

Cronaca di una sanità negata

RICETTA AMARA La spesa pubblica cresce in euro ma arretra in confronto al Pil. Intanto liste d'attesa, rinunce alle cure e ricorso al privato cambiano il rapporto degli italiani con il Ssn. I sondaggi registrano la crisi. La domanda è se, e per chi, si trasformerà in consenso elettorale

Una ricetta non è soltanto un foglio. Può essere una data sul Cup, un appuntamento fissato troppo in là, una telefonata a un centro privato, un preventivo da far entrare nelle spese del mese. Per chi non è esente e non ha un'assicurazione o una copertura integrativa, la domanda è semplice: aspettare o pagare? Per chi può rivolgersi al privato, l'attesa si accorcia ma il conto resta. Ed è qui che la sanità smette di essere una voce di bilancio e diventa un problema di tempo e reddito. Non si parte dalle nuove tariffe per dire che da domani tutte le visite costeranno di più. Sarebbe inesatto. Da lunedì 21 settembre il nuovo tariffario nazionale aggiorna gli importi per 448 prestazioni specialistiche e 222 codici dell'assistenza protesica. Ma tariffa e ticket non coincidono: le nuove cifre sono quelle con cui il Servizio sanitario nazionale remunera le strutture pubbliche e private accreditate, mentre quanto pagherà l'utente dipende dalla prestazione, dal tetto per

ricetta, dalle esenzioni e dalle regole regionali. L'aumento medio delle voci interessate è stimato al 5,8 per cento; più di otto prestazioni su dieci restano invariate. Si parte da qui, però, perché quel cambiamento si inserisce in una storia più lunga. Quella di persone che già oggi misurano il servizio sanitario sulla possibilità di ottenere una visita, sull'esame che non arriva, sul costo che devono sostenere per non aspettare. Non è detto che questa esperienza produca indignazione pubblica. Non è detto che produca un voto. Ma è difficile sostenere che non stia cambiando il rapporto fra gli italiani e una delle promesse più concrete dello Stato sociale.

Cosa ci si aspetta

I sondaggi dicono che la sanità è una



preoccupazione stabile, ma vanno letti senza forzarli. Quali? Ipsos, nella rilevazione di maggio 2026, colloca la sanità fra i tre problemi più preoccupanti nel Paese per il 34 per cento degli intervistati. Non è il primo tema per tutti. Davanti ci sono inflazione, sicurezza, guerre, redditi e lavoro. Ma non è neppure una fiammata: la stessa voce era al 36 per cento nel maggio 2024, al 37 nel luglio 2025 e al 36 nel febbraio di quest'anno. La sanità resta lì, nel gruppo delle cose che non si possono più ignorare. Quando cambia la domanda, cambia anche il numero. Demopolis rileva che il 72 per cento degli italiani mette gli investimenti nella sanità pubblica fra le priorità: seconda voce dopo il contenimento dell'inflazione, all'81 per cento, e prima di lavoro e occupazione, al 70. Nel Rapporto Censis 2024, il 92,5 per cento considera prioritaria l'assunzione di medici e infermieri; l'87,2 per cento chiede di migliorare retribuzioni e condizioni di lavoro dei medici. Le percentuali non si contraddicono. Ipsos chiede quali problemi preoccupano di più, costringendo a scegliere. Demopolis e Censis chiedono su cosa la politica dovrebbe intervenire. Una persona può mettere davanti a tutto le bollette e, insieme, pensare che il Servizio sanitario nazionale vada rafforzato. Non è incoerenza: è il modo in cui la sanità entra nella vita quotidiana. Non sempre come l'emergenza che brucia più di tutte, ma come la garanzia che si vorrebbe trovare quando serve. I sondaggi non dicono, invece, per chi si voterà a causa della sanità. Non si può trasformare il 72 per cento in un pacchetto di consensi pronto a spostarsi da una parte all'altra. Dicono però che la domanda di protezione pubblica è più ampia della sola classifica dei timori. La domanda è da dove nasca.

Se la cura resta in sospeso

Nel 2024 il 9,9 per cento della popolazione, quasi 5,8 milioni di persone, ha dichiarato di avere rinunciato negli ultimi dodici mesi a una visita specialistica o a un accertamento diagnostico necessario. Le lunghe liste d'attesa sono la ragione più citata, dal 6,8 per cento della popolazione; le difficoltà economiche riguardano il 5,3 per cento. I due dati possono sovrapporsi e non vanno sommati.

