



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

COMUNICAZIONE N. 31

AI PRESIDENTI DEGLI OMCEO

AI PRESIDENTI DELLE CAM

AI PRESIDENTI DELLE CAO

Oggetto: Relazione Audizione FNOMCeO su “Indagine conoscitiva sull’attuazione dei livelli essenziali di assistenza e sull’erogazione delle prestazioni sanitarie nelle regioni”.

Cari Presidenti,

In considerazione della rilevanza della fattispecie trattata si trasmette la relazione relativa all’audizione tenuta da questa Federazione in data 4 marzo 2026 presso la XII Commissione Affari sociali della Camera dei deputati concernente la materia indicata in oggetto.

Cordiali saluti

IL PRESIDENTE
Filippo Anelli

All. n. 1

MF/CDL

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

AUDIZIONE FNOMCEO

“Indagine conoscitiva sull’attuazione dei livelli essenziali di assistenza e sull’erogazione delle prestazioni sanitarie nelle regioni”

Camera dei Deputati – Commissione Affari sociali

4 marzo 2026

Illustre Presidente, Illustri Componenti della Commissione,

questa Federazione, Ente pubblico esponentiale 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 indagine conoscitiva.

Riteniamo fondamentale intervenire nell’ambito di questa indagine conoscitiva che affronta temi centrali per la tutela del diritto alla salute sancito dall’articolo 32 della Costituzione, quali i livelli di erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), le differenze regionali, i criteri del finanziamento del servizio sanitario nazionale (SSN), l’istituto del commissariamento delle Regioni, la carenza del personale sanitario e la trasparenza e il monitoraggio delle attività e delle performance del servizio sanitario nazionale.

Tale indagine analizza il servizio sanitario nazionale fondato sulla legge 833/1978, focalizzandosi su universalità, equità e differenze regionali nei LEA, tempi di attesa, infrastrutture e spesa pro capite. Evidenzia infatti che nel 2023 solo 13 regioni sono adempienti ai LEA (es. Campania, Emilia-Romagna, Lombardia). I rapporti di Ministero della Salute, CNEL e Corte dei Conti e l’analisi del Gimbe confermano divari in aspettativa di vita e mobilità sanitaria interregionale.

Appare quindi importante, in tale contesto, valutare cause strutturali, impatto PNRR e riparto del Fondo Sanitario Nazionale basato su fabbisogni reali.

I LEA rappresentano il perno del Servizio sanitario nazionale e costituiscono il patto fondamentale tra lo Stato e i cittadini. I LEA sono tutte quelle prestazioni e servizi che lo Stato è tenuto a fornire a tutti i cittadini, sia gratuitamente che partecipando alla spesa tramite ticket, e sono divisi in tre aree: prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. Essi definiscono non

solo le prestazioni che devono essere garantite, ma anche il livello di equità e di coesione del sistema. Tuttavia, a distanza di anni dalla loro revisione e aggiornamento, persistono criticità significative nella loro applicazione concreta, con differenze marcate tra Regioni che si traducono in disuguaglianze di accesso, tempi di attesa non omogenei e variabilità nella qualità delle cure. Appare inoltre evidente la disparità di offerta sanitaria attualmente disponibile nelle differenti regioni. Il rapporto tra i Livelli Essenziali di Assistenza e le liste di attesa è diretto. Ribadiamo la necessità di assicurare a tutti i cittadini italiani che l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza avvenga in condizioni di qualità, appropriatezza ed uniformità. Il Nuovo Sistema di Garanzia (Nsg) dei LEA è il cruscotto che grazie a precisi indicatori dovrebbe monitorare la capacità delle Regioni di adempiere a questo compito essenziale e costituzionalmente garantito. Non possiamo non evidenziare che risultano confermati divari tra territori e criticità concentrate prevalentemente nella prevenzione e nell'assistenza territoriale. Ciò comporta correlativamente il fenomeno dell'abbandono delle cure e dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali. Le liste d'attesa rappresentano quindi una delle criticità più pressanti ed attuali del nostro servizio sanitario nazionale, compromettendo fortemente l'accesso equo alle cure. Infatti, anche nel 2025 continua ad aumentare la difficoltà di accesso alle cure. Anche le regioni settentrionali, dove tradizionalmente l'accesso alle cure era più garantito, peggiorano. Al nord l'abbandono delle cure è del 9,2%, va peggio al Centro (10,7%) e nel Mezzogiorno (10,3%). Incidono di più le lunghe attese soprattutto al Centro e al Nord (rispettivamente 7,3% e 6,9%), mentre al Sud motivazioni economiche e organizzative hanno lo stesso peso (6,3%).

