

Il Ssn è in crisi strutturale. E non da ora se già nel 1987 l'Anaao presentò una proposta di riforma partendo da analogo giudizio (Iniziativa Ospedaliera, inserto n.3/97). Oggi diversi segnali fanno, però, temere il peggio.

L'autonomia differenziata è realtà in 4 Regioni, acuendo i divari e mandando in soffitta il carattere "nazionale" del Servizio mentre quello "pubblico" si affievolisce. Alle liste d'attesa si risponde aumentando il ricorso al privato accreditato che nel 2025 ha assorbito circa la metà delle risorse destinate ad abbatterle. Se, poi, il sistema non riesce a dare una risposta in tempi adeguati, sono i cittadini a mettere mano al portafoglio. Chi può paga e si cura, chi non può aspetta o rinuncia a curarsi (5,8 mln di cittadini) o si indebita. Ma quando l'accesso alle cure dipende dalla disponibilità economica *"non cambiano soltanto i sistemi sanitari: cambia il rapporto tra cittadini, diritti e Stato"* (Filippo Anelli). E la sanità integrativa entra nei contratti pubblici con il recente Ccnl della scuola, portando i sindacati nel mercato assicurativo.

L'incremento nominale del fondo sanitario è utile ai giochi di parole ma non può nascondere il fatto che l'Italia è all'ultimo posto nel G7 per spesa sanitaria, sia in rapporto al Pil che pro capite (Gimbe). La questione che si ripropone ogni anno è tenere dietro all'incremento del fabbisogno, per i costi di farmaci e tecnologie e per l'andamento demografico, evitando deficit nei bilanci regionali scaricati sulle tasche dei soliti noti.

Il dato allarmante degli ultimi anni è rappresentato dal fenomeno post Covid delle "grandi dimissioni", figlio della perdita di attrattività del lavoro ospedaliero e della sua scarsa capacità di retention. I pochi concorsi che sfuggono al ventennale tetto di spesa alle assunzioni vanno deserti, non perché il lavoro non piaccia, ma per l'imbarbarimento delle condizioni in cui è svolto, il vero prezzo pagato, secondo la Corte dei conti, per la tenuta del sistema in questi anni. Carichi di lavoro crescenti, retribuzioni tra le più basse d'Europa, scarse possibilità di carriera, rischi medico legali, aggressioni a getto continuo, carenze non risolte alimentano la grande fuga. Alla ricerca di un diverso equilibrio tra vita

professionale e vita privata, di un tempo lavoro immune dal burnout, di una retribuzione coerente con il valore del prodotto salute. C'è questo alle radici del grande scontento messo in luce da diverse inchieste in cui i medici ospedalieri, in elevate percentuali, si dicono pentiti della propria scelta di vita o desiderosi di cambiare attività. Nel 2025 quasi 4000 lo hanno fatto.

Alla base di fughe e aggressioni c'è anche la crisi della relazione tra Medici, non più "dei in camice bianco", e pazienti, consumatori esigenti che chiedono risposte in tempi brevi e con garanzia di risultato. La relazione di cura è più fragile, indebolendo lo stesso potere contrattuale, mentre la eterogeneità dei rapporti di lavoro porta in corsia nonni e gettonisti, autonomi cottimisti di lusso, non più emergenza ma parte del sistema ordinario.

Il Ccnl garantisce, anche attraverso il rispetto della tempistica, l'aumento nominale delle retribuzioni ma non il loro potere di acquisto, in calo per inflazione, tasse e fiscal drag. Né appare capace di trattenere i professionisti agendo sulla loro crisi. Le prestazioni aggiuntive, defiscalizzate, introducono un individualismo retributivo che ricorda le compartecipazioni degli anni 80, dando ragione al Ministro Schillaci che, al suo insediamento, dichiarò, tra le proteste di qualche sindacalista, che i medici avrebbero dovuto lavorare di più se volevano guadagnare di più.

Per rispondere alla crisi del lavoro pubblico l'aumento delle risorse è condizione necessaria ma non sufficiente. Servono riforme che, partendo dalla testa e non dalla coda del fenomeno, chiariscano cosa fa di un lavoro un buon lavoro. Certo, le retribuzioni, se l'azienda dei trasporti di Boston coprì rapidamente 350 posizioni da tempo scoperte con "consistenti" incrementi retributivi. Ma anche ciò che Kant chiama "il potere di scelta", cioè, nel caso dei medici, la libertà di decidere sulle necessità dei pazienti in autonomia a dispetto di tempari, vincoli burocratici, overbooking. Di qui la urgenza di una riforma del Dlgs 502/92 che, dentro una profonda innovazione della governance e della organizzazione, riconosca il tempo clinico come tempo di relazione e tempo di cura, un suo diverso valore, anche retributivo, una collocazione giuridica dei dirigenti medici e sanitari che ne valorizzi la specificità. Portando i medici, e non chi governa il sistema, a scegliere quello che serve ai pazienti.

In un Paese con elevato debito e bassa produttività tocca al sistema fiscale garantire le risorse per una "spesa costituzionalmente necessaria" (Corte costituzionale, 169/ 2017), se non vogliamo che la sanità diventi il punto di rottura dello Stato sociale e della stessa idea di Paese. Occorre, però, una scelta politica di fondo che, togliendo la sanità pubblica dalla coda della agenda e da una visione residuale, avvicini la spesa al fabbisogno attraverso incrementi progressivi e strutturali, anche riducendo sprechi e inefficienze. E permetta aumenti "consistenti" delle retribuzioni del capitale umano sul quale lo stesso

Ministro della salute ritiene “prioritario investire per rendere la sanità pubblica più attrattiva”, mettendo fine all’illusione di potere garantire la sanità pubblica con professionisti low cost.

Il diritto alla salute dei cittadini è intrecciato al destino professionale dei Medici e dei dirigenti sanitari ma senza un patto sociale, che metta anche un freno ai guasti del regionalismo, la sanità pubblica continuerà a rincorrere, di manovra in manovra, le ragioni della propria sopravvivenza.

Costantino Troise

15 Settembre 2026

© Riproduzione riservata