

**26°**

**Congresso Nazionale  
Anaa Assomed**

# **DAI DECRETI 70 E 77 ALLA RIFORMA QUATER DEL SSN**



**DR.SSA FABIANA FAIELLA  
SEGRETARIA REGIONALE MARCHE**

A CURA DI

**CARLO LUSENTI** (coordinatore)

**FABIANA FAIELLA** - **ALESSANDRO GRIMALDI**

**LUCA INDOVINA** - **FABRIZIO MEZZASALMA**

**RINALDO MICELI** - **GIOSAFATTE PALLOTTA**

**GIUSEPPE ROSATO** - **ELENA SILVAGNI**

**Per salvare il Servizio Sanitario Nazionale serve una nuova  
riforma?**

**Le riforme (o i tentativi di riforma) degli ultimi decenni sono  
sufficienti?**

Vogliamo ancora un Servizio Sanitario basato sull'  
***universalismo egualitario (non selettivo), equo,  
finanziato dalla fiscalità generale, nazionale,  
pubblico?...***

....o invece si ritiene che il Servizio Sanitario vada  
privatizzato, non solo nelle linee produttive e nel  
finanziamento ma anche nella governance?

***è «la garanzia dei diritti incomprimibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione»,***

(Corte Costituzionale sentenza 275 del 2016) e

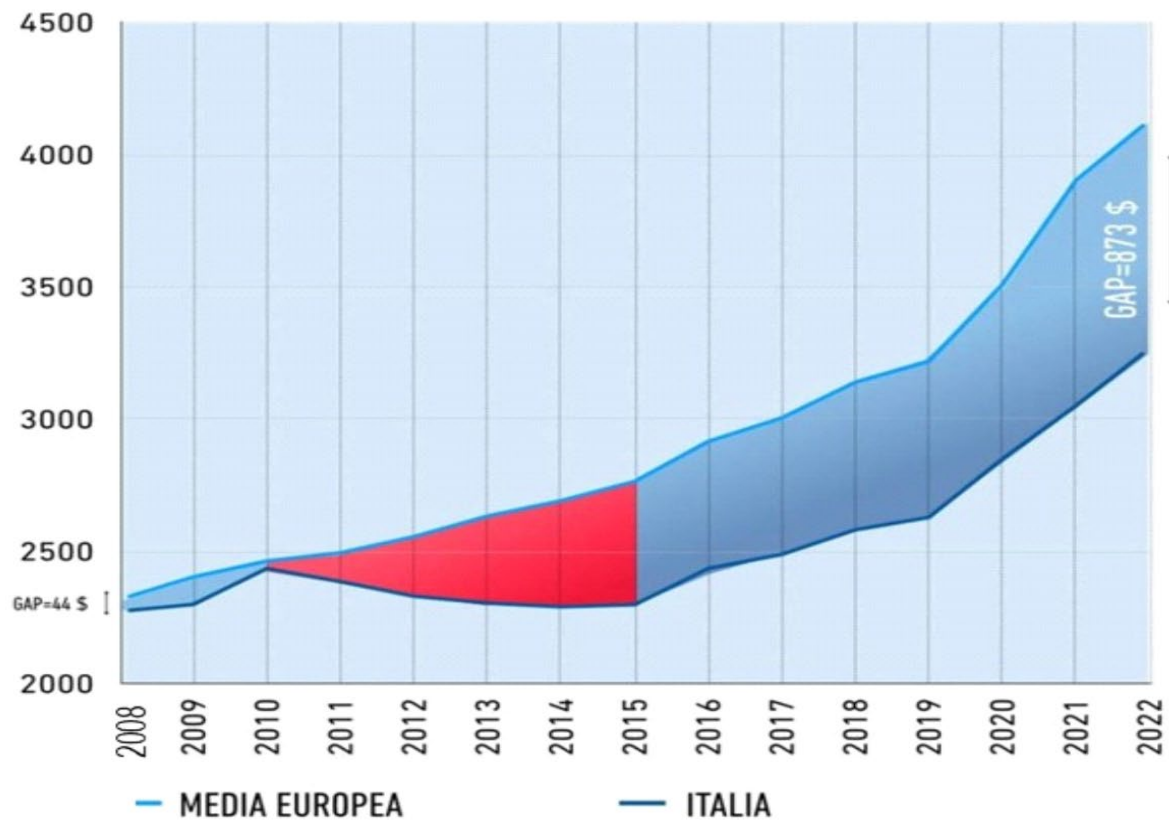
***«devono essere prioritariamente ridotte le altre spese indistinte prima di sacrificare quella per la sanità»***

(Corte Costituzionale sentenza 195 del 2024)



Fiaso

## SPESA SANITARIA PROCAPITE IN DOLLARI



In termini di efficienza, l'Italia si colloca in una posizione intermedia tra i Paesi OCSE, con un **punteggio (0,59)** superiore a quello di alcuni Paesi, ma **inferiore rispetto alla media OCSE (0,61)**

.....*“un SSN pubblico povero per i poveri”* nel quale l'indigenza non è solo il profilo caritatevole delle persone a cui si rivolge ma, **soprattutto, la condizione di impoverimento (di mezzi, tecnologie, personale, retribuzioni) in cui operano quotidianamente i professionisti.**

