

Consiglio Nazionale 12 Dicembre 2025

FILIPPO ANELLI – PRESIDENTE
NAZIONALE FNOMCEO



LA SCIENZA MEDICA CORRE.

LEUCEMIE E BAMBINI. ORA IL CORPO DIVENTA LA CURA CON LE CAR-T

Talassemia. Crispr, una sola flebo
ora cambia la vita dei pazienti

**SMA: LA TERAPIA GENICA RISCRIVE
IL FUTURO DEI BAMBINI**

OGNI GIORNO
UN PASSO AVANTI,
OGNI GIORNO
UNA NUOVA SCOPERTA.

*Ogni giorno,
con i medici, la scienza
diventa cura.*



fnomceo.it



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

La settimana scorsa c'è stato il convegno sulla scienza organizzata da Fnomceo: **La scienza medica al servizio dell'umanità.**

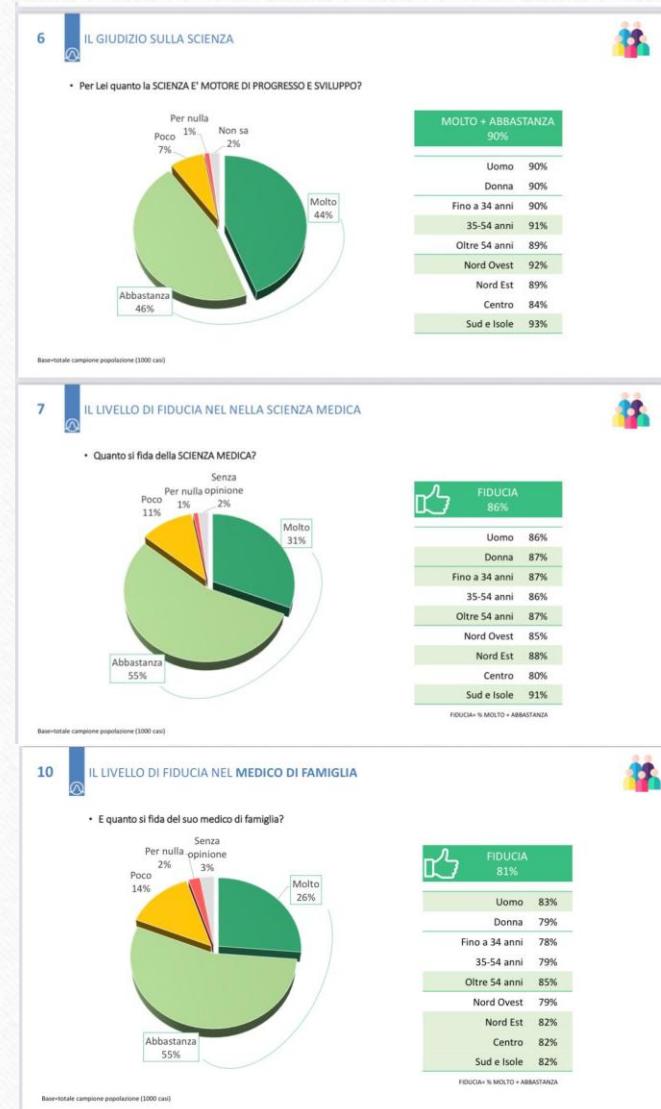
Abbiamo vissuto due giornate molte intense e ricche di significato.

Abbiamo constatato come il futuro della medicina sia già presente oggi nelle varie articolazioni della Professione e come stanno cambiando le malattie e la vita delle persone che a noi si affidano.

Il convegno si è aperto con la presentazione della ricerca di Fnomceo condotta dall'Istituto Piepoli sul rapporto tra scienza e cittadini.

I dati sono straordinari e mostrano come la scienza e la professione costituiscano punti di riferimento essenziali per la gente.

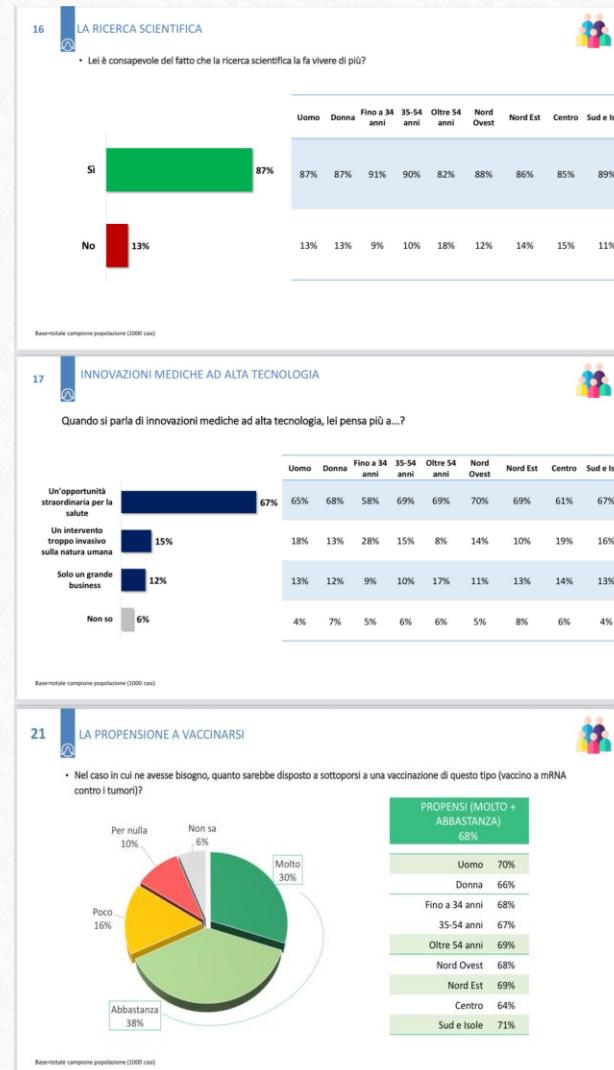
- **90% degli italiani considera la scienza un motore di progresso e sviluppo;**
- **86% ripone fiducia nella medicina;**
- **81% dichiara di avere fiducia nel proprio medico di famiglia.**



- 87% dichiara di sapere che la ricerca scientifica gli ha allungato la vita;
- 67% dei cittadini vede nelle tecnologie mediche un'opportunità straordinaria;
- 68% sarebbe disposto a somministrarsi un vaccino mRNA in caso di tumore o qualora ne avesse bisogno.

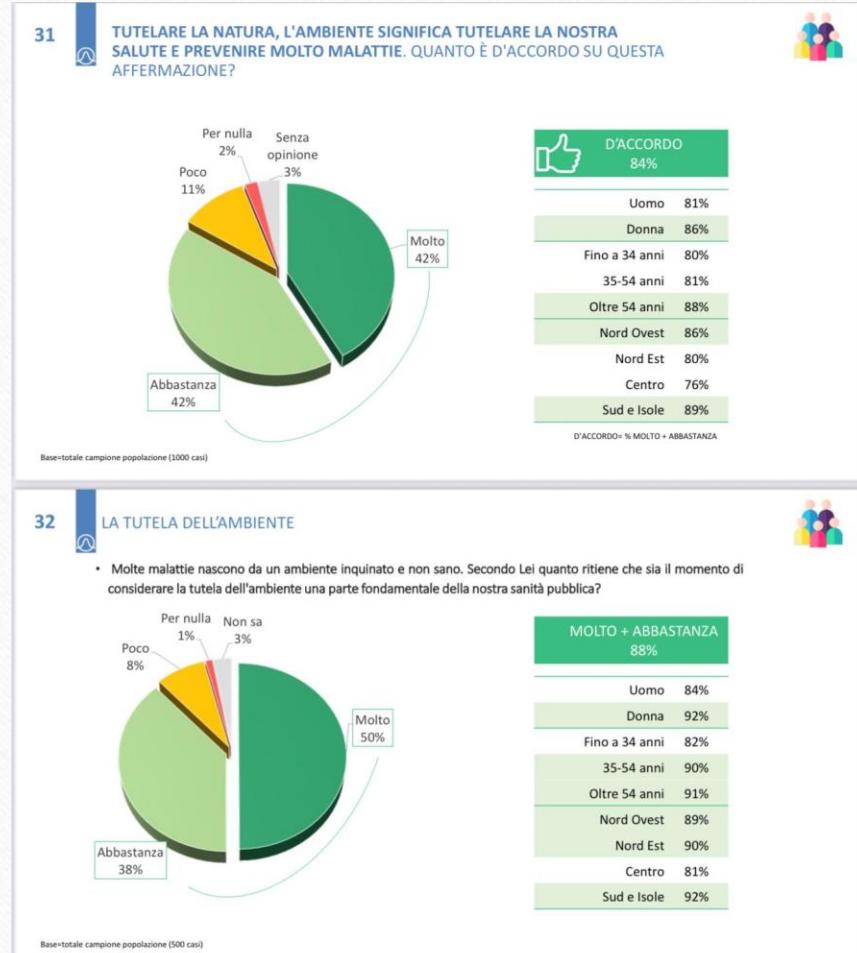
Sulle malattie genetiche gli italiani sono ancora più chiari:

- 88% pensa che sia giusto che lo Stato garantisca terapia ad altissimo costo, per esempio per curare la SMA;
- 83% afferma di essere d'accordo sull'affermazione che ogni vita conta;
- 63% dice sì alla terapia genica, se evita sofferenze.



