

dossier

XIX Legislatura

05 dicembre 2025

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

A.C. 2700



Senato
della Repubblica



Camera
dei deputati



SERVIZIO STUDI

TEL. 06 6706-2451 - studi1@senato.it - [@SR_Studi](https://twitter.com/SR_Studi)

Dossier n. 601



SERVIZIO STUDI

Dipartimento Affari sociali

Tel. 06 6760-3266 - st_affarisociali@camera.it [@CD_sociale](https://twitter.com/CD_sociale)

Progetti di legge n. 538

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

AS0473

I N D I C E

SCHEDE DI LETTURA

CAPO I – DELEGA AL GOVERNO IN MATERIA DI PROFESSIONI SANITARIE.....	5
▪ Articoli da 1 a 6 (<i>Delega al Governo in materia di professioni sanitarie</i>).....	5
CAPO II – DISPOSIZIONI IN MATERIA DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEGLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE.....	13
▪ Articolo 7 (<i>Modifiche al codice penale in materia di punibilità per colpa nell'ambito della professione sanitaria</i>)	13
▪ Articolo 8 (<i>Responsabilità civile degli esercenti professioni sanitarie</i>).....	17
CAPO III – DISPOSIZIONI FINANZIARIE	21
▪ Articolo 9 (<i>Disposizioni finanziarie</i>).....	21

Schede di lettura

CAPO I – DELEGA AL GOVERNO IN MATERIA DI PROFESSIONI SANITARIE

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

Gli **articoli da 1 a 6** recano una disciplina di delega al Governo per la revisione della disciplina delle professioni sanitarie. I principi e i criteri direttivi di delega – oltre a quelli generali (di cui all'**articolo 2**), inerenti ai profili del coordinamento normativo, delle abrogazioni esplicite e delle sanzioni amministrative e disciplinari – concernono: la definizione di misure relative al personale sanitario degli enti e aziende del Servizio sanitario nazionale e riguardanti i profili delle forme di lavoro flessibile per i medici specializzandi, della permanenza presso strutture in aree disagiate, della razionalizzazione e semplificazione delle attività amministrative, della sicurezza degli operatori, della definizione di alcuni criteri premiali e di riconoscimento, della pianificazione del numero di medici specializzandi (**articolo 3**); la valorizzazione delle competenze del personale sanitario, con particolare riferimento alla formazione continua del medesimo e alla formazione manageriale, all'introduzione di un sistema nazionale di certificazione delle competenze e all'intelligenza artificiale (**articolo 4**); la formazione sanitaria specialistica (**articolo 5**), con particolare riferimento alla medicina generale e alle professioni di chimico, odontoiatra e biologo; la revisione della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie e delle relative federazioni nazionali (**articolo 6**). La delega deve essere esercitata, secondo le modalità stabilite dall'**articolo 1**, entro il 31 dicembre 2026, fatta salva l'ipotesi di scorrimento del termine (nella misura di 3 mesi) prevista dal **comma 3** dello stesso **articolo 1**. In base al successivo **articolo 9**, dall'esercizio della delega non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

In via generale, si ricorda che, nella terminologia legislativa, l'ambito delle professioni sanitarie è costituito da quelle per le quali l'ordinamento prevede l'organizzazione in ordini professionali e in corrispondenti federazioni nazionali (con i relativi albi professionali), con distinzione

rispetto alle arti ausiliare delle professioni sanitarie¹ – distinzione che prescinde dalla necessità di abilitazione statale anche per l'esercizio di tali arti –. Riguardo alle professioni sanitarie, la disciplina prevede i seguenti ordini²: dei medici-chirurghi e degli odontoiatri; dei veterinari; dei farmacisti; dei biologi; dei fisici e dei chimici; delle professioni infermieristiche; della professione di ostetrica; dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione; degli psicologi.

L'**articolo 1** del presente disegno di legge reca i termini e le modalità procedurali per l'esercizio della delega al Governo in materia di professioni sanitarie, fa riferimento alle finalità di potenziare il Servizio sanitario nazionale e di assicurare la disponibilità delle risorse umane necessarie a garantire i livelli essenziali di assistenza³ nel rispetto dei principi di dignità e centralità della persona e opera un richiamo generale ai principi costituzionali e a quelli dell'ordinamento dell'Unione europea e del diritto internazionale. La delega, come detto, deve essere esercitata entro il 31 dicembre 2026, fatta salva l'ipotesi di scorrimento del termine (nella misura di 3 mesi) prevista dal **comma 3**, in relazione all'espressione dei pareri delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari. Le suddette norme procedurali prevedono, tra l'altro, l'intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano (lo schema o gli schemi di decreto sono trasmessi alle Camere, al fine dell'espressione dei suddetti pareri, successivamente alla rispettiva intesa). Il **comma 4** prevede la possibilità di adozione, secondo le medesime modalità procedurali e in conformità ai principi e criteri direttivi della presente disciplina di delega, di decreti legislativi integrativi e correttivi entro diciotto mesi dall'entrata in vigore del relativo decreto legislativo. *Considerato che nei richiami di cui al comma 4 non è compresa la norma sullo scorrimento del termine di cui al comma 3, si valuti l'opportunità di chiarire se anche per gli schemi di decreto integrativi e correttivi possa operare il suddetto scorrimento.*

L'**articolo 2** reca i principi e i criteri direttivi generali per l'esercizio della delega – riguardo alle disposizioni di carattere generale, si ricorda altresì che il successivo **articolo 9** stabilisce che dall'esercizio della delega

¹ Nelle suddette arti ausiliare rientrano quelle di massaggiatore capo bagnino degli stabilimenti idroterapici, di odontotecnico, di ottico e di puericultrice (cfr. la relativa [pagina](#) sul sito *internet* istituzionale del Ministero della salute).

