Disegno di legge n. 2700-A

CAMERA DEI DEPUTATI

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

N. 2.

ORDINI DEL GIORNO

Seduta del 27 ottobre 2026

La Camera,

premesso che:

il disegno di legge all'esame dell'Assemblea delega il Governo ad avviare un processo di revisione del sistema delle professioni sanitarie, dal punto di vista sia formativo sia ordinamentale, al fine di renderlo più efficiente, inclusivo, attrattivo e adeguato all'evoluzione scientifica e tecnologica;

in coerenza con tali finalità, l'articolo 3-*quater*, comma 1, del decreto-legge n. 127 del 2021, convertito con modificazioni dalla legge 19 novembre 2021, n. 165, ha introdotto, per i professionisti sanitari appartenenti al personale del comparto, una deroga al regime delle incompatibilità, consentendo loro di svolgere ulteriori attività professionali al di fuori dell'orario di servizio;

la disciplina in esame, introdotta in via temporanea, è stata da ultimo estesa fino al 31 dicembre 2027, grazie all'approvazione, nel corso dell'esame parlamentare del decreto-legge n. 200 del 2025 (cosiddetto « Milleproroghe »), dell'emendamento 5.45 presentato dal Gruppo Lega-Salvini Premier;

la proroga disposta sino al 31 dicembre 2027 ha garantito continuità alla disciplina e un ulteriore periodo utile per valutarne gli effetti, ma non ha superato il carattere provvisorio dell'attuale assetto, che continua a determinare una situazione di incertezza per i professionisti interessati e per le stesse amministrazioni sanitarie;

il superamento strutturale del regime delle incompatibilità può contribuire a valorizzare le competenze professionali, incrementare l'attrattività del lavoro nel Servizio sanitario nazionale, contrastare la perdita di professionalità verso il settore privato e ampliare la capacità complessiva di risposta ai bisogni di salute;

nella seduta del 1° aprile 2026, con l'approvazione della mozione n. 1-00562, la Camera ha impegnato il Governo a valutare l'adozione di iniziative, anche normative, volte a rendere strutturale il superamento del vincolo di esclusività per il personale del comparto del Servizio sanitario nazionale,

impegna il Governo

ad accompagnare le misure recate dal provvedimento in esame con ulteriori iniziative, anche normative, volte a rendere permanente e strutturale il superamento del regime delle incompatibilità per i professionisti sanitari di cui all'articolo 1 della legge 1° febbraio 2006, n. 43, appartenenti al personale del comparto sanità, consentendo loro di svolgere ulteriori attività professionali al di fuori dell'orario di servizio, tenuto conto dell'impegno già assunto con l'approvazione della citata mozione n. 1-00562 del 1° aprile 2026.

9/2700-A/**1**. Loizzo, Giagoni.

La Camera,

premesso che:

il disegno di legge in esame delega il Governo ad avviare un processo di revisione del sistema delle professioni sanitarie, con particolare riferimento all'aggiornamento dei percorsi formativi e alla valorizzazione delle competenze specialistiche;

nel corso dell'esame in sede referente, la XII Commissione ha approvato l'emendamento 5.36, presentato dal Gruppo Lega-Salvini Premier, volto a valorizzare la professione sanitaria di psicologo, in particolare nell'ambito dei percorsi assistenziali oncologici, mediante la razionalizzazione e l'aggiornamento dell'attuale assetto dei percorsi formativi;

il supporto psicologico costituisce una componente importante della presa in carico multidisciplinare dei pazienti oncologici, contribuendo ad affrontare le conseguenze emotive e psicologiche della malattia, a sostenere l'aderenza ai percorsi terapeutici e a migliorare la qualità della vita dei pazienti e dei loro familiari;

l'assistenza psicologica in ambito oncologico richiede competenze specifiche, correlate alla complessità dei percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione, nonché alla necessità di assicurare un'adeguata integrazione tra le diverse figure professionali coinvolte nella presa in carico;

il riordino dei percorsi formativi e delle specializzazioni sanitarie previsto dal disegno di legge rappresenta un'importante occasione per valorizzare tali competenze e favorire la definizione di percorsi formativi specificamente orientati alla psiconcologia,

impegna il Governo

a prevedere, in sede di attuazione della delega legislativa, di cui all'articolo 5, comma 1, lettera *b)* del provvedimento in esame, l'istituzione di uno specifico corso di specializzazione in psiconcologia ovvero l'attivazione di appositi indirizzi nell'ambito delle scuole di specializzazione di area psicologica e di area medica, ivi comprese quelle in psichiatria, al fine di favorire l'acquisizione e la valorizzazione di competenze specialistiche nell'assistenza psicologica ai pazienti oncologici e ai loro familiari.

9/2700-A/**2**. Cattoi, Loizzo, Nisini.

La Camera,

premesso che:

il disegno di legge in esame reca una delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;

nell'ambito delle professioni sanitarie, lo specialista in fisica medica e sanitaria costituisce una figura altamente specializzata, essenziale per garantire la sicurezza, la qualità e l'appropriatezza delle applicazioni delle radiazioni ionizzanti in ambito sanitario;

la direttiva 2013/59/Euratom ha individuato nel *Medical Physics Expert* il professionista di riferimento per gli aspetti di fisica delle esposizioni mediche, attribuendogli specifiche responsabilità nell'ottimizzazione, nella dosimetria, nella garanzia della qualità e nella radioprotezione del paziente;

il decreto legislativo 31 luglio 2020, n. 101, di recepimento della citata direttiva, individua nello specialista in fisica medica il professionista chiamato a svolgere le funzioni di esperto di fisica medica nelle esposizioni mediche, nell'ambito delle competenze previste dalla normativa vigente;

nel corso degli ultimi anni sono stati proposti alcuni interventi normativi volti ad estendere ad altre figure professionali competenze proprie dello specialista in fisica medica, con il rischio di generare sovrapposizioni di ruoli e incertezze applicative in un settore direttamente connesso alla sicurezza delle cure, oltre ad attribuire competenze a figure professionali che non godono di un percorso specialistico appropriato ad acquisire quelle specifiche competenze;

appare pertanto opportuno assicurare che eventuali interventi di riordino delle professioni sanitarie rispettino il principio della chiara individuazione delle competenze professionali, sulla base dei percorsi accademici precedentemente svolti, evitando duplicazioni o sovrapposizioni che possano compromettere l'efficacia del sistema di tutela della salute,

impegna il Governo

ad adottare, nell'attuazione del presente provvedimento e nell'ambito di futuri interventi normativi, ogni iniziativa utile a salvaguardare le competenze proprie dello specialista in fisica medica, nel rispetto della direttiva 2013/59/Euratom e del decreto legislativo 31 luglio 2020, n. 101, evitando sovrapposizioni di attribuzioni con altre figure professionali e garantendo la piena tutela della sicurezza del paziente e della qualità delle prestazioni sanitarie.

9/2700-A/**3**. Giagoni, Loizzo.

La Camera,

premesso che:

il disegno di legge in esame delega il Governo ad avviare un processo di revisione del sistema delle professioni sanitarie, anche attraverso il riordino e l'aggiornamento dei relativi percorsi formativi e delle specializzazioni di area sanitaria;

tale processo di revisione rappresenta un'importante occasione per adeguare la formazione specialistica all'evoluzione delle conoscenze scientifiche e delle pratiche cliniche, valorizzando le competenze professionali richieste nei settori assistenziali caratterizzati da una crescente complessità, tra i quali rientra quello della chirurgia senologica;

il carcinoma mammario rappresenta la neoplasia più frequentemente diagnosticata nella popolazione femminile e richiede percorsi di diagnosi e cura altamente specializzati, fondati sull'integrazione di competenze multidisciplinari;

le unità multidisciplinari di senologia, cosiddette *Breast Unit*, costituiscono un modello organizzativo fondamentale per assicurare una presa in carico appropriata delle pazienti, nell'ambito del quale il chirurgo senologo svolge un ruolo centrale;

nonostante la crescente complessità degli interventi e delle tecniche chirurgiche impiegate nel trattamento delle patologie mammarie, l'attuale ordinamento della formazione specialistica non prevede uno specifico indirizzo in chirurgia senologica nell'ambito delle scuole di specializzazione in chirurgia generale;

l'introduzione di un percorso formativo strutturato e riconosciuto a livello nazionale consentirebbe di assicurare una preparazione specialistica adeguata alle esigenze delle pazienti e agli *standard* europei, favorendo altresì l'omogeneità della qualità delle prestazioni erogate sul territorio nazionale;

nella seduta del 29 luglio 2025, il Governo ha accolto l'ordine del giorno n. 9/2526/27, presentato dalla prima firmataria del presente ordine del giorno, assumendo l'impegno a valutare l'istituzione di un percorso formativo in chirurgia senologica,

impegna il Governo

a prevedere, in sede di attuazione della delega legislativa, l'istituzione di uno specifico indirizzo in chirurgia senologica nell'ambito delle scuole di specializzazione in chirurgia generale, anche attraverso l'articolazione del percorso formativo in un tronco comune e in una successiva fase di formazione specialistica in chirurgia senologica, dando così seguito all'impegno assunto con l'accoglimento dell'ordine del giorno n. 9/2526/27 del 29 luglio 2025.

9/2700-A/**4**. Nisini, Cattoi, Loizzo.

La Camera,

premesso che:

il disegno di legge in esame reca una delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;

nello specifico l'articolo 2 reca princìpi e criteri direttivi generali che il Governo osserva nell'esercizio della delega, mentre le norme all'articolo 3, modificate nel corso dell'esame in sede referente, individuano princìpi e criteri direttivi specifici che il Governo osserva nell'esercizio della delega per rafforzare l'attrattività del Servizio sanitario nazionale;

considerata la necessità di superare le conseguenze disciplinari legate a condotte di professionisti sanitari che, durante l'emergenza COVID-19 e nel periodo degli obblighi vaccinali, hanno contestato le scelte di sanità pubblica di quel periodo, nonché considerata la necessità di tutelare l'autonomia professionale, la libertà di manifestazione del pensiero e di critica scientifica e di superare le conseguenze disciplinari derivanti da tali condotte,

impegna il Governo

ad adottare, in sede di attuazione del presente provvedimento e nell'ambito di futuri interventi normativi, ogni iniziativa, per quanto di competenza, utile a:

non considerare illecito disciplinare (salvo dolo o colpa grave) le condotte dei sanitari, durante l'emergenza COVID-19 e in vigenza degli obblighi vaccinali di cui al decreto-legge 1 aprile 2021, n. 44, consistenti in:

a) scelte diagnostiche o terapeutiche difformi dalle indicazioni ministeriali, ma motivate sulla base delle condizioni del singolo paziente;

b) critiche, riserve o contestazioni motivate all'obbligo vaccinale anti-SARS-CoV-2 e alle relative sanzioni, espresse in ambito professionale, scientifico o divulgativo, nell'esercizio della libertà di manifestazione del pensiero e di critica scientifica nonché nel rispetto della dignità delle persone e senza diffondere consapevolmente informazioni false;

determinare l'archiviazione d'ufficio, da parte degli Ordini o degli organi disciplinari competenti, dei procedimenti ancora aperti aventi esclusivamente ad oggetto le condotte di cui al punto 1);

determinare l'estinzione e la cessazione degli effetti dei provvedimenti già inflitti

per le stesse condotte e impugnati, alla data di entrata in vigore della legge, davanti alla Commissione centrale per le professioni sanitarie;

prevedere che, entro 30 giorni dall'entrata in vigore della legge, gli Ordini cancellino dagli albi e dagli archivi ogni annotazione relativa a quei procedimenti e provvedimenti, senza necessità di alcuna istanza di reiscrizione all'interessato;

mantenere ferme, in ogni caso, la responsabilità disciplinare, civile e penale per condotte dolose o gravemente colpose e per gli altri illeciti non coperti dal punto 1).

9/2700-A/**5**. Buonguerrieri.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame reca disposizioni in materia di professioni sanitarie, con particolare riferimento alla valorizzazione delle competenze professionali, all'efficienza nell'organizzazione delle attività sanitarie e alla tutela della sicurezza delle prestazioni;

il decreto legislativo 31 luglio 2020, n. 101, disciplina la protezione dai rischi derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti, prevedendo specifiche disposizioni relative ai servizi di dosimetria individuale e ai controlli di qualità delle attrezzature medico-radiologiche;

in particolare l'articolo 155, comma 3, del citato decreto legislativo 31 luglio 2020, n. 101, demanda a uno o più decreti del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute e sentiti gli altri soggetti istituzionali competenti, la definizione delle modalità per il riconoscimento dell'idoneità dei soggetti che svolgono attività di dosimetria individuale e degli organismi di misura;

il successivo comma 3-*bis* del medesimo articolo individua già puntualmente i requisiti minimi che i servizi di dosimetria e gli organismi di misura riconosciuti idonei sono tenuti a garantire, con particolare riferimento all'organizzazione, alle competenze del personale, all'affidabilità delle misurazioni e alla qualità delle prestazioni;

la mancata adozione dei predetti decreti attuativi impedisce la piena operatività del sistema di riconoscimento previsto dalla normativa vigente, determinando il protrarsi di un regime transitorio che non assicura la compiuta applicazione dei requisiti minimi già stabiliti dal legislatore, né la garanzia d'adozione dei più elevati *standard* di affidabilità e sicurezza in un contesto, quale quello dell'esposizione alle radiazioni ionizzanti, particolarmente critico per operatori e popolazione civile;

l'articolo 163 del citato decreto legislativo disciplina le verifiche e i controlli sulle attrezzature medico-radiologiche, attribuendo allo specialista in fisica medica specifiche competenze e responsabilità nell'ambito delle attività di garanzia della qualità e di controllo delle apparecchiature;

alcune delle attività previste dal medesimo articolo presentano carattere prevalentemente tecnico ed esecutivo e possono essere svolte, nel rispetto delle necessarie garanzie di sicurezza, anche da personale appositamente individuato e adeguatamente formato, purché operante sotto la responsabilità dello specialista in fisica medica e sulla base di direttive, protocolli e procedure scritte predisposti da quest'ultimo;

tale possibilità consentirebbe di razionalizzare l'impiego delle competenze professionali, valorizzando il ruolo dello specialista in fisica medica nelle attività a maggiore contenuto tecnico-scientifico e assicurando, al contempo, una più efficace e tempestiva esecuzione dei controlli di qualità, anche presso le strutture sanitarie esterne al Servizio sanitario nazionale;

i suddetti interventi potrebbero contribuire a migliorare l'efficacia applicativa della disciplina vigente, senza alterare l'attuale assetto delle responsabilità professio-

nali e senza determinare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica,

impegna il Governo

ad adottare, in sede di attuazione del presente provvedimento e nell'ambito di futuri interventi normativi, ogni iniziativa di competenza, utile a:

provvedere, con la massima tempestività, all'emanazione dei decreti attuativi previsti dall'articolo 155, comma 3, del decreto legislativo 31 luglio 2020, n. 101, al fine di rendere pienamente operativa la disciplina relativa al riconoscimento dell'idoneità dei soggetti che svolgono attività di dosimetria individuale e degli organismi di misura, assicurando l'effettiva applicazione dei requisiti minimi già previsti dal comma 3-*bis* del medesimo articolo, a tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori e della popolazione esposti alle radiazioni ionizzanti;

modificare l'articolo 163, comma 7, del citato decreto legislativo 31 luglio 2020, n. 101, al fine di consentire che le prove di controllo delle attrezzature medico-radiologiche di cui al comma 3, lettera *b)*, del medesimo articolo possano essere effettuate, oltre che dallo specialista in fisica medica, anche da personale appositamente individuato da quest'ultimo, ancorché non in possesso dei titoli di cui all'articolo 7, comma 1, punto 148), purché operante sotto la sua responsabilità e secondo le direttive, procedure scritte e protocolli di esecuzione predisposti dal medesimo, fermo restando l'attuale assetto delle responsabilità professionali e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

9/2700-A/**6**. Squeri.

La Camera,

premesso che:

il disegno di legge in esame reca una delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;

la diffusione della cultura del movimento, dello sport e di corretti stili di vita costituisce uno strumento per contrastare l'obesità e il decadimento fisiologico della popolazione e determina, al contempo, una drastica riduzione della spesa sanitaria pubblica;

il decreto legislativo 28 febbraio 2021, n. 36, recante l'attuazione dell'articolo 5 della legge 8 agosto 2019, n. 86, ossia il riordino e la riforma delle disposizioni in materia di enti sportivi professionistici e dilettantistici, nonché di lavoro sportivo, ha formalmente introdotto e riconosciuto nell'ordinamento nazionale le figure professionali sportive del Chinesiologo di base (ancorato alla classe di laurea triennale L-22) e del Chinesiologo delle attività motorie preventive ed adattate (AMPA, ancorato alla classe di laurea magistrale LM-67),

impegna il Governo

ad accompagnare le misure recate dal provvedimento in esame, valutando l'opportunità di promuovere un tavolo di confronto con il coinvolgimento del Ministero dell'università e della ricerca e del Ministero per lo sport e i giovani volto a definire i requisiti e la disciplina di tali figure professionali.

9/2700-A/**7**. Frijia.

La Camera,

premesso che:

il disegno di legge in esame reca una delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;

nello specifico l'articolo 4 del provvedimento contiene norme volte alla razionalizzazione e all'aggiornamento della disciplina delle figure ausiliarie delle professioni sanitarie, fermo restando l'inquadramento delle stesse figure secondo la normativa vigente,

impegna il Governo

ad accompagnare le misure recate dal provvedimento in esame, valutando l'opportu-

nità di promuovere un tavolo con il coinvolgimento del Ministero della salute volto a definire in modo univoco il quadro di attività relative al massofisioterapista, tracciandone chiaramente l'ambito di competenza come figura ausiliaria all'interno del sistema sanitario e quello del benessere ma sempre entro il perimetro della normativa vigente.

9/2700-A/**8**. Maccari.

La Camera,

premesso che:

la medicina e le cure palliative costituiscono una componente essenziale dell'assistenza sanitaria, in particolare nella presa in carico delle persone affette da patologie croniche avanzate, malattie progressive e condizioni caratterizzate da elevata complessità clinica e assistenziale;

l'evoluzione epidemiologica, l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie cronico-degenerative rendono sempre più necessario un approccio interdisciplinare, capace di integrare le competenze delle diverse specialità mediche e di garantire continuità assistenziale, appropriatezza delle cure e attenzione globale ai bisogni della persona;

lo specialista in Medicina e Cure Palliative acquisisce competenze cliniche, relazionali e organizzative utili non soltanto nell'ambito degli *hospice* e dell'assistenza domiciliare, ma anche nella gestione ospedaliera dei pazienti con malattia avanzata e bisogni assistenziali complessi;

la piena valorizzazione di tali competenze rappresenta un obiettivo rilevante per il Servizio sanitario nazionale, sia sotto il profilo della qualità dell'assistenza sia per quanto riguarda l'attrattività della formazione specialistica e le prospettive professionali dei medici che scelgono questo percorso;

i dati relativi all'anno accademico 2025/2026 riportati nella documentazione a disposizione dei presentatori indicano, a fronte di 165 posti disponibili nelle scuole di specializzazione in Medicina e Cure Palliative, 64 posti assegnati e 101 non assegnati, con un tasso di copertura pari al 38,8 per cento; tale situazione evidenzia l'opportunità di intervenire sulle condizioni che possono contribuire a rendere maggiormente attrattivo il percorso formativo e professionale;

l'ampliamento delle opportunità di impiego degli specialisti deve essere perseguito attraverso il riconoscimento delle competenze effettivamente acquisite, una coerente revisione dell'ordinamento delle specialità e l'individuazione di percorsi di collaborazione con le altre discipline cliniche, nel rispetto dei requisiti professionali richiesti per le specifiche funzioni assistenziali;

la medicina della complessità costituisce un ambito di crescente rilevanza, in quanto orientato alla presa in carico integrata dei pazienti caratterizzati da multimorbilità, fragilità e bisogni clinico-assistenziali articolati, per i quali risulta particolarmente importante il coordinamento tra i diversi professionisti e servizi sanitari;

nei grandi ospedali, l'integrazione precoce delle cure palliative nei percorsi assistenziali può favorire una migliore gestione dei sintomi, il sostegno al paziente e alla famiglia, la continuità delle cure e una più appropriata pianificazione degli interventi, in collaborazione con le *équipe* curanti;

appare pertanto opportuno promuovere modelli organizzativi che riconoscano la funzione trasversale della Medicina e Cure Palliative, attraverso unità dedicate alla medicina della complessità e specifiche funzioni di consulenza nei reparti caratterizzati da un'elevata prevalenza di pazienti con malattia avanzata;

le misure di valorizzazione professionale e di riorganizzazione assistenziale devono essere definite in coerenza con la programmazione sanitaria e con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, senza nuovi o

maggiori oneri a carico della finanza pubblica,

impegna il Governo

ad adottare, in sede di attuazione del presente provvedimento e nell'ambito di futuri interventi normativi, ogni iniziativa di competenza, utile a:

adottare, nel rispetto della normativa vigente, iniziative volte a valorizzare la specializzazione in Medicina e Cure Palliative, riconoscendone le competenze cliniche interdisciplinari nella presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche avanzate e caratterizzati da elevata complessità clinico-assistenziale;

valutare la revisione e l'ampliamento delle equipollenze della specializzazione in Medicina e Cure Palliative, anche ai fini dell'accesso alle procedure concorsuali del Servizio sanitario nazionale, con particolare riferimento alle discipline della medicina interna, della geriatria, della medicina di comunità e delle cure primarie e dell'oncologia medica, in relazione alle competenze professionali richieste e alle specifiche funzioni assistenziali da svolgere;

valutare l'individuazione di una specifica categoria di specialità affini nell'ambito della medicina della complessità, che consenta di riconoscere, sulla base di criteri clinici, formativi e professionali definiti, l'affinità tra la specializzazione in Medicina e Cure Palliative e altre discipline cliniche, al fine di valorizzare le competenze trasversali nella gestione delle patologie croniche avanzate e dei pazienti con bisogni assistenziali complessi;

promuovere, d'intesa con le amministrazioni competenti e nell'ambito della programmazione sanitaria, modelli organizzativi per l'istituzione, nei grandi ospedali, di Unità di Medicina della Complessità e Cure Palliative, con funzioni di supporto interdisciplinare ai reparti e di presa in carico integrata dei pazienti con malattia avanzata e bisogni clinico-assistenziali complessi;

favorire la previsione di specifiche funzioni di consulenza palliativa nei reparti ospedalieri caratterizzati da un'elevata prevalenza di pazienti con malattia avanzata, al fine di promuovere l'intervento precoce degli specialisti in Medicina e Cure Palliative, l'integrazione delle competenze specialistiche e la continuità dei percorsi assistenziali;

promuovere l'integrazione della Medicina e Cure Palliative nei percorsi ospedalieri di cura, rafforzando la collaborazione tra specialisti, *équipe* assistenziali, servizi territoriali e reti di cure palliative, affinché la presa in carico dei bisogni palliativi possa avvenire tempestivamente e in modo appropriato, in coerenza con le condizioni cliniche e le esigenze della persona assistita;

valutare, nell'ambito delle iniziative di programmazione e monitoraggio della formazione sanitaria specialistica, le ragioni della ridotta copertura dei posti disponibili nelle scuole di specializzazione in Medicina e Cure Palliative e a individuare le misure ordinamentali e organizzative idonee a rafforzarne l'attrattività e a valorizzare le prospettive professionali degli specialisti formati;

dare attuazione alle eventuali misure organizzative nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e senza automatismi nell'istituzione di nuovi posti in organico o di incarichi remunerati; qualora si rendessero necessarie misure comportanti ulteriori oneri, a valutarne preventivamente la quantificazione e la relativa copertura finanziaria, nel rispetto della normativa vigente.