Non è il numero delle "cure negate dal Ssn". Istat misura le persone che dichiarano di non avere fatto una visita o un esame pur ritenendolo necessario; dietro possono esserci attese, costi, distanza, organizzazione. Ma proprio qui sta il punto. Non è un capitolo di finanza pubblica: è un bisogno che resta in sospeso. Una visita rimandata, un esame lasciato perdere, una prestazione cercata altrove cambiano il modo in cui si giudica il servizio pubblico. C'è una tentazione, ogni volta che si parla di liste d'attesa: usare un numero per raccontare tutto. Il monitoraggio Agenas mostra che fra gennaio e giugno 2026 il 78,5 per cento delle prime visite e l'84,6 per cento degli esami diagnostici compresi nella Piattaforma nazionale delle liste d'attesa risultano entro il tempo previsto dalla classe di priorità. Nello stesso perimetro, però, rimangono nella fascia di maggiore sforamento 1,44 milioni di prime visite e 759 mila esami. Non sono dati che si annullano. Agenas conta le prenotazioni di 14 prime visite e 22 esami nell'Asl dell'assistito; Istat rileva una rinuncia dichiarata nell'arco di dodici mesi. Il primo indicatore segnala un miglioramento su un perimetro preciso. Il secondo racconta che l'accesso continua a essere difficile per una quota ampia di persone. Prendere soltanto il primo significa dire che tutto si sta aggiustando. Prendere soltanto il secondo significa dire che non funziona più niente. La realtà è meno comoda: alcuni tempi migliorano, mentre una parte rilevante della domanda continua a non trovare risposta.

Cosa si paga

Il costo è l'altro pezzo della storia. Nel 2024, secondo i conti sanitari armonizzati Eurostat-Istat, le famiglie hanno → pagato direttamente 42,791 miliardi di euro: il 22,98 per cento della spesa sanitaria corrente totale. Non è tutta la spesa privata e non prova che ogni visita a pagamento sia la conseguenza di



una lista d'attesa. Ci sono assicurazioni, scelte individuali, prestazioni non coperte o coperte solo in parte. Ma mostra quanto sia rilevante la quota di cura che oggi passa dal portafoglio delle famiglie. Dire che la spesa sanitaria "cala" è una scorciatoia. Nei conti del Documento di finanza pubblica del Mef, la spesa sanitaria delle amministrazioni pubbliche cresce in euro correnti: 138,061 miliardi nel 2024, 141,539 nel 2025 e 148,522 previsti nel 2026. Il problema è quanto quella crescita resista all'inflazione, quanto valga rispetto al Pil e quanto riesca a trasformarsi in appuntamenti, personale e servizi. In una serie Ocse ripresa da **Gimbe**, la sola spesa pubblica passa dal 6,3 per cento del Pil nel 2024 al 6,2 nel 2025. È questa la frattura che la politica fa fatica a raccontare. I miliardi possono aumentare e, nello stesso tempo, non essere abbastanza perché una famiglia non debba pagare una visita o aspettare mesi per un esame. Il cittadino non confronta due aggregati contabili. Confronta il diritto alla cura con ciò che gli succede quando prova a esercitarlo.

Chi manca

Anche la "fuga dei medici" è una formula che rischia di dire troppo poco proprio perché dice troppo. I dati amministrativi nazionali più recenti non mostrano un esodo generale dal Ssn: nel 2024 il ministero della Salute registra 58.311 assunzioni e 47.238 cessazioni, con un aumento dell'1,6 per cento dei dipendenti a tempo indeterminato. Il 71,6 per cento delle cessazioni è raggruppato nella categoria pensionamento, dimissioni o risoluzione del rapporto. Da lì non si può ricavare un numero di medici dimessi o emigrati. Questo non vuol dire che il sistema tenga ovunque. Gli specialisti di medicina generale passano da 42.428 nel 2019 a 37.983 nel 2023 nella serie Ageas. Il profilo Ocse-Commissione europea colloca l'Italia a 6,9 infermieri praticanti per mille abitanti, contro una media Ue di 8,4. Ci sono pensionamenti attesi, zone dove il medico di base è già difficile da trovare, reparti con organici fragili, specialità che attirano sempre meno. Il problema non è trovare una parola più drammatica. È

riconoscere che un sistema può continuare ad assumere e insieme diventare più fragile nei punti che contano per chi si cura: il medico di famiglia, la continuità dell'assistenza, il tempo di risposta. È lì che nasce il malcontento. Non in un grafico, ma nel momento in cui una persona scopre che il servizio al quale ha sempre pensato di potersi rivolgere non riesce a risponderle.

