzati anche all'acquisizione di competenze relative all'utilizzo degli strumenti di intelligenza artificiale nel settore sanitario, in coerenza con la strategia di sistema di cui alla lettera *c*) [comma 1, lettera *c-bis*)]⁸;
- 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 [comma 1, lettera *d*)].
- promuovere l'adozione di un linguaggio standardizzato infermieristico che contenga, nel tempo della sua adozione generalizzata, gli elementi di integrazione nel fascicolo sanitario elettronico, contribuendo a realizzare le finalità di cui alle lettere *a*), *b*) e *c*) [comma 1, lettera *d-bis*)]⁹;
- individuare criteri per la costruzione di un sistema integrato di collaborazione interdisciplinare tra gli specialisti in medicina dello sport, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i fisioterapisti, ai fini del riconoscimento e della promozione dell'esercizio fisico strutturato quale strumento per il benessere fisico e

⁶ Lettera introdotta nel corso dell'esame in sede referente.

⁷ Il regolamento (UE) 2024/1689 stabilisce regole armonizzate sull'intelligenza artificiale.

⁸ Lettera introdotta nel corso dell'esame in sede referente.

⁹ Lettera introdotta nel corso dell'esame in sede referente.

mentale della persona, prevedendo la predisposizione di specifici protocolli adottati sulla base delle linee guida definite dalla Federazione medico sportiva italiana e convalidati dall'Istituto superiore di sanità [comma 1, lettera d-ter)]¹⁰.

La **relazione tecnica**, riferita al testo originario del provvedimento, afferma che l'articolo in esame 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) del comma 1 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 ECM¹¹ 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), in materia di utilizzo dell'intelligenza artificiale, la RT 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, la RT evidenzia una invarianza di spesa rispetto agli attuali stanziamenti previsti per garantire il vigente sistema ECM.

In merito ai profili di quantificazione, si rileva preliminarmente che le norme, modificate nel corso dell'esame in sede referente, individuano i principi e criteri direttivi che il Governo osserva nell'esercizio della delega per la valorizzazione delle competenze professionali del personale sanitario.

La relazione tecnica, riferita al testo originario del provvedimento, assicura che i criteri direttivi alle lettere a) e b) del comma 1, in materia di formazione del personale sanitario, saranno realizzati da AGENAS nell'ambito delle sue attività istituzionali, rimodulando l'attuale offerta

¹⁰ Lettera introdotta nel corso dell'esame in sede referente.

¹¹ Educazione continua in medicina.

formativa ECM¹² e utilizzando le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente. La medesima RT evidenzia inoltre che non sono ascrivibili effetti finanziari alle lettere *c)* e *d)* del comma 1, relativi, rispettivamente, alla gestione dell'uso dell'intelligenza artificiale, qualificata come "mera previsione di *policy*" e all'aggiornamento dei criteri per la formazione manageriale del personale del Servizio sanitario nazionale.

In proposito, non si formulano osservazioni, preso atto di quanto affermato dalla relazione tecnica, relativamente alla capacità di AGENAS di dare attuazione ai criteri di cui alle lettere *a)* e *b)* a invarianza di oneri, e considerato il carattere programmatico della lettera *c)* e quello ordinamentale della lettera *d)*.

Ciò stante si rileva che, per quanto riguarda le disposizioni introdotte nel corso dell'esame in sede referente che prevedono, tra l'altro, la promozione dell'attivazione di corsi regionali di formazione in materia di digitalizzazione della sanità pubblica [comma 1, lettera *c-bis*)] e la definizione di criteri per la realizzazione di un sistema integrato di collaborazione volto a promuovere l'esercizio fisico strutturato, sulla base di linee guida definite dalla Federazione medico sportiva italiana e validate dall'Istituto superiore di sanità [comma 1, lettera *d-ter*)], appare opportuno acquisire elementi di informazione volti ad assicurare che le amministrazioni interessate, compreso l'Istituto superiore di sanità – che rientra nell'elenco delle amministrazioni pubbliche elaborato dall'ISTAT, ai fini del conto economico consolidato di cui all'articolo 1, comma 3, della legge n. 196 del 2009 - possano svolgere le attività ad esse affidate, nei tempi previsti, nell'ambito delle risorse strumentali, umane e finanziarie disponibili a legislazione vigente, in coerenza con la clausola di invarianza finanziaria di cui al successivo articolo 9.

