



12° RAPPORTO

DONARE PER CURARE

Povertà sanitaria e donazione farmaci

Contributi di

Luca Antonini

Vicepresidente della Corte Costituzionale

Luigi Bobba

Presidente di Fondazione Terzjus ETS

Francesco Longo

Professore Associato del Dipartimento di Social
and Political Sciences presso l'Università Bocconi
Ricercatore del CERGAS presso SDA Bocconi



Caring Innovation



COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

Don Massimo Angelelli
Direttore Ufficio Nazionale
per la Pastorale della Salute della CEI

Gian Carlo Blangiardo
Già Presidente dell'Istat

Giorgio Bordin
Presidente di Medicina e Persona

Barbara Boschetti
Professore di Diritto Amministrativo,
Università Cattolica del Sacro Cuore.
Coordinatore scientifico Università Cattolica
per la Pubblica Amministrazione

Giovanni Corrao
Professore di Statistica Medica,
Università di Milano-Bicocca.
Direttore del Centro Health Care Research
and Pharmacoepidemiology

Silvio Garattini
Presidente dell'Istituto di Ricerche
Farmacologiche Mario Negri IRCCS

Emiliano Manfredonia
Presidente Nazionale delle ACLI

Don Marco Pagnello
Direttore di Caritas Italiana

Valerio Mogini
Coordinatore per le emergenze sanitarie di
Croce Rossa Italiana

Antonello Zangrandi
Professore di Economia delle Aziende e delle
Amministrazioni Pubbliche, Università di Parma

Sergio Daniotti
Presidente della Fondazione
Banco Farmaceutico ETS

Luca Pesenti
Professore di Sociologia,
Università Cattolica del Sacro Cuore
Direttore scientifico di OPSan

EQUIPE DI RICERCA

Gisella Accolla
Prisma-Stat srl
Responsabile elaborazioni statistiche di OPSan

Silvia Bini
Responsabile della Fondazione Banco Farmaceutico
per i rapporti con le Aziende farmaceutiche

Tommaso Rossi
Accademia di formazione per il servizio sociosanitario
lombardo (AFSSL)
Polis Lombardia

Filippo Ciantia
Responsabile progetti strategici
della Fondazione Banco Farmaceutico

Mirella Pontello
Professore di Igiene e Medicina Preventiva
Università degli Studi di Milano

PARTE PRIMA – LA POVERTÀ SANITARIA IN ITALIA 5

A cura di: Luca Pesenti e Gisella Accolla

1. L'andamento della povertà	6
2. La spesa per la salute in Italia	7
3. L'andamento della spesa farmaceutica	8
4. Povertà e spesa per la salute	9
5. Povertà e spesa per la salute nelle regioni italiane	11
6. Povertà e spesa per la salute: il dettaglio	13
7. Povertà e spesa farmaceutica nelle regioni	16
8. La progressività della spesa per la salute	18
9. L'accesso alle cure, tra adattamento e rinuncia	19
10. A cosa si rinuncia	21
11. La rinuncia alle cure nelle regioni	22
12. Assistere la povertà sanitaria: la rete del Terzo settore	24
13. La povertà sanitaria assistita	26
14. La povertà sanitaria assistita: italiani e stranieri	28

PARTE SECONDA – TERZO SETTORE E SANITÀ DI TERRITORIO 30

A cura di: Luca Pesenti, Mirella Pontello, Marco Trivelli e Tommaso Rossi

1. La sfida: tempo di cura o erogazione di prestazioni?	31
2. Il distretto: funzioni e attori, pubblici, privati e del Terzo settore	33
3. Le Case di Comunità: un'opportunità per l'integrazione di tutti gli attori	36
3.1 I modelli possibili	37
3.2 Lo stato di attuazione	37
4. Coinvolgere gli ETS nella co-programmazione e nella co-progettazione, soprattutto nella cura delle persone fragili	42
5. Conclusioni	44

PARTE TERZA – CONTRIBUTI 46

A cura di: di Luca Antonini

1. Universalismo e priorità, di Francesco Longo	47
2. Per salvare il fragile diritto, di Luca Antonini	49
3. Le cure per tutti e la voce del Terzo settore, di Luigi Bobba	51

PARTE PRIMA

LA POVERTÀ SANITARIA
IN ITALIA

A cura di: Luca Pesenti e Gisella Accolla

1.L'ANDAMENTO DELLA POVERTÀ

Il dato

La povertà assoluta in Italia è in costante aumento: dal 6,2% delle famiglie nel 2014 all'8,4% nel 2024.



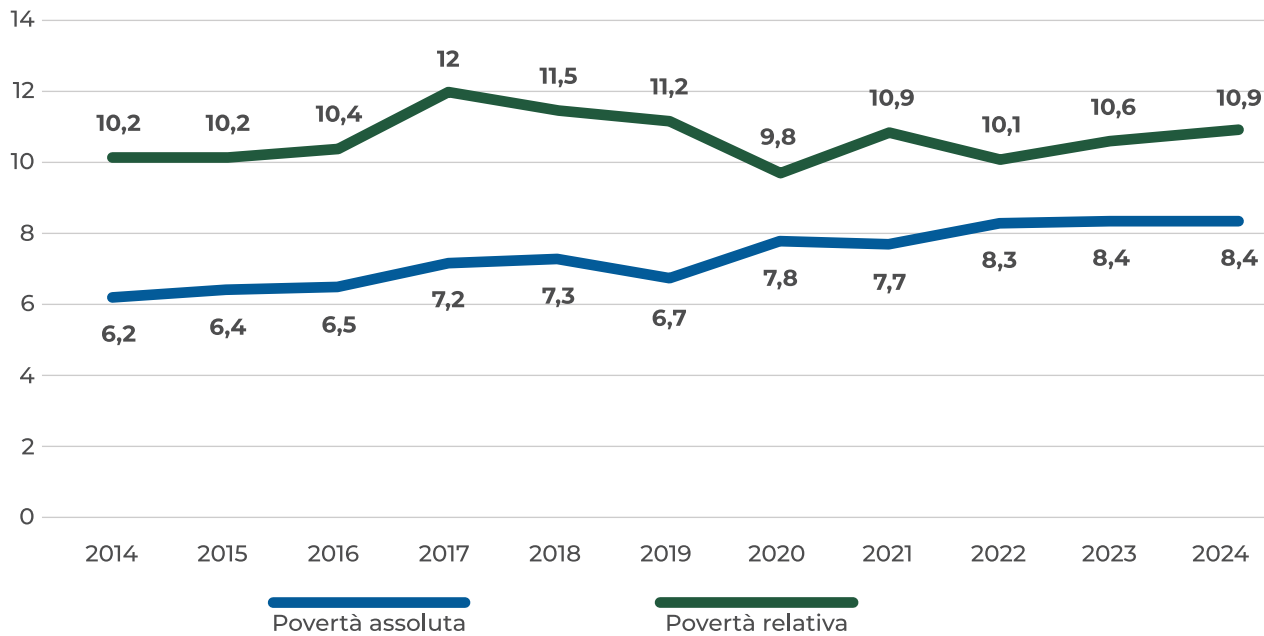
Il picco del 2020 (7,8%), durante la pandemia, è regolarmente superato, ma rispetto al 2023 il dato appare costante (vedi Grafico 1). Si tratta in tutto di 2,2 milioni di famiglie, per un totale di 5,7 milioni di individui. La povertà relativa mostra, invece, un andamento più altalenante, con un picco nel 2017 (12%) e una lieve ripresa nel 2023 (10,6%), confermata anche nel 2024 (10,9%).

