

Cerca nel sito

15 Settembre 2026 09:16

quotidianosanità.it

Lettere al direttore

Cronache Governo e Parlamento Regioni e Asl Lavoro e Professioni Scienza e Farmaci Studi e Analisi Lettere al direttore
Edizioni Regionali QS Pro Professionisti Sanitari. AI

QS Club Newslet

QS » Lettere al direttore » Non si garantisce la sanità pubblica con soluzioni low cost



Stampa

Non si garantisce la sanità pubblica con soluzioni low cost



Gentile Direttore, il tuo [articolo](#) pubblicato prima delle ferie ha messo il dito nella piaga. Il Ssn è in crisi strutturale. E non da ora se già nel 1987 l'Anaa presentò una proposta di riforma partendo da analogo giudizio (Iniziativa Ospedaliera, inserto n.3/97). Oggi diversi

segnali fanno temere il peggio.

Gentile Direttore,

il tuo articolo pubblicato prima delle ferie ha messo il dito nella piaga. Il Ssn è in crisi strutturale. E non da ora se già nel 1987 l'Anaa presentò una proposta di riforma partendo da analogo giudizio (Iniziativa Ospedaliera, inserto n.3/97). Oggi diversi segnali fanno temere il peggio.

L'autonomia differenziata è realtà in 4 Regioni, acuendo i divari e mandando in soffitta il carattere "nazionale", 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 abbattele. 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 il paese dell'Oecd dove la tutela della salute assorbe la minore spesa globale, all'ultimo posto nel G7, 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

Ultime analisi e review da QS Pro Gold



Terapia antitrombotica nel paziente fragile: nuove evidenze per una gestione personalizzata



Assistenza infermieristica al paziente adulto in ventilazione non invasiva (NIV)



Cloud sanitario: infrastrutture, compliance, GDPR e Risk management



Gestione dell'ipertensione resistente: dalle Linee Guida alle terapie innovative



Leadership Infermieristica 2026: nuovi modelli di responsabilità e autonomia

Quotidiano Sanità CLUB

Gli speciali



Sanità digitale per garantire più salute e sostenibilità. Ma servono standard e condivisione

Tutti gli speciali

I più letti [7 giorni] [30 giorni]



Tumore della prostata: siamo pronti per uno screening con RM senza mezzo di contrasto?



L'infermiere, una professione usurante che richiede un nuovo sistema di welfare

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. E, annualmente, circa 2000 lo fanno.

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 incidendo sulla loro crisi. Le prestazioni aggiuntive, defiscalizzate, introducono un individualismo retributivo che ricorda le compartecipazioni degli anni 80, e danno 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 copri 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 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 dall'ultimo posto 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

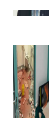
15 Settembre 2026

© Riproduzione riservata

Potrebbe interessarti in Lettere al direttore



Più complessità, più fragilità: la Medicina Interna al centro del SSN che cambia



PS Ospedali Riuniti Padova Sud. Paziente in stato di agitazione danneggia l'area rossa, nessun ferito



Tumore del pancreas. Aiom: "Daraxonrasib non ancora disponibile in Italia. Avviare subito l'uso compassionevole"



Stupefacenti in ospedale, via libera al nuovo decreto: cassaforti, videosorveglianza e controlli delle giacenze ogni 48 ore