Rinunciare alle cure significa spesso aggravare il proprio stato di salute, con conseguenze anche sul sistema sanitario, che si trova poi a dover gestire patologie più gravi e costose. Rafforzare il Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA deve essere la priorità del nostro Servizio sanitario nazionale. Servono interventi di potenziamento dei LEA. Le liste di attesa riguardano non solo le prestazioni ambulatoriali, ma tutte quelle incluse nei LEA che vanno da quelle di ricovero, specie di area chirurgica a quelle residenziali passando per molte altre tipologie di prestazioni territoriali come quelle di assistenza domiciliare. Il nuovo aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza approvato in Conferenza Stato-Regioni che aggiorna quanto previsto dal DPCM 12 gennaio del 2017 di "Definizione

e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza” pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, così come sottolineato dal Ministro Orazio Schillaci, aumenta il numero di prestazioni che il servizio sanitario nazionale mette a disposizione di tutti i cittadini. Con questo aggiornamento arrivano per i cittadini ulteriori terapie innovative, nuovi screening ed esenzioni per diverse patologie. È un importante segnale, ma non sufficiente. Bisogna attuare un'adeguata perequazione delle capacità operative del Servizio sanitario nazionale, allo scopo di non escludere alcun territorio regionale dalla possibilità di fruizione delle prestazioni garantite dai LEA. Particolare attenzione deve essere posta al potenziamento delle attività volte alla prevenzione. A nostro avviso occorre attribuire al Ministero della salute la cabina di regia della sanità nazionale e ciò al fine di garantire un eguale accesso alle cure in tutto il territorio nazionale e una uniformità di applicazione sul territorio nazionale.

Inoltre, la Corte dei Conti nella Relazione al Parlamento sulla gestione dei Servizi Sanitari Regionali ha affermato che persistono significative diseguaglianze nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e un evidente disallineamento Nord-Sud. Le Regioni in piano di rientro (Calabria, Molise, Sicilia, Campania, Lazio, Abruzzo, Puglia) continuano a mostrare difficoltà strutturali nonostante alcuni miglioramenti nei conti. L'aumento della mobilità sanitaria interregionale segna, inoltre, divari nell'attrattività e nella capacità di erogazione dei servizi.

Servono investimenti in sanità, soprattutto nell'assistenza domiciliare e territoriale e nell'ammodernamento tecnologico, al fine di garantire i LEA.

I LEA si correlano necessariamente al tema delle liste di attesa; occorre in questo senso abbreviare la previsione dei Piani terapeutici alla luce di un risparmio di visite specialistiche e strumentali che sono oggi propedeutiche alla prescrizione dei farmaci. Riteniamo che una semplificazione dei Piani terapeutici potrebbe portare ad un abbattimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie al fine dell'erogazione dei servizi entro tempi appropriati. Risulta quindi importante semplificare le procedure prescrittive per i farmaci attualmente sottoposti a registro di monitoraggio e a piano terapeutico.

Cinque milioni di visite specialistiche l'anno: tanti sono i posti che, potenzialmente, si potrebbero liberare. La proposta di questa Federazione è che i farmaci sottoposti a piano terapeutico, dopo un anno di monitoraggio dalla

prima prescrizione dello specialista del SSN per l'avvio del trattamento, possano essere prescritti, senza ulteriori impegni amministrativi, da tutti i medici anche non operanti nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, ferme restando le condizioni di rimborsabilità stabilite dall'Agenzia Italiana del Farmaco per ciascuna specialità medicinale.

Ribadiamo anche in questa sede che il Servizio sanitario nazionale è molto più che un erogatore di servizi e prestazioni sanitarie, comunque indispensabili al benessere e alla qualità della vita degli italiani. 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.

Il servizio sanitario nazionale 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 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 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 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. Il Servizio sanitario nazionale non consente a tutti i cittadini il diritto costituzionalmente garantito di accedere all'assistenza sanitaria. Emerge uno scenario di gravi e profonde disuguaglianze territoriali a partire dall'adempimento dei Livelli essenziali di assistenza. Si ricorda che con la sentenza n. 195/2024 (rel. Antonini) la Corte Costituzionale ha affermato che in un contesto di risorse pubbliche limitate, la spesa destinata a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e il nucleo irriducibile del diritto alla salute (art. 32 Cost.) deve essere considerata costituzionalmente necessaria. Conseguentemente, in caso di esigenze di bilancio, le pubbliche amministrazioni sono tenute a ridurre prioritariamente altre tipologie di spesa prima di incidere su quella finalizzata alla tutela della salute, la quale non può subire tagli lineari o indiscriminati che compromettano l'erogazione delle prestazioni essenziali.