¹² Educazione continua in medicina.

ARTICOLO 5

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

Le norme, modificate nel corso dell'esame in sede referente, individuano i seguenti principi e criteri direttivi specifici che il Governo osserva nell'esercizio della delega per il potenziamento della formazione sanitaria specialistica:

- favorire, con il coinvolgimento delle amministrazioni competenti, la ridefinizione del percorso formativo nella medicina generale [comma 1, lettera *a*)];
- valorizzare le specializzazioni sanitarie ai fini dell'esercizio dell'attività professionale anche con riferimento:
 - alla professione sanitaria di chimico, per ampliare le possibilità di accesso agli impieghi nel Servizio sanitario nazionale e garantire il ricambio generazionale [comma 1, lettera *b*), numero 1)];
 - alla professione sanitaria di odontoiatra, per corrispondere all'esigenza di disporre di professionisti specializzati con specifiche competenze a supporto dell'attività forense [comma 1, lettera *b*), numero 2)];
 - 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 [comma 1, lettera *b*), numero 3)];
 - alla professione sanitaria di psicologo, per rispondere alla necessità di disporre di professionisti che abbiano competenze specifiche riconosciute, anche nell'ambito dei percorsi assistenziali oncologici, in coerenza con le esigenze del Servizio sanitario nazionale, mediante la razionalizzazione e l'eventuale aggiornamento dell'attuale assetto dei percorsi formativi [comma 1, lettera *b*), numero 3-*bis*)]¹³;
 - alla professione sanitaria di ostetrica, anche nell'ambito dei presidi territoriali di comunità, che opera, con autonomia professionale, in cooperazione con le strutture ospedaliere e con i presidi sanitari del territorio, per la prevenzione, la cura e la tutela della salute della donna e del puerperio mediante una razionalizzazione e un aggiornamento dei percorsi formativi già esistenti [comma 1, lettera *b*), numero 3-*ter*)]¹⁴.

La **relazione tecnica**, riferita al testo originario del provvedimento, afferma che l'articolo in esame individua i principi e i criteri direttivi per favorire, con il coinvolgimento delle

¹³ Lettera inserita nel corso dell'esame in sede referente.

¹⁴ Lettera inserita nel corso dell'esame in sede referente.

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), la RT 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.

In merito ai profili di quantificazione, si rileva preliminarmente che le norme, modificate nel corso dell'esame in sede referente, elencano principi e 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, biologo, ostetrica e psicologo [lettera b)].

La relazione tecnica afferma che le modifiche ai percorsi formativi si realizzeranno nell'ambito della programmazione ordinaria delle attività didattiche e di tirocinio razionalizzando 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.

In proposito, preso atto di quanto affermato dalla relazione tecnica, non si hanno osservazioni da formulare, fermo restando che, stante la complessità della materia trattata, una verifica puntuale della neutralità finanziaria delle disposizioni derivanti dall'esercizio delle predette deleghe, potrà essere effettuata solo in occasione dell'esame dei provvedimenti delegati.

ARTICOLO 6

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

La norma, modificata nel corso dell'esame in sede referente, prevede che, nell'esercizio della delega di cui all'articolo 1, il Governo osservi, 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 n. 3 del 2018¹⁵:

- adottare i necessari correttivi afferenti alle competenze e alla scadenza dei mandati degli organi, sia ordinari che straordinari [comma 1, lettera *a*)];
- prevedere l'applicazione del sistema del voto ponderato di cui all'articolo 8, comma 9, del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato n. 233 del 1946¹⁶, all'esercizio delle attribuzioni del Consiglio nazionale dell'ordine degli psicologi previste dall'articolo 28, comma 6, della legge n. 56 del 1989¹⁷, e dall'articolo 12, commi 2 e 3, del decreto del Ministro della salute n. 172 del 2024¹⁸ [comma 1, lettera *a-bis*)];
- introdurre misure volte a valorizzare il ruolo degli ordini professionali quali organi sussidiari dello Stato [comma 1, lettera *b*)].