9/2700-A/**9**. Cesa.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame reca la delega al Governo per la rimodulazione del sistema delle professioni sanitarie, sotto il profilo sia formativo sia ordinamentale, al fine di renderlo più efficiente, attrattivo e

adeguato all'evoluzione scientifica e tecnologica;

in particolare, prevede, tra i princìpi e criteri direttivi specifici, l'attualizzazione delle competenze professionali rispetto all'evoluzione dei bisogni sanitari della popolazione e la promozione di un sistema nazionale di certificazione delle competenze, nonché la revisione della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie, di cui alla legge 11 gennaio 2018, n. 3, valorizzandone il ruolo di organi sussidiari dello Stato;

l'articolo 3 del provvedimento in esame reca princìpi e criteri direttivi specifici di delega per la definizione di misure relative al personale sanitario, prevedendo altresì il riordino delle specializzazioni della professione di psicologo;

la medicina estetica è un settore in costante crescita, che comprende prestazioni di carattere medico, diagnostiche e terapeutiche non chirurgiche, volte al miglioramento dell'aspetto fisico e, conseguentemente, al benessere psicofisico della persona;

il progressivo sviluppo di tale settore rende necessario assicurare elevati *standard* di sicurezza, appropriatezza delle prestazioni e qualificazione professionale degli operatori, a tutela della salute dei cittadini a partire dalla formazione specifica e dall'esperienza professionale che costituiscono elementi essenziali per garantire la qualità delle prestazioni, anche in relazione all'evoluzione delle tecniche utilizzate e dei dispositivi impiegati;

la mancanza di garanzie espone i pazienti a rischi significativi per la salute quando i trattamenti sono eseguiti da soggetti privi di un'adeguata formazione ma l'ordinamento vigente non reca una disciplina organica di tale ambito, né un percorso formativo uniforme a livello nazionale, né strumenti di pubblicità che consentano ai cittadini di individuare i professionisti effettivamente qualificati;

appare quindi opportuno promuovere criteri omogenei sul territorio nazionale per l'individuazione dei requisiti formativi e professionali necessari all'esercizio qualificato di tali attività, valorizzando il ruolo delle università, degli Ordini professionali e delle società scientifiche accreditate;

sarebbe auspicabile, a tutela della qualità e della sicurezza delle cure, un intervento uniforme sull'intero territorio nazionale che valorizzi il ruolo degli ordini professionali e la qualificazione formativa dei medici,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di accompagnare le misure recate dall'articolo 3 del provvedimento in esame con ulteriori iniziative normative volte a prevedere una disciplina organica della medicina estetica che:

definisca criteri omogenei per la qualificazione professionale dei medici che esercitano attività di medicina estetica, valorizzando percorsi formativi strutturati, comprensivi di adeguata formazione pratica;

istituisca, presso gli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, registri provinciali dei medici di medicina estetica, con verifica del possesso dei requisiti da parte di un'apposita commissione costituita in seno all'ordine, e ne preveda la confluenza in un registro nazionale, pubblicato sul sito istituzionale della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri e consultabile dai cittadini;

stabilisca i requisiti formativi per l'iscrizione ai registri, individuandoli nel master universitario di secondo livello biennale in medicina estetica, con frequenza esclusivamente in presenza e parte pratica su paziente svolta dal discente; nel diploma di formazione quadriennale in presenza, rilasciato da una scuola post-universitaria il cui programma sia validato da una società scientifica accreditata presso il Ministero della salute; nel diploma di specializzazione medico-chirurgica che preveda uno specifico insegnamento di medicina estetica; nonché, per i medici che già esercitano l'attività, nella comprovata esperienza di

almeno sette anni nel settore unita alla partecipazione a un apposito corso;

demandi la definizione dei programmi formativi a decreti del Ministro dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, previo accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

sia attuata senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, in coerenza con quanto previsto dal provvedimento in esame.

9/2700-A/**10**. Patriarca, Ciocchetti, Loizzo.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame recante « Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie », si pone l'obiettivo di procedere a una revisione organica del sistema delle professioni sanitarie, al fine di renderlo maggiormente rispondente all'evoluzione scientifica, tecnologica e organizzativa del Servizio sanitario nazionale, anche attraverso la valorizzazione delle competenze professionali e il riconoscimento di nuovi fabbisogni assistenziali;

nell'ambito del processo di riordino e aggiornamento delle professioni sanitarie previsto dal provvedimento in esame, assume particolare rilievo la questione concernente il riconoscimento della qualificazione professionale dell'attività odontotecnica, anche in considerazione dell'evoluzione delle competenze tecniche, scientifiche e tecnologiche maturate nel settore;

l'aspirazione a ricondurre dal punto di vista giuridico il profilo professionale dell'odontotecnico nel campo delle professioni sanitarie *ex lege* riconosciute è giunta ad un passo dal formale perfezionamento, in virtù dell'iniziativa esperita dalle principali associazioni di categoria della predetta area professionale;

ad esito di un rilevantissimo pronunciamento del supremo consesso della giustizia amministrativa (Cons. St., Sez. III, 30 gennaio 2024, n. 932), il Consiglio di Stato, nel riformare la sentenza del TAR Lazio n. 2891 del 14 marzo 2022, ha ribaltato la tesi della sovrapposizione o parcellizzazione delle figure dell'odontotecnico e dell'odontoiatra, per cui l'odontotecnica può essere considerata a tutti gli effetti una professione sanitaria a sé stante dal momento che l'ambito competenziale dell'odontotecnica, tracciato dall'articolo 11 del regio decreto n. 1334/1928, delinea una *expertise* (« costruire apparecchi di protesi dentaria ») concettualmente distinta e autonoma rispetto a quelle dell'esercente la professione odontoiatrica;

nonostante la surricordata pronuncia del Consiglio di Stato, cui il Ministero della salute è stato chiamato a dare materiale esecuzione, l'ex Direzione generale delle professioni sanitarie ha sin qui omesso di richiedere il parere tecnico-scientifico al Consiglio superiore di sanità, così come prescritto dall'articolo 5, comma 2, della legge n. 43 del 2006;

posto che l'acquisizione di detto parere costituisce un atto doveroso che la legge impone di compiere, giacché propedeutico alla stipula di accordi da sancire in sede di Conferenza Stato-regioni,

impegna il Governo

ad accompagnare le misure recate dall'articolo 4 del provvedimento in esame, con ogni iniziativa di competenza utile ad agevolare l'*iter* procedimentale di riesame dell'istanza di riconoscimento della qualificazione professionale dell'attività odontotecnica, così da concludere l'istruttoria ed includere la professione di odontotecnico nel novero delle nuove professioni sanitarie.

9/2700-A/**11**. Malavasi.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame reca una delega al Governo finalizzata alla revisione

dell'assetto delle professioni sanitarie, con l'obiettivo dichiarato di rafforzare il Servizio sanitario nazionale, valorizzare le competenze professionali e rispondere ai nuovi bisogni di salute della popolazione;

il Servizio sanitario nazionale attraversa una fase di grave criticità determinata dalla persistente carenza di personale medico, sanitario e sociosanitario, dall'aumento dei carichi di lavoro, dalla difficoltà di garantire il ricambio generazionale e dalla crescente perdita di attrattività delle professioni sanitarie;

tale situazione rischia di compromettere la qualità, l'universalità e l'equità dell'assistenza sanitaria, incidendo negativamente sia sulle condizioni di lavoro degli operatori sia sulla capacità del sistema di garantire livelli essenziali di assistenza uniformi su tutto il territorio nazionale;

appare necessario riconoscere il personale sanitario e sociosanitario quale risorsa strategica del Servizio sanitario nazionale, valorizzandone il ruolo professionale, le competenze specialistiche, l'autonomia e il contributo essenziale all'organizzazione dei servizi e alla presa in carico delle persone assistite;

il provvedimento in esame, pur intervenendo su aspetti rilevanti dell'ordinamento delle professioni sanitarie, non affronta in maniera pienamente organica e strutturale il tema della partecipazione delle professioni sanitarie ai processi decisionali, di programmazione e di valutazione delle politiche sanitarie;

una più ampia partecipazione degli operatori sanitari ai livelli organizzativi, programmatori e valutativi del Servizio sanitario nazionale rappresenta una condizione indispensabile per migliorare l'efficacia delle politiche pubbliche, l'appropriatezza delle prestazioni e la qualità dell'assistenza erogata ai cittadini,

impegna il Governo

a promuovere, nell'ambito dell'attuazione della delega oggetto del provvedimento in esame e dei successivi provvedimenti di riforma del Servizio sanitario nazionale, iniziative normative volte a rafforzare la valorizzazione del personale medico, sanitario e sociosanitario, garantendo forme strutturate, permanenti e trasparenti di partecipazione e coinvolgimento delle professioni sanitarie nei processi di programmazione, organizzazione, monitoraggio e valutazione delle politiche della salute, anche attraverso strumenti di concertazione istituzionale, al fine di riconoscerne pienamente competenze, autonomia professionale e ruolo strategico nella tutela del diritto alla salute.

9/2700-A/**12**. Stumpo.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame recante « Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie », attribuisce al Governo ampie deleghe legislative destinate a incidere profondamente sull'organizzazione del Servizio sanitario nazionale, sulla disciplina delle professioni sanitarie, sui percorsi formativi, sulle condizioni di lavoro e sul regime della responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;

in particolare, il provvedimento interviene su aspetti centrali per il personale sanitario, quali: l'utilizzo di forme di lavoro flessibile e il coinvolgimento degli specializzandi nel Servizio sanitario nazionale; l'introduzione di misure organizzative e incentivi per il personale operante nelle aree disagiate; la revisione dei percorsi di formazione specialistica e delle competenze professionali; la definizione di sistemi di valutazione delle prestazioni e di meccanismi premiali; il riordino degli ordini professionali sanitari e la disciplina della responsabilità civile e penale degli esercenti le professioni sanitarie;

si tratta di ambiti che incidono direttamente sulle condizioni lavorative, sulla qualità dell'assistenza, sulla sicurezza degli operatori sanitari e sull'attrattività del Ser-

vizio sanitario nazionale, anche alla luce delle criticità richiamate nella relazione illustrativa del provvedimento, relative alla carenza di personale, alla disomogeneità territoriale dei servizi e al crescente fenomeno dell'abbandono del sistema pubblico;

il coinvolgimento delle organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative costituisce elemento essenziale per garantire l'efficacia delle riforme, valorizzare il contributo dei professionisti sanitari e assicurare un equilibrato contemperamento tra esigenze organizzative, tutela del lavoro e qualità dell'assistenza;

appare pertanto necessario rafforzare gli strumenti di partecipazione e confronto istituzionale nella fase di predisposizione dei decreti legislativi attuativi e dei successivi interventi normativi in materia sanitaria,

impegna il Governo

a garantire, nella predisposizione dei decreti legislativi attuativi del provvedimento in esame e nei successivi interventi normativi riguardanti il personale del Servizio sanitario nazionale, il preventivo coinvolgimento delle organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale, attraverso forme strutturate di consultazione e confronto, al fine di assicurare una più efficace attuazione della riforma, la tutela delle professionalità sanitarie e il miglioramento della qualità dei servizi erogati ai cittadini.

9/2700-A/**13**. Scotto.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame, recante « Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie », individua tra le principali criticità del Servizio sanitario nazionale la carenza di personale sanitario, la distribuzione non omogenea dei professionisti sul territorio e le diseguaglianze territoriali nella fruizione delle prestazioni sanitarie;

la relazione illustrativa evidenzia come tali criticità incidano negativamente sulla capacità del Servizio sanitario nazionale di garantire in maniera uniforme i livelli essenziali di assistenza, con particolare riferimento alle aree interne, disagiate, periferiche e insulari;

il disegno di legge richiama inoltre la necessità di rafforzare l'attrattività del Servizio sanitario nazionale, contrastare il crescente abbandono del sistema pubblico da parte dei professionisti sanitari e promuovere una più efficace programmazione del fabbisogno di personale;

persistono tuttavia profonde disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi sanitari, che si manifestano attraverso l'aumento delle liste d'attesa, la riduzione dell'offerta sanitaria pubblica, la crescente mobilità sanitaria tra regioni e il progressivo ricorso alla sanità privata da parte dei cittadini;

la carenza di personale medico, infermieristico e sanitario, aggravata dal sottofinanziamento del Servizio sanitario nazionale, rischia di compromettere il pieno esercizio del diritto alla salute di cui all'articolo 32 della Costituzione e l'effettiva garanzia dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio nazionale;

appare pertanto necessario accompagnare gli interventi di riordino delle professioni sanitarie previsti dal provvedimento con adeguate misure finanziarie e organizzative volte a rafforzare strutturalmente il Servizio sanitario nazionale,

impegna il Governo

ad accompagnare le misure recate dal provvedimento in esame, con l'adozione di ulteriori iniziative urgenti finalizzate a garantire l'effettiva uniformità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio nazionale, attraverso un adeguato finanziamento del Fondo sanitario nazionale, il rafforzamento della sanità pubblica territoriale e ospedaliera e la pre-

disposizione di un piano straordinario di assunzioni del personale sanitario, con particolare attenzione alle aree caratterizzate da maggiore carenza di servizi e di professionisti.

9/2700-A/**14**. Furfaro.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame, recante « Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie », interviene in modo organico sulla riforma delle professioni sanitarie, con particolare riferimento alla revisione dei percorsi formativi, alla valorizzazione delle competenze professionali, al potenziamento del Servizio sanitario nazionale e al riordino degli assetti ordinistici e organizzativi;

il provvedimento riconosce espressamente la necessità di far fronte alla crescente carenza di personale sanitario, alla disomogenea distribuzione delle risorse umane sul territorio e alle difficoltà strutturali che incidono sulla capacità del Servizio sanitario nazionale di garantire in modo uniforme i livelli essenziali di assistenza;

in tale contesto, la figura dell'infermiere riveste un ruolo centrale e insostituibile nell'erogazione delle cure e nella tenuta complessiva dei servizi sanitari, soprattutto nell'ambito dell'assistenza territoriale, dell'emergenza-urgenza e della gestione delle cronicità, settori che risultano particolarmente sollecitati dalle trasformazioni demografiche ed epidemiologiche in atto;

nonostante ciò, il Servizio sanitario nazionale registra una crescente e strutturale carenza di personale infermieristico, aggravata da condizioni di lavoro spesso gravose, da carichi assistenziali elevati e da livelli retributivi e di riconoscimento professionale non sempre adeguati rispetto alla media europea, con conseguente rischio di riduzione dell'attrattività della professione e di progressivo depauperamento del capitale umano;

la stessa relazione illustrativa del provvedimento richiama la necessità di rafforzare l'attrattività del Servizio sanitario nazionale e di valorizzare le diverse professioni sanitarie, anche attraverso l'aggiornamento delle competenze e la definizione di percorsi formativi coerenti con l'evoluzione dei bisogni di salute e delle innovazioni scientifiche e tecnologiche;

la mancata piena valorizzazione della professione infermieristica, anche in termini di autonomia, competenze avanzate e riconoscimento economico e organizzativo, rischia di compromettere la qualità e la continuità dell'assistenza, nonché la capacità del sistema sanitario di rispondere efficacemente alla domanda di salute dei cittadini,

impegna il Governo

ad adottare, nell'ambito dell'attuazione della delega e della più ampia riforma delle professioni sanitarie, iniziative normative volte alla revisione della disciplina della professione infermieristica, con particolare riferimento al riconoscimento e allo sviluppo delle competenze avanzate, al rafforzamento dell'autonomia professionale, alla valorizzazione economica e contrattuale del personale infermieristico e al miglioramento delle condizioni organizzative e lavorative, al fine di garantire la piena funzionalità del Servizio sanitario nazionale e la qualità dell'assistenza erogata.

9/2700-A/**15**. Ferrari.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame, recante « Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie », muove dalla constatazione di una crescente criticità strutturale del Servizio sanitario nazionale, rap-

presentata in particolare dalla carenza di personale sanitario, dalla disomogenea distribuzione delle risorse umane sul territorio e dalla difficoltà di garantire in modo uniforme i livelli essenziali di assistenza;

la relazione illustrativa del provvedimento evidenzia la necessità di rafforzare la programmazione del fabbisogno formativo e professionale, al fine di assicurare un numero adeguato di professionisti sanitari, con competenze aggiornate e coerenti con l'evoluzione scientifica, tecnologica e organizzativa del sistema sanitario;

il disegno di legge interviene altresì sul tema dell'attrattività del Servizio sanitario nazionale e sul fenomeno del progressivo abbandono del sistema pubblico da parte degli operatori sanitari, anche a causa di condizioni di lavoro non sempre sostenibili e di una programmazione del personale non sufficientemente strutturata e continuativa;

in tale contesto, la carenza di medici, infermieri e operatori sociosanitari sta determinando un progressivo incremento dei carichi di lavoro, un aggravamento delle liste d'attesa e una riduzione della capacità complessiva del sistema di garantire in modo tempestivo e uniforme le prestazioni sanitarie;

appare pertanto necessario rafforzare gli strumenti di programmazione strategica delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale, in coerenza con gli obiettivi di riordino e potenziamento delle professioni sanitarie delineati dalla riforma,

impegna il Governo

a predisporre, nell'ambito dell'attuazione della delega e della più ampia riforma del Servizio sanitario nazionale, in raccordo con le regioni e le amministrazioni competenti, un piano nazionale pluriennale delle risorse umane sanitarie fondato su indicatori oggettivi relativi alla densità del personale sanitario, alla permanenza in servizio, al benessere organizzativo, alla sostenibilità dei carichi di lavoro e ai fabbisogni assistenziali territoriali, al fine di garantire una programmazione strutturale e continuativa delle risorse umane e il pieno rispetto dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio nazionale.

9/2700-A/**16**. Vaccari.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame, recante « Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie », si inserisce in un contesto caratterizzato da profonde criticità del Servizio sanitario nazionale, tra cui la carenza strutturale di personale sanitario, la disomogenea distribuzione degli organici sul territorio e le crescenti difficoltà organizzative delle strutture sanitarie e sociosanitarie;

la relazione illustrativa del provvedimento evidenzia come tali criticità incidano direttamente sulla capacità del sistema di garantire i livelli essenziali di assistenza, nonché sulla qualità e sicurezza delle prestazioni erogate, determinando un sovraccarico operativo del personale in servizio e un incremento del rischio di *burnout* e di abbandono del sistema pubblico;

il disegno di legge delega interviene altresì sul tema della valorizzazione del personale sanitario, della sicurezza degli operatori e dell'efficienza organizzativa, prevedendo misure finalizzate alla razionalizzazione delle attività amministrative, al miglioramento delle condizioni di lavoro e all'introduzione di meccanismi di valutazione delle performance anche in relazione alla qualità dell'assistenza e alla riduzione delle criticità sistemiche;

in tale quadro, il benessere organizzativo del personale sanitario costituisce un elemento imprescindibile per la tenuta del Servizio sanitario nazionale, incidendo direttamente sulla qualità delle cure, sulla sicurezza dei pazienti e sulla capacità di attrarre e mantenere le professionalità necessarie;

le attuali condizioni operative, aggravate dalla carenza di organico e dall'aumento della domanda assistenziale, rendono necessario un rafforzamento delle politiche di tutela del lavoro sanitario e l'introduzione di strumenti strutturati di monitoraggio e prevenzione del disagio lavorativo,

impegna il Governo

ad adottare, nell'ambito dell'attuazione della delega e della più ampia riforma del Servizio sanitario nazionale, iniziative volte alla definizione di *standard* minimi nazionali di dotazione organica per il personale sanitario e sociosanitario, alla garanzia di condizioni organizzative sostenibili nelle strutture pubbliche e accreditate e all'introduzione di sistemi strutturati di monitoraggio del benessere organizzativo e del rischio di stress lavoro-correlato, al fine di tutelare gli operatori e assicurare la qualità e la sicurezza delle prestazioni sanitarie.

