

ESISTE ANCORA IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE?

In un quadro internazionale e geopolitico di assoluta instabilità, l'aggressione all'Iran da parte di Israele e Stati Uniti non rappresenta solo un ulteriore salto nella **guerra permanente**, ma produce effetti diretti anche sul piano economico e sociale: aumento dei prezzi dell'energia, crescita dell'inflazione, instabilità dei mercati e rischio concreto di stagnazione se la crisi dovesse prolungarsi.

L'aumento dei prezzi energetici, che ha già contribuito a spingere **l'inflazione in Italia al 2,7%** nell'aprile 2026 – rispetto all'1,7% di marzo – si traduce direttamente in ulteriore **perdita di potere d'acquisto dei nostri salari**. Le stime più recenti indicano per il 2026 un aggravio medio per famiglia che può superare i 1.500 – 1.700 euro annui tra bollette, carburanti, carrello della spesa e aumento generalizzato dei prezzi al consumo, con un impatto ancora più pesante sui redditi medio-bassi.

A questo si aggiunge la scelta politica del **riarmo europeo**. In sede NATO, al vertice dell'Aia del 2025, è stato assunto l'impegno ad aumentare la spesa militare fino al 5% del PIL entro il 2035, destinando **800 miliardi in più alla difesa** nei prossimi anni. L'Italia ha dichiarato una spesa di oltre 45 miliardi (2,01% del PIL) con un incremento di 12 miliardi rispetto al 2024.

Per il nostro Paese, già vincolato da politiche di contenimento della spesa pubblica, questo significa comprimere ulteriormente lo stato sociale. Il risultato è evidente:

mentre si finanzia la guerra, si lascia il **sistema sanitario pubblico senza risorse**. Mentre la spesa sanitaria ha rappresentato, in media, il 9,3% del PIL nei Paesi OCSE nel 2024, l'Italia si è fermata al 6,3%.

Il Documento di Finanza Pubblica (DFP) conferma questa direzione: nessun investimento strutturale sulla sanità, nessun piano straordinario per le assunzioni di personale, nessuna risposta reale alla perdita di potere d'acquisto dei salari e rapporto tra spesa sanitaria e PIL sostanzialmente fermo fino al 2029.

Dietro questa apparente stabilità si nasconde un **divario crescente tra spesa prevista e finanziamento reale**, che nel triennio 2027-2029, raggiungerà complessivamente 30,6 miliardi di euro, che si scaricheranno sulle Regioni costrette ad aumentare le tasse locali e/o a tagliare i servizi.

Il definanziamento progressivo della sanità non è una fatalità, ma una scelta politica precisa. Si scelgono le armi invece dei diritti, il mercato invece dei servizi, il profitto invece della salute.

Alla luce di ciò, il titolo di questo documento non sembra più una provocazione ma una domanda legittima.

Non c'è dubbio che formalmente il SSN sia ancora un sistema pubblico: è finanziato con la fiscalità generale, i LEA sono definiti a livello centrale, la programmazione e la governance sono pubbliche – derivan-

do da accordi Stato-Regioni – e, per ora, l'art. 32 della Costituzione resta intatto, così come le garanzie che ne dovrebbero discendere.

Ma definanziamento, tagli, regionalizzazione, privatizzazioni e carenza di personale hanno intaccato profondamente la **natura universalistica del SSN**, fondato sui principi di **equità, uguaglianza e gratuità**, che ha rappresentato una delle più grandi conquiste delle lotte sociali in Italia.

Oggi, il SSN non solo non garantisce il diritto alla salute dei cittadini e non pone alcun argine alle disuguaglianze ma le alimenta costantemente.

