volerelaluna LA POLITICA PUNTOACAPO

Per un welfare sanitario di cittadinanza

Autore: Maurizio Bonati e Gianni Tognoni

La realtà attuale della sanità è il suo assorbimento nel capitolo della sostenibilità economica con la conseguenza che la salute non è più un diritto universale 'accessibile' o da 'rendere accessibile': gli articoli 3, comma 2 (libertà e uguaglianza) e 32 (salute diritto universale) della Costituzione non hanno più, in concreto, un valore applicativo obbligatorio. **Fare una battaglia o invocare il ritorno a un tempo che non c'è più è necessario per richiamare valori e principi, ma retorico e inefficiente se non si ha una forza politica convinta di questo**, e soprattutto una maggioranza parlamentare capace di sostenere una battaglia strategica e di lungo periodo. Il diritto, inalienabile e irrinunciabile, universale alla salute spetta a tutti, senza discriminazioni; è un diritto soggettivo del singolo individuo; è irriducibile ed essenziale. Ci vollero trent'anni, nel 1978 con la legge n. 833, per definire una norma così rivoluzionaria e ci vollero partecipazione e disponibilità trasversali tra tutti i partiti politici, oggi impensabile. Trent'anni per esplicitare che salute e sanità sono concetti distinti, ma con evidenti interconnessioni: **non puoi garantire un benessere completo, se non organizzi un sistema (un Servizio) adeguato e appropriato a tutela di tutti i cittadini a partire dai più "disuguali"**. Dopo 50 anni la legge n. 833, complessiva dell'intero e complesso SSN, necessita di un ampio aggiornamento. Ancora una volta, si prospettano interventi che arrivano in ritardo, non condivisi, parziali e settoriali. In tale contesto rivendicare che il SSN – questo SSN sempre più privatizzato – deve essere pubblico senza adeguate e appropriate indicazioni di percorso, seppur inizialmente limitate, vuol dire limitarsi a fare aggiustamenti di sopravvivenza, quando non sola propaganda.

La natura del SSN è stata ibrida sin dalla sua costituzione, con il mantenimento del sistema delle convenzioni con soggetti privati negli ospedali, poi sostituto dal meccanismo dell'accreditamento e della stipula di contratti. **Nel tempo il ruolo dei produttori privati si è rafforzato**, in particolare a partire dai primi anni Novanta (la Lombardia di Formigoni ha fatto scuola) **e attualmente il contributo del sistema pubblico alla produzione di servizi sanitari si è ulteriormente ridotto a favore di quello privato**. Sul versante del finanziamento, alla già elevata incidenza della spesa diretta delle famiglie rispetto agli standard europei, si accompagna l'incremento della spesa intermediata da assicurazioni, mutue e fondi sanitari che contribuiscono al mercato della sanità. **Da indicatore di diritto universale e di area prioritaria di ricerca per rendere operativo il principio costituzionale, la sanità** – come, più in generale, il welfare – **si è tradotta in una delle espressioni più visibili e concrete di un disegno politico-economico che crea disuguaglianze** evitabili e riconducibili ai determinanti in grado di influire sulla salute. Il contrasto alle disuguaglianze di salute necessita pertanto di un approccio olistico e intersettoriale che preveda la collaborazione e l'integrazione tra diversi settori delle politiche, sanitarie e non. **Contrastare e ridurre le disuguaglianze produce la riduzione più grande dei carichi-costi assistenziali, ma necessita di welfare pubblico (azioni, servizi e politiche) appropriato ai bisogni**.

Le disuguaglianze sono attestate da dati sanitari e sociali presenti in molte forme e raccolti con varie finalità (cliniche, amministrative, di ricerca etc.), da gestori privati e pubblici, su piattaforme anche a elevata tecnologia. Tuttavia **più dati non significa automaticamente cure migliori**. Il loro utilizzo è spesso finalizzato alla costruzione di indici di riferimento per classifiche politiche anziché per la valutazione della qualità reale delle cure, come nel caso dei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Per di più l'accesso ai dati e ai singoli database è spesso precluso (non per ragioni di *privacy*, ma a tutela della proprietà) condizionandone l'utilizzo nei processi decisionali e, ancor più, per valutazioni, elaborazioni, ricerche indipendenti. Ciò produce uno spreco di risorse e gravi ritardi. Non solo, ma la mancanza di condivisione gestionale e di ricerca tra l'area sanitaria e quella sociale impedisce ogni progettazione di un welfare di comunità. **Se le informazioni più importanti per una politica che dia priorità ai diritti concreti delle persone sono 'invisibili', inaccessibili o confezionate da terzi, la comunità è vittima di un furto**. Le statistiche epidemiologiche – su cui si basano valutazioni e programmazione – sono fondate su misurazioni di frequenza, di distribuzione, di gravità delle malattie e altro, ma le persone, nel loro contesto di vita e di condizioni sociali, non sono i soggetti privilegiati. **Manca l'epidemiologia della comunità, dei 'bisogni inevasi', delle disuguaglianze, e dei diritti,** l'epidemiologia i cui target sono i minori, i migranti, i detenuti, i fragili nel loro contesto di vita.