² Per l'individuazione degli ordini, cfr. l'articolo 1, comma 1, del [D.Lgs.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233](#), e successive modificazioni, nonché, per l'ordine degli psicologi, l'articolo 01 della [L. 18 febbraio 1989, n. 56](#).

³ Si ricorda che le prestazioni sanitarie e sociosanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa da parte dell'assistito (articolo 1, comma 3, del [D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502](#), e successive modificazioni).

non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica –.

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

Riguardo alle sanzioni disciplinari, si ricorda che la disciplina vigente riconosce autonomia disciplinare agli ordini professionali sanitari e alle relative federazioni nazionali e pone il principio di irrogazione di sanzioni disciplinari secondo una graduazione correlata alla volontarietà della condotta, alla gravità e alla reiterazione dell'illecito e con riferimento agli obblighi a carico degli iscritti, derivanti dalla normativa nazionale e regionale vigente e dalle disposizioni contenute nei contratti e nelle convenzioni nazionali di lavoro⁴. *Considerata la suddetta previsione di autonomia disciplinare, si valuti l'opportunità di chiarire la portata del principio di delega sopra menzionato.*

Si consideri inoltre l'opportunità di definire in termini più specifici la portata dei criteri di revisione e adeguamento delle sanzioni, considerata la giurisprudenza della Corte costituzionale sull'esigenza che una delegazione legislativa in materia di sanzioni (penali o amministrative) rechi una precisa indicazione di criteri⁵.

L'**articolo 3** reca principi e criteri direttivi specifici di delega per la definizione di misure relative al personale delle professioni sanitarie appartenente agli enti e aziende del Servizio sanitario nazionale. Considerato che alcuni di tali principi e criteri, nonché la **rubrica** del **presente articolo**, fanno riferimento alla categoria del personale sanitario e considerata la suddetta distinzione tra esercenti professioni sanitarie (iscritti ad ordini professionali) ed esercenti arti ausiliarie delle professioni

⁴ Articolo 1, comma 3, lettere *b*) e *l*), del citato D.Lgs.C.P.S. n. 233 del 1946, e successive modificazioni.

⁵ Cfr., in particolare, la [sentenza](#) n. 53 del 12-28 febbraio 1997, la [sentenza](#) n. 49 del 24 febbraio-4 marzo 1999 e la [sentenza](#) n. 175 del 23 giugno-14 luglio 2022. Si ricorda che la suddetta sentenza n. 49 afferma che anche le sanzioni amministrative rispondono al principio di legalità e che anche per esse “i criteri della delega devono essere precisi e vanno rigorosamente interpretati”.

sanitarie, si valuti l'opportunità di chiarire se con la locuzione “personale sanitario” si intenda comprendere anche le categorie di personale del ruolo sanitario non rientranti in ordini professionali e, in ipotesi positiva, di operare anche una revisione dell’oggetto (di cui all’articolo 1) della disciplina di delega, del titolo del disegno di legge e della rubrica del capo I.

Le misure contemplate dai principi e criteri direttivi di cui al presente articolo 3 sono intese in generale a rafforzare l’attrattività o il legame (per le categorie in oggetto) con il Servizio sanitario nazionale (alinea del comma 1). Esse prevedono:

- il riordino e la razionalizzazione delle forme di lavoro flessibile per l’impiego dei medici specializzandi nel Servizio sanitario nazionale, compatibilmente con le esigenze di formazione e nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente (**lettera a**). Per una ricognizione **delle norme vigenti in materia**, cfr. la **relazione tecnica** del presente disegno di legge⁶. Considerato che la medesima **relazione tecnica** fa riferimento, per l’ambito della presente norma di delega, anche ai medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale e che tale categoria di soggetti è indicata in genere in termini specifici e non è ricompresa nella categoria dei medici specializzandi, si valuti la formulazione della presente norma;
- la definizione o ridefinizione di tempi minimi di permanenza presso strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche o private accreditate, ubicate nelle aree disagiate, ivi compresi i territori delle isole minori marine (**lettera b**)); riguardo a quest’ultima locuzione, presente anche nella successiva **lettera c**), si valuti l’opportunità di una locuzione più ampia, quale quella (ricorrente in disposizioni vigenti) di isole minori marine, lagunari e lacustri, al fine di ricoprendere tutte le relative ipotesi di presenza di comunità di abitanti. La **relazione tecnica** allegata al presente disegno di legge⁷ osserva che la norma di delega in esame consente sia la definizione di una normativa speciale per il personale in oggetto delle suddette strutture pubbliche, rispetto al principio – vigente in generale per i pubblici dipendenti, reclutati mediante concorso – di permanenza nella sede di prima destinazione per un periodo non inferiore a cinque anni⁸ –,

⁶ La **relazione tecnica** è reperibile nell’[A.C. n. 2700](#).

⁷ La **relazione tecnica** è reperibile, come detto, nell’[A.C. n. 2700](#).

⁸ Principio di cui all’articolo 35, comma 5-bis, del [D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165](#), e successive modificazioni. Lo stesso comma 5-bis specifica che tale principio non è derogabile da parte dei contratti collettivi di lavoro.

