dossier

XIX Legislatura

29 ottobre 2026

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

A.S. n. 2082

Senato della Repubblica

Camera dei deputati

Senato della Repubblica

SERVIZIO STUDI
TEL. 06 6706-2451 - ✉ studi1@senato.it – @SR_Studi

Dossier n. 601/2

Camera dei deputati

SERVIZIO STUDI
Dipartimento Affari sociali
Tel. 06 6760-3266 - ✉ st_affarisociali@camera.it –@CD_sociale

Progetti di legge n. 538/2

La documentazione dei Servizi e degli Uffici del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati è destinata alle esigenze di documentazione interna per l'attività degli organi parlamentari e dei parlamentari. Si declina ogni responsabilità per la loro eventuale utilizzazione o riproduzione per fini non consentiti dalla legge. I contenuti originali possono essere riprodotti, nel rispetto della legge, a condizione che sia citata la fonte.

I N D I C E

SCHEDE DI LETTURA 5

Articoli da 1 a 6 *(Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e di personale sanitario)* 7

Articolo 7 *(Modifiche al codice penale in materia di punibilità per colpa nell'ambito della professione sanitaria)* 18

Articolo 8 *(Reiscrizione di sanitari radiati nell'albo professionale)* 22

Articolo 9 *(Responsabilità civile degli esercenti professioni sanitarie)* 24

Articolo 10 *(Disposizioni finanziarie)* 29

Articolo 11 *(Clausola di salvaguardia per le autonomie territoriali speciali)* 30

SCHEDE DI LETTURA

Articoli da 1 a 6
(Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e di personale sanitario)

Gli **articoli da 1 a 6** recano una disciplina di delega al Governo per la revisione della disciplina delle professioni sanitarie e del personale sanitario. I princìpi e i criteri direttivi di delega – oltre a quelli generali (di cui all'**articolo 2**), inerenti ai profili del coordinamento normativo, delle abrogazioni esplicite e delle sanzioni amministrative e disciplinari – concernono: la definizione di misure relative al personale sanitario, riguardanti le forme di lavoro flessibile, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, per i sanitari in formazione specialistica (riferimento, quest'ultimo, così ridefinito **dalla Camera dei deputati**), la permanenza presso strutture in aree disagiate, la razionalizzazione e la semplificazione delle attività amministrative, l'accesso (in base a un inserimento operato **dalla Camera**) dei professionisti sanitari ai dati sanitari del paziente, la sicurezza dei professionisti sanitari, la definizione di alcuni criteri premiali e di riconoscimento, la pianificazione (nel testo riformulato **dalla Camera**) del numero dei sanitari in formazione specialistica e del numero degli operatori in formazione di tutte le professioni sanitarie, la previsione (inserita **dalla Camera**) di alcune condizioni per l'esercizio dell'attività da parte dei professionisti sanitari autorizzati, in base alla vigente normativa temporanea, sulla base di un riconoscimento regionale e in deroga alla disciplina sul riconoscimento delle qualifiche conseguite all'estero, il riordino (previsione inserita **nel corso dell'esame presso la Camera**) delle specializzazioni della professione di psicologo (**articolo 3**); la valorizzazione delle competenze del personale sanitario, con particolare riferimento alla formazione continua del medesimo, alla promozione (previsione inserita **dalla Camera**) dell'approccio integrato cosiddetto *One Health* (relativo alla salute umana, animale e ambientale), alla promozione (previsione inserita **dalla Camera**) della razionalizzazione e dell'aggiornamento della disciplina delle figure ausiliarie delle professioni sanitarie, all'introduzione di un sistema nazionale di certificazione delle competenze, all'intelligenza artificiale nel settore sanitario e (previsione inserita **nel corso dell'esame presso la Camera**) alla formazione in materia di digitalizzazione della sanità pubblica, alla formazione manageriale, a un linguaggio standardizzato infermieristico, volto all'integrazione delle informazioni nel Fascicolo sanitario elettronico (previsione inserita **dalla Camera**), alla collaborazione interdisciplinare nel settore sanitario ai fini del riconoscimento e della promozione dell'esercizio fisico strutturato quale strumento per il benessere fisico e mentale della persona (**articolo 4**); la formazione sanitaria specialistica (**articolo 5**), con particolare riferimento alla medicina generale e alle professioni di chimico, di odontoiatra, di biologo, di psicologo, di ostetrica e di medico veterinario (le previsioni relative a queste ultime tre professioni sono state inserite **dalla Camera**); la revisione della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie e delle relative federazioni nazionali (**articolo 6**), con riferimento ai

relativi organi (anche di quelli straordinari, come specificato **dalla Camera**), all'introduzione (previsione inserita **nel corso dell'esame presso la Camera**) di un sistema di voto ponderato per l'elezione del Consiglio nazionale dell'ordine degli psicologi e al ruolo degli ordini professionali quali organi sussidiari dello Stato. La delega deve essere esercitata, secondo le modalità stabilite dall'**articolo 1**, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge (**alla Camera** è stato sostituito con tale termine mobile di sei mesi quello originario del 31 dicembre 2026), fatta salva l'ipotesi di scorrimento del termine (nella misura di 3 mesi) prevista dal **comma 3** dello stesso **articolo 1**. In base al successivo **articolo 10**, dai decreti legislativi non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

In via generale, si ricorda che, nella terminologia legislativa, l'ambito delle professioni sanitarie è costituito da quelle per le quali l'ordinamento prevede l'organizzazione in ordini professionali e in corrispondenti federazioni nazionali (con i relativi albi professionali), con distinzione rispetto alle arti ausiliarie delle professioni sanitarie[1] – distinzione che prescinde dalla necessità di abilitazione statale anche per l'esercizio di tali arti –. Riguardo alle professioni sanitarie, la disciplina prevede i seguenti ordini[2]: dei medici-chirurghi e degli odontoiatri; dei medici veterinari; dei farmacisti; dei biologi; dei chimici e dei fisici; delle professioni infermieristiche; della professione di ostetrica; dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione; dei fisioterapisti; degli psicologi.
In relazione alla suddetta distinzione tra esercenti professioni sanitarie (iscritti ad ordini professionali) ed esercenti arti ausiliarie delle professioni sanitarie, dal momento che alcune delle norme di delega in esame fanno riferimento alla categoria del personale sanitario e che una disposizione di delega[3] fa specificamente riferimento alle suddette arti ausiliarie, *si valuti l'opportunità di operare una revisione dell'oggetto (di cui all'**articolo 1**) della disciplina di delega, del **titolo** del disegno di legge e della **rubrica** del **capo I*** (i quali fanno riferimento testuale alle sole professioni sanitarie).
L'**articolo 1** del presente disegno di legge reca i termini e le modalità procedurali per l'esercizio della delega al Governo in materia di professioni sanitarie, fa riferimento alle finalità di potenziare il Servizio sanitario nazionale e di assicurare la disponibilità delle risorse umane necessarie a garantire i livelli essenziali di assistenza[4] nel rispetto dei princìpi di dignità e centralità della persona e dei bisogni

[1] Nelle suddette arti ausiliarie rientrano quelle di massaggiatore capo bagnino degli stabilimenti idroterapici, di odontotecnico, di ottico e di puericultrice (cfr. questa pagina sul sito *internet* istituzionale del Ministero della salute, anche per il profilo professionale di massofisioterapista).
[2] Per l'individuazione degli ordini, cfr. l'articolo 1, comma 1, del D.Lgs.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233, e successive modificazioni, nonché, per l'ordine degli psicologi, l'articolo 01 della L. 18 febbraio 1989, n. 56, e, per l'ordine dei fisioterapisti, il regolamento di cui al D.M. 8 settembre 2022, n. 183.
[3] Di cui all'**articolo 4, comma 1, lettera *b)*** (lettera inserita **nel corso dell'esame presso la Camera**).
[4] Si ricorda che le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa da parte dell'assistito (articolo 1, comma 3, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni).

del malato, nonché, come aggiunto **dalla Camera**, del principio di interconnessione tra salute umana, animale e ambientale (cosiddetto *One Health*), e opera un richiamo generale ai princìpi costituzionali e a quelli dell'ordinamento dell'Unione europea e del diritto internazionale. La delega, in base alla summenzionata modifica operata **dalla Camera dei deputati**, deve essere esercitata entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, fatta salva l'ipotesi di scorrimento del termine (nella misura di 3 mesi) prevista dal **comma 3**, in relazione all'espressione dei pareri delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari. Le suddette norme procedurali prevedono, tra l'altro, l'intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano[5]; lo schema o gli schemi di decreto sono trasmessi alle Camere, al fine dell'espressione dei suddetti pareri, successivamente alla rispettiva intesa. Il **comma 4** prevede la possibilità di adozione, secondo le medesime modalità procedurali e in conformità ai princìpi e criteri direttivi della presente disciplina di delega, di decreti legislativi integrativi e correttivi entro diciotto mesi dall'entrata in vigore del relativo decreto legislativo. *Considerato che nei richiami di cui al **comma 4** non è compresa la norma sullo scorrimento del termine di cui al **comma 3**, si valuti l'opportunità di chiarire se anche per gli schemi di decreto integrativi e correttivi possa operare il suddetto scorrimento.*

L'**articolo 2** reca i princìpi e i criteri direttivi generali per l'esercizio della delega – riguardo alle disposizioni di carattere generale, si ricorda altresì che il successivo **articolo 10** stabilisce che dai decreti legislativi non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica –.