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

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 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.

Diseguaglianze che incidono sulle aspettative di vita. I divari tra le regioni sono profondi e arrivano fino a 3 anni di vita (come tra la Campania e la Provincia Autonoma di Trento). In questo senso bisogna rivedere i criteri di distribuzione del fondo sanitario nazionale e le modalità di finanziamento dei servizi sanitari regionali, al fine di ridurre quelle iniquità che rendono diversi i cittadini in relazione al loro diritto alla salute. Occorre garantire il superamento delle differenze ingiustificate tra i diversi sistemi regionali, creando un sistema sanitario più equo, salvaguardando il servizio sanitario nazionale pubblico e universalistico. Bisogna colmare le differenze di accesso al Servizio sanitario nazionale, modificare gli indici che danno per privilegiati quelli che, per luogo di nascita o di residenza, hanno una possibilità di sopravvivenza maggiore rispetto a quelli che vivono in aree geografiche più disagiate e che invece hanno un'aspettativa di vita e di salute molto più bassa. Sono le categorie più fragili, i poveri, i cittadini con un basso profilo di istruzione, i residenti al Sud Italia ad essere fortemente penalizzati. Pertanto, la comprensione dell'origine delle disuguaglianze

di salute e il loro ripianamento devono ritenersi ineludibili. Il raggiungimento di obiettivi di salute deve restare la finalità prioritaria del servizio sanitario nazionale.

Un ulteriore elemento critico riguarda l'aggiornamento dei LEA e la loro effettiva esigibilità. L'introduzione di nuove prestazioni e tecnologie, se non accompagnata da adeguate risorse economiche e organizzative, rischia di rimanere sulla carta, generando aspettative nei cittadini che non sempre trovano riscontro nella pratica clinica quotidiana.

Ciò detto la FNOMCeO in riferimento alle tematiche oggetto di indagine conoscitiva esprime le seguenti considerazioni e proposte

1. La FNOMCeO apprezza il rafforzamento del Nuovo Sistema di Garanzia e la recente approvazione dei “nuovi LEA”, che dovrebbero meglio rispecchiare i bisogni di salute contemporanei, ma rileva tre criticità.

In primo luogo, l'eterogeneità persistente nei punteggi regionali, con solo 13 regioni adempienti e un nucleo stabile di regioni che non raggiungono la sufficienza in una o più aree, segnala che il sistema di monitoraggio misura la distanza ma non la colma. In secondo luogo, l'uso ancora limitato del set degli indicatori CORE (sottoinsieme fondamentale di 24-26 parametri del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) utilizzato per valutare l'erogazione dei LEA nelle Regioni italiane) rischia di non cogliere appieno dimensioni cruciali di qualità, continuità e integrazione sociosanitaria, specie sul territorio.

In terzo luogo, l'assenza di un chiaro collegamento tra esiti del monitoraggio, sostegno alle regioni e responsabilizzazione politica, riduce l'efficacia del Sistema di garanzia come leva di equità.

Sarebbe auspicabile

- Estendere progressivamente l'utilizzo degli indicatori CORE, includendo in modo più robusto la prevenzione, l'assistenza territoriale e la qualità percepita dai cittadini.

- Collegare i risultati del monitoraggio LEA a percorsi strutturati di affiancamento tecnico, con obiettivi, tempi e responsabilità condivise tra Stato e Regioni.

2. Il programma dell'indagine richiama in modo esplicito tempi di attesa, carenza di personale e condizioni di lavoro: riteniamo che questo sia il nodo strategico per la tenuta del SSN. Le liste d'attesa non sono solo il risultato di inefficienze organizzative, ma anche della cronica insufficienza di personale medico e sanitario, della sua distribuzione disomogenea e di modelli organizzativi spesso rigidi e frammentati.

La FNOMCeO segnala in particolare oltre ad una crescente difficoltà nel garantire i LEA in molte aree fragili (in particolare nei territori interni e periferici del Mezzogiorno) per mancanza di medici nei servizi di emergenza-urgenza, nei reparti ospedalieri e nei servizi territoriali, condizioni di lavoro conseguentemente caratterizzate da carichi e turni insostenibili, burn-out e crescente contenzioso, che alimentano la fuga dal SSN verso il privato o verso l'estero.

Auspichiamo che quindi tale indagine conoscitiva:

- Approfondisca in modo specifico la dimensione del personale medico: fabbisogni, programmazione formativa, reclutamento, stabilizzazione, condizioni di esercizio.
- Valuti l'efficacia delle misure nazionali e regionali di contrasto alle liste d'attesa anche in relazione al reale incremento di personale e all'uso appropriato delle risorse PNRR.

