



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

COMUNICAZIONE N. 49

AI PRESIDENTI DEGLI OMCEO

AI PRESIDENTI DELLE CAM

AI PRESIDENTI DELLE CAO

**Oggetto: Relazione audizione FNOMCeO sul DDL 1825 “Delega al Governo per l’adozione di misure in materia di riorganizzazione e potenziamento dell’assistenza territoriale e ospedaliera e revisione del modello organizzativo del Servizio sanitario nazionale”.**

Cari Presidenti,

Si trasmette per opportuna conoscenza la relazione relativa all’audizione tenuta da questa Federazione in data 21 aprile 2026 presso la Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale del Senato della Repubblica concernente la materia indicata in oggetto, invitando gli Ordini, nell’ambito della propria competenza territoriale, a darne la massima diffusione in considerazione della rilevanza della fattispecie trattata.

Cordiali saluti

IL PRESIDENTE  
Filippo Anelli



FILIPPO ANELLI  
22.04.2026  
06:57:24  
GMT+01:00

All. n. 1

MF/CDL

*Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del T.U. 445/2000 e del D.Lgs 82/2005*

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Via Ferdinando di Savoia, 1 – 00196 Roma – Tel. 06 36 20 31 Fax 06 32 22 794 – e-mail: [segreteria@fnomceo.it](mailto:segreteria@fnomceo.it) – C.F. 02340010582



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

## **AUDIZIONE FNOMCEO**

### **DDL 1825 “Delega al Governo per l’adozione di misure in materia di riorganizzazione e potenziamento dell’assistenza territoriale e ospedaliera e revisione del modello organizzativo del Servizio sanitario nazionale”**

**Senato della Repubblica- X Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale**

**21 aprile 2026**

questa Federazione, Ente pubblico esponente della professione medica e odontoiatrica, che agisce quale organo sussidiario dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici, garantiti dall’ordinamento, connessi all’esercizio professionale rileva l’importanza dell’ambito oggetto di disciplina del provvedimento in titolo.

**Si esprime apprezzamento per alcuni contenuti del DDL 1825, che delega il Governo a rivedere entro il 31 dicembre 2026 il modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ex D.Lgs. 502/1992, in attuazione del Documento programmatico di finanza pubblica 2025, promuovendo integrazione ospedale-territorio e prossimità assistenziale.**

**La FNOMCeO nell’analizzare il ddl in titolo intende ribadire la centralità del SSN quale pilastro fondamentale della tutela del diritto alla salute, sottolineando la necessità che ogni intervento di riforma sia ispirato ai principi di universalità, equità, solidarietà e**  
FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**appropriatezza delle cure. Evidenzia infatti l'importanza di preservare il carattere pubblico e universalistico del SSN, evitando processi di frammentazione dell'assistenza e modelli organizzativi che possano generare diseguaglianze nell'accesso alle prestazioni sanitarie sul territorio nazionale.**

**La FNOMCeO sostiene con forza una revisione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che ponga al centro l'importanza e la centralità del medico e del paziente, in linea con l'articolo 32 della Costituzione. Nel contesto del DDL 1825, dunque, la FNOMCeO apprezza gli obiettivi di integrazione ospedale-territorio, ma evidenzia lacune strutturali che rischierebbero di compromettere l'universalità e l'equità del sistema.**

**In particolare, riguardo all'articolo 2 (Principi e criteri direttivi), lettera a) (Integrazione ospedale-territorio), la FNOMCeO valuta positivamente l'obiettivo di rafforzare l'integrazione tra area ospedaliera e territoriale, ma rileva l'assenza di qualsiasi quantificazione degli obiettivi organizzativi e occupazionali (ad esempio, numero annuo di transizioni ospedale-territorio effettivamente programmato).**

**Si propone dunque di integrare la delega prevedendo:**

- la definizione di standard minimi nazionali di dotazione territoriale delle professioni sanitarie;**
- percorsi formativi dedicati, finanziati a carico del SSN, per favorire la mobilità professionale lungo l'asse ospedale-**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**territorio.**