Chi ne parla

C'è poi un altro vuoto: quello dell'agenda politica visibile. Per questo articolo sono stati esaminati 72 post originali su X, escludendo retweet e risposte, pubblicati da Giorgia Meloni, Matteo Salvini e Giuseppe Conte. Le finestre non sono identiche: dal 6 al 19 settembre per Meloni, dal 2 al 18 per Salvini, dal 6 al 19 per Conte. Sono stati letti soltanto i testi, non immagini, video o link. In questo campione non c'è un messaggio con sanità o welfare sanitario come tema prevalente. Nei 25 post di Meloni, i contenuti senza materia di governo esplicita sono i più frequenti; fra i temi di governo prevalgono politica estera e difesa. Nei 24 post di Salvini e nei 23 di Conte dominano invece istituzioni, leadership e attività di partito. Nel totale, 21 messaggi su 72 ricadono in quest'ultima area; nessuno mette la sanità al centro. Non significa che i tre leader non parlino mai di ospedali, liste o medici. X non è la politica intera: non dice quante persone abbiano visto quei post e non comprende Instagram, Facebook, TikTok, televisioni, comizi, provvedimenti o attività locale. Dice solo che, in quei testi e in quei giorni, la sanità non è stata scelta come materia principale. I social mostrano l'offerta di attenzione politica; i sondaggi registrano la domanda percepita. Una priorità sociale non diventa automaticamente un tema di comunicazione. E un tema molto presente nei post non diventa automaticamente un voto. Ma se le due agende restano lontane, qualcuno può provare a occupare quello spazio.



La vera domanda

Il salto da una lista d'attesa alla scheda elettorale non è automatico. Prima di tutto, chi vota deve capire chi ritiene responsabile: il governo che finanzia il servizio, la Regione che lo organizza, l'azienda sanitaria che gestisce le agende, il medico che prescrive. Poi deve vedere un'alternativa. Non basta dire che le liste sono troppo lunghe; bisogna spiegare chi assume, chi finanzia, chi cambia le regole e in quanto tempo. Per questo il tema può pesare di più nelle elezioni regionali. Lì la catena delle responsabilità è più corta e gli ospedali, i Cup, la medicina territoriale sono percepiti come materia della politica locale. Nei report Ipsos Doxa sulle regionali del 2025, la sanità risulta la prima priorità nelle Marche, in Calabria e in Toscana: rispettivamente 61,4, 75,3 e 45,8 per cento. In tutti e tre i casi il candidato poi vincente è anche quello considerato più credibile sulla sanità: nelle Marche 25,4 contro 22,9 per cento, in Calabria 30,3 contro 18,2, in Toscana 32,5 contro 15,7.

Sono associazioni, non la prova che la sanità abbia deciso quelle elezioni. Al risultato contribuiscono l'affluenza, l'identità di partito, la qualità dei candidati, il giudizio sugli amministratori uscenti e la situazione economica. Ma suggeriscono un fatto semplice: quando il responsabile è vicino e una proposta appare più credibile dell'altra, la sanità può entrare davvero nel giudizio politico.

A livello nazionale è più difficile. Governo, Regioni, aziende sanitarie e vincoli di finanza pubblica si sovrappongono, e la protesta rischia di disperdersi. Può trasformarsi in consenso per chi propone una riforma credibile, in disponibilità a cambiare voto, in astensione o soltanto in sfiducia. I dati non permettono di dire oggi in quale misura accadrà.

Un banco di prova è la Puglia di Antonio Decaro. A gennaio il presidente della Regione ha avviato un piano sperimentale sulle liste d'attesa: aperture straordinarie, fasce orarie più lunghe, recupero delle prestazioni fuori soglia e monitoraggio dei direttori generali. Secondo il monitoraggio regionale, la prima fase, chiusa il 30 giugno, ha richiamato 231.435 persone e recuperato 157.176 prestazioni, oltre il target fissato a 124.320. Ad agosto la Regione ha stanziato altri 20 milioni fino a dicembre per una seconda fase che punta anche a rendere più stabile il richiamo dei pazienti, la presa in carico e il controllo delle prescrizioni.

È presto per dire se il piano avrà ridotto in modo durevole le attese per chi riceve oggi una nuova ricetta. I numeri sono quelli comunicati dalla Regione e il risultato vero andrà misurato sui tempi, sull'accesso e sulla qualità dell'offerta, non soltanto sul recupero del pregresso. Ma la Puglia mostra il punto politico: la sanità può diventare un terreno di consenso quando un amministratore indica un problema, fissa obiettivi verificabili e accetta di essere giudicato sui risultati.

