

La sanità che non è più di tutti

Come le liste d'attesa spingono verso il privato chi può permetterselo



CONTROPOTERE

un libro di Alessio Farinella



La sanità che non è più di tutti

Come le liste d'attesa spingono verso il privato chi può permetterselo

Alessio Farinella

Indice

Prefazione — Perché questo libro ti riguarda, anche se stai bene	2
Capitolo 1 — Nascita del Servizio Sanitario Nazionale (1978)	6
Capitolo 2 — Il definanziamento silenzioso	10
Capitolo 3 — Le liste d'attesa come meccanismo . .	14
Capitolo 4 — I fondi sanitari integrativi	19
Capitolo 5 — Sanità diversa da regione a regione ..	23
Capitolo 6 — Il personale sanitario che manca	28
Capitolo 7 — Come funziona altrove	33
Capitolo 8 — Le obiezioni, trattate con onestà	38
Capitolo 9 — Cosa si potrebbe fare	43
Capitolo 10 — Cosa puoi fare tu, adesso	48
Nota sulla trasparenza nell'uso dell'intelligenza artificiale	53

Prefazione — Perché questo libro ti riguarda, anche se stai bene

«Prendi un numero e aspetta»

Hai mai prenotato una visita specialistica con il Servizio Sanitario Nazionale — quello pubblico, quello che dovrebbe essere gratuito o quasi — e ti sei sentito rispondere una data a otto mesi da quel giorno? O ti hanno detto: «Se vuole, può farla anche domani, a pagamento»?

Se ti è successo, non è stata sfortuna. Non è nemmeno colpa del medico che hai davanti, quasi sempre in affanno quanto te. È il risultato di scelte precise, fatte negli ultimi trent'anni, che quasi nessuno ti ha mai spiegato con chiarezza.

Questo libro nasce per raccontarti una cosa semplice ma che i telegiornali non hanno tempo di spiegare bene: **la sanità pubblica italiana non si è rotta da sola**. È stata defanziata, un pezzo alla volta, anno dopo anno, mentre chi poteva permetterselo ha iniziato — sempre di più — a pagare di tasca propria per non aspettare.

Un esempio che conosci già

Immagina un ospedale come un ristorante con un solo cuoco per cento tavoli. Il cuoco lavora bene, fa quello che può, ma i piatti arrivano sempre più tardi. A un certo punto, il ristorante apre un tavolo «riservato»:

stesso cuoco, stessa cucina, ma se prenoti quel tavolo e paghi in più, il piatto arriva subito.

Chi ha i soldi per il tavolo riservato mangia prima. Chi non li ha, aspetta con gli altri, sempre di più, finché a volte rinuncia del tutto a mangiare.

Questo è, con parole semplici, quello che sta succedendo alla sanità pubblica italiana. Non perché i medici e gli infermieri lavorino peggio di prima — anzi, spesso lavorano più di prima, con meno colleghi. Ma perché **il cuoco è sempre lo stesso, i tavoli aumentano, e nessuno assume un secondo cuoco.**

Non è un'opinione, sono fatti verificabili

In questo libro non ti chiediamo di crederci sulla parola. Ti mostreremo, con dati verificabili e fonti citate, che la spesa sanitaria pubblica italiana è oggi al 6,3% del PIL — il «PIL» è, semplificando, tutta la ricchezza che il paese produce in un anno — contro una media del 7,1% nei paesi ricchi del mondo (l'area OCSE) e del 6,9% nell'Unione Europea. Ti mostreremo che, secondo le stime di un osservatorio indipendente (la Fondazione GIMBE), in dieci anni sono stati sottratti alla sanità pubblica circa 37 miliardi di euro, tra tagli diretti e mancati adeguamenti. Ti mostreremo che quasi un italiano su dieci, nel 2024, ha rinunciato a curarsi perché le liste d'attesa erano troppo lunghe o perché non aveva i soldi per pagare il privato.

Questi non sono numeri che riguardano «gli altri». Riguardano te, la prossima volta che ti servirà una visita, un esame, un intervento — o che ne avrà bisogno un genitore anziano, un figlio, un amico.

Perché nessuno te lo spiega così

Se questi fatti ti sembrano nuovi, non è perché siano complicati da capire — come vedrai in questo libro, si spiegano con un esempio da ristorante. È perché il dibattito pubblico italiano, da decenni, racconta i problemi della sanità come un destino: «non ci sono soldi», «la popolazione invecchia», «è colpa della burocrazia». Tutte cose vere in parte — e le tratteremo con onestà anche noi, senza nasconderle — ma raccontate quasi sempre senza il pezzo più importante: **le scelte politiche precise che hanno ridotto, anno dopo anno, il finanziamento pubblico**, mentre altri paesi, con la stessa ricchezza, hanno scelto di investire di più.

Non serve immaginare complotti per capire questo silenzio. Basta guardare gli incentivi di chi governa: tagliare la sanità pubblica lentamente, un decimo di punto di PIL alla volta, non fa notizia come un taglio annunciato tutto insieme. E chi, negli anni, ha scelto di rallentare gli investimenti nella sanità pubblica ha quasi sempre avuto molto meno da perdere, davanti agli elettori, di chi avrebbe dovuto spiegare apertamente quella scelta.

Perché capire non è tempo perso

Qui sta il punto centrale di questo libro: **capire come funziona un meccanismo è il primo passo per poterlo cambiare**. Finché la maggior parte delle persone crede che le liste d'attesa siano una specie di maltempo — qualcosa che capita e basta — nessuno chiederà mai conto a chi decide quanti soldi dare alla sanità pubblica ogni anno. Ma quando abbastanza persone capiscono che dietro un'attesa di otto mesi c'è una scelta di bilancio, e non la sfortuna, cominciano a fare domande diverse. E chi ci governa, che segue l'opinione pubblica più spesso di quanto la guidi, comincia a rispondere in modo diverso.

Cosa troverai in questo libro

Nei capitoli che seguono ti racconteremo come è nato il Servizio Sanitario Nazionale nel 1978, e cosa significava davvero l'idea di una sanità gratuita per tutti. Ti mostreremo, con numeri verificabili, come questo finanziamento si sia progressivamente allontanato da quello degli altri paesi europei. Ti spiegheremo perché le liste d'attesa non sono solo un disagio, ma funzionano quasi come un meccanismo che spinge chi può verso il privato. Ti parleremo dei fondi sanitari integrativi — un secondo pilastro sanitario, spesso legato al lavoro, che sta crescendo mentre il primo si indebolisce — e delle enormi differenze tra le regioni italiane nell'accesso alle cure. Ti racconteremo cosa manca in

termini di medici e infermieri, e come funziona, per confronto, la sanità in altri paesi.

L'ultimo terzo del libro sarà dedicato all'onestà intellettuale che questo tema richiede: le obiezioni serie a questo ragionamento, a partire dai vincoli di bilancio reali e dall'invecchiamento della popolazione, che aumenteranno davvero la spesa necessaria nei prossimi decenni. E poi le proposte concrete, già sul tavolo, per affrontare questi problemi — e cosa puoi fare tu, da subito, con quello che avrai imparato.

Buona lettura.

Capitolo 1 — Nascita del Servizio Sanitario Nazionale (1978)

Prima del 1978: la sanità a seconda del lavoro che facevi

Prova a immaginare un'Italia diversa da quella di oggi. Un'Italia dove, se ti ammalavi, la prima domanda non era «cosa hai?», ma «che lavoro fai?».

Fino al 1978, in Italia, la sanità funzionava così. Esistevano le «mutue»: casse assicurative organizzate per categoria di lavoro. Gli operai avevano una mutua, gli impiegati un'altra, gli artigiani un'altra ancora. Ogni mutua raccoglieva contributi dai propri iscritti e, in cambio, pagava le cure quando qualcuno si ammalava.

Il problema era semplice, e grave: se avevi un lavoro stabile e una mutua buona, eri coperto discretamente. Se avevi un lavoro precario, se eri disoccupato, se lavoravi in nero, se eri una casalinga senza un impiego formale, rischiavi di restare senza copertura vera, o con una copertura molto più debole. La salute, in pratica, dipendeva dal tipo di contratto che avevi in tasca.

La legge 833 del 1978

Il 23 dicembre 1978 il Parlamento italiano approva la legge n. 833, che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale — il SSN, la sigla che sentirai spesso in questo libro.