9/2700-A/**17**. Romeo.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame, recante « Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie », interviene anche sui percorsi formativi e sull'integrazione tra formazione e attività assistenziale, nell'ambito della più ampia riorganizzazione delle professioni sanitarie e del Servizio sanitario nazionale;

il Servizio sanitario nazionale continua a fare ricorso in modo strutturale ai medici in formazione specialistica per garantire la continuità dei servizi e sopperire alle carenze di personale;

permane una condizione di incertezza giuridica e contrattuale nello *status* dei medici in formazione specialistica, che incide sulla valorizzazione del loro ruolo assistenziale e sulla chiarezza delle responsabilità esercitate;

tale condizione determina criticità sia sul piano organizzativo sia su quello della tenuta del sistema formativo e sanitario,

impegna il Governo

ad accompagnare l'intervento recato dal provvedimento in esame con ogni iniziativa di competenza atta a realizzare una riforma organica dello *status* dei medici in formazione specialistica, valorizzandone il ruolo assistenziale, definendo un inquadramento coerente con le responsabilità progressivamente assunte e superando le attuali ambiguità tra formazione e attività lavorativa, in coerenza con gli obiettivi di riordino delle professioni sanitarie.

9/2700-A/**18**. Iacono.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame, recante « Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie », muove dalla necessità di rafforzare la programmazione del fabbisogno di personale sanitario, al fine di garantire un più efficace coordinamento tra formazione, accesso alle professioni e reali esigenze del Servizio sanitario nazionale;

il provvedimento individua, tra le principali criticità del sistema, la carenza strutturale di personale sanitario e la disomogenea distribuzione delle risorse umane sul territorio, che incidono sulla capacità del sistema di garantire in modo uniforme i livelli essenziali di assistenza;

l'attuale programmazione del fabbisogno di personale sanitario risulta tuttora caratterizzata da frammentazione e da una limitata integrazione tra livello nazionale e regionale, nonché da una non sempre adeguata corrispondenza tra formazione specialistica e fabbisogni assistenziali effettivi;

tale disallineamento contribuisce a determinare carenze in specifiche disci-

pline mediche e professionali e difficoltà nella copertura dei servizi ospedalieri e territoriali, con conseguenti ripercussioni sulla continuità e sulla qualità dell'assistenza;

appare pertanto necessario rafforzare gli strumenti di pianificazione strategica delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale, in coerenza con gli obiettivi di riforma e razionalizzazione del sistema delle professioni sanitarie delineati dal provvedimento,

impegna il Governo

ad adottare ogni opportuna iniziativa atta a definire, in attuazione dei principi contenuti nella delega e nell'ambito della più ampia riforma del Servizio sanitario nazionale, un sistema nazionale strutturato e continuativo di programmazione del fabbisogno di personale sanitario e medico, pienamente integrato con le regioni e le università, che assicuri la coerenza tra i percorsi di formazione specialistica, il numero dei professionisti formati e le effettive esigenze assistenziali del Servizio sanitario nazionale, al fine di garantire la sostenibilità del sistema e l'uniforme erogazione dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio nazionale.

9/2700-A/**19**. Ciani.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame, recante « Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie », interviene tra le altre cose sulla riorganizzazione delle professioni sanitarie e sulla necessità di rafforzare l'attrattività del Servizio sanitario nazionale, con particolare attenzione alla carenza di personale e alla sua disomogenea distribuzione sul territorio;

la relazione illustrativa del provvedimento evidenzia come le criticità del sistema sanitario risultino particolarmente accentuate nelle aree interne, periferiche e disagiate, nonché nei territori insulari, dove la difficoltà di reclutamento e permanenza del personale sanitario incide direttamente sulla garanzia dei livelli essenziali di assistenza;

tale situazione determina da anni carenze croniche di organico, con effetti negativi sulla continuità assistenziale, sulla qualità dei servizi erogati e sulla stessa equità di accesso alle cure, compromettendo il principio di universalità del Servizio sanitario nazionale;

in tale contesto, il rafforzamento delle politiche di fidelizzazione e permanenza del personale sanitario costituisce un asse strategico delle finalità di riforma contenute nel provvedimento, da perseguire attraverso interventi integrati di natura organizzativa, contrattuale e formativa, nonché mediante percorsi strutturati di valorizzazione delle competenze e di sviluppo di carriera, modulati in relazione alle specifiche criticità dei diversi contesti territoriali, con particolare riferimento alle aree interne, periferiche e disagiate, al fine di garantire continuità assistenziale e omogeneità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza,

impegna il Governo

ad adottare, nell'ambito dell'attuazione della delega di cui all'articolo 3 del provvedimento in esame, misure strutturali di carattere economico, contrattuale e organizzativo finalizzate a garantire la stabilità e la permanenza del personale sanitario nelle aree disagiate, prevedendo sistemi di incentivazione permanenti, percorsi di carriera dedicati e strumenti di valorizzazione professionale, al fine di superare logiche emergenziali e frammentarie e assicurare la piena tutela del diritto alla salute su tutto il territorio nazionale.

9/2700-A/**20**. Sarracino.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame, recante « Delega al Governo in materia di profes-

sioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie », si inserisce nel più ampio processo di riforma del Servizio sanitario nazionale volto a rafforzarne la capacità di risposta ai bisogni di salute della popolazione attraverso la valorizzazione delle competenze professionali, l'adeguamento dei percorsi formativi e il potenziamento delle specializzazioni sanitarie in relazione all'evoluzione scientifica e tecnologica;

l'evoluzione delle scienze biomediche e delle tecnologie applicate alla medicina ha determinato un significativo ampliamento delle conoscenze e delle responsabilità professionali nei settori della biologia clinica, della biologia della riproduzione, dell'embriologia clinica e dell'anatomia patologica, ambiti sempre più centrali nei percorsi diagnostici, terapeutici e di medicina personalizzata;

tali discipline richiedono elevati *standard* di qualificazione professionale e percorsi formativi strutturati e coerenti con la crescente complessità delle attività di laboratorio e cliniche, nonché con le innovazioni tecnologiche che incidono in modo diretto sulla qualità e sulla sicurezza delle prestazioni sanitarie;

permane tuttavia l'esigenza di un più adeguato riconoscimento ordinamentale delle specializzazioni sanitarie innovative, al fine di rafforzare l'attrattività delle relative professioni e assicurare la disponibilità di competenze altamente qualificate all'interno del Servizio sanitario nazionale, in un contesto segnato da crescente fabbisogno di personale specializzato,

impegna il Governo

a dare concreta attuazione, nell'ambito delle deleghe di cui all'articolo 4 e 5 del provvedimento in esame, alla revisione e al potenziamento dell'assetto delle specializzazioni sanitarie nelle aree della biologia clinica, della biologia della riproduzione, dell'embriologia clinica e dell'anatomia patologica, attraverso l'istituzione e il rafforzamento di percorsi di specializzazione universitaria strutturati, organici e riconosciuti a livello nazionale, assicurando *standard* formativi uniformi ed elevati su tutto il territorio, coerenti con la crescente complessità delle attività diagnostiche e di laboratorio e con le responsabilità professionali connesse, al fine di colmare le attuali carenze di competenze specialistiche nel Servizio sanitario nazionale e garantirne la piena sostenibilità scientifica, tecnologica e organizzativa.

9/2700-A/**21**. Manzi.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame, recante « Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie », si colloca nell'ambito di un più ampio processo di riforma del Servizio sanitario nazionale finalizzato a rafforzarne l'efficienza, la sostenibilità e la capacità di risposta ai bisogni di salute della popolazione attraverso la valorizzazione delle professioni sanitarie;

il Servizio sanitario nazionale è oggi interessato da un crescente fenomeno di fuoriuscita di professionisti sanitari verso il settore privato o verso sistemi sanitari esteri, determinato da una pluralità di fattori che includono condizioni economiche, organizzative e contrattuali non sempre adeguate rispetto alla complessità, alla responsabilità e all'intensità del lavoro svolto;

tale dinamica produce effetti rilevanti sulla tenuta complessiva del sistema sanitario pubblico, aggravando le carenze di organico, aumentando le disomogeneità territoriali nell'erogazione dei servizi e incidendo sulla continuità e sulla qualità dell'assistenza;

il provvedimento in esame non affronta in modo strutturale il tema della competitività del lavoro sanitario pubblico nel contesto europeo e internazionale, con particolare riferimento alla capacità del

Servizio sanitario nazionale di trattenere e valorizzare le proprie risorse professionali,

impegna il Governo

a definire, nell'ambito dell'attuazione della delega di cui all'articolo 3 del provvedimento in esame, un insieme di misure organiche e strutturali finalizzate a rafforzare in modo significativo l'attrattività del Servizio sanitario nazionale, attraverso il miglioramento delle condizioni economiche e contrattuali, la stabilizzazione dei rapporti di lavoro, la valorizzazione delle carriere professionali e il potenziamento delle condizioni organizzative e di benessere lavorativo, al fine di contrastare in modo efficace e duraturo il fenomeno della fuga dei professionisti sanitari e garantire la piena tenuta del sistema pubblico di tutela della salute.

9/2700-A/**22**. Simiani.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame, recante « Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie », interviene su profili ordinamentali e organizzativi del Servizio sanitario nazionale con l'obiettivo di rafforzarne l'efficienza e la capacità di risposta ai bisogni di salute;

permane tuttavia, nel sistema sanitario nazionale, una condizione strutturale di progressivo allungamento delle liste d'attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie, che incide direttamente sull'effettività del diritto alla salute e determina, in molti casi, un ricorso non programmato al settore privato da parte dei cittadini;

tale fenomeno rappresenta uno dei principali elementi di criticità del Servizio sanitario nazionale, in quanto riflette squilibri nella programmazione dell'offerta, nella disponibilità di personale e nell'organizzazione complessiva dei servizi, con conseguenze rilevanti in termini di equità di accesso e uniformità delle prestazioni sul territorio nazionale;

il provvedimento in esame non prevede strumenti organizzativi vincolanti né indicatori di risultato specificamente orientati al contenimento dei tempi di attesa, lasciando tale ambito strategico privo di una disciplina strutturale all'interno dell'impianto di riforma,

impegna il Governo

ad adottare ogni iniziativa di competenza, nell'attuazione della delega e nell'ambito della più ampia riforma del Servizio sanitario nazionale, volta all'introduzione di meccanismi organizzativi, programmatori e di monitoraggio strutturale finalizzati alla riduzione delle liste d'attesa, attraverso il rafforzamento dell'offerta pubblica di prestazioni, il potenziamento della programmazione del personale sanitario e l'individuazione di obiettivi misurabili di accesso tempestivo alle cure, al fine di garantire l'effettività del diritto alla salute su tutto il territorio nazionale.

9/2700-A/**23**. Forattini.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame, recante « Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie », si inserisce nel più ampio processo di riforma volto a rafforzare il Servizio sanitario nazionale sotto il profilo organizzativo, professionale e della capacità di risposta ai bisogni di salute;

negli ultimi anni si è assistito, in modo progressivo e non uniforme sul territorio nazionale, a un crescente ricorso al settore privato accreditato per l'erogazione di prestazioni sanitarie, con dinamiche che in diversi contesti assumono un carattere non più meramente integrativo ma sostitutivo rispetto alla capacità produttiva del servizio pubblico;

tale tendenza può determinare squilibri strutturali nell'assetto del sistema sanitario, incidendo sulla tenuta del principio di universalità, sull'equità di accesso alle cure e sulla omogeneità dei livelli di assistenza garantiti ai cittadini;

il provvedimento in esame non affronta in modo organico il tema del riequilibrio tra erogazione pubblica e privato accreditato, né definisce criteri espliciti di salvaguardia e rafforzamento della capacità produttiva pubblica quale asse portante del Servizio sanitario nazionale,

impegna il Governo

a garantire, nell'attuazione della delega, che l'evoluzione del sistema sanitario avvenga nel pieno rispetto del principio di centralità del Servizio sanitario nazionale, evitando ulteriori processi di sostituzione strutturale dell'offerta pubblica da parte del settore privato accreditato e orientando le politiche di programmazione e organizzazione al rafforzamento della capacità produttiva pubblica e alla tutela dell'universalità e dell'equità di accesso alle cure.

9/2700-A/**24**. Filippin.

La Camera,

premesso che:

la tutela della salute, riconosciuta dall'articolo 32 della Costituzione quale fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, rappresenta uno dei principi fondanti dell'ordinamento repubblicano e richiede che l'esercizio delle professioni sanitarie sia improntato a elevati *standard* di competenza, responsabilità e rispetto delle regole deontologiche. La professione medica, in ragione della particolare delicatezza delle decisioni che incidono sulla salute e sulla vita delle persone, comporta obblighi specifici nei confronti dei pazienti e della collettività, il cui rispetto costituisce un presupposto essenziale per garantire la qualità delle cure e la fiducia dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale;

gli Ordini professionali rivestono un ruolo di rilevanza pubblicistica nella tutela della collettività, in quanto sono chiamati a vigilare sul corretto esercizio delle professioni, sul rispetto dei codici deontologici e sull'osservanza degli obblighi che regolano il rapporto tra professionista e paziente. L'autonomia degli organi ordinistici e disciplinari costituisce una garanzia affinché le condotte individuali siano valutate sulla base di criteri di competenza, imparzialità e proporzionalità, nel rispetto delle procedure previste dall'ordinamento. Tale autonomia non può essere considerata un elemento secondario dell'organizzazione sanitaria, poiché contribuisce a preservare la credibilità delle professioni e a impedire che valutazioni di natura tecnica e disciplinare siano condizionate da contingenti orientamenti politici;

l'articolo 8 dell'A.C. 2700, intervenendo sulla possibilità di ottenere la reiscrizione agli Albi professionali da parte di medici radiati per fatti connessi alla pandemia, introduce una disciplina specifica che solleva rilevanti perplessità sotto il profilo dell'opportunità istituzionale e della coerenza del sistema disciplinare. Anche in presenza di condizioni e procedure per la valutazione delle singole richieste, la previsione di un percorso normativo dedicato a una particolare categoria di professionisti rischia di essere interpretata come un intervento volto a ridimensionare le conseguenze di provvedimenti disciplinari adottati nell'ambito delle competenze degli organi preposti, con possibili ripercussioni sull'autorevolezza degli Ordini e sulla percezione di imparzialità delle regole professionali;

il rispetto dei diritti individuali, del diritto di difesa e del principio di proporzionalità delle sanzioni costituisce un elemento imprescindibile dello Stato di diritto e non esclude la possibilità di riesaminare provvedimenti che risultino illegittimi, ingiusti o non più sostenibili alla luce delle circostanze concretamente accertate. Tuttavia, la tutela di tali garanzie deve essere assicurata mediante strumenti ordinari, trasparenti e applicabili sulla base delle specificità dei singoli casi, evitando che l'in-

tervento legislativo si traduca nell'introduzione di percorsi privilegiati o di forme di rivalutazione generalizzata di condotte precedentemente sanzionate. È necessario, pertanto, distinguere tra la legittima revisione di una decisione individuale e una disciplina speciale che rischi di indebolire il principio di responsabilità professionale;

la fiducia dei cittadini nella classe medica costituisce un presupposto essenziale per l'efficacia delle politiche sanitarie, per l'adesione consapevole agli interventi di prevenzione e per il corretto funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Tale fiducia si fonda sulla qualità delle prestazioni, sull'affidabilità delle informazioni sanitarie e sulla certezza che le regole deontologiche siano applicate in maniera coerente e imparziale. Un intervento normativo che faciliti la revisione di sanzioni disciplinari di particolare rilievo, al di fuori di una riforma generale e organica delle procedure di valutazione, rischia di trasmettere un messaggio di discontinuità rispetto ai principi di responsabilità e di tutela della salute collettiva che devono orientare l'azione delle istituzioni;

la libertà di espressione, il confronto scientifico e l'autonomia del professionista devono essere tutelati, ma devono altresì accompagnarsi alla responsabilità derivante dall'esercizio di una professione che incide direttamente sulla salute delle persone;

l'introduzione di disposizioni speciali per il reintegro o la reiscrizione di professionisti radiati rischia di alimentare una contrapposizione politica su una materia che dovrebbe essere affrontata con rigore giuridico, responsabilità istituzionale e attenzione prioritaria alla salute dei cittadini,

impegna il Governo

a valutare gli effetti applicativi delle disposizioni recate dall'articolo 8 del provvedimento, al fine di adottare ogni iniziativa, anche normativa, di propria competenza, volta a prevederne la soppressione, allo scopo di impedire l'introduzione di una disciplina speciale che consenta la reiscrizione agli Albi professionali dei medici radiati per fatti connessi alla pandemia da COVID-19, salvaguardando l'autonomia e le prerogative degli Ordini professionali, il rispetto delle norme deontologiche e il principio di responsabilità nell'esercizio della professione medica, fermo restando il diritto di ciascun professionista di avvalersi degli ordinari strumenti di tutela giurisdizionale previsti dall'ordinamento.

9/2700-A/**25**. Girelli.

La Camera,

premesso che:

l'attività fisica e l'esercizio fisico strutturato rappresentano strumenti fondamentali per la promozione della salute, la prevenzione delle patologie croniche, il miglioramento della qualità della vita e il mantenimento dell'autonomia funzionale della persona. La promozione di stili di vita attivi assume particolare rilevanza in una società caratterizzata dall'invecchiamento della popolazione e dalla crescente incidenza di patologie croniche e condizioni di fragilità, rendendo necessario rafforzare le politiche di prevenzione e integrare maggiormente l'attività motoria nei percorsi di tutela della salute;

l'articolo 4, comma 1, lettera *d-ter)*, del provvedimento in esame prevede l'individuazione di criteri per la costruzione di un sistema integrato di collaborazione interdisciplinare tra specialisti in medicina dello sport, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e fisioterapisti, finalizzato al riconoscimento e alla promozione dell'esercizio fisico strutturato quale strumento per il benessere fisico e mentale della persona, attraverso specifici protocolli basati sulle linee guida definite dalla Federazione medico sportiva italiana e convalidate dall'Istituto superiore di sanità;

nell'ambito delle attività di prevenzione e promozione della salute, risulta opportuno valorizzare anche le competenze dei chinesiologi, con particolare riferimento al chinesiologo delle attività mo-

torie preventive e adattate, la cui formazione specialistica consente di progettare, attuare e valutare programmi di esercizio fisico rivolti a persone di diverse fasce d'età, nonché a soggetti con patologie croniche stabilizzate, limitazioni funzionali o specifiche esigenze motorie, nel rispetto delle rispettive competenze professionali e senza sovrapposizioni con gli atti propri delle professioni sanitarie;

il decreto legislativo 28 febbraio 2021, n. 36, all'articolo 41, riconosce le figure del chinesiologo di base e del chinesiologo delle attività motorie preventive e adattate, individuandone gli ambiti di attività connessi alla promozione del benessere psicofisico, alla prevenzione mediante l'esercizio fisico e alla programmazione di attività motorie adattate per persone in condizioni di salute clinicamente controllate e stabilizzate;

l'inclusione strutturata dei chinesiologi nei percorsi interdisciplinari di promozione dell'esercizio fisico consentirebbe di rafforzare la continuità tra prevenzione, indicazione clinica e realizzazione dei programmi motori, favorendo una più efficace collaborazione tra professionisti e una maggiore appropriatezza degli interventi, con particolare attenzione alle persone anziane, ai soggetti sedentari e alle persone con patologie croniche stabilizzate;

appare pertanto opportuno aggiornare le linee guida e i protocolli previsti dalla disposizione in esame, affinché contemplino espressamente il contributo professionale dei chinesiologi, definiscano criteri di accesso e presa in carico, modalità di collaborazione interdisciplinare, requisiti formativi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei risultati, assicurando l'impiego delle competenze professionali in relazione ai titoli posseduti e nel rispetto delle attribuzioni previste dalla normativa vigente,

impegna il Governo

ad adottare, nell'ambito delle proprie competenze e in sede di attuazione dell'articolo 4, comma 1, lettera *d-ter)*, le iniziative necessarie affinché i criteri di collaborazione interdisciplinare, le linee guida e i relativi protocolli per la promozione dell'esercizio fisico strutturato siano aggiornati prevedendo espressamente il coinvolgimento dei chinesiologi, con particolare riferimento ai chinesiologi delle attività motorie preventive e adattate in possesso della laurea magistrale LM-67, definendone le modalità di integrazione con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti in medicina dello sport e i fisioterapisti, nel rispetto delle competenze di ciascuna figura professionale e con l'obiettivo di rafforzare la prevenzione, la continuità degli interventi e la qualità dei programmi di attività motoria destinati alla popolazione.

9/2700-A/**26**. Berruto.

