

Camera
dei
deputati

XII Commissione, Affari sociali

Roma, 22 gennaio 2026

Audizione informale

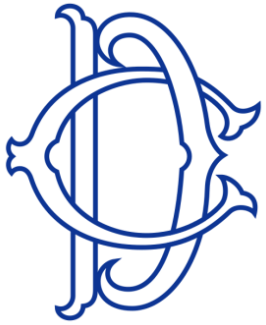
Ddl C. 2700, recante “Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”

Nino Cartabellotta

Presidente Fondazione GIMBE

Disclosure

- La Fondazione GIMBE realizza attività di formazione e consulenza su alcuni temi trattati nella presente audizione
- Le valutazioni contenute nella presente audizione sono espresse in assenza di alcun conflitto di interesse di categoria
- Singoli parlamentari e gruppi parlamentari, oltre che soggetti terzi, non hanno influenzato in alcun modo le valutazioni esposte nella presente audizione



Camera
dei
deputati

XII Commissione, Affari sociali

Roma, 8 gennaio 2025

Audizione informale

**Indagine conoscitiva in materia di riordino
delle professioni sanitarie**

Nino Cartabellotta

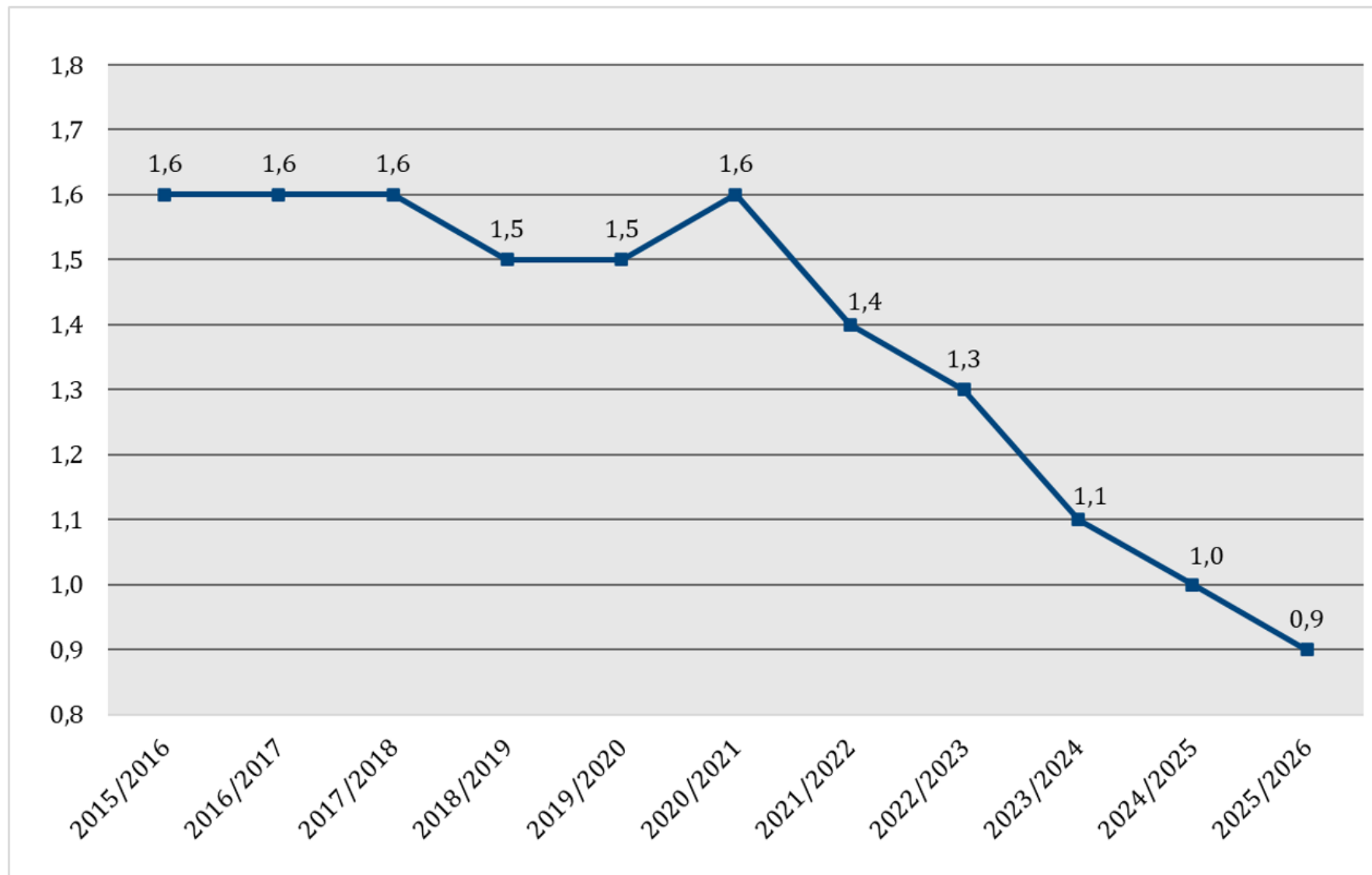
Presidente Fondazione GIMBE

Medici e infermieri: Italia vs media OCSE

MEDICI	Italia	Media OCSE	Rank Italia
N° per 1.000 abitanti	5,4	3,9	2/31
Retribuzione specialisti (\$)	● 117.954	131.455	19/31
Laureati per 100.000 abitanti	16,6	14,3	9/31

INFERMIERI	Italia	Media OCSE	Rank Italia
N° per 1.000 abitanti	● 6,9	9,5	23/31
Retribuzione infermieri ospedalieri (\$)	● 45.434	60.260	29/36
Laureati per 100.000 abitanti	● 17,3	45,3	35/37
Rapporto infermieri/medici	● 1,3	2,4	26/30