Il pubblico ha cessato di essere erogatore esclusivo di servizi e prestazioni, diventando “acquirente”, senza però avere un reale potere sul mercato che si è venuto a creare. Al privato non vengono imposti obblighi equivalenti a quelli del pubblico, né sul piano contrattuale per il personale né su quello delle prestazioni da erogare. Di fatto, si massimizzano volumi e margini di profitto e si rifuggono le responsabilità di sistema, come la pandemia ha reso palesemente evidente. Ci troviamo così di fronte a un servizio sanitario che finanzia il **privato** con risorse pubbliche, senza governarlo davvero, rendendolo sempre meno integrativo e **sempre più sostitutivo**.

La carenza di risorse pubbliche e il conseguente esaurimento anticipato dei budget mette in crisi lo stesso privato convenzionato – che di esse parassitariamente si nutre – spingendo sempre più i cittadini, che possono permetterselo, verso il privato puro, che continua ad avanzare incontrastato.

Da qui l'ulteriore crescita della **spesa out of pocket** delle famiglie, che nel 2024 ha raggiunto i 41,3 miliardi di euro, pari a circa il 22,3% della spesa sanitaria totale o l'introduzione della cosiddetta “**super intramoenia**” istituita in Lombardia, che

permette l'entrata delle assicurazioni direttamente negli ospedali pubblici.

Questo passaggio non è neutro: rappresenta un punto di snodo in cui il rapporto tra pubblico e privato cambia ulteriormente natura e le disuguaglianze diventano sistemiche.

Liste di attesa

Le liste di attesa sono diventate il simbolo della crisi profonda del SSN. Ridurre il problema alla sola insufficienza di risorse e personale o alla inappropriata prescrivibilità, come avviene ciclicamente, è però parziale e fuorviante. Accanto alla carenza dell'offerta si sono infatti consolidati, negli anni, meccanismi organizzativi che producono una rappresentazione distorta dei tempi reali di attesa.

Il divieto di sospensione delle agende è previsto da anni nei piani nazionali di governo delle liste di attesa; eppure, i controlli effettuati dai NAS nell'estate 2023 su 1.364 strutture e 3.884 agende hanno riscontrato 195 casi di sospensione o chiusura delle agende di prenotazione. Non si tratta di episodi isolati, ma di una modalità operativa diffusa: se non è possibile prenotare, formalmente la lista non esiste. Nel 2024 ulteriori ispezioni ministeriali hanno evidenziato irregolarità in circa il 27% delle aziende controllate, con criticità che hanno riguardato proprio la gestione delle agende, le classi di priorità e l'accesso alle prestazioni in regime intramoenia.

Accanto alle agende chiuse si registra la manipolazione delle classi di priorità. Nei controlli effettuati nel 2023 sono stati riscontrati 138 casi di ricollocazione impropria, con prestazioni differite fino a 120 giorni rispetto all'indicazione clinica originaria. Questa pratica con-

sente formalmente di “rientrare nei tempi” spostando il peso sui cittadini.

A questo si aggiungono agende non tracciate, liste interne di reparto, rinvii telefonici non registrati nel CUP e canalizzazioni informali verso intramoenia o privato accreditato.

La lista d’attesa non è quindi solo un problema di capacità di erogazione, ma diventa un sistema a doppio binario: il percorso pubblico si allunga e si opacizza, mentre quello a pagamento si presenta come soluzione immediata. In questo modo la lista di attesa **diventa uno strumento di regolazione della domanda** che spinge verso il mercato privato.

Il criterio di accesso si sposta così dal bisogno alla capacità di spesa: **non si amplia l’offerta, si seleziona l’utenza.**

Un modello costruito per territori con elevata capacità di spesa privata o mediata da assicurazioni e/o per persone con un’occupazione stabile e garantita che possono usufruire del welfare aziendale. Nelle aree dove il lavoro è più fragile, i redditi sono più bassi e il welfare integrativo inesistente, questo meccanismo non solo non regge ma cristallizza **le diseguglianze tra Nord e Sud del Paese.**

Mobilità sanitaria

Le diseguglianze territoriali non sono un fenomeno episodico.