L'idea alla base di questa legge era semplice da dire, ma rivoluzionaria da applicare: la salute è un diritto di tutti, non un premio per chi ha un buon contratto di lavoro. La legge richiama direttamente l'articolo 32 della Costituzione italiana, che dice che la Repubblica tutela la salute «come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività», e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Con la 833, il finanziamento della sanità smette di dipendere dai contributi versati da ciascuna categoria di lavoratori, e passa alla fiscalità generale: le tasse che pagano tutti, in proporzione a quello che guadagnano. In cambio, tutti — a prescindere dal lavoro, dal reddito, dal contratto — hanno diritto alle stesse cure di base,

negli stessi ospedali pubblici, senza dover mostrare la tessera della mutua giusta.

Cosa significava davvero, in pratica

Per capire cosa cambiò davvero, pensa a un esempio semplice. Prima del 1978, una persona con un lavoro precario che si ammalava gravemente rischiava di dover scegliere tra curarsi e indebitarsi, oppure rinunciare alle cure. Dopo il 1978, quella stessa persona aveva diritto, sulla carta, alle stesse cure di un dirigente d'azienda: stesso ospedale, stessi medici, stessa qualità dell'assistenza, senza dover pagare (o pagando solo un piccolo contributo, il «ticket», per alcune prestazioni).

Questo principio si chiama **universalismo**: un servizio sanitario che copre tutti, indipendentemente dalla condizione economica o lavorativa. Non è un dettaglio tecnico: è la differenza tra un paese dove la salute dipende da quanto guadagni, e un paese dove non dipende (o dovrebbe non dipendere) da questo.

L'Italia, nel fare questa scelta nel 1978, si ispirava a un modello già esistente: il National Health Service britannico, il NHS, nato trent'anni prima, nel 1948, sulle macerie della Seconda guerra mondiale. Ne parleremo meglio nel Capitolo 7, quando confronteremo la sanità italiana con quella di altri paesi.

Un diritto che si mantiene con i soldi di tutti

C'è un punto che vale la pena capire subito, perché tornerà per tutto il resto di questo libro: un servizio sanitario universale e gratuito al momento del bisogno non è «gratis» nel senso di «senza costi». Costa, e molto. La differenza è che il costo non lo paga direttamente il singolo malato nel momento del bisogno — come succederebbe con un'assicurazione privata, o pagando di tasca propria — ma lo paga la collettività, attraverso le tasse, prima che qualcuno si ammali.

È lo stesso principio delle scuole pubbliche: tutti pagano le tasse, e chi ha figli in età scolare li manda a scuola senza pagare una retta per ogni lezione. Se un anno lo Stato decide di mettere meno soldi nella scuola pubblica, non sparisce la scuola dall'oggi al domani: peggiorano, gradualmente, le classi, gli insegnanti disponibili, i materiali. Con la sanità pubblica succede la stessa cosa: se anno dopo anno lo Stato mette meno soldi di quanti ne servirebbero, il servizio non crolla in un giorno. Peggiora lentamente — più attesa, meno personale, meno macchinari nuovi — fino a diventare quello che moltissimi italiani vivono oggi sulla propria pelle.

Il punto di partenza di questo libro

La legge 833 del 1978 non è un dettaglio storico da manuale scolastico. È il punto di partenza necessario

per capire tutto il resto di questo libro. Perché quello che racconteremo nei prossimi capitoli — il definanziamento progressivo, le liste d'attesa, la crescita dei fondi sanitari privati, le differenze tra regioni — non è la storia di un sistema che non ha mai funzionato. È la storia di un sistema che, per anni, ha funzionato bene, e che poi è stato lasciato progressivamente senza le risorse che gli servivano per continuare a farlo.

Nel prossimo capitolo vedremo, con i numeri alla mano, quando è cominciato questo allontanamento silenzioso — e perché quasi nessuno te lo ha mai raccontato con questa chiarezza.

Capitolo 2 — Il definanziamento silenzioso

Nessun titolo di giornale ha mai detto «tagliamo la sanità»

Se cerchi, negli ultimi trent'anni di giornali italiani, un titolo che dica chiaramente «il governo taglia la sanità pubblica», ne troverai pochi. Eppure, guardando i numeri, è esattamente quello che è successo — un pezzo alla volta, quasi sempre senza annunci espliciti.

Questo capitolo racconta come. E lo fa con numeri verificabili, non con impressioni.

Il confronto che conta: l'Italia contro gli altri

Nel 2024 l'Italia ha speso, in sanità pubblica, il 6,3% di tutta la ricchezza che il paese produce in un anno — quello che in economia si chiama PIL, il Prodotto Interno Lordo. Sembra un numero astratto, ma diventa chiaro se lo confrontiamo con altri paesi simili all'Italia per ricchezza.

La media dei paesi ricchi del mondo (l'area OCSE, che comprende Europa, Nord America, Giappone, Australia e altri) è del 7,1%. La media dell'Unione Europea è del 6,9%. L'Italia è sotto entrambe. In termini pratici, l'Italia è al quattordicesimo posto su ventisette paesi europei per spesa sanitaria pubblica per abitante — e all'ultimo posto tra i paesi del G7, il gruppo dei sette paesi più industrializzati al mondo (Italia, Francia, Germania, Regno Unito, Stati Uniti, Canada, Giappone).

Non è una differenza piccola. Un punto di PIL, per l'Italia, vale decine di miliardi di euro l'anno. È la differenza tra avere abbastanza medici, infermieri, macchinari, orari degli ambulatori — o non averne abbastanza.

Come si è arrivati a questo punto: il decennio 2010-2019

Un osservatorio indipendente sulla sanità pubblica italiana, la Fondazione GIMBE, ha ricostruito con

precisione cosa è successo nel decennio 2010-2019. Secondo questa ricostruzione, in quei dieci anni sono stati sottratti alla sanità pubblica italiana circa 37 miliardi di euro, in due modi diversi.

Il primo modo: tagli diretti, decisi con manovre di bilancio vere e proprie, soprattutto tra il 2010 e il 2015 — circa 25 miliardi di euro, spalmati sui governi Monti, Letta e Renzi, in un periodo segnato dalla crisi economica e dai vincoli europei sul debito pubblico (di cui parliamo in un altro libro di questa collana).

Il secondo modo, più silenzioso: tra il 2015 e il 2019, invece di tagli diretti, il governo ha semplicemente dato alla sanità meno soldi di quelli che erano stati programmati e promessi in precedenza — circa 12 miliardi di euro in meno rispetto ai piani. Non è un taglio annunciato: è una promessa non mantenuta, ripetuta anno dopo anno.

Il risultato: nel decennio 2010-2019, il finanziamento pubblico della sanità è cresciuto in media solo dello 0,9% l'anno — meno dell'inflazione media dello stesso periodo (1,07%). Un finanziamento che cresce meno dell'inflazione, in pratica, è un finanziamento che si riduce nel tempo, anche se il numero sulla carta sembra salire.

Perché nessuno l'ha mai chiamato «taglio»

Qui sta il cuore di questo capitolo: **un definanziamento fatto di piccoli passi, spalmati su tanti governi diversi e tante manovre diverse, non produce mai un titolo di giornale forte come «tagliata la sanità»**. Produce, invece, tanti piccoli titoli tecnici — «rimodulazione della spesa», «contenimento», «mancato adeguamento» — che il pubblico fatica a collegare tra loro.

Nessun ministro, in trent'anni, si è mai presentato in conferenza stampa dicendo: «Oggi decidiamo di far allontanare l'Italia dalla media europea di spesa sanitaria.» Eppure, sommando anno dopo anno le scelte fatte, è esattamente quello che è successo.

Un confronto che aiuta a capire la differenza

Prendiamo la Germania. Tra il 2015 e il 2025, la Germania ha aumentato la propria spesa sanitaria di 1,8 punti di PIL, arrivando all'11% — il livello più alto tra i paesi OCSE. Nello stesso periodo, l'Italia ha ridotto la propria spesa sanitaria di 0,4 punti di PIL.

Non stiamo parlando di due paesi con economie incomparabili: la Germania e l'Italia sono due delle maggiori economie europee, entrambe nell'euro, entrambe soggette alle stesse regole di bilancio europee di base. La differenza tra +1,8 e -0,4 punti in dieci

anni non è un destino: è il risultato di scelte politiche diverse, fatte da governi diversi, con priorità diverse.

Cosa significa in concreto, per te

Un punto di PIL in meno di spesa sanitaria pubblica non è un numero astratto sui giornali economici. Significa, molto concretamente: meno medici assunti, meno infermieri, macchinari diagnostici più vecchi, orari degli ambulatori più corti, appuntamenti spostati sempre più avanti nel calendario.

