Consiglio Nazionale
11 Luglio 2025

FILIPPO ANELLI – PRESIDENTE NAZIONALE FNOMCEO

FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

LA SALUTE. LA NOSTRA ARMA MIGLIORE
INVESTIAMO IN CIÒ CHE CI SERVE DAVVERO. IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
Con i medici, per la salute di tutti.

Narges Mohammadi – Premio Nobel per la Pace

Dal Corriere.it del 21 giugno 2025

- «Credo profondamente che la democrazia, i diritti umani e la libertà non si ottengano attraverso la violenza e le bombe. Chiedo che questa guerra venga fermata. La Repubblica islamica dell'Iran e Israele devono raggiungere un cessate il fuoco. Condanno questa guerra nel modo più fermo possibile.
- in Iran governa un regime misogino e religioso con Ali Khamenei al vertice, che ci ha portati all'inferno mentre prometteva il paradiso. Allo stesso tempo, anche Netanyahu ci sta portando all'inferno, mentre promette libertà e democrazia. Sono certa che la guerra non porta mai nulla di democratico, né diritti umani né libertà»

Articolo 11 - Costituzione Italiana

L'Italia ripudia la guerra come strumento di offesa alla libertà degli altri popoli e come mezzo di risoluzione delle controversie internazionali; consente, in condizioni di parità con gli altri Stati, alle limitazioni di sovranità necessarie ad un ordinamento che assicuri la pace e la giustizia fra le Nazioni; promuove e favorisce le organizzazioni internazionali rivolte a tale scopo.

Il **Codice di Deontologia Medica** a sua volta ribadisce che

- "Doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera".
- In una precedente versione del Codice dopo il tema delle discriminazioni compariva l'inciso **"in tempo di pace come in tempo di guerra"**, a sottolineare che il medico opera sempre e comunque per la salvaguardia della dignità delle persone anche in tempo di guerra!

Il mandato della tutela della vita e della salute, in ogni sua accezione, così come il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza portano **i medici ad essere i primi operatori di pace!**

Questo impegno di tutela della salute e di contrasto alle malattie, attraverso la cura e la ricerca scientifica, nonché di promozione del benessere individuale e collettivo **non può in alcun modo giustificare la violenza e quindi la guerra**, come strumento per risolvere i conflitti e le controversie tra nazioni.

I medici curano i malati e contrastano le malattie
La Guerra produce malati e genera malattie

La lotta alle discriminazioni e la ricerca della giustizia sociale sono i sentieri su cui camminare e che portano alla pace.

“Tutti possiamo contribuire a costruire la pace.”, affermava Umberto Veronesi ed i medici in maniera particolare.

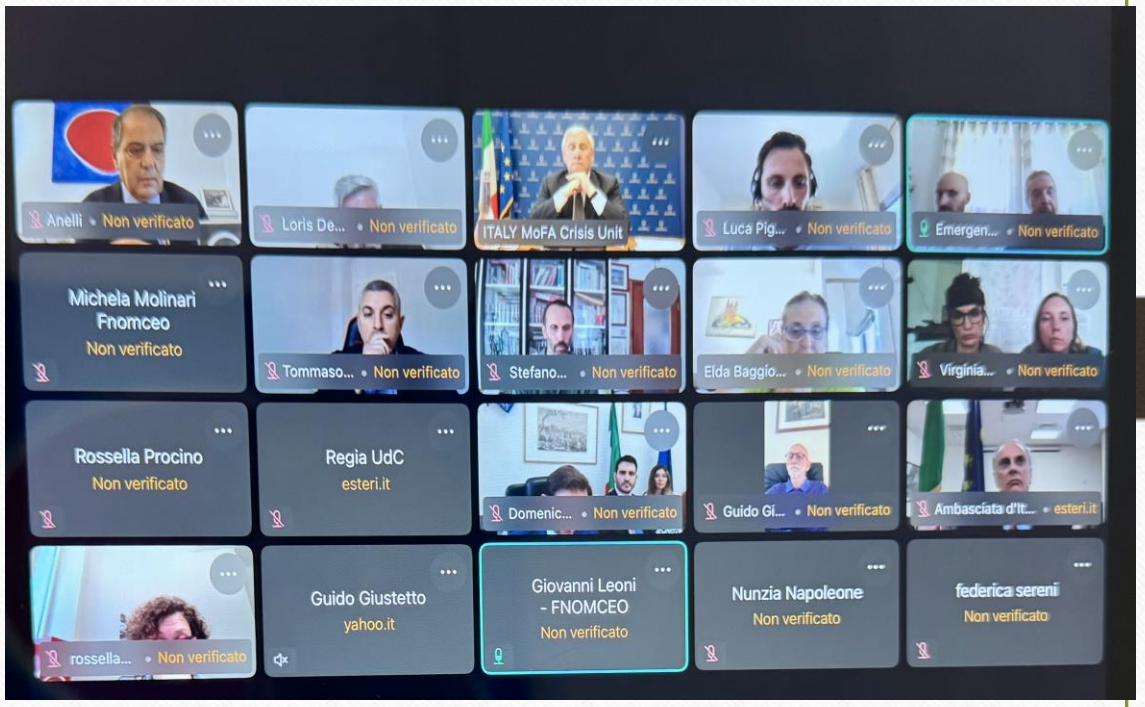
Siamo vicino ai colleghi che ogni giorno operano in tutti quei luoghi devastati dalla guerra, testimoni viventi di quei principi che ispirano il nostro codice deontologico.

Particolare preoccupazione per i colleghi che svolgono questa missione umanitaria a Gaza, sotto i bombardamenti e in un contesto dove la mancanza di strumenti e medicine insieme al blocco degli aiuti umanitari e alla carenza di cibo li pongono in serio pericolo.

A loro esprimiamo la nostra vicinanza, la nostra solidarietà, e il nostro ringraziamento perché sono i veri testimoni della pace in quel luogo di guerra.

Abbiamo chiesto al Ministro Tajani di incontrare i medici e gli operatori sanitari che operano a Gaza e lo ringraziamo per la pronta disponibilità con la quale ha accolto il nostro invito incontrando e **ascoltando i medici presenti sui territori martoriati dal conflitto e, ora, dalla fame e dalla penuria di strumenti, medicinali, attrezzature.**

Abbiamo offerto ai colleghi un luogo ove vedersi e sentirsi periodicamente con il Governo, l'unità di crisi della Farnesina, l'ambasciata italiana a Tel Aviv e il Consolato Italiano a Gerusalemme, e dove evidenziare le istanze e le necessità dei medici sul campo per aiutare in maniera efficace le popolazioni colpite.



Piuttosto che perdere tempo in infinite discussioni su come ridurre i deficit nazionali, dovremmo dedicare energie a trovare i mezzi per investire massicciamente nell'autonomia strategica dell'Unione e nelle nuove sfide industriali.

Senza questi mattoni, basilari per gettare nuove fondamenta, in un mondo dove si vanno ricostituendo le logiche dei blocchi l'Europa continuerà a restare solo un gigante-nano fra i giganti veri.

Senza esibire al mondo quella che sarebbe la sua ragion d'essere: dimostrare che esiste una nuova via, un modo diverso di stare in questo pianeta. Meno guerreggiato e più convivente.

- Eugenio Fatigante Avvenire 21 giugno 2025

L’Europa terra di pace e di diritti

I teatri di guerra in Europa, nel Medio Oriente e nel mondo hanno rimesso in moto la corsa al riarmo.

In questo contesto internazionale e le nuove politiche americane portano sempre più i paesi europei a dover aumentare le spese per la difesa.

L'obiettivo fissato per i paesi Nato è il 5% del PIL per cui la spesa annuale passerebbe dagli attuali 45 miliardi a ben 145 miliardi nel 2035, con un incremento medio di 10 miliardi l'anno.

Una cifra superiore all'intera attuale spesa per la sanità pubblica.

MEDIASET TGCOM24

TGCOMLAB > FOCUS

I CONTI DELLA DIFESA

La corsa al riarmo: dal 2% al 5% del Pil, quanto costerà all'Italia la nuova Nato

L'Alleanza atlantica alza l'asticella delle spese militari al 5% entro il 2035. Per l'Italia significa passare da 34 a oltre cento miliardi annui, con possibili tagli a sanità e welfare

È forte la preoccupazione che la ricerca di queste risorse determinino inevitabilmente tagli o riforme strutturali in altri settori, o un forte aumento del debito pubblico.

AZIONE CATTOLICA ITALIANA

LA STORIA

HOME ADULTI GIOVANI ACR STUD

15 MAGGIO 2025

Home » Articoli » Unitari » La folle corsa al riarmo

Rapporto Sipri: aumento senza precedenti della spesa militare globale

La folle corsa al riarmo

Foto tratta dal sito sipri.org

L’Europa però non è solo difesa dei confini, ma rappresenta un territorio dove dal dopoguerra in poi si è sviluppata **una società dove i diritti e il welfare sono diventati elementi costitutivi dell’Unione.**

In particolare, **la salute è considerato un diritto fondamentale sancito dall'articolo 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea e pilastro della coesione sociale e della sostenibilità economica.**

Ai cittadini europei ed ad ogni individuo presente in Europa è riconosciuto il diritto alla tutela della salute in quanto persona e questo riconoscimento è diventato una caratteristica della nostra Unione Europea e un grande segno di crescita civile e sociale di questo territorio.

La valorizzazione dell'Unione Europea non passa solo per la difesa dei confini ma soprattutto dal riconoscimento di queste caratteristiche peculiari che hanno consentito a questa società di crescere e di organizzarsi **garantendo in questo territorio proprio i diritti fondamentali dell'uomo.**

Quei diritti che sono stati drammaticamente violati e cancellati dai regimi dittatoriali nazisti e fascisti rei di aver insanguinato l'Europa con le guerre nel secolo scorso e che poi hanno generato un grande movimento internazionale di **riscatto da ogni forma di dittatura e contro ogni guerra per promuovere la dignità di ogni essere umano.**

Crediamo dunque che la salute debba essere considerata una priorità strategica per i nostri paesi europei al pari della sicurezza, in equilibrio con i bisogni civili.

Le sfide in continua evoluzione in campo medico e demografico – dall'invecchiamento della popolazione all'aumento delle malattie croniche, alle crisi sanitarie transfrontaliere – **impongono ai sistemi sanitari pressioni che non possono essere ignorate o trascurate.**

I medici, custodi della salute dei cittadini europei, propongono di considerare la spesa sanitaria come un investimento strategico per il futuro delle nostre società, in considerazione dell'impatto positivo sulla produttività, la coesione sociale e la sostenibilità fiscale ed **esortano il Consiglio e la Commissione, in sede di negoziati sul piano di bilancio di medio termine, a introdurre una "clausola di resilienza sanitaria" che consenta agli Stati membri di destinare risorse aggiuntive alla prevenzione senza violare i parametri europei.**

La crisi del SSN

Secondo il Rapporto annuale 2025 dell'Istat nel 2024 un italiano su dieci (9,9%), 6 milioni di italiani, ha riferito di avere rinunciato negli ultimi 12 mesi a visite o esami specialistici, principalmente a causa delle lunghe liste di attesa (6,8%) e per la difficoltà di pagare le prestazioni sanitarie (5,3%).

Purtroppo, siamo passati da 4 milioni e mezzo a 6 milioni di cittadini che oggi non hanno i soldi o che per altri motivi rinunciano a curarsi.

È un dato assolutamente preoccupante.

Il contenimento della spesa come obiettivo primario ha generato il perverso spostamento del costo di una parte non irrilevante di prestazioni appropriate dal bilancio pubblico ai budget privati delle famiglie, creando il presupposto di una sanità differenziata per capacità economica.

La spesa out of pocket ha superato i 40 miliardi e secondo la Corte dei Conti salirà a 47,3 miliardi nel 2028 pari al 2% del PIL.

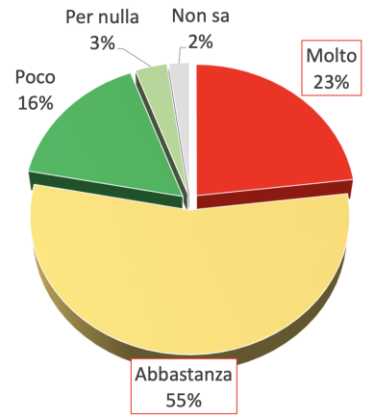
Sono ormai 9 italiani su 10 a dichiararsi convinti e preoccupati del fatto che il vincolo di bilancio è stato troppo a lungo il re incontrastato delle decisioni relative alla spesa pubblica per la sanità.

Le difficoltà della professione

8

8 ITALIANI SU 10 PREOCCUPATI DAL LIVELLO DI STRESS DEI MEDICI

- In che misura è preoccupato per il livello di stress dei medici nel sistema sanitario attuale?