Corso di Laurea in Infermieristica: domande/posti disponibili



Medici: confronto tra le fonti analizzate (anno 2023)

	OCSE	CA-RGS	SISAC	ALS	FIMMG
Medici specialisti ^{a,b}	256.490	-	-	-	-
Medici di Medicina Generale (MMG)	37.983	-	37.260	-	-
Altri medici generalisti	21.247	-	-	-	-
Dipendenti pubblici con CCNL sanità	-	109.124	-	-	-
Specialisti convenzionati con il SSN	-	-	14.136	-	-
Pediatri di libera scelta (PLS) ^b	-	-	6.484	-	-
Iscritti a Scuole di Specializzazione ^c	-	-	-	50.677	-
Iscritti al corso di Formazione in Medicina Generale ^d	-	-	-	-	6.000
TOTALE	315.720	109.124	57.880	50.000	6.000

^a I medici iscritti alle scuole di specializzazione sono inclusi tra gli specialisti

^b 6.484 PLS sono inclusi da OCSE tra i medici specialisti

^c Dati Associazione Liberi Specializzandi (ALS)

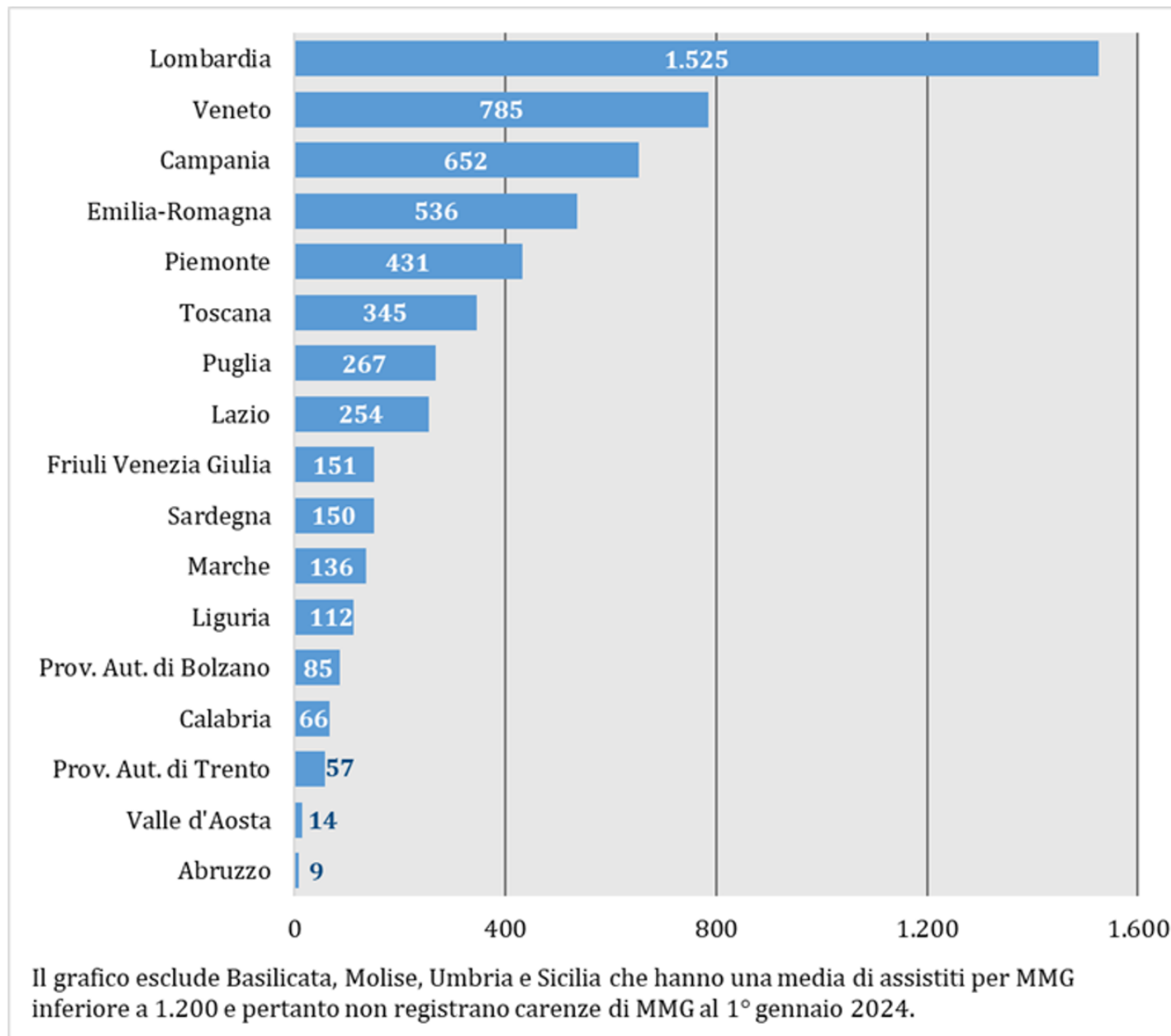
^d Stima FIMMG

>92 mila medici non lavorano nel SSN

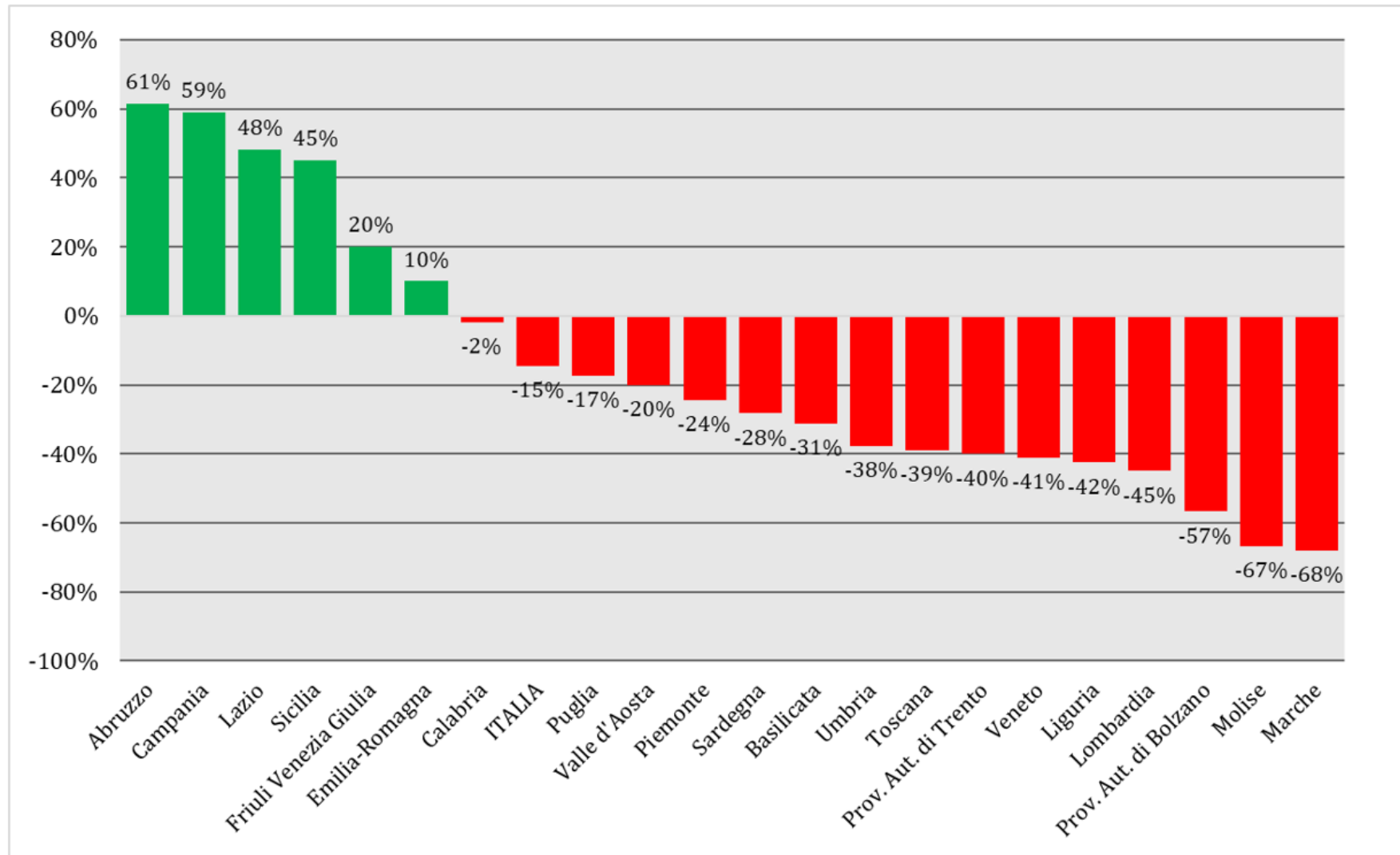
Concorso SSM 2025-2026

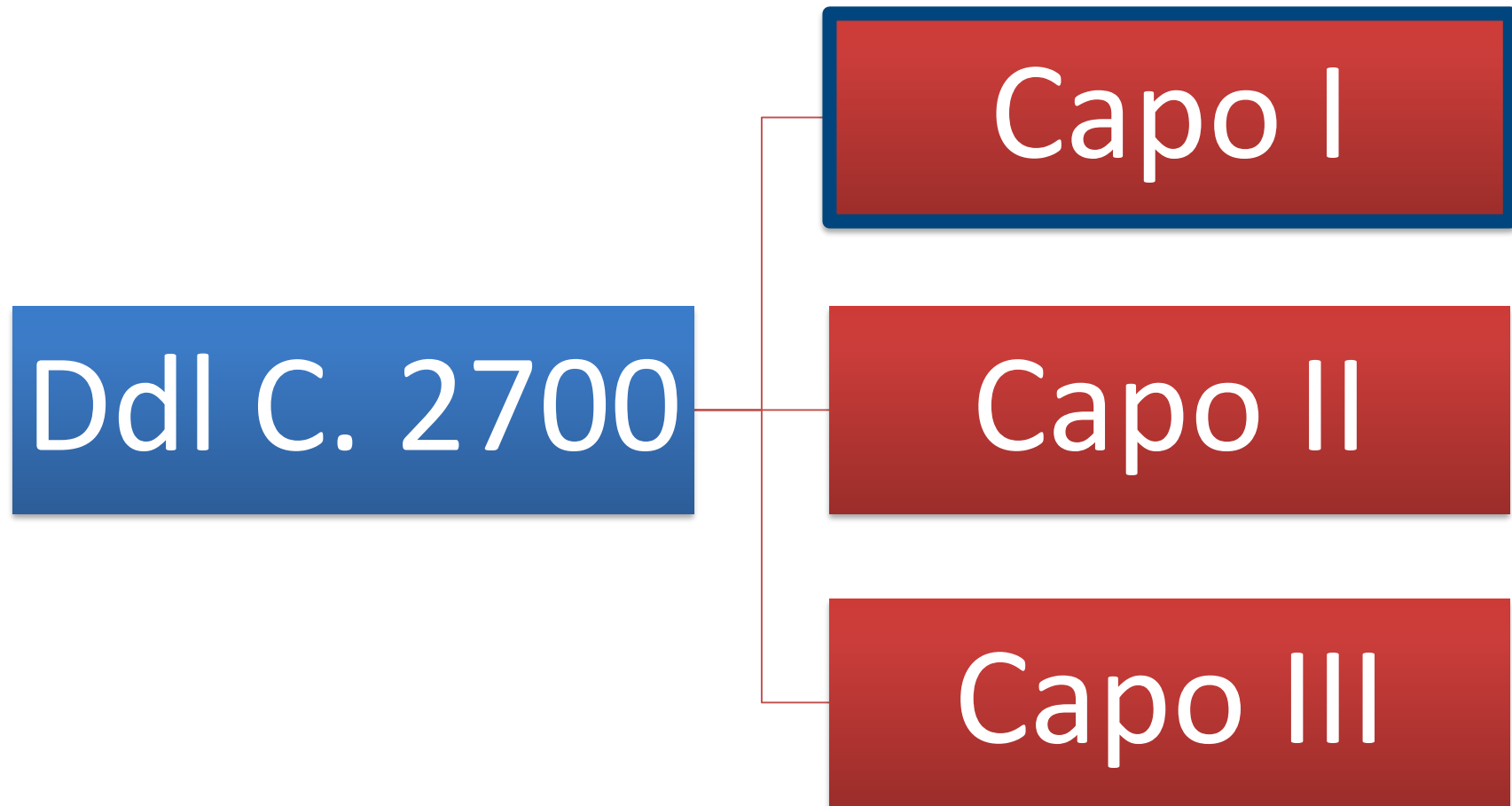
Scuola di Specializzazione	Contratti disponibili	Contratti assegnati	% assegnazione
Chirurgia Generale	646	415	64%
Nefrologia	340	208	61%
Medicina d'emergenza urgenza	954	537	56%
Chirurgia Toracica	87	49	56%
Medicina nucleare	80	36	45%
Medicina e Cure Palliative	155	64	41%
Statistica sanitaria e Biometria	47	17	36%
Medicina di comunità e delle cure primarie	134	48	36%
Radioterapia	139	49	35%
Patologia Clinica e Biochimica Clinica	272	66	24%