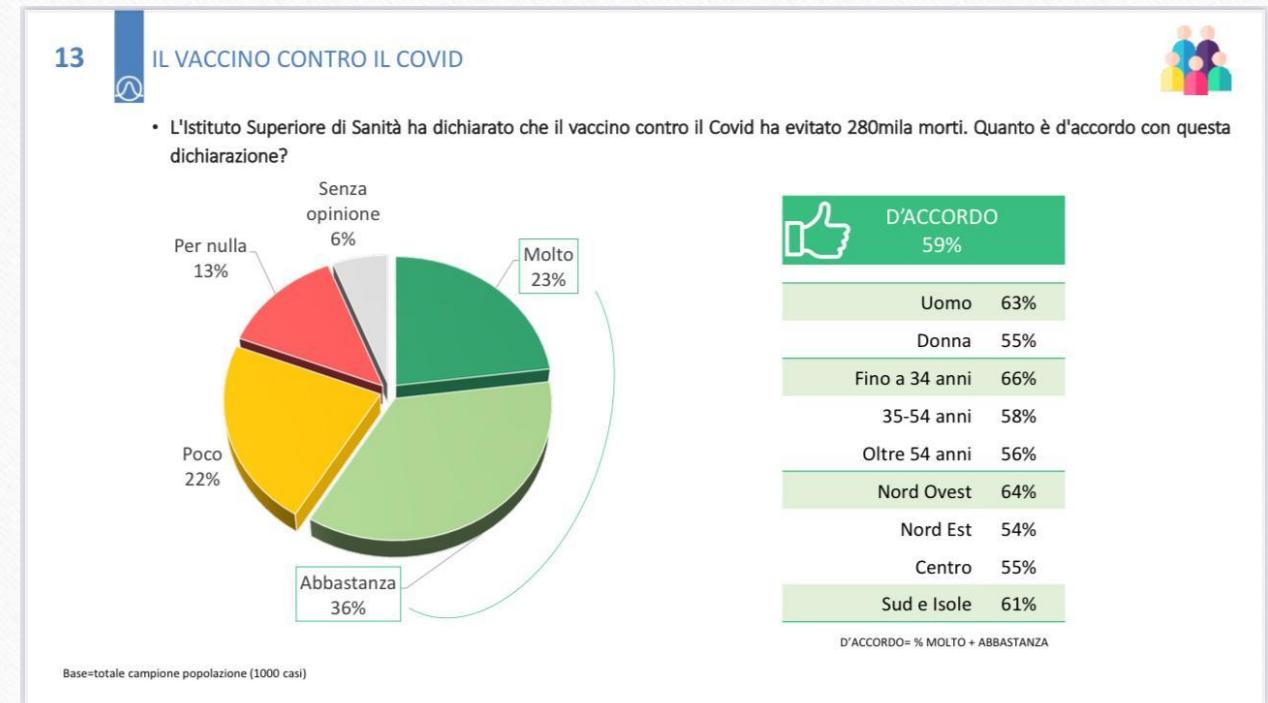
Anche sul rapporto salute e ambiente gli italiani hanno idee chiare:

- 84% è convinto che tutelare l'ambiente significa prevenire le malattie;
- 88% ritiene che l'ambiente debba far parte integrante della sanità pubblica.



Però, le percentuali scendono quando si parla di vaccini e la diffidenza arriva a coinvolgere quasi un terzo degli intervistati.

Ovviamente, questo dato non può essere letto come un rifiuto della scienza, visti i risultati appena citati; ma come **perdita di orientamento**, insomma **disorientamento** in un contesto dove la **disinformazione**, amplificata spesso dai social, provoca **confusione**.



Ed è proprio questa confusione che fa esprimere un giudizio critico da parte di Fondazione Etica e dal Centro di Ricerca REP: «La prima confusione è istituzionale. Così diventa complicato capire e confrontare».

La confusione e la frammentazione non è solo politica e organizzativa: è anche linguistica: Non si capisce neanche come si chiama la propria azienda sanitaria: una regione usa ASL, un'altra USL, un'altra ancora AUSL.

Sanità, l'equilibrio dell'Emilia. Lazio fanalino di coda

L'indice calcolato dal centro Rep di Fondazione etica. Caporossi: in Italia sistema frammentato

Come si fa a migliorare la sanità pubblica se non sappiamo prima quale è il suo stesso "stato di salute"? Difficile anche capirlo considerando che in Italia ci sono venti sistemi sanitari differenti, organizzati in modo disomogeneo, nomi diversi e strutture che cambiano Regione per Regione e spesso a ogni legislatura.

«La prima confusione è istituzionale. Così diventa complicato capire e confrontare», spiega Paola Caporossi, co-fondatrice insieme a Gregorio Gitti di Fondazione Etica e responsabile del Centro di Ricerca REP che ha cercato di fare chiarezza sul tema. La frammentazione non è solo politica e organizzativa: è an-

che linguistica. «Non si capisce nemmeno come si chiama la propria azienda sanitaria: una Regione usa Asl, un'altra Usl, un'altra ancora Ausl». E non è solo una questione di sigle. Ci sono le aziende ospedaliere autonome e gli ospedali a gestione diretta sotto le Asl mentre in Lombardia, ci sono le Asst e Aits, un sistema unico in Italia difficilmente comparabile con quello delle altre Regioni. «Di fatto, la Lombardia è un sistema a sé». Questa frammentazione rende complessa perfino la raccolta dei dati: la confusione istituzionale si traduce anche in una confusione nei numeri. Il nuovo portale nazionale sulle liste d'attesa, lanciato dal

ministero della Salute, aggredisce i dati comunicati dalle Regioni. «Le persone non sono interessate ad avere una media nazionale ma un dato che riguardi la situazione della propria Regione, nel proprio ospedale, nella sua Asl. Le liste d'attesa, inoltre, non sono tutte uguali: urgenti, brevi, differibili, ordinarie. Non possono essere comparati dati differenti».

La metodologia
L'indicatore è basato sull'analisi dei bilanci di 47 aziende ospedaliere

Il Centro Rep ha analizzato i bilanci delle 47 aziende ospedaliere italiane attraverso l'indicatore di Equilibrio economico sanitario. Considerando l'erogazione di servizi per la salute dei cittadini come la missione delle Aziende ospedaliere, il valore ottimale deve essere intorno allo zero. «Un utile troppo alto non è un successo. Significa, anzi, che non sono stati fatti sufficienti investimenti nei servizi sanitari». Le Marche, con un'unica azienda ospedaliere e un valore medio positivo del 2,68%, ha gli utili maggiori. Segue la Campania (+2,45%) che però di aziende ospedaliere ne ha nove con forti differenze: da quelle vicino allo zero

ad altre che sfiorano il 4%. L'equilibrio lo troviamo in Emilia-Romagna (+0,17%). Lazio è invece fanalino di coda: tutte e quattro le sue aziende ospedaliere sono in profondo disavanzo (dal -24% al -39%) ma con poli enormi, attrattori di prestazioni da tutta Italia.

Ultimo nodo della questione è anche l'aggiornamento dei dati: «come si possono fare politiche basandosi su dati che risalgono al 2022?» conclude Caporossi, affermando che per capire il problema di un sistema sarebbe meglio disaggregare i dati nazionali e creare un'organizzazione sanitaria più omogenea tra enti.

Emily Capozzcca
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) attraversa una fase di criticità strutturale, aggravata dalla pandemia da Covid-19, che ne ha messo in luce **fragilità organizzative, finanziarie e di governance**.

La crisi attuale non è riconducibile a singoli fattori contingenti, ma rappresenta l'esito di dinamiche di lungo periodo:

- sotto-finanziamento relativo,
- crescita non governata della spesa,
- carenza di personale,
- frammentazione territoriale,
- indebolimento del ruolo centrale dello Stato nella governance e programmazione sanitaria.



Faremo insieme una ricostruzione complessiva

- del quadro finanziario,
- delle criticità del personale,
- delle disuguaglianze territoriali
- della governance delle professioni,

alla luce della giurisprudenza costituzionale e delle scelte istituzionali del passato.

Ne emerge con forza la necessità di **un Ministero della Salute forte**, sostenuto dal ruolo fondamentale degli **Ordini dei Medici** come organi sussidiari dello Stato.



“

Il quadro finanziario

”

Finanziamento del **fabbisogno** sanitario nazionale standard

Secondo le valutazioni dell’Ufficio Parlamentare di Bilancio e della Corte dei conti, il disegno di legge di bilancio prevede un incremento del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui contribuisce lo Stato pari a:

- **+2,4 miliardi di euro nel 2026;**
- **+2,65 miliardi di euro annui dal 2027.**

In valore assoluto, il finanziamento del SSN risulta pari a:

- **136,5 miliardi** nel 2025;
- **142,9 miliardi** nel 2026 (incremento di 6,369 miliardi rispetto al 2025, pari a +4,7%, di cui 2,4 miliardi nuovi stanziamenti e 3,969 già previsti in precedenti manovre);
- **143,9 miliardi** nel 2027 (incremento effettivo di 995 milioni, pari a +0,7%);
- **144,8 miliardi** nel 2028 (incremento effettivo di 870 milioni, pari a +0,6%).

Il rapporto tra finanziamento e PIL è previsto:

- al **6,15%** nel 2026,
- al **6,04%** nel 2027,
- al **5,92%** nel 2028.

L’incremento del finanziamento, pur significativo in valore assoluto, risulta dunque **stazionario o in lieve riduzione** in rapporto al PIL nel medio periodo.