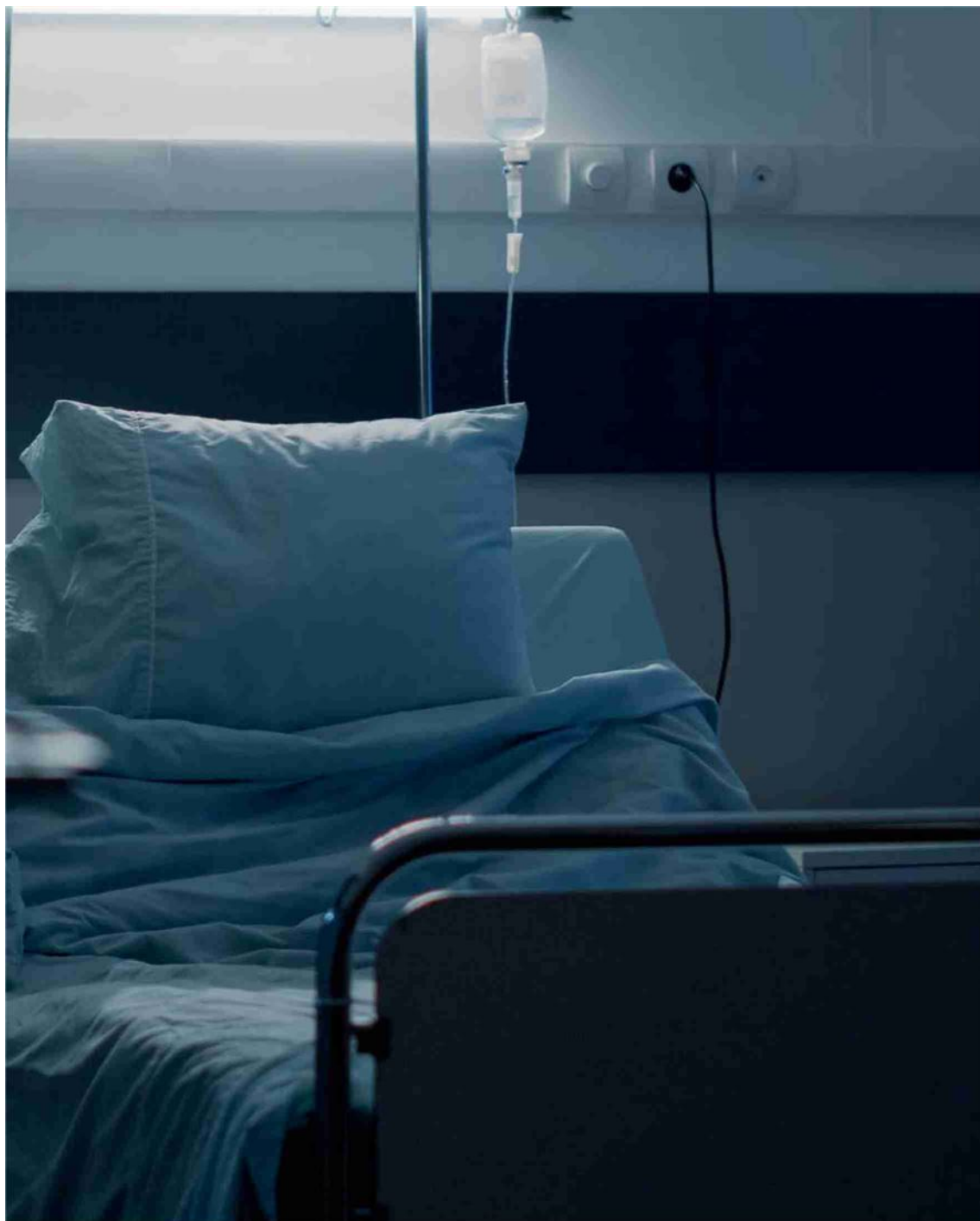
La domanda, allora, non è se la sanità preoccupi gli italiani. Li preoccupa già. La domanda è perché dovrebbero credere che questa volta qualcuno sia disposto a farne una priorità concreta: non una promessa generica di più fondi, ma appuntamenti accessibili, personale sufficiente, ticket che non diventino un'altra barriera e tempi che non costringano le persone a comprare altrove ciò che dovrebbero poter ottenere nel pubblico. Finché questa risposta non arriverà, la sanità resterà un malcontento diffuso, riconosciuto nei sondaggi ma senza un indirizzo elettorale altrettanto chiaro. ●

Lara Tomasetta

Nel 2024, il 9,9% della popolazione, quasi 5,8 milioni di persone, ha rinunciato a visite specialistiche o ad accertamenti diagnostici necessari

La spesa pubblica è passata dai 138,061 miliardi del 2024 ai 148,522 previsti per il 2026. Eppure l'incidenza sul Pil è scesa dal 6,3 al 6,2 per cento







T P I