**Inoltre, l'introduzione degli "ospedali di terzo livello" e degli "ospedali elettivi" (lettera b) – Classificazione delle strutture ospedaliere) potrebbe rappresentare un'occasione di riordino, ma, così come formulata, rischia di accentuare dinamiche di elitarismo e polarizzazione, al fine di evitare situazioni di insufficienza rispetto a un fabbisogno stimabile.**

**Occorre, a tal proposito, che siano previsti criteri di individuazione degli ospedali di terzo livello (ad es. esiti clinici equi e trasparenti) e che tali ospedali siano inseriti nella rete di assistenza ospedaliera regionale.**

**Riteniamo, altresì, che l'aggiornamento del bacino di utenza per le strutture complesse e l'implementazione delle reti assistenziali siano condivisibili; tuttavia, non si possono ignorare le profonde differenze demografiche e di disponibilità di personale sanitario, particolarmente marcate nelle aree interne e nei territori a scarsa attrattività professionale (lettere c), d), e) – UOC, reti assistenziali, appropriatezza dell'offerta).**

**Si propone l'introduzione, previa la diretta supervisione del Ministero della salute, di un fattore correttivo obbligatorio, (maggiori risorse e dotazioni standard) per le aree disagiate, sia in termini di posti letto sia di personale sanitario, al fine di evitare un'ulteriore concentrazione dei servizi nelle sole aree metropolitane.**

**Si ritiene che la valorizzazione della medicina generale debba essere**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**letta non soltanto in termini ordinamentali, ma soprattutto come leva concreta per migliorare l'appropriatezza dei percorsi, rafforzare la presa in carico e gestire la cronicità. Tale impostazione si raccorda direttamente con l'articolo 2, comma 1, lettera d), del provvedimento in titolo che richiama l'esigenza di implementare reti assistenziali idonee a garantire ai cittadini una risposta qualificata di prossimità per i bisogni di salute a bassa e media complessità, secondo un modello di presa in carico volto anche a limitare i fenomeni di mobilità sanitaria.**

**In un modello fondato su reti assistenziali graduate per complessità, il ruolo della medicina generale assume carattere strategico proprio in ragione dei suoi elementi distintivi: fiducia, capillarità, prossimità e conoscenza continuativa della persona e del contesto familiare e sociale ed equità e gratuità nell'accesso alle cure. In questa prospettiva, la medicina generale non deve essere considerata un livello esterno o preliminare rispetto alle reti, ma una loro componente strutturale.**

**La previsione di standard per l'assistenza alle persone non autosufficienti e per le cure palliative, così come richiamata nella delega, potrebbe risultare a nostro avviso per lo più generica: il mero riferimento a "personale in funzione del numero di utenti assistiti" rischierebbe infatti di cristallizzare situazioni di sotto-dotazione cronica (lettere f), g), h), i) – Buone pratiche, non autosufficienti, cure palliative, bioetica clinica).**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**La FNOMCeO propone quindi che siano indicati nella legge delega obiettivi minimi, aumentando sia il rapporto tra medico e numero di pazienti cronici complessi, sia il rapporto tra medico e pazienti in cure palliative.**

**Le previsioni di rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria e di aggiornamento della disciplina dei servizi di salute mentale sono condivise, ma prive di una chiara proiezione finanziaria e organizzativa, in particolare sul versante della medicina generale e pediatria di libera scelta (lettere l), m), n) – Integrazione socio-sanitaria, salute mentale, medicina generale).**

**Nell'ambito del provvedimento, assume particolare rilievo, per la medicina generale, l'articolo 2, comma 1, lettera n), che prevede il riordino della disciplina dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta “anche al fine di valorizzarne il ruolo nell'ambito dell'assistenza territoriale”, includendo quanto disposto dall'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234. Tale previsione, proprio per la sua ampiezza, merita una particolare attenzione affinché la delega sia esercitata entro un perimetro chiaro e possa orientare in modo univoco i decreti delegati.**

**Si rileva l'assenza di un riferimento alla piena operatività del Fascicolo sanitario elettronico (FSE) come infrastruttura obbligatoria a supporto dell'integrazione e alla costituzione di équipe multiprofessionali stabili (medico di medicina generale, psicologo, infermiere di comunità, assistente sociale).**