Ciò non è certo nuovo. Ma può essere utile ripeterlo se si vuole provare a **concentrare l'attenzione su alcune delle cose da fare per rendere sanità e sociale aree di un welfare di consenso partecipato nelle realtà locali**. I punti che seguono sono un primo tentativo di riflessione nell'individuare alcune priorità che potrebbero entrare nella definizione di un lavoro multidisciplinare per un sistema di welfare che promuova diritti e inclusione.

1. Il primo bisogno essenziale e quindi imprescindibile per poter ottemperare agli articolo 3, comma 2, e 32 della Costituzione in modo innovativo e risoluto rispetto al passato è **incrementare le risorse finanziarie**. Il Fondo sanitario nazionale per il 2026 rappresenta il 6,19% del PIL quando la spesa sanitaria effettiva è del 6,42% del PIL: un valore (143 miliardi di euro) inferiore sia alla media OCSE (7,1%) che a quella europea (6,9%). Il Fondo andrà a sostenere il nuovo (per caratteristiche temporali) Piano sanitario nazionale. L'efficacia di ogni intervento è determinata anche da competenza, interesse, disponibilità e soddisfazione degli operatori. È quindi da lì che bisogna partire. Ulteriori risorse sono necessarie non tanto per rendere più attrattivi gli stipendi di chi lavora nel Servizio sanitario nazionale, ma per valorizzare anche economicamente i professionisti del servizio pubblico, sin dal percorso di formazione. Il divario delle retribuzioni economiche tra settore pubblico e privato, per quanto ampio e variabile, è comunque a favore del privato, ed entrambi sono inferiori alla media europea.

2. Il sistema sanitario italiano, nel suo complesso, è finanziato per l'81% dalle imposte e per il 19% da entrate private. L'erogazione dei servizi sanitari è per il 51% da

parte di istituzioni pubbliche e per il 49% da imprese private o medici liberi professionisti. Il settore privato fornisce il 29% dei beni e servizi al SSN, mentre vende il 20% a pazienti paganti e assicurazioni volontarie. Ci sono però alcune **attività che il settore privato non garantisce, ma essenziali per il SSN, come le attività più complesse e ad alto contenuto tecnologico** (per esempio, i trapianti), **le attività assistenziali capillari rivolte alle persone con condizioni croniche, le attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie**. Il sistema misto di assistenza necessita di essere definito non a partire dalle prestazioni, ma dai percorsi di cura.

3. Lo strumento cardine del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) è il decreto ministeriale n. 77/2022 che, con la Missione 6, definisce **i nuovi standard organizzativi per l'assistenza territoriale mirando a potenziare la medicina di prossimità anche tramite Case della Comunità**. Ma le Case della Comunità così concepite sono espressione dei valori e principi costituzionali (art. 32) e della legge n. 833? E ancor più: rispondono ai bisogni attuali più frequenti della maggioranza dei cittadini? Domande semplici, forse non di qualità come le questioni complesse necessitano, ma essenziali per riformulare efficacemente un Servizio. **Le Case della Comunità potrebbero rappresentare una via per una rivoluzione di paradigma, dalla sanità alla salute**. Entrambe espressione di complessità, di una pluralità umana che è pluralità di individui unici in connessione l'uno con gli altri.