PREOCCUPATI 78%	
Uomo	75%
Donna	81%
Fino a 34 anni	82%
35-54 anni	75%
Oltre 54 anni	79%
Nord Ovest	80%
Nord Est	76%
Centro	82%
Sud e Isole	75%

PREOCCUPATI= % MOLTO + ABBASTANZA

Base=totale campione popolazione (500 casi)

Nel tempo, lavorare nel Servizio sanitario è diventato sempre più difficile, pesante, ad altissimo rischio di burn-out, senza adeguate gratificazioni economiche, prospettive di carriera limitate ed escalation dei casi di violenza.

L'unico comune denominatore a resistere è la passione e l'etica medica.

Da qui l'inevitabile fuga dal Servizio sanitario verso soluzioni professionali meno logoranti e a più alta gratificazione, nella libera professione così come nelle sanità di altri paesi.

I dati raccolti da organizzazioni sindacali e di categoria documentano infatti il progressivo abbandono del Ssn: secondo la Fondazione ONAOSI, tra il 2019 e il 2022 il Ssn ha perso oltre 11mila medici dipendenti per licenziamenti o conclusione di contratti a tempo determinato.

I tagli hanno riguardato soprattutto il personale

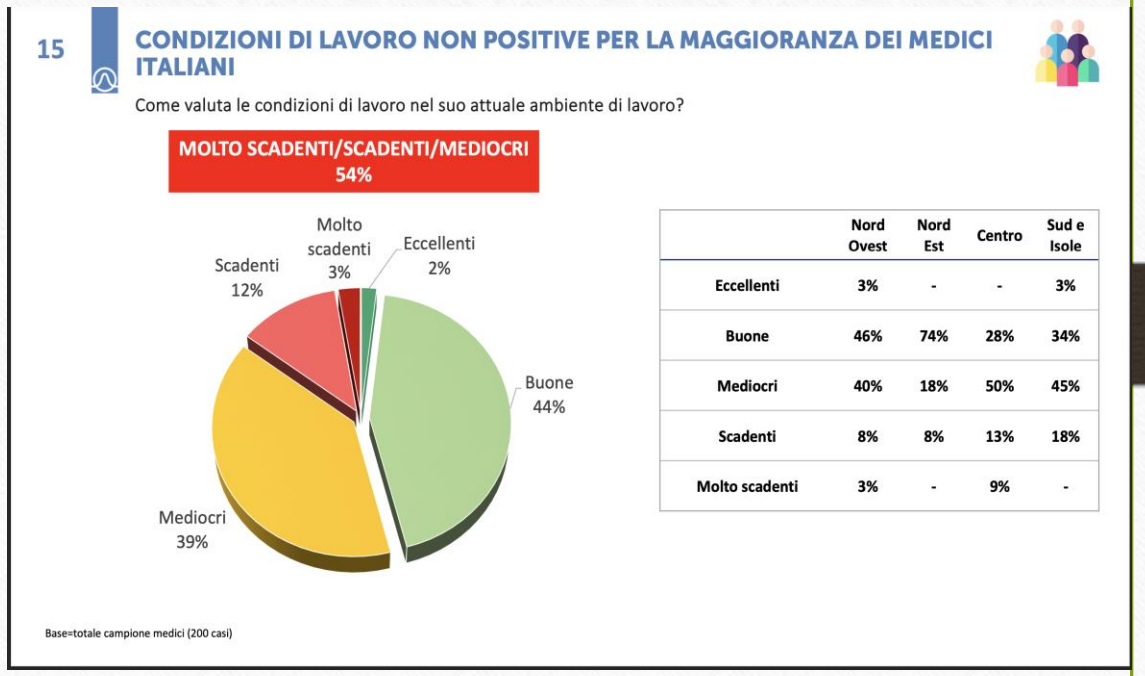
La spesa per lavoro a tempo determinato, consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie provenienti dal privato è stata pari a 3,6 miliardi di euro nel 2022, con un incremento del +66,4% rispetto al 2012.

Nello stesso periodo, la spesa per il personale permanente è aumentata solo del 6,4%.

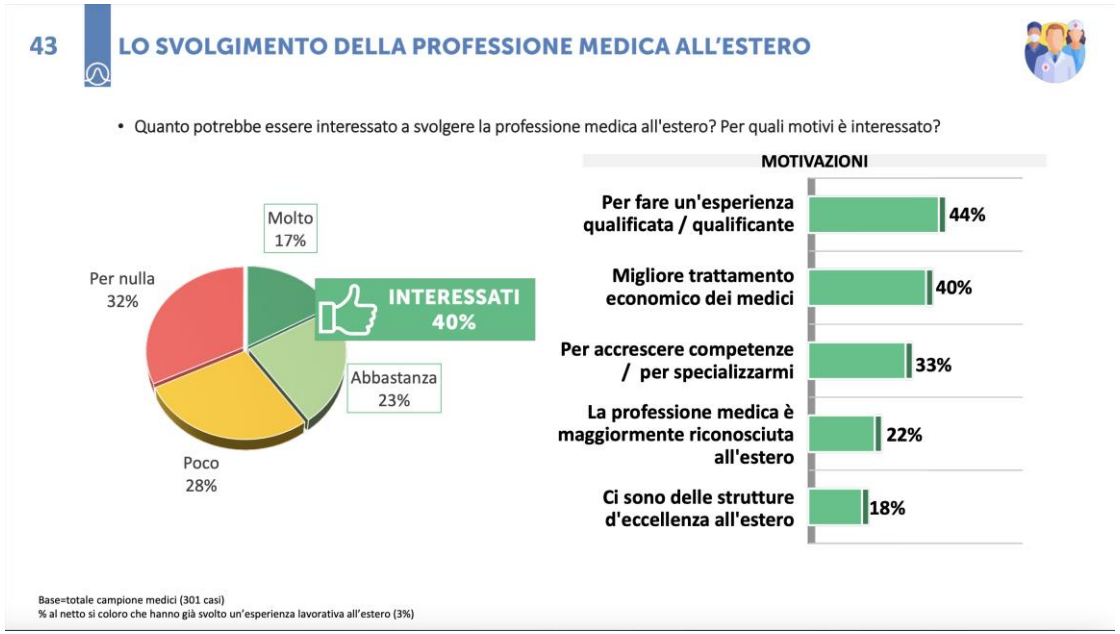
La spesa totale per le retribuzioni dei medici permanenti nella Pubblica amministrazione tra il 2012 e il 2022 è rimasta sostanzialmente invariata, registrando un +0,2%, con -2,5% tra il 2012 e il 2019 e un +2,8% tra il 2019 e il 2022.

Addirittura, tra il 2015 e il 2022 le retribuzioni dei medici nella PA sono diminuite, in termini reali, del 6,1%.

Questi numeri, uniti alle condizioni di lavoro, sono una conferma ulteriore del mancato investimento sulla risorsa chiave della sanità: i medici.



	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
Eccellenti	3%	-	-	3%
Buone	46%	74%	28%	34%
Mediocri	40%	18%	50%	45%
Scadenti	8%	8%	13%	18%
Molto scadenti	3%	-	9%	-



Del resto, posto pari a 100 il valore delle retribuzioni dei medici dipendenti italiani,

- nei Paesi Bassi è pari a 176,
- in Germania a 172,3 e
- Irlanda a 154,8:

i medici italiani guadagnano molto meno dei colleghi di altri paesi omologhi.

- Il vero cuore delle criticità attuali del Servizio sanitario è il suo svuotamento da medici e altri operatori sanitari, cioè il depauperamento della risorsa fondamentale che ha tenuto in piedi la sanità italiana nei momenti più difficili e da cui non si può prescindere per una sanità di qualità, in linea con le aspettative dei cittadini.

Piuttosto che ricorrere a medici provenienti da paesi lontani e spesso molto diversi dal nostro, sarebbe opportuno promuovere investimenti adeguati per restituire attrattività al lavoro nel Servizio sanitario.

Così, del resto, la pensa l'85% degli italiani:

- **il 92,5% degli intervistati indica come urgenza suprema procedere all'assunzione di medici e infermieri nel Servizio sanitario nazionale.**
- **l'84,5% è convinto che avere troppi medici con contratti temporanei indebolisce la sanità.**
- **l'87,2% è quindi prioritario migliorare le condizioni di lavoro e le retribuzioni dei medici, proprio perché li considerano la risorsa più importante della sanità.**

Oggi non mancano i medici intesi come laureati in medicina e chirurgia, ma mancano i medici specialisti, soprattutto in alcune branche, e i medici di medicina generale.

In Italia, secondo l'Ocse, abbiamo quattro medici ogni mille cittadini e siamo quindi al di sopra della media europea.

Da tempo avevamo preannunciato l'arrivo della gobba pensionistica che non è stata neutralizzata da una idonea programmazione.

C’è bisogno, dunque, di una corretta programmazione che parta dai dati sui pensionamenti e sui fabbisogni di specialisti e medici di medicina generale e dai bisogni delle persone da qui a dieci anni.

Se si vogliono formare più medici dobbiamo essere consapevoli che dobbiamo garantire loro, dopo la laurea, la formazione specialistica e poi assicurargli un’occupazione.

Abbiamo già vissuto il dramma di tanti giovani e delle loro famiglie quando al numero dei laureati non corrispondeva uno stesso numero di borse di specializzazione e di medicina generale.

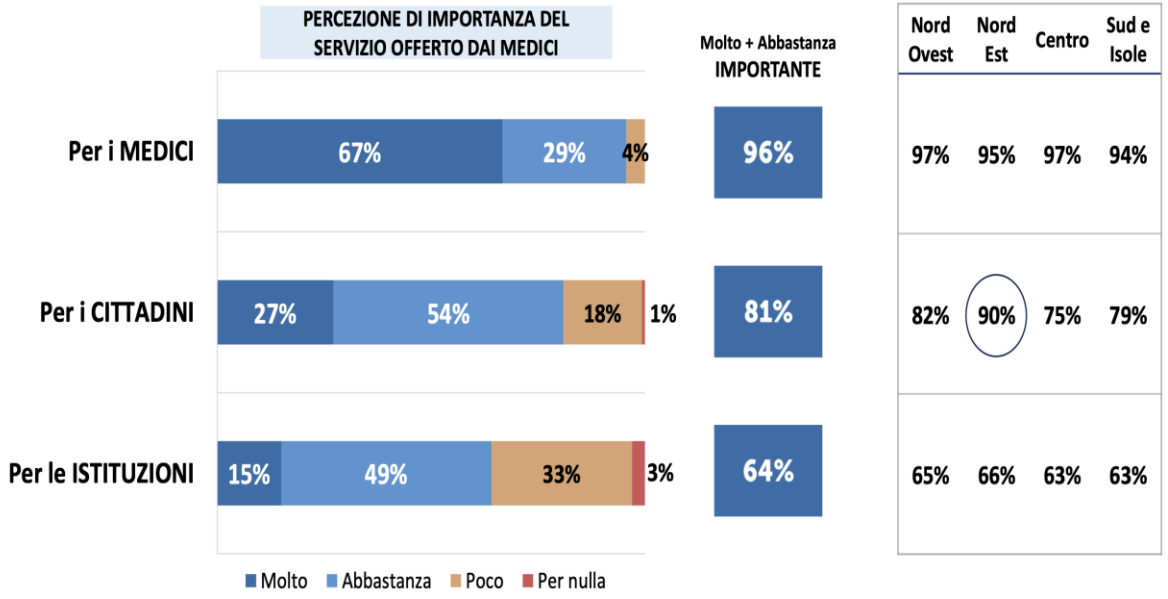
Questo fenomeno l'abbiamo chiamato imbuto formativo.

Noi vorremmo che questo fenomeno non si verificasse più; per questo proponiamo che una legge definisca che ad ogni laurea corrisponda una borsa di specializzazione o di medicina generale.

Oggi è venuta meno l'attrattività del Servizio sanitario nazionale e della medicina del territorio.

31 L'IMPORTANZA DEL SERVIZIO OFFERTO DAI MEDICI AL PAESE

- Secondo Lei quanto è importante il servizio offerto dai medici al Paese?
- E quanto, a suo avviso, questo servizio offerto dai medici al Paese è percepito come importante dalle istituzioni/dai cittadini?