I princìpi e i criteri direttivi generali di cui all'**articolo 2** prevedono: il coordinamento formale e sostanziale delle norme vigenti, al fine di garantirne la coerenza giuridica, logica e sistematica in coerenza con le disposizioni dell'Unione europea e nel rispetto del riparto di competenze legislative tra lo Stato e le regioni (**lettera *a)***); l'abrogazione espressa delle disposizioni incompatibili con la medesima disciplina introdotta in sede di esercizio della delega e l'adozione delle opportune disposizioni di coordinamento in relazione alle disposizioni non abrogate (**lettera *b)***); la revisione e l'adeguamento dell'apparato sanzionatorio amministrativo e disciplinare vigente, attraverso la previsione di sanzioni efficaci, dissuasive e proporzionate alla natura e alla gravità delle relative violazioni (**lettera *c)***).

Riguardo alle sanzioni disciplinari, si ricorda che la disciplina vigente riconosce autonomia disciplinare agli ordini professionali sanitari e alle relative federazioni nazionali e pone il principio di irrogazione di sanzioni disciplinari secondo una graduazione correlata alla volontarietà della condotta, alla gravità e alla reiterazione dell'illecito e con riferimento agli obblighi a carico degli iscritti,

[5] La premessa del parere favorevole sul presente disegno di legge, espresso dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 5 febbraio 2026, riporta che le regioni e le province autonome hanno preso atto dell'impegno del Ministero della salute ad un coinvolgimento effettivo delle stesse – nell'ambito di uno specifico tavolo di lavoro – nella predisposizione dei decreti legislativi in oggetto.

derivanti dalla normativa nazionale e regionale vigente e dalle disposizioni contenute nei contratti e nelle convenzioni nazionali di lavoro[6]. *Considerata la suddetta previsione di autonomia disciplinare, si valuti l'opportunità di chiarire la portata del principio di delega sopra menzionato.*
Si consideri inoltre l'opportunità di definire in termini più specifici la portata dei criteri di revisione e adeguamento delle sanzioni, considerata la giurisprudenza della Corte costituzionale sull'esigenza che una delegazione legislativa in materia di sanzioni (penali o amministrative) rechi una precisa indicazione di criteri[7].
L'**articolo 3** reca princìpi e criteri direttivi specifici di delega per la definizione di misure relative al personale sanitario.
Le misure contemplate dai princìpi e criteri direttivi di cui al presente **articolo 3** sono intese anche a rafforzare l'attrattività o il legame (per le categorie in oggetto) con il Servizio sanitario nazionale (**alinea** del **comma 1**). Esse prevedono:

- il riordino e la razionalizzazione delle forme di lavoro flessibile per l'impiego dei sanitari – ivi compresi medici e medici veterinari – in formazione specialistica nel Servizio sanitario nazionale – **la Camera** ha così riformulato il testo originario, che faceva riferimento soltanto ai medici specializzandi[8] –, compatibilmente con le esigenze di formazione e nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente (**lettera *a)***). Per una ricognizione **di norme, anche transitorie, in materia**, relative ai medici in formazione specialistica, cfr. la **relazione tecnica** del presente disegno di legge[9]. *Considerato che la citata **relazione tecnica** fa riferimento, per l'ambito della presente norma di delega, anche ai medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale e che tale categoria di soggetti è indicata in genere in termini specifici e non è ricompresa, nella terminologia dell'ordinamento*[10]*, nella categoria dei medici in formazione specialistica, si valuti la formulazione della presente norma;*
- la definizione o ridefinizione di tempi minimi di permanenza presso strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche o private accreditate, ubicate nelle aree disagiate, ivi compresi i territori delle isole minori marine (**lettera *b)***); riguardo a quest'ultima locuzione, *presente anche nella successiva **lettera** **c)**, si valuti l'opportunità di una locuzione più ampia, quale quella (ricorrente in disposizioni vigenti nonché nel disegno di legge di iniziativa governativa A.S. n. 1837) di isole minori marine, lagunari e lacustri, al fine di ricomprendere tutte le relative ipotesi di presenza di comunità di*

---

6 Articolo 1, comma 3, lettere *b)* e *l)*, del citato D.Lgs.C.P.S. n. 233 del 1946, e successive modificazioni.
7 Cfr., in particolare, la sentenza n. 53 del 12-28 febbraio 1997, la sentenza n. 49 del 24 febbraio-4 marzo 1999 e la sentenza n. 175 del 23 giugno-14 luglio 2022. Si ricorda che la suddetta sentenza n. 49 afferma che anche le sanzioni amministrative rispondono al principio di legalità e che anche per esse "i criteri della delega devono essere precisi e vanno rigorosamente interpretati".
8 La locuzione di medici in formazione specialistica, ora presente nel testo, appare equivalente a quella di medici specializzandi.
9 La **relazione tecnica** è reperibile nell'**A.C. n. 2700**.
10 Cfr. il D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368.

abitanti. La **relazione tecnica** allegata al presente disegno di legge[11] osserva che la norma di delega in esame consente sia la definizione di una normativa speciale per il personale in oggetto delle suddette strutture pubbliche, rispetto al principio – vigente in generale per i pubblici dipendenti, reclutati mediante concorso – di permanenza nella sede di prima destinazione per un periodo non inferiore a cinque anni[12] –, sia l'introduzione di vincoli anche per il personale in oggetto delle suddette strutture private accreditate;

- la promozione del 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 di 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 spesa di personale degli enti e aziende del Servizio sanitario nazionale e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica (**lettera *c)***). Riguardo alle suddette isole minori, cfr. *supra*;
- la razionalizzazione e la semplificazione – in modo da migliorare l'utilizzo dei tempi di lavoro – delle attività amministrative a carico del personale sanitario, nonché, come aggiunto **nel corso dell'esame presso la Camera,** l'accesso ai dati sanitari da parte di tutti i professionisti sanitari che intervengono nel percorso di cura e assistenza del paziente (**lettera *d)***). Il suddetto riferimento alle attività amministrative concerne le procedure amministrative (o le fasi di esse) che riguardano specificamente il personale sanitario (e non il personale del ruolo amministrativo o di altri ruoli). In merito, la **relazione tecnica** allegata al presente disegno di legge[13] fa riferimento, tra l'altro, alla definizione di misure di semplificazione per la redazione di cartelle cliniche e di referti;
- la garanzia della sicurezza dei professionisti sanitari nello svolgimento dell'attività lavorativa (**lettera *e)***)[14];
- la promozione della definizione (da parte dei contratti di lavoro) di meccanismi premiali legati ai sistemi di valutazione e misurazione delle prestazioni, ivi compresi gli indicatori riferiti alla riduzione delle liste d'attesa (**lettera *f)***). Si ricorda in materia la direttiva interministeriale, pubblicata sul sito *internet* istituzionale del Dipartimento della funzione pubblica il 28 ottobre 2025, concernente la misurazione e la valutazione

---

[11] La **relazione tecnica** è reperibile, come detto, nell'**A.C. n. 2700**.

[12] Principio di cui all'articolo 35, comma 5-*bis*, del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni. Lo stesso comma 5-*bis* specifica che tale principio non è derogabile da parte dei contratti collettivi di lavoro.