**Pertanto, visti i carichi di lavoro che derivano dall'incremento della**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**popolazione e dell'aumento delle malattie croniche, sarebbe opportuno prevedere un incremento del rapporto attuale di medicina generale attraverso un aumento strutturale di almeno il 20% del numero di convenzioni per i medici di medicina generale, incentivando il lavoro in équipe e la presa in carico proattiva della cronicità. Ciò comporta un ulteriore stanziamento annuo di risorse, in particolare su progetti regionali di implementazione di tali équipe e di digitalizzazione (FSE universale, telemedicina integrata nella rete territoriale).**

**Riguardo inoltre all'articolo 3 (Disposizioni finanziarie) la clausola di invarianza finanziaria prevista al comma 3 ("dall'attuazione delle deleghe recate dalla presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica") appare caratterizzata da indeterminatezza, in quanto alla luce della complessità e dell'impatto delle misure delegate, rischia di vanificare gli obiettivi di riforma, trasferendo oneri sulle Regioni e compromettendo l'erogazione uniforme dei LEA.**

In particolare, la relazione tecnica (pag. 7-11) ammette esplicitamente l'indeterminatezza degli oneri per taluni interventi, rinviando a future relazioni tecniche senza fornire *baseline* né parametri certi di copertura.

Si segnala a tal proposito la necessità di un fabbisogno aggiuntivo derivante da: implementazione di reti assistenziali tempo-dipendenti e specialistiche; standard per non autosufficienti e cure palliative; risorse per ospedali di terzo livello post-2026; finanziamento di farmaci innovativi.

Si ricorda che le Reti Clinico-Assistenziali Tempo-Dipendenti



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

rappresentano un modello organizzativo sanitario fondamentale per la gestione di patologie acute, dove la tempestività dell'intervento è cruciale per la sopravvivenza o la riduzione degli esiti invalidanti. Queste reti garantiscono la continuità assistenziale tra territorio e ospedale, integrando servizi diversi per diagnosi, trattamento e follow-up.

**Proponiamo, quindi di istituire, a decorrere dall'anno 2027, un Fondo speciale per la riorganizzazione del SSN e che le relazioni tecniche di accompagnamento ai decreti legislativi debbano includere una stima analitica degli oneri destinati prioritariamente alla componente professionale, con riferimento ai fabbisogni minimi specificamente e idoneamente individuati e indicare le modalità di accesso prioritario al Fondo di cui sopra, gestito dal Ministero della Salute.**

**Ciò al fine di garantire una copertura certa per gli investimenti strutturali in personale e reti, evitando deficit dei LEA regionali.**

**In relazione all'articolo 4 (Clausola di salvaguardia) si rileva che tale disposizione, che prevede l'estensione delle norme della legge delega e dei decreti attuativi alle Regioni e Province autonome "ove compatibili con i rispettivi statuti e norme attuative", si configura come clausola standard di rispetto delle prerogative costituzionali speciali in materia sanitaria (art. 117, co. 3 Cost.).** Questa risulta adeguata nel principio, ma necessita di specificazioni operative per garantire uniformità nell'applicazione dei nuovi standard organizzativi e professionali su tutto il territorio nazionale.

Si rilevano le seguenti criticità:

- rischio di frammentazione: l'applicabilità "ove compatibile" potrebbe



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

generare interpretazioni divergenti tra autonomie speciali e ordinarie, compromettendo l'uniformità degli standard minimi (es. dotazioni organiche UOC, standard cure palliative) che la delega intende proprio stabilire a livello nazionale.

- livelli di avanzamento differenziati nella territorializzazione: manca infatti il meccanismo di *peer review* interregionale, ossia quel sistema strutturato di *benchmarking* e confronto collaborativo tra Regioni e Province autonome necessario per valutare l'attuazione uniforme degli standard nazionali definiti dai decreti delegati (art. 2 DDL 1825).