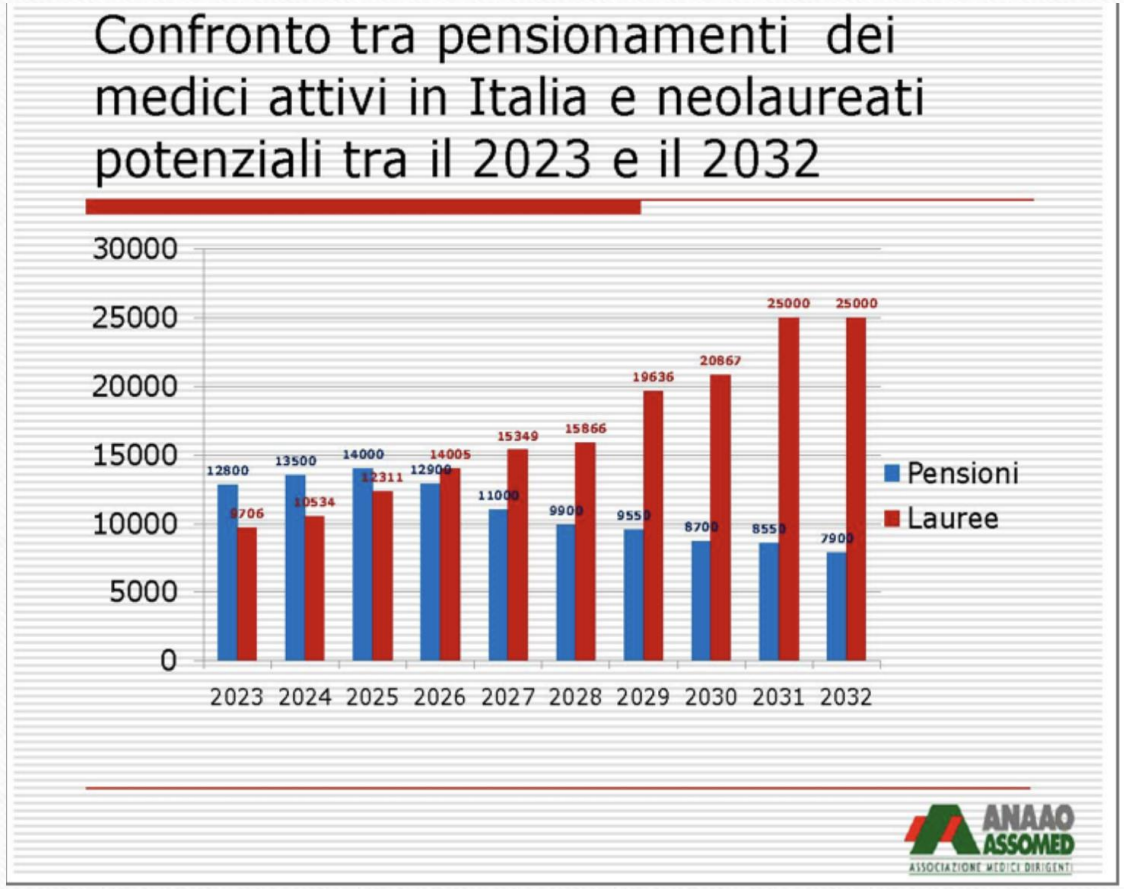


	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
Per i MEDICI	97%	95%	97%	94%
Per i CITTADINI	82%	90%	75%	79%
Per le ISTITUZIONI	65%	66%	63%	63%

Base=totale campione medici (301 casi)

La carenza dei medici specialisti dovrebbe però essere superata nei prossimi due anni quando l'aumento delle borse di specializzazione adottato nel 2019 produrrà i suoi effetti, mettendo a disposizione del Servizio sanitario nazionale circa 40mila medici specialisti.

A fronte dei 113.000 pensionamenti previsti, infatti, dal 2021 al 2030 si stimano 145.000 nuovi iscritti a Medicina, determinando quindi un aumento complessivo di 32.000 unità nei prossimi anni al lordo delle dimissioni volontarie, comunque potenzialmente atto a colmare l'attuale carenza di specialisti e medici di medicina generale, che si aggira intorno alle 20-25mila unità.



Questi dati trovano conferma in un approfondimento di AGENAS per cui, al 2026, il numero dei soli nuovi specialisti nel Servizio sanitario nazionale si stima sarà pari a 39.244, circa 10.000 unità in più rispetto al numero di pensionati e in numero superiore anche tenendo in considerazione i dati delle dimissioni volontarie.

In tabella 6 viene riportata la stima del personale medico specialista che si formerà al 2026 suddivisa per le varie specializzazioni. Al 2026 si ritiene che il **numero di nuovi specialisti nel SSN** (75% del totale) **sia pari a 39.244**. Circa 10 mila specialisti in più rispetto al numero di pensionati e comunque in numero superiore anche tenendo in considerazione i dati delle dimissioni (tabella 7).

Tabella n.6. Stima di medici specialisti formati dal 2018 al 2026.

Occorre realizzare il superamento definitivo del tetto alla spesa del personale, un piano straordinario di assunzioni e incentivi che possano rendere il SSN attrattivo.

La questione delle retribuzioni è questione politica che deve essere affrontata.

Una politica retributiva inadeguata disincentiva la stessa domanda di formazione e alimenta le fughe dei professionisti verso l'estero, sia di chi è dentro il sistema sia di chi si appresta ad entrare.

Investire sul personale sanitario

Serve, e lo chiediamo da tempo a gran voce, che vi sia **un piano straordinario di investimenti sul personale che parta dall'eliminazione reale del tetto di spesa per le assunzioni e una definizione corretta del fabbisogno dei sanitari sulla base delle specialità e dei posti letto.**

Serve un finanziamento straordinario da destinare ai professionisti che riporti gli emolumenti del personale sanitario nella media europea, ridare attrattività al sistema e arginare la fuga dei professionisti all'estero.

FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Contatti Redazione

Anagrafica Federazione Legislazione Ordini provinciali Esteri Con

Home › Articoli slide › Anelli: "Dopo il PNRR, urge investire sui medici e sui professionisti". Sostegno finanziario del SSN, la FNOMCeO

ARTICOLI SLIDE COMUNICATI STAMPA

Anelli: "Dopo il PNRR, urge investire sui medici e sui professionisti". Sostegno finanziario del SSN, la FNOMCeO in audizione alla Camera

AUTORE: UFFICIO STAMPA FNOMCEO 21/05/2024

Serve che tutto il mondo medico prenda atto che oggi non è più sufficiente rinnovare i contratti per ritrovare l'attrattività perduta.

È sempre più necessario, invece, ritrovare l'unità dei medici nel chiedere provvedimenti urgenti e straordinari senza i quali il rischio di compromettere ulteriormente la salute degli italiani diventa sempre più concreto.

Occorre una vera e propria rivoluzione copernicana della sanità, che metta al centro non i pareggi di bilancio, da perseguire in maniera ragionieristica, ma gli obiettivi di salute, i professionisti e i cittadini.

Che non consideri gli operatori come "prestatori d'opera", cui chiedere servizi al ribasso, ma come il cuore e il cervello del sistema di cure, modificandone l'attuale governance.

Che garantisca la loro autonomia, la loro indipendenza, la loro responsabilità come sigilli della qualità delle cure.

sanità informazione

Sanità informazione, il Quotidiano di Advocacy e Informazione sanitaria dedicato ai Pazienti e ai Professionisti

HOMNYA

ADVOCACY | ONE HEALTH | PANDEMIE | LAVORO E PROFESSIONI | IDEE, LI

LAVORO E PROFESSIONI | 17 Maggio 2019 18:28

Papa Francesco sulla sanità: «No ad aziendalizzazione e turni massacranti, sì a strumenti per formare adeguatamente il personale»

Il Pontefice ha parlato durante il suo incontro con l'Associazione cattolica degli operatori sanitari: «Trattare i malati come persone, e non come numeri»

di Redazione

«Lo sforzo di trattare i malati come persone, e non come numeri deve essere compiuto nel nostro tempo e tenendo conto della forma che il sistema sanitario ha progressivamente assunto». Così Papa Francesco durante il suo incontro con l'Associazione cattolica degli operatori sanitari. «La sua aziendalizzazione – ha sottolineato il Pontefice – che ha posto in primo piano le esigenze di riduzione dei costi e razionalizzazione dei servizi, ha mutato a fondo l'approccio alla malattia e al malato stesso, con una preferenza per l'efficienza che non di rado ha posto in secondo piano l'attenzione alla persona, la quale ha l'esigenza di essere capita, ascoltata e accompagnata, tanto quanto ha bisogno di una corretta diagnosi e di una cura efficace».

La Questione medica esiste ed è percepita a tutti i livelli della Professione nella sua importanza e gravità.

E, per risolverla, occorrono non solo risorse ma progetti chiari e incisivi di riforma.

Serve una nuova riforma del sistema capace di ridare fiducia agli operatori sanitari, riconoscendo loro maggiore responsabilità nei processi di gestione e autonomia nei processi di cura attraverso la definizione di un nuovo ruolo capace di garantire la salute dei cittadini e allo stesso tempo di farsi carico anche della sostenibilità economica del sistema.

Ma serve anche una riforma che sia capace di ricucire la frattura tra il nord e il sud del paese e di superare le diseguaglianze nell'accesso al diritto alla salute.

La sanità una parte importante della nostra democrazia

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale” art. 1 legge 833/78.

La Repubblica Italiana si fonda proprio sui diritti che sono riconosciuti in questo Paese grazie alla Carta Costituzionale.

Tra questi il diritto fondamentale alla salute è garantito attraverso il Servizio Sanitario Nazionale.

Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale" n. 360 del 28 dicembre 1978

Spedizione in abbonamento postale - Gruppo I

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA Roma - Giovedì, 28 dicembre 1978

LEGGE 23 dicembre 1978, n. 833.

Istituzione del servizio sanitario nazionale.

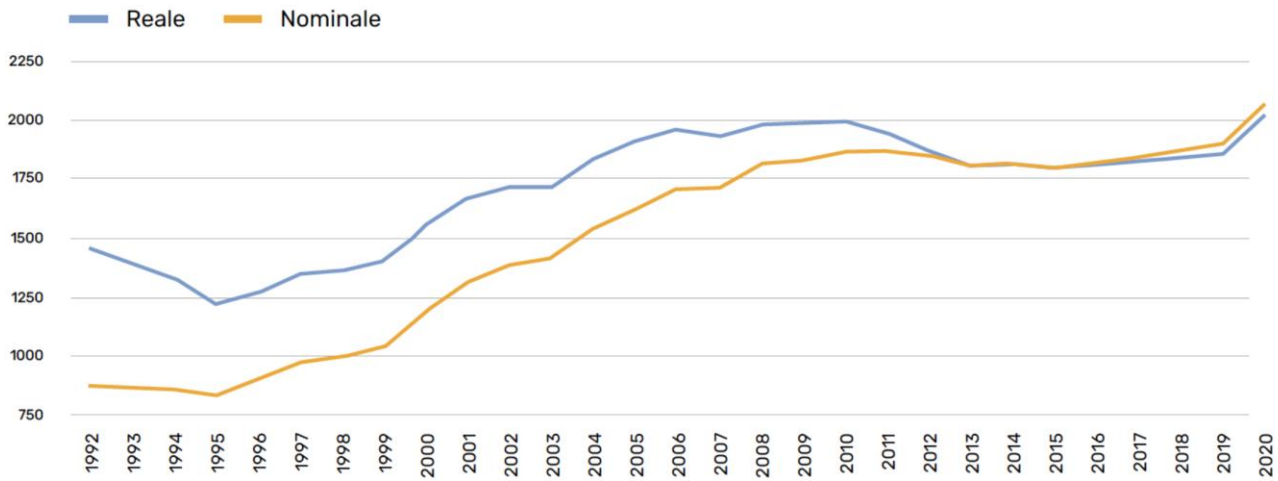
Fino a tutti gli anni Ottanta si riteneva che lo Stato avrebbe potuto sempre e comunque garantire i diritti costituzionalmente tutelari, reperendo risorse anche attraverso l'indebitamento pubblico.

Negli anni Novanta, però, lo scenario muta e l'Italia con il suo debito pubblico eccessivo si ritrova ad essere un Paese fragile e vulnerabile soprattutto nei confronti della speculazione finanziaria internazionale.

L'ingresso nella moneta unica e la conseguente maggiore tutela in campo finanziario però La portano ad avviare un serio processo di risanamento finanziario, così come l'adesione ai parametri di Maastricht Le impongono limiti al deficit e al debito pubblico.

Fig. 1 Spesa sanitaria pro capite

Fonte: elaborazioni su dati MEF



La crisi finanziaria globale nel 2007 porta l'Italia in pochi anni ad approvare una riforma costituzionale che modificando l'art. 81 Cost. inserisce in Costituzione il principio dell'equilibrio di bilancio.

Lo Stato deve scegliere dove allocare le risorse garantendo comunque ai cittadini il rispetto dei diritti previsti dalla Carta Costituzionale.

Ogni scelta però è un atto politico che deve rispondere ai bisogni della maggior parte dei cittadini senza venir meno ai principi fondanti la Repubblica.

Durante la pandemia da Covid 19 è emersa la necessità di chiarire come **le risorse per garantire la funzionalità del servizio sanitario nazionale (i LEA) non dovrebbero mai mancare**, nel senso che **i tagli, li dove necessari, dovrebbero riguardare quelle spese che "costituzionalmente necessarie" non sono.**

Risorse necessarie in misura sempre maggiore, per lo sviluppo tecnologico e della ricerca scientifica, che consentono di avere a disposizioni farmaci e presidi formidabili per la cura di malattie, un tempo definite incurabili, ma che sono molto costosi.