Chiave di lettura

L'incremento nel tempo della povertà assoluta segnala un deterioramento delle condizioni materiali di parte crescente della popolazione, anche se nell'ultimo anno si conferma un rallentamento nella crescita, già registrato nel 2024 (vedi Grafico 1). La povertà relativa, più sensibile alla variabilità nella distribuzione dei redditi, riflette una società in cui le distanze economiche oscillano: il dato di flusso del 2024 registra un ulteriore innalzamento dell'incidenza percentuale, sintomo di una crescita delle disuguaglianze. Dal confronto tra le due linee, emerge come una quota crescente di poveri in senso relativo lo sia anche in senso assoluto. Il dato segnala un peggioramento strutturale che sembra manifestarsi soprattutto dopo lo shock del 2020-2021, e suggerisce la necessità di politiche redistributive più incisive, fondate anche sul rafforzamento del welfare territoriale (oggetto della seconda parte del Rapporto).

GRAFICO 1 - ANDAMENTO DELLA POVERTÀ ASSOLUTA E RELATIVA IN ITALIA (PERCENTUALI DI FAMIGLIE, 2014-2024)

Fonte: ISTAT, Indagine sulle spese per consumi delle famiglie



Glossario

Povertà assoluta: sono classificate come assolutamente povere le famiglie con una spesa mensile pari o inferiore al valore della soglia di povertà assoluta (che si differenzia per dimensione e composizione per età della famiglia, per regione e per tipo di comune di residenza). Vengono qui verificati i soli consumi relativi ai beni essenziali per vivere.

Povertà relativa: sono considerate relativamente povere le famiglie che hanno una spesa per consumi pari o al di sotto di una soglia di povertà relativa convenzionale (linea di povertà). Le famiglie composte da due persone che hanno una spesa mensile pari o inferiore a tale valore sono classificate come povere. Vengono qui verificati tutti i consumi, anche non essenziali.

(Fonte: <https://www.istat.it/classificazioni-e-strumenti/glossario/?letter=S>)

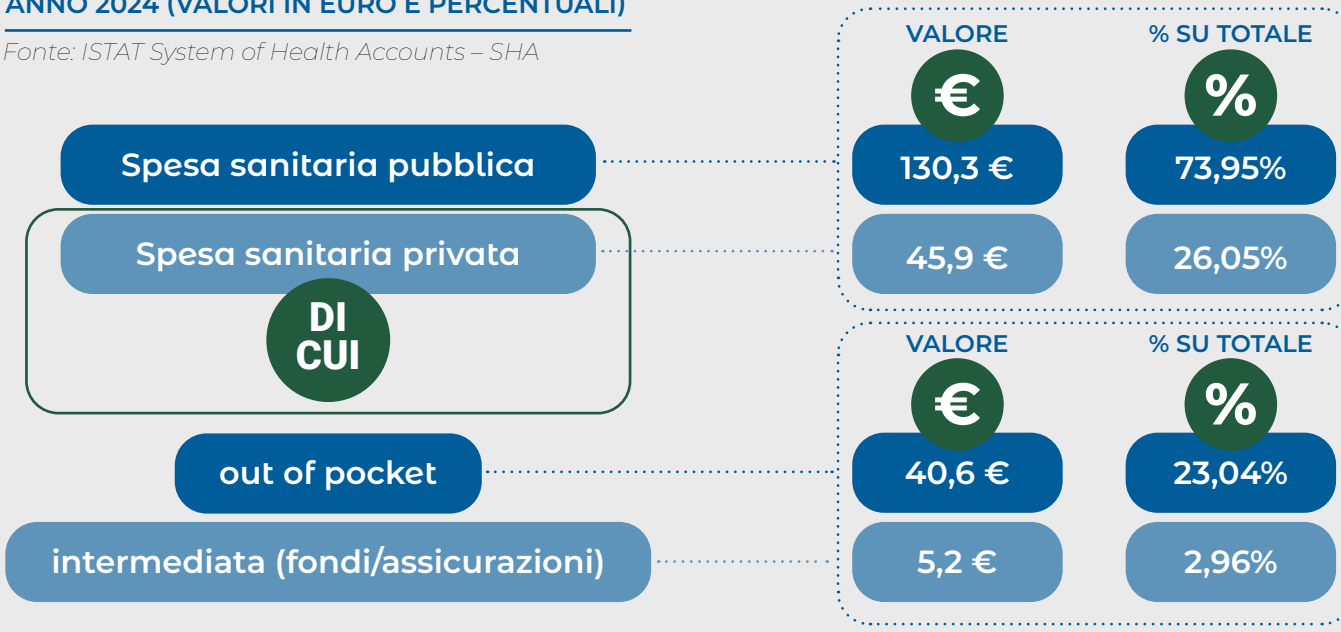
2.LA SPESA PER LA SALUTE IN ITALIA

Il dato

La spesa sanitaria totale nel 2023 è stata pari a € 176,153 miliardi, di cui 130,291 miliardi pubblici (74%) e 45,862 miliardi privati (Figura 2); nella quota privata, la parte direttamente a carico dei cittadini (spesa out of pocket) è stata di 40,641 miliardi di €, circa il 23% del totale. Il dato continua a crescere (era pari a 39,954 miliardi nel 2022).

FIGURA 2 - SPESA SANITARIA PUBBLICA E PRIVATA IN ITALIA, ANNO 2024 (VALORI IN EURO E PERCENTUALI)

Fonte: ISTAT System of Health Accounts – SHA



Chiave di lettura

La spesa privata non intermediata è in aumento da molti anni. Si tratta di un fenomeno condiviso da tutti i Paesi europei, sebbene in Italia la crescita risulti più contenuta rispetto a gran parte degli altri Paesi.

Va inoltre segnalato che si stima come circa il 40% della spesa out of pocket sia da considerarsi "a basso valore": prestazioni non strettamente necessarie o di scarsa efficacia, spesso alimentate da domanda spontanea o da forme di consumismo sanitario.



L. Pesenti e G. Rovati, Tra le crepe dell'universalismo, Il Mulino



Rapporto GIMBE

3.L'ANDAMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA

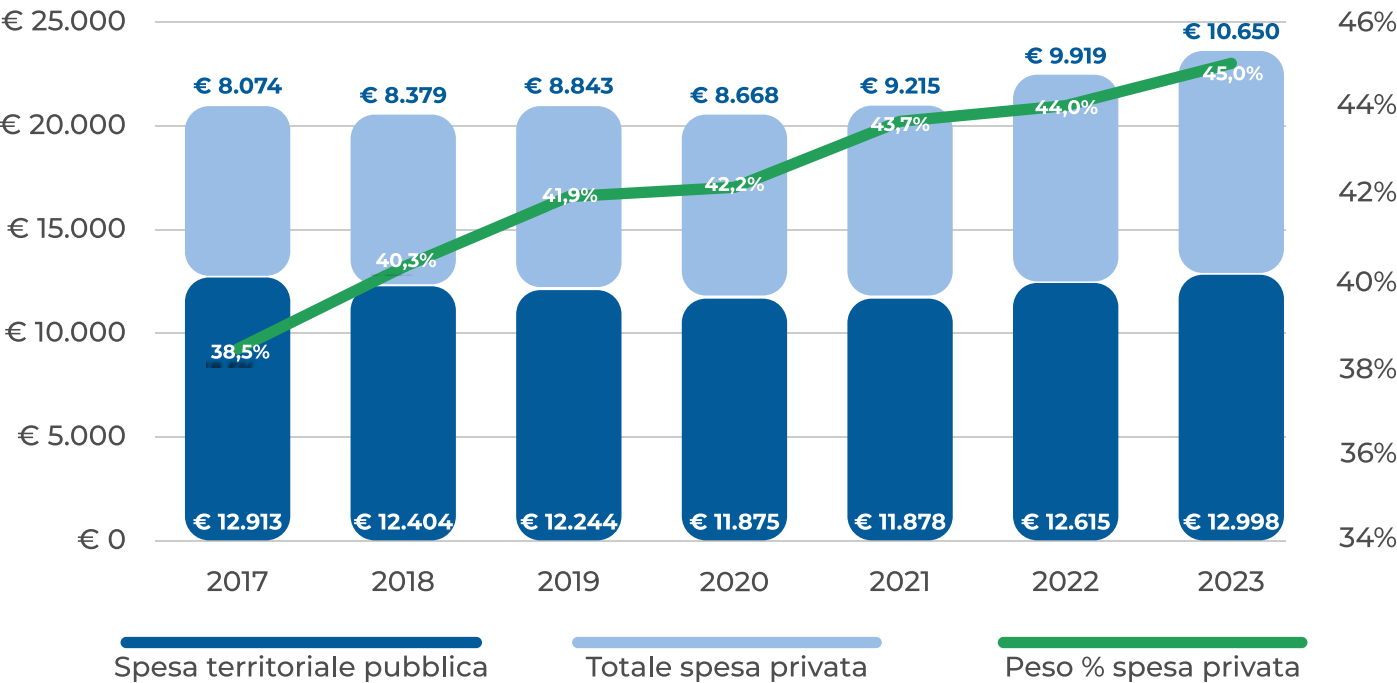
Il dato
La spesa territoriale pubblica per i farmaci è rimasta relativamente stabile, raggiungendo il massimo nel 2023 (12,998 miliardi di €); quella privata (a carico dei cittadini) è aumentata costantemente, passando da 8,07 miliardi nel 2017 a oltre 10,6 miliardi nel 2023: il peso della spesa privata rispetto al totale della spesa farmaceutica territoriale è cresciuto dal 38,5% al 45% (vedi Grafico 2).



