

AS 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

Documento Anaa Assomed – 28 aprile 2026

Illustre Presidente, Illustri Componenti la Commissione,

ringrazio la Commissione Affari Sociali del Senato per aver invitato Anaa Assomed, Associazione maggiormente rappresentativa della Dirigenza medica e sanitaria dipendente del Servizio Sanitario Nazionale, a questa audizione sul disegno di legge AS 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”*.

Il recente schema di disegno di legge delega volto alla riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale si configura come un intervento di rilevante portata storica, espressione di un'ambiziosa operazione di revisione strutturale. Si condivide l'indirizzo espresso dal Ministro Schillaci, nonché la volontà, più volte ribadita, di procedere a una riforma del sistema sanitario che ne preservi i principi costituzionali fondanti: l'eguaglianza, la gratuità dell'accesso alle cure, la centralità del paziente e la valorizzazione dei professionisti che vi operano quotidianamente.

A distanza di quasi quarantotto anni, appare necessario adeguare il sistema ai mutamenti intervenuti, accompagnando il cambiamento attraverso la costruzione di un servizio sempre più vicino ai bisogni dei cittadini. In tale prospettiva, la medicina ospedaliera e quella territoriale non devono più essere considerate ambiti contrapposti, bensì integrate all'interno di una visione unitaria e coerente del sistema di assistenza.

La realtà evidenzia, del resto, un quadro caratterizzato da criticità diffuse che incidono quotidianamente sulla vita dei cittadini nel momento in cui si confrontano con un problema di salute. Tra queste si annoverano, solo a titolo esemplificativo, le liste di

attesa, la frammentazione delle risposte assistenziali, la scarsa integrazione tra i diversi livelli di cura e, non da ultimo, il fenomeno della rinuncia alle cure. Tali problematiche risultano ormai ricorrenti e impongono l'adozione di strumenti efficaci e strutturati, idonei a rilanciare il Servizio Sanitario Nazionale, in coerenza con il mandato affidato dalla Costituzione.

Come per ogni disegno di legge delega, è tuttavia necessario un puntuale approfondimento e una chiara definizione dei contenuti. Un elemento positivo risiede nella ormai diffusa consapevolezza circa l'urgenza di intervenire mediante una riforma organica del decreto legislativo n. 502 e successive modificazioni e integrazioni, nonché del DM 70 e del DM 77, disposizioni che appaiono ormai superate e non rispondenti alla figura del professionista sanitario che ha l'obbligo di gestire, governare e indirizzare anche l'intelligenza artificiale e le nuove tecnologie.

È necessario inoltre rinnovare i luoghi di cura nella loro organizzazione e nel numero nonché nella razionalizzazione e riavvicinare il dirigente medico e sanitario all'ospedale e il paziente al medico. Lo stesso DM 70 che riorganizzava gli ospedali in base a logiche e criteri demografici ormai obsoleti, richiede una profonda revisione sul piano organizzativo. E sugli effetti prodotti dall'applicazione del Decreto Ministeriale vanno fatte le dovute riflessioni.

Ma questo cambiamento radicale non sarà mai possibile se non verranno coinvolti i protagonisti, cioè coloro che curano e che nonostante tutto continuano a garantire la loro presenza e professionalità. Non dimentichiamo che senza dirigenti medici e sanitari non esiste cura, non esiste Servizio Sanitario Nazionale.

Chiediamo pertanto, in quanto attori fondamentali del sistema, di essere pienamente coinvolti nel processo decisionale: non appare infatti concepibile l'elaborazione di interventi riformatori in assenza del loro contributo. In tale prospettiva, si rileva con rammarico, la mancanza di un preventivo confronto con le parti sociali e le Organizzazioni sindacali, le quali avrebbero potuto offrire apporti significativi e utili alla definizione delle misure proposte.