L'Ocse indica tre direttrici:

- ✓ rafforzare l'assistenza primaria
- ✓ ripensare l'assetto ospedaliero
- ✓ accelerare su digitale, dati e intelligenza artificiale

Sono riforme che richiedono:

- ✓ investimenti iniziali
- ✓ capacità di governo

*non semplici tagli lineari!*

Radicate queste condizioni preliminari una riforma organica è necessaria, ma **confermando i principi e i valori della 833**

**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 SSN**

Senato della Repubblica XIX Legislatura

***DDL S. 1825***

Il processo di centralizzazione appare come una sorta di

**“autonomia differenziata al contrario”:**

*spinte verso una maggiore autonomia regionale convivono con processi di accentramento decisionale a livello statale, in un quadro complesso e potenzialmente contraddittorio*

***“Il costo della non prevenzione resta sottorappresentato nelle valutazioni di spesa correnti”***

*(Documento di finanza pubblica 2026)*

La Direzione Nazionale Anaao Assomed ha elaborato ed approvato il documento di proposte di revisione del D.lgs. 502/1992 ***“Nuovo modello di Governance delle aziende e stato giuridico della dirigenza medica e sanitaria”***

(Verona, settembre 2025)

## FRAMEWORK DELLA PROPOSTA ANAAO

### 1. FINALITA'

- A. Delineare un nuovo modello di governance e stato giuridico della dirigenza medica e sanitaria.
- B. Riconoscere la centralità del ruolo dei professionisti, garantendo finalità etiche, civili e tecnico-professionali del servizio, nel rispetto delle compatibilità economico finanziarie.
- C. Promuovere la partecipazione, la trasparenza e la codecisione, valorizzando il contributo dei professionisti, delle associazioni dei cittadini e dei governi dei territori nella programmazione e valutazione degli obiettivi e dei risultati di salute.
- D. Promuovere un livello avanzato di integrazione tra servizi sanitari e quelli sociali

### 2. CAMBIO DI PARADIGMA

- A. La nuova idea di governo clinico riconosce la centralità delle competenze e conoscenze dei professionisti, ponendoli al centro delle organizzazioni sanitarie, orientate non al puro controllo dei costi, ma a risultati di salute.
- B. La sostenibilità del SSN passa per la valorizzazione, l'autonomia e la responsabilità dei suoi professionisti, con un diverso valore anche salariale e modelli organizzativi che riportino i professionisti a decidere sugli aspetti clinici.
- C. Superamento di un modello assistenziale a favore di interventi finalizzati al riconoscimento del «domicilio» quale primo luogo di cura, nonché della comunità di appartenenza.

### 3. ARCHITETTURA DEL NUOVO SISTEMA

- A. Il nuovo modello di governance ovvero una "Governance a cerchi concentrici" (Azienda – Territorio e CTSS – Regione), introduce meccanismi vincolanti di partecipazione, trasparenza, codecisione e valorizzazione del ruolo di tutte le professioni sanitarie e della cittadinanza.
- B. Metodologia di assistenza: domiciliarità – residenzialità – ospedalità.
- C. Riconoscimento della specificità della dirigenza medica e sanitaria realizzata attraverso istituti strategici (organizzazione del lavoro, flessibilità, nuova architettura e sviluppo di carriera, libera professione, ridefinizione dell'integrazione tra SSN e Università).

Due provvedimenti normativi adottati in risposta a contesti straordinari ed emergenziali:

DM 70 quale conseguenza della spending review (2 aprile 2015)

DM 77 in attuazione della Missione 6 Salute del PNRR

(23 maggio 2022)

Confermano un approccio caratterizzato da ***modifiche parziali ed affrettate dell'impianto legislativo***, orfane di coerenza con gli obiettivi di tutela della salute e in ***assenza*** di un previo consolidamento di una ***visione strategica di lungo periodo*** e di ampio consenso che aveva caratterizzato l'emanazione della 833 del 1978

*“La scure dei tagli”* sul personale apicale del Ssn:

- **Direzioni di Struttura Complessa**: -1424 dal 2013 al 2023 (18,6%)
- **Direzioni di Strutture Complesse**: -3134 in 14 anni ( 33,5%).
- **Direzioni delle Strutture Semplici**: -6719 dal 2013 al 2023 ( 43%)

*La “**direzione a scavalco**” come consuetudine*

*La “**clanicizzazione**” come veleno che dilaga*

*“A soli tre mesi dalla rendicontazione finale della Missione Salute del PNRR l’obiettivo di rendere Case e Ospedali di Comunità “pienamente funzionanti”, requisito indispensabile per raggiungere i target, resta ancora molto lontano, con **avanzamenti lenti e inaccettabili** **diseguaglianze regionali**. Pesano i ritardi strutturali, l’attivazione parziale dei servizi e la carenza di personale sanitario”*