Chiave di lettura
L'aumento della quota privata nella spesa farmaceutica evidenzia una crescente privatizzazione di fatto dell'accesso ai farmaci, tendenza che rischia di accentuare le disuguaglianze nell'accesso alle cure, penalizzando chi non può sostenere costi non coperti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

GRAFICO 2 - SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE PUBBLICA E PRIVATA, MILIONI DI EURO E VALORI PERCENTUALI (2017-2023)

Fonte: AIFA – Rapporto Osmmed 2023 (L'uso dei farmaci in Italia, Rapporto nazionale, anno 2023)



Glossario

Spesa farmaceutica territoriale pubblica
È una sottocategoria della spesa farmaceutica pubblica e riguarda solo i farmaci distribuiti sul territorio, cioè:
1) farmaci erogati dalle farmacie pubbliche e private convenzionate con il SSN
2) farmaci acquistati dalle ASL e distribuiti tramite farmacie
3) farmaci erogati in forma diretta dalle strutture sanitarie territoriali.
Tale spesa esclude dunque i farmaci utilizzati in ambito ospedaliero e comprende i farmaci con obbligo di prescrizione e copertura totale/parziale del SSN.

Spesa farmaceutica privata
Riguarda tutti i costi sostenuti direttamente dai cittadini per l'acquisto di farmaci, senza copertura o rimborso da parte del SSN. Include:
1) farmaci da banco (OTC) acquistabili senza prescrizione medica
2) farmaci non rimborsabili dal SSN
3) quote di compartecipazione (es. ticket).

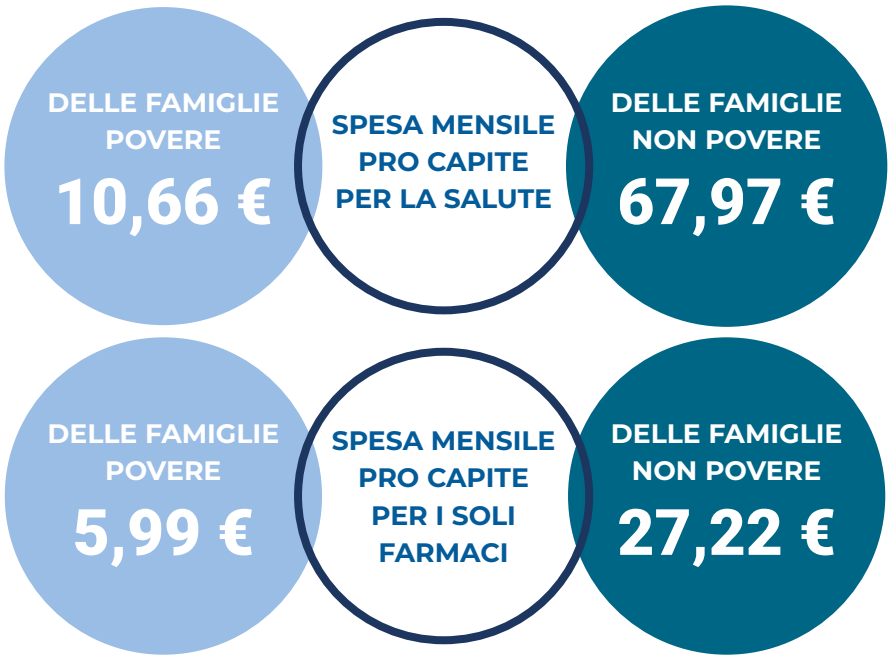
(Fonte: AIFA – Rapporto Osmmed 2023)

4.POVERTÀ E SPESA PER LA SALUTE

Il dato
Le famiglie povere spendono per la salute molto meno, in termini assoluti, delle altre famiglie (10,66 € mensili pro capite contro 67,97 €), ma anche in termini relativi: solo il 2,1% della loro spesa totale è destinata alla sanità, contro il 4,4% delle famiglie non povere (vedi Figure 3 e 4).

FIGURA 3 - SPESA MENSILE PRO CAPITE PER LA SALUTE E PER SOLI FARMACI, ANNO 2023 (VALORI IN EURO)

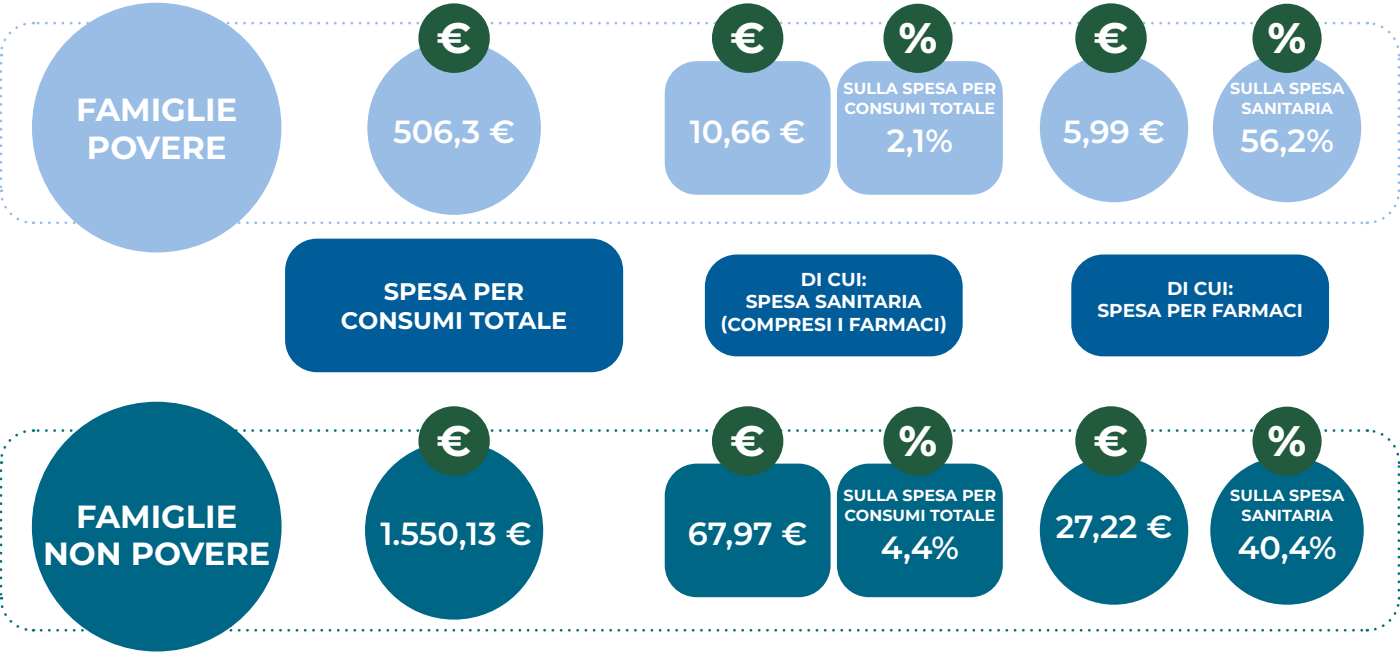
Fonte: Elaborazioni Prisma Stat srl su dati ISTAT, Indagine ISTAT "La spesa delle famiglie".