Il **regionalismo sanitario**, introdotto con la **riforma del Titolo V della Costituzione** e propagandato come strumento per migliorare l’efficienza avvicinando la programmazione ai territori, ha prodotto un sistema frammentato nel quale il diritto alla salute è condizionato dalla residenza e dal reddito.

I dati sulla mobilità sanitaria certificano una frattura netta tra Regioni attrattive e Regioni in fuga. **Ogni anno circa 4,5 miliardi di euro si spostano dalle Regioni del Sud verso quelle del Centro-Nord.**

Non si tratta di un semplice flusso economico: è la fotografia di un sistema duale. Le Regioni con mobilità attiva sono le stesse che mostrano migliori performance nei LEA; quelle con mobilità passiva sono quelle in piano di rientro o con difficoltà croniche nell’erogazione delle prestazioni.

Il saldo complessivo della mobilità interregionale nel 2022, ultimo dato disponibile – ricoveri, diagnostica, specialistica ambulatoriale e farmaceutica – ammonta a circa 5,04 miliardi di euro, il valore più alto mai registrato.

Le regioni più attrattive sono Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto, che assorbono il 57% delle prestazioni di ricovero ospedaliero richieste da cittadini di altre regioni.

Di contro, molte regioni del Mezzogiorno registrano saldi negativi, con più cittadini che si spostano per curarsi altrove rispetto a quelli attratti. Abruzzo, Calabria, Campania, Sicilia, Lazio e Puglia rappresentano circa il 78,8% del saldo passivo totale.

Una parte significativa di questa massa di risorse è appannaggio del privato convenzionato, che incamera il 54,4% delle prestazioni erogate in mobilità sanitaria. Ciò significa che oltre la metà della spesa interregionale per cure fuori Regione finisce in casse private, pur essendo a carico del SSN.

Agens fornisce dati rilevanti sulla scomposizione per DRG, che mostrano un aumento costante, dal 2019, delle prestazioni ad alta complessità e della relativa spesa, che assorbe il 42% del totale.

Questo evidenzia come le regioni più attrattive abbiano investito nei cosiddetti

centri di “eccellenza” come elemento di richiamo per pazienti da fuori Regione, non necessariamente rispondendo a reali bisogni di salute ma, in larga parte, inducendoli.

La disponibilità di tecnologie avanzate, insieme alla scelta di privilegiare attività finanziate senza limiti rigidi di spesa o volumi (trapianti, oncologia chirurgica e medica, grandi ustioni, traumi gravi, neuroriabilitazione), in un contesto di forte commistione tra pubblico e privato, risulta determinante. Non a caso, nella classifica dei migliori ospedali al mondo, i primi cinque posti in Italia sono occupati da strutture del Nord, tre delle quali private.

Tuttavia, queste non sono le uniche motivazioni alla base del richiamo esercitato da alcune regioni.

Un ruolo decisivo è svolto anche dai professionisti, che agiscono come collettori di domanda, e attraverso reti di medici di medicina generale o attività ambulatoriale diffusa, intercettano i pazienti e li indirizzano.

Il risultato è duplice: da un lato **si orienta e si induce la mobilità sanitaria;** dall'altro si rafforza la reputazione di qualità delle strutture stesse. La mobilità sanitaria **diventa così una redistribuzione al contrario: chi vive nei territori più deboli finanzia i sistemi più forti,** e il diritto alla cura si trasforma in migrazione sanitaria obbligata.

Inversamente proporzionali ai dati sulla mobilità sanitaria risultano quelli relativi alla capacità di erogazione dei LEA.