- sia l'introduzione di vincoli anche per il personale in oggetto delle suddette strutture private accreditate;
- la promozione del mantenimento in servizio del personale sanitario, anche mediante l'introduzione di riconoscimenti professionali per lo sviluppo della carriera e l'individuazione di misure organizzative e di riconoscimenti professionali in favore del personale che opera in particolari condizioni di lavoro o che presta servizio in aree disagiate, ivi compresi i territori delle isole minori marine, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di spesa di personale degli enti e aziende del Servizio sanitario nazionale e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica (**lettera c**)). Riguardo alle suddette isole minori, cfr. *supra*;
 - la razionalizzazione e la semplificazione delle attività amministrative a carico del personale sanitario, al fine di migliorare l'utilizzo dei tempi di lavoro (**lettera d**)). La presente norma di delega si riferisce alle procedure amministrative (o alle fasi di esse) che riguardano specificamente il personale in oggetto (e non il personale del ruolo amministrativo o di altri ruoli). In merito, la **relazione tecnica** allegata al presente disegno di legge⁹ fa riferimento, tra l'altro, alla definizione di misure di semplificazione per la redazione di cartelle cliniche e di referti;
 - la garanzia della sicurezza dei professionisti sanitari nello svolgimento dell'attività lavorativa (**lettera e**))¹⁰;
 - la promozione della definizione (da parte dei contratti di lavoro) di meccanismi premiali legati ai sistemi di valutazione e misurazione delle prestazioni, ivi compresi gli indicatori riferiti alla riduzione delle liste d'attesa (**lettera f**)). Si ricorda in materia la **direttiva interministeriale**, pubblicata sul sito *internet* istituzionale del Dipartimento della funzione pubblica il 28 ottobre 2025, concernente la misurazione e la valutazione della *performance* individuale per il personale (anche dirigenziale) degli enti e aziende del Servizio sanitario nazionale;
 - la promozione di soluzioni intese allo sviluppo di una metodologia comune di pianificazione e previsione del numero di medici specializzandi in relazione a ciascuna specializzazione medica (**lettera g**)). In relazione alla formulazione della presente norma di

⁹ La **relazione tecnica** è reperibile, come detto, nell'[A.C. n. 2700](#).

¹⁰ Si ricorda l'intervento normativo di cui al [D.L. 1° ottobre 2024 n. 137, convertito, con modificazioni, dalla L. 18 novembre 2024, n. 171](#), “Misure urgenti per contrastare i fenomeni di violenza nei confronti dei professionisti sanitari, socio-sanitari, ausiliari e di assistenza e cura nell'esercizio delle loro funzioni nonché di danneggiamento dei beni destinati all'assistenza sanitaria”.

delega, *si valuti l'opportunità di chiarire se si faccia riferimento anche ai corsi di formazione specifica in medicina generale*¹¹. Si ricorda altresì che la **norma di delega legislativa** di cui all'articolo 2, comma 2, lettera g), della [L. 14 marzo 2025, n. 26](#), prevede l'individuazione delle modalità atte a consentire l'allineamento del contingente di posti dei corsi di laurea magistrale in medicina e chirurgia, in odontoiatria e protesi dentaria e in medicina veterinaria con i posti disponibili per l'accesso ai corsi di formazione *post lauream* (allineamento da operarsi tenendo conto del numero delle carenze di organico registrate nel Servizio sanitario sull'intero territorio nazionale).

Le misure contemplate dai principi e criteri direttivi specifici di cui all'**articolo 4** sono intese alla valorizzazione delle competenze professionali del personale sanitario (**alinea del comma 1**). Riguardo all'ambito del personale sanitario e degli esercenti professioni sanitarie, *si rinvia alla scheda relativa al precedente articolo 3*.

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

- l'adeguamento delle competenze professionali rispetto all'evoluzione dei bisogni sanitari della popolazione e alle nuove tecnologie (**lettera a**). La **relazione tecnica** allegata al disegno di legge¹² indica che tale processo di adeguamento sarà curato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali – anche sulla base di un confronto con le competenti istituzioni nazionali e territoriali – mediante una rimodulazione dell'offerta di formazione continua¹³ (riguardo alla formazione continua, cfr. anche la successiva **lettera d**));
- la promozione dell'istituzione di un sistema nazionale di certificazione delle competenze specifico per il settore sanitario, in modo da valorizzare l'esperienza e le competenze acquisite dai professionisti sanitari (**lettera b**). La suddetta **relazione tecnica** indica che tale sistema sarà definito dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, anche sulla base di un confronto con le competenti istituzioni nazionali e territoriali;
- la definizione di una strategia per la costruzione di un sistema di

¹¹ Riguardo a questi ultimi, si ricorda che, ai sensi dell'articolo 25, comma 1, del [D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368](#), e successive modificazioni, le regioni (e le province autonome di Trento e di Bolzano), entro il 31 ottobre di ogni anno, determinano il contingente numerico da ammettere annualmente ai corsi, nei limiti concordati con il Ministero della salute, nell'ambito delle risorse disponibili.

¹² La **relazione tecnica** è reperibile, come detto, nell'[A.C. n. 2700](#).