La Camera,

premesso che:

il disegno di legge in esame dichiara, tra le proprie finalità, il potenziamento del Servizio sanitario nazionale e il rafforzamento delle risorse umane necessarie a garantire i livelli essenziali di assistenza, nel rispetto della dignità della persona e della centralità dei bisogni del paziente;

il provvedimento delega il Governo a intervenire su aspetti decisivi dell'organizzazione delle professioni sanitarie, dalla formazione alla valorizzazione delle competenze, dalle condizioni di lavoro alla disciplina degli Ordini professionali;

l'articolo 10 stabilisce tuttavia che dall'attuazione della delega non debbano derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, ponendo una contraddizione tra gli obiettivi dichiarati e le risorse effettivamente destinate a conseguirli;

la crisi del Servizio sanitario nazionale non dipende soltanto da problemi ordinamentali o burocratici, ma anche dalla carenza di personale, dalla difficoltà di reclutamento, dai carichi di lavoro, dalla perdita di attrattività del lavoro pubblico e

dalle diseguaglianze territoriali nell'accesso alle cure;

l'adozione di nuove regole, obblighi formativi, sistemi di certificazione e procedure organizzative senza adeguate risorse rischia di tradursi in ulteriori adempimenti per professionisti e amministrazioni, senza un corrispondente miglioramento dei servizi erogati ai cittadini;

il diritto alla tutela della salute, riconosciuto dall'articolo 32 della Costituzione, richiede una programmazione coerente tra obiettivi normativi, fabbisogni assistenziali e risorse disponibili;

la sostenibilità finanziaria non può essere perseguita trasferendo sulle strutture sanitarie, sui professionisti o sui cittadini il costo dell'inadeguatezza delle risorse e dei decisori pubblici,

impegna il Governo:

a valutare gli effetti applicativi del richiamato articolo 10 del provvedimento in esame, al fine di adottare ulteriori iniziative normative volte a individuare, nell'ambito della prossima programmazione economico-finanziaria, le risorse necessarie al rafforzamento strutturale del Servizio sanitario nazionale, con particolare riguardo alle assunzioni stabili, alla formazione, alla sicurezza dei luoghi di lavoro, alla valorizzazione professionale e al potenziamento dei servizi territoriali;

a trasmettere alle Camere, prima dell'adozione dei decreti legislativi attuativi, una relazione che illustri gli effetti attesi sui livelli di assistenza, sugli organici, sui carichi di lavoro e sulla spesa pubblica.

9/2700-A/**27**. Caso.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento interviene sulle professioni sanitarie dichiarando di voler rendere il sistema più attrattivo e adeguato ai bisogni assistenziali, ma non affronta in modo strutturale il complesso delle condizioni che spingono una parte crescente dei professionisti ad abbandonare il Servizio sanitario nazionale;

l'articolo 3 del provvedimento in esame declina i princìpi e criteri direttivi specifici per l'adozione di misure in favore del personale sanitario finalizzati a al riordino delle forme di lavoro flessibile dei medici in formazione specialistica, alla regolamentazione di tempi di permanenza minima obbligatoria nelle aree disagiate, al mantenimento in servizio del personale sanitario, alla semplificazione delle attività amministrative che gravano sul personale sanitario, alla garanzia della sicurezza, alla premialità anche con riguardo alla riduzione delle liste d'attesa, al fabbisogno dei medici specializzandi in relazione a ciascuna specializzazione medica; il tutto ad invarianza finanziaria;

la carenza di personale non si traduce soltanto in posti vacanti, ma anche in turni aggiuntivi, ricorso allo straordinario, difficoltà nella conciliazione tra vita professionale e vita privata, riduzione del tempo dedicato ai pazienti e maggiore esposizione al rischio di errori;

il fenomeno delle dimissioni volontarie e della mobilità verso il settore privato o verso altri Paesi non può essere contrastato esclusivamente attraverso misure ordinamentali, procedure amministrative o interventi sulla formazione;

il riconoscimento del valore delle professioni sanitarie deve tradursi in retribuzioni adeguate, prospettive di carriera, stabilità occupazionale, sicurezza, formazione continua e condizioni di lavoro compatibili con la responsabilità delle funzioni svolte;

l'eventuale ricorso a forme di lavoro flessibile per i medici in formazione specialistica non deve diventare uno strumento per coprire stabilmente carenze di organico, né compromettere la qualità della formazione e la supervisione dei professionisti in formazione;

la programmazione del personale deve tenere conto non soltanto dei pensio-

namenti e dei posti disponibili, ma anche delle dimissioni, della distribuzione territoriale, dei bisogni epidemiologici e dell'evoluzione della domanda di assistenza,

impegna il Governo

nell'ambito della delega di cui all'articolo 3 del provvedimento in esame, richiamato in premessa:

ad adottare ogni iniziative di competenza atta a privilegiare le assunzioni a tempo indeterminato e a circoscrivere il ricorso al lavoro flessibile a esigenze temporanee ed eccezionali, favorendo il confronto con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative;

a prevedere misure di valorizzazione economica e professionale, sviluppo delle competenze, progressione di carriera e miglioramento delle condizioni di lavoro, anche attraverso la riduzione dei carichi incompatibili con la sicurezza delle cure e la promozione del benessere organizzativo;

a definire indicatori nazionali per monitorare le cessazioni dal servizio, le dimissioni volontarie, le vacanze di organico, il ricorso alle esternalizzazioni e la capacità delle aziende di trattenere il personale, rendendo pubblici i risultati con periodicità definita.

9/2700-A/**28**. Carotenuto.

La Camera,

premesso che:

l'articolo 3 del provvedimento in esame declina i princìpi e criteri direttivi specifici per l'adozione di misure in favore del personale sanitario finalizzati a al riordino delle forme di lavoro flessibile dei medici in formazione specialistica, alla regolamentazione di tempi di permanenza minima obbligatoria nelle aree disagiate, al mantenimento in servizio del personale sanitario, alla semplificazione delle attività amministrative che gravano sul personale sanitario, alla garanzia della sicurezza, alla premialità anche con riguardo alla riduzione delle liste d'attesa, al fabbisogno dei medici specializzandi in relazione a ciascuna specializzazione medica; il tutto ad invarianza finanziaria;

il provvedimento contempla, dunque, anche misure relative alla permanenza dei professionisti sanitari presso strutture situate in aree disagiate, comprese le isole minori, con l'obiettivo di contrastare la distribuzione disomogenea del personale;

la carenza di medici e degli altri professionisti sanitari nelle aree interne, montane, insulari e periferiche compromette la continuità assistenziale e determina diseguaglianze nell'accesso ai servizi, particolarmente gravi per le persone anziane, con disabilità o affette da patologie croniche;

la difficoltà di reclutamento in tali territori è spesso collegata a fattori strutturali: isolamento geografico, carenza di servizi, limitate possibilità di sviluppo professionale, insufficienza degli organici e condizioni lavorative meno attrattive;

l'introduzione di obblighi di permanenza, se non accompagnata da adeguati incentivi economici, logistici e professionali, rischia di affrontare soltanto formalmente il problema, senza favorire una scelta consapevole e duratura dei professionisti;

la continuità dell'assistenza non può essere garantita esclusivamente attraverso vincoli individuali, ma richiede servizi funzionanti, *équipe* multidisciplinari, alloggi adeguati, collegamenti efficienti e opportunità formative;

le politiche per le aree disagiate devono rispettare la proporzionalità degli obblighi eventualmente previsti, la tutela dei diritti dei lavoratori e la necessità di evitare che le aree periferiche diventino sedi di assegnazione temporanea dalle quali il personale si allontana appena possibile,

impegna il Governo

a definire, in sede di attuazione della delega, un programma nazionale per il raf-

forzamento dei servizi sanitari nei territori carenti, privilegiando strumenti di attrazione e permanenza del personale basati su condizioni concrete e verificabili, attraverso:

incentivi economici aggiuntivi e differenziati in relazione alla gravità della carenza e alle caratteristiche territoriali;

misure per garantire alloggi, trasporti e servizi essenziali ai professionisti assegnati alle aree più isolate;

percorsi di carriera, formazione specialistica e aggiornamento professionale compatibili con il lavoro nei territori periferici;

il potenziamento delle *équipe* territoriali, della medicina di prossimità e dei servizi di emergenza-urgenza.

9/2700-A/**29**. Di Lauro.

La Camera,

premesso che:

nel corso dell'esame in sede referente del provvedimento è stata introdotta, all'articolo 3, comma 1, la nuova lettera *h)*, volta a prevedere, per i professionisti stranieri autorizzati a esercitare temporaneamente un'attività professionale sanitaria in deroga al riconoscimento delle qualifiche professionali, l'obbligo di iscrizione in appositi elenchi speciali e la verifica della conoscenza della lingua italiana da parte dei rispettivi Ordini professionali;

la disposizione interviene su una materia particolarmente delicata, nella quale devono essere garantiti contemporaneamente il diritto alla salute, la sicurezza dei pazienti, la qualità delle prestazioni e il rispetto dei requisiti che regolano l'accesso alle professioni sanitarie;

il riconoscimento delle qualifiche professionali conseguite all'estero costituisce una procedura finalizzata a verificare la corrispondenza dei titoli e dei percorsi formativi ai requisiti previsti dall'ordinamento italiano, anche attraverso eventuali misure compensative nei casi in cui emergano differenze sostanziali;

le deroghe al riconoscimento delle qualifiche professionali, introdotte e prorogate negli anni per far fronte a situazioni emergenziali e a carenze di personale, avrebbero dovuto mantenere carattere eccezionale, temporaneo e strettamente collegato alle condizioni che ne avevano giustificato l'introduzione;

la reiterazione di tali deroghe rischia, invece, di trasformare una misura straordinaria in uno strumento ordinario di reclutamento, rinviando indefinitamente la verifica dei titoli e delle competenze e indebolendo la distinzione tra l'autorizzazione temporanea all'esercizio e il pieno riconoscimento della qualifica professionale;

l'introduzione dell'obbligo di iscrizione agli elenchi speciali e della verifica della conoscenza della lingua italiana da parte degli Ordini professionali rappresenta un elemento di garanzia, ma non può essere considerata, di per sé, sufficiente a compensare l'assenza o il differimento della procedura di riconoscimento della qualifica, né a dimostrare l'equivalenza della formazione ricevuta e delle competenze professionali possedute;

la conoscenza della lingua italiana costituisce, in ambito sanitario, un requisito importante per comprendere la documentazione clinica, comunicare efficacemente con i pazienti e i colleghi, acquisire il consenso informato, gestire le situazioni di emergenza e prevenire errori che possano compromettere la sicurezza delle cure; tale verifica deve pertanto essere effettiva, rigorosa e adeguata alla specifica professione esercitata;

gli Ordini professionali, chiamati a verificare la conoscenza linguistica e a vigilare sul rispetto delle regole deontologiche, devono poter disporre di criteri omogenei, procedure trasparenti e strumenti adeguati, senza che l'introduzione degli elenchi speciali si traduca in una riduzione delle garanzie rispetto al regime ordinario;

il ricorso reiterato alle deroghe non può diventare una risposta strutturale alle carenze di personale del Servizio sanitario

nazionale, che richiedono invece politiche organiche di reclutamento, stabilizzazione, valorizzazione economica e professionale degli operatori, nonché il miglioramento delle condizioni di lavoro,

impegna il Governo:

a chiarire e delimitare rigorosamente l'ambito applicativo dell'articolo 3, comma 1, lettera *h)*, affinché l'autorizzazione temporanea all'esercizio in deroga al riconoscimento delle qualifiche professionali sanitarie mantenga carattere realmente eccezionale, temporaneo e motivato, evitando che la reiterazione delle deroghe determini un progressivo svuotamento delle procedure ordinarie di riconoscimento dei titoli;

ad assicurare procedure di riconoscimento dei titoli accessibili e tempestive, prevedendo, ove necessario, misure compensative, percorsi integrativi o verifiche delle competenze, affinché il ricorso alle deroghe non si traduca nel rinvio indefinito dell'accertamento dei requisiti professionali;

ad adottare ogni iniziativa di competenza atta ad affrontare le carenze di personale sanitario attraverso un piano strutturale di rafforzamento del Servizio sanitario nazionale, fondato su assunzioni, stabilizzazioni e valorizzazione delle professionalità, affinché le deroghe al riconoscimento delle qualifiche non diventino la risposta ordinaria alle insufficienze delle politiche di programmazione e reclutamento.

9/2700-A/**30**. Marianna Ricciardi.

La Camera,

premesso che:

l'articolo 5 del provvedimento all'esame declina i princìpi e criteri direttivi specifici per il potenziamento della formazione sanitaria specialistica per « favorire » la ridefinizione del percorso formativo nella medicina generale, « valorizzare » le specializzazioni sanitarie, « anche » di chimico, odontoiatra e di biologo;

in sede referente, tra i princìpi e criteri direttivi specifici volti a valorizzare le specializzazioni sanitarie ai fini dell'esercizio dell'attività professionale, sono state introdotte la professione sanitaria di psicologo, per rispondere alla necessità di disporre di professionisti che abbiano competenze specifiche riconosciute, anche nell'ambito dei percorsi assistenziali oncologici e la professione sanitaria di ostetrica, anche nell'ambito dei presìdi territoriali di comunità, che opera, con autonomia professionale, in cooperazione con le strutture ospedaliere e con i presìdi 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;

il disegno di legge interviene dunque sulla formazione sanitaria specialistica e sulla programmazione del numero dei professionisti in formazione, con l'obiettivo di adeguare l'offerta formativa alle esigenze del sistema sanitario; tuttavia la disposizione rileva tuttavia un approccio assolutamente frammentario e non sistemico, laddove non definisce una strategia complessiva della formazione specialistica; si limita infatti a enunciare obiettivi generici, ad elencare alcune professioni e a suggerire interventi senza criteri strutturali;

la programmazione dei posti universitari e delle borse di specializzazione rappresenta uno strumento fondamentale per prevenire carenze di personale, ma deve essere coerente con i bisogni assistenziali, la distribuzione delle specialità e la capacità effettiva delle strutture di garantire una formazione di qualità;

l'aumento dei posti disponibili, se non accompagnato da un numero adeguato di docenti, *tutor*, strutture accreditate, spazi e risorse, rischia di tradursi in un ampliamento quantitativo privo di un corrispondente miglioramento della preparazione professionale;

la formazione sanitaria non può essere ridotta a uno strumento di copertura delle esigenze immediate degli organici, poi-

ché il suo obiettivo primario deve rimanere la preparazione di professionisti competenti, autonomi e capaci di garantire prestazioni sicure;

la carenza di alcune specialità non può essere affrontata soltanto aumentando i posti, senza intervenire sulle condizioni di lavoro, sulle prospettive professionali e sull'organizzazione dei servizi che rendono alcune discipline meno attrattive;

la programmazione deve comprendere tutte le professioni sanitarie e considerare l'evoluzione demografica, epidemiologica e tecnologica, nonché il rafforzamento dell'assistenza territoriale,

impegna il Governo

a definire, nell'attuazione della delega, un sistema nazionale di programmazione della formazione sanitaria fondato su dati aggiornati, trasparenti e condivisi con regioni, università, enti del Servizio sanitario nazionale e rappresentanze professionali, tramite l'adozione di iniziative di competenza volte a prevedere:

una rilevazione periodica dei fabbisogni per professione, specialità, fascia d'età e territorio;

la verifica della capacità formativa delle strutture prima dell'incremento dei posti;

il rafforzamento del tutoraggio, della supervisione clinica e della valutazione delle competenze acquisite;

misure per rendere attrattive le specialità e i percorsi maggiormente carenti, intervenendo anche sulle condizioni di lavoro e sulle prospettive di carriera;

la tutela dei tempi e dei contenuti della formazione, evitando che i professionisti in formazione siano utilizzati come sostituti ordinari del personale strutturato.

9/2700-A/**31**. Aiello.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento delega il Governo a rivedere anche la disciplina degli Ordini delle professioni sanitarie e delle relative federazioni nazionali, intervenendo sulla composizione e sul funzionamento degli organi e sul riconoscimento degli Ordini quali organi sussidiari dello Stato;

più in particolare, l'articolo 6 declina i principi e criteri direttivi specifici per la revisione della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie di cui alla legge 11 gennaio 2018, n. 3, con lo scopo di intervenire sulle competenze e sulla scadenza dei mandati degli organi e di introdurre misure volte a valorizzare il ruolo degli ordini professionali quali organi sussidiari dello Stato;

in sede referente, con specifico riferimento ai mandati degli organi ordinistici, è stato ampliato l'ambito della delega anche agli organi straordinari, tuttavia la disposizione continua a non indicare la durata, i limiti, i criteri e soprattutto lascia aperta alla possibilità di « ampliare » i mandati degli organi;

l'articolo continua pertanto a presentare indeterminatezza normativa e ambiguità terminologica;

gli Ordini professionali svolgono funzioni di rilevanza pubblica, tra cui la tenuta degli albi, la verifica dei requisiti per l'esercizio professionale e l'esercizio delle competenze disciplinari previste dalla legge;

la loro funzione è strettamente connessa alla tutela della salute dei cittadini e richiede autonomia di giudizio, imparzialità, trasparenza e rispetto delle garanzie procedurali;

le regole sulla composizione degli organi, sulla durata dei mandati, sulle eventuali gestioni straordinarie e sui sistemi di voto devono essere definite in modo chiaro, rispettando rappresentatività, democraticità e parità di trattamento tra gli iscritti,

impegna il Governo

a garantire, nell'esercizio della delega relativa agli Ordini professionali di cui all'articolo 6 del provvedimento in esame, un quadro normativo che tuteli effettivamente

l'autonomia e l'indipendenza degli organi ordinistici, assicurando:

la predeterminazione dei presupposti, dei limiti temporali e delle garanzie procedurali per eventuali gestioni straordinarie;

la trasparenza delle procedure elettorali e deliberative, nonché la tutela della rappresentatività degli iscritti;

l'indipendenza degli organi disciplinari da interferenze politiche, amministrative o economiche estranee alle finalità istituzionali;

ad adottare ogni iniziativa normativa di competenza atta a:

prevedere adeguate garanzie di partecipazione democratica degli iscritti, trasparenza delle procedure elettorali e accessibilità delle informazioni sulle decisioni degli organi;

salvaguardare l'indipendenza dell'esercizio della funzione disciplinare, assicurando la distinzione tra funzioni di rappresentanza, amministrazione e giudizio disciplinare, nonché garanzie di imparzialità e di tutela del diritto di difesa.

9/2700-A/**32**. Tucci.

La Camera,

premesso che:

l'articolo 8, introdotto in sede referente, reca modifiche al regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221 disponendo che il sanitario radiato dall'Albo per fatti non dolosi commessi durante la pandemia da Covid che sono 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 e del minore grado di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale non specializzato impiegato per far fronte all'emergenza, può chiedere la reiscrizione alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie;

la predetta istanza di reiscrizione deve essere proposta entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della disposizione all'esame e se la radiazione dall'Albo sia derivata da condanna penale, ai fini della reiscrizione, deve essere intervenuta la riabilitazione; si precisa inoltre che nei casi di reiscrizione è escluso il diritto a ogni forma di risarcimento o indennizzo;

la disposizione è molto critica poiché produce un effetto di riabilitazione normativa di condotte che, nella realtà dei procedimenti disciplinari, non sono state sanzionate per la mera mancata vaccinazione (come taluni affermano), bensì per la diffusione di informazioni prive di fondamento scientifico, idonee a compromettere la salute pubblica e il rapporto di fiducia tra paziente e professionista;

l'articolo in esame introduce una disciplina eccezionale che consente al sanitario radiato dall'albo per fatti non dolosi commessi durante l'emergenza pandemica di chiedere la reiscrizione, qualora tali fatti siano ricondotti alla limitatezza delle conoscenze scientifiche dell'epoca, alla scarsità di risorse disponibili o all'impiego di personale non specializzato;

le radiazioni adottate durante il periodo pandemico non sono state generalmente motivate dalla scelta personale del sanitario di non vaccinarsi, né dalla mera adesione a posizioni critiche nei confronti delle campagne vaccinali; le sanzioni espulsive sono intervenute, nella maggior parte dei casi, nei confronti di professionisti che hanno posto in essere condotte ritenute incompatibili con i doveri deontologici della professione, consistenti nella diffusione sistematica di informazioni scientificamente infondate, nella promozione di terapie prive di validazione scientifica, nella dissuasione dei pazienti dall'aderire a trattamenti raccomandati dalle autorità sanitarie o nella divulgazione di messaggi suscettibili di compromettere la salute pubblica;

la norma proposta, pertanto, finisce per assimilare situazioni profondamente

diverse, creando una rappresentazione normativa che non corrisponde alle ragioni effettive che hanno giustificato l'adozione delle misure disciplinari più gravi;

la disposizione introduce, di fatto, un meccanismo straordinario di riesame di provvedimenti disciplinari definitivi attraverso una legge generale e, sotto il profilo sistematico, tale scelta interviene *ex post* su decisioni adottate dagli Ordini professionali nell'esercizio della loro autonomia disciplinare, attribuendo al legislatore una funzione sostanzialmente rivalutativa di vicende individuali; si tratta di una scelta che rischia di alterare il principio dell'autonomia ordinistica, riconosciuto agli Ordini quali enti pubblici sussidiari dello Stato, la cui funzione disciplinare è finalizzata alla tutela dell'interesse pubblico e della sicurezza delle cure;

ne deriva dunque una significativa interferenza del legislatore in un ambito che dovrebbe rimanere affidato agli strumenti ordinari di impugnazione e revisione previsti dall'ordinamento;

l'aspetto più problematico della disposizione tuttavia risiede anche nel messaggio istituzionale che essa trasmette laddove, richiamando la « limitatezza delle conoscenze scientifiche » e la « contraddittorietà delle conoscenze » quale elemento idoneo a giustificare la reiscrizione dei sanitari radiati, il legislatore sembra suggerire che le condotte disciplinarmente rilevanti siano state una conseguenza dell'incertezza scientifica esistente durante la pandemia;

questa impostazione rischia di produrre un effetto profondamente distorsivo; la fisiologica evoluzione delle conoscenze scientifiche, che rappresenta una caratteristica propria del metodo scientifico, non può essere confusa con la diffusione di affermazioni prive di qualsiasi validazione scientifica;

esiste infatti una differenza sostanziale tra il legittimo dissenso scientifico, fondato su evidenze, studi e confronto metodologico e la diffusione di teorie prive di supporto scientifico o apertamente contrarie alle evidenze disponibili; la norma in esame sembra invece collocare entrambe le situazioni sul medesimo piano, contribuendo a legittimare, almeno sul piano simbolico, condotte che gli Ordini professionali avevano ritenuto incompatibili con i doveri di correttezza scientifica e di tutela del paziente;

gli Ordini professionali esercitano il potere disciplinare non nell'interesse della categoria, bensì nell'interesse della collettività e le sanzioni disciplinari più gravi sono destinate a tutelare la sicurezza delle cure, l'affidamento dei cittadini, il prestigio della professione e il rispetto delle conoscenze scientifiche accreditate e l'articolo in esame rischia invece di depotenziare questa funzione; si tratta di un messaggio istituzionale dunque che rischia di compromettere l'autorevolezza degli organismi ordinistici;

la disposizione introduce una disciplina eccezionale limitata esclusivamente ai sanitari radiati durante la pandemia, generando peraltro un disuguaglianza sostanziale di non poco conto laddove, ad esempio, non prevede analoghi meccanismi per altre ipotesi di radiazione disciplinare conseguenti a contesti emergenziali o caratterizzati da analoghe difficoltà organizzative;

la scelta legislativa appare quindi selettiva e difficilmente riconducibile a un criterio generale, con possibili dubbi di compatibilità con il principio di uguaglianza e di ragionevolezza di cui all'articolo 3 della Costituzione;

l'articolo 8 è una disposizione dall'evidente impatto propagandistico, con l'effetto pericolosissimo di legittimazione indiretta di condotte antiscientifiche e di compromissione sostanziale sull'autonomia disciplinare degli Ordini professionali e sulla funzione pubblicistica loro attribuita, introducendo un meccanismo straordinario di riesame legislativo che appare difficilmente conciliabile con i principi di certezza del diritto, di autonomia ordinistica e di tutela dell'affidamento dei cittadini nei confronti del sistema delle professioni sanitarie;

la pandemia ha rappresentato una situazione eccezionale, caratterizzata da difficoltà assistenziali e da una rapida evoluzione delle conoscenze, e le condotte professionali adottate in quel contesto devono essere valutate alla luce delle circostanze concrete e delle evidenze disponibili al momento dei fatti; tuttavia, la valutazione degli errori commessi in condizioni emergenziali deve essere distinta dalla legittimazione di condotte disciplinarmente rilevanti che abbiano compromesso il rapporto fiduciario con i pazienti o comportato la diffusione, nell'esercizio della professione, di affermazioni sanitarie prive di adeguato fondamento scientifico;

la radiazione dall'albo non coincide certamente con la mera mancata adesione a una misura sanitaria, deriva da specifiche condotte accertate nell'ambito di procedimenti disciplinari individuali;

la disciplina ordinaria già contempla la possibilità di reiscrizione in presenza di determinati presupposti: l'introduzione di un percorso straordinario richiede pertanto criteri rigorosi, individualizzati e coerenti con la tutela della salute pubblica,

impegna il Governo

a valutare gli effetti applicativi delle disposizioni recate dall'articolo 8 del provvedimento in esame, al fine di rivederne la portata e comunque ad adottare ogni iniziativa di competenza affinché:

la valutazione delle conoscenze scientifiche disponibili all'epoca non sia utilizzata come presunzione automatica di irrilevanza disciplinare delle condotte;

non si determini alcuna equiparazione tra il legittimo confronto scientifico e la diffusione di informazioni sanitarie ingannevoli o prive di adeguato fondamento nell'ambito del rapporto professionale;

il Parlamento sia informato, nel rispetto della riservatezza dei dati personali, sul numero delle istanze presentate, sugli esiti e sui criteri applicativi adottati, così da consentire una valutazione trasparente degli effetti della disposizione sulla tutela dei pazienti e sulla credibilità delle istituzioni sanitarie.