È doveroso ricordare che *“la scure dei tagli”* alla sanità ormai quasi ventennale, non si è abbattuta solo su servizi, prestazioni e assistenza ospedaliera, ma anche sul personale apicale del Ssn, impoverendo il sistema di importanti professionalità. Solo alcuni numeri come esempio: secondo i dati del Conto Annuale del Tesoro – elaborati dal Centro Studi dell’Anaa Assomed in un recentissimo studio - in Italia complessivamente dal 2013 al 2023 sono stati tagliati 1.424 Direzioni di Struttura Complessa, pari al 18,6% del totale. Se facciamo partire il confronto dal 2009, anno in cui il Servizio Sanitario Nazionale raggiunge il picco di medici dipendenti, il bilancio è ancora più pesante: in 14 anni sono scomparse 3.134 Direzioni di Strutture Complesse, pari a una riduzione del 33,5%. Le Direzioni delle strutture semplici, sono diminuite passando da 15.585 nel 2013 a 8.866 nel 2023, con una riduzione del 43%, pari a una riduzione di ben 6.719 direzioni di Struttura Semplice. In alcuni casi, dai tagli sono nati i cosiddetti Direttori di Struttura Complessa *“a scavalco”*, chiamati a dirigere più reparti, spesso in strutture diverse con la conseguenza di meno presenza nei reparti, responsabilità frammentate e un indebolimento complessivo della leadership clinica. Inoltre, a questo quadro si somma anche l’aumento delle clinicizzazioni, che ha portato diversi reparti a essere affidati a Direttori di area universitaria anziché ospedaliera, sottraendo di fatto ulteriori opportunità di crescita ai dirigenti ospedalieri, senza necessariamente migliorare gli esiti clinici. La pesante riduzione delle direzioni di Strutture Complesse, dettata da esigenze di risparmio, non rappresenta soltanto un’ulteriore mortificazione per una categoria già provata, demotivata e in burnout, ma ha ricadute profonde sull’intera organizzazione ospedaliera.

Per invertire questa rotta, occorrono riforme atte a valorizzare il ruolo del dirigente medico e sanitario nella governance dell'ospedale e per tali ragioni riteniamo prioritario un nuovo Patto della Salute che parta e si concentri sul professionista prima che sui contenitori.

Procediamo ad un’analisi di merito delle disposizioni previste dal disegno di legge delega. Una lettura approfondita del testo evidenzia, in prima approssimazione, il rischio di un ritorno a modelli organizzativi del passato, nei quali le strutture ospedaliere occupavano una posizione predominante nelle politiche sanitarie, mentre la prevenzione e l’assistenza territoriale risultavano marginali e sostanzialmente trascurate. In tale prospettiva, il

disegno di legge sembra configurare un'inversione di tendenza rispetto agli indirizzi delineati dal DM 77, riportando al centro gli ospedali ad alta complessità e ridimensionando il ruolo della medicina territoriale.

Sebbene, sul piano formale, il provvedimento richiami principi consolidati e assolutamente condivisibili — quali l'umanizzazione delle cure, il rafforzamento dell'assistenza territoriale, l'integrazione digitale e l'attenzione alla bioetica clinica — un'analisi più approfondita dell'articolato evidenzia il rischio di una riforma suscettibile di cristallizzare le disuguaglianze esistenti, sacrificando il principio di equità in favore di una logica di efficienza meramente contabile. In materia di tutela della salute è doveroso mantenersi estranei a logiche di "mercato".

In particolare, il ridimensionamento della prevenzione e dell'assistenza territoriale, con la conseguente relegazione di tali ambiti a funzioni residuali nella programmazione regionale e il possibile indebolimento della continuità delle cure con la classificazione degli ospedali, unitamente alla previsione di una marcata centralizzazione delle strutture ospedaliere di eccellenza sotto il controllo ministeriale, nonché alla contestuale sottrazione di risorse e competenze alle Regioni, rappresentano elementi suscettibili di incidere in modo significativo sull'assetto complessivo del Servizio Sanitario Nazionale.

Siamo convinti che una legge delega soprattutto di questa portata, richieda una formulazione rigorosa e puntuale e non può presentare un grado eccessivo di genericità, al fine di consentire al Governo di attenersi in modo stringente agli indirizzi definiti dal legislatore, limitando margini di discrezionalità politica nella determinazione dei contenuti. Ciò risponde all'esigenza di orientare l'intervento normativo non a bisogni contingenti, bensì a obiettivi di programmazione e razionalizzazione di medio-lungo periodo. Per tali ragioni, la genericità del testo suscita perplessità, in quanto esso richiama principi già contenuti in atti e documenti passati o duplicazioni, spesso privi di concreta attuazione, introduce presunte innovazioni descritte in modo approssimativo e contempla taluni principi generali condivisibili — come la valorizzazione della bioetica clinica — tuttavia solo marginalmente accennati e privi di adeguato sviluppo.