¹³ Riguardo alla formazione continua degli operatori nel settore sanitario (indicata spesso con l'acronimo ECM), cfr., in particolare, gli articoli da 16-bis a 16-quater e 16-sexies del [D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502](#), e successive modificazioni.

gestione dell’uso dell’intelligenza artificiale nel settore sanitario, che ne assicuri l’utilizzo nel rispetto della disciplina dell’Unione europea in materia di intelligenza artificiale (disciplina di cui al richiamato [regolamento \(UE\) 2024/1689](#) del Parlamento europeo e del Consiglio, del 13 giugno 2024) (**lettera c**)¹⁴;

- l’individuazione di criteri aggiornati per la formazione manageriale del personale del Servizio sanitario nazionale e l’adattamento degli obiettivi della formazione continua in medicina in coerenza con i nuovi bisogni in materia di salute e le competenze sanitarie richieste da questi ultimi (**lettera d**)¹⁵.

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

- di favorire, con il coinvolgimento delle amministrazioni competenti, la ridefinizione del percorso formativo della medicina generale (**lettera a**)¹⁶;
- di valorizzare le specializzazioni sanitarie al fine dell’esercizio dell’attività professionale, con particolare riferimento a tre professioni sanitarie (**lettera b**). Queste ultime sono: la professione di chimico, per quale si enunciano le finalità di ampliare – in base alla revisione della formazione specialistica¹⁷ – le possibilità di accesso agli impieghi nel Servizio sanitario nazionale e di garantire il ricambio generazionale; la professione di odontoiatra, con riferimento alla quale si prevede di soddisfare l’esigenza di disporre di professionisti specializzati con particolari competenze a supporto dell’attività forense; la professione di biologo, per la quale si enunciano le finalità di ampliare – in base alla revisione della formazione specialistica¹⁸ – le possibilità di accesso agli impieghi nel Servizio sanitario nazionale e di soddisfare l’esigenza di disporre di professionisti anche nell’ambito dell’igiene pubblica a indirizzo ambientale.

I principi e i criteri direttivi specifici di cui all’**articolo 6** concernono la

¹⁴ Riguardo alle norme statali sull’applicazione dell’intelligenza artificiale nel settore sanitario, cfr. gli articoli da 7 a 10 della [L. 23 settembre 2025, n. 132](#).

¹⁵ Riguardo alla suddetta formazione manageriale, cfr. l’articolo 16-*quinquies* del citato D.Lgs. n. 502 del 1992, e successive modificazioni. Riguardo alla formazione continua in medicina, cfr. *supra*, in nota.

¹⁶ Riguardo ai corsi di formazione specifica in medicina generale, cfr. gli articoli da 21 a 32 del citato D.Lgs. n. 368 del 1999, e successive modificazioni. Come già detto, tali corsi sono organizzati dalle regioni (o dalle province autonome di Trento e di Bolzano).

¹⁷ Cfr., al riguardo, la **relazione illustrativa** del presente disegno di legge (la **relazione** è reperibile nell’[A.C. n. 2700](#)).

¹⁸ Cfr., al riguardo, la **relazione illustrativa** del presente disegno di legge (la **relazione** è reperibile, come detto, nell’[A.C. n. 2700](#)).

revisione della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie e delle relative federazioni nazionali. Riguardo alla ricognizione di tali ordini e federazioni, si rinvia alla parte della presente scheda precedente alla parte sull'**articolo 1**; in merito all'ambito in oggetto, l'**alinea del comma 1** del presente **articolo 6** fa riferimento alla [L. 11 gennaio 2018, n. 3](#); questo richiamo, sotto il profilo sostanziale costituito dalle novelle operate dall'articolo 4 e dall'articolo 9, comma 4, di tale legge, concerne tutti gli ordini delle professioni sanitarie e le relative federazioni nazionali; *sul piano redazionale, si valuti l'opportunità di sostituire il richiamo all'intera L. n. 3 con il richiamo delle norme oggetto di novella¹⁹ e di far esplicito riferimento anche alle federazioni nazionali.*

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

- l'adozione dei necessari correttivi relativi alle competenze degli organi e alla scadenza dei relativi mandati²⁰. *Si valuti l'opportunità di una specificazione riguardo all'ambito dei correttivi in oggetto;*
- l'introduzione di misure volte a valorizzare il ruolo degli ordini professionali quali organi sussidiari dello Stato. Si ricorda che gli ordini territoriali in esame e le relative federazioni nazionali “sono enti pubblici non economici e agiscono quali organi sussidiari dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici, garantiti dall'ordinamento, connessi all'esercizio professionale” (articolo 1, comma 3, lettera *a*), del [D.Lgs.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233](#), e successive modificazioni)²¹.

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

¹⁹ Il citato articolo 4 della L. n. 3 ha operato un complesso di novelle nel citato D.Lgs.C.P.S. n. 233 del 1946, mentre l'articolo 9, comma 4, della stessa L. n. 3 ha inserito il citato articolo 01 nella L. n. 56 del 1989.

²⁰ Riguardo agli organi degli ordini territoriali (delle professioni sanitarie) e delle relative federazioni nazionali, cfr., rispettivamente, gli articoli da 2 a 4 e l'articolo 8 del citato D.Lgs.C.P.S. n. 233 del 1946, e successive modificazioni.

²¹ La lettera *b*) dello stesso articolo 1, comma 3, e successive modificazioni, stabilisce che tali enti: sono dotati di autonomia patrimoniale, finanziaria, regolamentare e disciplinare e sono sottoposti alla vigilanza del Ministero della salute; sono finanziati esclusivamente con i contributi degli iscritti, senza oneri per la finanza pubblica.