LEA, diseguaglianze territoriali, autonomia differenziata

Gli squilibri emergono con chiarezza anche dal monitoraggio dei LEA. Il rapporto GIMBE (dati 2023) certifica che la frattura tra Nord e Sud non accenna a ridursi e mette in discussione il set di indicatori del NSG (Nuovo Sistema di Garanzia), ritenuto basato su pochi indicatori e soglie di “promozione” troppo basse, tali da appiattire le differenze tra Regioni. **La realtà, quindi, appare ancora più critica di quanto emerga dai dati ufficiali.** Vengono valutate tre macroaree: prevenzione collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. Su 21 regioni, 8 risultano inadempienti e altre 8 – fra cui la Lombardia – mostrano un peggioramento rispetto al 2022. Solo poche regioni mantengono omogeneità nelle tre macroaree, segnale di un forte squilibrio nell'erogazione delle prestazioni.

L'autonomia differenziata viene presentata come uno strumento per migliorare l'efficienza amministrativa e gestionale, ma un surplus di competenze e autonomia fiscale non è neutro in un sistema già fortemente regionalizzato e sottofinanziato.

L'introduzione dell'autonomia differenziata, senza una definizione chiara dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP), rischia di consolidare queste disuguaglianze.

Se i LEP vengono determinati senza adeguata copertura finanziaria, senza meccanismi efficaci di controllo e sanzione e senza un forte fondo perequativo struttu-

rale – cioè il trasferimento di risorse dalle aree con maggiore capacità fiscale a quelle con minore capacità – **l'autonomia differenziata si traduce in competizione tra sistemi regionali**, senza alcun margine di miglioramento.

La questione è sostanziale: senza bisogni sanitari standardizzati per territorio e con **LEP** definiti sulla base della “spesa storica” anziché del “fabbisogno reale”, **il rischio è che il livello minimo diventi anche il livello massimo per le regioni con minore capacità fiscale**.

Assunzioni e stabilizzazioni del personale precario

Indubbiamente questa rappresenta per noi una battaglia fondamentale per riu-

scire ad incidere sulle condizioni di lavoro, sulla salute/sicurezza dei lavoratori e delle lavoratrici, sulla salvaguardia del servizio pubblico.

La difesa dell'**universalismo** nell'accesso alle cure e del diritto alla salute, così come la tutela del lavoro pubblico, risultano **incompatibili con l'autonomia differenziata** nella forma in cui è attualmente proposta.

L'impatto riguarderà anche le lavoratrici e i lavoratori della sanità, con il rischio di accentuare le differenze contrattuali territoriali, istituzionalizzare le gabbie salariali, introdurre incentivi regionali mirati e determinare una frammentazione del lavoro pubblico, con perdita della funzione del contratto nazionale.

Gli ultimi dati ufficiali sul numero dei dipendenti del SSN sono quelli del Conto annuale della Ragioneria dello Stato, riferiti al personale in servizio al 31 dicembre 2023, che riportano 701.170 dipendenti a tempo indeterminato con la seguente ripartizione stimata, e consistenza percentuale, per profilo professionale:

CATEGORIA	NUMERO	PERCENTUALE
MEDICI	109.000	15,55%
INFERMIERI	270.000	38,51%
OSS	69.000	9,84%
AMMINISTRATIVI	119.000	16,97%
TECNICI DI LABORATORIO	37.000	5,28%
TECNICI DI RADIOLOGIA	15.000	2,14%
OSTETRICHE	21.700	3,09%
FISIOTERAPISTI / RIABILITAZIONE	19.600	2,80%
TECNICI DELLA PREVENZIONE	9.800	1,40%
PSICOLOGI	6.300	0,90%
FARMACISTI OSPEDALIERI	4.900	0,70%
PERS. TECNICO NON SANITARIO	19.000	2,71%
ALTRO SANITARIO	870	0,12%

Sempre al 31 dicembre 2023 risultavano **41.760 lavoratori con forme di lavoro flessibile**, di cui 35.969 a tempo determinato e in formazione lavoro, 5.608 in somministrazione e 183 LSU/LPU.

Per quanto riguarda il lavoro a tempo determinato, gli anni pandemici sono quelli nei quali si è fatto maggiore ricorso a questa tipologia contrattuale, mentre nel 2023 si registra una consistente diminuzione.

