

Continua lo smantellamento del Ssn

**Delega per la riorganizzazione del Ssn,
Legge di Bilancio, riforma delle professioni sanitarie,
disciplina in materia di IRCCS e AOU, ...**

Comitato promotore

Associazione Salute Diritto Fondamentale
Laboratorio Salute e Sanità – LABOSS
AssociALi – Associazione Alessandro Liberati
Cittadinanzattiva
Forum Disuguaglianze e Diversità

Associazione Giovanni Bissoni
Associazione Prima la Comunità
Salute Internazionale
Gruppo Abele
Fondazione Maratona Alzheimer

16 febbraio 2026

Legge di bilancio 2026

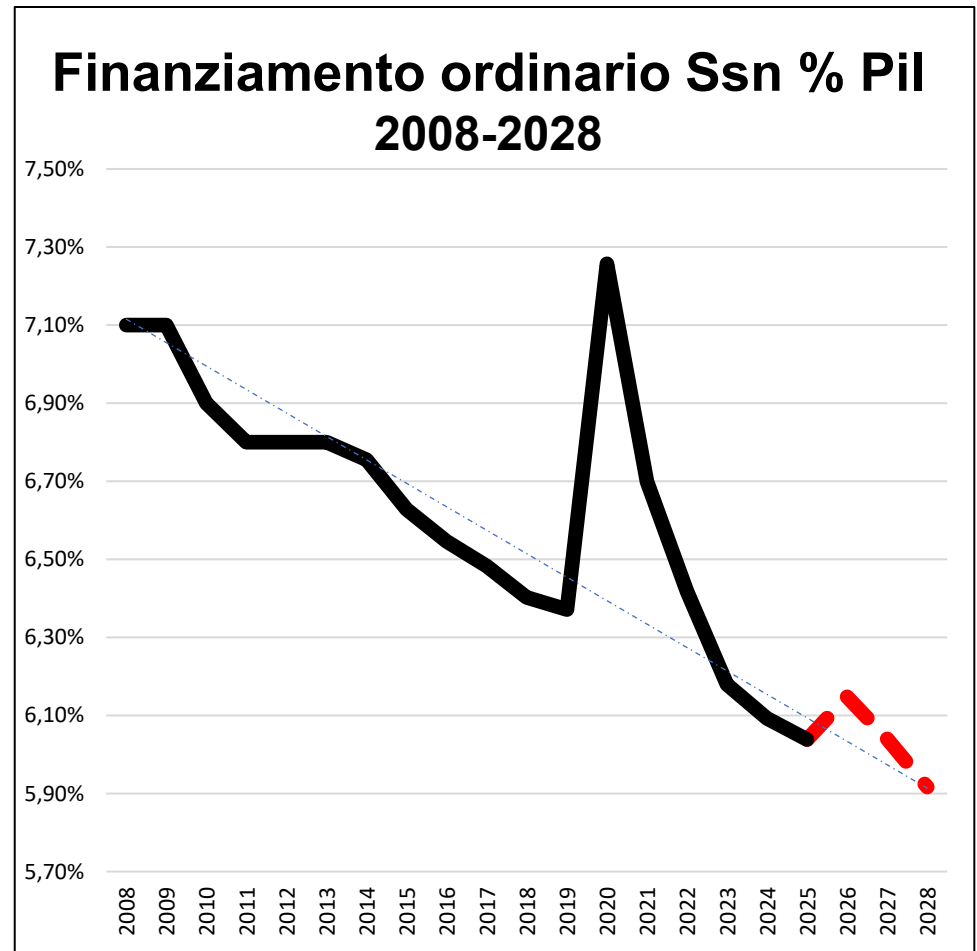
- aumenta il **Fsn** dello **0,14%** del Pil (+0,15 per la difesa!);
- **calpesta autonomia delle regioni** (nuove risorse tutte vincolate a decisioni del Governo e aumento delle risorse trattenute dal Ministero);
- **non supera il tetto di spesa sul personale** (assunzioni solo in deroga, 450 mln);
- **aumenta la spesa per la farmaceutica** (oltre 1,3 mld) e per i dispositivi medici (+280 mln);
- **aumenta la spesa per il privato accreditato** (oltre 1 mld);
- **ignora le persone anziane e non autosufficienti;**
- ...