[13] La **relazione tecnica** è reperibile, come detto, nell'**A.C. n. 2700**.

[14] Si ricorda l'intervento normativo di cui al D.L. 1° ottobre 2024 n. 137, convertito, con modificazioni, dalla L. 18 novembre 2024, n. 171, "Misure urgenti per contrastare i fenomeni di violenza nei confronti dei professionisti sanitari, socio-sanitari, ausiliari e di assistenza e cura nell'esercizio delle loro funzioni nonché di danneggiamento dei beni destinati all'assistenza sanitaria".

della *performance* individuale per il personale (anche dirigenziale) degli enti e aziende del Servizio sanitario nazionale;

- la promozione di soluzioni intese allo sviluppo di una metodologia comune di pianificazione e previsione del numero di sanitari – ivi compresi medici e medici veterinari – in formazione specialistica, in relazione a ciascuna specializzazione, nonché, come aggiunto **dalla Camera**, del numero degli operatori in formazione di tutte le professioni sanitarie (**lettera *g)***). **Nel corso dell'esame presso la Camera**, è stato posto il riferimento a tutti i sanitari in formazione specialistica, in luogo del riferimento originario ai soli medici (specializzandi)[15]. In relazione alla formulazione della presente norma di delega, *si valuti l'opportunità di chiarire se si faccia riferimento anche ai medici iscritti ai corsi di formazione specifica in medicina generale*[16], considerato che tale categoria di soggetti è indicata in genere in termini specifici e, nella terminologia dell'ordinamento[17], non è ricompresa nella categoria dei medici in formazione specialistica (o specializzandi);
- per i professionisti sanitari autorizzati, in base alla vigente normativa temporanea, all'esercizio dell'attività professionale – presso strutture sanitarie o socio-sanitarie, anche con incarico inquadrato come lavoro autonomo – sulla base di un riconoscimento regionale (o della provincia autonoma) e in deroga alla disciplina sul riconoscimento delle qualifiche conseguite all'estero[18], la definizione sia dell'obbligo di iscrizione in elenchi speciali straordinari, presso i relativi ordini professionali, sia della condizione del previo accertamento delle necessarie conoscenze linguistiche, da svolgersi presso l'ordine territorialmente competente o presso la regione o provincia autonoma territorialmente competente (**lettera *h),*** inserita **dalla Camera**). La norma di delega pone i suddetti obbligo e condizione quali requisiti necessari per l'avvio o la prosecuzione dell'attività lavorativa in deroga e fa riferimento alla finalità di garantire la sicurezza delle cure e l'adeguata comunicazione con i pazienti. I summenzionati elenchi speciali straordinari devono essere istituiti presso gli ordini con riferimento a ciascun profilo professionale.
  Si ricorda che la richiamata disciplina temporanea di cui all'articolo 15 del D.L. 30 marzo 2023, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 maggio 2023, n. 56, e successive modificazioni, consente l'applicazione della suddetta deroga fino

[15] La locuzione di medici in formazione specialistica, ora presente nel testo, appare equivalente a quella di medici specializzandi.

[16] Riguardo a questi ultimi, si ricorda che, ai sensi dell'articolo 25, comma 1, del citato D.Lgs. n. 368 del 1999, e successive modificazioni, le regioni (e le province autonome di Trento e di Bolzano), entro il 31 ottobre di ogni anno, determinano il contingente numerico da ammettere annualmente ai corsi, nei limiti concordati con il Ministero della salute, nell'ambito delle risorse disponibili.

[17] Cfr. il citato D.Lgs. n. 368 del 1999.

[18] Disciplina di cui al D.Lgs. 9 novembre 2007, n. 206. Cfr. anche gli articoli 49 e 50 del regolamento di cui al D.P.R. 31 agosto 1999, n. 394, e successive modificazioni (regolamento "recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286").

al 31 dicembre 2029[19], secondo le disposizioni attuative definite, per i professionisti sanitari, da un'intesa (da sancirsi in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano) e, nelle more dell'adozione di essa (l'intesa non è stata ancora conclusa), secondo le norme richiamate dal comma 3 dello stesso articolo 15;

- il riordino delle specializzazioni della professione di psicologo (**lettera *i)*, inserita dalla Camera**)[20].

Le misure contemplate dai princìpi e criteri direttivi specifici di cui all'**articolo 4** sono intese alla valorizzazione delle competenze professionali del personale sanitario (**alinea** del **comma 1**).

Le norme di delega di cui all'**articolo 4** in esame prevedono:

- l'adeguamento delle competenze professionali rispetto all'evoluzione dei bisogni sanitari della popolazione, alle nuove tecnologie e, come specificato **dalla Camera**, ai progressi scientifici (**lettera *a)***). La **relazione tecnica** allegata al disegno di legge[21] indica che tale processo di adeguamento sarà curato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali – anche sulla base di un confronto con le competenti istituzioni nazionali e territoriali – mediante una rimodulazione dell'offerta di formazione continua[22] (riguardo alla formazione continua, cfr. anche la successiva **lettera *f)***);
- la promozione (previsione inserita **dalla Camera** nella citata **lettera *a)***) dell'approccio integrato cosiddetto *One Health*, volto 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;
- la promozione (**lettera *b)*, inserita dalla Camera**) della razionalizzazione e dell'aggiornamento della disciplina delle figure ausiliarie delle professioni sanitarie, fermo restando l'inquadramento delle stesse figure secondo la normativa vigente[23];

---

[19] La deroga concerne – con riferimento, come detto, all'attività presso strutture sanitarie o socio-sanitarie – sia i professionisti sanitari sia gli operatori di interesse sanitario. Il comma 4 del citato articolo 15 del D.L. n. 34 del 2023 prevede, fino allo stesso termine del 31 dicembre 2029, l'applicazione di norme specifiche sui permessi di soggiorno; il suddetto comma 4 è oggetto della norma di interpretazione autentica di cui all'articolo 1, comma 939, della L. 30 dicembre 2025, n. 199.

[20] Riguardo al quadro attuale di tali specializzazioni, cfr. il D.M. del 21 gennaio 2019, "Riordino degli ordinamenti didattici delle scuole di specializzazione di area psicologica", nonché il regolamento di cui al D.M. 11 dicembre 1998, n. 509, concernente il riconoscimento degli istituti abilitati ad attivare corsi di specializzazione in psicoterapia (questi ultimi corsi sono aperti anche ai laureati in medicina e chirurgia). Cfr. anche la norma di delega di cui al successivo **articolo 5, comma 1, lettera *b)*, numero 4)**.

[21] La **relazione tecnica** è reperibile, come detto, nell'**A.C. n. 2700**.

[22] Riguardo alla formazione continua degli operatori nel settore sanitario (indicata spesso con l'acronimo ECM), cfr., in particolare, gli articoli da 16-*bis* a 16-*quater* e 16-*sexies* del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

[23] Riguardo alle arti ausiliarie delle professioni sanitarie, cfr. *supra*, anche in nota.

- la promozione dell'istituzione di un sistema nazionale di certificazione delle competenze specifico per il settore sanitario, in modo da valorizzare l'esperienza e le competenze acquisite dai professionisti sanitari (**lettera *c)***). La suddetta **relazione tecnica** indica che tale sistema sarà definito dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, anche sulla base di un confronto con le competenti istituzioni nazionali e territoriali;
- la definizione di 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 della disciplina dell'Unione europea in materia di intelligenza artificiale (disciplina di cui al richiamato regolamento (UE) 2024/1689 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 13 giugno 2024) (**lettera *d)***)[24];
- la promozione (**lettera *e)***, inserita **dalla Camera**) dell'attivazione di corsi regionali di formazione in materia di digitalizzazione della sanità pubblica, intesi anche all'acquisizione di competenze relative all'utilizzo degli strumenti di intelligenza artificiale nel settore sanitario, in coerenza con la suddetta strategia di cui alla precedente **lettera *d)***;
- l'individuazione di criteri aggiornati per la formazione manageriale del personale del Servizio sanitario nazionale e l'adattamento degli obiettivi della formazione continua in medicina in coerenza con i nuovi bisogni in materia di salute e le competenze sanitarie richieste da questi ultimi (**lettera *f)***)[25];
- la promozione (**lettera *g)***, inserita **nel corso dell'esame presso la Camera**) dell'adozione di un linguaggio standardizzato infermieristico che contenga, nel tempo della sua adozione generalizzata, gli elementi di integrazione delle informazioni nel Fascicolo sanitario elettronico (FSE), al fine del concorso alla realizzazione delle finalità di cui alle precedenti **lettere *a), c)* e *d)***;
- l'individuazione di criteri per la formazione 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 mentale della persona, prevedendo la predisposizione di specifici protocolli, adottati sulla base di linee guida definite dalla Federazione medico sportiva italiana e convalidati dall'Istituto superiore di sanità (**lettera *h)***, inserita **dalla Camera**). Si ricorda che, ai sensi del successivo **articolo 10**, dai decreti legislativi non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e che, di conseguenza, le prescrizioni sanitarie oggetto della presente norma di delega non sono prospettate a carico del Servizio sanitario nazionale.