TAVOLA 12

IL FABBISOGNO SANITARIO NAZIONALE STANDARD NELLA LB 2026

(in milioni e in percentuale)

	2024	2025	2026	2027	2028
1-Finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard a legislazione vigente (*)	134.017	136.538	140.507	141.252	142.122
variazioni %			1,9	2,9	0,5
in quota Pil*		6,1	6,0	6,0	5,8
2-Incremento finanziamento sanitario nazionale DLB 2026 (art. 63)			2.400	2.650	2.650
3-Fabbisogno SSN standard (LB 2026)	134.017	136.538	142.907	143.902	144.772
variazione %		1,9	4,7	0,7	0,6
in quota Pil*		6,04	6,15	6,04	5,92
Dettaglio da LB 2026**:			2026	2027	2028
art. 63, c.2 Fondo per l’Alzheimer			100	100	100
art. 63, c.5 obiettivi prioritari			206	17	
art. 64, c.1 Rafforzamento delle misure di prevenzione			238	238	238
art. 64, c. 2 Rafforzamento delle misure di prevenzione*			247		
art. 65 Piano nazionale azioni per la salute mentale (PANSM)			80	85	90
art. 66 Istituti zooprofilattici sperimentali			10	10	10
art. 67, c.1 Tariffe acuti e post acuzie			350	350	
art. 67, c. 2 Tariffe per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica			100	183	183
art. 68 Farmacia dei servizi			50	50	50
art. 69, c. 1 Indennità di specificità del personale del SSN (art. 65 CCNL Area Sanità 2019-2021)			85	85	85
art. 69, c. 2 Indennità specificità del personale infermieristico (104 CCNL Comparto Sanità 2019-2021)			195	195	195
art. 69, c. 3 Indennità di specificità sanitaria (66 CCNL Area Sanità 2019-2021)			8	8	8
art. 69, c. 4 Indennità di tutela del malato (105 CCNL Comparto Sanità 2019-2021)			58	58	58
art. 69, c. 5 Prestazioni aggiuntive dirigenti medici e personale sanitario			143,5		
art. 70, c. 1 assunzione di personale			450	450	450
art. 70, c. 3 oneri per assunzione di personale			180	80	180
art. 72 Cure palliative			10	10	10
art. 78 c.1 tetto alla spesa farmaceutica			350	350	350
art. 79 c.1 Fondi Bambini Gesù			50	50	50
art. 80 Dispositivi medici			280	280	280
art. 81 spese per prestazioni sanitarie da privato accreditato			123	123	123
art. 82 ospedali di rilievo nazionale			20		
art. 85 telemedicina			20		

* Pil stimato nel DPFP 2025. ** in tale voce sono dettagliate le misure finanziarie disposte dalla LB 2026 gravanti sia sull’incremento del FSN di cui all’art. 63 del d.d.l sia sulle autorizzazioni di spesa relative al FSN di cui alle precedenti leggi di bilancio. Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati LB 2026 e Ministero della salute.



La dinamica della **spesa** sanitaria

La spesa sanitaria corrente di contabilità nazionale è stimata:

- al **6,6% del PIL nel 2026**;
- al **6,5% del PIL dal 2027**.

Secondo il DPFP (Documento di programmazione finanziaria e di bilancio) presentato a ottobre 2025, la **spesa sanitaria complessiva** ammonta a:

- **149,9 miliardi** nel 2026;
- **151,7 miliardi** nel 2027;
- **155,7 miliardi** nel 2028.

Queste previsioni sono destinate a crescere ulteriormente per effetto delle misure della manovra (assunzioni e incrementi retributivi, aumento dei tetti di spesa per convenzioni con privati, dispositivi medici, farmaci, revisione dei DRG e delle tariffe per specialistica ambulatoriale e protesica).

TAVOLA 13

LA SPESA SANITARIA NEI DOCUMENTI PROGRAMMATICI

	2024	2025	2026	2027	2028
DPFP 2025	138.335	144.021	149.931	151.727	155.702
variazione su anno prec	4,9	4,1	4,1	1,2	2,6
in % Pil	6,3	6,4	6,5	6,4	6,4
in % spesa corrente primaria	15,26	15,43	15,65	15,64	15,77
DFP 2025	138.335	143.372	149.820	151.635	
variazione su anno prec	4,9	3,6	4,5	1,2	
in % Pil	6,31	6,35	6,45	6,36	
in % spesa corrente primaria	15,28	15,36	15,68	15,71	

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati ISTAT e MEF vari anni



	2026	% PIL	2027	% PIL	2028	% PIL
Finanziamento	142.907	6,15	143.902	6,04	144.772	5,92
Spesa	149.820	6,45	151.635	6,36	155.702	
Differenza	6.913		7.733		10.930	

La **distanza tra finanziamento e spesa** mostra una tendenza all'ampliamento nel triennio considerato.

Come sottolineato dall'UPB, tale differenza non coincide automaticamente con un "disavanzo del SSN", ma segnala una **pressione crescente sui bilanci dei Servizi sanitari regionali**, con rilevanti rischi per la sostenibilità finanziaria e per l'erogazione uniforme dei LEA.

Perché non c'è la svolta?

Lo spiega la relazione parlamentare dell'UPB in maniera chiara e sintetica:

- La diversa dinamica del finanziamento ordinario e della spesa implica **un aumento della distanza tra i due aggregati**.
- Le differenze non sono direttamente riconducibili a un concetto di disavanzo del SSN, ma potrebbero segnalare una **difficoltà crescente per i bilanci dei Servizi sanitari regionali (SSR)**.
- Dall'insieme degli interventi in ambito sanitario della manovra non emerge una chiara indicazione di priorità nell'azione per il consolidamento del SSN, in quanto le risorse sono distribuite su molti obiettivi e a favore di un ampio spettro di **stakeholder**.

	2026	% PIL	2027	% PIL	2028	% PIL
Finanziamento	142.907	6,15	143.902	6,04	144.772	5,92
Spesa	149.820	6,45	151.635	6,36	155.702	
Differenza	6.913		7.733		10.930	

Perché non c'è la svolta?

Lo spiega la relazione parlamentare dell'UPB in maniera chiara e sintetica:

- Quanto al previsto piano di assunzioni, non è scontato che gli sforzi per accrescere l'attrattività del SSN saranno sufficienti a rendere possibili le assunzioni necessarie a garantirne il pieno funzionamento.
- L'emorragia di medici e infermieri (pensionamenti, dimissioni non legate alla quiescenza, flussi verso l'estero non sempre compensati dai movimenti in direzione contraria), insieme ai nuovi fabbisogni derivanti dagli obiettivi del PNRR, aumentano infatti le future esigenze di personale sanitario.

	2026	% PIL	2027	% PIL	2028	% PIL
Finanziamento	142.907	6,15	143.902	6,04	144.772	5,92
Spesa	149.820	6,45	151.635	6,36	155.702	
Differenza	6.913		7.733		10.930	

Le criticità strutturali del SSN nel post-pandemia

La pandemia da Covid-19 ha rappresentato un punto di svolta:

- ha evidenziato l'insufficiente **resilienza** del sistema;
- ha accentuato le **disomogeneità regionali**;
- ha aggravato fenomeni preesistenti: **liste d'attesa, rinuncia alle cure, difficoltà di accesso ai servizi, fragilità della sanità territoriale.**

Oggi il SSN si presenta:

- più **frammentato**;
- meno **omogeneo** nella capacità di garantire i LEA;
- con livelli crescenti di **rinuncia o rinvio delle cure** da parte dei cittadini;
- meno **attrattivo** per i professionisti sanitari.

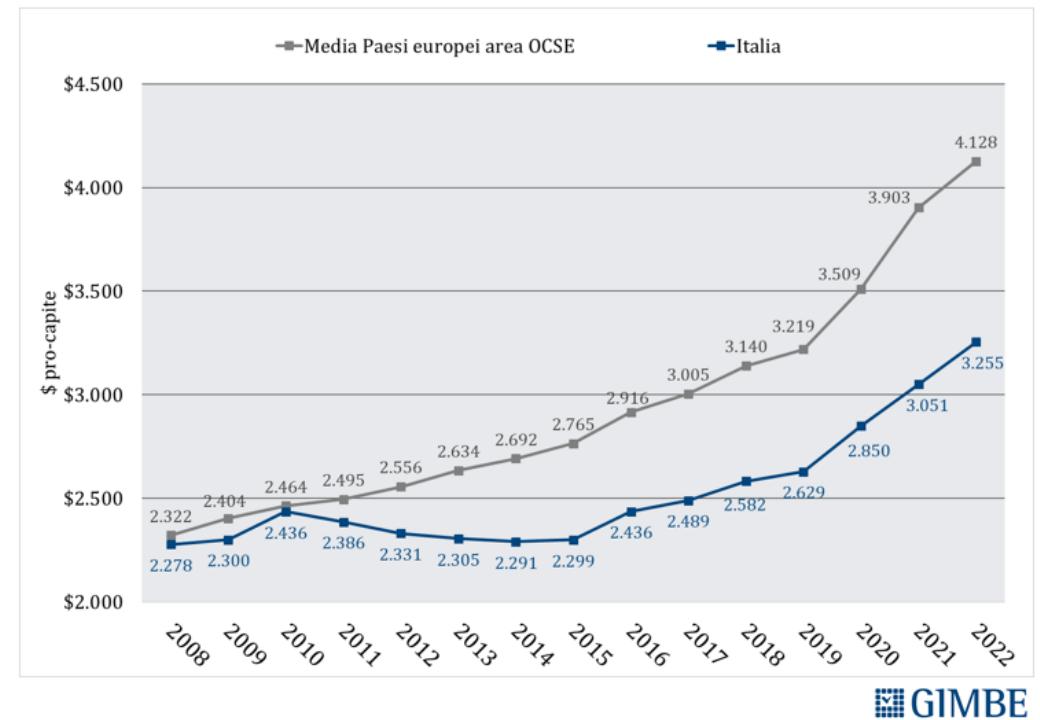


A ciò si aggiunge una **distorsione strutturale**: la spesa sanitaria cresce più velocemente della capacità dello Stato di finanziarla in modo stabile, sotto la spinta di:

- invecchiamento della popolazione;
- aumento della cronicità;
- innovazione tecnologica e farmaceutica;
- crescita dei bisogni assistenziali.

Il PNRR, pur rappresentando un'importante occasione di investimento in infrastrutture, tecnologie e strutture territoriali, non affronta in misura sufficiente il nodo centrale del sistema: **il capitale umano sanitario**.

Figura 4
Trend spesa pubblica pro-capite 2008-2022:
media paesi europei vs Italia (dati OCSE)



Il personale sanitario: fabbisogni, carenze e limiti della programmazione

- Gli articoli 69–71 della manovra prevedono le prime misure dedicate al personale:
- a decorrere dal 2026, è previsto un **importo massimo di 450 milioni annui** per assunzioni a tempo indeterminato di personale sanitario nel SSN, **in deroga ad alcuni vincoli vigenti**, con l'obiettivo di ridurre le liste d'attesa e fronteggiare la carenza di personale.