Farmacologia e Tossicologia Clinica	114	25	22%
Microbiologia e virologia	108	22	20%

Stima del numero di MMG mancanti al 1° gennaio 2024



Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale 2024: % di partecipanti al bando su numero di borse finanziate





Capo I. Obiettivi e criteri della riforma

- **Senza effetti tangibili**
- **Da chiarire**
- **Con criticità attuative**

Capo I. Obiettivi e criteri della riforma

- **Senza effetti tangibili**
- Da chiarire
- Con criticità attuative

Obiettivi e criteri senza effetti tangibili

Art 3, lett. a). Riordino e razionalizzazione delle forme di lavoro flessibile per l'impiego di specializzandi nel SSN

- La norma si limita a un riordino dell'assetto normativo esistente
- Nessun intervento su: contratto di formazione specialistica, continuità formazione-lavoro, condizioni economiche degli specializzandi
- La razionalizzazione del lavoro flessibile non affronta il nodo strutturale del rapporto tra formazione e lavoro, una delle cause di abbandono dal SSN

Obiettivi e criteri senza effetti tangibili

Art 3, lett. c). Favorire il mantenimento in servizio del personale sanitario, anche mediante l'introduzione di riconoscimenti professionali per la carriera e individuare misure specifiche [...] in favore di chi presta servizio in particolari condizioni di lavoro o in aree disagiate [...]

- In assenza di progressione economica o professionale i “riconoscimenti professionali” alla carriera non hanno alcuna efficacia per favorire il *retainment*