---

[24] Riguardo alle norme statali sull'applicazione dell'intelligenza artificiale nel settore sanitario, cfr. gli articoli da 7 a 10 della L. 23 settembre 2025, n. 132.

[25] Riguardo alla suddetta formazione manageriale, cfr. l'articolo 16-*quinquies* del citato D.Lgs. n. 502 del 1992, e successive modificazioni. Riguardo alla formazione continua in medicina, cfr. *supra*, in nota.

I princìpi e criteri direttivi specifici di cui all'**articolo 5** concernono la formazione sanitaria specialistica, con particolare riferimento ad alcune professioni. Essi prevedono:

- di favorire, con il coinvolgimento delle amministrazioni competenti, la ridefinizione del percorso formativo della medicina generale (**lettera *a)***)[26];
- di valorizzare le specializzazioni sanitarie al fine dell'esercizio dell'attività professionale, con particolare riferimento ad alcune professioni sanitarie (**lettera *b)***). Queste ultime sono: la professione di chimico, per quale si enunciano le finalità di ampliare – in base alla revisione della formazione specialistica[27] – le possibilità di accesso agli impieghi nel Servizio sanitario nazionale e di garantire il ricambio generazionale; la professione di odontoiatra, con riferimento alla quale si prevede di soddisfare l'esigenza di disporre di professionisti specializzati con particolari competenze a supporto dell'attività forense; la professione di biologo, per la quale si enunciano le finalità di ampliare – in base alla revisione della formazione specialistica[28] – le possibilità di accesso agli impieghi nel Servizio sanitario nazionale e di soddisfare l'esigenza di disporre di professionisti anche nell'ambito dell'igiene pubblica a indirizzo ambientale; la professione di psicologo, per la quale – in base a una previsione inserita **dalla Camera** – si enuncia l'obiettivo di soddisfare la 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 (cfr. anche la norma di delega di cui al precedente **articolo 3, comma 1, lettera *i)***); la professione di ostetrica, per la quale – in base a una previsione inserita **nel corso dell'esame presso la Camera** – si enuncia l'obiettivo di una razionalizzazione e un aggiornamento dei percorsi formativi già esistenti, con riferimento al ruolo della figura, la quale opera, con autonomia professionale, in cooperazione con le strutture ospedaliere e con i presìdi sanitari del territorio[29], per la prevenzione, la cura e la tutela relative alla salute della donna, anche con riguardo al periodo di puerperio; la professione di medico veterinario, per la quale – in base a una previsione inserita **nel corso dell'esame presso la Camera** – si enuncia l'obiettivo dell'ampliamento della possibilità di garantire l'accesso agli impieghi nel

[26] Riguardo ai corsi di formazione specifica in medicina generale, cfr. gli articoli da 21 a 32 del citato D.Lgs. n. 368 del 1999, e successive modificazioni. Come già detto, tali corsi sono organizzati dalle regioni (o dalle province autonome di Trento e di Bolzano).

[27] Cfr., al riguardo, la **relazione illustrativa** del presente disegno di legge (la **relazione** è reperibile nell'**A.C. n. 2700**).

[28] Cfr., al riguardo, la **relazione illustrativa** del presente disegno di legge (la **relazione** è reperibile, come detto, nell'**A.C. n. 2700**).

[29] Riguardo a questi ultimi presìdi, cfr., in via generale, il regolamento di cui al D.M. 23 maggio 2022, n. 77 (regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale).

Servizio sanitario nazionale di professionisti con specifica formazione successiva alla laurea, con riferimento alle nuove competenze richieste in applicazione del principio di interconnessione tra salute umana, animale e ambientale (cosiddetto *One Health*), mediante l'armonizzazione e la razionalizzazione dei percorsi di formazione specialistica già esistenti e senza l'istituzione di nuovi percorsi formativi.

I princìpi e i criteri direttivi specifici di cui all'**articolo 6** concernono la revisione della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie e delle relative federazioni nazionali. Riguardo alla ricognizione di tali ordini e federazioni, si rinvia alla parte della presente scheda precedente alla parte sull'**articolo 1** (in merito all'ambito in oggetto, l'**alinea** del **comma 1** del presente **articolo 6** fa riferimento alla L. 11 gennaio 2018, n. 3, richiamo che concerne tutti gli ordini delle professioni sanitarie e le relative federazioni nazionali).

Le norme di delega di cui all'**articolo 6** in esame prevedono:

- l'adozione dei necessari correttivi relativi alle competenze degli organi e alla scadenza dei relativi mandati[30] (**lettera *a)***). *Si valuti l'opportunità di una specificazione riguardo all'ambito dei correttivi in oggetto.* **In base alla riformulazione operata presso la Camera**, la presente norma di delega concerne anche gli organi straordinari[31];
- l'introduzione (**lettera *b)***, inserita **dalla Camera**) di un sistema di voto ponderato per l'elezione del Consiglio nazionale dell'ordine degli psicologi[32]. Si ricorda che, nella disciplina finora vigente, il suddetto Consiglio nazionale è composto dai presidenti dei consigli degli ordini regionali o delle province autonome e, ove sussistenti, degli ordini subregionali[33]; la presente norma di delega, richiamando il sistema di voto ponderato di cui all'articolo 8, comma 9, del D.Lgs.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233, e successive modificazioni, prevede invece che l'organo sia eletto dai presidenti dei suddetti ordini e che, in tale ambito, ciascun presidente disponga di un voto per ogni cinquecento iscritti al relativo ordine (nonché per la frazione di iscritti superiore a 249 unità)[34];

---

30 Riguardo agli organi degli ordini territoriali (delle professioni sanitarie) e delle relative federazioni nazionali, cfr. gli articoli da 2 a 4 e l'articolo 8 del citato D.Lgs.C.P.S. n. 233 del 1946, e successive modificazioni, nonché, per gli ordini degli psicologi e il relativo Consiglio nazionale, gli articoli da 12 a 16 e 28 della citata L. n. 56 del 1989, e successive modificazioni. Si ricorda altresì che, ai sensi dell'articolo 9, comma 6, della citata L. n. 3 del 2018, ogni riferimento, nella suddetta L. n. 56, al Ministro di grazia e giustizia e al Ministero di grazia e giustizia si intende fatto, rispettivamente, al Ministro della salute e al Ministero della salute.

31 Riguardo a questi ultimi, cfr. l'articolo 4 e l'articolo 8, comma 20, del citato D.Lgs.C.P.S. n. 233 del 1946, e successive modificazioni, nonché, per gli ordini degli psicologi, gli articoli 16 e 25 della citata L. n. 56 del 1989. Come già ricordato, ai sensi dell'articolo 9, comma 6, della L. n. 3 del 2018, ogni riferimento, nella suddetta L. n. 56, al Ministro di grazia e giustizia e al Ministero di grazia e giustizia si intende fatto, rispettivamente, al Ministro della salute e al Ministero della salute.

32 Riguardo alle attribuzioni del Consiglio, cfr. l'articolo 28, comma 6, della L. n. 56 del 1989.

33 Cfr. il comma 1 del citato articolo 28 della L. n. 56 del 1989, e successive modificazioni.

34 Nel citato articolo 8, comma 9, del D.Lgs.C.P.S. n. 233 del 1946, tale criterio di voto ponderato è posto con riferimento alla costituzione dei Comitati centrali delle Federazioni degli ordini delle professioni sanitarie (diverse dalla professione di psicologo). In base al comma 8 dello stesso articolo 8, e successive

- l’introduzione di misure volte a valorizzare il ruolo degli ordini professionali quali organi sussidiari dello Stato (**lettera *c)***). Si ricorda che gli ordini territoriali in esame e le relative federazioni nazionali “sono enti pubblici non economici e agiscono quali organi sussidiari dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici, garantiti dall'ordinamento, connessi all'esercizio professionale” (articolo 1, comma 3, lettera *a)*, del citato D.Lgs.C.P.S. n. 233 del 1946, e successive modificazioni)[35].