Nella Relazione tecnica si afferma che i principi di delega si limiterebbero a una "*mera riclassificazione*", tale da non richiedere nuovi stanziamenti, rinviando l'eventuale

copertura finanziaria ai decreti delegati. Il mancato stanziamento di risorse specifiche, unitamente alla marcata genericità dei principi e criteri direttivi di cui all'articolo 2, ha indotto erroneamente alcuni osservatori e critici del settore a sottovalutare la portata dello schema di legge delega. Noi, al contrario ribadiamo l'importanza di questo atto, ma riteniamo che l'approvazione della legge delega e dei relativi decreti attuativi determini un vincolo giuridico per la programmazione regionale e la gestione a livello locale che, in assenza di adeguata copertura finanziaria, rischierebbe di generare disavanzi nelle gestioni regionali e aziendali. Inoltre, la stessa indeterminatezza dei principi e dei criteri direttivi è suscettibile di produrre squilibri procedurali, riducendo il ruolo delle Commissioni parlamentari e ampliando la discrezionalità del Governo nell'elaborazione dei decreti delegati.

Per tali motivi siamo disponibili a lavorare nei tempi e nei modi opportuni al provvedimento in esame che si configura come una combinazione eterogenea di interventi puntuali e misure di rilievo strategico che, pur presentando elementi apprezzabili, risultano formulati in modo eccessivamente generico, anche per una delega.

Lo schema prevede un'ampia revisione dell'organizzazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale, tanto in ambito sanitario quanto in quello sociale, da realizzarsi a risorse finanziarie invariate.

La previsione dell'invarianza finanziaria costituisce un elemento di criticità, in quanto potrebbe limitare la capacità di attivare nuovi investimenti, in particolare nell'ambito dell'assistenza territoriale, del personale e dei servizi di prossimità. In tale contesto, appare essenziale garantire che il rafforzamento di specifici ambiti non si traduca in una riduzione delle risorse destinate ad altri settori fondamentali del sistema.

La valorizzazione dei poli di eccellenza, unitamente a un possibile accentramento delle risorse, potrebbe inoltre determinare una crescente differenziazione tra le strutture. Si rende pertanto necessario assicurare un adeguato equilibrio complessivo, al fine di evitare fenomeni di eccessiva polarizzazione e di garantire un accesso equo e uniforme ai servizi sull'intero territorio nazionale.

I principi e criteri direttivi per l'esercizio della delega contenuti nell'articolo 2 hanno quale unica vera eccezione alla genericità quella relativa alla lettera b) ovvero alla classificazione

delle strutture ospedaliere *“in particolare definendo le caratteristiche volte a individuare oltre a ospedali di base di primo e secondo livello anche ospedali di terzo livello e ospedali elettivi”*; ospedali di terzo livello *“corrispondenti alle strutture ospedaliere di eccellenza a livello nazionale con bacino di utenza nazionale e sovranazionale, definiti e valutati in coerenza con la disciplina in materia di IRCCS e di AOU integrate di cui al decreto legislativo 517/1999”* che potranno includere anche *“strutture in cui la titolarità e la gestione siano direttamente e integralmente riconducibili a fondazioni, associazioni o altri enti privati, anche a carattere religioso, che operino esclusivamente senza fini di lucro, ovvero a enti ecclesiastici civilmente riconosciuti”*.

Tuttavia, i criteri di selezione appaiono caratterizzati da una diffusa indeterminatezza, includendo parametri quali il numero dei ricoveri, il peso dei DRG, i requisiti di qualità, la mobilità interregionale non di confine e l'attività di ricerca svolta nell'ambito della struttura e del relativo impatto in merito al trasferimento tecnologico e alla formazione degli operatori, senza una chiara definizione e indicazione operativa.

Analogamente, riteniamo poco definito e potenzialmente problematico il riferimento a *“requisiti valutati in coerenza con la disciplina in materia di IRCCS e di AOU”*, considerato che tale disciplina è attualmente in evoluzione per quanto concerne gli IRCCS e che abbiamo già espresso rilevanti perplessità in merito allo Schema-tipo di protocollo d'intesa tra Regione e Università, ai sensi della legge n. 240/2010, predisposto dal Ministero dell'Università e della Ricerca, il quale attribuisce un ruolo significativo all'Università e al relativo personale nella governance delle aziende sanitarie, fino alla *“legalizzazione”* delle cosiddette clinicizzazioni.