Nelle famiglie povere, inoltre, la spesa per farmaci rappresenta una quota molto più alta della spesa sanitaria (56,2% contro 40,0%).

FIGURA 4 - SPESA SANITARIA E FARMACEUTICA PER CONDIZIONE ECONOMICA, ANNO 2023 (VALORI IN EURO E PERCENTUALI)

Fonte: Elaborazioni Prisma-Stat srl su dati ISTAT, Indagine ISTAT "La spesa delle famiglie"



Chiave di lettura

Il SSN tutela la salute come diritto fondamentale. Per questo prevede l'esenzione dal ticket per alcune categorie (vedi Tabella 1), cui si aggiungono altre esenzioni per patologia o quelle introdotte da alcune regioni. Si tratta di esenzioni parziali e, nel complesso, il SSN sembra mostrare un profilo regressivo: le famiglie più povere spendono meno sia in termini assoluti sia in proporzione. In particolare, tendono a limitarsi all'acquisto di farmaci, rinunciando ad altre prestazioni sanitarie (visite specialistiche, esami diagnostici ecc.), con potenziali effetti negativi sulla salute a lungo termine e il rischio di aumento della cronicizzazione delle patologie.

TABELLA 1 - PROSPETTO ESENZIONI TICKET PER REDDITO

Fonte: Ministero della Salute

Codice	Descrizione	REQUISITI PRINCIPALI
E01	Reddito basso	Cittadini > 65 anni o < 6 anni, appartenenti a un nucleo con reddito complessivo < 36.151,98 €
E02	Disoccupati	Disoccupati e familiari a carico, con reddito < 8.263,31 € (elevato a 11.362,05 € con coniuge + 516,46 € per ogni figlio a carico)
E03	Titolari di pensione sociale	Inclusi i familiari a carico
E04	Titolari di pensione minima	Reddito familiare < 8.263,31 € (come per E02)

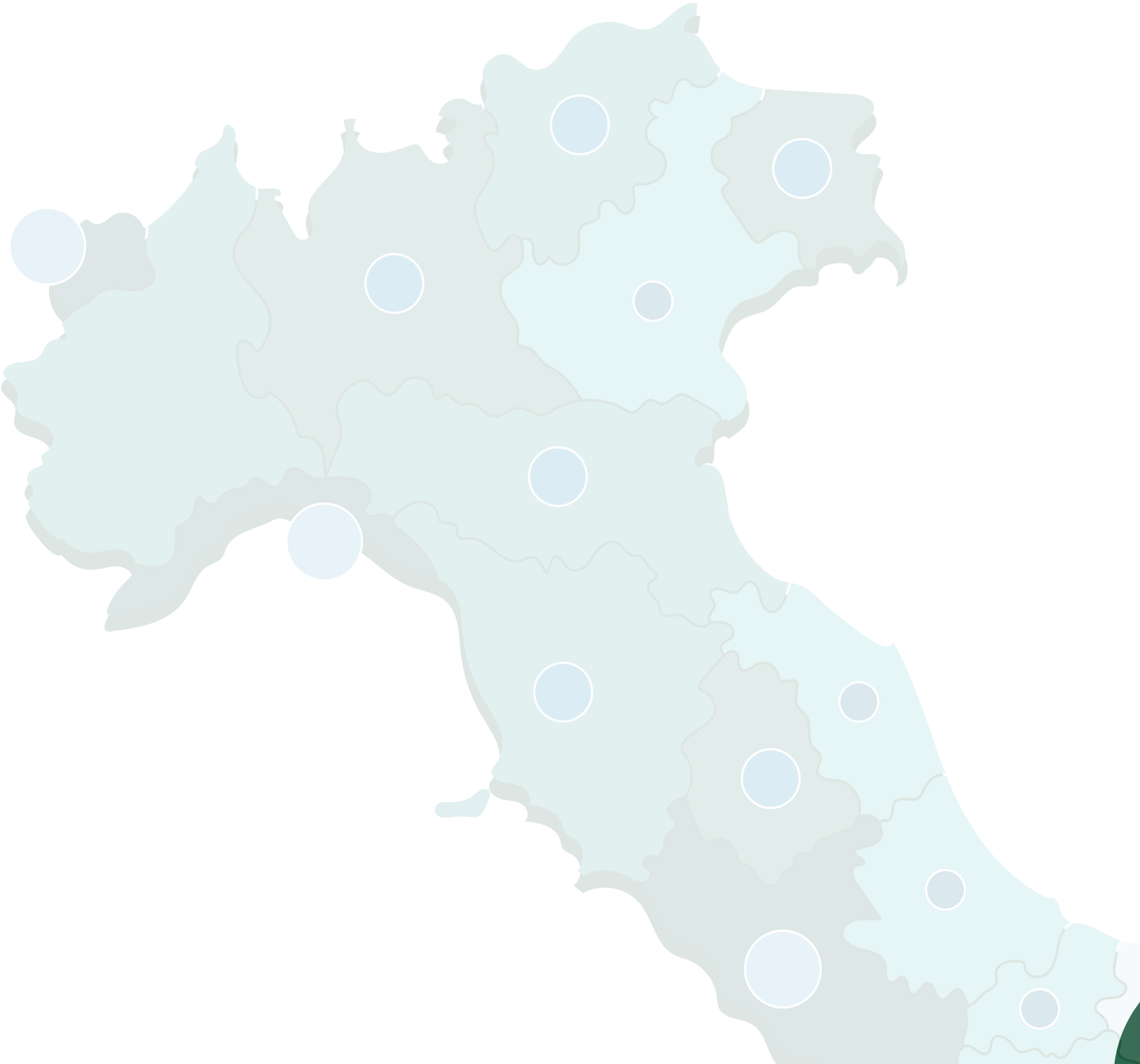
5.POVERTÀ E SPESA PER LA SALUTE NELLE REGIONI ITALIANE

Il dato

Le regioni in cui per diversi motivi (risorse disponibili, invecchiamento della popolazione, presenza di un grande contesto metropolitano) la spesa sanitaria mensile pro capite è più elevata (Valle d'Aosta, Liguria e Lazio) sono anche quelle in cui il gap di spesa tra poveri e non poveri è più alto (tra i 70 e gli 85 euro). Un gap leggermente più ridotto (60-70 euro) si ritrova in Lombardia, Friuli-Venezia Giulia, Umbria e Sicilia, dove la spesa sanitaria è lievemente più bassa rispetto alle regioni di testa (Mappa 1). Esiste dunque una relazione stretta tra le due variabili, che ritroviamo anche nelle altre regioni. Unica eccezione, la Calabria, dove si registra un gap intermedio in presenza di una spesa sanitaria medio-bassa.