9/2700-A/**33**. Alfonso Colucci.

La Camera,

premesso che:

l'articolo 4 del provvedimento all'esame declina i princìpi e criteri direttivi specifici per lo sviluppo delle competenze professionali del personale sanitario, individuandoli nell'attualizzazione delle competenze professionali rispetto all'evoluzione dei bisogni sanitari della popolazione e alle nuove tecnologie, in un sistema nazionale di certificazione delle competenze, in un sistema di gestione dell'uso dell'intelligenza artificiale nel settore sanitario e nei criteri aggiornati per la formazione manageriale del personale del Servizio sanitario nazionale;

il provvedimento contempla dunque interventi sulla valorizzazione delle competenze sanitarie, sulla digitalizzazione e sull'intelligenza artificiale in ambito sanitario, nonché sull'accesso dei professionisti ai dati del paziente;

in sede referente, tra i princìpi e criteri direttivi specifici per lo sviluppo delle competenze professionali del personale sanitario, è stata introdotta la nuova lettera *e)*, volta a promuovere l'attivazione di corsi regionali di formazione in materia di digitalizzazione della sanità pubblica e IA;

indubbiamente, le tecnologie digitali possono contribuire a migliorare la continuità assistenziale, l'integrazione delle informazioni cliniche e l'appropriatezza delle prestazioni, ma il loro utilizzo comporta riconosciuti rischi connessi alla riservatezza, alla sicurezza dei sistemi e alla qualità dei dati e alla correttezza e affidabilità della divulgazione scientifica;

l'impiego di strumenti algoritmici nei processi clinici non può sostituire la valutazione professionale né trasferire su sistemi automatizzati decisioni che incidono direttamente sulla salute delle per-

sone e l'accesso alle informazioni sanitarie deve essere limitato a quanto necessario per finalità assistenziali legittime e svolto nel rispetto della disciplina sulla protezione dei dati personali, del segreto professionale e dei principi di sicurezza informatica;

l'adozione di nuove tecnologie senza formazione adeguata e senza investimenti nelle infrastrutture può aggravare le diseguaglianze tra strutture e territori, anziché ridurle;

la trasformazione digitale della sanità non costituisce una questione esclusivamente tecnologica o organizzativa, ma investe direttamente la tutela di un diritto fondamentale, l'organizzazione del Servizio sanitario nazionale e la capacità delle istituzioni pubbliche di governare strumenti che incidono sulla diagnosi, sulla prevenzione, sulla cura e sull'accesso alle informazioni sanitarie;

la crescente presenza di piattaforme digitali e sistemi di intelligenza artificiale sviluppati e gestiti da imprese private pone l'esigenza di assicurare che le scelte relative alle infrastrutture, agli algoritmi, alle modalità di raccolta e trattamento dei dati e ai criteri di utilizzo delle tecnologie siano sottoposte a un effettivo indirizzo e controllo pubblico, nell'interesse generale e non sulla base di logiche esclusivamente commerciali;

la dipendenza delle strutture sanitarie pubbliche da fornitori privati per infrastrutture digitali, software, sistemi di intelligenza artificiale e servizi di gestione dei dati può determinare rischi di concentrazione del potere tecnologico, opacità dei processi decisionali, vincoli contrattuali e difficoltà nel trasferimento dei dati e dei servizi, riducendo l'autonomia delle amministrazioni e la loro capacità di verificare le soluzioni adottate;

i dati sanitari, in ragione della loro particolare sensibilità e del loro valore per la ricerca, la prevenzione e la programmazione sanitaria, non possono essere considerati una risorsa da sfruttare prevalentemente per finalità commerciali, ma devono essere governati secondo regole pubbliche trasparenti, con rigorose garanzie di protezione dei dati personali e con un controllo effettivo sugli accessi, sugli utilizzi e sugli eventuali riutilizzi;

la digitalizzazione della sanità deve inoltre accompagnarsi al rafforzamento della divulgazione scientifica e dell'informazione sanitaria corretta, accessibile e comprensibile, anche attraverso i *social network* e le altre piattaforme digitali, che costituiscono ormai uno dei principali canali attraverso cui una parte significativa della popolazione acquisisce informazioni su malattie, prevenzione, terapie e stili di vita;

la diffusione sui *social network* di contenuti sanitari non verificati, informazioni fuorvianti, teorie prive di fondamento scientifico e messaggi che presentano come certe terapie non validate può compromettere la capacità dei cittadini di compiere scelte consapevoli, alimentare sfiducia nei confronti della comunità scientifica e dei professionisti sanitari e determinare conseguenze concrete sulla salute individuale e collettiva;

il contrasto alla disinformazione sanitaria deve fondarsi sulla trasparenza delle fonti, sulla verifica delle evidenze, sulla valorizzazione del confronto tra competenze qualificate e sulla capacità delle istituzioni pubbliche di rendere tempestivamente disponibili informazioni scientificamente fondate;

le istituzioni sanitarie pubbliche, le università, gli enti di ricerca e i professionisti del Servizio sanitario nazionale devono poter svolgere un ruolo centrale nella produzione e nella diffusione di contenuti scientifici verificabili, anche attraverso canali digitali e *social network*, senza dipendere esclusivamente da iniziative occasionali o da strategie comunicative determinate da soggetti privati;

la promozione dell'alfabetizzazione digitale e scientifica dei cittadini e la formazione dei professionisti sanitari alla comunicazione sui *social network* costituiscono strumenti necessari per favorire la comprensione delle evidenze scientifiche,

distinguere le informazioni attendibili dai contenuti ingannevoli e rafforzare il rapporto di fiducia tra cittadini, professionisti e istituzioni;

la *governance* pubblica dell'innovazione digitale deve quindi comprendere non soltanto la regolazione dell'impiego clinico dell'intelligenza artificiale e la protezione dei dati, ma anche la capacità di garantire un'informazione sanitaria di qualità, contrastare la disinformazione e assicurare che le tecnologie digitali siano orientate alla tutela della salute e alla riduzione delle disuguaglianze,

impegna il Governo:

a definire, nell'attuazione della delega di cui all'articolo 4, comma 1, lettere *d)* ed *e)* del provvedimento in esame, un quadro di garanzie per l'uso delle tecnologie digitali e dell'intelligenza artificiale in sanità, assicurando:

la formazione obbligatoria e aggiornata dei professionisti sui rischi, sui limiti e sulle corrette modalità di utilizzo degli strumenti di intelligenza artificiale;

la trasparenza delle funzioni degli strumenti impiegati nei processi clinici e la tracciabilità delle decisioni assistite da sistemi automatizzati;

la permanenza in capo al professionista della responsabilità delle decisioni cliniche, secondo le regole applicabili, e la possibilità di verificare e contestare risultati algoritmici inappropriati;

il rispetto dei principi di minimizzazione, limitazione delle finalità, sicurezza e riservatezza nell'accesso ai dati sanitari;

investimenti adeguati affinché la digitalizzazione non produca ulteriori disparità nell'accesso alle cure tra aree urbane, aree interne e territori con minori dotazioni tecnologiche;

ad adottare ogni iniziativa, anche normativa, di competenza atta a:

garantire che la *governance* dei processi di digitalizzazione e di impiego dell'intelligenza artificiale in sanità rimanga saldamente in capo alle istituzioni pubbliche, assicurando al Servizio sanitario nazionale un ruolo effettivo di indirizzo, programmazione, controllo e valutazione in tutte le fasi del processo, dalla definizione dei fabbisogni alla selezione e acquisizione delle tecnologie, dalla gestione dei dati alla verifica dei risultati e alla sorveglianza sui rischi;

sostenere lo sviluppo e il rafforzamento di infrastrutture digitali pubbliche, interoperabili e sicure, nonché l'adozione di *standard* aperti e di condizioni contrattuali idonee a prevenire dipendenze tecnologiche ingiustificate da singoli fornitori privati, garantendo alle amministrazioni sanitarie la possibilità di verificare il funzionamento dei sistemi utilizzati e di mantenere il controllo sui dati e sui processi decisionali;

garantire che l'accesso e il riutilizzo dei dati sanitari per finalità di ricerca, innovazione e sviluppo di sistemi di intelligenza artificiale siano sottoposti a regole pubbliche, trasparenti e verificabili, prevedendo adeguati meccanismi di autorizzazione, tracciabilità e controllo e assicurando che gli eventuali benefici derivanti dall'utilizzo di tali dati siano coerenti con l'interesse pubblico e con il miglioramento della salute collettiva;

sostenere la presenza e la capacità comunicativa delle istituzioni pubbliche e dei professionisti sanitari sulle piattaforme digitali, attraverso formazione specifica, strumenti divulgativi accessibili e campagne di prevenzione, affinché la diffusione dell'informazione sanitaria corretta non sia lasciata prevalentemente alle dinamiche di visibilità, profilazione e monetizzazione dei contenuti proprie degli operatori commerciali;

sostenere, nel rispetto della libertà di espressione e dell'autonomia della ricerca, iniziative coordinate di contrasto alla disinformazione sanitaria sui *social network*, basate sulla verifica delle fonti, sulla trasparenza dei criteri di attendibilità scientifica e sulla collaborazione con le piatta-

forme digitali, garantendo la possibilità di un confronto scientifico libero, documentato e responsabile.

9/2700-A/**34**. Sportiello.

La Camera,

premesso che:

il disegno di legge in esame delega il Governo a intervenire sull'ordinamento delle professioni sanitarie, sulla valorizzazione delle competenze professionali e sull'organizzazione dei servizi, con l'obiettivo dichiarato di rafforzare la capacità del sistema sanitario di rispondere ai bisogni assistenziali della popolazione;

l'articolo 4 del provvedimento all'esame, in particolare, declina i princìpi e criteri direttivi specifici per lo sviluppo delle competenze professionali del personale sanitario individuandoli nell'attualizzazione delle competenze professionali rispetto all'evoluzione dei bisogni sanitari della popolazione e alle nuove tecnologie, in un sistema nazionale di certificazione delle competenze, in un sistema di gestione dell'uso dell'intelligenza artificiale nel settore sanitario e nei criteri aggiornati per la formazione manageriale del personale del Servizio sanitario nazionale;

il provvedimento contempla dunque, interventi sulla valorizzazione delle competenze sanitarie e in sede referente, tra i princìpi e criteri direttivi specifici per lo sviluppo delle competenze professionali del personale sanitario, è stata introdotto l'approccio europeo 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;

il dietista è un professionista sanitario il cui profilo è disciplinato dal decreto ministeriale 14 settembre 1994, n. 744, che gli attribuisce competenze in materia di alimentazione e dietetica, elaborazione e attuazione delle diete prescritte dal medico, educazione alimentare, trattamento multidisciplinare dei disturbi del comportamento alimentare e pianificazione dei servizi di alimentazione per le comunità di sani e malati;

la prevenzione e il trattamento delle patologie croniche non trasmissibili, dei disturbi del comportamento alimentare, della malnutrizione, dell'obesità e delle complicanze nutrizionali associate a numerose condizioni cliniche richiedono interventi strutturati, continuativi e multidisciplinari, nei quali la competenza specifica del dietista può contribuire alla qualità e all'appropriatezza dell'assistenza;

la valorizzazione delle professioni sanitarie non può limitarsi a interventi ordinamentali o a generici richiami all'aggiornamento delle competenze, ma deve tradursi in una presenza effettiva dei professionisti nei servizi pubblici, in dotazioni organiche adeguate e in percorsi assistenziali chiaramente definiti;

l'insufficiente integrazione della competenza dietistica nei servizi ospedalieri e territoriali ovvero la sovrapposizione inappropriata con le competenze di altri professionisti, rischia di determinare interventi nutrizionali frammentari, ritardi nella presa in carico e un ricorso non sufficientemente strutturato alla prevenzione, con possibili conseguenze sulla qualità della vita delle persone e sull'appropriatezza dell'impiego delle risorse sanitarie;

la nutrizione clinica assume particolare rilievo nei percorsi oncologici, nelle patologie metaboliche e cardiovascolari, nella gestione della cronicità, nell'assistenza geriatrica, nei disturbi del comportamento alimentare e nella prevenzione della malnutrizione ospedaliera e territoriale;

la carenza di personale e l'assenza di criteri omogenei di programmazione possono determinare significative differenze tra regioni e aziende sanitarie, compromettendo l'equità nell'accesso ai servizi nutrizionali,

impegna il Governo

nell'ambito dell'attuazione della delega di cui all'articolo 4, richiamata in premessa, e

in raccordo con le regioni, a promuovere il pieno riconoscimento delle competenze del dietista e il rafforzamento del suo ruolo nei percorsi di prevenzione, diagnosi, trattamento e riabilitazione, nel rispetto delle competenze delle altre professioni sanitarie, prevedendo:

la rilevazione nazionale del fabbisogno di dietisti nelle strutture del Servizio sanitario nazionale, con particolare riferimento agli ospedali, ai servizi territoriali, ai distretti, alle strutture residenziali e ai percorsi dedicati alla cronicità;

l'adozione di indirizzi per favorire l'inserimento dei dietisti nelle *équipe* multidisciplinari, nei servizi di nutrizione clinica e nei percorsi assistenziali relativi alle patologie croniche, oncologiche, metaboliche e ai disturbi del comportamento alimentare;

il potenziamento degli interventi di prevenzione e di educazione alimentare rivolti alla popolazione, con particolare attenzione ai minori, alle persone anziane, alle persone con disabilità e ai soggetti in condizioni di fragilità socioeconomica;

l'integrazione della competenza dietistica nella presa in carico territoriale delle persone con patologie croniche, assicurando la continuità tra ospedale, servizi territoriali e medicina di prossimità;

la valutazione, d'intesa con le regioni, delle misure necessarie a garantire organici adeguati, aggiornamento professionale e accesso effettivo alle prestazioni dietistiche, affinché la valorizzazione della professione non resti una mera enunciazione normativa, ma contribuisca concretamente alla prevenzione delle malattie e al miglioramento della qualità delle cure.

9/2700-A/**35**. Quartini.

La Camera,

premesso che:

il disegno di legge in esame interviene sulla disciplina delle professioni e delle competenze operanti nei settori connessi alla salute, alla prevenzione e all'assistenza, rendendo necessario un quadro normativo capace di valorizzare le diverse professionalità sulla base della formazione acquisita e delle rispettive competenze;

l'articolo 4 del provvedimento all'esame, in particolare, declina i princìpi e criteri direttivi specifici per lo sviluppo delle competenze professionali del personale sanitario individuandoli nell'attualizzazione delle competenze professionali rispetto all'evoluzione dei bisogni sanitari della popolazione e alle nuove tecnologie, in un sistema nazionale di certificazione delle competenze, in un sistema di gestione dell'uso dell'intelligenza artificiale nel settore sanitario e nei criteri aggiornati per la formazione manageriale del personale del Servizio sanitario nazionale;

il provvedimento contempla dunque, interventi sulla valorizzazione delle competenze sanitarie e in sede referente, tra i princìpi e criteri direttivi specifici per lo sviluppo delle competenze professionali del personale sanitario, è stata introdotta la nuova lettera *h)* volta a 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 mentale della persona, prevedendo linee guida definite dalla Federazione medico sportiva italiana e convalidati dall'Istituto superiore di sanità;

il decreto legislativo 28 febbraio 2021, n. 36, disciplina le figure del chinesiologo, compreso il chinesiologo delle attività motorie preventive e adattate, attribuendo a quest'ultimo compiti relativi alla progettazione e all'attuazione di programmi di attività motoria per il benessere psicofisico, alla prevenzione, al miglioramento della qualità della vita e alla programmazione di attività motorie adattate per persone con disabilità o in condizioni di salute clinicamente controllate e stabilizzate;

l'attività fisica strutturata e adeguata alle caratteristiche individuali può

svolgere un ruolo rilevante nella promozione della salute, nella prevenzione della sedentarietà e nella conservazione dell'autonomia funzionale, soprattutto tra le persone anziane, le persone con disabilità e i soggetti con patologie croniche stabilizzate;

la promozione dell'attività motoria non può essere affidata esclusivamente a campagne informative generiche, ma richiede interventi continuativi, professionisti adeguatamente formati, percorsi accessibili e collaborazione tra servizi sanitari, enti locali, istituzioni scolastiche e strutture sportive;

l'assenza di un quadro sufficientemente organico di raccordo tra le competenze dei chinesiologi e quelle delle professioni sanitarie può generare incertezza nell'organizzazione dei percorsi, disomogeneità territoriali e difficoltà nel garantire ai cittadini interventi appropriati e sicuri;

è necessario distinguere l'attività motoria preventiva e adattata e strutturata dalle prestazioni sanitarie di diagnosi, trattamento e riabilitazione riservate ai professionisti abilitati, assicurando che la collaborazione interdisciplinare non comporti sovrapposizioni di competenze né improprie sostituzioni professionali;

la valorizzazione dei chinesiologi deve essere accompagnata da criteri trasparenti in materia di formazione, qualificazione, responsabilità, aggiornamento e collaborazione con i servizi pubblici, senza creare nuove qualifiche meramente formali o introdurre percorsi privi di adeguate garanzie per gli utenti,

impegna il Governo:

nell'ambito dell'attuazione della delega di cui all'articolo 4, richiamata in premessa, ad includere e valorizzare la figura professionale del chinesiologo, con specifico riferimento alla individuazione dei criteri per la costruzione di un sistema integrato di collaborazione interdisciplinare tra tutti i professionisti coinvolti nonché per la predisposizione di specifici protocolli da adottarsi, come previsto dal provvedimento in esame, sulla base delle linee guida definite dalla Federazione medico sportiva italiana e convalidati dall'Istituto superiore di sanità, ai fini del riconoscimento e della promozione dell'esercizio fisico strutturato quale strumento per il benessere fisico e mentale della persona;

in raccordo con le regioni, le università e le rappresentanze delle professioni interessate, a valutare l'adozione di un quadro nazionale per valorizzare il contributo dei chinesiologi, con particolare riferimento alle attività motorie preventive e adattate e le attività strutturate, prevedendo la definizione di indirizzi omogenei per l'integrazione dei chinesiologi nei programmi territoriali di promozione della salute e di prevenzione della sedentarietà nonché la definizione di criteri adeguati per la qualificazione professionale, la formazione continua e la verifica delle competenze.

9/2700-A/**36**. Donno.