Analogo andamento riguarda i **contratti in somministrazione**. Va sottolineato che circa il **67% di questi contratti riguarda infermieri e OSS**. L'analisi complessiva evidenzia come il lavoro a tempo determinato sia la forma di lavoro flessibile più utilizzata, pur risultando in calo. **Il lavoro precario** nel suo insieme, tuttavia, resta diffuso, **attestandosi su una percentuale del 6-7%** che – pur variabile tra le professioni – sembra ormai essere “fisiologica”.

Questa stima, pur basata su dati ufficiali, non include elementi essenziali per comprendere pienamente il fenomeno del precariato che comprende personale con contratti libero-professionali, in appalto, nelle cooperative e, più in generale, nei servizi esternalizzati. Esternalizzazioni che si configurano come un vero e proprio dispositivo di governo della forza lavoro, che consente di mantenere servizi sottorganico scaricando costi e rischi sulle lavoratrici e sui lavoratori e, allo stesso tempo, favorire il progressivo dirottamento di risorse al di fuori del perimetro diretto del SSN.

Negli ultimi quindici anni, il blocco del turnover, i piani di rientro e la compressione del finanziamento del fondo sanitario nazionale hanno prodotto una notevole **riduzione del personale**, solo parzialmente compensata dalle assunzioni degli ultimi anni. Anche in presenza di graduatorie concorsuali disponibili, il sistema non riesce a utilizzarle pienamente a causa dei **vincoli di spesa**, trasformando gli idonei

in una riserva di professionalità destinata a contratti flessibili, appalti o al settore privato.

Gli scorrimenti delle graduatorie sono spesso lenti, soprattutto nel Centro-Sud, per effetto di diversi fattori: regioni commissariate, fondi assunzionali insufficienti, autorizzazioni limitate rispetto al fabbisogno reale e carenza di personale amministrativo.

A questo si aggiunge la norma introdotta nel 2023, nota come **“taglia-idonei”**, che limita l'assunzione degli idonei non vincitori: meno scorrimenti, più concorsi e tempi più lunghi. Un ulteriore elemento riguarda le modalità di accesso al lavoro nel SSN.

I dati mostrano che la quota di assunzioni tramite concorso è molto più alta al Nord e molto più bassa al Sud e nelle Isole, dove cresce invece il peso delle stabilizzazioni. Va inoltre precisato che la quota di accesso tramite concorso è sottostimata, poiché le assunzioni da graduatoria, pur derivando da procedure concorsuali, vengono classificate separatamente. Il reclutamento non è omogeneo sul territorio nazionale: in molte aree, soprattutto al Sud e nelle Isole, il concorso pubblico non è più la modalità ordinaria, ma uno strumento quasi residuale, sostituito da soluzioni emergenziali.

A fronte dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento delle cronicità, il personale sanitario pubblico è rimasto quantitativamente insufficiente e mediamente più anziano. **Gli infermieri del SSN con più di 55 anni**, al 31.12.2023, **rappresentano il 29,13% del totale**.

A queste criticità si aggiunge quella legata alla formazione infermieristica. Secondo l'OCSE (*Health at a Glance 2025*), la domanda cresce in tutti i Paesi, ma in Italia si registra una diminuzione dei laureati in infermieristica (-20% tra il 2013 e il 2023). Questo dato colloca l'Italia

quint'ultima tra i 23 Paesi UE e ultima tra i Paesi del G7 per numero di laureati ogni 100.000 abitanti.

Negli anni accademici 2024/25 e 2025/26 i posti a bando sono stati rispettivamente 20.525 e 20.409, ma in entrambi i casi il rapporto domande/posti è rimasto inferiore a 1 e non viene nemmeno raggiunto il numero di posti previsto dall'Accordo Stato-Regioni sul fabbisogno, segnalando così un problema sia di attrattività – frutto del **combinato disposto di bassi salari e pessime condizioni di lavoro** – sia di capacità del sistema formativo.