CAPO II – DISPOSIZIONI IN MATERIA DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEGLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE

Articolo 7

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

L’**articolo 7** modifica il regime speciale della responsabilità penale relativa agli eventi di omicidio colposo e di lesioni personali colpose verificatisi nell’esercizio di una professione sanitaria. Nella disciplina vigente, la punibilità di tali casi è esclusa qualora l’evento si sia verificato a causa di imperizia e il professionista abbia rispettato le raccomandazioni previste dalle linee guida, come definite e pubblicate ai sensi di legge, ovvero, in mancanza di esse, le buone pratiche clinico-assistenziali e sempre che le raccomandazioni summenzionate risultino adeguate alle specificità del caso concreto²². La novella di cui al **comma 1, lettera a)**, estende l’esclusione della punibilità ad altre possibili forme del fatto colposo, quali la negligenza e l’imprudenza, e specifica che l’esclusione della punibilità è limitata ai casi diversi dalla colpa grave, ponendo in via legislativa il principio di limitazione alla colpa non grave già sostenuto in via interpretativa dalle sezioni unite penali della Corte di cassazione con riferimento alla suddetta norma vigente sulla imperizia²³; nella formulazione della novella di cui alla **lettera a)**, inoltre, le buone pratiche clinico-assistenziali sono poste – in luogo del riferimento ad esse in via suppletiva – sullo stesso piano delle raccomandazioni delle suddette linee guida e la condizione dell’adeguatezza alle specificità del caso concreto viene esplicitata anche per le medesime buone pratiche. La novella di cui alla **lettera b)** introduce alcuni criteri specifici per l’accertamento della colpa o del suo grado; si prevede che in tali accertamenti si tenga conto anche (a seconda delle evenienze) della scarsità delle risorse umane e materiali disponibili e delle carenze organizzative – limitatamente ai casi in cui la scarsità e le carenze non siano evitabili da parte dell’esercente la professione sanitaria –, della mancanza, limitatezza o contraddittorietà delle conoscenze scientifiche sulla patologia o sulla terapia, della concreta disponibilità di terapie adeguate, della complessità della patologia o della difficoltà della

²² In merito alle raccomandazioni previste dalle linee guida e alle buone pratiche clinico-assistenziali, cfr. l’articolo 5 della [L. 8 marzo 2017, n. 24](#), e successive modificazioni, nonché il [D.M. 27 febbraio 2018](#), recante “Istituzione del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG)”. Si rinvia, in merito, alla scheda di lettura del successivo **articolo 8**.

²³ Riguardo a tale indirizzo interpretativo, cfr. *infra*.

particolare attività sanitaria, dello specifico ruolo (svolto dall’agente) in caso di cooperazione multidisciplinare, nonché della presenza di situazioni di urgenza o emergenza.

Riguardo all’ambito delle professioni sanitarie, si rinvia alla scheda di lettura dei precedenti **articoli da 1 a 6**.

Il **comma 1, lettera a)**, del presente articolo novella l’articolo 590-sexies del codice penale, concernente il regime speciale della responsabilità penale relativa ai casi di omicidio colposo e di lesioni personali colpose²⁴ commessi nell’esercizio di una professione sanitaria.

Rinviando, per il contenuto della novella, a quanto detto nella sintesi iniziale della presente scheda, si ricorda che, ai sensi dell’articolo 43 dello stesso codice, il delitto è colposo “quando l’evento, anche se preveduto, non è voluto dall’agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline”. La distinzione tra la nozione di imperizia e le nozioni degli altri elementi summenzionati è, come detto, rilevante, nella disciplina vigente, per l’esclusione o meno della punibilità per gli eventi di omicidio colposo e di lesioni personali colpose verificatisi nell’esercizio di una professione sanitaria. Al fine di tale distinzione, come noto, l’ordinamento penale non reca criteri esplicativi. Con riferimento all’interpretazione della disciplina vigente sulla punibilità per gli eventi in oggetto, la Corte di cassazione si è attenuta²⁵ a un diffuso orientamento interpretativo, già sviluppatisi con riguardo alla suddetta norma generale di cui all’articolo 43 del codice penale, riconducendo l’imperizia a una forma di colpa propria dell’attività professionale – relativa alla violazione di specifiche regole tecniche – e riconducendo la negligenza e l’imprudenza a forme di colpa relative alla violazioni di comuni regole di esperienza; in ogni caso, la distinzione in base a tali criteri può presentare margini di incertezza (per esempio, riguardo all’uso maldestro di strumenti professionali²⁶). Come detto, con la novella di cui al **comma 1, lettera a)**, le varie forme della colpa, al fine dell’esclusione o meno della punibilità in oggetto, sono invece poste sullo stesso piano.

La novella prevede invece un’altra distinzione, facendo riferimento, come detto, alla nozione di colpa grave. In merito, si ricorda che la sentenza

²⁴ Riguardo ai delitti di omicidio colposo e di lesioni personali colpose, cfr., rispettivamente, l’articolo 589 e l’articolo 590 del codice penale.

²⁵ Cfr. la sentenza delle sezioni unite penali della Corte di cassazione n. 8770 del 21 dicembre 2017-22 febbraio 2018 e la sentenza della Corte di cassazione, quarta sezione penale, n. 15258 dell’11 febbraio-18 maggio 2020. Riguardo alla suddetta sentenza delle sezioni unite penali, cfr. *infra*, anche in nota.