La relazione tecnica, riferita al testo originario del provvedimento, afferma che la norma in esame 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.

¹⁵ 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.

¹⁶ Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse.

¹⁷ Ordinamento della professione di psicologo.

¹⁸ Regolamento recante le procedure elettorali e la composizione del Consiglio nazionale, dei consigli territoriali e dei relativi organi disciplinari dell'ordine degli psicologi.

In merito ai profili di quantificazione, si rileva preliminarmente che la norma in esame, modificata nel corso dell'esame in sede referente, prevede che, nell'esercizio della delega di cui all'articolo 1, il Governo osservi, 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 n. 3 del 2018¹⁹:

- adottare i necessari correttivi afferenti alle competenze e alla scadenza dei mandati degli organi, sia ordinari che straordinari [comma 1, lettera *a*]);
- prevedere l'applicazione del sistema del voto ponderato di cui all'articolo 8, comma 9, del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato n. 233 del 1946²⁰, all'esercizio delle attribuzioni del Consiglio nazionale dell'ordine degli psicologi previste dall'articolo 28, comma 6, della legge n. 56 del 1989²¹, e dall'articolo 12, commi 2 e 3, del decreto del Ministro della salute n. 172 del 2024²² [comma 1, lettera *a-bis*]);
- introdurre misure volte a valorizzare il ruolo degli ordini professionali quali organi sussidiari dello Stato [comma 1, lettera *b*]).

Al riguardo non si formulano osservazioni, atteso che gli ordini delle professioni sanitarie sono alimentati dai contributi dei relativi iscritti, non gravano sulla finanza pubblica, come rilevato dalla relazione tecnica, e non rientrano nell'elenco delle amministrazioni pubbliche elaborato dall'ISTAT, ai fini del conto economico consolidato di cui all'articolo 1, comma 3, della legge n. 196 del 2009.

¹⁹ 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.

²⁰ Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse.

²¹ Ordinamento della professione di psicologo.

²² Regolamento recante le procedure elettorali e la composizione del Consiglio nazionale, dei consigli territoriali e dei relativi organi disciplinari dell'ordine degli psicologi.

ARTICOLO 7

Modifiche al codice penale

Normativa vigente. L'articolo 590-*sexies* del codice penale (Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario) prevede che, se i fatti di cui agli articoli 589 (Omicidio colposo) e 590 (Lesioni personali colpose) sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applichino le pene ivi previste. Qualora, tuttavia, l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto.

La norma sostituisce l'articolo 590-*sexies* del codice penale, che viene rubricato “Limiti della responsabilità nell'attività sanitaria”, disponendo che, se i fatti di cui agli articoli 589 (Omicidio colposo) e 590 (Lesioni personali colpose) sono commessi nell'esercizio dell'attività sanitaria (e dunque non più della “professione” sanitaria), si applicano le pene ivi previste. Quando, tuttavia, 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 [comma 1, lettera a)].

La norma introduce, inoltre, il nuovo articolo 590-*septies* (Colpa nell'attività sanitaria), che prevede che, nell'accertamento della colpa o del suo grado si tenga 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 [comma 1, lettera b)].

La **relazione tecnica** si limita ad affermare che la norma in esame 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.

In merito ai profili di quantificazione, si rileva preliminarmente che la norma in esame reca modifiche alla disciplina penale in materia di responsabilità in ambito sanitario, sostituendo l'articolo 590-*sexies*, che viene rubricato "limiti della responsabilità nell'attività sanitaria" e inserendo l'articolo 590-*septies*, rubricato colpa nell'attività sanitaria.