In materia di professioni sanitarie, si ricorda altresì l’indagine conoscitiva svolta sul riordino delle medesime dalla XII Commissione della Camera dei deputati nella corrente legislatura; il documento conclusivo è stato approvato dalla suddetta Commissione nella seduta dell’8 aprile 2025.

modificazioni, i Comitati centrali sono eletti, da parte dei presidenti dei rispettivi ordini, tra gli iscritti agli albi, a maggioranza relativa dei voti e a scrutinio segreto – fermo restando il criterio del voto ponderato di cui al suddetto comma 9 –; il comma 8 pone anche i criteri della promozione sia dell'equilibrio di genere sia del ricambio generazionale nella rappresentanza.

[35] La lettera *b)* dello stesso articolo 1, comma 3, e successive modificazioni, stabilisce che tali enti: sono dotati di autonomia patrimoniale, finanziaria, regolamentare e disciplinare e sono sottoposti alla vigilanza del Ministero della salute; sono finanziati esclusivamente con i contributi degli iscritti, senza oneri per la finanza pubblica.

Articolo 7
(Modifiche al codice penale in materia di punibilità per colpa nell'ambito della professione sanitaria)

L'**articolo 7** modifica il regime speciale della responsabilità penale relativa agli eventi di omicidio colposo e di lesioni personali colpose verificatisi nell'esercizio di una professione sanitaria. Nella disciplina vigente[36], la punibilità di tali casi è esclusa qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia e il professionista abbia rispettato le raccomandazioni previste dalle linee guida, come definite e pubblicate ai sensi di legge, ovvero, in mancanza di esse, le buone pratiche clinico-assistenziali e sempre che le raccomandazioni summenzionate risultino adeguate alle specificità del caso concreto[37]. La novella di cui al **comma 1, lettera *a),*** estende l'esclusione della punibilità ad altre possibili forme del fatto colposo, quali la negligenza e l'imprudenza, e specifica che l'esclusione della punibilità è limitata ai casi diversi dalla colpa grave, ponendo in via legislativa il principio di limitazione alla colpa non grave già sostenuto in via interpretativa dalle sezioni unite penali della Corte di cassazione con riferimento alla suddetta norma vigente sulla imperizia[38]; nella formulazione della novella di cui alla **lettera *a)***, inoltre, le buone pratiche clinico-assistenziali sono poste – in luogo del riferimento ad esse in via suppletiva – sullo stesso piano delle raccomandazioni delle suddette linee guida e la condizione dell'adeguatezza alle specificità del caso concreto viene esplicitata anche per le medesime buone pratiche. La novella di cui alla **lettera *b)*** introduce alcuni criteri specifici per l'accertamento della colpa o del suo grado; si prevede che in tali accertamenti si tenga conto anche (a seconda delle evenienze) della scarsità delle risorse umane e materiali disponibili e delle carenze organizzative – limitatamente ai casi in cui la scarsità e le carenze non siano evitabili da parte dell'esercente la professione 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 difficoltà della particolare attività sanitaria, dello specifico ruolo (svolto dall'agente) in caso di cooperazione multidisciplinare, nonché della presenza di situazioni di urgenza o emergenza.

Riguardo all'ambito delle professioni sanitarie, si rinvia alla scheda di lettura dei precedenti **articoli da 1 a 6**.
Il **comma 1, lettera *a),*** del presente **articolo** novella l'articolo 590-*sexies* del codice penale, concernente il regime speciale della responsabilità penale relativa

[36] Riguardo ad una norma transitoria vigente, cfr. la parte finale della presente scheda.
[37] In merito alle raccomandazioni previste dalle linee guida e alle buone pratiche clinico-assistenziali, cfr. l'articolo 5 della L. 8 marzo 2017, n. 24, e successive modificazioni, nonché il D.M. 27 febbraio 2018, recante "Istituzione del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG)". Si rinvia, in merito, alla scheda di lettura del successivo **articolo 9**.
[38] Riguardo a tale indirizzo interpretativo, cfr. *infra*.

ai casi di omicidio colposo e di lesioni personali colpose[39] commessi nell'esercizio di una professione sanitaria.
Rinviando, per il contenuto della novella, a quanto detto nella sintesi iniziale della presente scheda – e rinviando, per quanto riguarda una norma transitoria vigente, alla parte finale della scheda –, si ricorda che, ai sensi dell'articolo 43 dello stesso codice, il delitto è colposo "quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline". La distinzione tra la nozione di imperizia e le nozioni degli altri elementi summenzionati è, come detto, rilevante, nella disciplina vigente, per l'esclusione o meno della punibilità per gli eventi di omicidio colposo e di lesioni personali colpose verificatisi nell'esercizio di una professione sanitaria. Al fine di tale distinzione, come noto, l'ordinamento penale non reca criteri espliciti. Con riferimento all'interpretazione della disciplina vigente sulla punibilità per gli eventi in oggetto, la Corte di cassazione si è attenuta[40] a un diffuso orientamento interpretativo, già sviluppatosi con riguardo alla suddetta norma generale di cui all'articolo 43 del codice penale, riconducendo l'imperizia a una forma di colpa propria dell'attività professionale – relativa alla violazione di specifiche regole tecniche – e riconducendo la negligenza e l'imprudenza a forme di colpa relative alla violazioni di comuni regole di esperienza; in ogni caso, la distinzione in base a tali criteri può presentare margini di incertezza (per esempio, riguardo all'uso maldestro di strumenti professionali[41]). Come detto, con la novella di cui al **comma 1, lettera *a),*** le varie forme della colpa, al fine dell'esclusione o meno della punibilità in oggetto, sono invece poste sullo stesso piano.
La novella prevede invece un'altra distinzione, facendo riferimento, come detto, alla nozione di colpa grave. In merito, si ricorda che la sentenza delle sezioni unite penali della Corte di cassazione n. 8770 del 21 dicembre 2017-22 febbraio 2018 ha sostenuto in via interpretativa (enunciando il relativo principio di diritto) che l'attuale disciplina sulla non punibilità in oggetto è in ogni caso limitata ai casi di imperizia che siano inquadrabili come colpa non grave[42]. La stessa sentenza ha

[39] Riguardo ai delitti di omicidio colposo e di lesioni personali colpose, cfr., rispettivamente, l'articolo 589 e l'articolo 590 del codice penale.

[40] Cfr. la sentenza delle sezioni unite penali della Corte di cassazione n. 8770 del 21 dicembre 2017-22 febbraio 2018 e la sentenza della Corte di cassazione, quarta sezione penale, n. 15258 dell'11 febbraio-18 maggio 2020. Riguardo alla suddetta sentenza delle sezioni unite penali, cfr. *infra*, anche in nota.

[41] Cfr., in merito, la sentenza della Corte di cassazione, quarta sezione penale, n. 28086 del 29 gennaio 2019-27 giugno 2019.