²⁶ Cfr., in merito, la sentenza della Corte di cassazione, quarta sezione penale, n. 28086 del 29 gennaio 2019-27 giugno 2019.

delle sezioni unite penali della Corte di cassazione n. 8770 del 21 dicembre 2017-22 febbraio 2018 ha sostenuto in via interpretativa (enunciando il relativo principio di diritto) che l'attuale disciplina sulla non punibilità in oggetto è in ogni caso limitata ai casi di imperizia che siano inquadrabili come colpa non grave²⁷. La stessa sentenza ha quindi indicato un complesso di criteri per la distinzione (per la quale l'ordinamento penale non pone criteri esplicativi) tra colpa grave e colpa non grave; come detto, la novella di cui al **comma 1, lettera b)**, inserisce nel codice penale – con l'introduzione dell'articolo 590-*septies* – alcuni criteri – riferiti all'accertamento della colpa o del suo grado –²⁸; essi appaiono coerenti con quelli indicati, al fine della distinzione tra colpa grave e colpa non grave, nella suddetta sentenza delle sezioni unite penali; anche quest'ultima, in sintesi, fa riferimento sia alle specificità scientifiche o sanitarie del caso sia alle condizioni contingenti in cui il sanitario ha dovuto operare²⁹. *Si valuti l'opportunità di*

²⁷ Si riporta il seguente passaggio della sentenza: «estendere il riconoscimento della esenzione da pena anche a comportamenti del sanitario connotati da "colpa grave" per imperizia (...) evocherebbe, per un verso, immediati sospetti di illegittimità costituzionale per disparità di trattamento ingiustificata rispetto a situazioni meno gravi eppure rimaste sicuramente punibili, quali quelle connotate da colpa lieve per negligenza o imprudenza; determinerebbe, per altro verso, un evidente sbilanciamento nella tutela degli interessi sottesi, posto che la tutela contro la "medicina difensiva" e, in definitiva, il miglior perseguitamento della salute del cittadino ad opera di un corpo sanitario non mortificato né inseguito da azioni giudiziarie spesso inconsistenti non potrebbero essere compatibili con l'indifferenza dell'ordinamento penale rispetto a gravi infedeltà alle *leges artis*, né con l'assenza di deroga ai principi generali in tema di responsabilità per comportamento colposo, riscontrabile per tutte le altre categorie di soggetti a rischio professionale; determinerebbe, infine, rilevanti quanto ingiuste restrizioni nella determinazione del risarcimento del danno addebitabile all'esercente una professione sanitaria ai sensi dell'art. 7 della legge Gelli-Bianco, poiché è proprio tale articolo, al comma 3, a stabilire una correlazione con i profili di responsabilità ravvisabili ex art. 590-*sexies* cod. pen.».

²⁸ Gli stessi criteri vengono posti con riferimento alla responsabilità civile dell'esercente una professione sanitaria dalla novella di cui al successivo **articolo 8**.

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

Nella demarcazione gravità/lievità rientra altresì la misurazione della colpa sia in senso oggettivo che soggettivo e dunque la misura del rimprovero personale sulla base delle specifiche condizioni dell'agente e del suo grado di specializzazione; la problematicità o equivocità della vicenda; la particolare difficoltà delle condizioni in cui il medico ha operato; la difficoltà obiettiva di cogliere e collegare le informazioni cliniche; il grado di atipicità e novità della situazione; la impellenza; la motivazione della condotta; la consapevolezza o meno

chiarire se i criteri enunciati nella lettera b) – riferiti, come detto, all'accertamento della colpa o del suo grado, nell'esercizio della professione sanitaria – riguardino i soli delitti di omicidio colposo e di lesioni personali colpose.

Dalla novella di cui al **comma 1, lettera a)**, appare discendere altresì, anche alla luce dei principi interpretativi enunciati dalla suddetta sentenza delle sezioni unite penali³⁰, che il professionista sanitario sia punibile anche per colpa lieve qualora il caso concreto non sia regolato dalle raccomandazioni delle linee-guida o dalle buone pratiche clinico-assistenziali o qualora la colpa (anche lieve) sia consistita nella individuazione e nella scelta di linee-guida o di buone pratiche clinico-assistenziali non adeguate alla specificità del caso concreto³¹.

Riguardo al profilo transitorio delle novelle di cui al presente **articolo 7**, si ricorda che, ai sensi della norma generale di cui all'articolo 2, quarto capoverso, del codice penale, quando “la legge del tempo in cui fu commesso il reato e le posteriori sono diverse si applica quella le cui disposizioni sono più favorevoli al reo, salvo che sia stata pronunciata sentenza irrevocabile”.

Con riferimento al presente **articolo 7**, la **relazione illustrativa** del disegno di legge³² fa riferimento alle finalità di contrastare il fenomeno della “medicina difensiva” e di definire i termini della responsabilità penale per colpa anche in relazione alla sempre crescente complessità dell'attività sanitaria.

Si valuti l'opportunità di chiarire se con la locuzione “attività sanitaria”, usata in alcuni punti delle novelle di cui al presente articolo (ivi comprese quelle inerenti alle rubriche dei due suddetti articoli, 590-sexies e 590-septies, del codice penale), si intenda comprendere anche le categorie di personale sanitario non rientranti in ordini professionali e, in ogni caso, si consideri l'opportunità di una uniformità della terminologia, tenuto conto che il citato articolo 590-sexies, come novellato dal presente articolo, usa anche la locuzione di esercente la professione sanitaria (locuzione usata in via esclusiva nel testo vigente del medesimo articolo 590-sexies nonché nella rubrica del capo II in oggetto del disegno di legge).

di tenere una condotta pericolosa (oltre alle precedenti, Sez. 4, n. 22405 del 08/05/2015, Piccardo, Rv. 263736; Sez. 4, n. 47289 del 09/10/2014, Stefanetti, Rv. 260740).».