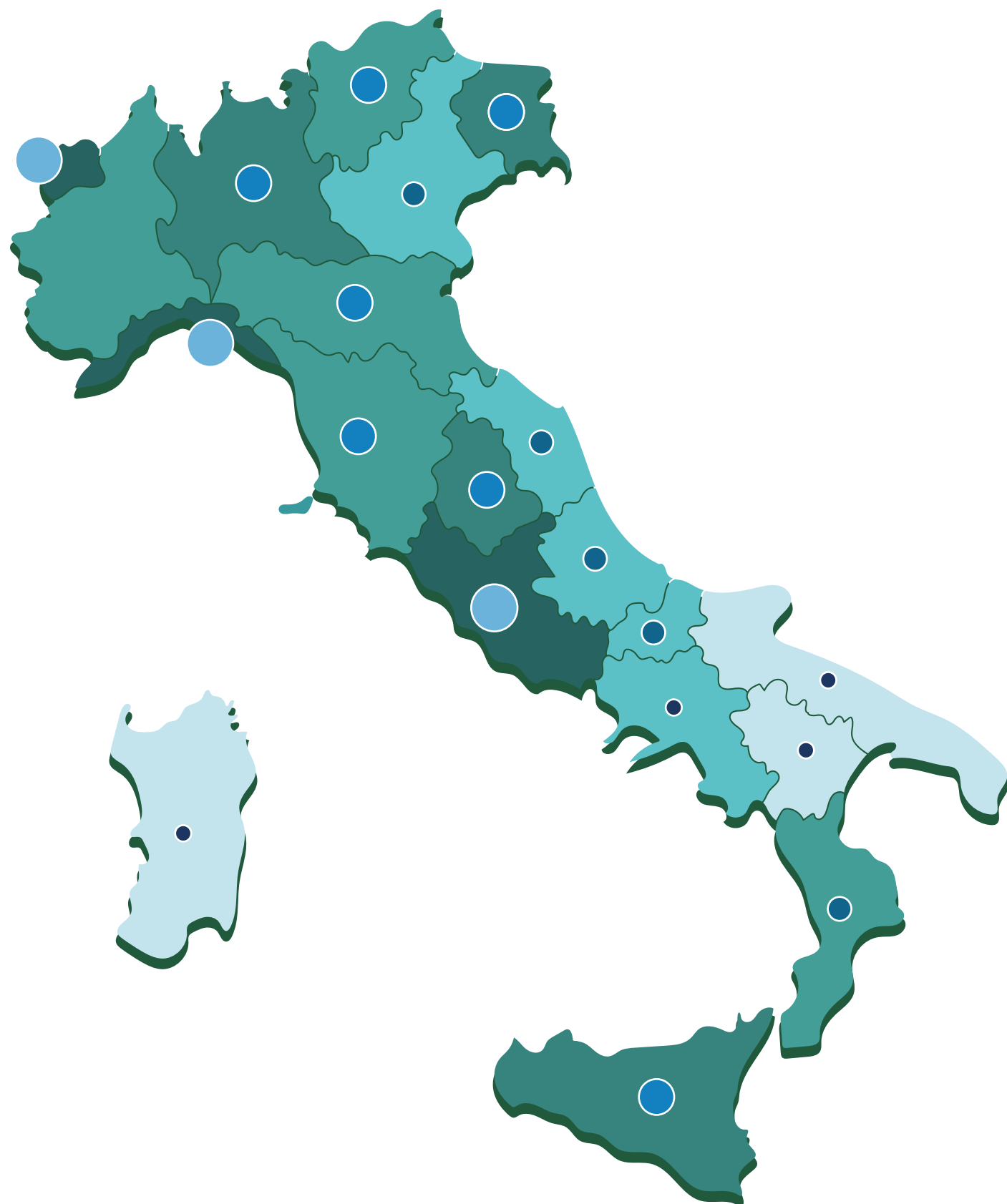
Chiave di lettura

L'aumento della spesa mensile pro capite non garantisce necessariamente maggior equità: al contrario, può accentuare le disuguaglianze se l'accesso ai servizi resta legato in modo rilevante alla capacità di spesa.



MAPPA 1 - SPESA SANITARIA MENSILE PRO CAPITE E GAP DI SPESA TRA FAMIGLIE POVERE E NON POVERE, PER REGIONI (VALORI IN EURO)

Fonte: Elaborazioni Prisma-Stat srl su dati ISTAT, Indagine ISTAT "La spesa delle famiglie"



6. POVERTÀ E SPESA PER LA SALUTE: IL DETTAGLIO

Il dato

Il grafico 3 mostra la distribuzione delle spese sanitarie tra famiglie non povere e povere, suddivise per diverse categorie di beni e servizi sanitari. Le famiglie povere spendono, ogni mese, proporzionalmente di più in medicinali (58,6% vs il 39,6% delle famiglie non povere), ma molto meno in servizi dentistici (6,8% vs 22,6%) e in ausili sanitari (protesi, ausili per la mobilità, per la comunicazione ecc). Contrariamente a quanto atteso, la spesa per la prevenzione è leggermente superiore tra le famiglie povere rispetto a quelle non povere (15,6% vs 14,4%). Particolarmente accentuata e drastica è la distanza di spesa per servizi ambulatoriali dentistici.

Chiave di lettura

Il grafico rileva le disuguaglianze sociali nella salute: mostra, infatti, come la condizione economica influenzi non solo la quantità, ma anche la qualità e la tipologia delle cure a cui si accede. Evidenzia, tuttavia, un'incoraggiante propensione alla prevenzione (benché la capacità di spesa delle famiglie povere sia decisamente inferiore). Quest'ultimo dato si presta a futuri approfondimenti: possiamo ipotizzare che le campagne di prevenzione siano efficaci nel ridurre le disuguaglianze, o che esistano fattori nascosti (come l'utilizzo di coperture assicurative) per spiegare le ridotte percentuali tra i non poveri. È importante distinguere tra spesa, accesso e qualità dei servizi ricevuti: la stessa quota di spesa può celare infatti livelli di accesso molto diversi.

SPESA SANITARIA

Spesa mensile P.C.