Nel prossimo capitolo vedremo come tutto questo si traduce, per chi ha bisogno di una visita o di un esame, in un'attesa che a volte dura mesi — e come quell'attesa non sia solo un disagio, ma funzioni quasi come un meccanismo che spinge, chi può permetterselo, verso il privato.

Capitolo 3 — Le liste d'attesa come meccanismo

Non è solo un disagio: è una selezione

Immagina di avere un dolore che non passa. Chiami per prenotare una visita specialistica con il Servizio Sanitario Nazionale. Ti danno una data: tra otto mesi. Poi ti dicono anche un'altra cosa: se vuoi, puoi fare la stessa visita, con lo stesso specialista, in privato, pagando, già la prossima settimana.

Cosa fai? Se hai i soldi, probabilmente paghi. Se non li hai, aspetti — o rinunci del tutto. In entrambi i casi, la lista d'attesa ha appena fatto una cosa che sembra tecnica ma è in realtà molto concreta: **ha selezionato chi cura prima, in base a chi ha i soldi per pagare, non in base a chi ne ha più bisogno.**

Questo capitolo racconta perché questo non è un effetto collaterale imprevisto del sistema, ma un meccanismo che si è consolidato negli anni, quasi come una regola non scritta.

I numeri della rinuncia

Nel 2024, secondo l'Istat, quasi 5,8 milioni di persone in Italia — il 9,9% della popolazione, quasi un italiano su dieci — hanno rinunciato a una visita medica o a un accertamento di cui avevano bisogno. L'anno prima, nel 2023, erano 4,5 milioni: la crescita in un solo anno è enorme.

Le due cause principali di questa rinuncia sono, quasi sempre, le stesse: le liste d'attesa troppo lunghe (il 6,8% delle persone lo indica come motivo, in crescita di 2,3 punti rispetto al 2023) e le difficoltà economiche (il 5,3%). Spesso le due cause si sommano: chi non può permettersi di pagare il privato per saltare la fila, aspetta finché può, poi rinuncia del tutto.

Le differenze territoriali sono enormi. In Sardegna, il tasso di rinuncia alle cure arriva al 17,2% — quasi una persona su cinque. Anche tra uomini e donne c'è

differenza: secondo l'Istat, le donne rinunciano alle cure nell'11,4% dei casi, gli uomini nell'8,3%, spesso per ragioni legate anche a visite specialistiche con liste particolarmente lunghe.

Quanto costa, davvero, curarsi «di tasca propria»

Per capire quanto questo fenomeno sia diventato grande, basta guardare quanto gli italiani spendono ogni anno per curarsi da soli, senza passare dal servizio pubblico. Si chiama spesa «out-of-pocket» — letteralmente «dalla propria tasca» — ed è la somma che le famiglie pagano direttamente, senza passare da un'assicurazione o dal SSN.

In Italia questa spesa vale circa 41-42 miliardi di euro l'anno, pari al 22,3% della spesa sanitaria totale del paese. L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera «sano» per un sistema sanitario restare sotto il 15% di spesa diretta delle famiglie. L'Italia è sopra quella soglia da dodici anni consecutivi.

L'intramoenia: lo stesso medico, due file diverse

C'è un meccanismo, dentro il sistema pubblico stesso, che rende ancora più visibile questo effetto: si chiama **intramoenia**. È una parola difficile che significa semplicemente «dentro le mura» — dentro l'ospedale pubblico.

Funziona così: un medico dipendente di un ospedale pubblico può, fuori dal proprio orario di lavoro ordinario, visitare pazienti nella stessa struttura pubblica, con le stesse attrezzature — ma a pagamento diretto del paziente. Stesso medico, stesso ospedale, stessa macchina per gli esami. L'unica differenza è che, pagando, si salta la lista d'attesa ordinaria e si viene visitati molto prima.

Non è per forza una cosa fatta in malafede: è un sistema regolato per legge, pensato in origine per trattenere in Italia medici bravi che altrimenti sarebbero tentati di passare completamente al privato. Ma l'effetto pratico, visto dal paziente, è esattamente quello del ristorante con il tavolo riservato di cui parlavamo nella prefazione: stessa cucina, stesso cuoco, ma chi paga in più mangia prima.

Perché questo non è «colpa» dei medici

È importante essere onesti su un punto: i medici che fanno intramoenia, nella grande maggioranza dei casi, non stanno facendo niente di illegale, né stanno «rubando» tempo al pubblico in modo scorretto. Il problema non è il singolo medico. Il problema è un sistema che, per anni, ha avuto sempre meno personale e sempre meno ore disponibili per la lista d'attesa ordinaria, mentre la via a pagamento restava aperta.

Se in un ospedale ci fossero abbastanza medici per smaltire le liste d'attesa in tempi ragionevoli,

l'intramoenia resterebbe quello che doveva essere all'origine: un'opzione in più per chi vuole scegliere l'orario o il medico specifico, non l'unica strada rapida per chi ha un problema di salute urgente.

Un meccanismo che si autoalimenta

C'è un ultimo aspetto da capire, forse il più importante di questo capitolo: più le liste d'attesa pubbliche si allungano, più aumenta la domanda di visite a pagamento — sia in intramoenia sia nel privato puro. E più aumenta questa domanda, più diventa economicamente conveniente, per il sistema nel suo complesso, orientare risorse (tempo dei medici, orari degli ambulatori) verso la parte a pagamento, invece che verso quella pubblica gratuita.

Non serve nessun complotto per spiegare questo meccanismo. Basta osservare come si comportano, nel tempo, gli incentivi economici di chi lavora nel sistema, quando il finanziamento pubblico — come abbiamo visto nel capitolo precedente — non basta a coprire davvero il bisogno di cura di tutti.

Nel prossimo capitolo vedremo come questo bisogno di «saltare la fila» abbia dato vita, negli ultimi anni, a un vero e proprio secondo sistema sanitario parallelo: i fondi sanitari integrativi.

Capitolo 4 — I fondi sanitari integrativi

Un secondo SSN, ma non per tutti

Immagina un secondo Servizio Sanitario Nazionale, più piccolo, che esiste in parallelo a quello pubblico. Non è finanziato dalle tasse di tutti, ma da contributi versati da alcuni lavoratori e dalle aziende per cui lavorano. Copre visite, esami, a volte anche interventi, spesso in strutture private convenzionate, con tempi di attesa molto più brevi di quelli del sistema pubblico.

Questo secondo sistema esiste già, in Italia, e si chiama **fondi sanitari integrativi**. E sta crescendo, anno dopo anno, proprio mentre il sistema pubblico si indebolisce.

Cosa sono, in parole semplici

Un fondo sanitario integrativo funziona un po' come un'assicurazione collettiva. Un'azienda, oppure un contratto collettivo di lavoro firmato da un sindacato, prevede che una parte della retribuzione (spesso non tassata, un vantaggio fiscale in più) venga versata in un fondo. Quel fondo rimborsa, in tutto o in parte, le spese sanitarie sostenute dagli iscritti: una visita specialistica fatta in privato, un esame diagnostico, a volte anche cure dentistiche o fisioterapia, categorie spesso poco coperte dal sistema pubblico.

In pratica, se sei iscritto a un fondo sanitario del genere, quando hai bisogno di una visita che nel pubblico richiederebbe mesi di attesa, puoi rivolgerti a una struttura privata convenzionata, farla in pochi giorni, e farti rimborsare in tutto o in parte dal fondo.

I numeri: un quarto della popolazione

Secondo il rapporto più recente del Ministero della Salute (dati aggiornati al 2023, pubblicati nel gennaio 2025), in Italia esistono 324 fondi sanitari integrativi attivi, con 16,2 milioni di iscritti, che nell'anno hanno ricevuto rimborsi ed erogazioni per un totale di 3,2 miliardi di euro.

Sedici milioni di persone significano, grosso modo, **un quarto dell'intera popolazione italiana**. Non è più un fenomeno di nicchia riservato a pochi dirigenti d'azienda: è diventato, di fatto, un secondo pilastro strutturale della sanità italiana.

Chi ci entra, e chi resta fuori

Qui arriva il punto più importante di questo capitolo. L'iscrizione a un fondo sanitario integrativo, nella grande maggioranza dei casi, non dipende da una scelta libera e individuale, come comprare un'assicurazione privata. Dipende dal contratto di lavoro.