[42] Si riporta il seguente passaggio della sentenza: «estendere il riconoscimento della esenzione da pena anche a comportamenti del sanitario connotati da "colpa grave" per imperizia (…) evocherebbe, per un verso, immediati sospetti di illegittimità costituzionale per disparità di trattamento ingiustificata rispetto a situazioni meno gravi eppure rimaste sicuramente punibili, quali quelle connotate da colpa lieve per negligenza o imprudenza; determinerebbe, per altro verso, un evidente sbilanciamento nella tutela degli interessi sottesi, posto che la tutela contro la "medicina difensiva" e, in definitiva, il miglior perseguimento della salute del cittadino ad opera di un corpo sanitario non mortificato né inseguito da azioni giudiziarie spesso inconsistenti non potrebbero essere compatibili con l'indifferenza dell'ordinamento penale rispetto a gravi infedeltà alle *leges artis*, né con l'assenza di deroga ai principi generali in tema di responsabilità per comportamento colposo, riscontrabile per tutte le altre categorie di soggetti a rischio professionale; determinerebbe, infine, rilevanti quanto ingiuste restrizioni nella

quindi indicato un complesso di criteri per la distinzione (per la quale l'ordinamento penale non pone criteri espliciti) tra colpa grave e colpa non grave; come detto, la novella di cui al **comma 1, lettera *b),*** inserisce nel codice penale – con l'introduzione dell'articolo 590-*septies* – alcuni criteri – riferiti all'accertamento della colpa o del suo grado –[43]; essi appaiono coerenti con quelli indicati, al fine della distinzione tra colpa grave e colpa non grave, nella suddetta sentenza delle sezioni unite penali; anche quest'ultima, in sintesi, fa riferimento sia alle specificità scientifiche o sanitarie del caso sia alle condizioni contingenti in cui il sanitario ha dovuto operare[44]. *Si valuti l'opportunità di chiarire se i criteri enunciati nella* ***lettera*** **b)** *– riferiti, come detto, all'accertamento della colpa o del suo grado, nell'esercizio della professione sanitaria – riguardino i soli delitti di omicidio colposo e di lesioni personali colpose.*

Dalla novella di cui al **comma 1, lettera *a),*** appare discendere altresì, anche alla luce dei princìpi interpretativi enunciati dalla suddetta sentenza delle sezioni unite penali[45], che il professionista sanitario sia punibile anche per colpa lieve qualora il caso concreto non sia regolato dalle raccomandazioni delle linee-guida o dalle buone pratiche clinico-assistenziali o qualora la colpa (anche lieve) sia consistita nella individuazione e nella scelta di linee-guida o di buone pratiche clinico-assistenziali non adeguate alla specificità del caso concreto[46].

Riguardo al profilo transitorio delle novelle di cui al presente **articolo 7**, si ricorda che, ai sensi della norma generale di cui all'articolo 2, quarto capoverso, del codice

---

determinazione del risarcimento del danno addebitabile all'esercente una professione sanitaria ai sensi dell'art. 7 della legge Gelli-Bianco, poiché è proprio tale articolo, al comma 3, a stabilire una correlazione con i profili di responsabilità ravvisabili ex art. 590-*sexies* cod. pen.».

[43] Gli stessi criteri vengono posti con riferimento alla responsabilità civile dell'esercente una professione sanitaria dalla novella di cui al successivo **articolo 9**.

[44] Si riporta il seguente passaggio della sentenza: «È da ribadire, cioè, quanto già sostenuto in molte sentenze pubblicate sotto la vigenza del decreto Balduzzi (tra le molte, Sez. 4, n. 16237 del 29/01/2013, Cantore, Rv. 255105; Sez. 4, n. 23283 del 11/05/2016, Denegri) in ordine al fatto che la colpa sia destinata ad assumere connotati di grave entità solo quando l'approccio terapeutico risulti marcatamente distante dalle necessità di adeguamento alle peculiarità della malattia, al suo sviluppo, alle condizioni del paziente. Ovvero, per converso, quando i riconoscibili fattori che suggerivano l'abbandono delle prassi accreditate assumano rimarchevole, chiaro rilievo e non lascino residuare un dubbio plausibile sulla necessità di un intervento difforme e personalizzato rispetto alla peculiare condizione del paziente: come nel caso di "patologie concomitanti" emerse alla valutazione del sanitario, e indicative della necessità di considerare i rischi connessi.

Nella demarcazione gravità/lievità rientra altresì la misurazione della colpa sia in senso oggettivo che soggettivo e dunque la misura del rimprovero personale sulla base delle specifiche condizioni dell'agente e del suo grado di specializzazione; la problematicità o equivocità della vicenda; la particolare difficoltà delle condizioni in cui il medico ha operato; la difficoltà obiettiva di cogliere e collegare le informazioni cliniche; il grado di atipicità e novità della situazione; la impellenza; la motivazione della condotta; la consapevolezza o meno di tenere una condotta pericolosa (oltre alle precedenti, Sez. 4, n. 22405 del 08/05/2015, Piccardo, Rv. 263736; Sez. 4, n. 47289 del 09/10/2014, Stefanetti, Rv. 260740).».

[45] Cfr. i princìpi di diritto enunciati nel punto 11 del "considerato in diritto" della suddetta sentenza.

[46] A quest'ultimo riguardo, si ricorda altresì che la sentenza delle sezioni unite penali inquadra nella nozione di imperizia la suddetta ipotesi di errore nell'individuazione e nella scelta, "salvo il caso che il comportamento del sanitario sia improntato ad indifferenza, scelleratezza o comunque assoluta superficialità e lassismo, sicché possa escludersi di essere nel campo della negligenza propria dell'agire del sanitario o specifica di esso e dunque della imperizia".

penale, quando "la legge del tempo in cui fu commesso il reato e le posteriori sono diverse si applica quella le cui disposizioni sono più favorevoli al reo, salvo che sia stata pronunciata sentenza irrevocabile".
Con riferimento al presente **articolo 7**, la **relazione illustrativa** del disegno di legge[47] fa riferimento alle finalità di contrastare il fenomeno della "medicina difensiva" e di definire i termini della responsabilità penale per colpa anche in relazione alla sempre crescente complessità dell'attività sanitaria.
Si valuti l'opportunità di chiarire se con la locuzione "attività sanitaria", usata in alcuni punti delle novelle di cui al ***presente articolo*** (ivi comprese quelle inerenti alle **rubriche** dei due suddetti articoli, 590-*sexies* e 590-*septies*, del codice penale), *si intenda comprendere anche le categorie di personale sanitario non rientranti in ordini professionali e, in ogni caso, si consideri l'opportunità di una uniformità della terminologia*, tenuto conto che il citato articolo 590-*sexies*, come novellato dal **presente articolo**, usa anche la locuzione di esercente la professione sanitaria (locuzione usata in via esclusiva nel testo vigente del medesimo articolo 590-*sexies* nonché nella **rubrica** del **capo II** in oggetto del disegno di legge).

Si ricorda che la norma transitoria di cui all'articolo 4, comma 8-*septies* e 8-*octies*, del D.L. 30 dicembre 2023, n. 215, convertito, con modificazioni, dalla L. 23 febbraio 2024, n. 18, e successive modificazioni, limita la responsabilità penale alla sola ipotesi di colpa grave per i casi di omicidio colposo e di lesioni personali colpose commessi entro il 31 dicembre 2026, nell'esercizio di una professione sanitaria, in situazioni di grave carenza di personale sanitario.
In base a tale norma transitoria, al fine della valutazione del grado della colpa, si tiene conto – ferma restando la condizione suddetta della grave carenza di personale sanitario – delle condizioni di lavoro dell'esercente la professione sanitaria, dell'entità delle risorse umane, materiali e finanziarie concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare, del contesto organizzativo in cui i fatti sono stati commessi nonché del minor livello di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale non specializzato.

[47] La **relazione illustrativa** è reperibile nell'**A.C. n. 2700**.

Articolo 8
(Reiscrizione di sanitari radiati nell'albo professionale)

L'**articolo 8, inserito dalla Camera dei deputati,** introduce una disciplina speciale sulla possibilità, a determinate condizioni, di reiscrizione nell'albo professionale[48], con riferimento ai sanitari radiati per fatti non dolosi commessi durante lo stato di emergenza epidemiologica da COVID-19 (quindi, nel periodo 31 gennaio 2020-31 marzo 2022[49]). La possibilità è subordinata alla sussistenza delle condizioni poste dal **comma 1** nonché, per radiazioni derivanti da alcuni casi di condanna penale, alla condizione che sia intervenuta la riabilitazione (**comma 2**). L'istanza di reiscrizione deve essere presentata alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie (CCEPS) entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente disciplina o, se successiva, entro sessanta giorni dall'intervenuta riabilitazione. Il **comma 3** esplicita che dalla reiscrizione non consegue alcun diritto a risarcimenti di danni o a indennizzi (relativi alla radiazione).