Permangono, inoltre, rilevanti elementi di incertezza in merito alla concreta efficacia degli *“ospedali di terzo livello”* nel rispondere al fenomeno della mobilità sanitaria interregionale, in particolare tra le aree del Sud e quelle del Nord, nonché alle modalità attraverso cui dovrebbe realizzarsi il trasferimento di professionisti e pazienti dalle strutture esistenti a quelle di nuova istituzione. In tale prospettiva, potrebbe risultare più opportuno perseguire un riequilibrio complessivo dell'offerta sanitaria, evitando il rischio di una riallocazione delle risorse che favorisca l'ospitalità privata a discapito dei Fondi sanitari regionali.

Ulteriori profili di incertezza riguardano, infine, la definizione degli “*ospedali elettivi*”, privi di pronto soccorso ma autorizzati a ricevere pazienti acuti trasferiti da strutture maggiori. Non risulta infatti chiaro se tali strutture debbano essere identificate come presidi privati per acuti sprovvisti di pronto soccorso ovvero come ospedali pubblici ai quali tale funzione verrebbe sottratta (ospedali di comunità?). Tale ambiguità contribuisce a delineare un quadro complessivo caratterizzato da significativa confusione interpretativa.

Nell’articolo 3 sono previste disposizioni in materia finanziaria, alcune specifiche per l’avvio degli ospedali di terzo livello (30 milioni di euro per il 2026), (20 milioni da risorse per IRCCS e ospedali di rilievo nazionale, 10 milioni da risorse vincolate agli obiettivi prioritari del SSN). Per gli anni successivi e per le altre misure (reti assistenziali, non autosufficienza, cure palliative), la copertura finanziaria sarà determinata dai decreti attuativi, con riferimento a risorse già vincolate o fondi speciali. Viene inserita una clausola di invarianza finanziaria: le amministrazioni provvedono con risorse disponibili a legislazione vigente, salvo quanto previsto per le nuove misure.

In sintesi, la nuova configurazione determinata dalla riclassificazione degli ospedali potrebbe determinare effetti distorsivi sull’equilibrio complessivo dell’offerta sanitaria. Ne conseguirebbe un ridimensionamento delle prerogative regionali, accompagnato da una marcata preferenza per strutture specialistiche che, svincolate dai vincoli della programmazione regionale, tenderebbero a interfacciarsi con un unico interlocutore istituzionale, rappresentato dal livello centrale, anziché con la pluralità delle Regioni e delle aziende sanitarie. In tale contesto si collocano le istanze provenienti dal sistema universitario, da tempo orientato ad accrescere il proprio ruolo nella programmazione sanitaria e nella governance ospedaliera, nonché quelle riconducibili alla sanità di ispirazione religiosa e ai grandi complessi ospedalieri.

La separazione dei grandi ospedali dal restante sistema assistenziale, unitamente alla centralizzazione dei processi decisionali e al progressivo ridimensionamento della prevenzione e dell’assistenza territoriale, potrebbe favorire dinamiche di indebolimento del Servizio Sanitario Nazionale, aprendo la strada a processi di privatizzazione e a un maggiore coinvolgimento di fondi sanitari e assicurazioni. Infatti la scelta di concentrare i

finanziamenti sugli ospedali deputati al trattamento delle patologie più complesse e ad alta specializzazione comporta, di fatto, il rischio di accentuare una marcata polarizzazione del sistema sanitario. Le risorse aggiuntive destinate a tali poli dovrebbero essere reperite nel rispetto del principio di invarianza finanziaria, con la conseguente possibilità di generare un sistema “a due velocità”: da un lato i cosiddetti “super ospedali”, configurati come centri di eccellenza, attrattori di mobilità sanitaria e luoghi di produzione di valore economico e reputazionale; dall’altro, una rete di presidi di livello inferiore, costituita da ospedali di base e strutture elettive che, privi di pronto soccorso e progressivamente depauperati della casistica più complessa, rischiano di ridursi a semplici centri di erogazione di prestazioni standardizzate o a sedi per interventi di routine a media e bassa complessità. Ne deriverebbe un meccanismo in cui la mobilità sanitaria genera benefici economici per le aree più attrattive e oneri per i territori di provenienza dei pazienti.