Considerando **un tasso di abbandono dei corsi di studio tra il 25% e il 35%**, il mantenimento del tetto di spesa per le assunzioni (fermo al 2014, diminuito dell'1,4%), le circa **23 mila dimissioni negli ultimi 4 anni** e i circa **78.000 pensionamenti previsti tra il 2026 e il 2035**, emerge chiaramente una fase critica che si prospetta di lungo periodo in assenza di intervento.

Lo stesso rapporto conferma la grave carenza italiana: **6,9 professionisti ogni mille abitanti** contro una **media OCSE di 9,2**, con livelli significativamente più alti in altri Paesi europei (Germania 13, Francia 11). Limitandosi al SSN, nel 2023 la media nazionale di infermieri è di 4,64 ogni mille abitanti (4,44 nel 2019), con differenze che vanno dai 3,53 della Sicilia ai 6,86 della Liguria.

Si tratta di un divario che incide direttamente sulla qualità dell'assistenza, sulla capacità di risposta ai bisogni dei cittadini, sul tasso di mortalità e sulle condizioni di lavoro.

Per le altre figure professionali è più difficile quantificare la carenza, mentre per gli infermieri è possibile stimare che, su una popolazione di 60 milioni di abitanti, la **carenza** stimata è **di circa 250.000 infermieri**, considerando anche gli obiettivi territoriali del PNRR (case della salute, ospedali di comunità) e la riforma della rete ospedaliera.

Il sottorganico è quindi imponente e il lieve aumento delle assunzioni nel 2023 non ha modificato il quadro. Anzi, rispetto al 2022, nel 2023 il numero di infermieri a tempo indeterminato risulta in diminuzione di circa 1.000 unità.

L'introduzione della figura dell'**Assistente Infermiere**, di cui ad oggi non si conoscono né le competenze né la formazione, non solo non rappresenta la soluzione alla grave carenza di organico ma rischia di produrre contraddizioni e conflitti tra il personale, di abbassare la qualità dell'assistenza e di fornire al privato la possibilità di comprimere ulteriormente il costo del lavoro. D'altra parte, con la **riforma delle professioni sanitarie** e l'istituzione di 3 nuove lauree magistrali, si crea la condizione per un'ulteriore spinta verticistica della professione infermieristica, con gratificazione professionale ed economica riservata a pochi.

Salario e riduzione dell'orario di lavoro

Il tema del salario è una priorità per USB.

A parità di potere d'acquisto la retribuzione media degli infermieri pubblici italiani è pari a **48.000 dollari**, contro una **media OCSE di 61.000**. L'Italia si colloca quindi a ridosso dei Paesi dell'Est Europa e resta lontana da quella dei principali Paesi europei. Il divario retributivo non rappresenta solo un indicatore economico ma incide direttamente sulla **tenuta del sistema sanitario pubblico**. Le risorse per il rinnovo dei CCNL sono predeterminate a monte dalla legge di bilancio e, in virtù delle nuove regole del patto di stabilità, addirittura estese a tre trienni. Questo significa che

la contrattazione, non solo non svolge più la funzione di umentare i salari e redistribuire la ricchezza, ma che non viene garantito nemmeno il recupero del potere d'acquisto sulla base dell'inflazione reale.

Il riferimento per il rinnovo dei contratti all'indice IPCA, che non comprende i prodotti energetici importati, rende ancora più evidente la distanza tra risorse contrattuali e reale costo della vita.

È indispensabile l'introduzione di un meccanismo di indicizzazione automatica dei salari sul modello della passata scala mobile per garantire il recupero dell'inflazione e liberare risorse per una contrattazione in grado di garantire aumenti veri.