Al riguardo, fermo restando quanto rilevato in merito all'articolo 8 (*cf. infra*), non si hanno osservazioni da formulare, considerato che la norma si limita a intervenire sui profili penali della disciplina in materia di responsabilità in ambito sanitario.

ARTICOLO 7-*bis*

Modifiche al regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221

Le norme, introdotte nel corso dell'esame in sede referente, inseriscono l'articolo 42-*bis* nel regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221²³, che consente al sanitario radiato dall'Albo per fatti non dolosi commessi nel periodo di vigenza dell'articolo 3-*bis* del decreto-legge n. 44 del 2021 (ossia dal 1° giugno 2021 al 31 marzo 2022) di richiedere la reiscrizione all'Albo alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie (CCEPS), nel caso in cui i suddetti fatti siano diretta conseguenza:

- della limitatezza delle conoscenze scientifiche al momento del fatto sulle patologie da SARS-CoV-2 e sulle terapie appropriate;
- della scarsità delle risorse umane e materiali concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare;
- del minore grado di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale non specializzato impiegato per far fronte all'emergenza.

L'istanza di reiscrizione deve essere proposta entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della disposizione in esame (comma 1 del nuovo articolo 42-*bis*).

Il citato articolo 3-*bis* del decreto-legge n. 44 del 2021 prevede che, durante lo stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, dichiarato con delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, e successive proroghe, i fatti di cui agli articoli 589 (Omicidio colposo) e 590 (Lesioni personali colpose) del codice penale, commessi nell'esercizio di una professione sanitaria e che trovano causa nella situazione di emergenza, sono punibili solo nei casi di colpa grave (comma 1).

Ai fini della valutazione del grado della colpa, il giudice tiene conto, tra i fattori che ne possono escludere la gravità, della limitatezza delle conoscenze scientifiche al momento del fatto sulle patologie da SARS-CoV-2

²³ *Approvazione del regolamento per la esecuzione del decreto legislativo 13 settembre 1946, n. 233, sulla ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse.*

e sulle terapie appropriate, nonché della scarsità delle risorse umane e materiali concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare, oltre che del minor grado di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale non specializzato impiegato per far fronte all'emergenza (comma 2).

Nei casi di cui all'articolo 42, che disciplina la radiazione dall'Albo nel caso di condanna per delitti non colposi, ai fini della reiscrizione di cui al comma 1, deve essere intervenuta la riabilitazione. L'istanza di reiscrizione di cui al primo periodo deve essere proposta entro sessanta giorni dall'intervenuta riabilitazione (comma 2 del nuovo articolo 42-*bis*).

L'articolo 42 del decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221 prevede che " la condanna per uno dei reati previsti dal Codice penale negli articoli 446 (commercio clandestino o fraudolento di sostanze stupefacenti), 548 (istigazione all'aborto), 550 (atti abortivi su donna ritenuta incinta) e per ogni altro delitto non colposo, per il quale la legge commina la pena della reclusione non inferiore nel minimo a due anni o nel massimo a cinque anni, importa di diritto la radiazione dall'Albo.

Importano parimenti la radiazione di diritto dall'Albo:

- l'interdizione dai pubblici uffici, perpetua o di durata superiore a tre anni, e la interdizione dalla professione per una uguale durata [lettera a)];
- il ricovero in un manicomio giudiziario nei casi indicati nell'[art. 222](#), secondo comma, del Codice penale [lettera b)];
- l'applicazione della misura di sicurezza preventiva preveduta dall'[art. 215](#) del Codice penale, comma secondo, n. 1 (assegnazione ad una colonia agricola o ad una casa di lavoro) [lettera c)].

La radiazione nei casi previsti dal presente articolo, è dichiarata dal Consiglio".

Il successivo articolo 50 prevede che il sanitario radiato dall'Albo può essere reiscritto, purché siano trascorsi cinque anni dal provvedimento di radiazione e, se questa derivò da condanna penale, sia intervenuta la riabilitazione. In ogni caso deve risultare che il radiato ha tenuto, dopo la radiazione, irreprensibile condotta.