- Non sono previste azioni concrete quali *fringe benefit* (alloggio, trasporti) per le aree disagiate

Obiettivi e criteri senza effetti tangibili

Art 3, lett. g). Promuovere, in sinergia con il MUR soluzioni dirette a sviluppare una metodologia comune di pianificazione e previsione del numero di specializzandi in relazione a ciascuna specializzazione medica

- Il problema non è la determinazione del fabbisogno, ma l'attrattività di alcune specialità
- Se alcune specialità sono continuamente disertate è inevitabile che il fabbisogno aumenti ogni anno

Capo I. Obiettivi e criteri della riforma

- Senza effetti tangibili
- **Da chiarire**
- Con criticità attuative

Obiettivi e criteri da chiarire

Art 3, lett. b). Possibilità di regolamentare i vincoli minimi di permanenza presso strutture sanitarie e sociosanitarie [...] ubicate nelle aree disagiate

- *"Possibilità di prevedere una disciplina speciale, integrativa o derogatoria rispetto a quella contenuta nel Dlgs 30 marzo 2001, n. 165 (T.U.P.I.)"*
- Non viene chiarito l'obiettivo della "disciplina speciale" rispetto all'attuale obbligo di permanenza nella sede di prima assegnazione per un periodo non inferiore a 5 anni

Obiettivi e criteri da chiarire

Art 4, lett. d). Aggiornamento dei criteri per la formazione manageriale del personale del SSN, al fine dell'attualizzazione degli obiettivi di formazione continua in medicina.

