

Roma, 20 gennaio 2026

Alla cortese attenzione del Presidente della  
XII Commissione Affari sociali della  
Camera dei Deputati  
On.le Ugo Cappellacci

Ai Membri della Commissione

S E D E

**Oggetto:** **Osservazioni e proposte emendative al Disegno di Legge C. 2700 recante “Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”**

Gentili Onorevoli,

quale legale rappresentante della Federazione Nazionale degli Ordini dei medici Veterinari Italiani (FNOVI), organismo ordinistico apicale della professione regolamentata del medico veterinario, preliminarmente formulo l’auspicio che il DdL in esame concluda il suo iter in tempi rapidi così da essere promulgato e dare avvio alla fase di redazione dei Decreti Legislativi necessari per rendere operative le previsioni ivi declinate.

Ciò detto, è opportuno condividere la considerazione che dall’analisi del disegno di legge in oggetto meglio specificato emerge una significativa assenza di riferimenti espliciti alla figura del medico veterinario, nonostante la professione rientri a pieno titolo tra le professioni sanitarie regolate dagli Ordini professionali (Legge 3/2018) citati nel testo.

In particolare, i punti specifici di tale carenza emergono per i seguenti aspetti:

1. Esclusione dal potenziamento delle Scuole di Specializzazione. L’articolo 5, che disciplina il potenziamento della formazione sanitaria specialistica, elenca diverse figure professionali per le quali istituire o valorizzare scuole di specializzazione, ma omette i medici veterinari. Vengono citati espressamente i percorsi di medicina generale, chimici, odontoiatri e biologi e, nonostante la medicina veterinaria necessiti di specializzazioni post-laurea per l’accesso al SSN (es. Sanità Animale, Igiene degli Alimenti, ecc.), il testo non prevede criteri direttivi per l’attrattività o la ridefinizione di questi percorsi.

2. Focus esclusivo sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Molti dei criteri direttivi per l’adozione di incentivi (art. 3) sembrano calibrati esclusivamente sulle esigenze della medicina umana. Si parla di riduzione delle liste d’attesa e gestione degli specializzandi nel SSN. Sebbene il medico veterinario operi nel SSN (Dipartimenti di Prevenzione), il testo non menziona le criticità specifiche della sanità pubblica veterinaria, come il contrasto alle

zoonosi o la sicurezza alimentare. Serve pertanto sottolineare che le “aree disagiate” e la “desertificazione sanitaria” riguardano anche la vigilanza veterinaria in zone rurali o montane; pertanto, si propone l’estensione delle misure premiali previste anche ai medici veterinari del SSN operanti in tali contesti.

FNOVI, nel ritenere importante un’azione tesa a rendere più attrattiva la professione, ha indicato come possibili strumenti un maggior riconoscimento sociale del ruolo del medico veterinario libero professionista, consentendogli altresì di avvantaggiarsi di agevolazioni fiscali, semplificazioni delle procedure amministrative in generale, ma anche con particolare riferimento agli adempimenti derivanti da normative comunitarie e nazionali (vedi per esempio farmaco veterinario). FNOVI propone di valorizzare il coinvolgimento attivo dei medici veterinari libero professionisti nella rete di epidemio-sorveglianza alla quale di fatto contribuiscono in maniera proattiva, tramite la segnalazione di malattie infettive negli animali da compagnia e reddito e con azioni di contrasto alle antimicrobiche resistenze, segnalazione di tumori animali ecc.. È inoltre indispensabile favorire, anche tramite agevolazioni fiscali, la costituzione di associazioni professionali così da rendere più fattibile l’assistenza veterinaria anche nelle zone più disagiate (piccoli centri per esempio) sfruttando anche il principio di prossimità.

Per la scrivente Federazione è necessario altresì un maggiore riconoscimento sociale del ruolo del medico veterinario dipendente o convenzionato del SSN, anche al fine di garantire lo svolgimento della propria attività lavorativa in sicurezza e con carichi di lavoro adeguati.

3. Responsabilità Professionale. Le modifiche al codice penale (art. 7) e alla Legge 24/2017 (art. 8) parlano genericamente di “esercenti le professioni sanitarie”. Tuttavia, manca un coordinamento che chiarisca l’applicabilità di queste tutele (come l’esclusione della colpa per aderenza alle linee guida) all’atto medico veterinario che, pur essendo sanitario, si rivolge a pazienti non umani e presenta dinamiche di responsabilità civile e penale peculiari.

4. Gestione dell’Intelligenza Artificiale e sviluppo competenze professionali. L’articolo 4 prevede una strategia per l’uso dell’IA nel settore sanitario e l’aggiornamento della formazione manageriale. Non viene considerato il ruolo della veterinaria nell’approccio One Health (salute unica uomo-animale-ambiente) che sarebbe fondamentale per una governance moderna dell’IA applicata alla sanità pubblica e alla sorveglianza epidemiologica.