Sulla istanza di reiscrizione provvede il Consiglio con la osservanza delle disposizioni relative alle iscrizioni.

Nei casi di reiscrizione di cui ai commi 1 e 2 è escluso il diritto a ogni forma di risarcimento o indennizzo in relazione al periodo di tempo in cui la radiazione dall'Albo ha avuto effetto (comma 3 del nuovo articolo 42-*bis*).

Le norme, introdotte nel corso dell'esame in sede referente, non sono corredate di prospetto riepilogativo né di relazione tecnica.

In merito ai profili di quantificazione, si rileva preliminarmente che le norme in esame, introdotte nel corso dell'esame in sede referente, consentono ai sanitari radiati dall'Albo per fatti non dolosi commessi tra il 1° giugno 2021 e il 31 marzo 2022 di chiedere la reiscrizione alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie (CCEPS), qualora tali fatti siano diretta conseguenza della limitatezza delle conoscenze scientifiche su SARS-CoV-2 e

relative terapie, della scarsità delle risorse umane e materiali disponibili o del minore grado di esperienza e competenze del personale non specializzato impiegato nell'emergenza. L'istanza deve essere presentata entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della disposizione in esame. Nei casi di radiazione conseguente a condanna per delitti non colposi, la reiscrizione è subordinata alla riabilitazione e l'istanza deve essere presentata entro sessanta giorni dalla stessa. In entrambi i casi è escluso ogni diritto a risarcimenti o indennizzi per il periodo di efficacia della radiazione dall'Albo.

In proposito, si osserva che, poiché l'iscrizione all'Albo professionale costituisce requisito necessario per l'esercizio della professione sanitaria ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, come sostituito dall'articolo 4, comma 1, della legge n. 3 del 2018, qualora il rapporto di lavoro sia cessato in conseguenza della radiazione dall'Albo, la reiscrizione prevista dalla disposizione in esame, in mancanza di diversa previsione normativa, dovrebbe far venir meno il presupposto che aveva determinato la cessazione del rapporto di lavoro.

Pertanto, considerato che la disciplina in esame non reca alcuna disposizione volta ad escludere che la reiscrizione all'Albo comporti effetti sui rapporti di lavoro cessati in conseguenza della radiazione, andrebbe valutata l'opportunità di introdurre siffatta disposizione nel testo del provvedimento, posto che, in caso contrario, appare verosimile il verificarsi di contenziosi volti alla ricostituzione dei rapporti di lavoro cessati, con possibili oneri a carico della finanza pubblica ove si tratti di rapporti di lavoro instaurati con il Servizio sanitario nazionale.

ARTICOLO 8

Modifiche alla legge 8 marzo 2017, n. 24

La norma apporta talune modifiche alla legge n. 24 del 2017²⁴ con riferimento ai seguenti articoli:

- articolo 5 (Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida), ridefinendo i riferimenti cui gli esercenti le professioni sanitarie devono attenersi nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie, attraverso la sostituzione del

²⁴ Recante disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

- secondo periodo del comma 1. In particolare, la nuova formulazione attribuisce un rilievo paritetico, e non più meramente suppletivo, alle buone pratiche clinico-assistenziali rispetto alle raccomandazioni contenute nelle linee guida definite e pubblicate ai sensi di legge, fatte salve le specificità del caso concreto [comma 1, lettera *a*]);
- articolo 7 (Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria), apportando modifiche meramente formali ai commi 1 e 5 e sopprimendo, al comma 3, la previsione secondo cui il giudice, nella determinazione del risarcimento del danno cagionato, tiene conto della condotta dell'esercente la professione sanitaria ai sensi del citato articolo 5 e dell'articolo 590-*sexies* del codice penale (quest'ultimo interamente riformulato dall'articolo 7 del provvedimento in esame). Viene altresì introdotto un nuovo comma 3-*bis*, che prevede che, fermo restando quanto previsto dall'articolo 2236 del codice civile²⁵, nell'accertamento della colpa, o del grado di essa, nell'operato dell'esercente l'attività sanitaria si tenga 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 [comma 1, lettera *b*]).