24

In arrivo 7mila assunzioni e aumenti di stipendio per medici e infermieri



“

Criticità e Personale

”

Il personale sanitario: fabbisogni, carenze e limiti della programmazione

Tuttavia:

- tale stanziamento, pur positivo, **non appare proporzionato** alla dimensione del fabbisogno;
- **l'emorragia di medici e infermieri** (pensionamenti, dimissioni volontarie, mobilità verso l'estero e verso il privato) e i nuovi fabbisogni legati all'attuazione del PNRR rischiano di **superare ampiamente** la capacità di reclutamento del sistema;
- **l'età media del personale è elevata**, il ricambio generazionale è insufficiente, i carichi di lavoro sono spesso insostenibili, con impatti su burnout, sicurezza delle cure e qualità percepita.

A ciò si aggiunge un problema sistematico fondamentale: **l'inefficacia di una programmazione nazionale fondata su dati certi e standard aggiornati.**



Medicina generale: da 1:1000 a oltre 1:1200 assistiti

- La medicina generale è in sofferenza crescente;
- il rapporto ottimale di 1 MMG ogni 1.000 assistiti è superato;
- la media reale nazionale supera **1:1.200** e in alcune aree arriva a **1:1.400**;
- cresce la quota di cittadini senza medico;
- l'età media dei MMG è superiore ai 55 anni;
- il ricambio generazionale è insufficiente.

Questa dinamica, unita all'aumento di cronicità e fragilità, rende sempre più difficile garantire una presa in carico efficace sul territorio.



Dirigenza medica ospedaliera: un'inversione di tendenza post-Covid, non una crescita strutturale

Nel quadriennio post-pandemico si osserva una **inversione di tendenza rispetto al periodo pre-Covid**, in cui il numero di dirigenti medici era in calo.

Oggi si registra una parziale ripresa, ma:

- questa deriva da misure straordinarie e non da una programmazione stabile;
- non esiste un sistema nazionale che collegi fabbisogni specialistici, posti letto e reti cliniche;
- la crescita non è omogenea né risponde ai reali bisogni assistenziali.

Non si tratta di un vero incremento strutturale del personale, ma di una risposta reattiva e non guidata da criteri programmati nazionali.



La radice del problema: mancano dati, standard, criteri nazionali

Oggi il SSN non dispone ancora di:

- standard nazionali sui posti letto per disciplina e intensità di cura;
- criteri univoci per definire i fabbisogni di specialisti per reti cliniche e complessità assistenziale;
- un sistema aggiornato di rilevazione dei fabbisogni a medio-lungo termine.

In sintesi:

- **abbiamo una medicina generale in crisi e ospedali con una sola inversione di tendenza, ma nessuno dei due fenomeni è realmente ben governato.**

quotidiano**sanità**.it

Studi e Analisi

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



[in](#) Condividi [f](#) Condividi 36 [stampa](#)

Aumentano i medici e gli infermieri del Ssn ma il futuro non è roseo: entro il 2035 in uscita oltre 140mila operatori. Il report Agenas

di L.F.

Nel 2023 il Servizio sanitario nazionale ha contato 701mila dipendenti, quasi 52mila in più rispetto al 2019. L'Italia si conferma sopra la media UE per numero di medici, ma con un'età media tra le più alte d'Europa e un'ondata di pensionamenti alle porte. Resta forte la carenza di infermieri, mentre gli OSS aumentano ma senza una programmazione omogenea. Agenas avverte: servono politiche di formazione e attrattività più incisive per non compromettere la tenuta del sistema. [IL RAPPORTO](#)

Ne deriva che **gli sforzi attuali per rendere più attrattivo il Ssn potrebbero non essere sufficienti**, se non accompagnati da una strategia organica su:

- programmazione dei fabbisogni;
- condizioni di lavoro;
- carriere e riconoscimento delle competenze avanzate;
- politiche retributive e contrattuali coerenti con la specificità delle professioni sanitarie.

RASSEGNA STAMPA

Schillaci: rendere Ssn più attrattivo anche con migliori condizioni lavoro



Inserito da **Cristina Fortunati** — 27 Febbraio 2024

 Nessun commento  2 Minuti di lettura



 Privacy - Termini

LA CORTE COSTITUZIONALE E LE PROFESSIONI

Governance nazionale delle professioni sanitarie e giurisprudenza costituzionale

La Corte costituzionale, con varie pronunce (n. 192/2017, n. 129/2019, n. 37/2021, n. 215/2021), ha ribadito con chiarezza che:

- la **disciplina delle professioni sanitarie** (profili, formazione, titoli abilitanti, competenze, responsabilità) rientra nella **competenza esclusiva dello Stato**;
- l'unità delle professioni sanitarie è un valore costituzionale: un medico o un infermiere devono garantire gli stessi standard di tutela su tutto il territorio nazionale;
- la definizione delle competenze professionali è strettamente connessa alla **sicurezza delle cure** e non può essere lasciata a sperimentazioni o discipline regionali autonome;
- le Regioni possono intervenire sull'**organizzazione dei servizi**, ma non possono ridefinire ruoli, mansioni e competenze delle professioni sanitarie.



La Corte, inoltre, riconosce il **valore pubblico della professionalità sanitaria**, sottolineando che competenze e responsabilità non appartengono solo ai singoli professionisti ma alla collettività, e devono quindi essere regolate da un quadro unitario e stabile.

Sul piano politico-istituzionale, tale giurisprudenza indica chiaramente che:

- la **governance delle professioni** è materia statale;
- la tutela della salute, quale diritto fondamentale, esige regole uniformi;
- è necessario un **rafforzamento delle funzioni statali di indirizzo, regolazione e programmazione** in materia di professioni sanitarie.



LA FORMAZIONE MEDICA E SPECIALISTICA

La formazione medica e specialistica come funzione del SSN

La **formazione dei medici**, in particolare:

- costituisce una **leva strategica** per garantire uniformità del sistema, qualità delle cure e sicurezza dei pazienti;
- non può essere frammentata in 21 modelli regionali differenti, né affidata esclusivamente a logiche tecniche prive di responsabilità politica nazionale.

La Corte costituzionale ha più volte richiamato il legame stretto tra **percorsi formativi** e **tutela della salute** e tra formazione e LEA.

La trasformazione della **formazione specialistica** è un punto particolarmente delicato:

- i medici in formazione specialistica sono oggi parte integrante dell'attività assistenziale;
- partecipano ai turni, alle attività ambulatoriali, ai reparti di emergenza e ai servizi clinici;
- costituiscono una quota essenziale del personale necessario al funzionamento di molti reparti.



Di fatto, la formazione specialistica è diventata:

- una funzione strutturale del SSN;
- un elemento della capacità produttiva del sistema;
- un fattore determinante per l'organizzazione delle reti cliniche.

Ne consegue che:

- la **programmazione delle scuole di specializzazione**, dei posti e delle borse non può dipendere da scelte frammentate, né essere delegata a soli algoritmi o tecnicismi;
- occorre una **regia nazionale forte**, riconducibile al Ministero della Salute, in grado di collegare:
 - fabbisogni formativi e fabbisogni assistenziali;
 - distribuzione delle specialità e bisogni della popolazione;
 - equilibrio tra attività formativa e attività assistenziale svolta dagli specializzandi.



LA CONTRATTAZIONE NAZIONALE

Contrattazione nazionale dei medici e dirigenti sanitari

Negli ultimi anni, la contrattazione dei medici e dei dirigenti sanitari è stata gestita nell'ambito della Funzione Pubblica, assimilando tali professionisti al restante pubblico impiego.

Questa scelta presenta tre ordini di criticità:

- **Culturale**

- non riconosce la peculiarità della funzione medica, caratterizzata da alta specializzazione, responsabilità clinica e rischio professionale;

- **Tecnica**

- separa la contrattazione dalla conoscenza delle esigenze specifiche del sistema sanitario, dei carichi di lavoro e dell'organizzazione dei servizi;

- **Politica**

- priva il Ministero della Salute di una leva fondamentale per garantire attrattività delle carriere, stabilità del sistema e qualità dell'assistenza.



Presidenza del Consiglio dei Ministri
**Dipartimento della
Funzione Pubblica**

In un contesto di:

- turni gravosi;
- difficoltà nel reclutamento;
- crescente fuga verso il privato o verso altri Paesi,
- la contrattazione non può essere considerata una mera procedura amministrativa, ma uno **strumento di politica sanitaria**.

Per queste ragioni, la relazione propone che:

- la **contrattazione nazionale dei medici e dirigenti sanitari** deve essere inserita nell'alveo della responsabilità primaria del Ministero della Salute, in raccordo con gli altri dicasteri competenti, ma con una chiara guida sanitaria.



- introdurre la figura del Direttore Clinico accanto al Direttore Generale;
- riequilibrare i poteri tra politica, management e professionisti;
- garantire più spazio a cittadini e territori nelle scelte sanitarie.

Uno Stato giuridico adeguato ai dirigenti medici e sanitari

Oggi i dirigenti sono in una posizione ambigua: dipendenti pubblici, ma anche responsabili di scelte cliniche ed economiche cruciali. È necessario riconoscere la loro specificità con una disciplina speciale che li distingua dal resto del pubblico impiego.

Le proposte di Anaaò Assomed:

- ridefinire carriere e retribuzioni in base a competenze e responsabilità, non solo all'anzianità;
- introdurre maggiore flessibilità nei rapporti di lavoro (part-time, incarichi mirati);
- rivedere le regole sulla libera professione, tornando a un modello di intramoenia più flessibile e realistico;
- rafforzare la contrattazione sanitaria sotto la guida del Ministero della Salute, non della Funzione Pubblica.