**Si propone, quindi, al fine di garantire l'uniformità applicativa delle disposizioni di cui all'articolo 2 del DDL 1825, che le Regioni provvedano, entro un anno dall'entrata in vigore della legge, all'adozione dei piani regionali ove assenti o all'aggiornamento di quelli già adottati; in tal modo le Regioni dovrebbero rilevare le criticità applicative locali, con conseguente trasmissione semestrale al Ministero della salute al quale dovrebbe essere demandato il monitoraggio dell'attuazione degli standard organizzativi e professionali nazionali, ciò al fine dell'adeguamento dei piani regionali agli standard nazionali.**

**A tal proposito occorre ribadire l'importanza di istituire un fondo apposito per il recupero delle disuguaglianze in sanità gestito dal Ministero della salute, oltre all'utilizzo programmato di risorse nazionali ed europee per colmare i gap strutturali.**

**Ciò detto, occorre ribadire che il Servizio sanitario nazionale è molto più che un erogatore di servizi e prestazioni sanitarie, comunque**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**indispensabili al benessere e alla qualità della vita degli italiani. È un attore primario dello sviluppo italiano: le risorse pubbliche destinate alla sanità vanno considerate come investimento e non come spesa, proprio perché hanno un impatto altamente positivo sul piano economico, occupazionale, della innovazione e ricerca e sulla coesione sociale.**

**Si rileva a tal proposito che il Rapporto FNOMCeO-Censis “Il valore economico e sociale del Servizio Sanitario Nazionale – Una Piattaforma fondamentale per il Paese” ha studiato gli impatti economici e occupazionali – diretti, indiretti e indotti – della spesa sanitaria pubblica.**

**L'Italia è uno dei paesi più longevi al mondo e, anche, quello con una più alta aspettativa di vita senza disabilità. Infatti, l'Italia si colloca al terzo posto della graduatoria Ue per speranza di vita con 82,7 anni dopo Spagna (83,3) e Svezia (83,1); ed è al terzo posto della graduatoria della speranza di vita in buona salute dove registra un valore dell'indicatore pari a 68,1, inferiore solo a quello di Malta (68,7) e Svezia (68,4).**

**Il Rapporto del Censis disegna un affresco originale del Servizio sanitario come pilastro dello sviluppo dell'economia e della società italiana, poiché è un ambito in cui le risorse pubbliche operano come investimenti ad alto impatto su economia, occupazione, ricerca e coesione sociale. Pertanto, la spesa sanitaria pubblica emerge senza ambiguità come investimento sociale sia sulla salute degli italiani che sull'insieme dell'infrastruttura socioeconomica del nostro paese. A**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**questo stadio, è vitale dare corso a quella sorta di promessa maturata nei periodi peggiori dell'emergenza secondo la quale la sanità sarebbe diventata una priorità dell'agenda del paese con finalmente la piena disponibilità delle risorse di cui necessita. Oggi questa è la sfida decisiva, anche perché più risorse pubbliche al Servizio sanitario significa più risorse per il sistema economico e sociale italiano ampiamente inteso.**

**Il Servizio sanitario nazionale è un boost per l'economia. Partendo da un valore della spesa sanitaria pubblica pari a 131,3 miliardi di euro (dato dalla spesa sanitaria pubblica del 2022, 131,1 miliardi di euro – pari al 6,7% del PIL – più una quota aggiuntiva che include la ricerca e sviluppo) il valore della produzione interna diretta, indiretta e dell'indotto ad essa ascrivibile è stimata pari a 242 miliardi di euro. Il moltiplicatore della transizione dalla spesa al valore della produzione è pari a 1,84: per ogni euro di spesa sanitaria pubblica investito nel Servizio sanitario viene generato un valore della produzione non distante dal doppio.**

**La domanda di beni e servizi attivata dalla spesa sanitaria pubblica si irradia nel resto dell'economia, ampliando il valore della produzione delle imprese, con benefici significativi sull'occupazione, sul valore aggiunto e sul Pil nazionale.**

**Il valore aggiunto complessivo creato è pari a 127 miliardi di euro: il 7,3% del valore aggiunto totale e il 6,5% del Pil.**