Gimbe, 31 marzo 2026

- ***Ruolo e funzioni dei dirigenti medici*** negli Ospedali di Comunità
- **Integrazione ospedale-territorio** (collaborazione professionisti)
- **Ammodernamento infrastrutturale e tecnologico**
- **Continuità assistenziale ed integrazione attiva tra servizi sanitari e sociali**
- **Unificazione PUA sanitario e sociale**
- **Implementazione telemedicina nelle Case ed Ospedali di Comunità**

- Cure domiciliari e residenzialità sotto la governance del SSN
- **Potenziamento consultori familiari e integrazione con le CdC**
- Garantire il **finanziamento dei costi** e promuovere una **condivisione di obiettivi e strumenti** per creare la rete di servizi territoriali
- **Coordinamento tra reti di prossimità, reti domiciliari e reti semi residenziali**
- **Personale medico ed infermieristico da reperire per gli OdC**
- Continuità dei percorsi di cura ospedale-territorio e **reale presa in carico** dei bisogni di salute

Transitare dalla **“architettura delle strutture all’architettura concreta delle relazioni, dei processi e delle decisioni”**, per realizzare la **“prossimità in presa in carico reale”**,  
trasformando la **pluralità delle competenze in responsabilità comune**, la **prossimità in continuità assistenziale**, la **co-presenza in lavoro integrato”**

*Agenas, Aprile 2026*

*(“Bozza di linee di indirizzo tecniche sulle équipes multiprofessionali e multidisciplinari nelle CdC”)*

*La vera sfida del triennio 2027-2029 sarà garantire  
l'operatività a regime di strutture e piattaforme costruite con  
fondi europei straordinari, finanziandone il funzionamento  
ordinario con risorse del SSN*

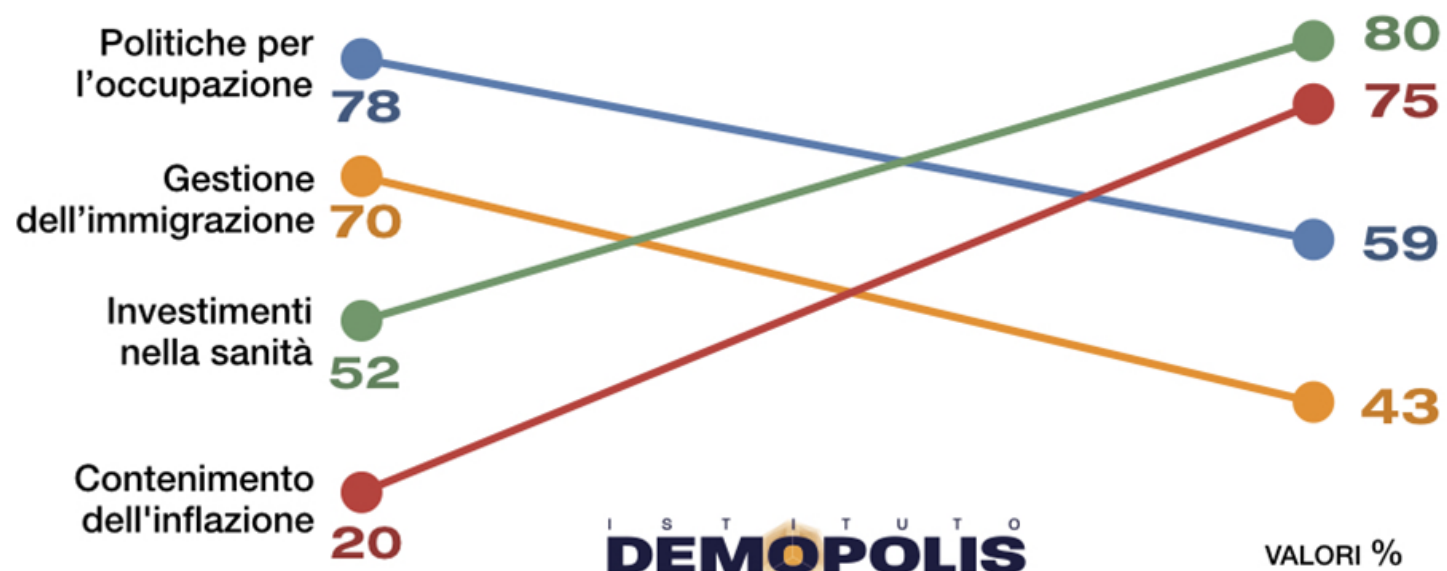
(Documento di Finanza Pubblica - Consiglio dei Ministri 22 aprile 2026)

Ruolo importante nell'attuale crisi del Servizio Sanitario Nazionale è attribuibile allo ***“stallo della sempre annunciata transizione istituzionale e organizzativa del SSN verso un sistema integrato sociale e sanitario centrato sulla assistenza territoriale che avrebbe potuto rispondere più adeguatamente sia ai nuovi rischi di cronicità, multi-morbosità e disabilità sia alle esigenze di contenimento della spesa”***

(cfr. F. Taroni, *Un sistema sanitario in bilico. Continuerà a volare il Calabrone?* 2025)

## Demopolis: come sono cambiate le priorità degli italiani

Febbraio 2019 - Febbraio 2025



# GRAZIE PER L'ATTENZIONE