- Non viene chiarito se l'obiettivo riguardi l'aggiornamento dei requisiti di accesso alla direzione sanitaria aziendale e al secondo livello dirigenziale per il personale sanitario del SSN (DPR 484/1997)

Obiettivi e criteri da chiarire

Art 5, lett. a). Ridefinizione del percorso formativo nella medicina generale

- La disposizione non prevede espressamente l'istituzione della Scuola di Specializzazione in Medicina Generale
- Il principio di invarianza finanziaria lascia intendere che l'intervento si limiti alla ridefinizione del percorso formativo dei MMG, senza incidere sull'attrattività della professione

Capo I. Obiettivi e criteri della riforma

- Senza effetti tangibili
- Da chiarire
- **Con criticità attuative**

Obiettivi e criteri con criticità attuative

Art 3, lett. d). Individuazione di strategie, in accordo con le Regioni, volte a consentire la razionalizzazione e la semplificazione dei procedimenti amministrativi che gravano sul personale sanitario

- La disposizione interviene in un ambito di competenza esclusivamente regionale
- L'attuazione delle strategie risulta fortemente condizionata da variabili regionali e locali: disponibilità di personale sanitario e amministrativo, standardizzazione di processi e procedure, livello di digitalizzazione

Obiettivi e criteri con criticità attuative

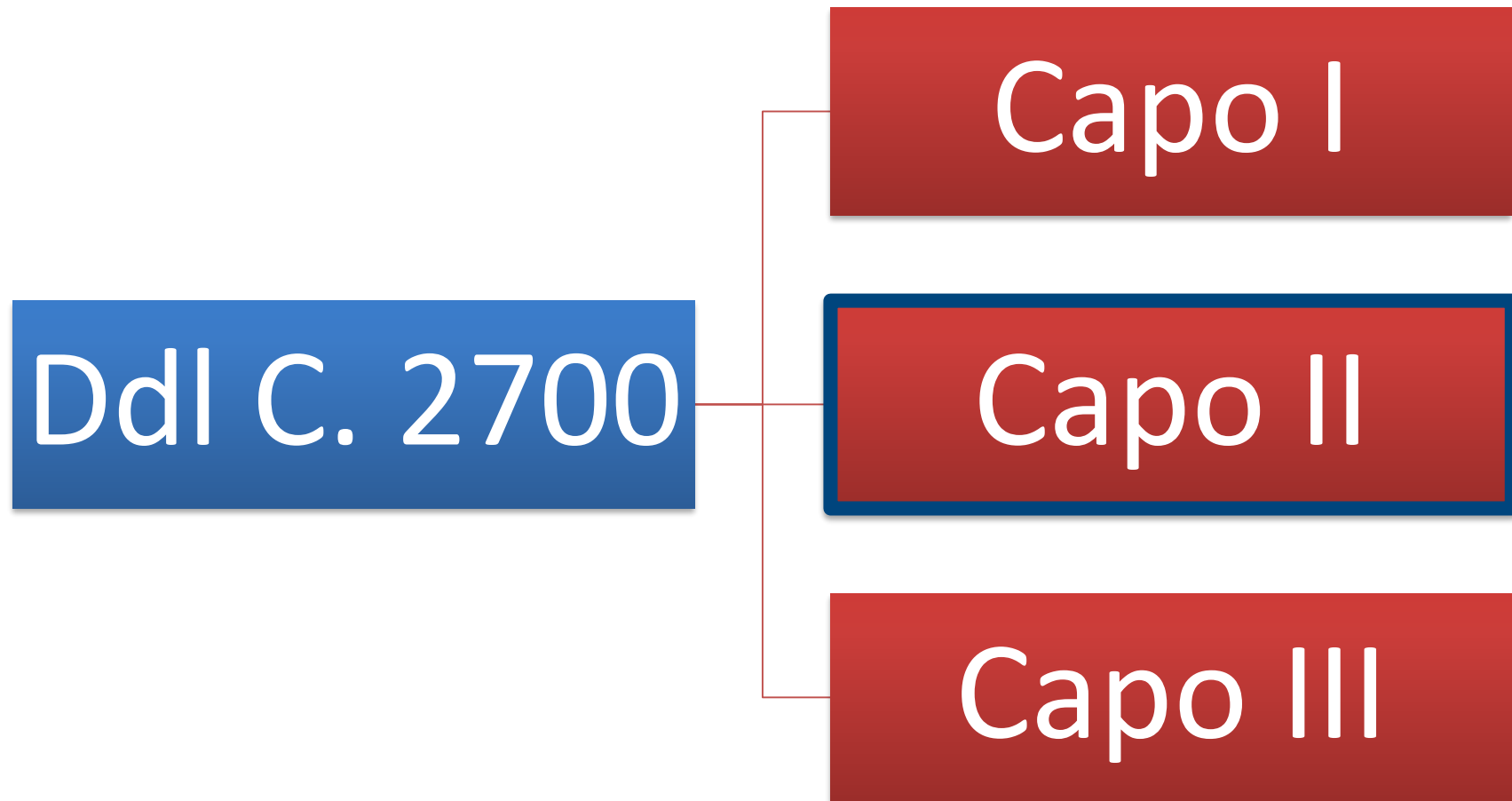
Art 3, lett. f). Definizione di meccanismi premiali legati ai sistemi di valutazione della performance delle figure dirigenziali, sanitarie e amministrative, anche in relazione ai risultati da conseguire in materia di riduzione delle liste d'attesa, [...] nell'ambito del tetto di spesa [...]

- Al di fuori del CCNL la definizione di meccanismi premiali rientra nella competenza esclusiva delle Regioni
- In assenza di risorse aggiuntive, è possibile prevedere esclusivamente meccanismi di penalità e non di premialità

Obiettivi e criteri con criticità attuative

Art 4, lett. b). Promuovere l'istituzione di un sistema nazionale di certificazione delle competenze specifico per il settore sanitario, valorizzando l'esperienza e le competenze acquisite dai professionisti sanitari.