**La generatività della spesa sanitaria pubblica si completa considerando che il totale delle imposte dirette e indirette e dei**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**contributi sociali ascrivibili al circuito attivato dalla spesa sanitaria pubblica citata è pari ad oltre 50 miliardi di euro. Si tratta di oltre 28 miliardi di imposte dirette e indirette e quasi 22 miliardi di contributi sociali relativi ai lavoratori dipendenti coinvolti.**

**Incrementare la spesa sanitaria pubblica vuol dire inoltre espandere l'occupazione: infatti, se la spesa sanitaria pubblica pro capite italiana, pari a 2.226 euro, salisse al valore di quella francese di 3.739 euro (spesa complessiva pari al 10,1% del Pil francese), a parità di potere d'acquisto, la spesa pubblica sanitaria totale italiana crescerebbe di 89 miliardi di euro diventando pari al 10,9% del Pil italiano, con un incremento del totale occupati diretti, indiretti e indotti di 1,5 milioni di unità, per un totale di 3,8 milioni. Nell'ipotesi di un adeguamento della spesa sanitaria pubblica pro capite italiana al valore di quella tedesca, che è pari a 4.702 euro a parità di potere d'acquisto (il totale incide sul Pil tedesco per il 10,9%), la spesa sanitaria pubblica totale del nostro paese sarebbe superiore di 146 miliardi e pari al 13,3% del Pil, mentre il totale degli occupati diretti, indiretti e indotti sarebbe di 4,7 milioni, cioè 2,5 milioni di occupati in più. Da 1,5 milioni a, addirittura, 2,5 milioni di occupati in più, nei settori più strettamente legati alla sanità sino a quelli che invece beneficerebbero degli effetti indiretti e anche indotti. Ecco i benefici occupazionali stimati, ma molto realistici, che sarebbero associati ad un investimento pubblico più alto nella sanità italiana.**

**La spesa sanitaria pubblica è un investimento economico i cui effetti si dispiegano su tutti i territori del nostro paese, e pertanto le sue risorse possono essere considerate ad alto impatto economico e**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**occupazionale, con in più il pregio di distribuire i benefici in modo diffuso nei territori.**

**Il valore sociale del Servizio sanitario nazionale richiama ulteriori contributi rilevanti, come quello alla coesione sociale sui territori. Ciò avviene certamente tramite l'erogazione di servizi sanitari che sono fondamentali per il benessere delle persone e la qualità della vita in ambito locale, ma anche perché è una piattaforma decisiva per l'occupazione locale, di cui rappresenta una componente significativa, che ovviamente è opportuno e utile espandere.**

**Ciò detto, appare evidente la crescente difficoltà di accesso ai servizi di diagnosi e cura e le crescenti disuguaglianze regionali e sociali, testimoniate dai 6 milioni di cittadini che rinunciano alle cure.**

**In molte aree del Paese, il mancato pieno raggiungimento dei LEA non è legato esclusivamente a carenze normative, bensì a problemi strutturali: sottofinanziamento cronico del Servizio sanitario nazionale, carenza di personale sanitario, difficoltà organizzative, insufficiente integrazione tra assistenza territoriale, ospedaliera e sociosanitaria.**

**Si tratta di divari che contribuiscono alla mobilità interregionale, che rappresentano un fenomeno strutturale del Servizio sanitario nazionale e costituiscono un indicatore diretto della capacità dei sistemi sanitari regionali di garantire ai cittadini l'accesso effettivo alle prestazioni sanitarie rientranti nei Livelli essenziali di assistenza.**

**I nuovi dati sulla mobilità sanitaria interregionale mostrano un'Italia sempre divisa: Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto attraggono**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**pazienti e risorse, mentre Campania, Calabria, Sicilia, Puglia e Lazio registrano i saldi negativi più pesanti. Una mappa che conferma criticità strutturali nel Centro-Sud che continua a scontare carenze organizzative, ritardi nelle infrastrutture, difficoltà nel trattenere professionisti e criticità storiche nei livelli di assistenza.**

**Da qui l'importanza del ruolo del Ministero della salute per colmare le disuguaglianze garantendo i LEA su tutto il territorio nazionale.**

