volerelaluna LA POLITICA PUNTOACAPO

Povertà economica e povertà sanitaria

Immaginate di dover scegliere, arrivati a metà mese, se riempire il carrello della spesa o andare in farmacia a ritirare l'antibiotico per vostro figlio. O di dover rinunciare a quella visita cardiologica che aspettate da mesi perché l'alternativa pubblica ha una lista d'attesa di un anno e quella privata costa quanto mezza bolletta della luce. Questa **è la quotidianità per i quasi 6 milioni di italiani** che vivono in povertà assoluta, con un trend in costante aumento nell'ultimo decennio (Istat). «In questo scenario di "permacrisi", caratterizzato dal susseguirsi e dall'intrecciarsi di tensioni economiche, sociali e geopolitiche, la povertà ha smesso di essere un fenomeno eccezionale e temporaneo, trasformandosi in una condizione di strutturale normalità per una quota crescente della popolazione», si legge. L'ultimo identikit sociologico tracciato da Caritas Italiana lancia un allarme chiaro sulla natura multidimensionale del disagio: quando si è poveri, non manca mai una cosa sola. Nel 2025 la rete Caritas ha accompagnato 282.539 persone (il valore più alto mai registrato), in crescita del 48% nel decennio 2015–2025. Più della metà di chi si rivolge ai centri d'ascolto (55,6%) chiede aiuto per almeno due ambiti di supporto contemporaneamente. **Ai bisogni primari legati a lavoro, casa e bollette si affianca un'autentica emergenza sanitaria e psicologica**, le cui richieste d'aiuto hanno registrato un'impennata del 69,4% nell'ultimo decennio. Solo nel 2025, Caritas ha erogato oltre 76.000 prestazioni in ambito sanitario, tra visite mediche, esami clinici e distribuzione di farmaci. I dati dimostrano che **la fragilità medica viaggia quasi sempre insieme all'isolamento sociale e all'indigenza: il 59,7% delle persone con problemi di salute sperimenta tre o più ambiti di bisogno, una percentuale che sfiora l'80% nel caso di patologie psichiatriche**.

?**Gratis ma non per tutti: la crisi dell'universalismo sanitario**

Secondo i dati dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE), **sono 5,8 milioni gli italiani che hanno dovuto rinunciare almeno una volta a visite specialistiche o accertamenti diagnostici pur avendone bisogno**. Il report evidenzia come circa il 3,8% degli adulti italiani non sia riuscito a ottenere le cure necessarie a causa di costi, distanze o tempi d'attesa, un dato in linea con la media europea (3,6%), ma che nasconde profonde disuguaglianze interne. **Questa rinuncia forzata segue una faglia geografica netta che spacca il Paese**. Nonostante l'aumento di utenti assistiti dalla Caritas al Nord (+61,8% nell'ultimo decennio, segno che la povertà intercetta ormai anche le aree tradizionalmente più ricche), il tasso di limitazione e rinuncia alle cure tocca i picchi più drammatici nel Mezzogiorno. **In regioni come Puglia e Calabria la percentuale di chi è costretto a ridurre le spese sanitarie oscilla tra il 35% e il 38%, a fronte di un ben più contenuto 8% registrato in alcune zone del Nord**. Anche la spesa per i farmaci originali ricalca questo divario: la spesa pro capite passa dai 13,3 euro del Nord ai 23,5 euro del Sud.

I tempi d'attesa continuano a rappresentare la barriera principale, un ostacolo che da solo ha interessato 2,7 milioni di persone. I ritardi si concentrano soprattutto nei punti di primo accesso: le visite iniziali e gli esami diagnostici rappresentano oltre il 60% dei blocchi legati alle tempistiche. «Le liste d'attesa chilometriche stanno distruggendo la prevenzione

nel nostro Paese», affermano i sindacati dei medici di medicina generale. «**Dire a un paziente oncologico o cardiopatico che per un esame diagnostico deve aspettare un anno equivale a dirgli di pagarselo da solo o di rinunciare**. Il risultato è che vediamo arrivare nei pronto soccorso pazienti con patologie gravissime che si sarebbero potute bloccare mesi prima con una semplice visita». È in questo vuoto che si consuma la frattura della doppia povertà: chi ha le risorse economiche scavalca l'ostacolo pagando di tasca propria, chi non le ha rinuncia a curarsi.

Il dodicesimo rapporto del Banco Farmaceutico scatta una fotografia nitida delle coperture finanziarie sanitarie nel nostro Paese. In Italia la spesa sanitaria è sostenuta per circa il 74% da fondi pubblici e per il 26% da fonti private, di cui il 23–24% è pagato direttamente "out of pocket" dai cittadini. **Se la sanità pubblica copre egregiamente la spesa ospedaliera (96% contro il 91% della media UE), mostra invece vistose crepe nei servizi ambulatoriali, dove il pubblico finanzia solo il 58% dei costi contro il 77% della media europea**, e nell'assistenza odontoiatrica, che resta di fatto un servizio privato per chi ha superato i 14 anni. Non a caso, **il 12,5% delle persone a rischio povertà segnala un bisogno odontoiatrico insoddisfatto, contro il 4,6% della popolazione generale**.

Il divario economico influenza non solo la quantità, ma la qualità stessa delle cure, dando vita a una vera e propria **"tassa sulla povertà"**. Le famiglie povere destinano alla sanità appena il 2,1% del loro budget mensile (contro il 4,4% delle famiglie non povere) e sono costrette a rimodulare drasticamente i propri consumi: tagliano la prevenzione e le visite specialistiche e concentrano la quasi totalità della loro ridotta capacità di spesa sui farmaci, che assorbono il 58,6% del budget sanitario (contro il 39,6% dei non poveri).

Anche il mercato farmaceutico riflette questa crisi. Mentre la spesa pubblica per i medicinali è rimasta stabile, la quota a carico dei cittadini è cresciuta costantemente, arrivando a coprire il 45% della spesa farmaceutica totale. Nel 2023 i cittadini hanno pagato di tasca propria circa 7,1 miliardi di euro per farmaci non rimborsabili (classe C) e oltre un miliardo solo per coprire la differenza di prezzo tra il farmaco originale e il generico.

?**La salute è un diritto costituzionale che va difeso**

L'articolo 32 della Costituzione italiana recita: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti». **Difendere l'universalismo del nostro SSN non è solo una scelta economica, ma una necessità sociale**. La solidarietà, per quanto straordinaria, non può e non deve diventare un ammortizzatore sociale sostitutivo. È il cuore della "povertà sanitaria assistita" denunciata dalla Fondazione Banco Farmaceutico. «La salute non può essere legata al censo. Quando una madre deve chiederci gratuitamente l'ibuprofene o lo sciroppo per la tosse per il figlio perché non ha quei cinque o dieci euro in tasca, capiamo che la soglia della dignità è stata superata. La donazione del farmaco non è più un atto di carità, ma la sostituzione di un pezzo di Stato che non c'è più».

L'articolo è tratto da *Scienza in rete*