Anche il modello organizzativo della sanità, decentrato a livello regionale, presenta criticità: da un lato lo Stato finanzia il Fondo sanitario nazionale (Fsn), dall'altro le Regioni lo utilizzano per i sistemi di cura.

Questa dissociazione limita l'individuazione delle responsabilità politiche soprattutto in caso di de finanziamento così come è avvenuto sino ad ora.

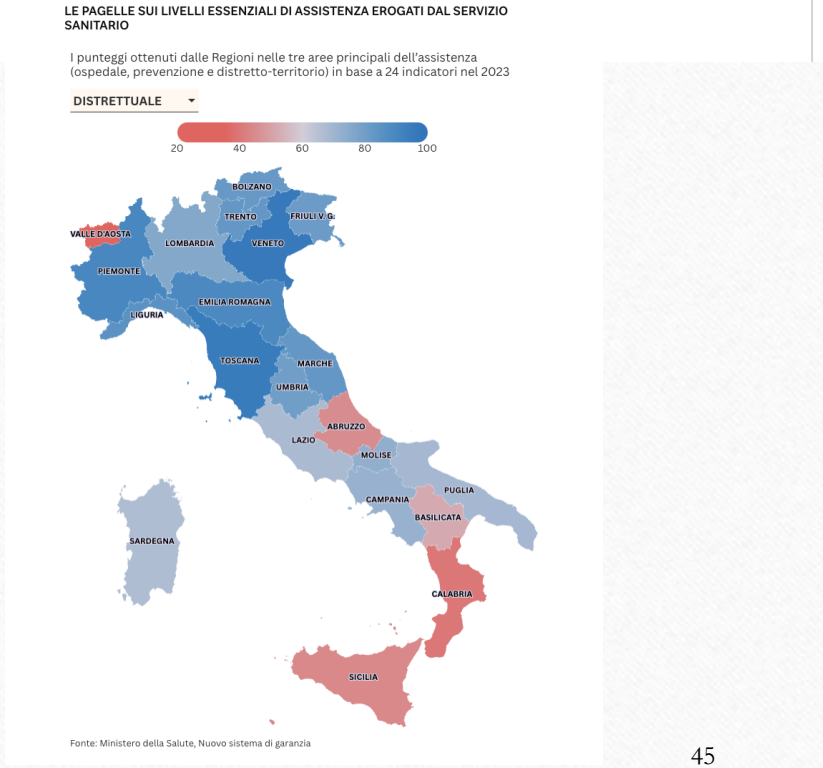
Allo stesso tempo questo modello di decentramento dell'organizzazione sanitaria ha creato gravi divari tra regioni: quelle classificate tra i migliori sistemi esistenti a livello internazionale e altri invece rimasti cronicamente affossati in una grave incapacità di garantire i livelli essenziali di assistenza (Lea).

Servizio | I «Lea»

Sanità, le pagelle del ministero: ecco le regioni con le cure migliori (e peggiori)

Le ultime valutazioni del ministero della Salute mostrano le differenze regionali nella qualità delle cure sanitarie in Italia

di Marzio Bartoloni e Barbara Gobbi
26 febbraio 2025



La Corte Costituzionale (sentenza n. 168 del 2021) ha chiarito che **la tutela della salute spetta allo Stato quale «garante di ultima istanza»**, che è chiamato **a intervenire con il suo potere sostitutivo** in presenza di gravi inefficienze a livello regionale.

Un potere però che deve essere «utile» e capace di garantire effettivamente le esigenze unitarie, i diritti, della Repubblica invece compromesse dalla Regione attraverso non solo la nomina di un commissario, come è avvenuto negli ultimi 15 anni in Calabria, ma con la presenza di personale altamente qualificato, statale o comunque non dipendente dalla stessa Regione, in modo da evitare anche ogni possibile condizionamento ambientale.

Redazione | Pubblicità | Contatti

quotidianosanità.it

Regioni e Asl

Home | Cronache | Governo e Parlamento | Regioni e Asl | Lavoro e Professioni | Scienza e Farmaci | Studi e Analisi | Ar

COMUNICA AL TUO TARGET CON 34 MEDICAL MAGA

HOMNYA Il nost presente il tuo futu

Post Condividi Condividi 0 stampa

Calabria. Consulta dichiara parzialmente incostituzionale il commissariamento: "Non basta cambiare i vertici. Stato provveda a personale supporto commissario"

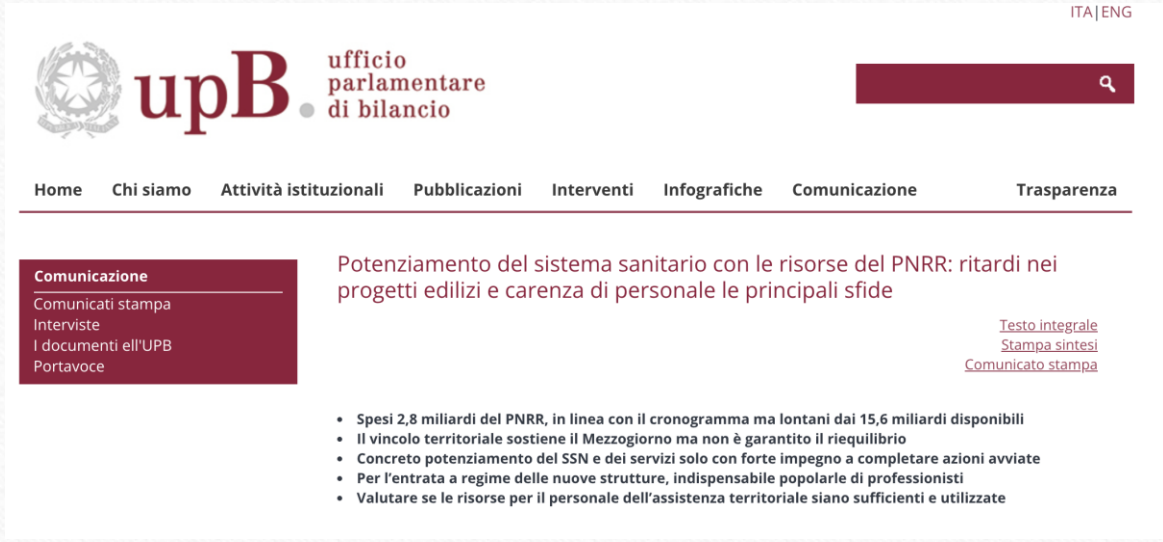
Accoto parzialmente il ricorso della Regione con il Dl Calabria Bis. Per la Corte lo Stato non può limitarsi a un "mero avvicendamento del vertice, senza considerare l'inefficienza dell'intera struttura sulla quale tale vertice è chiamato a operare in nome dello Stato". È quindi incostituzionale non avere previsto che al prevalente fabbisogno della struttura di supporto del commissario ad acta debba provvedere "direttamente lo Stato" con personale esterno". LA SENTENZA

Il potenziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) è stato ampiamente affidato alla Missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) con un finanziamento di 15,63 miliardi.

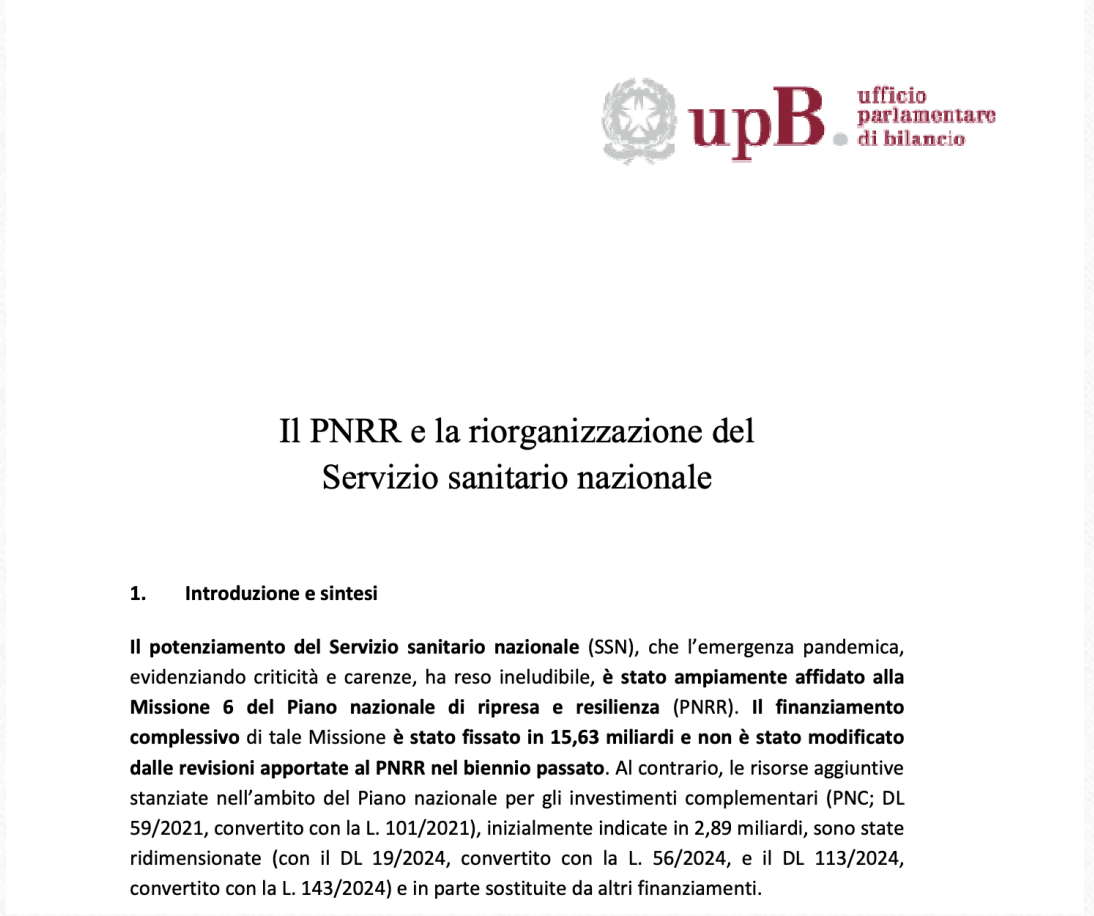
Le risorse aggiuntive stanziate di 2,89 miliardi, nell'ambito del Piano nazionale per gli investimenti complementari invece sono state ridimensionate.

Queste risorse del PNRR sono per lo più destinate a spese in conto capitale e non riguardano il personale

Unica eccezione è rappresentata dal finanziamento dell'assistenza domiciliare, volto a coprire una spesa corrente, ma solo fino all'esaurimento del periodo di validità del PNRR. personale.



"Pertanto, si legge nella relazione al Parlamento da parte dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio, in una situazione di carenza di personale sanitario come quella attuale (soprattutto infermieri e alcune specialità mediche, ma anche medici di medicina generale), che persiste malgrado la ripresa delle assunzioni negli ultimi anni e soprattutto a seguito della diffusione della pandemia (come documentato dal Conto annuale con dati fino al 2022), **un piano di reclutamenti appare indispensabile**".



upB ufficio parlamentare di bilancio

Il PNRR e la riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale

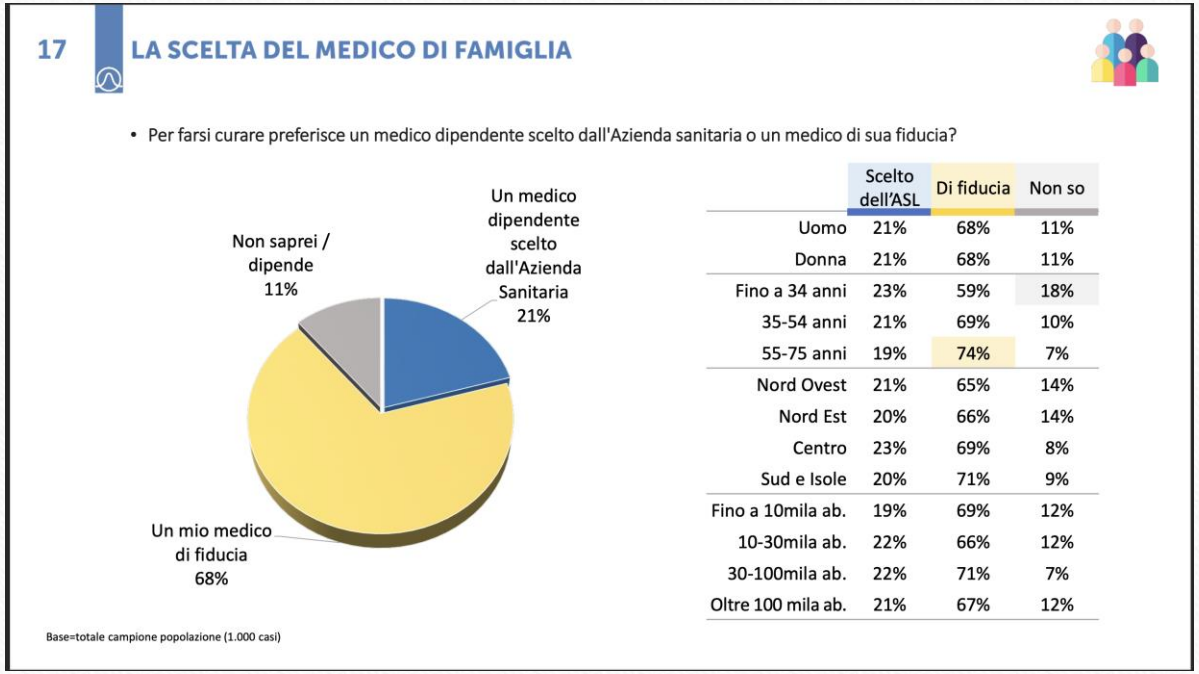
1. Introduzione e sintesi

Il potenziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN), che l'emergenza pandemica, evidenziando criticità e carenze, ha reso ineludibile, **è stato ampiamente affidato alla Missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza** (PNRR). **Il finanziamento complessivo** di tale Missione **è stato fissato in 15,63 miliardi e non è stato modificato dalle revisioni apportate al PNRR nel biennio passato**. Al contrario, le risorse aggiuntive stanziate nell'ambito del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC; DL 59/2021, convertito con la L. 101/2021), inizialmente indicate in 2,89 miliardi, sono state ridimensionate (con il DL 19/2024, convertito con la L. 56/2024, e il DL 113/2024, convertito con la L. 143/2024) e in parte sostituite da altri finanziamenti.