³⁰ Cfr. i principi di diritto enunciati nel punto 11 del “considerato in diritto” della suddetta sentenza.

³¹ A quest'ultimo riguardo, si ricorda altresì che la sentenza delle sezioni unite penali inquadra nella nozione di imperizia la suddetta ipotesi di errore nell'individuazione e nella scelta, “salvo il caso che il comportamento del sanitario sia improntato ad indifferenza, scelleratezza o comunque assoluta superficialità e lassismo, sicché possa escludersi di essere nel campo della negligenza propria dell'agire del sanitario o specifica di esso e dunque della imperizia”.

³² La **relazione illustrativa** è reperibile nell'[A.C. n. 2700](#).

Articolo 8

(Responsabilità civile degli esercenti professioni sanitarie)

L'**articolo 8** modifica il regime di responsabilità professionale dell'esercente una professione sanitaria, con particolare riferimento alla responsabilità civile.

La novella di cui al **comma 1, lettera a)**, pone, con riferimento alla responsabilità dei professionisti sanitari, le buone pratiche clinico-assistenziali – in luogo del riferimento ad esse in via suppletiva – sullo stesso piano delle raccomandazioni previste dalle linee guida, come definite e pubblicate ai sensi di legge, fatte salve le specificità del caso concreto.

Le novelle di cui ai **numeri 1) e 4)** della successiva **lettera b)** operano modifiche formali nella disciplina della responsabilità civile summenzionata. In quest'ultima disciplina, la novella di cui al **numero 2)** della stessa **lettera** sopprime il riferimento alle suddette linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali – riferimento che la norma vigente pone letteralmente con riferimento alla determinazione del danno, a carico del professionista sanitario, e non all'accertamento della sussistenza della colpa del professionista (che si sia discostato dalle medesime linee guida e buone pratiche) –, mentre la novella di cui al **numero 3)** introduce alcuni criteri specifici per l'accertamento della colpa o del suo grado. In particolare, quest'ultima novella – oltre a far salvo il principio³³ secondo cui, nel contratto di opera professionale, qualora la prestazione implichi la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore risponde dei danni solo in caso di dolo o di colpa grave – prevede che nel suddetto accertamento della colpa o del suo grado si tenga conto anche (a seconda delle evenienze) della scarsità delle risorse umane e materiali disponibili e delle carenze organizzative – limitatamente ai casi in cui la scarsità e le carenze non siano evitabili da parte dell'esercente la professione sanitaria –, della mancanza, limitatezza o contraddittorietà delle conoscenze scientifiche sulla patologia o sulla terapia, della concreta disponibilità di terapie adeguate, della complessità della patologia o della difficoltà della particolare attività sanitaria, dello specifico ruolo (svolto dall'agente) in caso di cooperazione multidisciplinare, nonché della presenza di situazioni di urgenza o emergenza.

Riguardo all'ambito delle professioni sanitarie, si rinvia alla scheda di lettura dei precedenti **articoli da 1 a 6**.

Come accennato, la novella di cui al **comma 1, lettera a)**, del **presente**

³³ Di cui al richiamato articolo 2236 del [codice civile](#).

articolo pone, con riferimento alla responsabilità dei professionisti sanitari, le buone pratiche clinico-assistenziali – in luogo del riferimento ad esse in via suppletiva – sullo stesso piano delle raccomandazioni previste dalle linee guida, come definite e pubblicate ai sensi di legge, fatte salve le specificità del caso concreto. Si ricorda che l'articolo 5 della [L. 8 marzo 2017, n. 24](#), e successive modificazioni, ha previsto che gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengano, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del medesimo articolo ed elaborate da enti e istituzioni, pubblici e privati, nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in un apposito elenco; in attuazione delle previsioni in oggetto, è stato emanato il [D.M. 27 febbraio 2018](#), recante “Istituzione del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG)” (mentre l'elenco summenzionato è definito e aggiornato periodicamente secondo i criteri e le modalità stabiliti dal [D.M.](#) del 2 agosto 2017).

Le novelle di cui alla **lettera b)** del presente **articolo 8, comma 1**, operano alcune modifiche nella disciplina specifica della responsabilità civile degli esercenti una professione sanitaria.

Riguardo alla disciplina vigente, si ricorda, in sintesi, che:

- ai sensi dell'articolo 7 della citata L. n. 24 del 2017, l'esercente una professione sanitaria risponde del proprio operato secondo il regime della responsabilità extracontrattuale (o aquiliana), salvo che abbia agito nell'adempimento di un'obbligazione contrattuale con il paziente³⁴, mentre la struttura sanitaria o socio-sanitaria, pubblica o privata, che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e anche se non lavoratori dipendenti della struttura stessa, risponde delle condotte dolose o colpose dei medesimi professionisti secondo il regime della responsabilità contrattuale³⁵;
- il danno conseguente all'attività della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, e dell'esercente la professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle definite secondo la

³⁴ Nel regime di responsabilità contrattuale, il soggetto che intenda agire per l'inadempimento della controparte ha l'onere di provare esclusivamente l'inadempimento medesimo, mentre nel regime di responsabilità extracontrattuale il soggetto che intenda agire per danni ha l'onere di provare il dolo o la colpa dell'autore della condotta; in quest'ultimo regime, inoltre, il termine di prescrizione è quinquennale (in luogo dell'ordinario termine decennale).