4. La popolazione straniera dei residenti regolari in Italia è costituita da 6 milioni di persone, il 10% della popolazione totale. A questa popolazione si aggiunge quella dei rifugiati e migranti *irregolari*. Nel 2025 gli arrivi via mare registrati sono stati 66.316, tra cui 12.177 minori non accompagnati. **I rifugiati con protezione internazionale sono stati 132.000 e oltre 234.000 i richiedenti asilo**. L'accoglienza è quindi una priorità nazionale per affrontare in modo appropriato e continuativo un "fenomeno" che è una cronicità multifattoriale sociale e sanitaria e non un semplice contenitore amministrativo o il percorso per ottenere il permesso di soggiorno. La possibilità di apprendere la lingua, accedere al lavoro, costruire relazioni sociali e partecipare alla vita della comunità incide direttamente sul benessere sia delle persone accolte che di accoglie. **È quindi necessario che si attivino interventi per la realizzazione di politiche intersettoriali e di azioni di *empowerment* a favore delle comunità straniere in Italia per la promozione della loro salute**. Iniziative che utilizzino e valorizzino le competenze diffuse della società civile organizzata nell'ambito della promozione e tutela della salute delle persone più fragili, in una logica virtuosa di sussidiarietà circolare per conoscere, intercettare e prendersi carico in forma integrata delle situazioni di maggiore vulnerabilità.

5. Per ottenere una maggiore ed effettiva applicazione in Italia della Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (CRC), approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989, e dei suoi Protocolli Opzionali attraverso un sistema di monitoraggio indipendente, permanente, condiviso e aggiornato, si è costituito, nel 2000, un apposito Gruppo di Lavoro, composto da più di 100 soggetti del Terzo Settore.

Da allora **la fotografia che il Gruppo continua a ritrarre è quella di una realtà in cui le ragazze e i ragazzi che vivono in Italia manifestano un malessere diffuso**, che si esprime in diversi modi, ma riguarda tutte le sfere dell'esistenza e coinvolge le diverse fasce d'età. La Convenzione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza è stata ratificata dall'Italia il 27 maggio 1991 con la legge n. 176, ma la sua attuazione è ancora largamente inevasa. **Una disattenzione verso l'età evolutiva che si esprime nell'incapacità di prevenire, limitare e accompagnare le condizioni di disagio, anche pianificando azioni di miglioramento**. A livello istituzionale, i provvedimenti si caratterizzano per scelte marcatamente ideologiche e per l'inefficacia degli interventi (parziali, inappropriati, arbitrari) tesi soprattutto ad alimentare per breve tempo il dibattito sociale, come è stato con il decreto Caivano e con il disegno di legge n. 1236/S (sui cosiddetti "maranza").

6. Una delle responsabilità della sanità pubblica è d**ire con chiarezza cosa la medicina può fare e cosa non potrà mai fare: non può eliminare il limite, ma è chiamata ad accompagnarlo con competenza, etica e umanità**. **L'aumento della longevità non coincide automaticamente con quello della vecchiaia indipendente**. Oltre un quarto degli italiani ha più di 65 anni e la percentuale salirà ancora nei prossimi decenni con impatti significativi sul welfare, sui servizi sanitari e sulle strutture di assistenza per anziani. Gli ultra 85enni coprono circa il 3,9% della popolazione italiana. Questa crescita si accompagna all'espansione della vecchiaia attiva e in buona salute e, al tempo stesso, alla concentrazione delle condizioni croniche complesse nelle età più avanzate. Cresce quindi la domanda e conseguentemente l'offerta di servizi residenziali e semi-residenziali (centri diurni, case di riposo, case di cura, residenze sanitarie assistenziali e servizi di prossimità per persone non autosufficienti. **La gestione delle RSA in Italia è ampiamente affidata a soggetti privati**, anche del terzo settore, coprendo circa l'86% delle strutture disponibili con un enorme divario Nord-Sud nell'offerta e nei costi. Esperienze positive in questa direzione ci sono, prevalentemente al Nord d'Italia, dove l'integrazione tra enti locali, enti gestori, aziende sanitarie, è finalizzata alla realizzazione sul territorio di un sistema di servizi integrato orientato al sostegno alla domiciliarità, per rendere concreto l'indirizzo che fa della casa il primo luogo di cura, attraverso il coinvolgimento della comunità. **Imparare a invecchiare e insegnare a invecchiare dovrebbero diventare temi centrali di un programma di welfare di cittadinanza**.

Queste alcune delle priorità di riferimento per costruire un programma comune condiviso, per raggiungere "la salute per tutti". **Un impegno che coniughi la salute ai diritti umani e alla giustizia sociale per rendere universalmente accessibili i servizi sanitari essenziali**. Un impegno politico, sociale e professionale, individuale e istituzionale, nell'area della salute e della sanità, del sociale e del sanitario, dello star bene e meglio (*welfare*) nell'ambiente di vita e di lavoro. Un impegno oneroso e ambizioso come tutti quelli volti alla garanzia dei diritti umani, dei diritti di una collettività e non solo e tanto quelli di singoli individui.