Resta il nodo dell'attrattività del sistema oggi il vero problema per il rilancio del nostro servizio sanitario nazionale.

Secondo le previsioni fatte dall'UPB, ad esempio, **il personale costerebbe per casa di comunità circa 1,2 milioni di euro, al netto degli incrementi contrattuali, che moltiplicato per le 1038 case di comunità ammonterebbe a oltre 1,3 miliardi.**

Al di là delle risorse disponibili o da individuare, resta il fatto che **per rendere attrattivo il lavoro nelle case di comunità la soluzione non può essere il cambio del ruolo contrattuale da medico convenzionato a medico dipendente, ma da un cospicuo aumento degli emolumenti e dal rispetto anzi dal potenziamento dell'autonomia professionale.**



	Scelto dell'ASL	Di fiducia	Non so
Uomo	21%	68%	11%
Donna	21%	68%	11%
Fino a 34 anni	23%	59%	18%
35-54 anni	21%	69%	10%
55-75 anni	19%	74%	7%
Nord Ovest	21%	65%	14%
Nord Est	20%	66%	14%
Centro	23%	69%	8%
Sud e Isole	20%	71%	9%
Fino a 10mila ab.	19%	69%	12%
10-30mila ab.	22%	66%	12%
30-100mila ab.	22%	71%	7%
Oltre 100 mila ab.	21%	67%	12%

Torna quindi la questione risorse e la lotta ai tagli in sanità che hanno caratterizzato il decennio pre Covid.

In questo contesto si inserisce la Corte Costituzione ed **il Giudice Antonini** con le sentenze (sentenze n. 169 del 2017; n. 87 del 2018 n. 233 del 2022; n. 195 del 2024) sulle riduzioni finanziarie delle prestazioni sanitarie costituzionalmente necessarie: **«una volta che questi (i LEA) siano stati correttamente individuati, non è possibile limitarne concretamente l'erogazione attraverso indifferenziate riduzioni della spesa pubblica»** (sentenza n. 169 del 2017).

FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Contatti Redazione

Anagrafica Federazione Legislazione Ordini provinciali Esteri Con

Home › Articoli slide ›

Corte Costituzionale su spesa per la sanità, Anelli (FNOMCeO): "È più di un principio giurisprudenziale, è un'indicazione politica, nel senso più a

ARTICOLI SLIDE COMUNICATI STAMPA

Corte Costituzionale su spesa per la sanità, Anelli (FNOMCeO): "È più di un principio giurisprudenziale, è un'indicazione politica, nel senso più alto del termine, su come utilizzare le risorse pubbliche"

AUTORE: UFFICIO STAMPA FNOMCEO 09/12/2024

“Per far fronte a esigenze di contenimento della spesa pubblica dettate anche da vincoli euro-unitari devono essere prioritariamente ridotte le altre spese indistinte, rispetto a quella che si connota come funzionale a garantire il ’fondamentale’ diritto alla salute di cui all’articolo 32 della Costituzione, che chiama in causa imprescindibili esigenze di tutela anche delle fasce più deboli della popolazione, non in grado di accedere alla spesa sostenuta direttamente dal cittadino, cosiddetta out of pocket” (sentenza n. 195 del 2024).

Ma la Corte interviene anche sull'altro aspetto fondamentale per il rilancio del Servizio Sanitario Nazionale ossia l'autonomia del medico:

"È invece assolutamente incompatibile un sindacato politico o meramente finanziario sulle prescrizioni, poiché la discrezionalità legislativa trova il suo limite «[nel]le acquisizioni scientifiche e sperimentali, che sono in continua evoluzione e sulle quali si fonda l'arte medica: sicché, in materia di pratica terapeutica, la regola di fondo deve essere la autonomia e la responsabilità del medico, che, con il consenso del paziente, opera le necessarie scelte professionali (sentenze n. 338 del 2003 e n. 282 del 2002)».

Consiglio di Stato Sentenza n. 2234/19 – Libertà prescrittiva del medico e raccomandazioni della C.T.R. (Commissione Terapeutica Regionale)

AUTORE: ANNA MACCHIONE - UFFICIO LEGISLATIVO FNOMCEO 23/04/2019

Consiglio di Stato Sentenza n. 2234/19 – Libertà prescrittiva del medico e raccomandazioni della C.T.R. (Commissione Terapeutica Regionale) – Il Consiglio di Stato ha affermato che trattandosi di provvedimenti che finiscono con l'impattare con la libertà prescrittiva del medico e con il diritto alla migliore cura per il paziente, le raccomandazioni sulla prescrizione dei farmaci devono rispettare le direttive dell'AIFA (e quindi il giudizio di equivalenza terapeutica da essa adottato) in caso di farmaci basati su principi attivi differenti. E' quindi indubitabile che questo tipo di raccomandazioni impattano con la libertà prescrittiva del medico riconosciuta dalla Corte Costituzionale nella sentenza del 12 luglio 2017 n. 169, laddove ha ribadito fortemente il *"carattere personalistico delle cure sanitarie, sicchè la previsione legislativa non può precludere al medico la possibilità di valutare, sulla base delle più aggiornate e accreditate conoscenze tecnico-scientifiche, il singolo caso sottoposto alle sue cure, individuando di volta in volta la terapia ritenuta più idonea ad assicurare la tutela della salute del paziente […]. E', quindi, assolutamente incompatibile un sindacato politico o meramente finanziario sulle prescrizioni, poiché la discrezionalità legislativa trova il suo limite nelle acquisizioni scientifiche e sperimentali, che sono in continua evoluzione e sulle quali si fonda l'arte medica: sicchè, in materia di pratica terapeutica, la regola di fondo deve essere l'autonomia e la responsabilità del medico, che, con il consenso del paziente, opera le necessarie scelte professionali"* (sentenze n. 338 del 2003 e 282 del 2002).

Per cui:

«La medicina è una scienza in evoluzione pertanto non è possibile imporre una metodica prettamente finanziaria nelle linee guida poiché le acquisizioni scientifiche sono in continua evoluzione e la loro applicazione dipende dall'autonomia e dalla responsabilità del medico, che, con il consenso del paziente, opera le necessarie scelte professionali (sentenze n. 338 del 2003 e n. 282 del 2002), (sentenza n. 151 del 2009)".

Con buona pace per quei Governatori che pensano di imporre ai medici le scelte terapeutiche per via amministrativa.

La sanità è democrazia!

La democrazia richiede la partecipazione dei cittadini, e questo si riflette anche nel sistema sanitario, dove è incentivata la partecipazione e il controllo da parte dei cittadini.

Nella legge istitutiva del SSN 833/78

- all’art. 1 si legge: “L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, **garantendo la partecipazione dei cittadini”;**
- all’art. 2 sulla sicurezza sul lavoro prevede: “**la partecipazione dei lavoratori e delle loro organizzazioni**, per prevenire ed eliminare condizioni pregiudizievoli alla salute e per garantire nelle fabbriche e negli altri luoghi di lavoro gli strumenti ed i servizi necessari”;
- all’art. 3 attraverso le Regioni prevedendo la **“più ampia partecipazione democratica,** in armonia con le rispettive norme statutarie. A tal fine, nell'ambito dei programmi regionali di sviluppo, predispongono **piani sanitari regionali**, previa consultazione degli enti locali, delle università presenti nel territorio regionale, delle organizzazioni maggiormente rappresentative delle forze sociali e degli operatori della sanità, nonché degli organi della sanità militare territoriale competenti”;
- all’art. 13 attraverso i comuni che prevedono “**la più ampia partecipazione degli operatori della sanità**, delle formazioni sociali esistenti sul territorio, dei rappresentanti degli interessi originari definiti ai sensi della L. 12 febbraio 1968, n. 132 , e dei cittadini, a tutte le fasi della programmazione dell'attività delle unità sanitarie locali e alla gestione sociale dei servizi sanitari, nonché al controllo della loro funzionalità e rispondenza alle finalità del servizio sanitario nazionale agli obiettivi dei piani sanitari triennali delle regioni di cui all'art. 55”.

I sindacati medici presidi di democrazia

Articolo 39 Costituzione Italiana

L'organizzazione sindacale è libera .

Ai sindacati non può essere imposto altro obbligo se non la loro registrazione presso uffici locali o centrali, secondo le norme di legge.

E` condizione per la registrazione che gli statuti dei sindacati sanciscano un ordinamento interno a base democratica.

I sindacati registrati hanno personalità giuridica.

Possono, rappresentati unitariamente in proporzione dei loro iscritti, stipulare contratti collettivi di lavoro con efficacia obbligatoria per tutti gli appartenenti alle categorie alle quali il contratto si riferisce.

I sindacati medici hanno contribuito in maniera essenziale alla storia del movimento dei lavoratori in Italia dal dopoguerra ad oggi, nella difesa dei diritti dei lavoratori e nel promuovere il dialogo sociale.

Contribuiscono alla crescita sociale e civile del Paese attraverso la partecipazione dei sanitari alla vita democratica negli ambiti in cui operano.

Rappresentano i medici e le loro istanze, negoziando contratti collettivi, difendendo i diritti individuali e promuovendo condizioni di lavoro eque, favorendo la partecipazione democratica dei medici,

Contribuiscono a promuovere il benessere sociale, sostenendo politiche che migliorano le condizioni di vita dei lavoratori e delle loro famiglie.

Medici di famiglia. Fnomceo: "Auguri alla Fimmg per i suoi 75 anni"

La Federazione degli ordini dei medici: "Una delle più antiche associazioni sindacali, ha svolto la funzione di rappresentare le esigenze dei lavoratori, dei medici, dalla nascita della Repubblica fino a oggi"

I sindacati realizzano concretamente il principio di sussidiarietà come enti intermedi, capaci di promuovere il bene comune e di agire nell'interesse dei lavoratori, senza eccessiva ingerenza da parte dello Stato o di altre istituzioni.

Il principio di sussidiarietà è definito dall'articolo 5 del trattato sull'Unione europea.

Esso mira a garantire che le decisioni siano adottate a un livello che sia il più vicino possibile al cittadino, verificando che l'azione da intraprendere a livello dell'Unione europea (UE) sia giustificata rispetto alle possibilità offerte dall'azione a livello nazionale, regionale o locale.

Tale principio lo si ritrova **all'art. 2 della nostra Costituzione** che riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo che nelle formazioni sociali: "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale".