Molti fondi sanitari nascono da accordi collettivi tra sindacati e aziende, oppure da contratti nazionali di

categoria (metalmecchanici, bancari, dirigenti, e molti altri settori). Questo significa che, per esserne iscritto, di solito serve avere: un lavoro dipendente, un contratto stabile, spesso in un'azienda di dimensioni medio-grandi, in un settore che prevede questo tipo di welfare aggiuntivo.

Chi ha un lavoro precario, chi lavora con contratti brevi o a partita IVA senza tutele collettive, chi è disoccupato, chi lavora in piccolissime aziende senza contrattazione forte — cioè spesso proprio le persone con meno risorse economiche, quelle che avrebbero più bisogno di un aiuto per saltare le liste d'attesa — restano fuori da questo secondo sistema.

Un esempio per capirlo bene

Pensa a due persone con lo stesso identico problema di salute: un dolore al ginocchio che richiede una risonanza magnetica. La prima lavora in una grande azienda con un fondo sanitario integrativo previsto dal contratto collettivo: prenota la risonanza in una clinica convenzionata, la fa in pochi giorni, il fondo rimborsa gran parte della spesa. La seconda lavora con contratti a termine, cambia spesso impiego, non ha nessun fondo sanitario: prenota con il SSN, aspetta mesi, oppure paga tutta la risonanza di tasca propria, senza alcun rimborso.

Stesso problema di salute, stesso paese, stesso diritto costituzionale alla salute — ma un accesso alle cure

completamente diverso, deciso non dalla gravità del problema, ma dal tipo di contratto di lavoro firmato anni prima.

Perché questo fenomeno cresce proprio ora

I fondi sanitari integrativi non sono nati per caso proprio negli ultimi decenni. Sono cresciuti in parallelo al definanziamento della sanità pubblica raccontato nel Capitolo 2, e all'allungarsi delle liste d'attesa raccontato nel Capitolo 3. Più il sistema pubblico rallenta, più diventa attraente, per aziende e sindacati, offrire un fondo sanitario come parte del pacchetto retributivo — un modo concreto per dare ai propri dipendenti un accesso più rapido alle cure, aggirando le liste d'attesa pubbliche.

Il problema non è che i fondi sanitari esistano: rappresentano, per chi ne ha accesso, un aiuto vero e concreto. Il problema è cosa succede a chi non ne ha accesso: si trova a competere per le stesse risorse pubbliche, sempre più scarse, con una parte della popolazione che nel frattempo si è già in gran parte spostata verso un sistema parallelo.

Il rischio di lungo periodo

Se questo doppio binario continua a crescere — sanità pubblica sempre più tesa da un lato, fondi sanitari integrativi sempre più diffusi tra chi ha un buon lavoro dall'altro — il rischio, nel lungo periodo, è che il soste-

gno politico e sociale alla sanità pubblica universale si indebolisca. Chi ha già un accesso rapido alle cure attraverso il proprio fondo aziendale ha meno interesse diretto, nel breve periodo, a chiedere con forza più investimenti nel sistema pubblico, anche se continua a pagarlo con le proprie tasse.

Nel prossimo capitolo vedremo come questo problema si intrecci con un'altra grande frattura della sanità italiana: quella tra le regioni, che dal 2001 gestiscono la sanità pubblica in modo largamente autonomo, con risultati molto diversi tra loro.

Capitolo 5 — Sanità diversa da regione a regione

La stessa malattia, ventuno sistemi diversi

Se ti ammali a Bolzano e ti ammali a Reggio Calabria, in teoria hai lo stesso diritto costituzionale alla salute. In pratica, potresti trovarti di fronte a due sistemi sanitari profondamente diversi: tempi di attesa diversi, numero di medici disponibili diverso, qualità delle strutture diversa.

Questo capitolo spiega perché — e da quando.

La riforma del 2001: la sanità diventa (quasi) delle Regioni

Nel 2001 l'Italia ha modificato il Titolo V della propria Costituzione, attraverso un referendum costituzionale. Questa riforma ha cambiato profondamente chi decide cosa, in materia di sanità.

Prima del 2001, lo Stato centrale aveva un ruolo molto più diretto nella gestione della sanità pubblica. Dopo la riforma, la tutela della salute è diventata una materia di «legislazione concorrente» tra Stato e Regioni: lo Stato mantiene il compito di fissare i **LEA**, i Livelli Essenziali di Assistenza — cioè l'elenco delle prestazioni sanitarie che devono essere garantite gratuitamente, o quasi, a tutti i cittadini italiani, ovunque vivano. Ma sono le Regioni a organizzare concretamente i servizi: quanti ospedali aprire, quanto personale assumere, come distribuire le risorse sul territorio, come gestire le liste d'attesa.

È un po' come se il governo centrale dicesse «ogni scuola deve insegnare queste materie», ma poi lasciasse a ogni Regione il compito di decidere quante aule costruire, quanti insegnanti assumere, quanto pagarli. Il risultato, prevedibile, è che alcune Regioni hanno fatto scelte migliori di altre, e alcune avevano già, in partenza, più risorse economiche e amministrative per farlo.

Ventuno sistemi sanitari, non uno

Oggi, in pratica, l'Italia non ha un solo Servizio Sanitario Nazionale, ma ventuno sistemi sanitari regionali (le venti Regioni più le Province autonome di Trento e Bolzano), ciascuno con le proprie regole di dettaglio, i propri tempi, la propria organizzazione. Le differenze tra questi sistemi sono enormi, e si vedono chiaramente in un fenomeno molto concreto: la mobilità sanitaria.

Centinaia di migliaia di persone l'anno fanno le valigie per curarsi

La mobilità sanitaria è il fenomeno dei pazienti che si spostano fuori dalla propria Regione per farsi curare, perché nella propria Regione i tempi di attesa sono troppo lunghi, o perché mancano specialisti o attrezzature specifiche.

Nel 2023 (l'anno più recente per cui esistono dati completi e verificati, secondo l'analisi della Fondazione GIMBE su dati Agenas), questo fenomeno ha mosso una cifra record: 5,15 miliardi di euro, in crescita rispetto ai 5,04 miliardi del 2022 — soldi che, in pratica, escono dal bilancio sanitario di una Regione e entrano in quello di un'altra Regione, seguendo il paziente. Ogni anno, centinaia di migliaia di italiani si spostano per curarsi fuori dalla propria Regione, e più della metà di questa spesa finisce in strutture private convenzionate, non in ospedali pubblici.

Le Regioni più «attrattive» — quelle dove i pazienti arrivano — sono soprattutto Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto, che insieme raccolgono il 95% di questa mobilità. La sola Lombardia guadagna, in questo modo, quasi 650 milioni di euro l'anno.

Le Regioni che perdono di più — quelle da cui i pazienti scappano — sono soprattutto Calabria, Campania, Puglia, Sicilia, Lazio e Sardegna, che insieme rappresentano circa il 78% di questa mobilità passiva.

Cosa significa, in pratica, per una famiglia

Pensa a una famiglia calabrese con un figlio che ha bisogno di un intervento chirurgico complesso. Se l'ospedale della propria Regione non ha lo specialista giusto, o ha liste d'attesa troppo lunghe, la famiglia deve organizzare un viaggio verso il Nord Italia: trovare un ospedale disponibile, spesso a centinaia di chilometri di distanza, pagare il viaggio, l'alloggio per chi accompagna il paziente, i giorni di lavoro persi.

Una famiglia lombarda, nella stessa situazione, con lo stesso identico problema di salute, può quasi sempre curarsi vicino a casa. Stessa cittadinanza, stesso diritto costituzionale, esperienza completamente diversa — determinata, semplicemente, dal luogo di nascita o di residenza.

Perché il «federalismo sanitario» non ha funzionato come previsto

L'idea originaria della riforma del 2001 era che dare più autonomia alle Regioni avrebbe portato a una gestione più efficiente e più vicina ai bisogni reali del territorio. In alcune Regioni, in parte, è successo davvero: alcuni sistemi regionali del Nord sono considerati tra i più efficienti d'Europa.

Ma la riforma non ha tenuto conto abbastanza di un fattore decisivo: le Regioni partivano da condizioni economiche e amministrative molto diverse tra loro. Alcune Regioni del Sud avevano già bilanci sanitari più fragili, personale meno numeroso, strutture più vecchie. Dare più autonomia gestionale a Regioni che partono da condizioni diverse, senza un forte meccanismo di riequilibrio, ha finito per allargare le differenze già esistenti, invece di ridurle.

Diverse Regioni del Sud sono finite, negli anni, sotto «piano di rientro» — un commissariamento tecnico imposto dallo Stato per correggere i conti sanitari in dissesto, con effetti spesso negativi anche sulla qualità dei servizi nel breve periodo, perché i piani di rientro impongono tagli aggiuntivi proprio dove le risorse erano già più scarse.