**La FNOMCeO esprime dunque preoccupazione per la persistente carenza di personale medico, che interessa in particolare l'assistenza territoriale, l'emergenza-urgenza e numerose specialità ospedaliere.**

**Vi è il rischio di un progressivo indebolimento del SSN a causa del sovraccarico di lavoro, dell'aumento dei fenomeni di burnout e della crescente fuoriuscita di professionisti dal servizio pubblico. Occorre quindi migliorare le condizioni di lavoro dei medici, ridurre gli adempimenti burocratici e garantire un adeguato equilibrio tra responsabilità professionale e tutela dell'autonomia clinica.**

**Rafforzare il sistema pubblico significa ovviamente ridurre le disuguaglianze che sono il vero problema. Le liste d'attesa sono l'espressione di un aumento del bisogno di salute delle persone e, allo stesso tempo, la conseguenza della carenza di personale medico, del definanziamento ventennale, del taglio delle progressioni di carriera e dei posti letto, e della mancata valorizzazione della medicina del territorio.**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**Con riferimento al potenziamento dell'assistenza territoriale, la FNOMCeO sostiene lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi, quali le Case e gli Ospedali di Comunità: il rafforzamento dell'assistenza territoriale deve essere accompagnato da un adeguato investimento in termini di risorse umane, valorizzando il ruolo dei medici di medicina generale, degli specialisti ambulatoriali e delle altre professioni sanitarie, in un'ottica di integrazione multiprofessionale e di continuità assistenziale.**

**In assenza di una effettiva riforma del territorio, di adeguate risorse e di una visione sistemica e integrata, il rischio è quello di un ulteriore indebolimento dell'offerta sanitaria e di un ampliamento delle disuguaglianze.**

**Si ribadisce inoltre la necessità di una integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera. Occorre superare la tradizionale separazione tra assistenza territoriale e ospedaliera, promuovendo modelli di presa in carico integrata del paziente.**

**Gli ospedali devono essere prioritariamente orientati alla gestione delle acuzie e dei casi ad alta complessità, mentre il territorio deve essere messo nelle condizioni di garantire la gestione delle cronicità, la prevenzione e l'assistenza di lungo periodo, attraverso percorsi di cura coordinati e condivisi.**

**Il disegno di legge inoltre non affronta in modo esplicito il tema della formazione specifica in medicina generale, nonostante essa costituisca il presupposto di accesso all'esercizio convenzionato e un elemento strutturale del riordino della medicina generale. Pur**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**essendo la materia già oggetto di altro intervento legislativo delegante, sottolineiamo la necessità che sia riconosciuto come corso di specializzazione con caratteristiche peculiari tipiche dell'approccio olistico nella cura dei pazienti.**

**Si potrebbe valutare, pur senza sovrapporre impropriamente i due percorsi legislativi, l'inserimento nella presente delega della modifica della denominazione dell'attuale corso da "formazione specifica in medicina generale" in "formazione specialistica in medicina generale", con la valorizzazione del percorso formativo, adeguandolo alle attuali conoscenze, quale condizione essenziale per garantire qualità professionale, attrattività della disciplina e coerenza ordinamentale dell'intervento.**