Servono più risorse

(per la salute della popolazione non per gli stakeholders)

Il Ssn deve poter contare su risorse adeguate per

- recuperare capacità di programmazione, indirizzo e controllo a tutti i livelli di governo
- riconoscere il **valore del lavoro** di cura e di tutti i professionisti
- potenziare la produzione e l'erogazione *diretta* di servizi e percorsi di cura da parte delle strutture pubbliche
- ridurre progressivamente il ricorso a erogatori privati

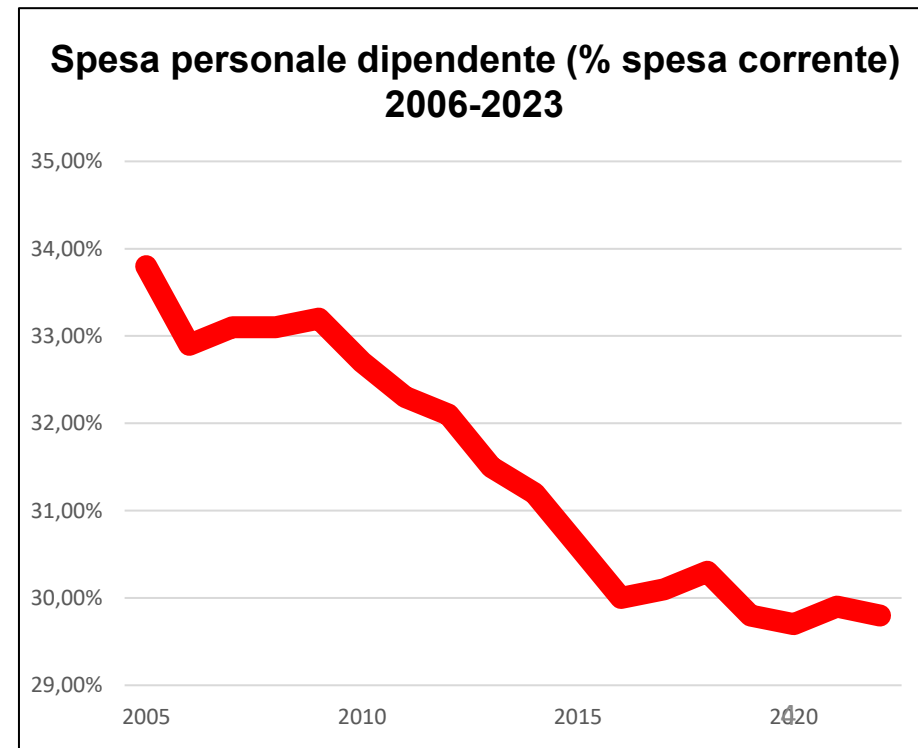


Continua la caduta della spesa per il personale dipendente in % del totale

La quota di risorse destinate al personale dipendente ha subito un drastico crollo: dal 34% della spesa corrente CE nel 2006 a meno del 30% nel 2023 (RGS).

La spesa per il personale **è ancora soggetta a limiti**: non deve superare quella del 2018 (o, se superiore, quella di cui alla L 191/2009) incrementata, a livello regionale, di un importo pari al 10% dell'aumento del Fondo sanitario, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario.

La LdB 2026 non allenta i vincoli,
ma si limita a sostituire il 5% già
previsto previa autorizzazione (dichiarata illegittima dalla Consulta, sent. 114/2025) con il **3%** (dando semplice comunicazione).