Un problema che si aggiunge agli altri

Le differenze regionali, unite al definanziamento generale raccontato nel Capitolo 2 e alle liste d'attesa

raccontate nel Capitolo 3, producono un effetto a cascata: chi vive in una Regione con un sistema sanitario più debole ha, allo stesso tempo, liste d'attesa pubbliche più lunghe, meno alternative locali, e — spesso — anche meno soldi in tasca per permettersi il privato o un fondo sanitario integrativo, dato che le Regioni del Sud hanno in media redditi più bassi.

Nel prossimo capitolo vedremo un'altra faccia dello stesso problema: la carenza di medici e infermieri che, in modo diverso ma collegato, colpisce tutto il paese, Nord e Sud insieme.

Capitolo 6 — Il personale sanitario che manca

Il cuoco è sempre lo stesso, i tavoli aumentano

Torniamo all'esempio del ristorante della prefazione. Un ristorante con un solo cuoco per cento tavoli non ha un problema di ricette: ha un problema di personale. Allo stesso modo, molti dei problemi raccontati in questo libro — le liste d'attesa, la corsa verso il privato, le differenze tra regioni — hanno, alla base, un problema molto concreto: **mancano medici e infermieri**.

Questo capitolo racconta perché.

Il tetto di spesa sul personale: un vincolo vecchio di vent'anni

Dal 2004, la spesa che le aziende sanitarie pubbliche possono destinare al personale è vincolata a un tetto: il livello di spesa del 2004, ridotto dell'1,4%. In pratica, per vent'anni, le aziende sanitarie non hanno potuto aumentare liberamente la spesa per assumere personale, anche quando il bisogno di cure cresceva — per l'invecchiamento della popolazione, per nuove malattie da curare, per l'aumento della popolazione stessa in alcune zone.

È come se una scuola, negli ultimi vent'anni, avesse potuto spendere per gli insegnanti solo quanto spendeva nel 2004, anche se nel frattempo gli iscritti erano aumentati. Il risultato prevedibile: meno insegnanti per studente, classi più affollate.

Il blocco del turnover

A questo si è aggiunto, per oltre un decennio, il cosiddetto «blocco del turnover»: quando un medico o un infermiere andava in pensione, non veniva sempre sostituito con la stessa rapidità, o veniva sostituito con personale a contratto temporaneo, spesso meno stabile e meno motivato a restare a lungo in un singolo ospedale.

Il risultato di questi due vincoli insieme — tetto di spesa e blocco del turnover — è una carenza di personale che oggi il settore stima, con dati sindacali e di

categoria, in circa 30.000 medici e 70.000 infermieri mancanti rispetto al fabbisogno reale del Servizio Sanitario Nazionale.

Un chiarimento importante: non tutte le cifre che circolano sono vere

In questo libro abbiamo scelto di essere onesti anche quando la cifra «comoda» per la nostra tesi non è verificabile. Durante il dibattito pubblico degli ultimi anni è circolata spesso una cifra enorme di medici italiani emigrati all'estero — anche ventimila, secondo alcune dichiarazioni politiche. Un fact-checking indipendente (Pagella Politica) ha verificato questa cifra e l'ha giudicata errata: non corrisponde ai dati reali disponibili.

Il dato più solido, fornito direttamente dalla FNOM-CeO — la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi, l'organismo che rappresenta ufficialmente la categoria — è che ogni anno circa 1.000 medici italiani richiedono il certificato necessario per trasferirsi e lavorare all'estero. È un flusso reale e significativo, che riguarda soprattutto Lombardia, Veneto, Piemonte, Lazio, Campania e Calabria, con destinazioni preferite come Israele, Stati Uniti e Germania — ma è una cifra molto più contenuta di quella «record» spesso ripetuta.

Questo non significa che il problema non esista. Significa che va raccontato con i numeri giusti, non con

quelli più impressionanti. Un migliaio di medici in meno ogni anno, sommato su più anni, in un paese che già fatica a coprire i propri organici, è comunque un problema serio — ma raccontarlo con cifre gonfiate non aiuta a capirlo meglio, anzi rischia di far perdere credibilità a chi lo denuncia.

Perché i medici scelgono di andarsene, o di lasciare il pubblico

Le ragioni che spingono un medico o un infermiere italiano a trasferirsi all'estero, o semplicemente a lasciare il servizio pubblico per il privato, sono quasi sempre le stesse: stipendi più bassi rispetto a paesi come Germania, Regno Unito o Stati Uniti; turni molto pesanti, spesso in pronto soccorso, con organici ridotti; contratti a tempo determinato che si rinnovano di anno in anno, senza la stabilità di un tempo indeterminato; un clima di lavoro reso più difficile anche da episodi di aggressione verso il personale sanitario, un fenomeno cresciuto molto negli ultimi anni proprio nei reparti più sotto pressione, come il pronto soccorso.

Un segnale di apertura, ma parziale

Nel 2024, con un decreto legato ai fondi del PNRR (il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, i fondi europei post-pandemia), il governo ha iniziato a sbloccare parzialmente il tetto di spesa sul personale sanitario. I sindacati medici (come CIMO-FESMED) hanno accolto positivamente questo primo passo, ma hanno anche

avvertito che senza garanzie di stabilità degli organici nel tempo — cioè senza la certezza che i nuovi assunti resteranno, e che il tetto non tornerà a stringersi in futuro — il problema di fondo rimane.

Un cerchio che si chiude

La carenza di personale non è un problema isolato: è il collegamento diretto tra tutti i temi visti finora in questo libro. Il definanziamento (Capitolo 2) ha portato al tetto di spesa sul personale. Il tetto di spesa ha portato a meno medici e infermieri disponibili. Meno personale ha allungato le liste d'attesa (Capitolo 3). Le liste d'attesa hanno spinto verso il privato e i fondi sanitari integrativi (Capitolo 4). E le Regioni con meno risorse economiche (Capitolo 5) sono anche quelle che faticano di più a trattenere il personale che hanno.

È un meccanismo a catena, non una serie di problemi scollegati. E per capire se questa catena è davvero inevitabile — o se altri paesi hanno fatto scelte diverse — nel prossimo capitolo usciamo dai confini italiani, per guardare come funziona la sanità altrove.

Capitolo 7 — Come funziona altrove

Guardare fuori per capire meglio dentro casa

Fino a qui abbiamo raccontato cosa succede in Italia. Ma un dubbio legittimo può sorgere: forse è così ovunque? Forse ogni sistema sanitario pubblico, in ogni paese ricco, sta vivendo le stesse difficoltà, e l'Italia non fa eccezione?

In parte sì. In parte no. In questo capitolo confrontiamo l'Italia con due modelli molto diversi tra loro: il Regno Unito, che ha un sistema pubblico «tutto statale» simile a quello italiano nella filosofia di fondo, e la Germania, che ha un sistema misto, basato su assicurazioni obbligatorie.

Regno Unito: il modello di ispirazione, oggi in difficoltà

Il National Health Service britannico, il NHS, è nato nel 1948 — trent'anni prima del Servizio Sanitario Nazionale italiano, di cui è stato in parte il modello di ispirazione. Anche l'NHS è un sistema pubblico universale, finanziato dalla fiscalità generale, gratuito al momento del bisogno.

Negli ultimi quindici anni, l'NHS ha vissuto un percorso per certi versi simile a quello italiano, ma ancora più severo. Un rapporto indipendente pubblicato nel

settembre 2024 (il cosiddetto rapporto Darzi, dal nome del chirurgo che lo ha guidato) ha certificato che l’NHS è «in condizioni peggiori di quanto si pensasse»: liste d’attesa record, personale sotto pressione, scioperi ripetuti.

Il dato più chiaro riguarda gli investimenti mancati: dal 2010, il Regno Unito ha investito in sanità circa 37 miliardi di sterline in meno — quasi 44 miliardi di euro — rispetto a quanto avrebbe fatto se avesse mantenuto lo stesso ritmo di spesa di altri paesi ricchi comparabili. Nel 2022 il governo britannico si era impegnato a portare a zero, entro aprile 2023, i pazienti in attesa da oltre 78 settimane (circa un anno e mezzo) per un trattamento. L’obiettivo non è stato raggiunto nei tempi previsti: a metà 2024 restavano ancora oltre 7.000 pazienti oltre quella soglia. Con maggiori investimenti, questo numero è sceso di molto nei due anni successivi — ma la lista d’attesa complessiva del NHS, che a metà 2026 supera ancora i 7 milioni di casi, resta molto più alta di quella pre-pandemia (circa 4,6 milioni a inizio 2020): un segnale che anni di sotto-finanziamento non si recuperano in pochi mesi, nemmeno quando arrivano nuovi fondi.