³⁵ Tale regime di responsabilità si applica alle suddette strutture anche per le prestazioni sanitarie svolte: in regime di libera professione intramuraria; nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica; in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale; attraverso la telemedicina.

procedura e i criteri richiamati dal comma 4 del suddetto articolo 7 della L. n. 24 (tabelle concernenti il risarcimento del danno non patrimoniale per lesioni conseguenti alla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti o conseguenti all'attività dell'esercente la professione sanitaria e della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata);

- l'azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa nei confronti del professionista sanitario è esperibile esclusivamente per dolo o colpa grave, secondo la disciplina di cui all'articolo 9 della citata L. n. 24 del 2017, e successive modificazioni – fermo restando il diritto al riconoscimento del risarcimento del danno anche a carico del professionista sanitario, a prescindere dal grado della colpa –.

Mentre le novelle di cui ai **numeri 1) e 4)** della **lettera b)** in esame operano modifiche formali nella disciplina della responsabilità civile in oggetto, la novella di cui al **numero 2)** della stessa **lettera** sopprime il riferimento alle summenzionate linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali – riferimento che la norma vigente pone letteralmente con riferimento alla determinazione del danno, a carico del professionista sanitario, e non all'accertamento della sussistenza della colpa del professionista (che si sia discostato dalle medesime linee guida e buone pratiche) –. In merito alla novella, la **relazione illustrativa** del disegno di legge³⁶ osserva che l'intervento soppressivo è proposto in considerazione del riferimento, da parte della norma oggetto di soppressione, alla determinazione del danno, quindi al *quantum* e non alla verifica della sussistenza della responsabilità; riguardo al *quantum*, come detto, un'altra norma dell'articolo 7 della L. n. 24 opera un rinvio a specifiche tabelle. *Si valuti l'opportunità di considerare che con l'intervento meramente soppressivo viene meno, per le possibili forme di colpa alla base della responsabilità civile del professionista sanitario, ogni riferimento esplicito alle linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali.*

La novella di cui al successivo **numero 3)** concerne, nell'ambito della disciplina della responsabilità civile del professionista sanitario, l'accertamento della colpa o del grado di essa. La novella è posta in termini generali, quindi con riferimento sia al regime di responsabilità extracontrattuale del professionista sia ai casi di responsabilità contrattuale (derivante, in ipotesi, come detto, da un contratto d'opera) del medesimo professionista. Oltre a far salvo il principio³⁷ secondo cui, nel contratto di opera professionale, qualora la prestazione implichì la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore risponde dei danni solo in caso di dolo o di colpa grave, la novella prevede che nel suddetto

³⁶ La **relazione illustrativa** è reperibile nell'[A.C. n. 2700](#).

³⁷ Principio posto, come detto, dall'articolo 2236 del codice civile.

accertamento della colpa o del suo grado si tenga conto anche (a seconda delle evenienze)³⁸ della scarsità delle risorse umane e materiali disponibili e delle carenze organizzative – limitatamente ai casi in cui la scarsità e le carenze non siano evitabili da parte dell'esercente la professione sanitaria –, della mancanza, limitatezza o contraddittorietà delle conoscenze scientifiche sulla patologia o sulla terapia, della concreta disponibilità di terapie adeguate, della complessità della patologia o della difficoltà della particolare attività sanitaria, dello specifico ruolo (svolto dall'agente) in caso di cooperazione multidisciplinare, nonché della presenza di situazioni di urgenza o emergenza. La novella, come detto, pone tali criteri con riferimento all'accertamento sia della colpa sia del grado di essa. *Si valuti l'opportunità di chiarire gli effetti del riferimento all'accertamento del grado*, considerato che una distinzione tra i gradi di colpa è posta dalla disciplina in esame, come detto, solo con riguardo alle azioni di rivalsa e di responsabilità amministrativa e che la richiamata norma generale sull'esclusione della responsabilità per colpa non grave riguarda esclusivamente i contratti di opera professionale (non anche la responsabilità extracontrattuale) e limitatamente alle ipotesi in cui la prestazione implichia la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà.

Si valuti l'opportunità di chiarire se con la locuzione “esercente l'attività sanitaria”, usata in due punti nella novella di cui al suddetto numero 3), si intenda comprendere anche le categorie di personale sanitario non rientranti in ordini professionali e, in ogni caso, si consideri l'opportunità di una uniformità della terminologia con le altre disposizioni della legge oggetto di novella (le quali fanno riferimento agli esercenti la professione sanitaria).

Si valuti inoltre l'opportunità di definire esplicitamente i profili di diritto transitorio delle novelle di cui al presente articolo.

³⁸ Gli stessi criteri vengono posti con riferimento alla responsabilità penale dell'esercente una professione sanitaria dalla novella di cui al precedente **articolo 7**.

CAPO III – DISPOSIZIONI FINANZIARIE

Articolo 9 *(Disposizioni finanziarie)*

L'**articolo 9** specifica che dall'attuazione della disciplina di delega di cui ai precedenti **articoli da 1 a 6** non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e che agli adempimenti relativi alle norme adottate in sede di esercizio della delega le amministrazioni competenti provvedono con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.