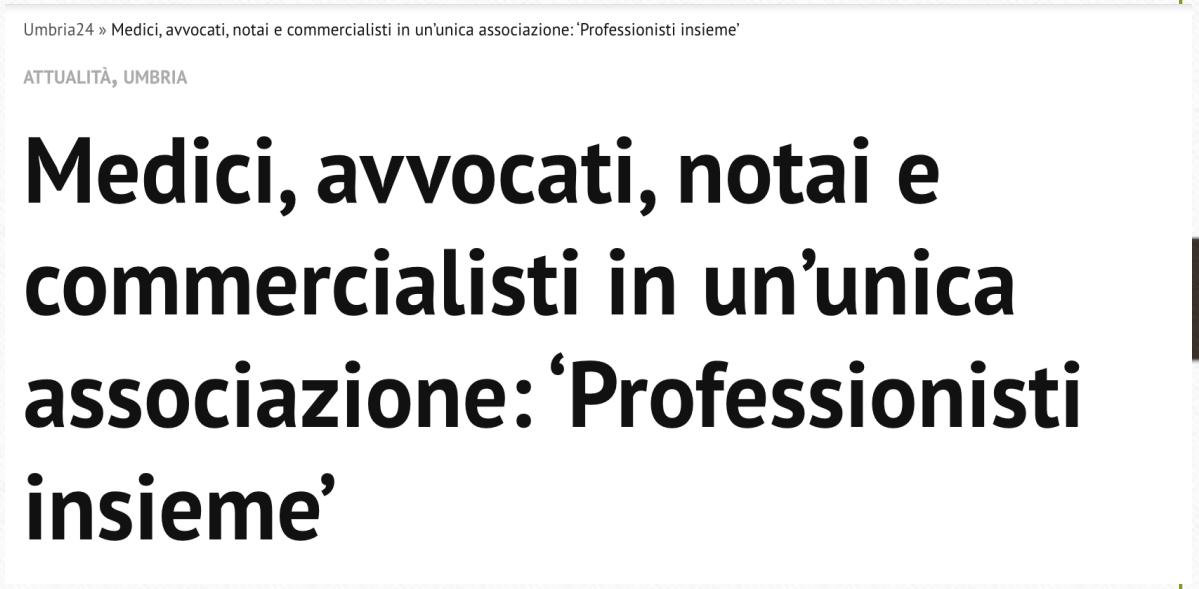
Un ringraziamento ai nostri sindacati per tutto il lavoro svolto in questi 80 anni di democrazia e per rappresentare oggi uno strumento essenziale di partecipazione democratica dei medici per contribuire allo sviluppo sociale e economico del Paese.

Invitiamo gli amministratori a coinvolgere i medici nelle decisioni, nel rispetto di quell'art. 2 della Costituzione che individua nelle formazioni sociali il luogo ove è possibile la piena realizzazione della personalità degli individui per il pieno riconoscimento dei diritti inviolabili dell'uomo.

Investire sulle professioni intelletuali

*"**Professionisti Insieme**"* è il nome della nuova associazione professionale tra commercialisti, avvocati, notai e medici, costituitasi il 10 giugno 2025 durante gli Stati Generali dei Commercialisti a Roma,

A darne notizia sono stati i Presidenti dei Consigli nazionali dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili (CNDCEC) **Elbano de Nuccio**, degli Avvocati (CNF) **Francesco Greco**, dei Notai (CNN) **Giulio Biino** e della Federazione dei Medici chirurghi e Odontoiatri (FNOMCEO) **Filippo Anelli.**



Umbria24 » Medici, avvocati, notai e commercialisti in un'unica associazione: 'Professionisti insieme'

ATTUALITÀ, UMBRIA

Medici, avvocati, notai e commercialisti in un'unica associazione: 'Professionisti insieme'

“Professionisti Insieme” opererà a livello nazionale e internazionale, nel rispetto dell’autonomia e delle peculiarità degli Ordini professionali **coinvolti per tutelarne i valori deontologici e il ruolo all’interno del sistema economico, giuridico e sanitario italiano.**

In particolare, l’Associazione promuoverà tutte le iniziative necessarie per condurre le quattro professioni, ciascuna con la sua specificità**, a operare anche nel contesto della sussidiarietà rispetto alle PA**, in aderenza alla più recente normativa interna e ai principi del diritto europeo.

La neo associazione rappresenta quasi 900 mila professionisti, il 33% del totale degli iscritti a Ordini e collegi professionali.

Un organismo importante per interpretare i valori e il ruolo dei professionisti all’interno del sistema ordinistico italiano.

Questa iniziativa rappresenta un ulteriore passo avanti per operare ancora meglio nel contesto della sussidiarietà nella Pubblica Amministrazione, in osservanza alle più recenti normative nazionali ed europee”.

“**L’associazione nasce in un momento di grande di quelle che sono le innovazioni tecnologiche e l’intelligenza artificiale, che costituiranno un volano per le professioni, soprattutto per quanto riguarda il rapporto con i cittadini.**

Le libere professioni sono la spina dorsale del nostro Paese.

Da una parte garantiscono i diritti previsti dalla nostra Costituzione: il diritto alla tutela della salute, il diritto alla giusta difesa, quello alla libertà economica, alla sicurezza giuridica e così via. Dall’altra, rappresentano un sostegno alla crescita economica e sociale.

Gli obiettivi che questa associazione intende perseguire, attraverso un dialogo costante con il Governo e con le Istituzioni, rappresentano dunque una grande opportunità di progresso per tutto il Paese”.

L’attività parlamentare

Piani terapeutici

Sono quasi due milioni e trecentomila i pazienti che devono assumere un farmaco sottoposto a Piano Terapeutico.

Questi pazienti che, per il 69%, hanno oltre 70 anni, devono recarsi una, due, anche tre o persino quattro volte l'anno dallo specialista, solo per rinnovare il piano terapeutico.

Semplificare la prescrizione di questi medicinali e liberare lo specialista da questo carico burocratico è un obiettivo che fa bene al sistema, migliora l'efficienza delle cure, l'equità nell'accesso - in quanto si abbattono le barriere burocratiche - e la riduzione delle liste d'attesa.

FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Contatti Redazione

Anagrafica Federazione Legislazione Ordini provinciali Esteri Con

Home › Articoli slide › FNOMCeO e Società Scientifiche al Parlamento: "Cinque milioni di visite specialistiche subito a disposizione dei

ARTICOLI SLIDE COMUNICATI STAMPA

FNOMCeO e Società Scientifiche al Parlamento: "Cinque milioni di visite specialistiche subito a disposizione dei cittadini togliendo i piani terapeutici"

AUTORE: UFFICIO STAMPA FNOMCEO 12/06/2025

Sono cinque milioni le visite specialistiche l'anno che potrebbero liberarsi, infatti, ed essere utilizzate per l'attività clinica anziché per pratiche burocratiche, se questa semplificazione fosse approvata.

Un obiettivo che si realizzerebbe lasciando la validità del piano terapeutico a 12 mesi e successivamente consentendo la prescrizione di questi farmaci con nota Aifa a tutti i medici, compreso il medico di medicina generale, ferme restando le condizioni di rimborsabilità stabilite dall'Agenzia italiana del farmaco.

FNOMCeO e Società Scientifiche. "5 milioni di visite specialistiche subito a disposizione dei cittadini togliendo i piani terapeutici". La proposta al Parlamento

In un documento la Federazione e le Società scientifiche propongono di limitare la necessità del piano terapeutico ai primi 12 mesi di terapia, per aprire poi la prescrizione a tutti i medici, ferme restando le condizioni di rimborsabilità stabilite dall'Agenzia italiana del farmaco

La proposta della **FNOMCeO** insieme alle principali **Società scientifiche**, è stata approvata in data 12/6/2025 dal Comitato Centrale che ha approvato un **Documento** che analizza, partendo dai dati Osmed e dai contributi scientifici in materia, gli impatti e gli esiti dei Piani terapeutici, per programmare, a più di vent'anni dalla loro introduzione, una loro revisione.

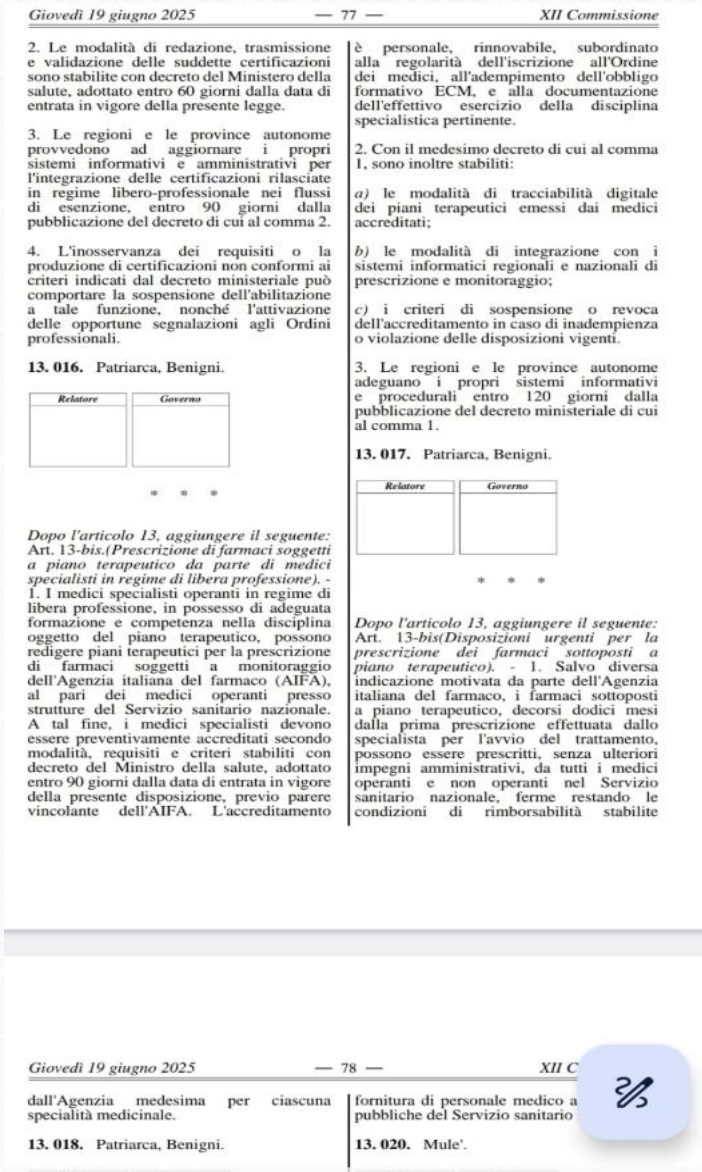
Alleggerendo il carico burocratico e amministrativo, il medico può dedicare più tempo alla pratica clinica e alla gestione diretta dei pazienti. Questo si traduce in un incremento del numero di pazienti visitati e in una maggiore qualità dell'assistenza, permettendo di rispondere in modo più tempestivo ed efficace alle loro necessità, con un impatto positivo sia sulla salute pubblica che sull'organizzazione sanitaria con la riduzione delle liste di attesa.

A cura di
FNOMCeO (Filippo Anelli)
Fism (Loreto Gesualdo)
AIPO (Claudio Micheletto)
AMCO (Massimo Grimaldi)
AMD (Riccardo Candido)
SIC (Pasquale Filardi Perrone)
SID (Raffella Buzzetti)
Simg (Alessandro Rossi)
Sin (Luca Denicola)
SIP (Fabiano Di Marco)

Due gli emendamenti presentati sui piani terapeutici

il 13.017 a firma Patriarca Benigni
che consente ai medici specialisti liberi professionisti di accreditarsi presto il ministero e di redigere il piano terapeutico con le modalità definite da un decreto ministeriale

Il 13.018 a firma Patriarca Benigni
(Misure per la prescrizione dei farmaci sottoposti a piano terapeutico)
Salvo diversa indicazione motivata dall'Agenzia Italiana del Farmaco, i farmaci sottoposti a piano terapeutico, decorsi dodici mesi dalla prima prescrizione effettuata dallo specialistica per l'avvio del trattamento, possono essere prescritti da tutti i medici operanti nel Servizio Sanitario Nazionale, ferme restando le condizioni di rimborsabilità stabilite dall'Agenzia medesima per ciascuna specialità medicinale.



Giovedì 19 giugno 2025 — 77 — *XII Commissione*

2. Le modalità di redazione, trasmissione e validazione delle suddette certificazioni sono stabilite con decreto del Ministero della salute, adottato entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

3. Le regioni e le province autonome provvedono ad aggiornare i propri sistemi informativi e amministrativi per l'integrazione delle certificazioni rilasciate in regime libero-professionale nei flussi di esenzione, entro 90 giorni dalla pubblicazione del decreto di cui al comma 2.

4. L'inosservanza dei requisiti o la produzione di certificazioni non conformi ai criteri indicati dal decreto ministeriale può comportare la sospensione dell'abilitazione a tale funzione, nonché l'attivazione delle opportune segnalazioni agli Ordini professionali.

13. 016. Patriarca, Benigni.