- La “certificazione” è facoltativa e affidata a enti privati, previa definizione dei relativi criteri
- Il pubblico può istituire esclusivamente un sistema di “accreditamento” obbligatorio, non realizzabile nel contesto italiano per varie motivazioni, inclusa l'assenza di meccanismi di *revalidation* dei professionisti sanitari



Sostituzione art. 590-sexies del codice penale

Art 7, c. 1, lett. a). L'articolo 590-sexies è sostituito dal seguente: «Quando l'esercente la professione sanitaria si attiene alle raccomandazioni previste dalle linee guida, come definite e pubblicate ai sensi di legge, o alle buone pratiche clinico-assistenziali [...]»;

- La locuzione “definite e pubblicate ai sensi di legge” è riferita esclusivamente alle linee guida
- Tale formulazione dovrebbe (ma non può) essere estesa alle buone pratiche clinico-assistenziali (BPCA) che nel testo attuale costituiscono un riferimento senza essere “*definite e pubblicate ai sensi di legge*”

Modifiche alla legge 8 marzo 2017, n. 24

Art 8, c. 1, lett. a). All'articolo 5, comma 1, il secondo periodo è sostituito dal seguente: «Gli esercenti le professioni sanitarie si attengono altresì alle buone pratiche clinico-assistenziali, salve comunque le specificità del caso concreto»

- Linee guida e BPCA vengono parificate, superando la “supremazia” delle linee guida sulle BPCA, che nella formulazione originaria della L. 24/2017 assumevano rilievo solo in assenza di linee guida
- Tale equiparazione legittima, ai fini della definizione della responsabilità professionale, l'utilizzo di strumenti (BPCA) caratterizzati da un livello metodologico meno rigoroso

Modifiche alla legge 8 marzo 2017, n. 24

- La parificazione tra linee guida e BPCA rischia di determinare incertezza applicativa, ampliamento della discrezionalità giudiziaria e aumento del contenzioso
- Infatti, la filiera normativa delle BPCA non equivale a quella delle linee guida perché le società scientifiche sono deputate esclusivamente alla produzione di linee guida, ma non di BPCA (DM 27 febbraio 2018 in attuazione dell'art. 5 della L. 24/2017)
- L'Istituto Superiore di Sanità ha esteso alle società scientifiche la possibilità di elaborare BPCA, ma non è mai stata sanata la lacuna normativa che condiziona sia la responsabilità penale che quella civile.

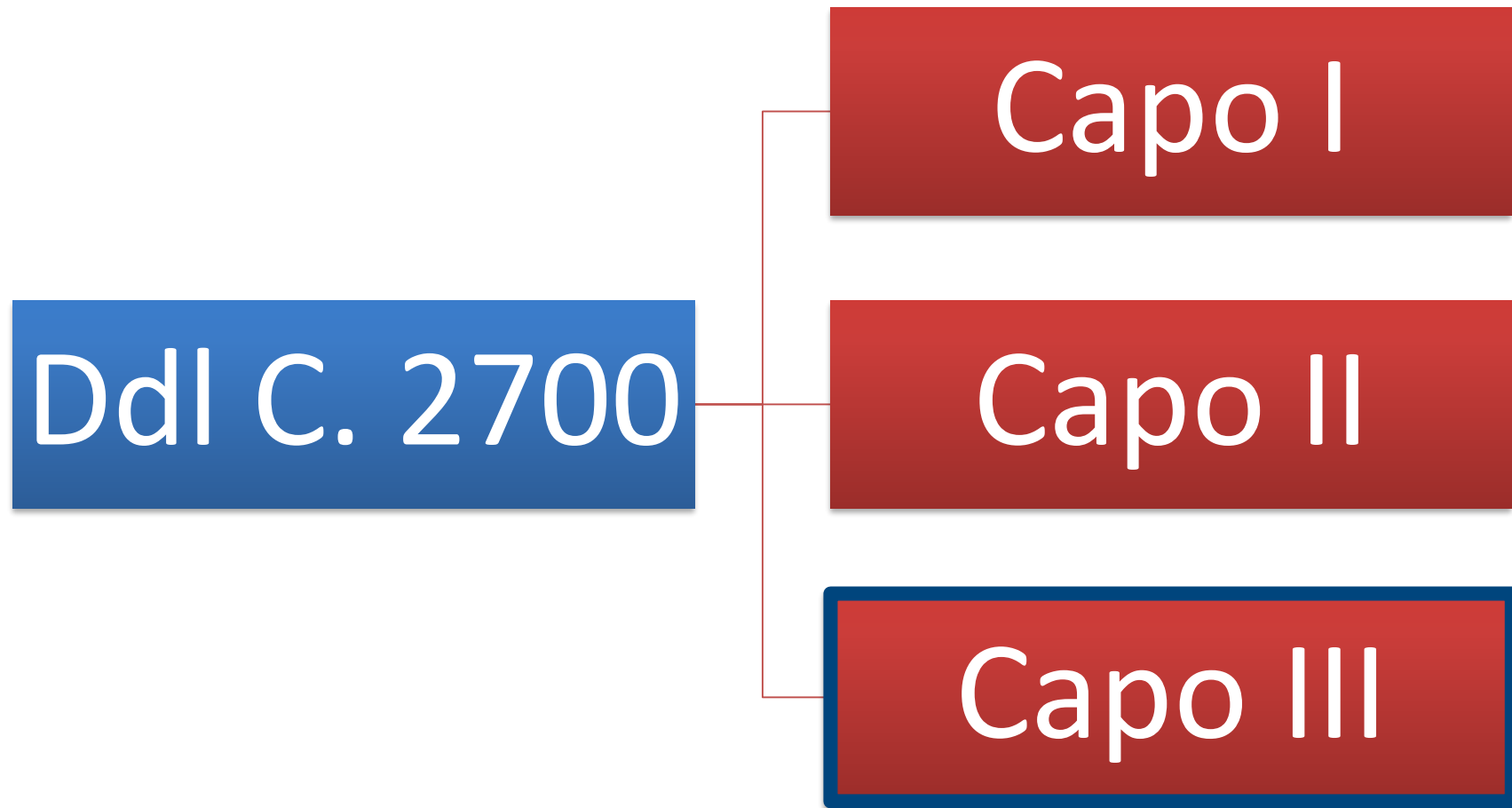
Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale (RBPCA)