Alla luce di tali criticità, un disegno di legge che intenda affermare in modo incisivo tali principi non dovrebbe limitarsi a enunciazioni di carattere generale, ma dovrebbe piuttosto definirne puntualmente le modalità attuative, configurandosi come uno strumento normativo dettagliato. In assenza di tale livello di specificazione, che non può essere lasciato esclusivamente alla elaborazione dei decreti legislativi si corre il rischio di produrre effetti opposti rispetto agli obiettivi dichiarati (obiettivi che condividiamo), favorendo non il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale pubblico, bensì una progressiva deriva verso modelli maggiormente orientati alla sanità privata e al sistema universitario.

Per invertire la rotta, occorre ripensare insieme l’attuale modello di governance e quindi i rapporti tra contenuto e contenitore.

L’idea di governo clinico, (che non è il governo dei clinici!) riconosce la centralità del ruolo delle professioni all’interno delle Aziende Sanitarie e può garantire le finalità etiche, civili e tecnico-professionali del servizio, nel rispetto delle compatibilità economico finanziarie, reclutando tutti i professionisti all’obiettivo di invertire le curve di caduta della qualità e del consenso sociale.

Il riconoscimento e il rispetto di una sfera decisionale fondata su una sostanziale autonomia tecnico professionale deve tradursi nell'individuazione di organismi professionali che orientino e supportino il management aziendale nelle scelte tecniche e di procedure di selezione e verifica delle carriere meno discrezionali e autoritarie.

Un nuovo modello di governance deve mettere competenze e conoscenze dei professionisti al centro di organizzazioni votate non al puro controllo dei costi, ma a risultati di salute. Si tratta, in sostanza, di prospettare un nuovo modello di organizzazione e gestione delle attività di tutela della salute in cui riconoscere più spazio e più peso ai professionisti dipendenti, alle associazioni dei cittadini e ai governi dei territori (municipalità, comuni, consorzi di comuni) nella programmazione e valutazione degli obiettivi e dei risultati di salute. La complessità del mondo sanitario non può, cioè, essere governata con i soli strumenti della cultura aziendale, anche ove questi venissero utilizzati al meglio, cosa che in verità accade raramente. O riconducendo la complessità delle organizzazioni e della gestione delle attività di cura e assistenza a catene di comando sempre più corte occupate da tecnocrazie che operano secondo procedure top-down.

Occorre assicurare agli organismi collegiali rappresentativi dei dirigenti medici e sanitari un ruolo nei processi decisionali che hanno impatto sulla attività clinica, attraverso l'espressione di pareri anche vincolanti. E rilanciare il modello del Dipartimento come organo indispensabile nei processi gestionali (budget, standard organizzativi del personale, investimento tecnologico, formazione), di governo dei meccanismi di carriera, di valutazione professionale, di monitoraggio e rimedio del disagio lavorativo. Perché non si può accettare di essere gestiti senza alcun potere negoziale nei confronti del management, adattandosi alle necessità aziendali e tirandosi fuori dai codici etici e deontologici. L'aziendalizzazione ha costruito una cascata gerarchica stringente: Presidente di regione, Assessore alla sanità, Direttore generale con i suoi associati Direttore amministrativo e Direttore sanitario. Un processo senza freni che mortifica insieme il medico e il malato. La novità storica delle donne, maggioranza della forza lavoro del Ssn, rappresenta una spinta ulteriore in tal senso, rendendo urgente una nuova organizzazione del lavoro, capace di conciliarlo con i tempi di vita, senza passi indietro sul terreno dei diritti. E un modello di governance che affermi una visione di genere e un'elaborazione finalizzata anche a modelli di cura attraversati dal pensiero e

dall'espressione della differenza, come valore capace di trasformare l'ambiente sanitario. Le donne costituiscono di per sé un elemento rinnovatore nei processi aggregativi. Arrivate negli interstizi del potere maschile reclamano la valorizzazione delle differenze e la aspirazione a tempi di vita dilatati.