5. Formazione e ECM. A 23 anni di distanza (il sistema ECM è nato nel 2002) si deve prendere atto che una significativa percentuale di sanitari non è coerente con il sistema. Il sistema ECM ha evidenziato problemi strutturali, di fruibilità, qualità, efficacia dei percorsi formativi; condizioni indispensabili per risultare attrattivi. Abbiamo necessità di un sistema che valorizzi un aggiornamento più aderente alle esigenze formative dei sanitari che sono i destinatari del sistema. Non è giustificabile la partecipazione a corsi che conferiscono crediti ECM, incoerenti con il profilo professionale. Burocrazia, costi, sistema ingessato, carenza di percorsi formativi destinati a professioni complesse e diversificate, con platee scarsamente popolate: queste alcune delle criticità di cui il sistema soffre.

I limiti dell’attuale sistema ECM sono:

a) il sistema è troppo complesso e troppo costoso. È costruito in modo da generare un movimento economico di cui beneficiano Agenas e providers, con costi completamente a carico dei sanitari. L’impegno dei providers è relazionato alla presenza dei discenti, ed al risultato economico. Aree formative poco popolate vengono disertate con la

conseguenza che interi ambiti professionali non hanno disponibilità di corsi di aggiornamento accreditati ECM.

b) Gli Ordini nel sistema ECM hanno semplici funzioni di certificazione dei dati raccolti e di gestione di eventuali procedimenti sanzionatori. Compito marginale affatto relazionato alla funzione di Enti sussidiari dello Stato.

c) Se in grado di sopportare la complessità e i costi del sistema, gli Ordini e le Federazioni erogano direttamente formazione ECM, ma il loro apporto è realisticamente marginale e non può essere specialistico.

d) Il sistema deve essere in grado di offrire formazione che risponda ai bisogni dei sanitari.

Si ravvisa la necessità di riformare il sistema ECM, che veda finalmente gli Ordini elementi come centrali del sistema. In ragione delle peculiarità delle singole professioni si propone pertanto:

- i. l'istituzione di una Formazione Ordinistica, costituita da corsi di formazione promossi - organizzati - autorizzati - patrocinati da Federazioni e Ordini delle professioni sanitarie;
- ii. tale tipologia di formazione, attribuisce crediti ECM in ragione di 1 ora/1 credito per corso di formazione. Ove erogata gratuitamente ai discenti non deve prevedere costi a carico degli erogatori. Restano a carico delle Federazioni gli obblighi di gestione e vigilanza di un siffatto modello organizzativo, oltre alla reportistica.

Passando all'esame di altri aspetti, con riferimento alle previsioni dell'articolo 6 che delega il Governo al riordino della disciplina degli Ordini si osserva che, sebbene non nomini espressamente la CCEPS, il criterio direttivo è chiaro: *“definire composizione, durata, funzioni gestionali, attribuzioni e incompatibilità degli organi”*. Poiché la CCEPS è l'organo giurisdizionale di secondo grado per i procedimenti disciplinari degli ordini sanitari, essa rientra pienamente in questo mandato di revisione. Dalle analisi sviluppatesi in argomento, emergono tre obiettivi principali per la CCEPS: a. il superamento dell'arretrato (è stata istituita una “sezione stralcio” per smaltire migliaia di ricorsi pendenti - alcuni vecchi di anni - che paralizzano l'efficacia delle sanzioni ordinistiche); b. la revisione della composizione (per garantire la piena indipendenza e terzietà dell'organo, riducendo l'influenza diretta del Ministero della Salute nella nomina dei componenti); c. l'esecutività delle sanzioni. Una delle proposte più discusse è quella di rendere le sanzioni disciplinari degli Ordini provinciali immediatamente esecutive, eliminando l'effetto sospensivo automatico del ricorso alla CCEPS. Questo se da un lato evita che professionisti sospesi continuino a esercitare la professione per anni in attesa dell'esito del ricorso di impugnazione, dall'altro espone gli Ordini a rischi derivanti dall'esito dei ricorsi incardinati presso la CCEPS o alla Cassazione. FNOVI auspica altresì la conclusione del progetto di riforma grazie al quale separare, nell'esercizio della funzione disciplinare, a garanzia del diritto di difesa, dell'autonomia e della terzietà del giudizio disciplinare, la funzione istruttoria da quella giudicante.