Il Regno Unito, insomma, mostra che avere «sulla carta» un sistema pubblico universale non basta, da solo, a garantire un buon servizio, se negli anni il finanziamento reale non tiene il passo con i bisogni. È, per certi versi, un avvertimento su cosa può succedere se

il definanziamento raccontato nei capitoli precedenti continua senza correzioni.

Germania: il modello assicurativo obbligatorio

La Germania funziona in modo strutturalmente diverso. Non esiste un servizio sanitario unico gestito direttamente dallo Stato come in Italia o nel Regno Unito. Esiste, invece, un obbligo di legge: ogni residente in Germania deve avere un'assicurazione sanitaria.

Circa l'88% della popolazione tedesca sceglie l'assicurazione pubblica, chiamata GKV (in tedesco, «assicurazione sanitaria legale»), gestita non dallo Stato direttamente, ma da un centinaio di casse mutue — le «Krankenkassen» — che competono tra loro per attrarre iscritti, pur dovendo rispettare regole comuni fissate dallo Stato.

Il finanziamento arriva da un contributo pari a circa il 14,6% dello stipendio lordo di ogni lavoratore, diviso a metà tra lavoratore e datore di lavoro — un po' come i contributi previdenziali italiani, ma destinati specificamente alla sanità.

Il risultato, in termini di risorse, è impressionante: la Germania spende in sanità l'11% del proprio PIL — quasi il doppio della percentuale italiana, e il livello più alto tra tutti i paesi OCSE. Complessivamente, il sistema tedesco è finanziato per l'84% da fonti pubbliche (di cui il 78% dalle assicurazioni obbligatorie e il

6% dalla fiscalità generale, per chi non può permettersi il contributo pieno) e per il 16% da fonti private.

Un'onestà che vale anche per la Germania

Sarebbe scorretto raccontare la Germania come un paradiso senza problemi. Anche un sistema molto più finanziato di quello italiano deve fare i conti con costi crescenti. Nel 2026 il Parlamento tedesco (il Bundestag) ha approvato una riforma — la legge per stabilizzare i contributi dell'assicurazione sanitaria pubblica (GKV) — che punta a risparmi stimati fino a circa 19 miliardi di euro entro il 2027, in parte per congelare i contributi delle casse malattia che stavano diventando troppo pesanti per lavoratori e aziende, con effetti anche su ospedali, farmaci e assistenza psicologica.

Questo dettaglio è importante per l'onestà di questo libro: nemmeno il modello con più risorse in assoluto è al riparo da scelte difficili quando i costi della sanità continuano a crescere, come vedremo meglio nel prossimo capitolo parlando di invecchiamento della popolazione.

Nota sui numeri: la cifra esatta dei tagli tedeschi è oggetto di stime diverse a seconda della fase legislativa (tra i 16 e i 19 miliardi di euro, a seconda che si guardi alla proposta iniziale o al testo approvato), ma la direzione — un contenimento della spesa per stabilizzare i contributi — è confermata da tutte le fonti consultate.

Cosa ci dice davvero il confronto

Mettendo insieme questi due esempi, emerge un punto centrale per tutto questo libro: **non esiste un unico modello «giusto» di sanità pubblica**. Il Regno Unito ha un sistema pubblico puro come l'Italia, ma sotto-finanziato quanto o più dell'Italia negli ultimi anni. La Germania ha un sistema diverso, assicurativo, ma molto più finanziato, con risultati migliori in termini di tempi di attesa e disponibilità di personale.

Quello che sembra contare di più, guardando questi esempi, non è tanto la forma del sistema sulla carta — pubblico puro, assicurativo obbligatorio, misto — **ma il livello reale di risorse messe a disposizione, anno dopo anno, rispetto al bisogno effettivo della popolazione**. Un sistema pubblico ben finanziato funziona. Un sistema pubblico definanziato, come mostra il caso britannico, comincia a scricchiolare esattamente come quello italiano, indipendentemente dai principi nobili scritti nella legge istitutiva.

Nel prossimo capitolo affrontiamo, con la stessa onestà, le obiezioni più serie a tutto il ragionamento fatto finora: i vincoli di bilancio reali, e un fattore che nessun governo può inventare né cancellare — l'invecchiamento della popolazione italiana.

Capitolo 8 — Le obiezioni, trattate con onestà

Perché questo capitolo è il più importante del libro

Fin qui abbiamo mostrato, con fatti verificabili, che la sanità pubblica italiana è stata defanziata per anni, mentre le liste d'attesa si allungavano e il ricorso al privato cresceva. Sono fatti, non opinioni. Ma da questi fatti ad affermare che «basterebbe dare più soldi alla sanità e ogni problema sparirebbe» c'è un salto che questo libro non vuole fare, perché non sarebbe onesto. In questo capitolo affrontiamo le obiezioni più serie: quelle che meritano una risposta vera, non una scorciatoia.

Prima obiezione: i soldi pubblici non sono infiniti

Qui bisogna essere precisi, perché è facile scivolare in una scorciatoia sbagliata. Non è vero, in generale, che uno Stato «non ha i soldi»: uno Stato che emette la propria moneta — come il Giappone, il Regno Unito o gli Stati Uniti, raccontati nel libro di questa collana dedicato al debito pubblico — può, tecnicamente, finanziare la spesa che ritiene necessaria attraverso la propria banca centrale, con il vincolo reale dell'inflazione, non con un tetto di cassa. Le tasse, per questi paesi, non «pagano» la spesa pubblica: la mo-

neta entra nel sistema attraverso la spesa dello Stato, e le tasse la drenano per obiettivi di politica economica, non perché servano a «finanziare» qualcos'altro.

L'Italia, però, non è in questa condizione — ed è qui che il vincolo diventa reale, non retorico. Con l'euro, come racconta nel dettaglio il libro di questa collana **«Il debito che non è un debito»**, l'Italia ha ceduto alla Banca Centrale Europea il controllo della propria moneta: l'articolo 123 del Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea vieta alla BCE di finanziare direttamente lo Stato italiano, che deve quindi farsi prestare gli euro dal mercato, a un interesse deciso dai mercati finanziari, e rispettare le regole di bilancio europee che limitano quanto può indebitarsi. Il vincolo di bilancio che lo Stato italiano affronta ogni anno, quindi, non è una legge economica universale: è la conseguenza specifica e concreta di una scelta politica — l'adesione all'euro — non di un limite tecnico che riguarderebbe qualunque governo, ovunque nel mondo.

Questo libro non sostiene che esista, per l'Italia di oggi, una fonte magica di denaro pubblico illimitato: dentro l'euro, il vincolo è reale. Sostiene una cosa più precisa: che, dentro quel vincolo reale, tra le tante scelte possibili su come distribuire risorse comunque significative, l'Italia ha scelto sistematicamente di dare alla sanità pubblica meno di quanto davano paesi simili per ricchezza — non perché fosse tecnicamente

impossibile fare diversamente restando nelle stesse regole, ma per scelte di priorità politica. La differenza tra «non ci sono soldi» detto come se fosse una legge di natura, e «abbiamo scelto di metterne meno qui che altrove, dentro un vincolo che è comunque il risultato di una scelta politica europea», è la differenza tra un destino ineluttabile e una decisione discutibile — e sindacabile.

Seconda obiezione: l'invecchiamento della popolazione è un fatto oggettivo

Questa è probabilmente l'obiezione più seria di tutte, e merita spazio pieno. La popolazione italiana sta invecchiando, in modo rapido e misurabile. Secondo le proiezioni Istat, gli italiani sopra i 75 anni passeranno da 7,4 milioni a 9,6 milioni entro il 2040. Le persone anziane, in media, hanno bisogno di più cure, più farmaci, più assistenza a lungo termine rispetto alla popolazione più giovane.

Secondo le proiezioni ufficiali della Ragioneria Generale dello Stato (Rapporto 2025), la spesa sanitaria pubblica italiana, in rapporto al PIL, dovrebbe salire dal 6,3% del 2024 al 7,4% del 2070 — un aumento di 1,1 punti — soprattutto per effetto dell'invecchiamento. La spesa dedicata specificamente all'assistenza per gli anziani non autosufficienti (la cosiddetta «Long Term Care») dovrebbe più che aumentare, passando dall'1,61% al 2,32% del PIL nello stesso periodo. La

quota di spesa sanitaria destinata agli ultraottantenni è prevista raddoppiare entro il 2060.