Le condizioni poste dal **comma 1** richiedono, oltre alla natura non dolosa dei fatti per i quali fu disposta la radiazione e alla loro collocazione nel suddetto periodo temporale, che i medesimi siano la diretta conseguenza: della limitatezza delle conoscenze scientifiche, al momento del fatto, sulle patologie derivanti dal virus SARS-CoV-2 e sulle terapie appropriate; della scarsità delle risorse umane e materiali concretamente disponibili, in relazione al numero dei casi da trattare e del minore grado di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale non specializzato impiegato per far fronte alla summenzionata emergenza. L'ulteriore condizione della previa riabilitazione (concessa ai sensi degli articoli da 178 a 181 del codice penale) è posta (**comma 2**) per il caso in cui la radiazione sia derivata dai casi di condanna penale richiamati dall'articolo 42 del regolamento di cui al D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221[50]. Riguardo al suddetto termine temporale di sessanta giorni per la presentazione dell'istanza, *si valuti l'opportunità di specificare che esso decorre dalla riabilitazione solo nei casi in cui tale termine di decorrenza sia successivo a quello costituito dall'entrata in vigore della presente disciplina speciale.*
L'istanza di reiscrizione, in base alla disciplina speciale in esame, deve essere presentata alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie (CCEPS). Nella disciplina ordinaria sulla reiscrizione di sanitari radiati, di cui al citato D.P.R. n. 221 del 1950, l'istanza è invece esaminata dal consiglio

[48] Riguardo alla disciplina ordinaria sulla reiscrizione di sanitari radiati, cfr. *infra*.
[49] Riguardo a tali due date, cfr., rispettivamente, la delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 ("Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili") e il D.L. 24 marzo 2022, n. 24, convertito, con modificazioni, dalla L. 19 maggio 2022 n. 52.
[50] 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".

dell'ordine[51]; si ricorda che la suddetta Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie – organo di natura giurisdizionale – è competente – secondo la disciplina di cui al D.Lgs.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233, e di cui al citato D.P.R. n. 221 del 1950 – per i ricorsi giurisdizionali contro i provvedimenti, individuati dalla medesima disciplina, degli ordini delle professioni sanitarie (ad eccezionali degli ordini degli psicologi) e delle relative Federazioni[52]. La suddetta disciplina ordinaria sulla reiscrizione di sanitari radiati prevede[53] che: il sanitario radiato dall'albo possa essere reiscritto a condizione che siano trascorsi cinque anni dal provvedimento di radiazione, che il sanitario abbia tenuto irreprensibile condotta dopo la radiazione e che, nel caso in cui quest'ultima sia dipesa da una condanna penale, sia intervenuta la riabilitazione; il consiglio dell'ordine decide sull'istanza di reiscrizione secondo le medesime disposizioni relative alle iscrizioni. *Si valuti l'opportunità di chiarire, anche in relazione al principio di eguaglianza, i rapporti tra tale disciplina ordinaria e quella speciale posta dall'**articolo 8** in esame, anche specificando se il sanitario radiato possa in ogni caso optare per la presentazione dell'istanza* (qualora ne ravvisi i presupposti) *al consiglio e ai sensi della disciplina ordinaria nonché se*, per la reiscrizione in base alla disciplina speciale, *sussista comunque il suddetto requisito della irreprensibile condotta* (nel periodo successivo alla radiazione). Sotto il profilo redazionale, *si valuti altresì l'opportunità di formulare la disciplina speciale in termini di norma legislativa autonoma, evitando la novella legislativa in un atto regolamentare*.

Come detto, il **comma 3** del presente **articolo 8** esplicita che dalla reiscrizione non consegue alcun diritto a risarcimenti di danni o a indennizzi (relativi alla radiazione).

[51] Ai sensi dell'articolo 50 del citato D.P.R. n. 221 del 1950.

[52] Riguardo all'ambito delle professioni sanitarie, si rinvia alla scheda di lettura dei precedenti **articoli da 1 a 6**. Si ricorda che un disegno di legge di iniziativa governativa (**A.C. n. 2880**) prevede una revisione della disciplina della suddetta CCEPS.

[53] Cfr. il citato articolo 50 del D.P.R. n. 221 del 1950.

Articolo 9
(Responsabilità civile degli esercenti professioni sanitarie)

L'**articolo 9** modifica il regime di responsabilità professionale dell'esercente una professione sanitaria, con particolare riferimento alla responsabilità civile.
La novella di cui al **comma 1, lettera *a),*** pone, con riferimento alla responsabilità dei professionisti sanitari, le buone pratiche clinico-assistenziali – in luogo del riferimento ad esse in via suppletiva – sullo stesso piano delle raccomandazioni previste dalle linee guida, come definite e pubblicate ai sensi di legge, fatte salve le specificità del caso concreto.
Le novelle di cui ai **numeri 1) e 4)** della successiva **lettera *b)*** operano modifiche formali nella disciplina della responsabilità civile summenzionata. In quest'ultima disciplina, la novella di cui al **numero 2)** della stessa **lettera** sopprime il riferimento alle suddette linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali – riferimento che la norma vigente pone letteralmente con riferimento alla determinazione del danno, a carico del professionista sanitario, e non all'accertamento della sussistenza della colpa del professionista (che si sia discostato dalle medesime linee guida e buone pratiche) –, mentre la novella di cui al **numero 3)** introduce alcuni criteri specifici per l'accertamento della colpa o del suo grado. In particolare, quest'ultima novella – oltre a far salvo il principio[54] secondo cui, nel contratto di opera professionale, qualora la prestazione implichi la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore risponde dei danni solo in caso di dolo o di colpa grave – prevede che nel suddetto accertamento della colpa o del suo grado si tenga conto anche (a seconda delle evenienze) della scarsità delle risorse umane e materiali disponibili e delle carenze organizzative – limitatamente ai casi in cui la scarsità e le carenze non siano evitabili da parte dell'esercente la professione 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 difficoltà della particolare attività sanitaria, dello specifico ruolo (svolto dall'agente) in caso di cooperazione multidisciplinare, nonché della presenza di situazioni di urgenza o emergenza.

Riguardo all'ambito delle professioni sanitarie, si rinvia alla scheda di lettura dei precedenti **articoli da 1 a 6**.
Come accennato, la novella di cui al **comma 1, lettera *a),*** del **presente articolo** pone, con riferimento alla responsabilità dei professionisti sanitari, le buone pratiche clinico-assistenziali – in luogo del riferimento ad esse in via suppletiva – sullo stesso piano delle raccomandazioni previste dalle linee guida, come definite e pubblicate ai sensi di legge, fatte salve le specificità del caso concreto. Si ricorda che l'articolo 5 della L. 8 marzo 2017, n. 24, e successive modificazioni, ha

[54] Di cui al richiamato articolo 2236 del codice civile.

previsto che gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengano, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del medesimo articolo ed elaborate da enti e istituzioni, pubblici e privati, nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in un apposito elenco; in attuazione delle previsioni in oggetto, è stato emanato il D.M. 27 febbraio 2018, recante "Istituzione del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG)" (mentre l'elenco summenzionato è definito e aggiornato periodicamente secondo i criteri e le modalità stabiliti dal D.M. del 2 agosto 2017).
Le novelle di cui alla **lettera *b)*** del presente **articolo 9, comma 1,** operano alcune modifiche nella disciplina specifica della responsabilità civile degli esercenti una professione sanitaria.
Riguardo alla disciplina vigente, si ricorda in sintesi – rinviando alla parte finale della presente scheda per il problema del rapporto con la disciplina generale in materia di responsabilità erariale dei dipendenti pubblici – che:

- ai sensi dell'articolo 7 della citata L. n. 24 del 2017, l'esercente una professione sanitaria risponde del proprio operato secondo il regime della responsabilità extracontrattuale (o aquiliana), salvo che abbia agito nell'adempimento di un'obbligazione contrattuale con il paziente[55], mentre la struttura sanitaria o socio-sanitaria, pubblica o privata, che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e anche se non lavoratori dipendenti della struttura stessa, risponde delle condotte dolose o colpose dei medesimi professionisti secondo il regime della responsabilità contrattuale[56];
- il danno conseguente all'attività della struttura sanitaria o socio-sanitaria, pubblica o privata, e dell'esercente la professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle definite secondo la procedura e i criteri richiamati dal comma 4 del suddetto articolo 7 della L. n. 24 (tabelle concernenti il risarcimento del danno non patrimoniale per lesioni conseguenti alla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti o conseguenti all'attività dell'esercente la professione sanitaria e della struttura sanitaria o socio-sanitaria, pubblica o privata);
- l'azione di responsabilità amministrativa, l'azione di rivalsa da parte della struttura sanitaria o socio-sanitaria privata e l'azione di surrogazione da parte dell'impresa assicurativa (che abbia erogato una indennità in quanto

[55] Nel regime di responsabilità contrattuale, il soggetto che intenda agire per l'inadempimento della controparte ha l'onere di provare esclusivamente l'inadempimento medesimo, mentre nel regime di responsabilità extracontrattuale il soggetto che intenda agire per danni ha l'onere di provare il dolo o la colpa dell'autore della condotta; in quest'ultimo regime, inoltre, il termine di prescrizione è quinquennale (in luogo dell'ordinario termine decennale).