Sempre con riferimento all'art. 6, FNOVI esprime favore per l'intento espresso di *“introdurre misure volte a valorizzare il ruolo degli Ordini professionali quali organi sussidiari dello Stato”*. L'attuale sistema ordinistico è gravato da una serie di adempimenti inutili, costosi, con riguardo alla sfera degli obblighi gravanti sugli Ordini professionali come Enti afferenti al comparto pubblico e frequentemente assimilati alle pubbliche amministrazioni. Su questo tema vanno rispettate le previsioni del D.L. 22 giugno 2023, n. 75 (convertito in L. 10 agosto 2023, n. 112), che ha modificato le *“Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni”*: ogni

disposizione “*diretta alle amministrazioni pubbliche non si applica agli ordini, ai collegi professionali ed ai relativi organismi nazionali, in quanto enti aventi natura associativa, che sono in equilibrio economico e finanziario, salvo che la legge non lo preveda espressamente*”. Previsione puntualmente disattesa da parte dell’ANAC, della Ragioneria Generale dello Stato, che ritengono che le loro circolari possano occupare nella gerarchia delle fonti un ruolo pari o superiore a quello della legge, producendone effetti.

A parere della scrivente, merita particolare attenzione la mancata previsione del principio di equo compenso all’interno dello schema di disegno di legge sulle professioni sanitarie, introducendo così una significativa divergenza rispetto alla riforma generale delle professioni ordinistiche approvata contestualmente dal Governo dove l’equo compenso rappresenta invece un pilastro per le altre categorie professionali.

Nella delega per le professioni ordinistiche, il principio dell’equo compenso è esplicitamente richiamato come criterio direttivo per garantire che il compenso sia proporzionato alla qualità e quantità del lavoro. Nello schema sulle professioni sanitarie, invece non si fa menzione neanche alla revisione dei decreti ministeriali sui parametri (come il DM 165/2016) necessari per definire cosa sia “equo” per un medico veterinario in regime di libera professione.

La delega punta su “meccanismi premiali” e “indennità di specificità” per chi opera nel SSN, trascurando la tutela economica del professionista privato o consulente verso i “contraenti forti” (es. grandi cliniche private o enti pubblici quali i Comuni, o assicurazioni).

Le differenze tra le due deleghe crea un paradosso normativo: la riforma delle professioni tecniche/giuridiche prevede l’estensione dell’equo compenso a tutti i rapporti contrattuali e la definizione di parametri aggiornati. Lo schema di delega per la riforma delle professioni sanitarie, anch’esse ordinistiche a tutti gli effetti (Legge 3/2018), non impegna il Governo a tradurre i principi della Legge 49/2023 (legge quadro sull’equo compenso) in decreti delegati specifici per il settore salute.

Per il medico veterinario, questa omissione è particolarmente critica. Mentre per medici e infermieri la manovra 2026 prevede aumenti delle indennità per il personale dipendente (circa 3.052 euro lordi annui per la dirigenza), per i medici veterinari liberi professionisti non vi è traccia di tutela contro i minimi sottosoglia nelle convenzioni con Enti pubblici o grandi gruppi privati di cliniche.

Questa “dimenticanza” rischia di relegare i sanitari a una tutela economica di serie B rispetto ad architetti, ingegneri o avvocati, proprio in un momento in cui la responsabilità professionale (e dunque il rischio d’impresa) viene pesantemente riformata.

Un commento merita altresì la previsione (art. 4) di voler “*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*”. La Federazione ha già declinato proprie regole in materia di certificazione delle competenze e confida che il sistema nazionale preveda un meccanismo di “riconoscimento”, con una “conversione automatica” o “semplificata” delle certificazioni già possedute.

In conclusione, il testo del DdL 2700 non riflette l’ambito di esercizio della professione veterinaria né il suo ordinamento. L’articolato non menziona la professione veterinaria che stenta a riconoscersi nel campo di applicazione del DdL medesimo e dei principi e criteri di delega. La lettura del dossier che accompagna il DdL 2700 rafforza la scrivente FNOVI in questa considerazione.

È invece necessario considerare che - pur collocata nell'alveo giuridico delle professioni sanitarie - la professione veterinaria presenta peculiarità di ruolo uniche, del tutto distinte da quelle di professioni che rivolgono le proprie competenze e attività sanitarie alla *persona*. Le stesse locuzioni di ordine generale (es. "personale sanitario") presenti nell'articolato appaiono contestualizzate, quasi esclusivamente, nell'ambito delle professioni sanitarie rivolte alla persona e/o in contesti sociosanitari e ospedalieri del Servizio Sanitario Nazionale.

Si suggerisce pertanto di inserire nel testo del DdL 2700 - eventualmente tra i principi e criteri direttivi generali di cui all'articolo 2 - una integrazione che consenta una corretta contestualizzazione della professione veterinaria nei decreti legislativi delegati, uno o più, che il Governo e in particolare il Ministero della Salute sarà chiamato ad emanare.

Così espresse le nostre osservazioni ed accennate le proposte emendative, restando a disposizione per eventuali ulteriori approfondimenti tecnici necessari al fine di valorizzare le specificità del profilo sanitario del medico veterinario, si coglie l'occasione per porgere distinti saluti.

Il Presidente  
(Dr. Gaetano Penocchio)