- 40 - 50 euro
- 50 - 60 euro
- 60 - 70 euro
- 70 - 90 euro

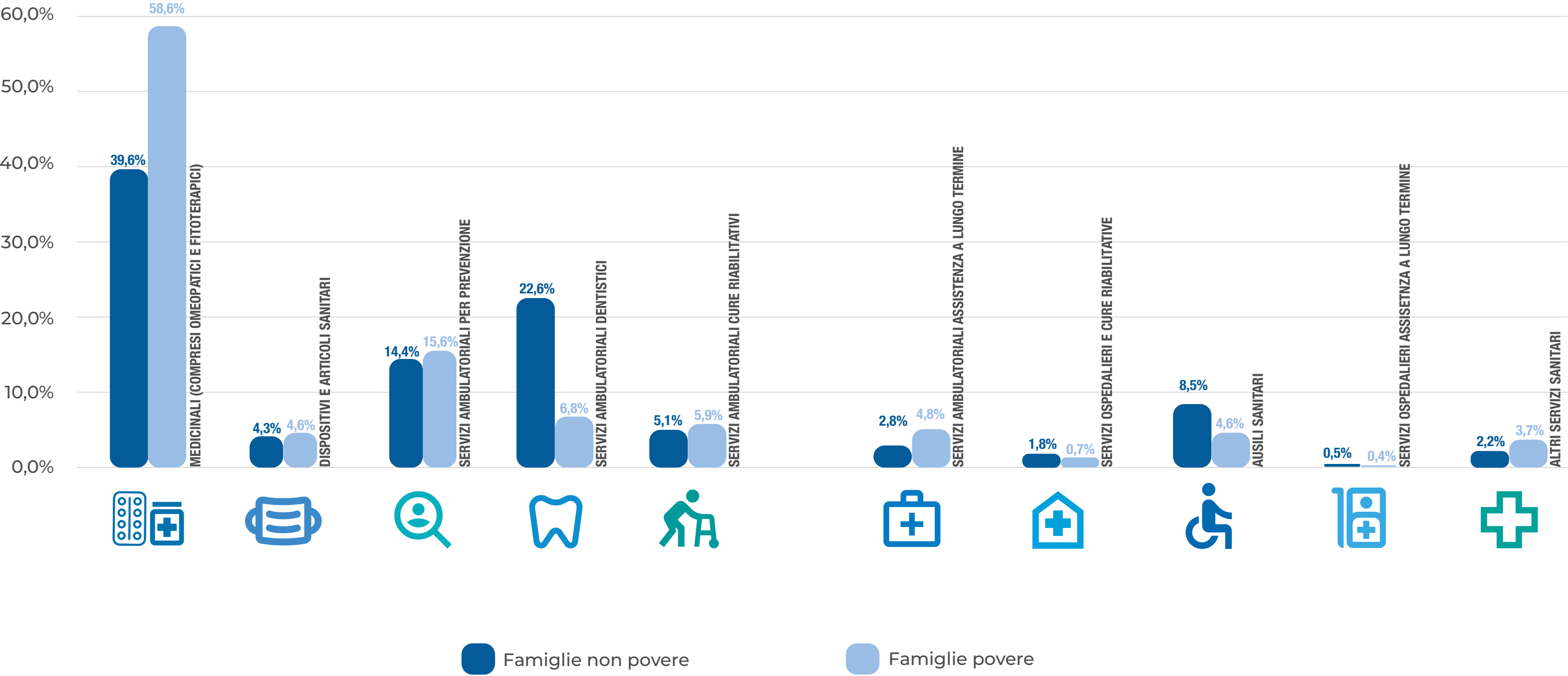
GAP SPESA

Fam. povere - non povere

- 85 - 70 euro
- 70 - 60 euro
- 60 - 50 euro
- 50 - 40 euro
- 40 - 30 euro

GRAFICO 3 - DISTRIBUZIONE DELLA SPESA SANITARIA PER VOCE E CONDIZIONE ECONOMICA, ANNO 2023 (VALORI PERCENTUALI)

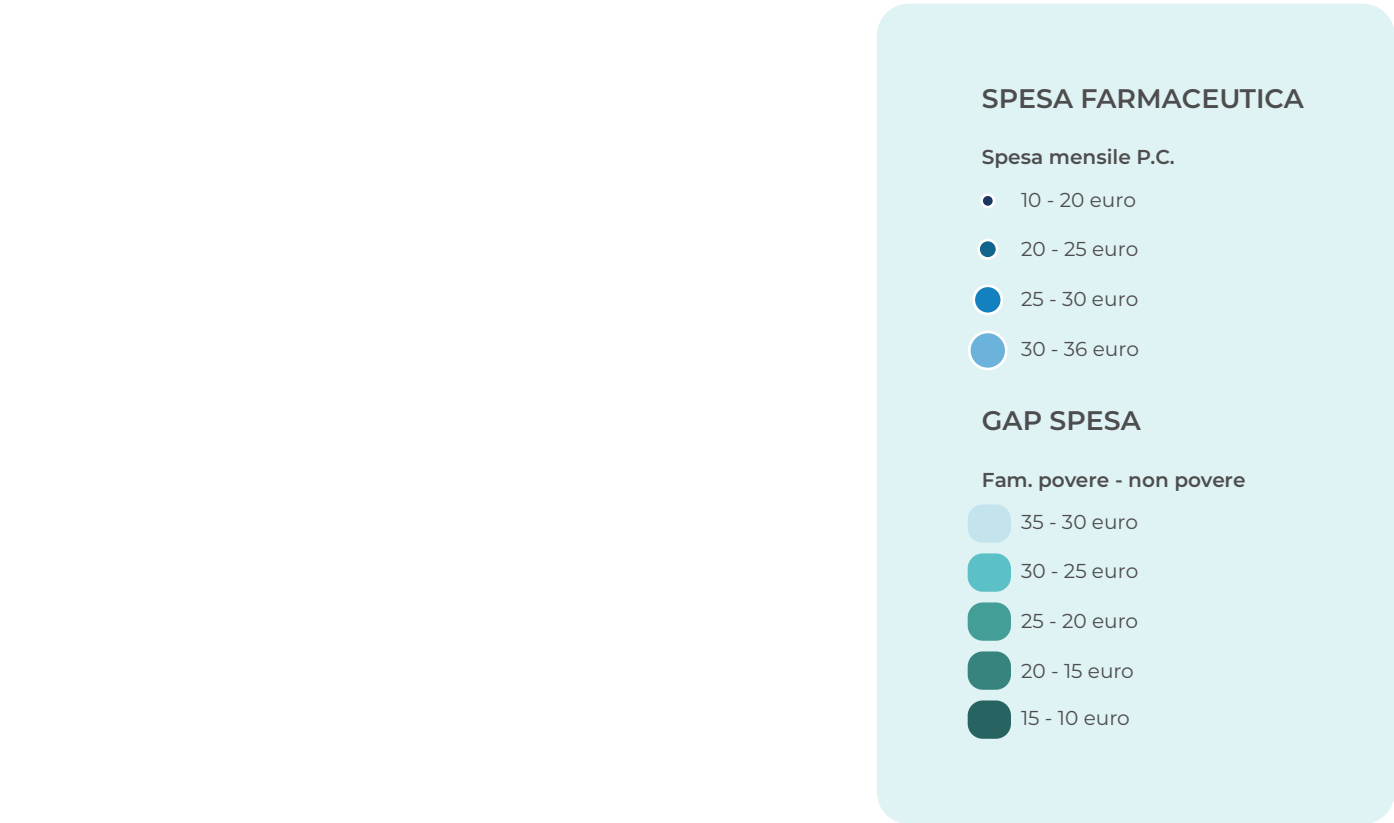
Fonte: Elaborazioni Prisma-Stat srl su dati ISTAT, Indagine ISTAT "La spesa delle famiglie"



7. POVERTÀ E SPESA FARMACEUTICA NELLE REGIONI

Il dato
Il legame tra spesa mensile pro capite in medicinali e il gap di spesa tra famiglie povere e non povere sembra seguire dinamiche leggermente differenti rispetto a quanto visto in precedenza per la spesa sanitaria nel complesso. Anche in questo caso è la Liguria ad accoppiare alta spesa e massimo gap (33 euro). Lo stesso legame si trova nel secondo gruppo di regioni (Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia e Calabria), benché su livelli medio-alti. Più frammentato invece il resto del panorama regionale, con Emilia-Romagna e Marche ai minimi livelli di spesa e il gap più contenuto (vedi Mappa 2).

Chiave di lettura
L'analisi congiunta della spesa sanitaria complessiva, della spesa farmaceutica e dei relativi gap tra famiglie povere e non povere restituisce un quadro coerente e articolato delle disuguaglianze sanitarie in Italia. La relazione tra spesa pro capite e ampiezza del divario è solitamente diretta: dove si spende di più, il gap tende ad ampliarsi, segnalando come l'aumento dell'offerta non garantisca automaticamente un accesso equo. Tuttavia, la spesa in medicinali mostra dinamiche leggermente diverse, suggerendo come in alcune regioni (in particolare, tra le tre a maggior spesa e gap) esista una forte pressione economica sulle famiglie più fragili anche per l'acquisto di beni essenziali.