La **relazione tecnica** afferma che la norma in esame 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

²⁵ Ai sensi dell'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 dolo o di colpa grave.

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 incombenze 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 cosiddetta “medicina difensiva”.

In merito ai profili di quantificazione, si rileva preliminarmente che la norma in esame apporta talune modifiche alla legge n. 24 del 2017²⁶ con riferimento ai seguenti articoli:

- articolo 5 (Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida), ridefinendo i riferimenti cui gli esercenti le professioni sanitarie devono attenersi nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie e, più nello specifico, attribuendo un rilievo paritetico, e non più meramente suppletivo, alle buone pratiche clinico-assistenziali rispetto alle raccomandazioni contenute nelle linee guida definite e pubblicate ai sensi di legge, fatte salve le specificità del caso concreto;
- articolo 7 (Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria), apportando modifiche meramente formali ai commi 1 e 5 e sopprimendo, al comma 3, la previsione secondo cui il giudice, nella determinazione del risarcimento del danno cagionato, tiene conto della condotta dell'esercente la professione sanitaria ai sensi del citato articolo 5 e dell'articolo 590-*sexies* del codice penale (quest'ultimo interamente riformulato dall'articolo 7 del provvedimento in esame). Viene altresì introdotto un nuovo comma 3-*bis*, che prevede che, fermo restando quanto previsto dall'articolo 2236 del codice civile²⁷, nell'accertamento della colpa, o del grado di essa, nell'operato dell'esercente l'attività sanitaria si tenga conto anche della scarsità delle risorse umane e materiali disponibili nonché delle eventuali carenze organizzative, quando la scarsità

²⁶ Recante disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

²⁷ Ai sensi dell'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 dolo o di colpa grave.

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.

Al riguardo, appare necessario chiarire se siano stati valutati i possibili effetti finanziari derivanti dall'applicazione del nuovo comma 3-*bis* dell'articolo 7, con particolare riferimento a un possibile incremento del contenzioso a fini risarcitori nei confronti delle strutture sanitarie pubbliche, nel caso in cui l'esclusione della colpa del sanitario sia motivata da carenze di risorse o organizzative dell'amministrazione stessa.

ARTICOLO 9

Disposizioni finanziarie

La norma dispone che dall'attuazione delle deleghe recate dal provvedimento in esame non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. A tale fine, le amministrazioni competenti provvedono agli adempimenti relativi ai decreti legislativi di cui all'articolo 1 del provvedimento medesimo con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

La relazione tecnica riproduce il contenuto della norma.

In merito ai profili di copertura finanziaria, si fa presente che l'articolo 9, comma 1, reca una clausola di invarianza finanziaria, ai sensi della quale dall'attuazione delle deleghe previste dal provvedimento non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e, a tal fine, le amministrazioni competenti provvedono agli adempimenti relativi ai decreti legislativi di cui all'articolo 1 del provvedimento medesimo con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Al riguardo, al fine di una più puntuale formulazione della disposizione, potrebbe valutarsi la possibilità di modificarla al fine di prevedere che le amministrazioni competenti provvedano

agli adempimenti derivanti dai decreti legislativi di cui all'articolo 1 con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

ARTICOLO 9-*bis*

Clausola di salvaguardia

La norma, introdotta nel corso dell'esame in sede referente, prevede le disposizioni del presente provvedimento e quelle dei decreti legislativi emanati in attuazione dello stesso si applicano nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione, anche con riferimento alla legge costituzionale n. 3 del 2021.

In merito ai profili di copertura finanziaria, si rileva preliminarmente che la disposizione in esame reca la clausola di salvaguardia in favore delle autonomie speciali.

In proposito, non si hanno osservazioni da formulare.