**Con riferimento alla sanità integrativa occorre precisare che essa non deve entrare in concorrenza con quella pubblica ma, appunto, integrarla. Per avere una corretta visione della questione è necessario distinguere tra le prestazioni che devono essere garantite dal Servizio sanitario nazionale, e che sono i Livelli essenziali di assistenza, e le prestazioni che sono invece di pertinenza della sanità privata e che sono appunto prestazioni integrative. Si tratta di prestazioni diverse: per la sanità integrativa si parla appunto di prestazioni che "integrano" e non di prestazioni essenziali. L'obiettivo è anche determinare un nuovo sistema di regole che garantisca l'intermediazione della spesa privata. Ciò significa individuare un soggetto terzo, che non può essere il mercato, da frapporre tra il cittadino utente ed il sistema di sanità integrativa, al fine di regolare**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**tale rapporto, con regole chiare anche su tariffe e prestazioni. Per concorrere all'obiettivo della massima tutela della salute occorre potenziare e concentrare l'impegno nell'ambito delle prestazioni e dei servizi non previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini per tramite delle regioni. L'obiettivo è quindi quello di garantire la tutela della salute ad un numero sempre maggiore di persone e a persone sempre più anziane: per raggiungerlo è necessario sviluppare un modello di sanità integrativa che sia di reale sostegno al sistema pubblico, che pur mantenendo un ruolo centrale in termini di universalità del servizio a tutti i cittadini, possa essere supportato allo stesso tempo nelle aree più critiche, quali assistenza domiciliare, cronicità, non autosufficienza e prevenzione e promozione della salute e stili di vita. Inoltre, le forme sanitarie integrative devono essere finalizzate al recupero e al contenimento delle liste di attesa, fenomeno che ad oggi costringe molti cittadini a ricorrere al privato, nonostante la maggioranza degli italiani abbia grande fiducia nel SSN. Il nuovo modello di sanità integrativa, deve, quindi, fondarsi sul principio di mutualità, essendo in grado di garantire maggiore equità fra i cittadini e più elevati livelli di tutela sanitaria per tutti ed evitando che la defiscalizzazione delle prestazioni rese dall'assistenza integrativa costituisca un ulteriore aggravio per il bilancio dello Stato.**

**Rileviamo che ad oggi le regole che disciplinano il sistema del welfare aziendale impediscono spesso al cittadino/assicurato di potersi avvalere del medico di sua scelta pena la perdita del beneficio economico assicurativo. Si auspica quindi un intervento legislativo**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**volto a porre sullo stesso piano l'assistenza diretta e quella indiretta. In questo modo il paziente sarebbe libero di rivolgersi al medico di cui ha piena fiducia, certo di ricevere il livello di qualità delle prestazioni, in termini di assistenza medica, ritenuto più adeguato, conservando al contempo il beneficio assicurativo.**

**Si ritiene necessario: rivedere il modello degli ospedali elettivi, evitando una separazione rigida tra emergenza ed elezione; rafforzare in modo strutturale la rete dell'emergenza-urgenza, anche valutando il riconoscimento di uno specifico livello essenziale di assistenza; intervenire sul ruolo e sullo stato giuridico dei medici, al fine di aumentare la flessibilità organizzativa e favorire una reale integrazione tra i diversi setting assistenziali.**

**Occorre rendere più attrattivo il Servizio sanitario nazionale per i professionisti e che, sul territorio, siano rafforzate le cure primarie con tutte quelle figure e competenze professionali ora quasi assenti.**

**Ribadiamo la necessità di investire sui professionisti.**

**La sfida per il sistema sanitario è la valorizzazione delle professioni. Senza la professione medica e le altre professioni sanitarie non ci può essere salute per i cittadini. La salute è un bene primario e diritto di ogni persona: è il momento di proseguire ad investire per garantirla a tutti secondo i principi di universalità, eguaglianza, equità.**

**Le liste d'attesa mostrano ancora una volta la necessità di mettere a disposizione dei cittadini le competenze di tanti professionisti che**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**oggi lavorano nel sistema, sia in maniera diretta alle dipendenze, sia in maniera convenzionata o accreditata, e che sono una ricchezza straordinaria per il paese. È solo puntando sui professionisti che è possibile affrontare in maniera assolutamente efficiente il tema delle liste d'attesa.**

**Puntare sul Servizio sanitario nazionale conviene. E non solo nel senso che fa bene alla salute delle persone: è un investimento redditizio per l'azienda Italia. Quando investite sulla spesa sanitaria pubblica, date una spinta all'intera economia del Paese. La visione deve essere quella di un SSN come potente motore per l'economia. Dobbiamo lavorare per conservare e sostenere il nostro servizio sanitario nazionale, partendo dal capitale umano, dai professionisti, dalle donne e dagli uomini che ne costituiscono il tessuto connettivo. L'altra sfida per il futuro della Sanità è la capillarità del sistema sanitario per portare l'assistenza sanitaria vicina ai cittadini, inclusi quei 6 milioni che oggi rinunciano alle cure. Ciò detto, il superamento definitivo del tetto alla spesa del personale, un piano straordinario di assunzioni e incentivi che possano rendere il SSN attrattivo possono essere un passo decisivo ai fini della riduzione delle liste di attesa.**