“

Disuguaglianze territoriali

”

Disuguaglianze territoriali e universalismo del diritto alla salute

Uno dei segnali più gravi della crisi del SSN è l'aumento delle **disuguaglianze territoriali**:

- tempi di attesa fortemente variabili tra Regioni;
- difficoltà di alcune aree nel garantire pienamente i LEA;
- differenze significative nell'offerta territoriale, nella prevenzione, nell'assistenza domiciliare;
- variabilità nella mortalità evitabile e negli indicatori di outcome.

In questo scenario, il **luogo di residenza** rischia di determinare più del bisogno clinico le effettive possibilità di accesso alle cure.

Si tratta di una situazione incompatibile con i principi costituzionali e con l'idea stessa di **universalismo** del SSN.



[Home](#) > [Notizie](#) > [Ultime Notizie](#) > [News](#)

Pubblicato: 31 Marzo 2025

< Visite: 565

News

Liste d'attesa, disuguaglianze di salute e sanità privata: Leoni ne parla a RTL 102.05



Il piano da **625 milioni di euro destinato al Mezzogiorno**, avviato durante il mandato del Ministro Roberto Speranza, ha rappresentato un primo tentativo di:

- intervenire in maniera mirata sulle aree più deboli;
- ridurre i divari tra Nord e Sud;
- migliorare equità di accesso, prevenzione e servizi territoriali.

Questo precedente mostra che:

- la lotta alle disuguaglianze è una **responsabilità nazionale**;
- il Ministero della Salute può e deve avere un ruolo diretto nella correzione dei divari, con risorse dedicate e strumenti di intervento selettivo.

 **sanità**
informazione

**IL NOSTRO
PRESENTÈ È
IL TUO FUTURO** 

ADVOCACY SALUTE PREVENZIONE SANITÀ NUTRI&PREVIENI ONE HEALTH PANDEMIE LAVORO E PROFESSIONI IDEE, LIB

SALUTE 16 Febbraio 2022 11:45

Speranza: «L'Italia avrà un Piano nazionale dedicato alla salute. Investiremo 625 milioni per il Mezzogiorno»



Per la prima volta la Commissione europea finanzia un "Piano operativo nazionale" italiano. Il ministro Speranza: «Utilizzeremo le risorse per contrastare la povertà sanitaria al sud». Target del Piano le sette Regioni del Mezzogiorno che hanno maggiori difficoltà organizzative dei servizi sanitari

di Viviana Franzellitti



«Per la prima volta nella storia della programmazione delle risorse europee l'Italia avrà un Piano operativo nazionale esclusivamente dedicato alla Salute. Non era mai accaduto prima. **Investiremo circa 625 milioni per la sanità del Mezzogiorno**. Li utilizzeremo per **recuperare screening oncologici**, per rafforzare i dipartimenti di salute mentale, per accrescere e migliorare i consulti e per contrastare la povertà sanitaria». Il ministro della salute Roberto Speranza ha espresso così, sui social, la soddisfazione per l'arrivo di altro denaro che si aggiunge a **quello già stanziato dal Pnrr per le attività sanitarie**.

Tuttavia, un intervento episodico non è sufficiente.

Occorre un **sistema permanente** di monitoraggio, correzione e sostegno, basato su:

- misurazione sistematica dei livelli di equità;
- identificazione delle aree in sofferenza;
- attivazione di piani mirati quando i LEA non sono garantiti;
- utilizzo programmato di risorse nazionali ed europee per colmare i gap strutturali.



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

[Contatti](#)

[Redazione](#)

[Anagrafica](#) [Federazione](#) [Legislazione](#) [Ordini provinciali](#) [Conv](#)

[Home](#) > [Articoli slide](#) >

“Un fondo ad hoc per colmare le disuguaglianze di salute”: la proposta della FNOMCeO per l'utilizzo dei contributi europei, nella Giornata dei Diritti umani insufficienti; è il momento di un Piano Marshall, che garantisca a tutti uguali diritti”

[ARTICOLI SLIDE](#) [COMUNICATI STAMPA](#) [COVID-19](#)

“Un fondo ad hoc per colmare le disuguaglianze di salute”: la proposta della FNOMCeO per l'utilizzo dei contributi europei, nella Giornata dei Diritti umani insufficienti; è il momento di un Piano Marshall, che garantisca a tutti uguali diritti”

AUTORE: [UFFICIO STAMPA FNOMCEO](#) 10/12/2020

“

Il ruolo degli Ordini

”

Il ruolo fondamentale degli Ordini dei Medici come organi sussidiari dello Stato

Gli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri svolgono una funzione pubblica essenziale. Sono **organi sussidiari dello Stato**, dotati di competenze istituzionali che contribuiscono direttamente alla tutela della salute.

- Svolgono funzioni cruciali:
- **tenuta e vigilanza sugli Albi professionali**,
- garanzia dei requisiti per l'esercizio,
- **funzione disciplinare a tutela dei cittadini**,
- presidio del **Codice Deontologico**,
- supervisione della **formazione continua**,
- contributo tecnico-scientifico ai decisori pubblici.



Gli Ordini costituiscono:

- il principale osservatorio permanente sulla professione,
- una rete capillare di garanzia e qualità,
- un attore indispensabile nella programmazione dei fabbisogni formativi e professionali,
- un presidio di sicurezza per i cittadini.



In un momento in cui cresce la frammentazione del sistema, gli Ordini rappresentano una **cerniera istituzionale** tra Stato, Regioni, professionisti e cittadini.

Senza il loro ruolo, nessuna programmazione nazionale del personale né alcuna governance delle professioni sarebbe realmente attuabile.

Per questo, un Ministero della Salute forte deve **avere negli Ordini un partner strategico**, coinvolto stabilmente nella definizione degli standard professionali, nella programmazione, nella qualità delle cure e nella formazione.



“

Il ruolo del Ministero della Salute

”

Il ruolo del Ministero della Salute: lezioni dal passato e prospettive di riforma

La storia istituzionale degli ultimi decenni – dalle riforme “Bassanini” alla riforma del Titolo V fino alla fase di abolizione e successiva ricostituzione del Ministero – evidenzia che:

- il **decentralamento spinto** non accompagnato da una forte regia centrale ha prodotto frammentazione, disomogeneità e crescita delle disuguaglianze;
- l’indebolimento del Ministero ha privato il SSN del suo principale **punto di riferimento nazionale**;
- le Regioni, pur esercitando un ruolo fondamentale nell’organizzazione dei servizi, hanno capacità tecnico-programmatorie e condizioni di partenza molto diverse, con esiti diseguali per i cittadini.

Salta il ministero della Salute? L'allarme dell'Anaao: "Sarebbe molto grave"

quotidianosanità

Solo voci? Se lo chiede il sindacato dei dirigenti della sanità pubblica che ribadisce l'esigenza di un dicastero dedicato alla sanità e rimanda al mittente ogni ipotesi che ne prevederebbe la soppressione. "È indispensabile per garantire l'unitarietà del Servizio sanitario nazionale".

Abolizione del ministero della salute: solo voci o infondata realtà? Se lo chiede l'Anaao-Assomed che in una nota evidenzia come "due milioni di cittadini rinunciano alle cure impoveriti dalla crisi economica e per i costi crescenti della sanità italiana. Quasi tutte le Regioni faticano ad assicurare i livelli essenziali di assistenza e 3,7 milioni di cittadini sono costretti a trasferirsi in altre Regioni per garantirsi cure adeguate per qualità e sicurezza. La previsione di vedere compromesso definitivamente ed in modo irreparabile il principio costituzionale del diritto alla salute diventa ogni giorno sempre più realistica".

A queste criticità si aggiunge un fatto ulteriore: **la mancata adozione di un Piano Sanitario Nazionale** negli ultimi anni e, in molte Regioni, la mancanza o il ritardo nell'approvazione dei Piani Sanitari Regionali.

Mancano dunque i principali strumenti programmati previsti dalla legge.

Questo si traduce in:

- assenza di una visione nazionale condivisa;
- incapacità di aggiornare standard e fabbisogni;
- impossibilità di programmare reti cliniche e personale;
- moltiplicazione delle disomogeneità territoriali.

La mancata approvazione dei Piani sanitari - nazionale e regionali - è uno dei segnali più evidenti della debolezza della governance e dell'urgenza di rafforzare il Ministero della Salute.

 Servizio | **Summit Salutequità**

Regioni in ordine sparso, urgente il nuovo Piano sanitario per ridurre le disuguaglianze

Il presidente Aceti: "Siamo di fronte ad un quadro complesso e frammentato dove mancano visione, priorità e azioni per il rilancio del Ssn nei prossimi anni"

di Redazione Salute
4 dicembre 2025



Le conseguenze sono visibili:

- sistemi informativi non omogenei,
- programmazioni del personale non coordinate,
- politiche differenziate su liste d'attesa, territorio, ospedale, prevenzione,
- difficoltà nel garantire uniformemente i LEA.

Questa esperienza dimostra che:

- **indebolire il Ministero della Salute è stato un errore;**
- non restituirgli oggi poteri e strumenti adeguati rischia di trasformare un errore storico in un danno irreversibile per il SSN.



Dall'analisi condotta emergono con forza tre elementi:

- la crescita strutturale dei fabbisogni di salute,
- la debolezza della programmazione nazionale
- la frammentazione del sistema in assenza di una guida centrale.

Questi fattori, combinati tra loro, **rendono il SSN vulnerabile, diseguale** e sempre meno capace di garantire pienamente l'universalismo sancito dalla Costituzione.



Per rispondere a questa crisi sistematica, la strategia deve poggiare su sette assi fondamentali:

1. Rafforzare il finanziamento del SSN in coerenza con l'evoluzione della spesa

- Definire un sentiero pluriennale stabile, non episodico, basato sulle dinamiche reali dei bisogni (demografia, cronicità, innovazione, assistenza territoriale).
- Superare la logica degli incrementi marginali, valorizzando la spesa sanitaria come investimento e non come costo.