«Documento contenente raccomandazioni clinico-assistenziali ritenute efficaci, sicure ed appropriate dalla comunità scientifica internazionale, perché basate su solide prove di efficacia, che **vengono sviluppate in modo rapido in quanto le tempistiche e/o il budget disponibile non consentono i processi standard seguiti per la produzione di linee guida**»

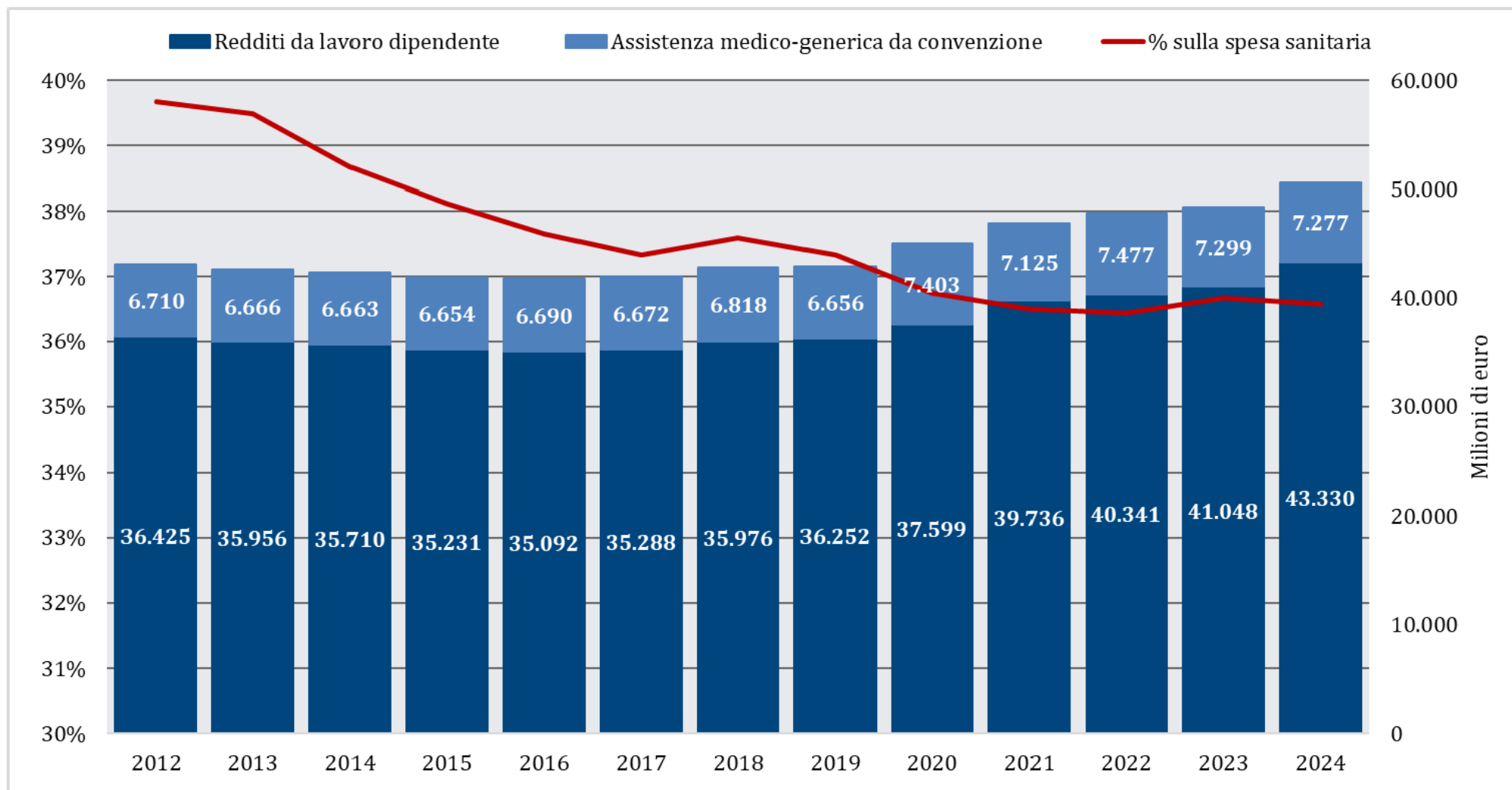
Fonte: Istituto Superiore di Sanità

Modifiche alla legge 8 marzo 2017, n. 24

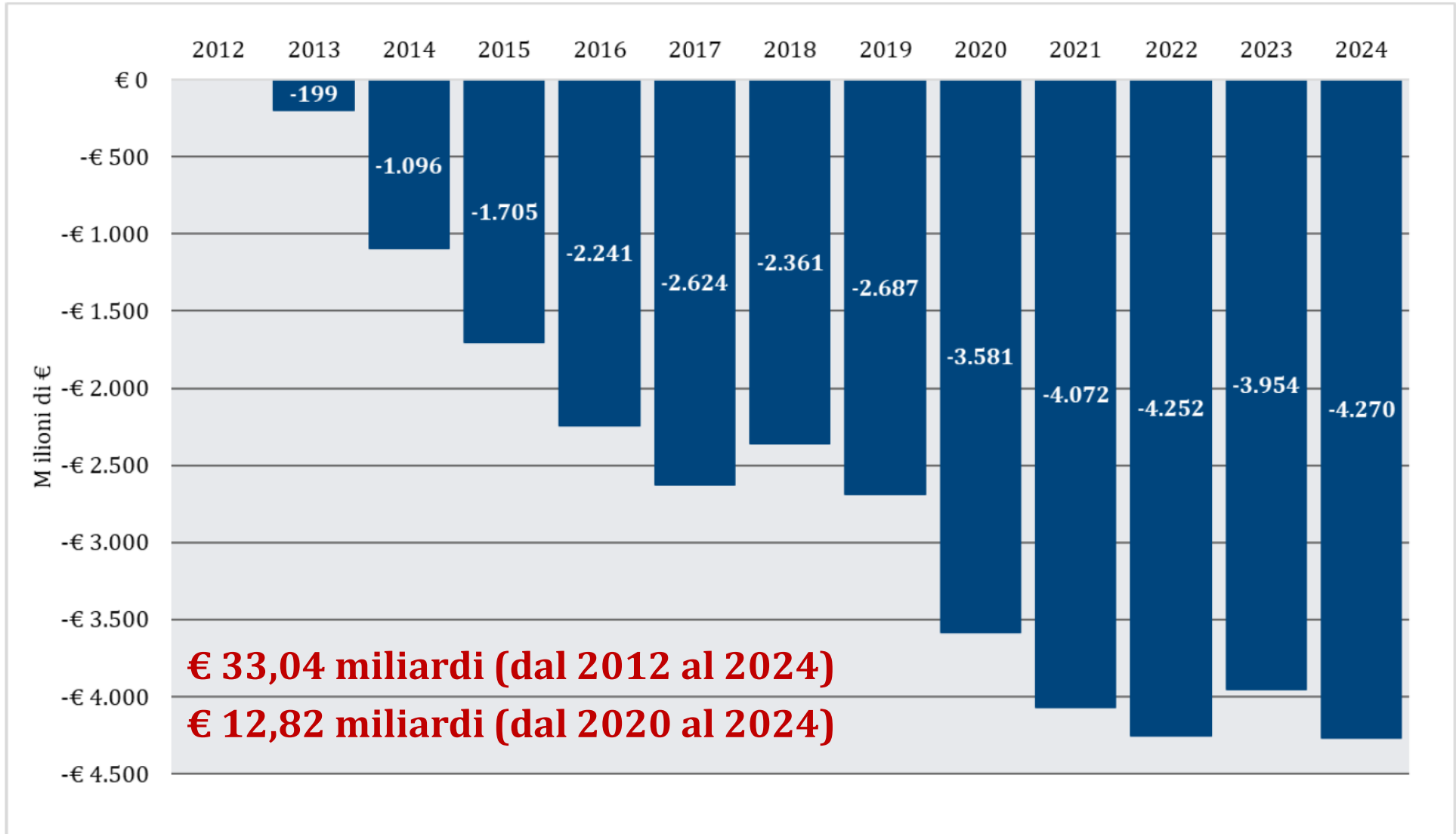
- In un Paese dove le linee guida hanno il massimo peso medico-legale al mondo, l'Italia rischia un pericoloso arretramento metodologico, mentre a livello internazionale si rafforzano gli standard *evidence-based*
- Una involuzione che rischia di compromettere anni di progressi nella produzione delle raccomandazioni cliniche e condizionare negativamente la tutela medico-legale dei professionisti sanitari



Spesa sanitaria per redditi da lavoro dipendente e assistenza medico-generica da convenzione



Riduzione assoluta della spesa sanitaria per il personale dipendente e convenzionato parametrandola al 39,7% sulla spesa sanitaria totale



Disposizioni in materia finanziaria

Art 9. [...] non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

- In assenza di risorse aggiuntive e vincolate al personale sanitario, la Legge delega e i successivi D.Lgs rischiano di configurarsi come intervento meramente ordinamentale privo di effetti sulla crisi del personale sanitario, sia in termini di attrattività delle professioni e delle specialità disertate, sia di capacità di trattenimento in servizio