[56] Tale regime di responsabilità si applica alle suddette strutture anche per le prestazioni sanitarie svolte: in regime di libera professione intramuraria; nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica; in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale; attraverso la telemedicina.

titolare di un contratto con la struttura, pubblica o privata) sono esperibili, nei confronti del professionista sanitario, esclusivamente per dolo o colpa grave, secondo la disciplina di cui all'articolo 9 della citata L. n. 24 del 2017, e successive modificazioni – fermo restando il diritto al riconoscimento del risarcimento del danno anche a carico del professionista sanitario, a prescindere dal grado della colpa –. Riguardo specificamente alle strutture sanitarie o socio-sanitarie pubbliche[57], nei suddetti casi di colpa (grave), l'importo derivante dall'azione di responsabilità amministrativa e dall'azione di surrogazione non può superare, per singolo evento, una somma pari al triplo del valore maggiore della retribuzione lorda, o del corrispettivo convenzionale, conseguito nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo. Riguardo al problema del rapporto con la disciplina generale in materia di responsabilità erariale dei dipendenti pubblici, cfr. la parte finale della presente scheda.

Mentre le novelle di cui ai **numeri 1) e 4)** della **lettera *b)*** in esame operano modifiche formali nella disciplina della responsabilità civile in oggetto, la novella di cui al **numero 2)** della stessa **lettera** sopprime il riferimento alle summenzionate linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali – riferimento che la norma vigente pone letteralmente con riferimento alla determinazione del danno, a carico del professionista sanitario, e non all'accertamento della sussistenza della colpa del professionista (che si sia discostato dalle medesime linee guida e buone pratiche) –. In merito alla novella, la **relazione illustrativa** del disegno di legge[58] osserva che l'intervento soppressivo è proposto in considerazione del riferimento, da parte della norma oggetto di soppressione, alla determinazione del danno, quindi al *quantum* e non alla verifica della sussistenza della responsabilità; riguardo al *quantum*, come detto, un'altra norma dell'articolo 7 della L. n. 24 opera un rinvio a specifiche tabelle. *Si valuti l'opportunità di considerare che con l'intervento meramente soppressivo viene meno, per le possibili forme di colpa alla base della responsabilità civile del professionista sanitario, ogni riferimento esplicito alle linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali.*

La novella di cui al successivo **numero 3)** concerne, nell'ambito della disciplina della responsabilità civile del professionista sanitario, l'accertamento della colpa o del grado di essa. La novella è posta in termini generali, quindi con riferimento sia al regime di responsabilità extracontrattuale del professionista sia ai casi di responsabilità contrattuale (derivante, in ipotesi, come detto, da un contratto d'opera) del medesimo professionista. Oltre a far salvo il principio[59] secondo cui, nel contratto di opera professionale, qualora la prestazione implichi la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore risponde dei danni solo in caso di dolo o di colpa grave, la novella prevede che nel suddetto accertamento della

[57] Riguardo alle corrispondenti strutture private, cfr. il comma 6 del citato articolo 9 della L. n. 24 del 2017, e successive modificazioni.

[58] La **relazione illustrativa** è reperibile nell'**A.C. n. 2700**.

[59] Principio posto, come detto, dall'articolo 2236 del codice civile.

colpa o del suo grado si tenga conto anche (a seconda delle evenienze)[60] della scarsità delle risorse umane e materiali disponibili e delle carenze organizzative – limitatamente ai casi in cui la scarsità e le carenze non siano evitabili da parte dell'esercente la professione 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 difficoltà della particolare attività sanitaria, dello specifico ruolo (svolto dall'agente) in caso di cooperazione multidisciplinare, nonché della presenza di situazioni di urgenza o emergenza. La novella, come detto, pone tali criteri con riferimento all'accertamento sia della colpa sia del grado di essa. *Si valuti l'opportunità di chiarire gli effetti del riferimento all'accertamento del grado,* considerato che una distinzione tra i gradi di colpa è posta dalla disciplina in esame, come detto, solo con riguardo alle azioni di rivalsa e di responsabilità amministrativa e che la richiamata norma generale sull'esclusione della responsabilità per colpa non grave riguarda esclusivamente i contratti di opera professionale (non anche la responsabilità extracontrattuale) e limitatamente alle ipotesi in cui la prestazione implichi la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà.
Si valuti l'opportunità di chiarire se con la locuzione "esercente l'attività sanitaria", usata in due punti nella novella di cui al suddetto ***numero 3)****, si intenda comprendere anche le categorie di personale sanitario non rientranti in ordini professionali e, in ogni caso, si consideri l'opportunità di una uniformità della terminologia con le altre disposizioni della legge oggetto di novella* (le quali fanno riferimento agli esercenti la professione sanitaria).
Si valuti inoltre l'opportunità di definire esplicitamente i profili di diritto transitorio delle novelle di cui al ***presente articolo****.*

Si ricorda che, secondo la disciplina generale in materia di responsabilità erariale dei dipendenti pubblici, di cui all'articolo 1 della L. 14 gennaio 1994, n. 20, da ultimo novellato dall'articolo 1 della L. 7 gennaio 2026, n. 1, tale responsabilità sussiste solo in caso di dolo o colpa grave[61] e, nei casi di colpa grave, la Corte dei conti esercita il potere di riduzione, ponendo a carico del responsabile, in quanto conseguenza immediata e diretta della sua condotta, il danno o il valore perduto per un importo non superiore al 30 per cento del pregiudizio accertato e, comunque, non superiore al doppio della retribuzione lorda conseguita nell'anno di inizio della condotta lesiva causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, ovvero non superiore al doppio del corrispettivo o dell'indennità percepiti per il servizio reso all'amministrazione o per la funzione o l'ufficio svolti, che hanno causato il pregiudizio; tali criteri – ai sensi dell'articolo 6 della citata L. n. 1 del 2026 – si applicano anche ai procedimenti e ai giudizi

[60] Gli stessi criteri vengono posti con riferimento alla responsabilità penale dell'esercente una professione sanitaria dalla novella di cui al precedente **articolo 7**.
[61] Riguardo alla nozione di quest'ultima, cfr. l'articolo 1, comma 1, della citata L. n. 20 del 1994, e successive modificazioni.

pendenti (non definiti con sentenza passata in giudicato) alla data di entrata in vigore della medesima L. n. 1[62]. Successivamente alle novelle operate da quest'ultima, *si sono sviluppate interpretazioni divergenti,* anche in seno alla stessa Corte dei conti, sull'inclusione o meno dei professionisti sanitari pubblici nell'ambito di applicabilità di tali criteri di riduzione.

[62] Quest'ultima è entrata in vigore il 22 gennaio 2026.

Articolo 10
(Disposizioni finanziarie)

L'**articolo 10**, riformulato **dalla Camera dei deputati**, specifica che dai decreti legislativi di cui ai precedenti **articoli da 1 a 6** non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica; agli adempimenti relativi alle norme adottate in sede di esercizio della delega le amministrazioni competenti provvedono con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Articolo 11
(Clausola di salvaguardia per le autonomie territoriali speciali)

L'**articolo 11** – inserito **nel corso dell'esame presso la Camera dei deputati** – reca la clausola di salvaguardia per le autonomie speciali territoriali.

L'**articolo 11** specifica che le disposizioni della presente legge e quelle dei decreti legislativi adottati in attuazione della stessa 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 18 ottobre 2001, n. 3. Si ricorda che l'articolo 10 di quest'ultima stabilisce che, fino all'adeguamento dei rispettivi statuti, le disposizioni della medesima legge costituzionale n. 3 del 2001 si applicano anche alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e di Bolzano per le parti in cui prevedano forme di autonomia più ampie rispetto a quelle già ad esse attribuite.