La Camera,

premesso che:

l'articolo 3, comma 1, lettera *e)*, del provvedimento in esame, prevede, tra i principi e i criteri direttivi per l'esercizio della delega, interventi atti a « garantire la sicurezza dei professionisti sanitari nello svolgimento dell'attività lavorativa »;

la sicurezza degli operatori sanitari costituisce una condizione essenziale per garantire la continuità dei servizi e la qualità dell'assistenza;

le aggressioni fisiche e verbali nei confronti del personale sanitario e socio-sanitario possono determinare conseguenze sulla salute dei lavoratori, sul clima organizzativo e sulla capacità delle strutture di erogare prestazioni;

la prevenzione richiede misure organizzative, formazione, sistemi di segnalazione e valutazione dei rischi, oltre al-

l'applicazione effettiva delle disposizioni vigenti,

impegna il Governo

a promuovere protocolli di prevenzione, formazione del personale, supporto psicologico agli operatori coinvolti e collaborazione tra aziende sanitarie, forze dell'ordine e servizi territoriali, con particolare attenzione alle situazioni di maggiore vulnerabilità.

9/2700-A/**37**. Carmina.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame interviene sulla disciplina delle professioni sanitarie e sulla responsabilità degli operatori sanitari;

l'articolo 32 della Costituzione riconosce la salute come diritto fondamentale della persona e interesse della collettività;

ogni cittadino deve poter ricevere cure tempestive, sicure e di qualità, indipendentemente dal reddito, dal luogo in cui vive e dalla possibilità di rivolgersi alla sanità privata a pagamento;

la qualità delle cure dipende dalla preparazione, dall'attenzione e dalla responsabilità dei professionisti sanitari, ma anche dalla disponibilità di personale sufficiente, attrezzature adeguate e strutture ben organizzate;

la carenza di medici, infermieri e altri professionisti negli ospedali e nei servizi pubblici può causare ritardi nelle visite, negli esami e nelle cure, oltre a compromettere la continuità e la sicurezza dell'assistenza;

il provvedimento prevede misure per valorizzare le professioni sanitarie e favorire la permanenza del personale nelle strutture sanitarie, comprese, in alcune ipotesi, quelle private accreditate;

è necessario evitare che tali misure producano un indebolimento degli ospedali e dei servizi pubblici o favoriscano lo spostamento di personale e risorse dal pubblico al privato;

le disposizioni in materia di responsabilità sanitaria prevedono che, nella valutazione della condotta del professionista, si tenga conto anche delle condizioni concrete nelle quali opera, comprese le eventuali carenze di personale, attrezzature e organizzazione;

tali circostanze devono essere valutate per accertare correttamente le responsabilità individuali, senza trasformarsi in una giustificazione generale per prestazioni inadeguate o in un ostacolo all'accertamento delle responsabilità di chi è tenuto a garantire un'organizzazione sanitaria sicura ed efficiente;

il rispetto delle linee guida e delle buone pratiche clinico-assistenziali deve accompagnarsi alla necessaria attenzione, prudenza e competenza richieste dalle condizioni del singolo paziente;

la tutela del diritto alla salute richiede che gli errori e gli eventi dannosi siano esaminati con trasparenza, che i pazienti ricevano informazioni chiare e che siano garantiti gli strumenti previsti dalla legge per accertare le responsabilità e ottenere il risarcimento dei danni quando ne ricorrono i presupposti,

impegna il Governo

nell'esercizio delle deleghe previste dal provvedimento e nelle ulteriori iniziative di propria competenza:

a dare priorità al rafforzamento degli ospedali e dei servizi sanitari pubblici, promuovendo interventi per affrontare le carenze di personale e migliorare i tempi di accesso a visite, esami e cure;

a favorire la permanenza di medici, infermieri e altri professionisti nel Servizio sanitario nazionale pubblico, attraverso misure volte a migliorare le condizioni di lavoro, la sicurezza del personale e le opportunità di crescita professionale;

a evitare che l'attuazione della riforma favorisca lo spostamento di personale e risorse dalle strutture pubbliche verso quelle private, verificando che le misure adottate non riducano la capacità degli ospedali e dei servizi pubblici di garantire le prestazioni ai cittadini;

a promuovere verifiche periodiche sulle carenze di personale, attrezzature e organizzazione che possono mettere a rischio la sicurezza dei pazienti, utilizzando anche gli strumenti di controllo già previsti dalla legge e favorendo interventi per affrontare le criticità individuate;

a garantire la piena applicazione delle norme sulla trasparenza e sui diritti dei pazienti, affinché, in caso di errori o eventi dannosi, i pazienti e gli altri soggetti aventi diritto possano ricevere informazioni chiare, ottenere la documentazione sanitaria e conoscere gli strumenti di tutela previsti dalla legge;

ad adottare iniziative volte a garantire che l'attuazione della riforma non riduca gli *standard* di sicurezza e qualità delle cure né indebolisca gli strumenti di tutela dei pazienti, assicurando che siano pienamente rispettati i diritti dei pazienti all'informazione, all'accesso alla documentazione sanitaria e alla tutela risarcitoria secondo la normativa vigente;

a trasmettere al Parlamento, entro dodici mesi dall'entrata in vigore dell'ultimo decreto legislativo di attuazione, una relazione sugli effetti della riforma, indicando, sulla base dei dati disponibili: l'andamento del personale negli ospedali e nei servizi sanitari pubblici; le iniziative adottate per contrastare le carenze di personale e favorirne la permanenza nel pubblico; gli eventuali spostamenti di personale e risorse tra strutture pubbliche e private accreditate; le principali carenze organizzative rilevate e le misure adottate per affrontarle; i risultati disponibili in materia di sicurezza dei pazienti, qualità delle cure e tutela dei loro diritti.

9/2700-A/**38**. Lomuti.

La Camera,

premesso che:

gli articoli 4 e 5 del provvedimento in esame recano principi e criteri direttivi concernenti rispettivamente lo sviluppo delle competenze del personale sanitario;

la qualità della formazione sanitaria richiede una stretta integrazione tra università, strutture assistenziali e servizi territoriali;

l'attività di tutoraggio clinico svolta dai professionisti del Servizio sanitario nazionale (SSN) è essenziale per trasferire competenze operative, capacità decisionali e conoscenze maturate nella pratica;

la formazione della medicina generale deve essere adeguata alla crescente complessità dei bisogni assistenziali, al ruolo dei servizi territoriali e alla necessità di garantire continuità nella presa in carico;

la carenza di docenti, *tutor* e strutture formative adeguate può incidere negativamente sul rapporto tra studenti e formatori e sulla qualità dell'esperienza clinica,

impegna il Governo

con riferimento ai richiamati articoli 4 e 5 del provvedimento in esame, ad adottare ogni iniziativa di competenza atta a:

promuovere un rafforzamento della formazione universitaria e specialistica delle professioni sanitarie, assicurando il coordinamento tra programmazione formativa e fabbisogni del Servizio sanitario nazionale;

valorizzare giuridicamente ed economicamente il tutoraggio clinico e la docenza svolti dal personale sanitario, anche riconoscendoli nei percorsi di sviluppo professionale e nell'attribuzione degli incarichi;

favorire modelli di collaborazione tra università e Servizio sanitario nazionale che consentano l'interscambio tra personale accademico e professionisti dei servizi, nel rispetto dei requisiti di qualificazione e delle responsabilità assistenziali;

valutare il rafforzamento del percorso universitario e formativo della medicina generale, assicurando un confronto con le rappresentanze professionali interessate e garantendo che ogni revisione sia accompagnata da adeguate risorse, tutoraggio e formazione pratica;

promuovere l'armonizzazione dei percorsi formativi con gli *standard* europei applicabili e a monitorare la qualità dei tirocini e degli esiti formativi.

9/2700-A/**39**. L'Abbate.

La Camera,

premesso che:

l'organizzazione dei servizi territoriali richiede chiarezza in merito ai profili professionali, agli ambiti di intervento e alle modalità di collaborazione tra le diverse figure coinvolte nei percorsi assistenziali;

l'integrazione delle competenze professionali deve avvenire nel rispetto delle disposizioni vigenti, delle attribuzioni previste per ciascuna professione e della sicurezza delle cure;

l'osteopatia è stata oggetto di riconoscimento nell'ordinamento delle professioni sanitarie e richiede un'attuazione coerente con il quadro normativo e formativo applicabile;

il profilo professionale definito dal decreto del Presidente della Repubblica n. 131 del 2021 colloca l'osteopata nell'area della prevenzione e del mantenimento della salute e sono emerse interpretazioni applicative non omogenee, anche con riguardo ai livelli della prevenzione (primaria, secondaria, terziaria e quaternaria) in cui l'osteopata opera, in raccordo con la diagnosi di competenza medica;

l'avvio dei corsi di laurea nelle professioni sanitarie di recente istituzione, tra cui l'osteopatia, rende necessario assicurare la qualità e l'omogeneità della formazione clinico-pratica, anche attraverso sedi di tirocinio adeguate;

l'assenza di indirizzi organizzativi uniformi può determinare difformità territoriali nell'integrazione dei professionisti e incertezze sulle modalità di raccordo con i servizi sanitari,

impegna il Governo

ad adottare ogni iniziativa di competenza volta a:

promuovere, nel rispetto del quadro normativo vigente, indirizzi applicativi che favoriscano una chiara definizione degli ambiti di intervento e delle modalità di collaborazione tra le professioni sanitarie, anche mediante indirizzi di chiarimento del profilo professionale dell'osteopata, definiti d'intesa con la Conferenza permanente Stato-Regioni, che ne confermino la collocazione lungo i livelli della prevenzione (primaria, secondaria, terziaria e quaternaria), ferma restando la competenza medica della diagnosi;

valutare, d'intesa con le regioni e le province autonome e sentite le rappresentanze professionali interessate, l'adozione di indirizzi nazionali per l'inserimento progressivo dell'osteopata nei *setting* territoriali e ambulatoriali, ove appropriato, in coerenza con il decreto ministeriale n. 77 del 2022 e nel rispetto delle competenze attribuite dalla legge;

favorire modelli organizzativi di collaborazione con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli altri professionisti coinvolti nei percorsi assistenziali, con particolare attenzione alla prevenzione, nei suoi diversi livelli, e alla presa in carico delle persone con bisogni complessi;

valutare, d'intesa con le regioni e in raccordo con le amministrazioni competenti, l'individuazione di criteri uniformi per le sedi di tirocinio clinico-pratico dei corsi di laurea delle professioni sanitarie di recente istituzione, ivi compresa l'osteopatia, nel rispetto dell'autonomia universitaria;

valutare l'inclusione dell'osteopata nella pianificazione del fabbisogno di cui all'ar-

ticolo 3, comma 1, lettera *g)*, del provvedimento in esame anche mediante un sistema di monitoraggio e censimento dei professionisti;

garantire che le eventuali indicazioni attuative assicurino chiarezza delle responsabilità, appropriatezza degli interventi e tutela della sicurezza delle cure, evitando sovrapposizioni con le competenze riservate ad altre professioni.

9/2700-A/**40**. Dell'Olio.

La Camera,

premesso che:

le professioni sanitarie presentano competenze, responsabilità e ambiti di autonomia differenti, che devono essere adeguatamente riconosciuti nell'organizzazione del lavoro e nei percorsi di carriera;

la stabilità occupazionale e la qualità dei rapporti di lavoro costituiscono condizioni rilevanti per la continuità assistenziale, la trasmissione delle competenze e la sicurezza dei pazienti;

l'impiego strutturale di personale attraverso forme temporanee o di intermediazione può compromettere la continuità dei gruppi di lavoro e la programmazione delle attività;

una riforma delle professioni sanitarie dovrebbe accompagnarsi a politiche di valorizzazione delle competenze e delle responsabilità professionali, nel rispetto della contrattazione collettiva e delle specificità dei diversi profili,

impegna il Governo

ad accompagnare l'intervento recato dal provvedimento in esame con ogni iniziativa di competenza atta a:

promuovere, nel rispetto delle competenze della contrattazione collettiva e delle prerogative delle regioni, misure finalizzate a migliorare la qualità e la stabilità del lavoro nel Servizio sanitario nazionale;

favorire il ricorso ordinario a rapporti di lavoro stabili per le esigenze permanenti delle aziende sanitarie, limitando le forme flessibili a necessità temporanee ed eccezionali adeguatamente motivate;

promuovere il confronto con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative per valorizzare le specificità delle diverse professioni, le responsabilità effettivamente esercitate, le competenze specialistiche e le funzioni di coordinamento, tutoraggio e *leadership* clinica;

sostenere percorsi di progressione professionale basati su criteri trasparenti, formazione continua, esperienza e qualità dell'attività svolta, evitando che l'avanzamento di carriera sia subordinato esclusivamente a funzioni amministrative o manageriali.

9/2700-A/**41**. Amato.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento all'esame interviene sulla disciplina della responsabilità penale e civile degli esercenti le professioni sanitarie, attribuendo rilievo, ai fini dell'accertamento della colpa e della sua gravità, anche alla scarsità delle risorse, alle carenze organizzative, alla complessità delle patologie e alle situazioni di urgenza ed emergenza;

più in particolare, l'articolo 7 interviene sulla responsabilità penale del personale sanitario, introducendo due principali novità: la limitazione della responsabilità penale per colpa lieve quando il professionista segue linee guida o buone pratiche cliniche (articolo 590-*sexies* sostituito) e l'introduzione di fattori attenuanti oggettivi e contestuali per la determinazione della colpa e del suo grado (articolo 590-*septies*);

l'obiettivo dichiarato della predetta disposizione è quello di ridurre la medicina difensiva e garantire maggiore sicurezza giuridica ai professionisti sanitari;

l'articolo 9 interviene quindi sulla responsabilità civile del personale sanitario

modificando la cosiddetta legge Gelli (legge n. 24 del 2017) che disciplina la responsabilità civile e penale del personale sanitario, la sicurezza delle cure e le linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali; le modifiche proposte riguardano il riferimento alle buone pratiche clinico-assistenziali e loro applicabilità caso per caso (articolo 5), la revisione dei criteri di responsabilità civile e colpa, inserendo fattori contestuali simili a quelli già previsti dall'articolo 7 del disegno di legge (articolo 7) e la ridefinizione dei concetti di norma inderogabile (comma 5);

la responsabilità professionale deve dunque essere valutata tenendo conto delle condizioni concrete nelle quali il sanitario opera, delle conoscenze scientifiche disponibili e delle caratteristiche del caso sottoposto alle sue cure; ciò per evitare che la paura del contenzioso determini una medicina difensiva;

le carenze di personale, strumenti e organizzazione possono incidere concretamente sulla possibilità di garantire cure tempestive e appropriate, senza tuttavia diventare una giustificazione generalizzata per condotte individuali negligenti, imprudenti o gravemente imperite;

la sicurezza delle cure richiede anche l'individuazione delle responsabilità delle strutture, la raccolta dei dati sugli eventi avversi, l'analisi delle cause e l'adozione di misure correttive;

l'attività svolta in numerose strutture, come ad esempio nei DEA, si caratterizza per l'elevata complessità clinica e organizzativa, la necessità di assumere decisioni tempestive, la gestione di situazioni di emergenza e urgenza e l'esposizione a carichi di lavoro spesso particolarmente gravosi;

l'individuazione della struttura sanitaria quale unico destinatario dell'azione risarcitoria diretta può contribuire a ricondurre la gestione del rischio clinico e delle conseguenze economiche degli eventi avversi nell'ambito dell'organizzazione sanitaria, valorizzando la responsabilità della struttura per le condizioni nelle quali vengono erogate le prestazioni e al contempo abbattendo i costi correlati alla medicina difensiva;

è necessario infatti tutelare il professionista da iniziative risarcitorie individuali che possano incidere sulla serenità dell'esercizio professionale, pur preservando ovviamente l'accertamento delle condotte, l'eventuale responsabilità individuale nei rapporti con la struttura e il diritto del paziente a una tutela piena ed effettiva,

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di accompagnare le misure recata dal provvedimento in esame con ulteriori iniziative normativa volte a disciplinare l'azione risarcitoria in materia di responsabilità sanitaria prevedendo, con particolare riferimento al personale operante presso i dipartimenti di emergenza e accettazione e previa verifica della compatibilità con il quadro normativo vigente, che l'azione risarcitoria diretta del paziente sia esperibile nei confronti della struttura sanitaria, pubblica o privata, presso cui è stata resa la prestazione, anziché direttamente nei confronti del singolo professionista, senza che sia pregiudicato il diritto del paziente all'accertamento dei fatti, alla piena tutela giurisdizionale e al risarcimento del danno, assicurando adeguati strumenti di trasparenza, tracciabilità e gestione dei sinistri;

ad adottare ogni iniziativa di competenza al fine di promuovere il rafforzamento dei sistemi di gestione del rischio clinico e di prevenzione degli eventi avversi, nonché la chiara individuazione delle responsabilità organizzative delle strutture sanitarie, affinché le criticità derivanti da carenze di personale, sovraccarichi di lavoro o insufficienze organizzative non ricadano esclusivamente sui singoli professionisti.

9/2700-A/**42**. Alifano.

La Camera,

premesso che:

il Servizio sanitario nazionale è interessato da una persistente e crescente

carenza di personale infermieristico che incide negativamente sulla capacità delle strutture sanitarie di garantire livelli adeguati di assistenza, continuità dei servizi e riduzione dei tempi di attesa;

la carenza di infermieri rappresenta una criticità strutturale che interessa l'intero territorio nazionale e determina significative difficoltà organizzative per le aziende sanitarie e ospedaliere;

tale situazione ha favorito negli anni il crescente ricorso a forme di reclutamento temporaneo attraverso i cosiddetti « gettonisti », con effetti distorsivi sull'organizzazione del lavoro, maggiori oneri per il Servizio sanitario nazionale e minore continuità assistenziale;

l'attuale quadro normativo non definisce chiaramente la possibilità per gli enti del Servizio sanitario nazionale di ricorrere, in modo diretto, a collaborazioni libero-professionali con infermieri titolari di partita IVA, rendendo spesso necessario il ricorso a soggetti intermediari, quali soggetti terzi o altri operatori esterni, con conseguenti maggiori costi organizzativi e gestionali;

per il personale medico, invece, l'ordinamento già consente alle aziende e agli enti del Servizio sanitario nazionale di conferire incarichi di lavoro autonomo e di collaborazione libero professionale, favorendo un reclutamento più rapido e diretto delle professionalità necessarie;

l'estensione di analoghi strumenti di reclutamento diretto al personale infermieristico attraverso rapporti libero-professionali contribuirebbe a rafforzare la capacità di risposta delle strutture sanitarie, assicurando maggiore flessibilità organizzativa e una più efficiente gestione delle risorse umane;

tale soluzione determinerebbe altresì una riduzione del costo complessivo del lavoro per gli enti del Servizio sanitario nazionale, in ragione della diversa incidenza degli oneri contributivi rispetto ad altre forme di collaborazione, consentendo di destinare maggiori risorse all'ampliamento del numero delle professionalità reclutabili,

impegna il Governo

ad accompagnare l'intervento recato dal provvedimento in esame con ulteriori iniziative normative di competenza volte a disciplinare, nel primo provvedimento utile e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica, il ricorso, da parte degli enti del Servizio sanitario nazionale, al reclutamento diretto del personale infermieristico libero professionale mediante incarichi di lavoro autonomo e di collaborazione libero-professionale, secondo modalità analoghe a quelle già previste per il personale medico, prevedendo tali modalità in aggiunta a quelle di reclutamento già disciplinate dall'ordinamento, anche al fine di contenere il ricorso al reclutamento tramite soggetti intermediari e di ridurre il fenomeno dei cosiddetti « gettonisti ».

9/2700-A/**43**. Ciocchetti.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame interviene in materia di formazione sanitaria specialistica, con l'obiettivo di valorizzare le competenze professionali e favorire la disponibilità di professionisti adeguatamente formati per rispondere ai bisogni di salute della popolazione;

l'evoluzione del quadro epidemiologico, l'incremento delle patologie croniche e il progressivo invecchiamento della popolazione determinano bisogni assistenziali sempre più complessi, che richiedono lo sviluppo di competenze specifiche e percorsi formativi adeguati;

la professione sanitaria di infermiere riveste un ruolo centrale nell'organizzazione e nell'erogazione dell'assistenza sanitaria, contribuendo alla presa in carico della persona lungo l'intero percorso assistenziale, dalla prevenzione alla gestione della cronicità, fino all'assistenza territoriale e domiciliare;

il rafforzamento delle competenze infermieristiche costituisce un elemento rilevante per l'evoluzione dei modelli organizzativi e assistenziali, anche alla luce della necessità di assicurare una risposta appropriata e continuativa ai bisogni di salute e di favorire una maggiore integrazione tra ospedale e territorio;

la crescente complessità dei bisogni assistenziali rende necessario promuovere percorsi di formazione avanzata e specialistica anche per la professione infermieristica, al fine di sviluppare professionalità dotate di competenze specifiche nei diversi ambiti dell'assistenza;

la valorizzazione delle specializzazioni infermieristiche può contribuire a rafforzare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni, a sostenere l'innovazione dei modelli assistenziali e a rispondere in modo più efficace alle esigenze emergenti del Servizio sanitario nazionale;

il riconoscimento e la valorizzazione delle competenze specialistiche rappresentano, altresì, un'opportunità per favorire lo sviluppo professionale degli infermieri, accrescere l'attrattività della professione e promuovere una più efficace utilizzazione delle competenze all'interno del sistema sanitario;

sia opportuno estendere alla professione sanitaria di infermiere gli interventi volti al potenziamento della formazione sanitaria specialistica, promuovendo percorsi formativi coerenti con l'evoluzione dei bisogni di salute della popolazione e con le esigenze organizzative e assistenziali del Servizio sanitario nazionale,

impegna il Governo

ad accompagnare gli interventi recati dal provvedimento in esame con l'adozione, nell'ambito delle proprie competenze e nel rispetto della normativa vigente, di iniziative volte a valorizzare e sviluppare la formazione specialistica della professione sanitaria di infermiere, promuovendo percorsi formativi finalizzati all'acquisizione di competenze avanzate e specifiche, in coerenza con l'evoluzione del quadro epidemiologico, con il progressivo invecchiamento della popolazione e con la crescente complessità dei bisogni assistenziali, al fine di rafforzare la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza e rispondere in maniera sempre più efficace alle esigenze di salute dei cittadini.