Un ulteriore elemento aggravante riguarda la struttura della retribuzione. Lo stipendio dei dipendenti della sanità pubblica è costituito in parte significativa da salario accessorio, corrisposto sotto forma di indennità. Considerando la permanenza della norma che ha fissato l'importo del 2016 quale limite massimo delle risorse da destinare al Fondo del salario accessorio, le misure selettive per l'erogazione dei fondi e la possibilità che alcune indennità vengano elevate in sede decentrata laddove possibile, è facile intuire la differenziazione che ne scaturisce per lavoratori che svolgono lo stesso lavoro. Il riferimento è, in particolare, all'indennità di pronto soccorso, alla detassazione dell'attività aggiuntiva e dello straordinario. Si tratta di un modello distorto: da un lato produce effetti economici solo su alcune categorie, legando l'incremento salariale alla "fortuna" della collocazione lavorativa e/o territoriale; dall'altro incentiva il ricorso strutturale allo straordinario, trasformando una parte del lavoro in prestazione "a cottimo". In questo modo il reddito dipende sempre più dalla disponibilità a lavorare oltre l'orario ordinario.

Lo spostamento di risorse economiche al di fuori del perimetro della contrattazione vera e propria, apre anche un problema

rilevante sul piano della rappresentanza. Quote crescenti di salario e indennità vengono regolate a livello regionale, sottraendo spazio alla contrattazione nei luoghi di lavoro e indebolendo progressivamente il ruolo delle RSU aziendali. Il rischio concreto è lo svuotamento sostanziale delle RSU: mentre le decisioni più rilevanti vengono assunte altrove, seppur sottoforma di confronto – con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e firmatarie di contratto – e non di trattativa, le RSU nei luoghi di lavoro vengono relegate a una funzione sempre più marginale e notarile, con minore capacità di incidere sulle condizioni reali di lavoro. Si determina così una frattura tra livello decisionale e luogo di lavoro, che impoverisce la rappresentanza e riduce gli spazi di partecipazione diretta delle lavoratrici e dei lavoratori.

Questa dinamica va contrastata con decisione, rivendicando il diritto alla contrattazione aziendale e il pieno riconoscimento del ruolo delle RSU come soggetti centrali nella tutela delle condizioni di lavoro e del salario. Un tema, quello della democrazia sindacale e della difesa dei diritti, coi quali siamo costretti a fare i conti anche ogniqualvolta si utilizza il principale strumento di conflitto: lo sciopero. Un diritto talmente tanto compresso e limitato da valere la recente pronuncia del Comitato Europeo per i Diritti Sociali che, accogliendo il ricorso dell'USB, ha evidenziato le violazioni della Carta Sociale Europea.

È una nostra responsabilità non rassegnarci a far passare il messaggio che in "sanità non si può scioperare", riappropriarci di questo strumento e farlo vivere tra lavoratori e lavoratrici che hanno dimostrato un grande protagonismo nelle mobilitazioni dello scorso autunno contro il genocidio in Palestina.

Infine, ma non per ultimo, è necessario che la massiccia digitalizzazione e l'introduzione di innovazioni tecnologiche,

compresa l'intelligenza artificiale, portino ad un miglioramento delle condizioni di lavoro e ad un ampliamento dei tempi di vita e non producano invece una compressione dei posti di lavoro, dei diritti e una maggiore intensificazione dei ritmi di lavoro. Per questo motivo è indispensabile la **riduzione, almeno a 32 ore, dell'orario di lavoro a parità di salario.**

Che fare?

L'analisi svolta fin qui, pur parziale e certamente non esaustiva, restituisce un quadro direttamente riconducibile al titolo di questo documento e ci impone di individuare con chiarezza il percorso sindacale e le gambe sul quale intraprenderlo.

La piattaforma rappresenta sicuramente un ulteriore strumento per aggiornare e condividere analisi e proposte con i lavoratori e le lavoratrici della sanità che intendiamo rappresentare.

In tutti questi anni, nonostante le difficoltà determinate dalle scarse agibilità a fronte di un comparto molto vasto ed eterogeneo e di doversi districare tra turni di lavoro e militanza sindacale, siamo riusciti a far sentire, forte e chiara, la nostra voce che, in molti casi, è stata determinante.