Questi numeri non sono un'invenzione di chi difende i tagli passati: sono proiezioni tecniche di un organismo dello Stato italiano, e vanno prese sul serio. Significa che, indipendentemente da qualsiasi scelta politica sul definanziamento raccontato in questo libro, l'Italia avrà comunque bisogno di più risorse sanitarie nei prossimi decenni, solo per il cambiamento demografico in corso. Questo libro non lo nasconde: **la critica al definanziamento passato non nega il problema demografico futuro. Sono due questioni diverse, entrambe vere insieme.**

Terza obiezione: il rischio di sprechi nella sanità pubblica

Un'altra obiezione ricorrente, altrettanto seria: dare più soldi a un sistema pubblico non garantisce, da solo, che vengano spesi bene. Esistono, in Italia come altrove, casi documentati di inefficienza nella gestione della sanità pubblica: appalti poco trasparenti, macchinari acquistati e mai utilizzati a pieno, differenze enormi di produttività tra ospedali che ricevono le stesse risorse.

Questa obiezione è corretta, e va tenuta in considerazione: aumentare il finanziamento senza migliorare anche i controlli sull'uso di quel finanziamento rischierebbe di sprecare parte delle risorse aggiuntive. Ma da questo fatto non discende che il problema

principale della sanità italiana sia lo spreco, invece del sotto-finanziamento. I due problemi possono coesistere, e le soluzioni serie — lo vedremo nel prossimo capitolo — tendono a proporre entrambe le cose insieme: più risorse, e più controllo su come vengono spese.

Un chiarimento che riguarda anche questo libro

Come abbiamo già fatto nel Capitolo 6 con la cifra sui medici emigrati, vale la pena ribadire qui un principio che guida tutto questo libro: non tutte le cifre che circolano nel dibattito pubblico sulla sanità sono corrette, nemmeno quelle usate da chi difende la stessa tesi di questo libro. Le cifre sul definanziamento (37 miliardi in dieci anni) e sulla spesa sanitaria italiana rispetto alla media OCSE sono documentate da fonti verificabili — le abbiamo citate capitolo per capitolo. Ma restano stime di osservatori indipendenti, non dati ufficiali granitici, e vanno lette con questa consapevolezza.

Cosa resta, dopo le obiezioni

Anche tenendo conto di tutte queste obiezioni, il punto centrale di questo libro resta in piedi: **l'Italia ha scelto, per anni, di finanziare la propria sanità pubblica meno di quanto facessero paesi simili per ricchezza**, e questo ha contribuito in modo diretto e misurabile alle liste d'attesa, alla crescita del privato e dei fondi integrativi, e alle differenze tra regioni

raccontate in questo libro. Questo non significa che basti aumentare i fondi senza criterio, né che i vincoli di bilancio e l'invecchiamento della popolazione siano problemi inventati. Significa che il dibattito pubblico italiano, quando parla di sanità, dovrebbe partire da entrambe le cose insieme — invece di usare l'una per negare l'altra.

Nel prossimo capitolo vediamo quali proposte concrete esistono oggi, nel dibattito reale tra esperti e istituzioni, per affrontare questo problema — non promesse vaghe, ma idee precise già sul tavolo.

Capitolo 9 — Cosa si potrebbe fare

Non utopie, proposte reali

In questo capitolo non parliamo di scenari immaginari, come «aboliamo tutte le liste d'attesa domani mattina» — una promessa che nessun governo serio potrebbe mantenere davvero. Parliamo di proposte concrete, già discusse oggi da osservatori indipendenti, sindacati di categoria e istituzioni, che potrebbero ridurre in modo misurabile i problemi raccontati in questo libro.

Prima proposta: pianificazione pluriennale del finanziamento

Uno dei problemi centrali raccontati nel Capitolo 2 è che il finanziamento della sanità pubblica italiana è stato deciso, per anni, manovra di bilancio dopo mano-

vra di bilancio, spesso con annunci di aumenti superiori a quelli poi effettivamente stanziati, o comunque non sufficienti a tenere il passo del bisogno reale. Un esempio recente: nella Legge di Bilancio 2026, il Fondo Sanitario Nazionale aumenta di 6,6 miliardi di euro in valore assoluto (+4,8%) — ma, secondo l'analisi della Fondazione GIMBE, quasi due terzi di questa cifra (4,2 miliardi) erano già stanziati da manovre precedenti, in gran parte destinati ai contratti del personale già firmati. In rapporto al PIL, il finanziamento pubblico della sanità, dopo un piccolo aumento nel 2026, è previsto scendere di nuovo negli anni successivi. GIMBE calcola che, tra il 2023 e il 2026, alla sanità pubblica italiana sono mancati complessivamente circa 17,5 miliardi di euro rispetto a quanto sarebbe servito solo per mantenere il livello di finanziamento del 2022.

La proposta, sostenuta da osservatori come GIMBE sulla base anche di indicazioni di un report OCSE del gennaio 2024, è semplice da spiegare: fissare per legge un percorso pluriennale di crescita della spesa sanitaria, con percentuali prevedibili anno per anno, invece di deciderla ogni volta nell'ultima manovra di bilancio. Un sistema sanitario, per programmare assunzioni e investimenti su macchinari che durano anni, ha bisogno di sapere in anticipo quante risorse avrà — non di scoprirlo a dicembre, con la legge di bilancio dell'anno successivo già alle porte.

Seconda proposta: sblocco strutturale (non parziale) del tetto sul personale

Come raccontato nel Capitolo 6, il tetto di spesa sul personale sanitario — fermo al livello del 2004 meno l'1,4% per vent'anni — è stato solo parzialmente sbloccato nel 2024, con un decreto legato ai fondi del PNRR. I sindacati medici, pur accogliendo positivamente il primo passo, chiedono uno sblocco strutturale e permanente, con garanzie di stabilità degli organici nel tempo: non basta assumere una volta, serve la certezza che il tetto non torni a stringersi negli anni successivi, altrimenti gli ospedali continueranno a faticare a trattene- re il personale che riescono ad assumere.

Terza proposta: investimenti mirati sulle liste d'attesa, con dati pubblici

Diversi osservatori propongono di concentrare risorse aggiuntive in modo specifico sulle prestazioni con le liste d'attesa più lunghe — non genericamente «più soldi alla sanità», ma fondi dedicati a smaltire gli arretrati su visite ed esami specifici, con obiettivi di tempo misurabili e resi pubblici, in modo che i cittadini possano verificare se i tempi migliorano davvero, Regione per Regione, prestazione per prestazione.

Questo tipo di trasparenza — dati pubblici, aggiornati, consultabili — è già un tema del dibattito legislativo italiano, con proposte di legge sulle liste d'attesa discusse negli ultimi anni. GIMBE ha però segnalato più

volte che una legge senza risorse economiche dedicate rischia di restare, con le sue parole, «una scatola vuota»: obiettivi scritti sulla carta, senza i soldi per raggiungerli davvero.

Quarta proposta: investire di più sulla prevenzione

Una parte importante della spesa sanitaria di lungo periodo si può ridurre non curando meglio le malattie quando sono già gravi, ma prevenendole prima che si aggravino: screening oncologici, controlli regolari per le malattie croniche (diabete, ipertensione), vaccinazioni, medicina del territorio più capillare — i cosiddetti medici di base e le nuove «Case di Comunità» previste anche dal PNRR, pensate per intercettare i problemi di salute prima che diventino emergenze da pronto soccorso.

Investire nella prevenzione costa meno, nel lungo periodo, di curare le stesse patologie quando sono arrivate a uno stadio avanzato — ma richiede pazienza politica, perché i risultati si vedono dopo anni, non entro la fine di una legislatura, e per questo è spesso il tipo di spesa più facile da rimandare quando i bilanci sono stretti.

Quinta proposta: riequilibrio tra le regioni

Per affrontare le differenze raccontate nel Capitolo 5, alcuni economisti sanitari propongono meccanismi di

riequilibrio più forti tra Regioni: non solo il finanziamento standard basato sulla popolazione, ma fondi aggiuntivi vincolati specificamente a colmare i divari più gravi — personale, attrezzature, tempi di attesa — nelle Regioni più indietro, accompagnati da un controllo più stretto, non da un commissariamento punitivo, sull'uso effettivo di quei fondi.