**Chiediamo una forte valorizzazione dei professionisti della sanità, superando in via definitiva i tetti alla spesa del personale e al salario accessorio, il rilancio e lo sviluppo dell'assistenza territoriale e della rete ospedaliera.**

**Si evidenzia, inoltre, l'esigenza di rafforzare i meccanismi di garanzia dei livelli essenziali di assistenza, al fine di contrastare le profonde**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**differenze regionali oggi esistenti e assicurare un'effettiva uniformità dei diritti di cittadinanza sanitaria.**

**In relazione alla governance del sistema sanitario, si sottolinea l'importanza di una chiara definizione dei livelli di responsabilità tra Stato, Regioni e aziende sanitarie, evidenziando le criticità derivanti da un'eccessiva frammentazione decisionale.**

**È necessario a tal proposito il coinvolgimento delle professioni sanitarie nei processi di programmazione e valutazione delle politiche sanitarie, al fine di assicurare decisioni maggiormente aderenti ai bisogni reali dei cittadini e del sistema.**

**In conclusione, questa Federazione esprime una valutazione favorevole sull'impianto generale del provvedimento che sembra muoversi nella direzione di una revisione coordinata ed evolutiva dei modelli organizzativi di cui al decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, recante "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", e al decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, recante "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale". In tale prospettiva, la delega appare rivolta a ricomporre in un quadro unitario il rapporto tra rete ospedaliera e rete territoriale, riconoscendo la centralità dell'assistenza territoriale nel ridisegno del Servizio sanitario nazionale e individuando nella medicina generale e nella pediatria di libera scelta uno degli assi portanti della riforma.**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**Pur trattandosi di un'impostazione condivisibile, riteniamo che il provvedimento in questione, rispondendo a fabbisogni complessi nel contesto PNRR, necessiti di un maggiore approfondimento e di alcune modifiche significative in considerazione della delicatezza e complessità delle tematiche sopra evidenziate.**

**Si evidenzia che il riordino della medicina generale dovrebbe essere orientato non a un mero riassetto formale, ma al consolidamento del suo ruolo nelle reti assistenziali come soggetto strategico nell'individuazione dei bisogni a diversa complessità, nella programmazione del percorso di cura e nella gestione appropriata della domanda. Solo così la medicina generale, dotata dei necessari strumenti organizzativi, diagnostici e digitali, può diventare parte integrante del disegno di rete delineato dalla delega e contribuire in modo effettivo alla riduzione delle liste d'attesa, al rafforzamento della prossimità e al miglioramento della continuità dell'assistenza.**

**La FNOMCeO ribadisce la propria disponibilità a collaborare con le Istituzioni per individuare soluzioni concrete e sostenibili, nella convinzione che l'opera di revisione del modello organizzativo della sanità pubblica debba ispirarsi ad un Servizio sanitario nazionale resiliente, umano e sostenibile, pronto a collaborare per la valorizzazione professioni sanitarie. Ribadiamo la necessità di investire nel Servizio sanitario nazionale per continuare a garantire universalità, uguaglianza ed equità anche nelle cure, di far fronte al problema delle disuguaglianze di salute.**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**Occorre aumentare il finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale, sia in termini assoluti che in rapporto al PIL, al fine di allinearli alla media dei paesi europei, potenziando il ruolo e la funzione delle figure professionali in ambito sanitario, a partire da quella medica. Bisogna rendere più attrattivo il lavoro del medico nel SSN, cambiando il modello di lavoro e rafforzare la medicina territoriale. La finalità prevalente del sistema di sanità pubblica deve essere quella di assicurare prestazioni legate a un bene di primaria rilevanza nell'ordinamento: la tutela della salute, che non può essere limitata da ragioni economiche.**

**Grazie per l'attenzione che avete inteso riservarci.**

***FNOMCeO***