- Inoltre, senza rigorosi criteri per la determinazione dei fabbisogni, rischia di produrre interventi disomogenei e aggravare le diseguaglianze territoriali, anche in considerazione della legge sull'autonomia differenziata

Conclusioni

- Il **Capo II** del DdL delega, relativo alla riforma della responsabilità professionale, potenzia lo scudo penale nei confronti dei professionisti sanitari e tiene conto delle criticità del SSN per limitare la responsabilità penale e civile
- Tuttavia, risente negativamente dell'involuzione del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG), che negli ultimi anni ha progressivamente virato la produzione documentale dalle linee guida alle BPCA, in particolare quelle basate sul consenso, con riduzione del rigore metodologico e senza sanare il *vacuum* normativo

Conclusioni

- La sezione relativa alle professioni sanitarie (**Capo I**) enuncia principi generici, ma risulta tanto sovrabbondante nella forma quanto scarna nella possibilità di azioni efficaci, sia perché riporta misure difficilmente attuabili sia, soprattutto, perché non prevede risorse aggiuntive (**Capo III**).

Conclusioni

- L'iter legislativo è parallelo ad altri DdL delega rilevanti (governance farmaceutica, riorganizzazione SSN) messi in campo dal dicastero della Salute
- Il rischio è che il DdL oggetto della presente audizione rimanga un mero esercizio di stile, rendendo impossibile il rilancio delle politiche del personale sanitario, *condicio sine qua non* per la sopravvivenza del SSN.