	2026	% PIL	2027	% PIL	2028	% PIL
Finanziamento	142.907	6,15	143.902	6,04	144.772	5,92
Spesa	149.820	6,45	151.635	6,36	155.702	
Differenza	6.913		7.733		10.930	

Per rispondere a questa crisi sistemica, la strategia deve poggiare su sette assi fondamentali:

2. Ricostruire il capitale umano del SSN come priorità nazionale

- Aumentare e stabilizzare le assunzioni.
- Migliorare condizioni di lavoro, carichi assistenziali e sicurezza.
- Rendere la medicina generale attrattiva, riequilibrando il rapporto medico/assistiti e colmando le carenze nelle specialità più critiche.
- Introdurre maggiore autonomia professionale e riduzione della burocratizzazione favorendo carriere professionali strutturate e valorizzazione delle competenze avanzate



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Contatti

Redazione

Anagrafica Federazione Legislazione Ordini provinciali Con-

Home > Articoli slide > Anelli (FNOMCeO): "Per il 90% degli italiani sanità deve essere priorità nella Legge di Bilancio: in Finanziaria, dieci miliardi di euro per i professionisti della salute"

[ARTICOLI SLIDE](#) [COMUNICATI STAMPA](#)

Anelli (FNOMCeO): "Per il 90% degli italiani sanità deve essere priorità nella Legge di Bilancio: in Finanziaria, dieci miliardi di euro per i professionisti della salute"

AUTORE: [UFFICIO STAMPA FNOMCEO](#) 28/08/2024



Per rispondere a questa crisi sistematica, la strategia deve poggiare su sette assi fondamentali:

3. Rendere effettiva la governance nazionale delle professioni sanitarie

- Attuare pienamente gli orientamenti della Corte costituzionale.
- Ripristinare una regia unitaria su profili, competenze, responsabilità e standard professionali.
- Costruire percorsi multiprofessionali coerenti con le esigenze della sanità moderna.



PROFESSIONI SANITARIE

RIFORMA DELLE PROFESSIONI SANITARIE: ENTRO IL 2026
L'INTERVENTO PER RISPONDERE ALLA CARENZA DI ORGANICI

Nurse^{IT}.it

Per rispondere a questa crisi sistematica, la strategia deve poggiare su sette assi fondamentali:

4. Riportare formazione medica e specialistica nella responsabilità centrale del SSN

- Collegare formazione, fabbisogni di personale e reti cliniche.
- Riconoscere la formazione specialistica come funzione assistenziale e dunque programmabile dal Ministero della Salute.
- Definire standard nazionali di qualità e percorsi uniformi.



Per rispondere a questa crisi sistematica, la strategia deve poggiare su sette assi fondamentali:

5. Restituire al Ministero della Salute un ruolo pieno nella contrattazione dei medici

- Superare l'assimilazione impropria al pubblico impiego generico.
- Utilizzare la contrattazione come leva strategica per migliorare attrattività, retention e qualità dell'assistenza.



Per rispondere a questa crisi sistematica, la strategia deve poggiare su sette assi fondamentali:

6. Contrastare le disuguaglianze territoriali con un'azione permanente e strutturale

- Istituzionalizzare programmi nazionali per i territori in sofferenza.
- Garantire che i LEA siano erogati ovunque con standard equivalenti.
- Utilizzare risorse nazionali ed europee in modo selettivo per colmare i divari



Per rispondere a questa crisi sistematica, la strategia deve poggiare su sette assi fondamentali:

7. Rafforzare il Ministero della Salute come cabina di regia del SSN

- Dotarlo di poteri programmatori chiari su professioni, formazione, contratti, standard e qualità.
- Ripristinare e aggiornare il Piano Sanitario Nazionale e garantire la regolare adozione dei Piani Sanitari Regionali.
- Assicurare un sistema informativo nazionale integrato e interoperabile.
- Fare del Ministero il presidio istituzionale dell'universalismo, dell'equità e della coesione sanitaria.

**PIÙ/PROSSIMITÀ
INNOVAZIONE
UGUAGLIANZA
Salute**

Conclusione

Senza una governance nazionale forte,

- nessun aumento di risorse sarà sufficiente;
- senza professionisti valorizzati, nessuna riforma potrà funzionare;
- senza una regia centrale competente, la salute continuerà a dipendere dal codice di avviamento postale.

Rafforzare il Ministero della Salute significa difendere il Servizio Sanitario Nazionale e garantire che ogni cittadino, ovunque viva, abbia diritto alla stessa qualità di cura e alla stessa dignità di tutela.

Schillaci: "Inaccettabile che l'aspettativa di vita dipenda dal Codice di avviamento postale"

quotidianosanità

Il ministro definisce "inaccettabile" la disparità dell'aspettativa di vita tra diverse zone d'Italia, impegnandosi a rendere la sanità più uniforme. Individua nella prevenzione la chiave per la sostenibilità, per "avere meno malati in futuro". Sulla fuga dei medici, sottolinea che la priorità non sono solo gli stipendi ma meno burocrazia e contratti più flessibili. Annuncia inoltre 6.300 posti in più per gli infermieri e il superamento del tetto assunzionale.

“

**La Corte Costituzionale
su responsabilità medica ,,**

SENTENZA CORTE COSTITUZIONALE

n. 170/2025

(dep. 25.11.2025)

- dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 83 c.p.p.
- ***«nella parte in cui non prevede che, nel caso di responsabilità civile derivante dall'assicurazione obbligatoria prevista dall'art. 10, comma 1, terzo periodo, della legge 8 marzo 2017, n. 24 (Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie), l'assicuratore possa essere citato nel processo penale a richiesta dell'imputato»;***
- ***«in via consequenziale, ai sensi dell'art. 27 della legge 11 marzo 1953, n. 87 (Norme sulla costituzione e sul funzionamento della Corte costituzionale), nella parte in cui non prevede che, nel caso di responsabilità civile derivante dall'assicurazione obbligatoria prevista dall'art. 10, comma 2, della legge n. 24 del 2017, l'assicuratore possa essere citato nel processo penale a richiesta dell'imputato».***

QUESTIONE IN FATTO E IN DIRITTO

- La questione di legittimità costituzionale viene sollevata dal Tribunale di Verona in un procedimento per omicidio colposo a carico di un medico strutturato imputato del delitto di omicidio colposo commesso nell'esercizio della professione sanitaria, *ex artt. 589 e 590-sexies c.p.;*
- Viene rilevata una violazione dell'art. 3 Cost. basata sulla circostanza che la norma determinava **una ingiustificata disparità di trattamento tra l'imputato (medico) assoggettato all'azione risarcitoria nel processo penale** (che non può chiedere la citazione, quale responsabile civile, dell'assicuratore della struttura) ed il convenuto che, con la stessa azione, **in sede civile, può chiamare in garanzia il medesimo assicuratore** (ex artt. 1917, 4° comma, c.c. e 106 c.p.c.).

CONCLUSIONI



La Corte:

- ha ritenuta fondata la questione *de quo* richiamando i propri precedenti (sent. n. 112/98 e 159/2022) con i quali era già stata riconosciuta la possibilità per l'imputato di chiedere la citazione nel processo penale dell'assicuratore nei casi di assicurazione obbligatorie per responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli e dall'attività venatoria;
- ha riconosciuto che l'assicurazione delle strutture sanitarie, prevista dall'art. 10, co. 1, terzo periodo, della Legge Gelli-Bianco, per la responsabilità civile del personale medico di cui si avvalgono è un'ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA EX LEGE» che svolge una funzione «plurima» di garanzia, volta a tutelare sia i pazienti danneggiati, assicurando un ristoro diretto entro i limiti del massimale, sia i medici assicurati, che hanno diritto di essere manlevati dalle pretese risarcitorie della parte civile;
- ha esteso tale facoltà anche ai medici che esercitano l'attività in regime libero-professionale.

Il pasticcio del riconoscimento dei titoli dei medici esteri

L'infermiera destinata ai letti di Admission Room non sapeva i nomi dei farmaci prescritti, non comprende bene l'italiano (Amiodarone 150mg, diventa modarone 500mg). La medesima infermiera commetteva errore di somministrazione di amiodarone somministrandola a 200ml/h anziché a 20ml/h (1h anzichè 12 ore) per paziente (omissis) di admission room (indicazioni di somministrazione correttamente riportate nel programma di prescrizione e riportate anche su carta da parte mia per agevolare la prescrizione da parte dell'infermiera che colta in flagranza riferiva di aver gettato il mio scritto) La stessa infermiera attorno alle ore 5 si allontanava definitivamente dal reparto, senza più ripresentarsi.

Milano ▾

Caos al San Raffaele, la mail del medico: "Infermieri sbagliano terapie e non conoscono i farmaci"



Le "criticità" riscontrate nella notte tra il 6 e il 7 dicembre che hanno portato alle dimissioni dell'amministratore unico: ecco cosa un medico racconta di quella notte

“A darci ragione questa volta non è un tribunale, ma è il giudice più severo e incontestabile: la realtà dei fatti. Il riconoscimento dei titoli esteri per i professionisti della salute, la conoscenza della lingua italiana, l’iscrizione agli Albi non sono formalità: sono passaggi sostanziali a tutela della salute dei cittadini”.



FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

[ARTICOLI SLIDE](#)

[COMUNICATI STAMPA](#)

San Raffaele, Anelli (FNOMCeO): “Il riconoscimento titoli esteri è passaggio sostanziale, non formale. Subito l’intesa in Stato-Regioni”

AUTORE: [UFFICIO STAMPA FNOMCEO](#) 09/12/2025

Sono fondate le censure con le quali si deduce l'illegittima applicazione che dell'art. 15 cit. ha fatto Regione Lombardia, mediante la DGR impugnata e, per questa via, la violazione dei profili sostanziali disciplinati dal d.lgs. n. 206/2007. La Regione, come condivisibilmente contestato dalla ricorrente, ha ecceduto i limiti della deroga prevista dall'art. 15 ed in sostanza ha introdotto una disciplina alternativa a quella dettata dal legislatore nazionale, che oblitera in concreto la verifica sostanziale delle competenze dei professionisti con qualifiche conseguite all'estero.