Un diverso equilibrio o meglio l'integrazione delle competenze e dei poteri nelle aziende sanitarie, quello politico, quello manageriale e quello tecnico professionale, è oggi questione centrale e soprattutto cruciale nel vincere (o perdere) le due sfide più grandi per il nostro sistema sanitario e cioè quella del consenso dei cittadini e quella della sua sostenibilità economica, anche per la salvaguardia dei valori delle professioni di cura cui tocca garantire l'esigibilità dell'articolo 32 della Costituzione. Evitando che medici e personale sanitario diventino il parafulmine della rabbia e della insoddisfazione dei cittadini.

La sostenibilità del Servizio sanitario passa per la valorizzazione, l'autonomia e la responsabilità dei suoi professionisti, il cui lavoro reclama un diverso valore, anche salariale, diverse collocazioni giuridiche e diversi modelli organizzativi che riportino i medici, e non chi governa il sistema, a decidere sulle necessità del malato. La sostenibilità del Servizio sanitario passa attraverso una *"governance a cerchi concentrici"* (Azienda – Territorio e CTSS – Regione) che introduce forti e vincolanti meccanismi di partecipazione, trasparenza, codecisione, valorizzazione del ruolo di tutte le professioni sanitarie e della cittadinanza responsabile. E tutto questo noi lo abbiamo già ribadito in altre sedi istituzionali (Camera dei Deputati audizione su AC 2700 recante *"Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"*).

Si condivide pienamente l'affermazione del Ministro Prof. Orazio Schillaci secondo cui la riforma dovrebbe essere orientata a rendere il Servizio sanitario nazionale maggiormente capace di rispondere ai fabbisogni assistenziali dei cittadini. Tuttavia, permane un interrogativo sostanziale circa le modalità concrete attraverso cui tale obiettivo dovrebbe essere perseguito. Lo schema proposto, infatti, non appare sufficientemente chiaro nel delineare in che modo la riorganizzazione prevista possa incidere in maniera efficace sulle criticità che la popolazione affronta quotidianamente. Ed in questo senso le criticità

percepiti direttamente dai cittadini ma anche dai professionisti che vi operano quotidianamente non avrebbero risposte: la genericità dei principi, la frammentazione dei servizi, la mancanza di investimenti strutturali configurano ancora elementi di rilevante criticità.

Il Servizio Sanitario Nazionale è universale e non può essere sottoposto a logiche di profitto. Senza adeguata manutenzione, senza garanzie di sicurezza, senza formazione continua, senza valorizzazione e gratificazione del personale, senza condizioni di lavoro commisurate al ruolo dei professionisti e alla qualità della cura del paziente, e senza una prossimità territoriale efficace e tempestiva, il sistema non potrà mantenere la propria funzionalità.

L'Anaa Assomed continuerà a proporre iniziative politiche e legislative finalizzate a sostenere il cambiamento necessario, offrendo in modo responsabile il proprio contributo ribadendo la centralità del SSN pubblico e il ruolo fondamentale dei dirigenti dipendenti del servizio. La necessità di una riforma che preveda, tra gli interventi prioritari: l'adeguamento della dotazione di professionisti, l'eliminazione del tetto di spesa sul personale, il miglioramento della remunerazione e delle condizioni di lavoro per tutto il personale, nonché il rafforzamento della capacità di programmazione in grado di rispondere a bisogni in continua evoluzione ed una governance che introduca meccanismi di partecipazione, trasparenza, codecisione, valorizzazione del ruolo di tutte le professioni sanitarie e della cittadinanza responsabile, è indiscutibile: lo sosteniamo da tempo!

Resta ora da definire la direzione concreta che tale riforma assumerà.

Siamo convinti che l'unica riforma efficace sia quella che parta dai professionisti e miri a garantire ai pazienti un'assistenza più razionale, con minori sprechi di risorse, un adeguato potenziamento degli organici, dei reparti e dell'efficienza complessiva delle strutture ospedaliere. Una riforma che eviti la frammentazione dei servizi e impedisca la creazione di un sistema in cui sussista un *“diritto alle cure per pochi e un non-diritto alle cure per molti”*, in nome della salvaguardia della missione che la Costituzione ci ha affidato.

Dott. Pierino Di Silverio

Segretario Nazionale Anaa Assomed