Relatore	*Governo*

* * *

Dopo l'articolo 13, aggiungere il seguente:
Art. 13-*bis.(Prescrizione di farmaci soggetti a piano terapeutico da parte di medici specialisti in regime di libera professione).* - 1. I medici specialisti operanti in regime di libera professione, in possesso di adeguata formazione e competenza nella disciplina oggetto del piano terapeutico, possono redigere piani terapeutici per la prescrizione di farmaci soggetti a monitoraggio dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), al pari dei medici operanti presso strutture del Servizio sanitario nazionale. A tal fine, i medici specialisti devono essere preventivamente accreditati secondo modalità, requisiti e criteri stabiliti con decreto del Ministro della salute, adottato entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, previo parere vincolante dell'AIFA. L'accreditamento è personale, rinnovabile, subordinato alla regolarità dell'iscrizione all'Ordine dei medici, all'adempimento dell'obbligo formativo ECM, e alla documentazione dell'effettivo esercizio della disciplina specialistica pertinente.

2. Con il medesimo decreto di cui al comma 1, sono inoltre stabiliti:

a) le modalità di tracciabilità digitale dei piani terapeutici emessi dai medici accreditati;

b) le modalità di integrazione con i sistemi informatici regionali e nazionali di prescrizione e monitoraggio;

c) i criteri di sospensione o revoca dell'accreditamento in caso di inadempienza o violazione delle disposizioni vigenti.

3. Le regioni e le province autonome adeguano i propri sistemi informativi e procedurali entro 120 giorni dalla pubblicazione del decreto ministeriale di cui al comma 1.

13. 017. Patriarca, Benigni.

Relatore	*Governo*

* * *

Dopo l'articolo 13, aggiungere il seguente:
Art. 13-*bis(Disposizioni urgenti per la prescrizione dei farmaci sottoposti a piano terapeutico).* - 1. Salvo diversa indicazione motivata da parte dell'Agenzia italiana del farmaco, i farmaci sottoposti a piano terapeutico, decorsi dodici mesi dalla prima prescrizione effettuata dallo specialista per l'avvio del trattamento, possono essere prescritti, senza ulteriori impegni amministrativi, da tutti i medici operanti e non operanti nel Servizio sanitario nazionale, ferme restando le condizioni di rimborsabilità stabilite

Giovedì 19 giugno 2025 — 78 — *XII C*

dall'Agenzia medesima per ciascuna specialità medicinale.

13. 018. Patriarca, Benigni.

fornitura di personale medico a pubbliche del Servizio sanitario

13. 020. Mule'.

L’atto Medico

Articolo 7

5. I sistemi di intelligenza artificiale in ambito sanitario costituiscono un supporto nei processi di prevenzione, diagnosi, cura e scelta terapeutica, lasciando impregiudicata la decisione, che è sempre rimessa agli esercenti la professione medica

Atto Camera: 2316

S. 1146. - "Disposizioni e deleghe al Governo in materia di intelligenza artificiale"
***(approvato dal Senato)* (2316)**

ITER

Fase Iter: Approvato il 25 giugno 2025 con modificazioni. Trasmesso al Senato

Natura: Disegno di legge ordinario
Tipologia: Collegato alla manovra di finanza pubblica

Presentazione: Trasmesso dal Senato il 20 marzo 2025

CAPO I

MISURE PER LA GARANZIA DEI TEMPI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE PER LA RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA

Art. 1.

(Disposizioni in materia di prescrizione ed erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale)

1. Il medico, a cui competono la diagnosi, la prognosi e la terapia in merito alla specifica situazione clinica, nei casi in cui prescrive prestazioni di specialistica ambulatoriale, deve attribuire, nel caso di prima visita o di esame diagnostico, l'appropriata classe di priorità e indicare, nel caso di primo accesso o di accessi successivi, il quesito o il sospetto diagnostico.

AC 2365

CAMERA DEI DEPUTATI

XII Commissione

Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria

In data 04/04/2025 presso la sede della Fnomceo in Roma si sono incontrati i Presidenti delle federazioni sanitarie:

Filippo Anelli - Fnomceo,

Barbara Mangiacavalli - Fnopi,

Diego Catania - Tsrm Pstrp,

Andrea Mandelli - Fofi,

Piero Ferrante - Fnofi,

Silvia Vaccari – Fnopo

Hanno condiviso la formulazione presente nel DDL Prestazioni:

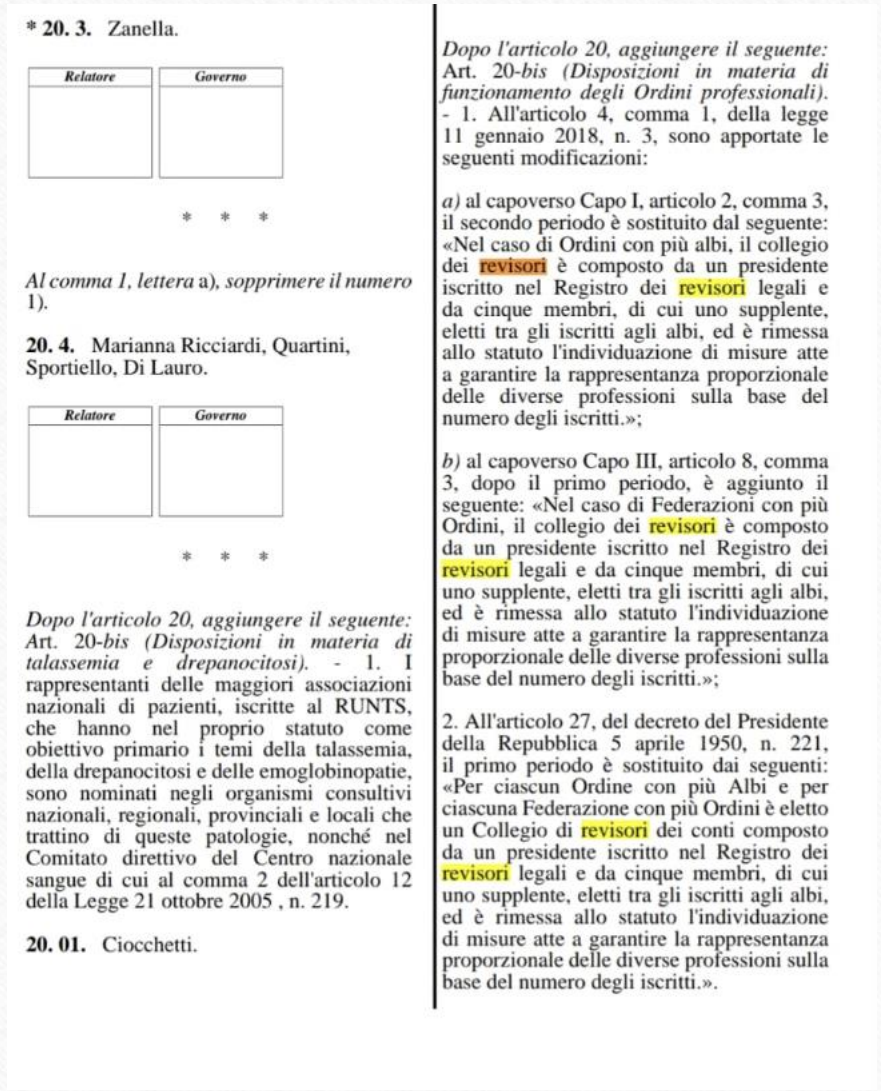
Il medico, cui competono la diagnosi, la prognosi e la terapia in merito alla specifica situazione clinica, nei casi in cui prescrive prestazioni di specialistica ambulatoriale, deve attribuire, nel caso di prima visita o di esame diagnostico, l'appropriata classe di priorità e, nel caso di primo accesso o di accessi successivi, indicare il quesito o il sospetto diagnostico.

I Revisori

Emendamento presentato dall'on. Marta Schifone

All'articolo 4, comma 1, della Legge 11 gennaio 2018, n. 3, sono apportate le seguenti modificazioni:
Al Capo I, articolo 2, comma 3, il secondo periodo è sostituito dal seguente «***Nel caso di Ordini con più albi, il collegio dei revisori è composto da un presidente iscritto nel Registro dei revisori legali e da cinque membri, di cui uno supplente, eletti tra gli iscritti agli albi, ed è rimessa allo statuto l'individuazione di misure atte a garantire la rappresentanza proporzionale delle diverse professioni sulla base del numero degli iscritti.***».

Al Capo III, articolo 8, comma 3, dopo il primo periodo è aggiunto il seguente «***Nel caso di Federazioni con più Ordini, il collegio dei revisori è composto da un presidente iscritto nel Registro dei revisori legali e da cinque membri, di cui uno supplente, eletti tra gli iscritti agli albi, ed è rimessa allo statuto l'individuazione di misure atte a garantire la rappresentanza proporzionale delle diverse professioni sulla base del numero degli iscritti.***».



* **20. 3.** Zanella.

Relatore	*Governo*

* * *

Al comma 1, lettera a), *sopprimere il numero* 1).

20. 4. Marianna Ricciardi, Quartini, Sportiello, Di Lauro.

Relatore	*Governo*

* * *

Dopo l'articolo 20, aggiungere il seguente:
Art. 20-*bis* *(Disposizioni in materia di talassemia e drepanocitosi).* - 1. I rappresentanti delle maggiori associazioni nazionali di pazienti, iscritte al RUNTS, che hanno nel proprio statuto come obiettivo primario i temi della talassemia, della drepanocitosi e delle emoglobinopatie, sono nominati negli organismi consultivi nazionali, regionali, provinciali e locali che trattino di queste patologie, nonché nel Comitato direttivo del Centro nazionale sangue di cui al comma 2 dell'articolo 12 della Legge 21 ottobre 2005 , n. 219.

20. 01. Ciocchetti.

Dopo l'articolo 20, aggiungere il seguente:
Art. 20-*bis* *(Disposizioni in materia di funzionamento degli Ordini professionali).* - 1. All'articolo 4, comma 1, della legge 11 gennaio 2018, n. 3, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al capoverso Capo I, articolo 2, comma 3, il secondo periodo è sostituito dal seguente: «Nel caso di Ordini con più albi, il collegio dei revisori è composto da un presidente iscritto nel Registro dei revisori legali e da cinque membri, di cui uno supplente, eletti tra gli iscritti agli albi, ed è rimessa allo statuto l'individuazione di misure atte a garantire la rappresentanza proporzionale delle diverse professioni sulla base del numero degli iscritti.»;

b) al capoverso Capo III, articolo 8, comma 3, dopo il primo periodo, è aggiunto il seguente: «Nel caso di Federazioni con più Ordini, il collegio dei revisori è composto da un presidente iscritto nel Registro dei revisori legali e da cinque membri, di cui uno supplente, eletti tra gli iscritti agli albi, ed è rimessa allo statuto l'individuazione di misure atte a garantire la rappresentanza proporzionale delle diverse professioni sulla base del numero degli iscritti.»;

2. All'articolo 27, del decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221, il primo periodo è sostituito dai seguenti: «Per ciascun Ordine con più Albi e per ciascuna Federazione con più Ordini è eletto un Collegio di revisori dei conti composto da un presidente iscritto nel Registro dei revisori legali e da cinque membri, di cui uno supplente, eletti tra gli iscritti agli albi, ed è rimessa allo statuto l'individuazione di misure atte a garantire la rappresentanza proporzionale delle diverse professioni sulla base del numero degli iscritti.».

Medicina Estetica

Emendamento presentato dall'on. Ciocchetti
e da Patriarca Benigni

Ai fini del riconoscimento dei percorsi formativi e professionali di cui al comma 1, a garanzia della qualità e sicurezza delle cure, presso gli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, **sono istituiti i Registri provinciali dei Medici di Medicina Estetica, ai quali possono fare domanda di iscrizione i medici in possesso dei requisiti di cui al comma 3 del presente articolo**.
L'iscrizione nel Registro provinciale del medico che ne faccia richiesta **è subordinata alla verifica del possesso dei requisiti previsti dalla presente legge attraverso apposita Commissione di Medicina Estetica istituita all'uopo in seno all'Ordine.**
I dati dei Registri tenuti a livello provinciale dagli Ordini confluiscono nel Registro nazionale pubblicato nel sito internet istituzionale della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, consultabile dai cittadini.

Relatore	*Governo*

* * *

Dopo l'articolo 25, aggiungere il seguente:
Art. 25-*bis* *(Norme in materia di medicina estetica)*. - 1. La medicina estetica comprende la diagnosi medica delle alterazioni morfologiche estetiche congenite, acquisite o derivanti da malattie e traumi, nonché i relativi interventi medici non chirurgici finalizzati al miglioramento dell'aspetto fisico della persona, con l'unico obiettivo di mantenere e ristabilire il benessere psicofisico.

2. Ai fini del riconoscimento dei percorsi formativi e professionali di cui al comma 1, a garanzia della qualità e sicurezza delle cure, presso gli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, sono istituiti i Registri provinciali dei medici di medicina estetica, ai quali possono fare domanda di iscrizione i medici in possesso dei requisiti di cui al comma 3 del presente articolo. L'iscrizione nel Registro provinciale del medico che ne faccia richiesta è subordinata alla verifica del possesso dei requisiti previsti dalla presente legge attraverso apposita Commissione di medicina estetica istituita all'uopo in seno all'Ordine. I dati dei Registri tenuti a livello provinciale dagli Ordini confluiscono nel Registro nazionale pubblicato nel sito internet istituzionale della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, consultabile dai cittadini.