3. la FNOMCeO condivide l'esigenza di un'analisi critica dell'istituto del commissariamento, che non è riuscito, da solo, a colmare i divari tra regioni e a riportare in modo stabile le realtà più fragili a livelli adeguati di erogazione dei LEA.

Dal punto di vista dei medici, i commissariamenti si traducono spesso in scenari di straordinarietà permanente, in cui prevalgono logiche contabili e di emergenza a scapito della programmazione, della stabilità organizzativa e della valorizzazione del personale.

Pertanto, la FNOMCeO suggerisce di:

- Valutare gli esiti dei commissariamenti non solo sui bilanci, ma anche sulla qualità dei servizi, sui tempi di attesa, sul turn-over del personale e sul clima organizzativo.
 - Prevedere, nei contesti commissariati, strumenti rafforzati di partecipazione dei professionisti nella definizione e nel monitoraggio dei piani di rientro, dei piani assunzionali e degli interventi di riorganizzazione.
 - Rafforzare il ruolo dello Stato non solo nel controllo, ma nel supporto strutturale (investimenti, tecnologia, formazione) alle regioni in ritardo, con una logica di “alleanza per i LEA” più che di mera sanzione.
- 4. Il programma dell'indagine richiama l'esigenza di criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale basati su indicatori epidemiologici, demografici e di bisogno reale, nonché l'analisi degli effetti del PNRR (Missione 6 – Salute) sui divari territoriali. Questa Federazione ritiene che il finanziamento, la programmazione degli investimenti e la mobilità sanitaria vadano letti insieme, perché l'assenza di risorse e di servizi adeguati in alcune regioni alimenta flussi di mobilità passiva che ulteriormente indeboliscono i bilanci e le capacità di recupero.**
- I divari riguardano i tempi di attesa, la possibilità di accesso alle terapie anche più innovative e avanzate. E questo si traduce poi nel fenomeno della mobilità sanitaria che trasferisce non solo i pazienti, ma proprio le risorse economiche da una Regione all'altra.**

Proponiamo di:

- **Integrare stabilmente nel riparto del Fondo sanitario nazionale, indicatori di deprivazione sociale, dispersione territoriale, invecchiamento e carico di cronicità, in modo da sostenere in modo più equo i contesti più fragili.** Ciò al fine di un affettivo investimento su strutture, tecnologie e servizi territoriali, che contribuiscano realmente alla riduzione dei divari e delle liste d'attesa.
- Analizzare la mobilità sanitaria non solo in termini economici, ma come indicatore di sfiducia e di abbandono dei servizi locali, e costruire percorsi di rientro della mobilità basati sul rafforzamento reale delle competenze e delle strutture di partenza.

- **L'istituzione di un fondo apposito per il recupero delle disuguaglianze in sanità gestito dal Ministero della salute.**

In conclusione, puntare sul Servizio sanitario nazionale 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.

L'altra sfida per il futuro della Sanità è la capillarità del sistema sanitario per portare l'assistenza sanitaria vicina ai cittadini, inclusi quei milioni di cittadini che oggi rinunciano alle cure.

La FNOMCeO ritiene pertanto necessario un rafforzamento del Ministero della salute nel ruolo di indirizzo e coordinamento nazionale, nel rispetto dell'autonomia regionale, al fine di garantire livelli di assistenza realmente omogenei. È fondamentale che i sistemi di monitoraggio e verifica non siano solo strumenti di valutazione, ma diventino leve di miglioramento, accompagnando le Regioni in un percorso di supporto e di riequilibrio.

In questo contesto, la valorizzazione del ruolo dei professionisti sanitari è imprescindibile. Coinvolgere i medici nei processi decisionali e organizzativi, investire nella formazione continua e migliorare le condizioni di esercizio professionale significa rafforzare la capacità del sistema di dare piena attuazione ai LEA e di rispondere in modo appropriato ai bisogni di salute della popolazione.

La FNOMCeO ribadisce la propria disponibilità a collaborare con le Istituzioni per individuare soluzioni concrete e sostenibili, nella convinzione che solo attraverso un impegno condiviso sia possibile garantire a tutti i cittadini, indipendentemente dalla Regione di residenza, il pieno godimento del diritto alla salute. Auspichiamo quindi che tale indagine conoscitiva possa tradursi in un'agenda di riforme concrete, condivise tra Stato, Regioni, professionisti e cittadini, per restituire piena attuazione ai principi di universalità, uguaglianza ed equità che sono alla base del nostro Servizio sanitario nazionale.

Grazie per l'attenzione che avete inteso riservarci.

FNOMCeO