9/2700-A/**44**. Pretto.

La Camera,

premesso che:

il riordino delle professioni sanitarie deve essere orientato alla tutela della salute, alla qualità e sicurezza delle prestazioni, alla valorizzazione delle competenze e al riconoscimento del contributo che ciascuna professione apporta al funzionamento del Servizio sanitario nazionale;

le professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, rappresentate dalla Federazione nazionale degli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, svolgono funzioni essenziali nell'ambito della diagnostica, della riabilitazione, della prevenzione, dell'assistenza e della promozione della salute;

la legge 26 febbraio 1999, n. 42, e la legge 10 agosto 2000, n. 251, hanno contribuito a definire l'autonomia professionale e il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie, superando una concezione meramente ausiliaria delle relative funzioni;

l'evoluzione dei bisogni di salute e delle tecnologie richiede un aggiornamento delle competenze professionali, che deve tuttavia essere fondato su criteri trasparenti, sull'individuazione delle attività interessate, sulla verifica della formazione necessaria e sul rispetto dei titoli abilitanti;

il riordino delle professioni sanitarie non può determinare sovrapposizioni di competenze, attribuzioni improprie di attività o nuove riserve professionali a danno

di professionisti già abilitati, né può consentire che certificazioni dell'esperienza o disposizioni organizzative aziendali si traducano in un'estensione surrettizia delle attività esercitabili in assenza dei necessari requisiti formativi e abilitanti;

la definizione dei decreti legislativi attuativi della delega deve essere accompagnata da un confronto effettivo con le Federazioni nazionali, gli Ordini professionali e le Commissioni di albo interessate, affinché le scelte normative siano fondate sulla conoscenza delle attività concretamente svolte e delle relative responsabilità, senza attribuire agli organismi rappresentativi un potere di veto, ma assicurando che le loro osservazioni siano acquisite e valutate in modo trasparente;

la valorizzazione delle professioni sanitarie richiede, inoltre, percorsi di carriera coerenti con le competenze acquisite e con le responsabilità esercitate, attraverso un'articolazione della dirigenza delle professioni sanitarie per aree professionali e un'offerta di formazione specialistica post-base che consenta lo sviluppo di competenze cliniche, tecnico-diagnostiche, tecnico-assistenziali, riabilitative e preventive,

impegna il Governo

ad adottare in sede di attuazione del presente provvedimento e nell'ambito di futuri interventi normativi, ogni iniziativa di competenza, volta a:

garantire la tutela dell'autonomia professionale e del campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, prevedendo che ogni modifica delle attribuzioni professionali individui espressamente le attività interessate, i titoli abilitanti richiesti e gli eventuali percorsi formativi integrativi, sulla base dei bisogni di salute e delle evidenze scientifiche;

escludere che il riordino delle professioni sanitarie, la ricognizione delle competenze o la certificazione dell'esperienza possano sostituire il titolo abilitante e l'iscrizione all'Albo quando prescritti, ovvero consentire l'esercizio di attività proprie di una diversa professione sanitaria senza i necessari requisiti, salvaguardando al contempo la possibilità di aggiornare e sviluppare le competenze attraverso percorsi formativi adeguati;

prevedere l'acquisizione del parere delle Federazioni nazionali e degli Ordini nazionali interessati sugli schemi dei decreti legislativi attuativi, con il coinvolgimento delle rispettive Commissioni di albo nazionali per le professioni appartenenti a Ordini articolati in più albi, assicurando tempi certi per la consultazione e la trasmissione alle Camere dei pareri acquisiti, unitamente a una relazione sulle motivazioni dell'eventuale mancato accoglimento delle osservazioni formulate;

promuovere una più chiara articolazione della dirigenza delle professioni sanitarie per aree professionali, prevedendo funzioni di direzione tecnico-professionale coerenti con le aree tecnico-sanitaria, della riabilitazione e della prevenzione, affidate a professionisti in possesso dei requisiti previsti e appartenenti all'area di riferimento, assicurando la loro partecipazione alle decisioni aziendali relative ai fabbisogni, all'organizzazione del lavoro, alla formazione e alla valutazione della qualità delle prestazioni;

favorire lo sviluppo di percorsi universitari magistrali a indirizzo specialistico e clinico pertinenti ai singoli profili professionali, distinti dai percorsi prevalentemente gestionali e orientati alle competenze tecnico-diagnostiche, tecnico-assistenziali, riabilitative e preventive, definendo in modo trasparente gli esiti professionali dei percorsi e il loro valore ai fini dell'accesso agli incarichi specialistici, nel rispetto dei titoli abilitanti già conseguiti e dell'autonomia organizzativa regionale;

promuovere criteri uniformi e procedure selettive trasparenti per il conferimento degli incarichi di direzione, valorizzando la formazione post-base pertinente e assicurando che l'organizzazione delle funzioni dirigenziali e specialistiche avvenga senza pregiudicare la qualità dei servizi erogati;

emanare un atto di indirizzo nazionale concordato con la Conferenza Stato-regioni che definisca criteri uniformi per la valorizzazione di tutte le professioni coinvolte nei percorsi di emergenza-urgenza, al fine di evitare differenziazioni economiche sproporzionate tra professionisti che operano nello stesso contesto organizzativo e sono sottoposti alle medesime condizioni di disagio e pressione lavorativa;

istituire presso il Ministero della salute un Tavolo nazionale permanente sulle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, con la partecipazione della Federazione nazionale degli Ordini TSRM e PSTRP, delle regioni e delle organizzazioni sindacali;

predisporre un Piano straordinario di valorizzazione delle professioni sanitarie tecniche, comprendente misure economiche, percorsi di carriera e incentivi per le aree maggiormente esposte alla carenza di personale.

9/2700-A/**45**. Iaria.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame conferisce al Governo una delega in materia di professioni sanitarie e di responsabilità professionale, offrendo l'opportunità di aggiornare la disciplina degli ordinamenti professionali in coerenza con l'evoluzione delle competenze, dei percorsi formativi e dei bisogni di salute della popolazione;

l'articolo 6 declina i principi e criteri direttivi specifici per la revisione della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie di cui alla legge 11 gennaio 2018, n. 3, con lo scopo di intervenire sulle competenze e sulla scadenza dei mandati degli organi e di introdurre misure volte a valorizzare il ruolo degli ordini professionali quali organi sussidiari dello Stato;

in sede referente, tra i princìpi e criteri direttivi specifici volti alla revisione della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie, è stata introdotta la nuova lettera *a-bis)*, in base ad un emendamento presentato dal gruppo del M5S, che introduce il voto ponderato per il Consiglio nazionale degli psicologi, già previsto per le professioni sanitarie di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato del 13 settembre 1946, n. 233;

sarebbe stato auspicabile, sempre con riguardo alla professione di psicologo, il superamento della distinzione dell'Albo in sezione A e sezione B, prevedendo una sola sezione A e la collocazione degli attuali iscritti alla Sezione B in un elenco a esaurimento presso il Consiglio nazionale dell'Ordine degli psicologi;

la questione dell'articolazione dell'Albo nasce alla luce dell'evoluzione della professione dello psicologo, della necessità di rendere più chiara la distinzione tra i percorsi formativi e le competenze professionali e dell'esigenza di assicurare un ordinamento coerente con le responsabilità connesse all'esercizio delle attività proprie della professione di psicologo;

un eventuale riordino dell'Albo deve essere accompagnato da una disciplina chiara, che salvaguardi le posizioni degli iscritti, definisca le modalità di collocazione nell'elenco a esaurimento e garantisca certezza rispetto ai titoli posseduti, alle competenze esercitabili e ai diritti professionali già acquisiti, garantendo anche che i trattamenti economici risultino coerenti con l'evoluzione delle attività professionali e con i principi di equo compenso,

impegna il Governo

ad adottare, in sede di attuazione del presente provvedimento e nell'ambito di futuri interventi normativi, ogni iniziativa di competenza, utile a:

procedere a un riordino della disciplina della professione di psicologo, considerando il superamento dell'attuale articolazione dell'Albo in sezione A e sezione B e l'eventuale istituzione di un elenco a esaurimento per gli iscritti alla sezione B, previa verifica degli effetti ordinamentali, formativi e professionali della misura e nel

rispetto dei diritti acquisiti, della certezza giuridica e della tutela degli utenti;

promuovere, a tal fine, un confronto con il Consiglio nazionale dell'Ordine degli psicologi, le rappresentanze professionali e le istituzioni formative interessate, per individuare una disciplina transitoria che chiarisca le condizioni di permanenza nell'elenco a esaurimento, le competenze esercitabili e le garanzie applicabili agli iscritti già presenti nella sezione B;

valutare, inoltre, l'aggiornamento dell'Allegato 1, Tabella C, di cui al decreto 19 luglio 2016, n. 165, richiamato dalla legge 21 aprile 2023, n. 49, verificando la congruità dei relativi riferimenti economici rispetto all'evoluzione delle prestazioni professionali.

9/2700-A/**46**. Ferrara.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame reca una delega al Governo per intervenire in materia di professioni sanitarie, con l'obiettivo di valorizzare il personale, migliorare l'organizzazione dei servizi e rafforzare l'efficienza del Servizio sanitario nazionale;

la carenza di personale sanitario e la difficoltà di garantire un'equa distribuzione dei professionisti sul territorio rappresentano criticità particolarmente rilevanti nelle aree interne, nei territori montani e nei comuni caratterizzati da maggiori difficoltà di accesso ai servizi;

le province di Caserta e Benevento presentano realtà territoriali differenti, con particolare riferimento alle aree interne del Sannio e dell'Alto Casertano, nelle quali la distanza dalle strutture sanitarie e la disponibilità di personale possono incidere concretamente sulla tempestività e sulla continuità dell'assistenza;

il rafforzamento dell'attrattività delle professioni sanitarie e la valorizzazione delle competenze devono accompagnarsi a misure che favoriscano la permanenza dei professionisti nelle sedi maggiormente disagiate e garantiscano ai cittadini livelli adeguati di assistenza;

è altresì necessario assicurare che il miglioramento dell'organizzazione sanitaria contribuisca alla riduzione delle liste d'attesa e a una più equilibrata distribuzione delle risorse umane disponibili,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di adottare, in sede di attuazione del presente provvedimento e nell'ambito di futuri interventi normativi, ogni iniziativa di competenza, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, nell'ambito delle risorse disponibili e nel rispetto delle competenze delle regioni e delle province autonome, volta a:

prevedere criteri e strumenti volti a rafforzare la presenza e la permanenza del personale sanitario nelle aree interne e nelle sedi assistenziali maggiormente esposte a carenze di organico, anche attraverso percorsi di valorizzazione professionale e organizzativa che tengano conto delle distanze dalle strutture ospedaliere e delle specificità demografiche e orografiche dei territori;

promuovere, nell'ambito degli strumenti di monitoraggio del Servizio sanitario nazionale, una rilevazione periodica delle carenze di personale e delle criticità nell'accesso alle prestazioni, con particolare attenzione alle aree interne quali le province di Caserta e Benevento, al fine di orientare la programmazione del personale e l'organizzazione dei servizi verso il miglioramento della continuità assistenziale e la riduzione dei tempi di attesa, affinché i benefici della riforma siano percepibili anche dai cittadini residenti nei territori più distanti dai principali poli ospedalieri.

9/2700-A/**47**. Cerreto.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame reca una disciplina di delega al Governo in materia

di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;

nello specifico, i princìpi e i criteri direttivi di delega concernono, tra l'altro, il riordino delle specializzazioni della professione di psicologo, nonché la formazione sanitaria specialistica, con particolare riferimento, tra l'altro, alla stessa professione di psicologo, per la quale si enuncia l'obiettivo di soddisfare la necessità di disporre di professionisti che abbiano competenze specifiche riconosciute – in coerenza con le esigenze del Servizio sanitario nazionale – mediante la razionalizzazione e l'eventuale aggiornamento dell'attuale assetto dei percorsi formativi;

la riforma delle professioni sanitarie rappresenta oggi un passaggio strategico e fondamentale per la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale e, in quanto tale, necessita di essere affrontata adottando un approccio sistemico e sistematico rispetto al tema della salute, il quale riconosca tra le priorità sanitarie esistenti a livello nazionale, europeo e internazionale la salute psicologica;

al contrario, nel provvedimento in esame non risulta presente alcuna analisi relativa ai nuovi bisogni di salute, tra i quali assumono un ruolo emergenziale la salute mentale, il benessere psicologico e la dimensione socio-affettiva della persona, bisogni sempre più demandati alla libera professione, generando importanti disuguaglianze di accesso alle cure;

la legge n. 3 del 2018 ha ricompreso a pieno titolo la professione di psicologo tra le professioni sanitarie, in quanto finalizzata alla tutela della salute mentale, al benessere psicofisico e al miglioramento della qualità della vita delle persone. Tuttavia, le discipline psicologiche hanno maturato competenze, strumenti e ambiti di intervento specifici, non sovrapponibili a quelli di altre professioni sanitarie mediche o non mediche. Inoltre, la professione psicologica non costituisce una declinazione della professione medica e, in quanto tale, non può essere assimilata a modelli di cura esclusivamente biologici, mentre richiede di essere inserita strutturalmente nel Servizio sanitario nazionale, con funzioni proprie e specifiche in materia di tutela della salute mentale, del benessere psicofisico e della qualità della vita della persona;

il rilievo progressivamente maggiore ricoperto dalla professione dello psicologo richiede, altresì, un potenziamento della formazione psicologica, la quale appare oggi caratterizzata da una sovrapproduzione di laureati, dalla svalutazione della professione, nonché dall'assenza di specializzazioni psicologiche riconosciute nel Servizio sanitario nazionale oltre alla psicoterapia ed a quelle equipollenti. Ciò rende pertanto necessario un riordino complessivo del percorso formativo, in piena coerenza con i bisogni del sistema sanitario pubblico,

impegna il Governo

ad accompagnare le disposizioni previste dal provvedimento in esame con ulteriori iniziative di competenza volte a:

completare la riforma delle professioni del Servizio sanitario nazionale attraverso il pieno riconoscimento della salute psicofisica e del benessere psicologico quali componenti essenziali della salute umana e l'integrazione strutturale della professione psicologica nel SSN, quale condizione necessaria per garantire l'equità di accesso alle cure, la qualità e la completezza dell'assistenza, nonché la sostenibilità del sistema sanitario nel medio e lungo periodo;

strutturare, nel Servizio sanitario nazionale, la figura degli psicologi specializzandi in psicoterapia o in altri corsi *post* laurea equipollenti, in piena coerenza con gli obiettivi di potenziamento della formazione psicologica recati dal provvedimento in esame, nonché dei bisogni del sistema sanitario pubblico, anche mediante l'istituzione di corsi di formazione che favoriscano l'acquisizione delle *soft skill* e delle competenze trasversali.

9/2700-A/**48**. D'Alessio.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame interviene per potenziare il Servizio sanitario nazionale e assicurare la disponibilità delle risorse umane necessarie a garantire i livelli essenziali di assistenza nel rispetto dei princìpi della dignità e della centralità della persona e dei bisogni del malato;

il provvedimento contiene princìpi e criteri direttivi specifici per l'adozione di misure in favore del personale sanitario, per lo sviluppo delle sue competenze professionali e per il riconoscimento del suo valore;

il personale del SSN è parte di aziende altamente complesse, guidate da direttori generali, sanitari e amministrativi ai quali la legge impone enormi responsabilità e richiede qualifiche di altissimo livello;

il compenso economico di queste figure gestionali non viene rideterminato da oltre venticinque anni, non è mai stato adeguato all'inflazione ed è bloccato alle indicazioni di importo massimo fissato nel 2001 da disciplina statale;

il protrarsi di tale mancato aggiornamento ha determinato una progressiva erosione del valore reale del trattamento economico di queste figure altamente specializzate sul piano manageriale;

la nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie è in capo alle regioni, che possono selezionare i professionisti tra gli idonei all'incarico facenti parte dell'Elenco nazionale istituito presso il Ministero della salute e regolato dal decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, e successive modificazioni;

il limite del compenso dei direttori generali è fissato dall'articolo 1, comma 5, secondo alinea, primo periodo, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502 (poi modificato dall'articolo 1, comma 1, lettera *c)*), del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 31 maggio 2001, n. 319);

appare pertanto necessario consentire alle regioni di adeguare i suddetti compensi alle responsabilità connesse all'incarico, alle responsabilità e alle esigenze di gestione delle aziende e degli enti interessati,

impegna il Governo

ad accompagnare le misure recate dal provvedimento in esame, nei successivi interventi sulla riorganizzazione del personale sanitario o auspicabilmente nella prossima sessione di bilancio, con ulteriori iniziative, anche normative, volte a:

rideterminare il trattamento economico complessivo dei direttori generali delle aziende sanitarie, dei policlinici universitari, delle aziende con facoltà di medicina, delle aziende istituite ai sensi del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, degli Irccs, delle aziende di coordinamento e delle agenzie sanitarie regionali;

mantenendo ferma l'autonomia regionale nella determinazione dei trattamenti economici, consentire alle regioni di superare il limite previsto dalla disciplina statale, senza fissare un nuovo importo massimo nella disposizione proposta;

valorizzare le figure manageriali di aziende altamente complesse, nelle quali i dirigenti responsabili sono quotidianamente chiamati a coniugare la tutela della salute pubblica con rigidi vincoli economici, gestendo al contempo una rete altamente differenziata di professionisti e tecnologie.

9/2700-A/**49**. Ciancitto.

La Camera,

premesso che:

il disegno di legge in esame delega il Governo ad avviare un processo di revisione del sistema delle professioni sanitarie, al fine di adeguarlo all'evoluzione dei bisogni assistenziali e valorizzare le competenze dei professionisti;

l'incidenza delle patologie croniche e l'invecchiamento della popolazione, uni-

tamente alle difficoltà di accesso all'assistenza primaria, anche a causa della carenza di medici di medicina generale, determinano una crescente pressione sui servizi sanitari, in particolare su quelli di emergenza-urgenza;

in tale contesto, anche alla luce delle esperienze maturate in altri Paesi, la figura del farmacista clinico di pronto soccorso può contribuire a migliorare l'appropriatezza e la sicurezza delle terapie farmacologiche, favorendo l'integrazione delle competenze professionali e una più efficiente gestione dei percorsi assistenziali, nonché la riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso e delle visite specialistiche ed esami diagnostici non necessari,

impegna il Governo

ad adottare, in sede di attuazione del presente provvedimento e nell'ambito di futuri interventi normativi, ogni iniziativa di competenza, volta al riconoscimento e alla valorizzazione della figura del farmacista clinico di pronto soccorso, anche attraverso l'aggiornamento della disciplina recata dal regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e la definizione di specifici percorsi formativi.

9/2700-A/**50**. Matone, Loizzo.

La Camera,

premesso che:

l'articolo 4 prevede, alla lettera *a)* tra i principi e criteri direttivi specifici per lo sviluppo delle competenze professionali del personale sanitario, l'attualizzazione delle competenze professionali rispetto all'evoluzione dei bisogni sanitari della popolazione;

la Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (Convenzione di Istanbul), ratificata dall'Italia con legge n. 77 del 2013, costituisce un riferimento giuridico vincolante;

la Convenzione di Istanbul, all'articolo 15 impegna gli Stati a fornire o rafforzare un'adeguata formazione alle figure professionali che entrano in contatto con le vittime di violenza, con particolare riguardo alla prevenzione di tali violenze, ai bisogni e i diritti delle vittime, e alla prevenzione della vittimizzazione secondaria;

la legge n. 181 del 2 del dicembre 2025 (Introduzione del delitto di femminicidio e altri interventi normativi per il contrasto alla violenza nei confronti delle donne e per la tutela delle vittime), all'articolo 8, comma 2, prevede che l'aggiornamento periodico dei professionisti sanitari sia realizzato anche attraverso il conseguimento di crediti formativi per acquisire una specifica conoscenza professionale in materia di contrasto alla violenza sulle donne e alla violenza domestica;

esperienze già adottate nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, quali, tra le altre, il Soccorso Violenza Sessuale e Domestica (SVSeD) della Clinica Mangiagalli della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, lo Sportello Donna H24 all'interno del Pronto soccorso dell'Ospedale San Camillo di Roma, gestito dalla cooperativa Be Free, il Centro antiviolenza S.O.S. LEI del Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS di Roma, gestito dall'associazione Assolei, e il Codice Rosa, nato presso l'Ospedale Misericordia di Grosseto – la cui « Stanza Rosa » è stata visitata dal Presidente della Repubblica il 17 settembre 2026 – e successivamente sviluppato come rete regionale in Toscana, evidenziano quanto l'efficacia della risposta sanitaria nei casi di violenza sessuale e domestica dipenda dalla formazione del personale preposto al primo contatto, dalla presenza di équipe multidisciplinari e dalla collaborazione con i centri antiviolenza e i servizi territoriali, al fine di garantire alle persone che hanno subito violenza percorsi individualizzati di accoglienza, assistenza e presa in carico,

impegna il Governo

ad accompagnare le disposizioni previste dal provvedimento in esame con ulteriori iniziative di competenza volte a:

dare piena attuazione alle disposizioni previste dall'articolo 8, comma 2, della legge

n. 181 del 2 del dicembre 2025, al fine di rafforzare la diffusione della formazione del personale sanitario in materia di contrasto alla violenza sulle donne e alla violenza domestica;

promuovere, anche attraverso la valorizzazione di esperienze già sviluppate nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e d'intesa con le regioni, la diffusione di programmi formativi e di percorsi multidisciplinari di presa in carico su tutto il territorio nazionale.