MAPPA 2 - SPESA FARMACEUTICA MENSILE PRO CAPITE E GAP DI SPESA TRA FAMIGLIE POVERE E NON POVERE, PER REGIONI, ANNO 2023 (VALORI PERCENTUALI)

Fonte: Elaborazioni Prisma-Stat srl su dati ISTAT, Indagine ISTAT "La spesa delle famiglie"



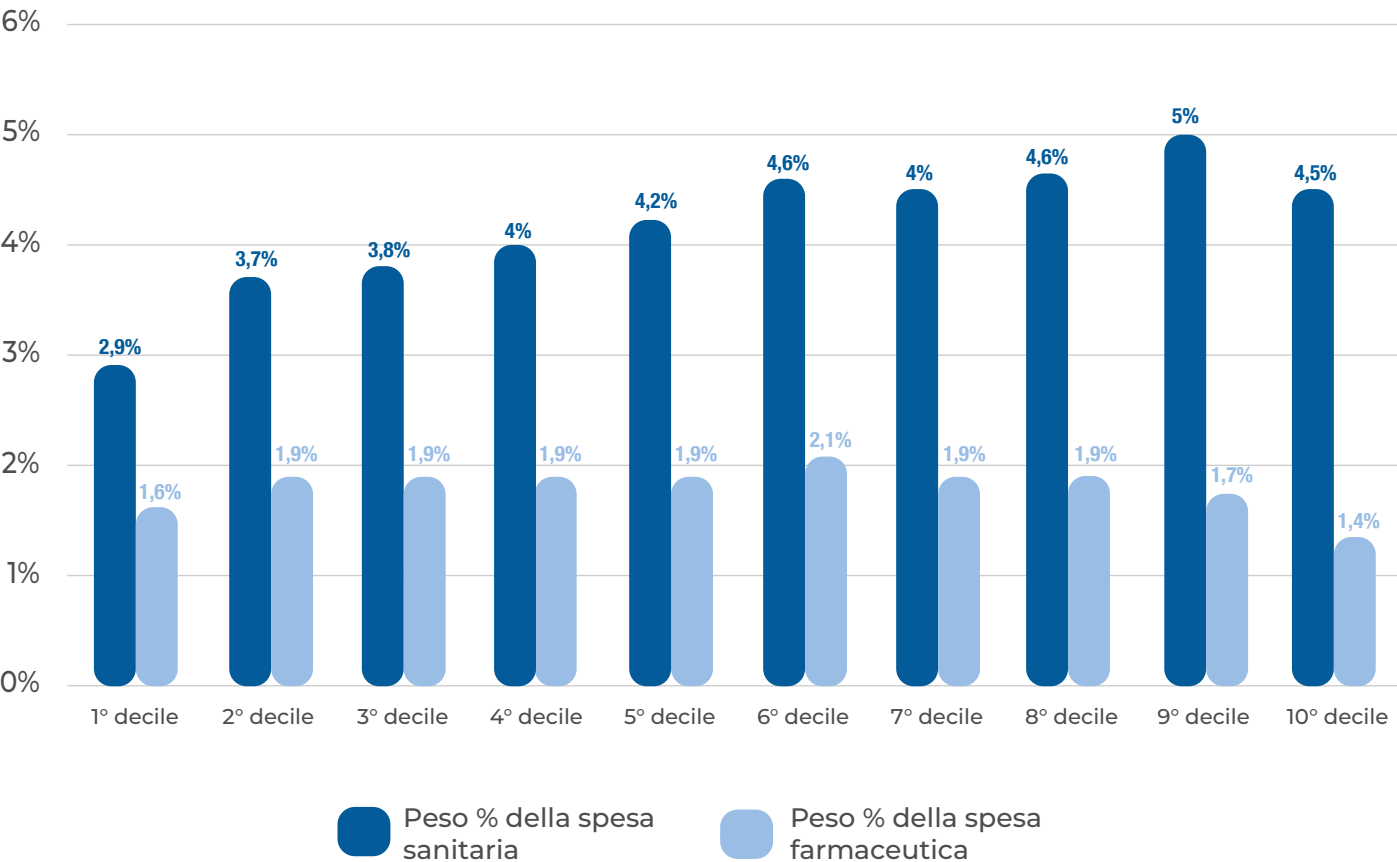
8. LA PROGRESSIVITÀ DELLA SPESA PER LA SALUTE

Il dato
Esiste una progressività apparente della spesa sanitaria, che aumenta dal 1° decile (2,9%) fino al 9° decile (5,0%), per flettere al 10° (4,5%). In valori assoluti, la spesa pro capite in sanità nelle famiglie più ricche è maggiore ma, proporzionalmente, incide meno sul loro reddito. La spesa per farmaci è molto più stabile lungo i decili, e l'incidenza maggiore della spesa per farmaci non si concentra nei decili più poveri, ma nei decili intermedi (4° - 6°), probabilmente per effetto delle esenzioni (vedi Grafico 4).

Chiave di lettura
Il dato non indica capacità di accesso, ma composizione del consumo. I decili più poveri spendono meno in termini assoluti e relativi in sanità e, in particolare, il 1° decile (più povero) presenta una bassa quota di spesa sanitaria (2,9%) e farmaceutica (1,6%). Il grafico evidenzia una distribuzione non regressiva della spesa sanitaria, ma segnala un rischio di sotto-consumo sanitario nei decili più bassi, che potrebbe riflettere disuguaglianze nell'accesso, rinuncia alle cure o affidamento esclusivo al sistema pubblico. La stabilità della spesa farmaceutica può invece indicare che i medicinali restano un bisogno comune, con poca elasticità in relazione al reddito.

GRAFICO 4 - PESO DELLA SPESA PRO CAPITE MEDIA MENSILE SANITARIA E PER MEDICINALI SULLA SPESA TOTALE PER CONSUMI PER DECILE DI SPESA TOTALE PRO CAPITE ITALIA, ANNO 2023 (valori percentuali)

Fonte: Elaborazioni Prisma-Stat srl su dati ISTAT, Indagine ISTAT "La spesa delle famiglie"