Cosa hanno in comune queste proposte

Nessuna di queste proposte, da sola, risolverebbe tutti i problemi raccontati in questo libro. Ma tutte condividono un'idea di fondo: **il problema non è irrisolvibile, e le soluzioni non sono misteriose**. Sono proposte tecniche precise, già discusse da chi studia il sistema sanitario italiano ogni giorno, che richiedono soprattutto una cosa: la volontà politica di programmarle e finanziarle con continuità, anno dopo anno, invece di rincorrere l'emergenza del momento.

Il ruolo di chi vota

Queste proposte, per diventare realtà, hanno bisogno di governi disposti a impegnarsi su un orizzonte di anni, non di una sola legge di bilancio. E i governi, come abbiamo scritto anche nella prefazione di questo libro, tendono a muoversi con più decisione quando sentono una pressione reale dall'opinione pubblica.

Questo ci porta all'ultimo capitolo di questo libro: cosa puoi fare tu, da subito, con quello che hai appena imparato.

Capitolo 10 — Cosa puoi fare tu, adesso

Non sei una goccia nel mare

Se sei arrivato fin qui, ora sai qualcosa che la maggior parte delle persone intorno a te probabilmente non sa, o conosce solo in modo vago: le liste d'attesa non sono maltempo. Sono il risultato misurabile di scelte di bilancio precise, ripetute per anni, che hanno allontanato la sanità pubblica italiana dalla media dei paesi con cui ci confrontiamo di solito. Hai visto i numeri del definanziamento, il peso crescente dei fondi sanitari integrativi, le differenze tra le regioni, la carenza di personale, i confronti con Regno Unito e Germania.

Questo non ti dà, da solo, il potere di cambiare la prossima legge di bilancio. Ma ti dà qualcosa di reale: la capacità di riconoscere, la prossima volta che qualcuno ti dice «non ci sono soldi per la sanità», se lo sta dicendo in modo onesto o come scorciatoia per evitare di spiegare una scelta.

La prima cosa che puoi fare: orientarti tra pubblico, intramoenia e privato

Nella vita di tutti i giorni, questo libro può aiutarti a fare scelte più informate, senza spendere più del necessario. Quando ti propongono l'intramoenia (la visita a pagamento nello stesso ospedale pubblico, spiegata nel Capitolo 3) come alternativa più rapida,

sai ora che si tratta di un canale legale e regolato, non di una scorciatoia illecita — ma anche che il prezzo può variare molto da una struttura all'altra, e vale sempre la pena chiedere un preventivo chiaro prima di prenotare, e confrontarlo con quello di altre strutture private accreditate della tua zona.

Se il tuo datore di lavoro o il tuo contratto collettivo prevede un fondo sanitario integrativo (Capitolo 4), verifica cosa copre davvero: molte persone hanno diritto a rimborsi che non richiedono mai, semplicemente perché non sanno di averne diritto, o non conoscono la procedura per chiederli.

La seconda cosa che puoi fare: segnalare i tempi fuori norma

Ogni Regione italiana ha, almeno sulla carta, tempi massimi di attesa garantiti per le prestazioni sanitarie più urgenti, definiti dai Livelli Essenziali di Assistenza di cui abbiamo parlato nel Capitolo 5. Quando un'attesa supera platealmente questi tempi, puoi segnalarlo: ogni Regione ha un Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) dell'azienda sanitaria locale, dedicato proprio a raccogliere questo tipo di reclami. Anche il Tribunale per i diritti del malato e associazioni come Cittadinanzattiva raccolgono segnalazioni di questo tipo, e le usano per fare pressione pubblica sulle istituzioni.

Una singola segnalazione può sembrare inutile. Ma sono proprio queste segnalazioni, raccolte e sommate, a costruire i dati che osservatori come GIMBE usano per documentare il problema con numeri precisi — gli stessi numeri che abbiamo usato in questo libro.

La terza cosa che puoi fare: riconoscere la frase vuota

D'ora in poi, ogni volta che senti «non ci sono soldi per la sanità» detto come se fosse una legge di natura, prova a farti una domanda semplice: **non ci sono soldi rispetto a cosa, esattamente?** È un vincolo di bilancio reale, di cui questo libro ha parlato con onestà nel Capitolo 8? O è, più semplicemente, una scelta politica su come distribuire risorse limitate, mascherata da impossibilità?

Non è la stessa cosa dire «abbiamo scelto di spendere qui e non lì» e dire «non ci sono soldi». La prima frase è una scelta politica, discutibile e criticabile come tutte le scelte politiche. La seconda, usata nel modo sbagliato, è un modo per chiudere la discussione prima ancora che cominci.

La quarta cosa che puoi fare: parlarne

Non serve diventare un esperto di politiche sanitarie per parlare di questo argomento con le persone che conosci — un familiare, un collega, un amico che aspetta da mesi un esame. Basta raccontare, con parole semplici come quelle di questo libro, l'esempio

del ristorante con il tavolo riservato, o il confronto tra la spesa sanitaria italiana e quella tedesca. Sono immagini che si ricordano facilmente, e che aprono discussioni diverse da quelle abituali, spesso limitate a «la sanità funziona male» senza mai chiedersi perché.

La quinta cosa che puoi fare: condividere questo libro

Questo libro è pensato per essere condiviso liberamente, gratuitamente, con chiunque tu conosca. Più persone lo leggono, più diventa possibile che il tema di cui parla entri davvero nel dibattito pubblico, invece di restare confinato tra addetti ai lavori e osservatori specializzati. Se conosci qualcuno che aspetta una visita da mesi, o che si è trovato a scegliere tra pagare e aspettare, mandaglielo. Se fai parte di un'associazione, di un sindacato, di un gruppo, condividilo lì.

Questo libro fa parte di una collana più ampia, **Contropotere**, che racconta altri meccanismi simili — dal debito pubblico ai trattati europei, dall'energia alle banche — sempre con lo stesso obiettivo: spiegare con parole semplici cose che troppo spesso vengono lasciate solo agli «addetti ai lavori», mentre riguardano la vita di tutti i giorni. Puoi trovare tutti i titoli, gratuitamente, su **contropotere.com**.

La sesta cosa che puoi fare: incrociare le fonti

Non crederci sulla parola nemmeno a questo libro. Ogni capitolo che hai letto contiene fatti verificabili: date, cifre, fonti citate. Se qualcosa ti ha colpito particolarmente, cerca conferma su altre fonti — non solo quelle che ti danno ragione. Abbiamo mostrato noi stessi, nel Capitolo 6, come una cifra «comoda» ma sbagliata sui medici emigrati fosse circolata a lungo prima di essere corretta da un fact-checking indipendente. Un'idea che regge al confronto con i fatti è più solida di una ripetuta solo tra chi la pensa già allo stesso modo.

Per finire

Chi ci governa segue l'opinione pubblica molto più spesso di quanto la guidi — non per virtù, ma perché è così che funziona, nella pratica, la politica in una democrazia. Quando abbastanza persone capiscono un meccanismo, quel meccanismo smette di essere trattato come un destino, e diventa un argomento di cui si può discutere apertamente, con proposte concrete come quelle viste nel capitolo precedente.

Non sei una goccia isolata in un oceano che non puoi cambiare. Il mare, in fondo, è fatto solo di gocce — e nella storia sono bastate meno persone consapevoli di quante te ne aspetti per cambiare la direzione di una corrente.

Grazie per aver letto fino in fondo. Buona diffusione.

Nota sulla trasparenza nell'uso dell'intelligenza artificiale

Questo libro è stato scritto con il supporto di strumenti di intelligenza artificiale, usati per la ricerca preliminare delle fonti, la prima stesura dei testi a partire da una scaletta e da indicazioni editoriali definite dall'autore, e la revisione linguistica e strutturale.

Restano interamente umane: la scelta del tema e la tesi del libro, la verifica di ogni fatto, cifra e citazione contro una fonte primaria o istituzionale prima della pubblicazione, la decisione editoriale finale su cosa viene pubblicato o corretto, e la responsabilità editoriale dei contenuti — che resta in capo all'autore, mai allo strumento di intelligenza artificiale utilizzato.

Questa nota risponde agli obblighi di trasparenza previsti dall'art. 50 del Regolamento (UE) 2024/1689 (AI Act), applicabile dal 2 agosto 2026.

Se trovi un errore, una fonte imprecisa o un'affermazione che ritieni non verificata correttamente, scrivi a redazione@contropotere.com — ogni segnalazione fondata porta a una correzione pubblica del testo. Questo libro fa parte della collana **Contropotere**: gli altri titoli sono disponibili gratuitamente su **contropotere.com**.