3. Ai fini dell'iscrizione nei Registri di cui al comma 2, i laureati in Medicina e chirurgia, in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione medica e iscritti agli Ordini, devono possedere uno tra i seguenti titoli:

a) diploma di Master universitario di II livello in Medicina estetica di durata biennale conseguito presso Università pubbliche o private in Italia o all'estero con frequenza esclusivamente in presenza e parte pratica su paziente svolta dal discente;

b) diploma di formazione in Medicina estetica di durata quadriennale con frequenza in presenza, comprensivo di parte teorica e parte pratica su paziente svolta dal discente, rilasciato da una Scuola post-universitaria pubblica o privata, il cui programma sia validato da una Società scientifica di Medicina estetica accreditata presso il Ministero della salute;

c) un diploma di specializzazione medico-chirurgica che preveda uno specifico insegnamento di Medicina estetica;

d) per i medici che già esercitano attività di Medicina estetica, una comprovata esperienza di almeno sette anni nel settore e la partecipazione ad un corso di Medicina estetica definito da apposito decreto ministeriale.

4. Con uno o più decreti del Ministero dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministero della salute, previo accordo in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sono definiti i programmi formativi per il conseguimento del diploma di cui al comma 3, lettera *b)* e il programma formativo del corso di cui al comma 3, lettera *d)* del presente articolo.

*** 25. 01.** Ciocchetti.

*** 25. 02.** Patriarca, Benigni.

Relatore	*Governo*

* * *

Dopo l'articolo 25, aggiungere il seguente:
Art. 25-*bis* *(Obbligo di specializzazione per l'esercizio dell'attività di chirurgia plastica estetica in regime di libera professione)*.

Emendamento presentato dall'on. Ciocchetti
E da Patriarca Benigni

Art. 3

Ai fini dell'iscrizione nei Registri di cui al comma 2, i laureati in Medicina e Chirurgia, in possesso dell'Abilitazione all'Esercizio della professione medica e iscritti agli Ordini, devono possedere uno tra i seguenti titoli:

- **Diploma di Master universitario di II livello in Medicina Estetica** di durata biennale conseguito presso Università pubbliche o private in Italia o all'estero con frequenza esclusivamente in presenza e parte pratica su paziente svolta dal discente;
- **Diploma di formazione in Medicina Estetica di durata quadriennale** con frequenza in presenza, comprensivo di parte teorica e parte pratica su paziente svolta dal discente, rilasciato da una Scuola post-universitaria pubblica o privata, il cui programma sia validato da una Società Scientifica di Medicina Estetica accreditata presso il Ministero della Salute;
- **un Diploma di specializzazione medico-chirurgica che preveda uno specifico insegnamento di Medicina Estetica;**
- **per i Medici che già esercitano attività di Medicina Estetica, una comprovata esperienza di almeno sette anni nel settore e la partecipazione ad un corso di Medicina estetica definito da apposito decreto ministeriale.**

Relatore	*Governo*

* * *

Dopo l'articolo 25, aggiungere il seguente:

Art. 25-*bis* *(Norme in materia di medicina estetica)*. - 1. La medicina estetica comprende la diagnosi medica delle alterazioni morfologiche estetiche congenite, acquisite o derivanti da malattie e traumi, nonché i relativi interventi medici non chirurgici finalizzati al miglioramento dell'aspetto fisico della persona, con l'unico obiettivo di mantenere e ristabilire il benessere psicofisico.

2. Ai fini del riconoscimento dei percorsi formativi e professionali di cui al comma 1, a garanzia della qualità e sicurezza delle cure, presso gli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, sono istituiti i Registri provinciali dei medici di medicina estetica, ai quali possono fare domanda di iscrizione i medici in possesso dei requisiti di cui al comma 3 del presente articolo. L'iscrizione nel Registro provinciale del medico che ne faccia richiesta è subordinata alla verifica del possesso dei requisiti previsti dalla presente legge attraverso apposita Commissione di medicina estetica istituita all'uopo in seno all'Ordine. I dati dei Registri tenuti a livello provinciale dagli Ordini confluiscono nel Registro nazionale pubblicato nel sito internet istituzionale della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, consultabile dai cittadini.

3. Ai fini dell'iscrizione nei Registri di cui al comma 2, i laureati in Medicina e chirurgia, in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione medica e iscritti agli Ordini, devono possedere uno tra i seguenti titoli:

a) diploma di Master universitario di II livello in Medicina estetica di durata biennale conseguito presso Università pubbliche o private in Italia o all'estero con frequenza esclusivamente in presenza e parte pratica su paziente svolta dal discente;

b) diploma di formazione in Medicina estetica di durata quadriennale con frequenza in presenza, comprensivo di parte teorica e parte pratica su paziente svolta dal discente, rilasciato da una Scuola post-universitaria pubblica o privata, il cui programma sia validato da una Società scientifica di Medicina estetica accreditata presso il Ministero della salute;

c) un diploma di specializzazione medico-chirurgica che preveda uno specifico insegnamento di Medicina estetica;

d) per i medici che già esercitano attività di Medicina estetica, una comprovata esperienza di almeno sette anni nel settore e la partecipazione ad un corso di Medicina estetica definito da apposito decreto ministeriale.

4. Con uno o più decreti del Ministero dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministero della salute, previo accordo in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sono definiti i programmi formativi per il conseguimento del diploma di cui al comma 3, lettera *b)* e il programma formativo del corso di cui al comma 3, lettera *d)* del presente articolo.

* **25. 01.** Ciocchetti.

* **25. 02.** Patriarca, Benigni.

Relatore	*Governo*

* * *

Dopo l'articolo 25, aggiungere il seguente:

Art. 25-*bis* *(Obbligo di specializzazione per l'esercizio dell'attività di chirurgia plastica estetica in regime di libera professione)*.

DDL Fiscale

Turismo dentale

Relazione illustrativa

La proposta in esame apporta modifiche al Testo Unico delle Imposte sui Redditi nella parte riferita alla **deducibilità delle spese sanitarie sostenute in Paesi extra UE** (art. 15, comma 1, lett. c), Decreto del Presidente della Repubblica del 22/12/1986, n. 917).

In particolare, **si esclude la possibilità di detrarre le spese sanitarie per coloro che i recano al di fuori degli Stati membri dell'UE per affrontare cure ed interventi odontoiatrici**, intendendo in questo modo creare un deterrente contro il fenomeno del turismo odontoiatrico.

Decreto-legge Omnibus in materia fiscale

Proposta per la non detraibilità delle spese odontoiatriche sostenute in Paesi extra UE

Dopo l'articolo XY, è aggiunto il seguente

Articolo XY-bis

(Disposizioni in materia di spese odontoiatriche sostenute in Paesi extra UE)

All'articolo 15, comma 1, lettera c), del Decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, dopo le parole: "le spese sanitarie," aggiungere le seguenti: "escluse le spese odontoiatriche sostenute in Paesi extra UE,".

Testo a fronte

DPR n. 917/1986 vigente	**DPR n. 917/1986 come modificato dalla presente proposta**
Articolo 15 *(Detrazioni per oneri)* 1. Dall'imposta lorda si detrae un importo pari al 22 per cento dei seguenti oneri sostenuti dal contribuente, se non deducibili nella determinazione dei singoli redditi che concorrono a formare il reddito complessivo: [...] c) Le spese sanitarie, per la parte che eccede lire 250 mila. Dette spese sono costituite esclusivamente	Articolo 15 *(Detrazioni per oneri)* 1. Dall'imposta lorda si detrae un importo pari al 22 per cento dei seguenti oneri sostenuti dal contribuente, se non deducibili nella determinazione dei singoli redditi che concorrono a formare il reddito complessivo: [...] c) Le spese sanitarie, ***escluse le spese odontoiatriche sostenute in Paesi extra UE,*** per la parte che eccede lire 250 mila.

Roberta Zedda
Ricordare per non smettere di lottare contro la violenza

"Roberta Zedda – ricorda Antonio **Sulis**, Presidente dell'Ordine dei Medici di Oristano – *è stata brutalmente uccisa 22 anni fa nella sede della guardia medica di Solarussa mentre svolgeva il suo turno di lavoro.*

È importante tenerne viva la memoria e, per farlo la cittadina di Solarussa le ha dedicato una piazza.

Noi colleghi la onoriamo in ogni nostro gesto della professione che Roberta amava e svolgeva con passione e dedizione, sino a sacrificare al suo ruolo di medico il bene più prezioso: la sua stessa vita.

La presenza qui del Presidente Anelli rappresenta un forte segnale di attenzione da parte della Federazione Nazionale nei confronti di un evento che resta simbolo di quanto la professione medica possa essere esposta a rischi drammatici, in particolare nei servizi di emergenza e continuità assistenziale.

Sotto la sua guida, la FNOMCeO ha promosso negli anni numerose iniziative contro la violenza verso i medici, con proposte concrete come l'attivazione di percorsi legali automatici nei casi di aggressione".

Era il 3 luglio del 2003: Roberta **Zedda**, giovane dottoressa originaria di Sanluri, veniva barbaramente assassinata durante il suo turno di Guardia Medica a Solarussa, Oristano. Aveva solo 33 anni.

La sera del 3 luglio 2025, esattamente ventidue anni dopo, la piazza di fronte al Municipio è stata intitolata alla sua memoria, con una cerimonia alla quale ha partecipato anche il Presidente della **FNOMCeO**, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici, Filippo **Anelli**.

La morte di Roberta, ingiusta e dolorosa, ha infatti scosso profondamente la coscienza civile della comunità medica e locale, segnando un prima e un dopo e dando avvio a riflessioni nazionali sulla sicurezza degli operatori sanitari. E **Solarussa** non ha dimenticato: è stato un vero e proprio plebiscito quello con cui i cittadini, coinvolti in un sondaggio dall'amministrazione comunale, hanno indicato compatti il nome di Roberta **Zedda** come meritevole di essere inserito nella toponomastica comunale.

“Con l’assassinio di Roberta Zedda e, prima di lei, di Maria Monteduro è iniziata una stagione drammatica, che è poi proseguita con le uccisioni di Paola Labriola, Eleonora Cantamessa, Barbara Capovani.

È ora di chiudere questo periodo buio della nostra storia. Roberta, Maria, Paola, Eleonora, Barbara non devono essere morte invano.

È tempo che si rafforzi un’attività legislativa, un’azione organizzativa delle strutture sanitarie e una rivoluzione culturale per dire, tutti insieme, un forte ‘no’ alla violenza”.

Papa Leone XIV e la PACE

Elezione Papa

09/05/2025

Elezione Papa Leone XIV, Anelli (Fnomceo): un segno di speranza per chi soffre

Il richiamo alla pace e alla vicinanza verso chi è nella sofferenza è un segno importante anche per chi, come I medici, si dedica ogni giorno alla cura

La gente non può morire a causa di fake news.

È veramente triste assistere oggi in tanti contesti all'imporsi della legge del più forte, in base alla quale si legittimano i propri interessi.

È desolante vedere che la forza del diritto internazionale e del diritto umanitario non sembra più obbligare, sostituita dal presunto diritto di obbligare gli altri con la forza.

Questo è indegno dell'uomo, è vergognoso per l'umanità e per i responsabili delle nazioni.

Avvenire

Il Papa. «Guerre diaboliche scatenate da fake news. Il riarmo frutto della propaganda»

Giacomo Gambassi, Roma giovedì 26 giugno 2025

Ascolta

Il duro intervento di Leone XIV. «Il mio cuore sanguina per Ucraina, Medio Oriente e Gaza dove la situazione è disumana». Nuove armi? «I soldi ai mercanti di morte e non gli ospedali»

Come si può credere, dopo secoli di storia, che le azioni belliche portino la pace e non si ritorcano contro chi le ha condotte?

Come si può pensare di porre le basi del domani senza coesione, senza una visione d'insieme animata dal bene comune?

Come si può continuare a tradire i desideri di pace dei popoli con le false propagande del riarmo, nella vana illusione che la supremazia risolva i problemi anziché alimentare odio e vendetta?

La gente è sempre meno ignara della quantità di soldi che vanno nelle tasche dei mercanti di morte e con le quali si potrebbero costruire ospedali e scuole; e invece si distruggono quelli già costruiti!

È imitare Cristo, che ha vinto il male amando dalla croce, mostrando un modo di regnare diverso da quello di Erode e Pilato: uno, per paura di essere spodestato, aveva ammazzato i bambini, che oggi non cessano di essere dilaniati con le bombe; l'altro si è lavato le mani, come rischiamo di fare quotidianamente fino alle soglie dell'irreparabile.

L'OSSERVATORE ROMANO

Il cuore sanguina
di fronte a una violenza mai vista prima