N. 00271/2025 REG.RIC.

Pubblicato il 15/09/2025

 Firmato
digitalmente

N. 02941/2025 REG.PROV.COLL.
N. 00271/2025 REG.RIC.



R E P U B B L I C A I T A L I A N A

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale Amministrativo Regionale per la Lombardia

(Sezione Terza)

ha pronunciato la presente

SENTENZA

sul ricorso numero di registro generale 271 del 2025, proposto da Federazione Nazionale Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri (Fnomceo), in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentato e difeso dagli avvocati Giuseppe Colavitti, Francesco Saverio Bertolini, con domicilio eletto presso lo studio Giuseppe Colavitti in Roma, via C. Ferrero di Cambiano 82;

contro

Regione Lombardia, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentato e difeso dagli avvocati Annalisa Santagostino, Santina Cucco, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia;

nei confronti

Ordine dei Medici di Bergamo, non costituito in giudizio;
Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (Areu), in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentato e difeso dagli avvocati Paola Padoan, Marsid Torba, con domicilio eletto presso lo studio Paola Padoan in Milano, via Alfredo Campanini, 6;

Considerato che - riservata al merito ogni valutazione sulle complesse questioni prospettate con il ricorso, ivi compresa quella relativa alla legittimità costituzionale del quadro normativo di riferimento - **le esigenze cautelari prospettate dalla parte ricorrente, nel bilanciamento dei contrapposti interessi, possono essere adeguatamente tutelate sospendendo l'esecuzione dell'impugnata delibera nella sola parte relativa alla stipula del contratto di lavoro subordinato con il personale medico oggetto di reclutamento ed alla conseguente immissione in servizio del medesimo personale,**

Pubblicato il 27/11/2025

N. 00588/2025 REG.PROV.CAU.
N. 02094/2025 REG.RIC.



REPUBBLICA ITALIANA

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Veneto
(Sezione Terza)

ha pronunciato la presente

ORDINANZA

sul ricorso numero di registro generale 2094 del 2025, proposto da

Federazione Nazionale Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri - Fnomceo, Ordine Provinciale Medici Chirurghi e Odontoiatri di Venezia, Ordine Provinciale Medici Chirurghi e Odontoiatri di Belluno, Ordine Provinciale Medici Chirurghi e Odontoiatri di Padova, Ordine Provinciale Medici Chirurghi e Odontoiatri di Rovigo, Ordine Provinciale Medici Chirurghi e Odontoiatri di Treviso, Ordine Provinciale Medici Chirurghi e Odontoiatri di Verona, Ordine Provinciale Medici Chirurghi e Odontoiatri di Vicenza, in persona dei rispettivi legali rappresentanti *pro tempore*, rappresentati e difesi dagli avvocati Giuseppe Colavitti, Francesco Saverio Bertolini, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia;

contro

Regione del Veneto, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, rappresentata e difesa dagli avvocati Pierpaolo Agostinelli, Maria Luisa Miazzi, Enrico Minnei, Giacomo Quarneri e Cristina Zampieri, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia;

Il Decreto citato, infatti, in coerenza con la Direttiva 2005/36/CE, detta non solo regole procedurali, ma anche una disciplina finalizzata a garantire la competenza tecnica di coloro che intendono esercitare una Professione sanitaria sulla base di una qualifica conseguita all'estero.

Giova precisare peraltro, che, una volta ottenuto il riconoscimento, l'esercente potrà e dovrà richiedere l'iscrizione all'albo dell'Ordine professionale territoriale di riferimento, come previsto dal Decreto legislativo del Capo Provvisorio dello Stato n. 233/1946.

L'auspicio che si esprime è quello di un rapido esame delle proposte, in tema, in fase di approvazione anche al fine di fornire una sollecita risposta ai rilievi sollevati dal Giudice con la sentenza citata che evidenzia la carenza attuale di riconoscimento sostanziale dei titoli dei professionisti sanitari provenienti da Paesi extracomunitari oggi operanti in Italia.



Medici stranieri. Fnomceo a Schillaci e Fedriga: "Riconoscimento titoli sia sostanziale anche da parte Regioni"

La Federazione invita a velocizzare l'approvazione dell'intesa in Conferenza Stato-Regioni che andrà a disciplinare la materia: "Bisogna assicurarsi che il quadro normativo che ne deriverà tenga conto anche degli spunti forniti dalle pronunce giurisprudenziali".

L'esercizio della Professione da parte di medici che abbiano conseguito i titoli all'estero non può "prescindere dalle verifiche attitudinali, di competenza e di capacità sostanziali prescritte dal legislatore nazionale e che risultano irrinunciabili in vista della tutela del valore fondamentale della salute di cui all'articolo 32 della Costituzione".

Premio letterario Roberto Stella

Giornata nazionale del personale sanitario, sociosanitario, socioassistenziale e del volontariato

ROMA, 20 FEBBRAIO 2026

La FNOMCeO indice la 2° Edizione del
Premio Letterario «Roberto Stella»

per onorarne la memoria e il profondo senso di dedizione alla professione medica. Primo medico italiano, Presidente dell'OMCeO di Varese, scomparso durante l'emergenza Covid-19, il dottor Stella ha rappresentato l'esempio più alto di impegno, responsabilità e servizio alla collettività, valori che il Premio intende celebrare e tramandare attraverso le testimonianze e i racconti dei colleghi medici e odontoiatri.



L'edizione è dedicata al tema:

**“IL FUTURO DELLA CURA TRA INTELLIGENZA ARTIFICIALE E
UMANITÀ”**

Giornata nazionale del personale sanitario, sociosanitario, socioassistenziale e del volontariato

ROMA, 20 FEBBRAIO 2026

Premio Letterario «Roberto Stella»

TEMA: “IL FUTURO DELLA CURA TRA INTELLIGENZA ARTIFICIALE E UMANITÀ”

SEZIONI-REQUISITI-CRITERI DI VALUTAZIONE

DESTINATARI: Medici Chirurghi e gli Odontoiatri iscritti agli Albi degli OM CeO.

Il Premio si articola in due sezioni:

- Sezione A – Narrativa/Saggistica, dedicata a racconti, riflessioni, testimonianze o brevi saggi
- Sezione B – Poesia, dedicata a componimenti poetici inediti ispirati al tema dell’edizione

Requisiti degli elaborati:

- essere inediti e redatti in lingua italiana;
- essere attinenti al tema “Il futuro della cura tra intelligenza artificiale e umanità”
- per la sezione Narrativa/Saggistica avere una lunghezza per un massimo di 6500 battute spazi inclusi, foglio A4, carattere Times New Roman 12, interlinea 1,5, giustificato
- per la sezione Poesia, essere composti per un massimo di 30 versi, foglio A4, carattere Times New Roman 12, interlinea 1,5, giustificato

Criteri di valutazione:

- coerenza con il tema;
- originalità e profondità del contenuto;
- qualità espressiva e chiarezza;
- capacità di trasmettere valori umani e professionali.

**Giornata nazionale del personale sanitario, sociosanitario, socioassistenziale e del
volontariato**

ROMA, 20 FEBBRAIO 2026

Premio Letterario «Roberto Stella»

Commissione giudicatrice:

- **Gabriella Genisi in qualità di Presidente**
- **Luca De Fiore in qualità di componente**
- **Giulio Divo in qualità di componente**
- **Anselmo Madeddu in qualità di componente**
- **Michela Molinari in qualità di componente**

Premiazione: alla Cerimonia, che si svolgerà a Roma il 20 febbraio 2026, saranno invitati i primi 3 classificati di ciascuna sezione.

La premiazione consisterà nella consegna di una **TARGA** quale riconoscimento del valore letterario e del significato umano e professionale dell'opera.

A tutti gli altri partecipanti sarà riconosciuta la partecipazione con un attestato quale dimostrazione del valore culturale, umano e professionale del contributo presentato.

I medici costruttori di Pace



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

San Martino del Carso (*L'allegria*)
Giuseppe Ungaretti

Valloncello dell'Albero Isolato il 27 agosto 1916

*Di queste case
non è rimasto
che qualche
brandello di muro.*

*Di tanti
che mi corrispondevano
non è rimasto
neppure tanto.
Ma nel cuore*

nessuna croce manca.

*È il mio cuore
il paese più straziato.*



Dopo 100 anni queste parole risuonano tristemente attuali!

Le immagini delle devastazioni e degli orrori in Ucraina e soprattutto a Gaza ci hanno toccato profondamente come 100 anni fa Ungaretti sulle macerie sul carso.

Milioni di vite umane uccise e perse in nome di guerre che non hanno alcun senso e rispetto della dignità delle persone.

Come medici non possiamo tacere, non abbiamo taciuto, continuiamo a gridare di fermare questo inutile e incomprensibile bagno di sangue.

Questa ondata di terrore si fermi davanti all'innocenza dell'infanzia e all'impotenza delle famiglie. Ogni controversia si può risolvere con il dialogo.



Ieri
Sul
Carso



Oggi
a
Gaza

Noi siamo coloro che curano, che provano ad alleviare le sofferenze, ad allungare la vita alla nostra gente, a rispettare la dignità di ogni persona, per questo condanniamo ogni tipo di violenza e la guerra in particolare.

Ci siamo spesi perché i malati fossero rispettati e insieme a loro i luoghi di cura, gli ospedali, le ambulanze e tutto il personale sanitario.

Abbiamo denunciato con forza le molte violazioni della Convezione di Ginevra n. 4 che impegna gli stati a non attaccare gli ospedali civili.



Ci siamo adoperati perché i bambini gravemente malati fossero trasferiti in Italia e in particolare che fosse curato il piccolo Adam l'unico tra i dieci figli della dottoressa **Alaa al-Najjar** ad essere sopravvissuto a un raid israeliano contro la sua casa a **Khan Younis**.