9/2700-A/**51**. Zanella, Bonelli, Borrelli, Dori, Fratoianni, Ghirra, Grimaldi, Mari, Piccolotti, Zaratti.

La Camera,

premesso che:

l'articolo 4 del provvedimento in esame, reca principi e criteri direttivi specifici per lo sviluppo delle competenze professionali del personale sanitario, l'aggiornamento delle stesse competenze professionali rispetto all'evoluzione dei bisogni sanitari della popolazione, nonché alla lettera *h)* l'individuazione 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, per la promozione dell'esercizio fisico strutturato quale strumento per il benessere fisico e mentale della persona;

l'articolo 41 del decreto legislativo 28 febbraio 2021, n. 36, riconosce al chinesiologo delle attività motorie preventive e adattate, in possesso della laurea magistrale LM-67, la progettazione e la conduzione di programmi di esercizio fisico finalizzati alla prevenzione, al mantenimento dell'efficienza fisica e al recupero funzionale post-riabilitativo in condizioni clinicamente controllate e stabilizzate;

secondo quanto riferito dal Comitato Italiano Scienze Motorie (CISM), nel 2022 è stata avviata, presso la Direzione Generale delle professioni sanitarie delle risorse umane del Ministero della salute, la procedura per l'individuazione del Chinesiologo LM-67 quale nuova professione sanitaria;

nel marzo 2023 il Comitato sarebbe stato audito dal Consiglio Superiore di Sanità e, nel luglio 2023, la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni avrebbe espresso parere favorevole,

impegna il Governo

ad adottare, in sede di attuazione del presente provvedimento e nell'ambito di futuri interventi normativi, ogni iniziativa utile a dare seguito e portare a conclusione, per quanto di competenza, il procedimento relativo all'individuazione del chinesiologo delle attività motorie preventive e adattate quale professione sanitaria.

9/2700-A/**52**. Borrelli, Bonelli, Dori, Fratoianni, Ghirra, Grimaldi, Mari, Piccolotti, Zanella, Zaratti.

La Camera,

premesso che:

il disegno di legge in esame prevede all'articolo 3, lettera *h)*, 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, 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 ovvero presso la regione o provincia autonoma territorialmente competente;

la norma di delega pone i suddetti obbligo e condizione quali requisiti necessari per l'avvio o la prosecuzione dell'attività lavorativa in deroga;

tale disposizione rischia quindi di intervenire rispetto a situazioni giuridiche in essere, facenti capo a professionisti che operano in deroga al riconoscimento delle qualifiche professionali oramai già consolidate sulla base della normativa straordinaria di contenuto derogatorio di cui all'articolo 15 del decreto-legge n. 34 del 2023;

sulla base della predetta normativa sono attualmente vigenti centinaia di contratti a tempo determinato sino al 31 dicembre 2029 concernenti professionisti che stanno svolgendo prestazioni sanitarie commissionate dalle strutture sanitarie locali in termini coerenti con il quadro normativo vigente;

è quindi di tutta evidenza la difficoltà di applicazione di una disposizione che sottopone detto personale medico extra UE ad accertamenti inerenti la conoscenza della lingua rispetto a contratti in corso, come detto aventi durata sino al 31 dicembre 2029, e concernenti personale che, tra l'altro, in molti casi, ha già seguito specifici corsi di formazione – soprattutto linguistica nel caso dei professionisti che operano in alcune regioni – e che forniscono prestazioni di assoluta eccellenza, garantendo la sicurezza delle cure e l'adeguata comunicazione con i pazienti. L'esperienza maturata in questi anni ha infatti già dimostrato il livello assolutamente elevato delle prestazioni professionali rese;

l'iscrizione agli Ordini professionali comporterebbe poi – nei confronti del personale che oggi già opera in deroga al riconoscimento delle qualifiche professionali – oneri finanziari rilevanti non previsti in ambito contrattuale, e rispetto a cui sarebbero molteplici le criticità che dovrebbero affrontare professionisti che hanno pianificato la permanenza nel nostro Paese sulla base di corrispettivi e di oneri preventivamente concordati;

è inoltre importante rilevare che la disciplina ordinamentale della professione sanitaria dettata dagli stessi Consigli dell'Ordine, potrebbe non attagliarsi alla specificità delle prestazioni richieste al predetto personale, anche tenuto conto che non è chiarita la stessa disciplina che si vorrebbe imporre nell'ambito della riconduzione di detto personale agli elenchi speciali;

è quindi importante chiarire che l'iscrizione all'Ordine abbia comunque prevalentemente una finalità informativa e di trasparenza, che non incida sul riconoscimento regionale (o della provincia autonoma), come da disciplina derogatoria prevista dalla normativa vigente,

impegna il Governo

nell'esercizio della delega, a tenere conto di quanto riportato in premessa, escludendo dalla disciplina prevista dall'articolo 3, comma 1, lettera *h)*, i contratti già formalizzati prima dell'entrata in vigore della nuova normativa, non incidendo quindi su situazioni già consolidate sulla base della normativa straordinaria di contenuto derogatorio di cui all'articolo 15 del decreto-legge n. 34 del 2023, e prevedendo in ogni caso opportune iniziative volte a chiarire la finalità dell'iscrizione agli elenchi speciali straordinari degli Ordini, prevalentemente di tipo organizzativo e informativo, salvaguardando appieno la vigente disciplina derogatoria prevista dall'articolo 15 del decreto-legge n. 34 del 2023, che assegna alle regioni e alle province autonome il riconoscimento dei titoli.

9/2700-A/**53**. Bagnasco.

La Camera,

premesso che:

il disegno di legge in esame conferisce al Governo una delega in materia di professioni sanitarie, finalizzata anche a rafforzare il Servizio sanitario nazionale e ad assicurare un'adeguata disponibilità di personale sanitario sull'intero territorio nazionale;

l'articolo 3, comma 1, lettere *b)* e *c)*, prevede misure relative alla permanenza e alla valorizzazione professionale del personale sanitario che presta servizio nelle aree

disagiate, richiamando espressamente i territori delle isole minori marine;

anche le isole lagunari e lacustri possono presentare condizioni di particolare disagio connesse alle difficoltà dei collegamenti, alla mobilità del personale sanitario e all'accessibilità dei servizi, con conseguenze sulla continuità dell'assistenza alle comunità residenti;

il Comitato per la legislazione, nel parere espresso sul provvedimento, ha segnalato l'opportunità di precisare se nell'ambito delle aree disagiate di cui all'articolo 3, comma 1, lettere *b)* e *c)*, siano comprese, oltre alle isole minori, anche le isole lagunari e lacustri;

il disegno di legge A.S. 1837, recante misure per la tutela e lo sviluppo delle isole minori, distingue espressamente le isole marine da quelle lagunari e lacustri, riconoscendo le specificità territoriali di queste ultime,

impegna il Governo

a prevedere, nell'esercizio della delega legislativa di cui all'articolo 1, che nell'individuazione delle aree disagiate ai fini dell'applicazione delle misure previste dall'articolo 3, comma 1, lettere *b)* e *c)*, siano espressamente considerate anche le isole lagunari e lacustri che presentino particolari difficoltà di collegamento e di accessibilità ai servizi sanitari, al fine di favorire la permanenza del personale sanitario e garantire la continuità dell'assistenza alle comunità residenti, nel rispetto delle risorse disponibili a legislazione vigente.

9/2700-A/**54**. Gardini.

La Camera,

premesso che:

il disegno di legge A.C. 2700-A reca la delega al Governo in materia di professioni sanitarie, al fine di potenziare il Servizio sanitario nazionale e di assicurare la disponibilità delle risorse umane necessarie a garantire i livelli essenziali di assistenza;

l'osteopatia è stata riconosciuta come professione sanitaria dalla legge 11 gennaio 2018, n. 3; il decreto del Presidente della Repubblica 7 luglio 2021, n. 131 ne ha definito la figura e il profilo professionale; il decreto del Ministro dell'università e della ricerca 29 novembre 2023, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 16 febbraio 2024, ha definito l'ordinamento didattico del corso di laurea abilitante in Osteopatia; in sede di Conferenza Stato-regioni, il 18 dicembre 2025, è stata sancita l'intesa sui criteri per il riconoscimento dei titoli pregressi, con l'istituzione di elenchi speciali ad esaurimento presso la Federazione nazionale degli ordini TSRM e PSTRP;

nella fase attuativa del profilo professionale sono emerse interpretazioni applicative non omogenee sul territorio nazionale; in particolare, il riferimento di cui all'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica n. 131 del 2021 al « trattamento osteopatico di disfunzioni somatiche non riconducibili a patologie » è stato talvolta letto in senso riduttivo, anche come limitazione alla sola prevenzione primaria, con il rischio di generare criticità con altre professioni sanitarie, difformità nei percorsi assistenziali e disparità nell'accesso dei cittadini a servizi appropriati;

tale riferimento attiene all'oggetto dell'intervento (disfunzioni somatiche, ossia alterazioni delle funzioni non equivalenti a diagnosi patologiche) e non al profilo del paziente; lo stesso decreto del Presidente della Repubblica prevede infatti che l'osteopata operi anche in riferimento alla diagnosi di competenza medica e reindirizzi il paziente al medico inviante quando i sintomi persistono oltre i tempi previsti o peggiorano;

il profilo professionale definito dal decreto del Presidente della Repubblica n. 131 del 2021 colloca l'osteopata nell'area della prevenzione e del mantenimento della salute; tale collocazione, in coerenza con il Piano Nazionale della Prevenzione e con il Piano Nazionale della Cronicità, in-

teressa tutti i livelli della prevenzione (primaria, secondaria, terziaria e quaternaria), dalla promozione della salute nei soggetti sani al contributo al recupero funzionale e al miglioramento della qualità della vita nei pazienti che presentano patologie, in raccordo con la diagnosi di competenza medica;

attualmente l'attività osteopatica è svolta in larga parte nel circuito privato non convenzionato, e l'assenza di un inquadramento nei *setting* organizzativi in cui operano le professioni sanitarie, pur a fronte dell'articolo 3 del citato decreto del Presidente della Repubblican. 131 del 2021, ostacola l'integrazione nei percorsi assistenziali e la collaborazione strutturata con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti;

l'avvio dei corsi di laurea in Osteopatia rende urgente assicurare la sostenibilità e la qualità della formazione professionalizzante, la cui componente clinico-pratica è essenziale per la sicurezza dell'utenza; la mancanza di ambulatori e servizi strutturati di osteopatia nelle aziende sanitarie e nei policlinici universitari rende complessa l'individuazione di sedi di tirocinio adeguate, con il rischio di disomogeneità territoriali;

l'articolo 3, comma 1, lettera *g)*, del provvedimento, come modificato dalla Commissione, prevede una metodologia comune di pianificazione e previsione del numero degli operatori in formazione di tutte le professioni sanitarie, e l'articolo 4 valorizza le competenze professionali e la collaborazione interdisciplinare;

il decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, il Piano Nazionale della Prevenzione e il Piano Nazionale della Cronicità delineano un modello di assistenza territoriale fondato sulla presa in carico integrata, sulla prossimità e sul lavoro in team multiprofessionali, anche nelle Case della Comunità,

impegna il Governo

nell'esercizio della delega di cui all'articolo 1 del provvedimento in esame, o nell'ambito di futuri interventi normativi, e nel rispetto del riparto di competenze tra Stato e regioni e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, ad adottare ogni iniziativa di competenza volta a:

definire, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, indirizzi di chiarimento del profilo professionale dell'osteopata e dei relativi ambiti di intervento, al fine di garantire uniformità applicativa sul territorio nazionale, confermando la collocazione dell'osteopata lungo tutti i livelli della prevenzione (primaria, secondaria, terziaria e quaternaria), in coerenza con il Piano Nazionale della Prevenzione e con il Piano Nazionale della Cronicità, ferma restando la competenza medica della diagnosi;

prevedere modelli organizzativi per l'inserimento progressivo dell'osteopata nei *setting* territoriali e ambulatoriali del Servizio Sanitario Nazionale e nelle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate, in coerenza con il DM n. 77 del 2022, promuovendone l'integrazione nei team multiprofessionali e nei percorsi assistenziali, anche mediante protocolli operativi di raccordo con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, nel rispetto dei confini di competenza delle altre professioni sanitarie e della sicurezza delle cure, valorizzandone il contributo alle attività di prevenzione, nei suoi diversi livelli, e alla presa in carico della cronicità e della fragilità;

individuare, in raccordo con il Ministero dell'università e della ricerca, il Ministero della salute e le regioni, criteri e standard nazionali per l'accreditamento di una rete di sedi formative e di tirocinio clinico-pratico, anche mediante l'attivazione progressiva e sperimentale di ambulatori e servizi dedicati o integrati, assicurando requisiti uniformi di qualità, sicurezza, tutoraggio e supervisione multiprofessionale;

includere la professione di osteopata nella metodologia di pianificazione di cui all'articolo 3, comma 1, lettera *g)*, e promuovere, con le istituzioni competenti, un

sistema di monitoraggio e censimento che consenta di conoscere numero e distribuzione territoriale dei professionisti e di programmare in modo coerente l'offerta formativa, la rete dei tirocini e l'integrazione nei servizi.

9/2700-A/**55**. Panizzut, Loizzo.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame reca una disciplina di delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;

nello specifico, i princìpi e i criteri direttivi di delega concernono, tra l'altro, il riordino delle specializzazioni della professione di psicologo, nonché la formazione sanitaria specialistica, con particolare riferimento, tra l'altro, alla stessa professione di psicologo, per la quale si enuncia l'obiettivo di soddisfare la necessità di disporre di professionisti che abbiano competenze specifiche riconosciute – in coerenza con le esigenze del Servizio sanitario nazionale – mediante la razionalizzazione e l'eventuale aggiornamento dell'attuale assetto dei percorsi formativi;

la tutela della salute psicologica costituisce una componente essenziale del diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione, e assume una rilevanza crescente nell'ambito delle politiche sanitarie, anche in considerazione dell'incremento dell'attenzione verso il benessere psicologico, della diffusione di situazioni di disagio e fragilità e della necessità di intervenire tempestivamente sui fattori di rischio, prevenendo l'aggravamento delle condizioni di sofferenza e le conseguenti ricadute sanitarie, sociali ed economiche;

la domanda di prestazioni psicologiche riguarda una pluralità di ambiti e fasce della popolazione e non si esaurisce nel trattamento dei disturbi mentali, comprendendo, al contrario, anche la prevenzione, il sostegno nelle fasi di particolare vulnerabilità, gli interventi in età evolutiva, il supporto alle famiglie e alle persone con patologie croniche o disabilità, nonché la necessità di assistenza nei contesti scolastici, lavorativi e sociali;

particolare attenzione richiedono, infatti, i minori e i giovani, per i quali l'individuazione precoce delle situazioni di disagio e la tempestività dell'intervento possono contribuire a prevenire l'evoluzione delle difficoltà psicologiche in condizioni più complesse, riducendo il rischio di interruzione dei percorsi scolastici e relazionali e di ricorso tardivo ai servizi specialistici;

secondo il Rapporto sulla salute mentale del Ministero della salute, nel corso del 2024 sono state assistite dai servizi specialistici 845.516 persone e 272.497 persone sono entrate in contatto per la prima volta nell'anno con i Dipartimenti di salute mentale. Nello stesso periodo, i servizi territoriali hanno erogato oltre 10 milioni di prestazioni, delle quali il 7,4 per cento riconducibile ad attività psicologica e psicoterapica, nell'ambito del complesso degli interventi rilevati;

il Servizio sanitario nazionale assicura prestazioni psicologiche e psicoterapeutiche attraverso una pluralità di strutture e servizi, tra i quali i Dipartimenti di salute mentale, i consultori familiari, i servizi per l'età evolutiva, le strutture ospedaliere e i servizi territoriali. Tuttavia, la disponibilità concreta delle prestazioni, le modalità di accesso e la continuità dei percorsi assistenziali possono differire tra territori, rendendo necessario un rafforzamento del coordinamento tra le diverse realtà e della capacità di presa in carico;

in tale contesto, la presenza di professionisti adeguatamente formati costituisce una condizione indispensabile al fine di garantire l'effettiva accessibilità delle prestazioni, mentre si rende necessaria una ricognizione aggiornata dei professionisti impiegati nei servizi pubblici, delle prestazioni erogate, dei tempi di accesso, delle liste di attesa, della distribuzione territoriale delle strutture e dei bisogni assisten-

ziali non soddisfatti, al fine di individuare le principali criticità e orientare gli interventi di potenziamento;

la continuità e l'efficienza della presa in carico richiedono, inoltre, un coordinamento stabile tra psicologi, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, neuropsichiatri infantili, psichiatri, consultori e servizi sociali, nonché con gli altri professionisti coinvolti nei percorsi assistenziali, con particolare riferimento alle situazioni di maggiore complessità, quali i minori, i giovani e le persone che necessitano di interventi prolungati o multidisciplinari,

impegna il Governo:

a promuovere, nell'attuazione della delega di cui al presente provvedimento e nel rispetto delle competenze regionali, una ricognizione aggiornata del fabbisogno di psicologi nel Servizio sanitario nazionale, con particolare riferimento ai servizi territoriali, ai consultori, ai Dipartimenti di salute mentale, ai servizi per l'età evolutiva e alle strutture ospedaliere, al fine di orientare la programmazione formativa alle esigenze rilevate e favorire percorsi integrati di accesso e presa in carico, con particolare attenzione ai minori e ai giovani;

a favorire l'individuazione di indicatori omogenei e modalità uniformi di rilevazione delle prestazioni psicologiche, al fine di rendere confrontabili i dati tra territori, monitorare la disponibilità dei professionisti, i tempi di attesa, l'accessibilità dei servizi e la continuità dei percorsi assistenziali, nonché valutare periodicamente l'adeguatezza dell'offerta rispetto ai bisogni della popolazione, con specifico riferimento alle risorse e ai piani di aggiornamento necessari al fine di superare eventuali criticità rilevate.

9/2700-A/**56**. Benzoni.

La Camera,

premesso che:

il disegno di legge in esame, recante « Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie », interviene anche sui percorsi formativi e sulla valorizzazione delle competenze dei professionisti sanitari, offrendo l'occasione per promuovere un aggiornamento delle competenze coerente con i bisogni assistenziali dei pazienti affetti da patologie croniche complesse;

le bronchiectasie sono una patologia respiratoria cronica caratterizzata da dilatazioni irreversibili dei bronchi, sintomi persistenti e possibili episodi di riacutizzazione, con conseguenze rilevanti sulla qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie;

la patologia presenta criticità rilevanti sotto il profilo della tempestività diagnostica e della continuità assistenziale. Secondo i dati disponibili, la diagnosi definitiva richiede mediamente circa tre anni e mezzo dall'insorgenza dei sintomi, mentre l'accesso a un centro pneumologico specializzato avviene mediamente dopo circa nove anni;

i medici di medicina generale rappresentano spesso il primo punto di accesso al Servizio sanitario nazionale per i pazienti con sintomi respiratori persistenti. La difficoltà di riconoscere tempestivamente le bronchiectasie e di distinguerle da altre patologie respiratorie può determinare ritardi diagnostici, peggioramento delle condizioni cliniche e ricorso a trattamenti non appropriati;

la medicina generale svolge un ruolo essenziale non soltanto nell'individuazione precoce della patologia e nell'orientamento del paziente verso gli accertamenti diagnostici e i centri specialistici, ma anche nella continuità dell'assistenza e nel monitoraggio dell'andamento della malattia cronica;

la gestione delle bronchiectasie richiede un approccio multidisciplinare, nel quale il medico di medicina generale e lo specialista collaborino nella presa in carico del paziente, nel monitoraggio delle condizioni cliniche, nella gestione delle terapie croniche e nell'attuazione delle indicazioni

terapeutiche specialistiche, comprese quelle relative alla fisioterapia respiratoria;

particolare rilevanza assume la gestione delle riacutizzazioni, che richiede il riconoscimento tempestivo del peggioramento dei sintomi, l'individuazione dei criteri per l'intervento clinico e l'attivazione di percorsi condivisi tra medicina generale e pneumologia, al fine di ridurre il rischio di complicanze e di accessi ospedalieri evitabili;

la fisioterapia respiratoria costituisce una componente importante della gestione delle bronchiectasie e richiede competenze specifiche, anche in relazione all'individuazione e all'applicazione delle tecniche più appropriate per il paziente, secondo le indicazioni cliniche e specialistiche;

appare pertanto opportuno rafforzare la formazione dei fisioterapisti respiratori e promuovere una collaborazione continuativa con i medici e gli altri professionisti coinvolti nella presa in carico,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di adottare, nell'ambito delle proprie competenze e in coerenza con il quadro normativo vigente e i contenuti del provvedimento in esame, iniziative volte a:

promuovere il rafforzamento della formazione specifica dei medici di medicina generale sul riconoscimento precoce delle bronchiectasie, con particolare riferimento ai sintomi suggestivi della patologia, ai criteri che orientano gli approfondimenti diagnostici, all'individuazione dei casi che necessitano di valutazione pneumologica specialistica e alla tempestiva attivazione dei relativi percorsi;

favorire modelli di presa in carico integrata tra medici di medicina generale e specialisti in pneumologia, anche attraverso percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali e procedure condivise, per assicurare continuità assistenziale, monitoraggio clinico e gestione coordinata delle terapie croniche, nel rispetto delle rispettive competenze professionali e delle indicazioni dello specialista;

promuovere la definizione e la diffusione di percorsi condivisi per il riconoscimento e la gestione delle riacutizzazioni delle bronchiectasie, prevedendo modalità di raccordo tempestivo con lo specialista, criteri per l'eventuale rivalutazione specialistica e indicazioni per l'accesso ai livelli assistenziali appropriati;

valorizzare la formazione specialistica dei fisioterapisti respiratori sul trattamento delle bronchiectasie.

9/2700-A/**57**. Cappellacci.

PAGINA BIANCA



19ORD0220230