Dalle battaglie per la stabilizzazione dei precari e per le reinternalizzazioni, a quelle per il diritto ai tempi di vestizione e al buono pasto; dalla sicurezza, ai carichi e condizioni di lavoro; dalla rivendicazione del diritto alla formazione, alla denuncia dell'arbitrarietà nel conferimento degli incarichi.

Altrettanto rilevante, sul piano nazionale, è stato **il protagonismo di USB nel percorso del rinnovo contrattuale 2022-2024,** con le mobilitazioni contro la mancanza di risorse e la perdita di potere d'acquisto dei salari, che hanno "costretto" persino

Cgil, Uil, Nursing Up (che ha firmato successivamente) a non sottoscrivere un contratto palesemente a perdere.

Anche l'ultima tornata delle **elezioni R-SU,** svolta in un clima reso incandescente dallo scontro sulla firma dei contratti, ha confermato la capacità del settore di coniugare gli aspetti generali con quelli più propriamente sindacali. USB ha mantenuto e incrementato il numero dei voti rispetto alla tornata precedente, nonostante il rischio di essere schiacciata dalla polarizzazione tra sindacati confederali e corporativi.

Le trattative in corso per il rinnovo contrattuale 2025-2027 dovranno vederci nuovamente protagonisti, pronti a contrastare l'ennesima perdita di potere d'acquisto, a fronteggiare qualsiasi peggioramento normativo e a diffondere con forza le proposte contenute nella nostra piattaforma.

Dovremo continuare a perseguire con determinazione l'obiettivo della **salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e il contrasto alle aggressioni del personale sanitario;** la crescita degli iscritti e il radicamento territoriale, obiettivo da condividere con le federazioni locali di USB, resteranno elementi centrali della nostra azione. Sarà necessario rafforzare, dove assente, **l'interlocuzione con le istituzioni regionali,** anche alla luce del crescente peso delle risorse gestite a questo livello.

L'analisi sviluppata ci consegna però anche un dato politico chiaro: il **Servizio Sanitario Nazionale** è dentro un processo avanzato di trasformazione, nel quale il pubblico **rischia la marginalizzazione** a fronte di un **privato,** rapace e senza scrupoli, **che avanza e si consolida.**

Non siamo più di fronte a una semplice deriva ma a un cambio di paradigma che supera i modelli regionali, propinati per decenni come esempi virtuosi e ora in crisi, (Emilia-Romagna, Veneto, Toscana e Lombardia) e procede in maniera trasversale

in tutto il Paese senza un efficace contrasto.

Per questo non possiamo più limitarci solo a difendere l'esistente. Dobbiamo mettere in discussione l'impianto attuale e avanzare una proposta alternativa che non può che partire dal riportare sotto il controllo totalmente pubblico la prevenzione e la riabilitazione, l'erogazione dei servizi, il lavoro e la programmazione sanitaria, la formazione. Per dirla con uno slogan:

Nazionalizzare la sanità!

Non può essere il privato, che trae profitto dalla malattia, a rispondere ai bisogni di salute dei cittadini.

Analogamente è indispensabile prevedere l'assorbimento nel pubblico del personale oggi impiegato nel sistema accreditato per garantire stabilità e diritti e porre fine alla frammentazione contrattuale e al dumping salariale che oggi reggono una parte consistente del sistema. Gli strumenti esistono e vanno utilizzati fino in fondo: revisione degli accreditamenti, mancato rinnovo dove non coerente con la programmazione pubblica, acquisizione di strutture in difficoltà, diritto di prelazione e acquisto a valori calmierati di realtà che per anni hanno beneficiato di finanziamenti pubblici.

È su questa consapevolezza che dobbiamo continuare a costruire la nostra iniziativa: rafforzamento, radicamento, mobilitazione e conflitto, capacità di proposta.

USB PI SANITÀ
17 Maggio 2026