Abbiamo sostenuto insieme all'unità di crisi del Ministero degli esteri i nostri colleghi impegnati a Gaza insieme alle loro organizzazioni umanitarie.

I medici sono testimoni e costruttori di pace e vorremmo esercitare questo ruolo insieme al nostro Ministero della salute.



FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

[ARTICOLI SLIDE](#) [COMUNICATI STAMPA](#)

Anelli (FNOMCeO): “Accogliere Adam gesto di pace e solidarietà”

AUTORE: [UFFICIO STAMPA FNOMCEO](#) 30/05/2025



Continua la nostra attività di sostegno al Ministero degli Esteri per il supporto alle attività di cura nella striscia di Gaza da parte delle nostre associazioni e per il ricovero nei nostri ospedali dei bambini palestinesi gravemente ammalati.

Ringrazio il Ministro Tajani e tutti coloro che in questo momento si sono resi disponibili attraverso l'unità di crisi della Farnesina per accogliere e curare i bambini palestinesi.

NEWS
Home > News > Farnesina

IN ARRIVO IN ITALIA GRUPPO BAMBINI PALESTINESI EVACUATI DA GAZA

08-12-2025 20:48 - Farnesina

GD - Roma, 8 dic. 25 - È partito da Elat un gruppo di bambini palestinesi in gravi condizioni di salute, evacuati dalla Striscia di Gaza insieme ai loro familiari, che arriverà stasera in Italia per ricevere trattamenti medici specialistici negli ospedali italiani. Il convoglio umanitario, composto da 3 voli speciali dell'Aeronautica Militare, diretti a Roma, Torino e Pratica di Mare, trasporterà 17 pazienti, insieme ai loro familiari e accompagnatori, per un totale di 80 persone. A Roma, l'aereo verrà accolto dal ministro degli Esteri, Antonio Tajani.

Le persone accolte saranno trasferite in vari ospedali italiani, dove riceveranno le necessarie cure mediche specialistiche: tra questi, figurano l'Ospedale Bambino Gesù, il Policlinico Gemelli e il Policlinico Umberto I di Roma, l'Ospedale Santobono e dei Colli di Napoli, l'Ospedale Regina Margherita di Torino, l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova, l'Istituto Gaslini di Genova, l'ASST Niguarda di Milano, l'Ospedale di Perugia e l'Ospedale San Gerardo di Monza.

L'operazione, coordinata dalla Presidenza del Consiglio, ha visto il raccordo della Farnesina con il Ministero della Difesa, Ministero dell'Interno e Dipartimento della Protezione Civile, oltre alla collaborazione con l'OMS ed il Meccanismo Europeo di Protezione Civile.

L'iniziativa per l'assistenza medico-sanitaria si aggiunge alle attività umanitarie condotte dall'Italia per la popolazione civile della Striscia, nel quadro del progetto "Food for Gaza".

Grazie a questa nuova operazione di evacuazione, salgono a circa 232 i bambini palestinesi accolti nel nostro Paese nel quadro di operazioni sanitarie, confermando il ruolo dell'Italia come primo Paese occidentale ad aver organizzato l'evacuazione e il trasferimento in ospedali specializzati di pazienti provenienti dalla Striscia di Gaza.

Dalla parte di un SSN forte e moderno

Oggi la politica deve decidere da che parte stare.

Da una parte c'è la frammentazione, l'abbandono, la diseguaglianza, la sanità che dipende dalla fortuna.

Dall'altra c'è la ricostruzione di un SSN nazionale, pubblico, equo, governato, moderno.

Noi stiamo

- dalla parte della **sanità pubblica**,
- dalla parte dell'**universalismo**,
- dalla parte dei **professionisti**,
- dalla parte dei **cittadini**,
- dalla parte della **Costituzione**.



Il Paese oggi chiede una sanità giusta, moderna e nazionale.

Perché ha bisogno di un SSN forte.

Perché ha bisogno di un Paese unito nei diritti e non diviso dalle differenze territoriali.

Il SSN è il più grande patrimonio sociale dell'Italia.

È il luogo dove la Repubblica incontra ogni giorno i suoi cittadini.

Difenderlo non è un tema tecnico: è un atto politico che riguarda la qualità della democrazia.

Il SSN
un amore
tutto
italiano

A cura di Filippo Anelli, Presidente FNOHDeO



Per farlo serve un Ministero della Salute forte con

- una programmazione nazionale del personale,
- la regia sulla formazione,
- il ritorno della contrattazione medica al livello sanitario,
- una politica strutturale sui divari territoriali,
- una piena valorizzazione del ruolo degli Ordini dei Medici.



Papa Leone e la dignità umana

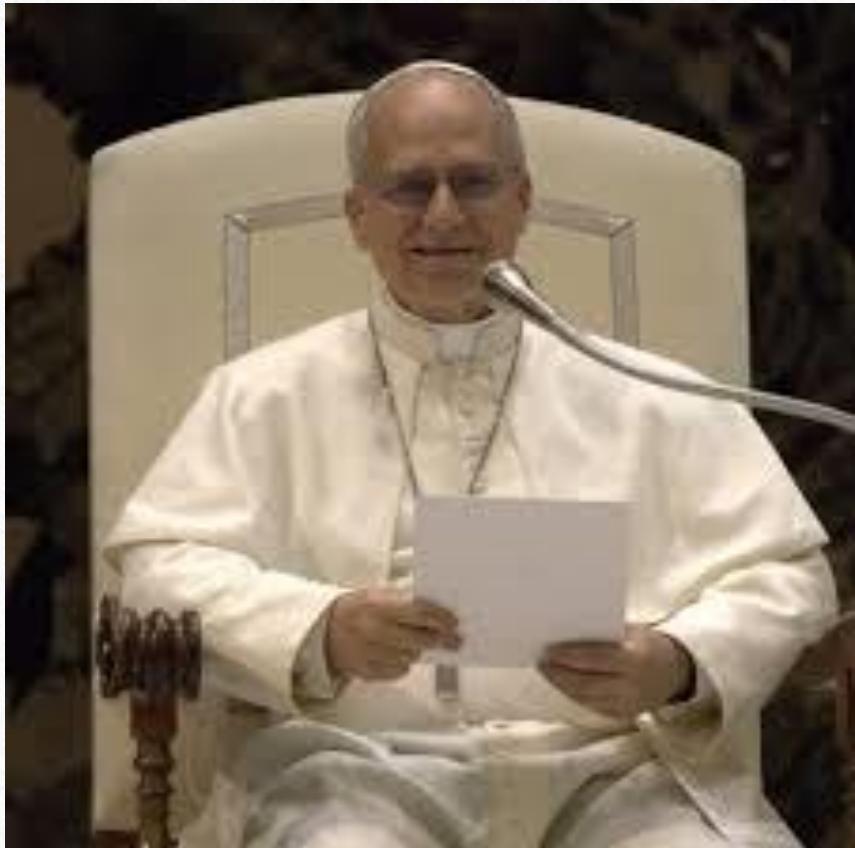
Se come individui e come società siamo chiamati a difendere attivamente l'inequivocabile dignità di ogni essere umano, in tutte le tappe e sfaccettature della sua esistenza, purtroppo, ciò non corrisponde sempre alla realtà.

Strumenti tanto efficaci come l'intelligenza artificiale possono essere manipolati, addestrati, orientati affinché, per motivi di opportunità o interesse, siano essi economici, politici o di altra indole, si generi tale pregiudizio, a volte impercettibile, nell'informazione, nella gestione e nel modo in cui ci presentiamo o ci avviciniamo all'altro.



Le persone entreranno così in una perversa manipolazione che le classificherà in base ai trattamenti necessari e al loro costo, alla natura delle loro malattie, trasformandole in oggetti, in dati, in statistiche.

Il modo per evitarlo penso consista nel cambiare il nostro sguardo, nel percepire il valore del bene con una visione ampia, nel guardare, se mi permettete, come guarda Dio, per non concentrarci sul profitto immediato, ma su ciò che sarà meglio per tutti, sapendo essere pazienti, generosi e solidali, creando legami e costruendo ponti, per lavorare in rete, per ottimizzare le risorse, affinché tutti possano sentirsi protagonisti e beneficiari del lavoro comune.



“Non c’è dubbio che lo sviluppo tecnologico abbia portato, e continui a portare, benefici significativi all’umanità, in particolare nei campi della medicina e della salute.

Per garantire un vero progresso, è fondamentale che la dignità umana e il bene comune rimangano priorità assolute per tutti, sia singoli individui che enti pubblici”.



Il Presidente Mattarella e la fiducia nella scienza

“Oggi, dopo una diagnosi di tumore vivono milioni di persone.

I numeri inducono alla commozione, tanto più se osservati nella
progressione di pochi decenni.

Tanti possono dirsi guariti e sono tornati alla vita familiare,
sociale, professionale.

L'evidenza di questi risultati, inoltre, ha spinto a varare norme,
più che opportune doverose, per assicurare l'oblio oncologico;
quella sorta di marchio a vita di pazienti, con quel che significa
nell'ambito delle relazioni”



Le nuove terapie hanno aperto strade alla vita.

Basti pensare alle donne che dopo essere guarite dal cancro possono diventare madri: condizione prima estremamente difficile.

L'evidenza dei progressi ha accresciuta anche la sensibilità alla prevenzione.



Alla base - come dovere delle istituzioni e nelle attese degli italiani - si colloca **il diritto alla salute**, che la Costituzione definisce **diritto universale**.

Le innovazioni che portano giovamento alla vita delle persone devono avere una positiva ricaduta sull'intero sistema del Servizio sanitario nazionale.





FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Il medico non è un tecnico.

Non è un algoritmo umano.

**È il custode della relazione terapeutica e
nessuna tecnologia può sostituire la fiducia.**

Buon Natale!