Schema legge delega Ssn

Approvato in CdM il 12 gennaio 2026 (ma non ancora trasmesso al Parlamento)

- **fa a fette il Ssn,**
- **scippa competenze e risorse alle regioni,**
- **elude le vere crisi strutturali come accesso alle cure e carenza di personale,**
- **asseconda le richieste del mondo universitario e della sanità ecclesiastica,**
- **confina ai margini l'assistenza distrettuale,**
- **dimentica completamente la prevenzione**
- **è a parità di risorse**
- **richiama buone intenzioni ...**

13 principi e criteri direttivi



**Principi generici, confusi, contraddittori
(in sfregio all'art. 76 Cost.), contenuto
centrato su ospedale, lessico abusato, ...**

- a) potenziare l'integrazione tra ospedale e territorio
- b) **aggiornare la classificazione delle strutture ospedaliere**,
- c) aggiornare declinaz. unità operative qualificabili come strutture complesse;
- d) introdurre nuove reti assistenziali tempo-dipendenti e specialistiche
- e) implementare l'appropriatezza dell'offerta ospedaliera
- f) **definire il ruolo delle buone pratiche**
- g) garantire adeguato livello di qualità dell'ass. sanitaria per non autosufficienza,
- h) definire standard per condizioni croniche complesse e avanzate
- i) valorizzare il ruolo della bioetica clinica
- l) individuare criteri organ. omogenei per integrazione interventi socio-sanitari
- m) **aggiornare la disciplina delle aree della salute mentale**
- n) garantire la qualità e l'interoperabilità dei sistemi informativi,
- o) **riordinare la disciplina di MMG e PLS**





Art. 2 – ospedali di terzo livello

b) **"aggiornare la classificazione delle strutture ospedaliere**, di cui al DM 2 aprile 2015, n. 70, in particolare contemplando, oltre ad ospedali di base, di primo e di secondo livello, anche:

1) ospedali di terzo livello, corrispondenti alle strutture ospedaliere **di eccellenza a livello nazionale** con bacino di utenza nazionale e sovranazionale, comprese le strutture in cui la titolarità e la gestione delle attività assistenziali siano direttamente e integralmente riconducibili a **fondazioni, associazioni o altri enti privati, anche a carattere religioso, che operino esclusivamente senza scopo di lucro, ovvero a enti ecclesiastici civilmente riconosciuti**; tali ospedali sono individuati secondo criteri e requisiti omogenei di livello nazionale, definiti e valutati in coerenza con la disciplina in materia di istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di cui al decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e di aziende ospedaliere universitarie integrate di cui al decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, considerando infungibile la relativa offerta nell'ambito della programmazione regionale e **destinando agli stessi specifiche risorse** a copertura degli oneri relativi allo svolgimento di funzioni assistenziali di livello nazionale, ... "



Art. 2 – ospedali elettivi

" **2) ospedali elettivi**, corrispondenti alle **strutture ospedaliere per acuti prive di pronto soccorso**, per l'individuazione dei quali sono adottati criteri uniformi al livello nazionale volti ad **assicurare un collegamento in tempo utile con le strutture che compongono la rete dell'emergenza-urgenza** di riferimento presenti in altre strutture ospedaliere di livello superiore, anche **individuando un tempo massimo uniforme di livello nazionale per la percorrenza della relativa distanza**, disciplinando le modalità di eventuale trasferimento dei pazienti già presi in carico da una struttura a strutture ospedaliere di riferimento di livello superiore e delineando requisiti minimi di sicurezza e qualità dell'assistenza erogata;

- c) aggiornare la declinazione del **dimensionamento delle unità operative qualificabili come strutture complesse** anche in ragione del relativo bacino di utenza;
- d) prevedere l'introduzione di **nuove reti assistenziali tempo-dipendenti e specialistiche** "



... e il ministro?

... il ministro Schillaci dichiara (La Stampa 17.11.2025): “Serve un cambio di paradigma: **meno ospedali e più territorio**. L’assistenza domiciliare deve diventare davvero capillare.”



Il 16 febbraio 2026 dichiara a QS «**nessuna chiusura di ospedali**»!
quotidianosanità

Schillaci su riforma Ssn: “Nessuna chiusura di ospedali. Stop ai viaggi della speranza”. E su liste d’attesa avvisa Regioni: “Basta truccare i dati”

Sembra che il ministro Schillaci non conosca i provvedimenti proposti dal Governo di cui fa parte!