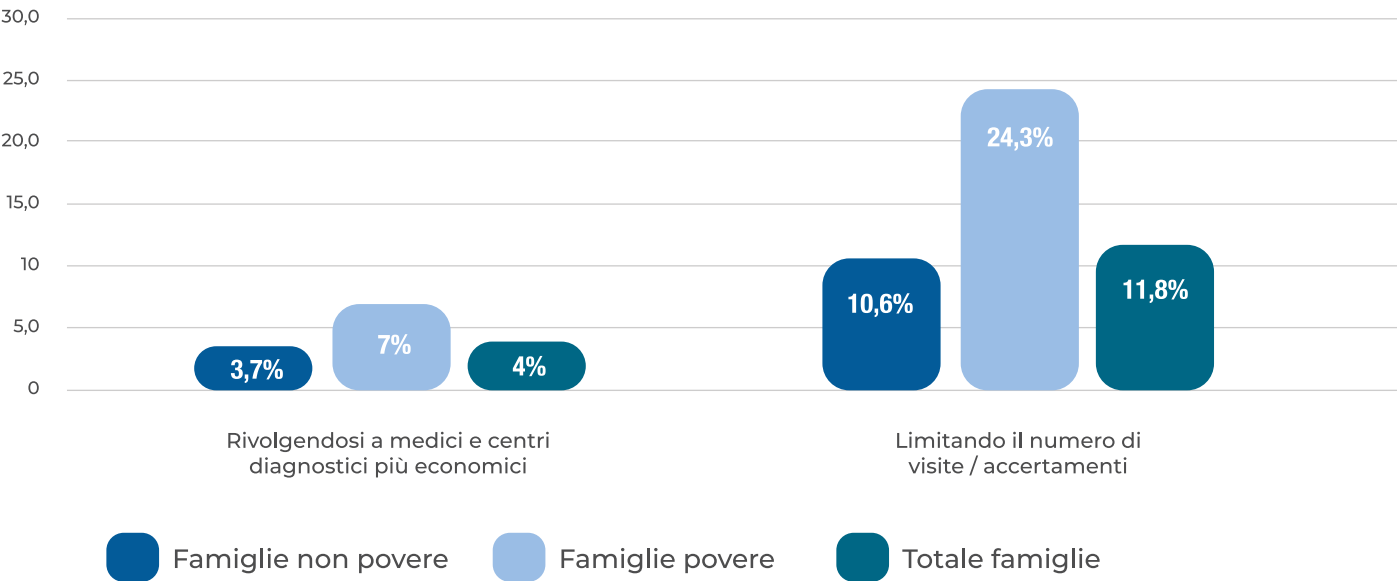


9. L'ACCESSO ALLE CURE, TRA ADATTAMENTO E RINUNCIA

Il dato
Le famiglie povere limitano il numero di visite e accertamenti medici (24,3%), o si rivolgono a medici e centri diagnostici più economici (7%) in misura superiore rispetto alle famiglie non povere (rispettivamente 3,7% e 10,6%). Tale comportamento, evidentemente, non è ipotizzabile come frutto di libera scelta, ma come una strategia di adattamento a condizioni economiche sfavorevoli che spingono a sacrificare la salute per sostenere altre necessità (vedi Grafico 5).

GRAFICO 5 - QUOTA % FAMIGLIE CHE HANNO CERCATO DI LIMITARE SPESA, ANNO 2023

Fonte: Elaborazioni Prisma-Stat srl su dati ISTAT, Indagine ISTAT "La spesa delle famiglie"



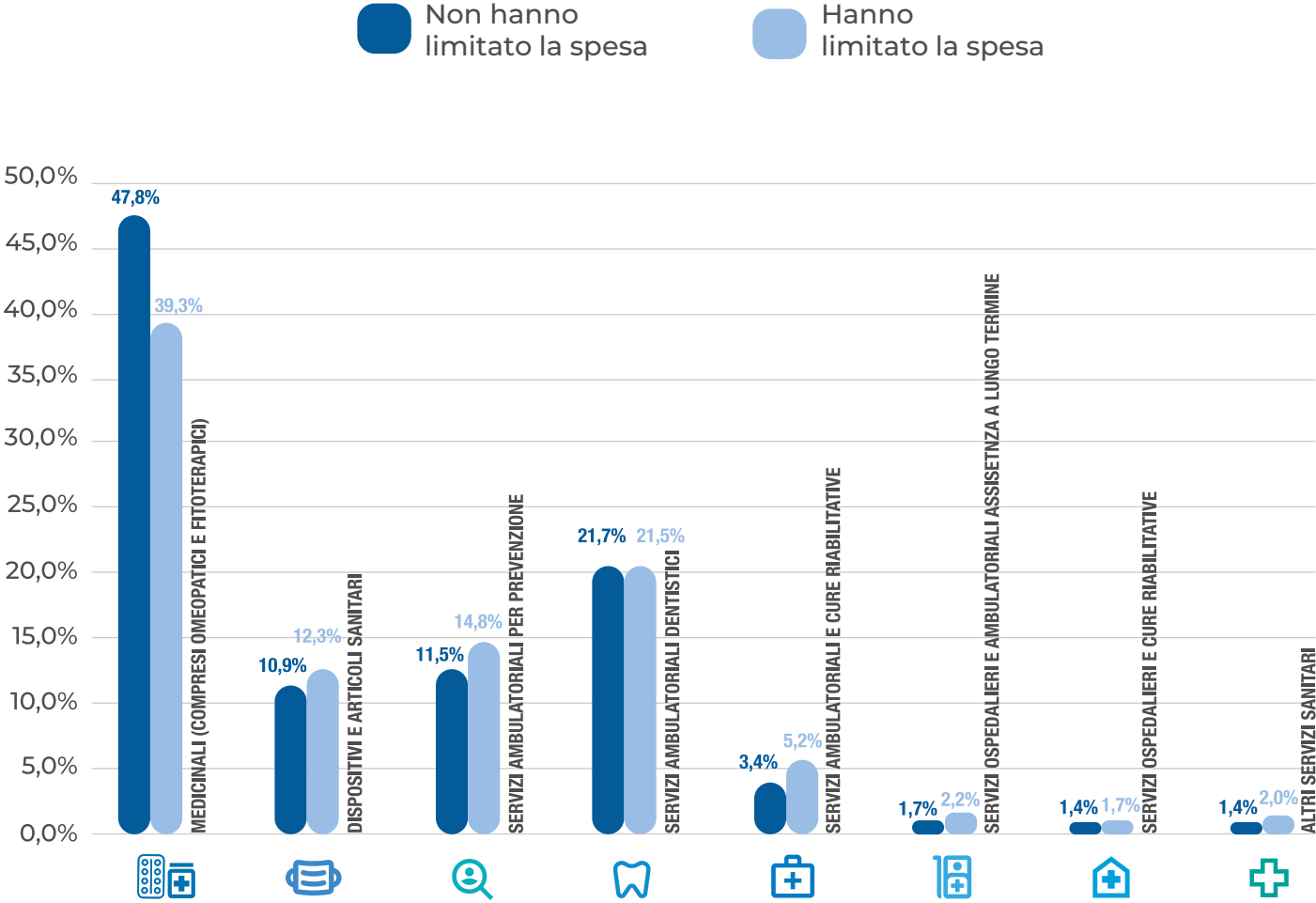
Chiave di lettura
Rinunciare o limitare le cure rappresenta un importante indicatore di disuguaglianza sociale: nonostante l'universalismo formale del SSN, l'accesso effettivo ai servizi resta condizionato da fattori economici, oltre che culturali (spesso associati) e organizzativi (si pensi al tema delle liste d'attesa). Le famiglie povere, più delle altre, si trovano a dover scegliere tra curarsi e sostenere altre spese essenziali (affitto, cibo, istruzione dei figli ecc.). Questo fenomeno alimenta un circolo vizioso in cui la povertà economica si traduce in povertà sanitaria, con effetti cumulativi sulla salute individuale e collettiva. Inoltre, scegliere di rivolgersi a strutture meno costose può comportare un accesso a servizi di qualità inferiore o tempi d'attesa più lunghi, aggravando così le disuguaglianze.

Glossario

- Rinuncia o limitazione dell'accesso alle cure**
Situazione in cui un individuo ha avuto bisogno di cure sanitarie, ma non le ha ricevute o le ha ricevute in misura inferiore rispetto al necessario per motivi economici o organizzativi.
- Povertà sanitaria**
Conseguenza della scarsità di reddito sull'accesso a quella parte delle cure sanitarie che restano a carico degli indigenti a causa del mancato intervento del SSN, come tipicamente accade per l'acquisto di farmaci da banco e per la compartecipazione alla spesa sanitaria mediante il pagamento dei ticket.

GRAFICO 6 - SPESA PRO CAPITE MENSILE PER VOCE DI SPESA SANITARIA PER CONDIZIONE ECONOMICA DELLA FAMIGLIA: CONFRONTO TRA FAMIGLIE CHE NON HANNO O HANNO CERCATO DI LIMITARE LA SPESA PER VISITE MEDICHE E ACCERTAMENTI PERIODICI DI CONTROLLO PREVENTIVO (DENTISTA, MAMMOGRAFIE, PAP-TEST ECC.) PER REGIONI ECONOMICHE

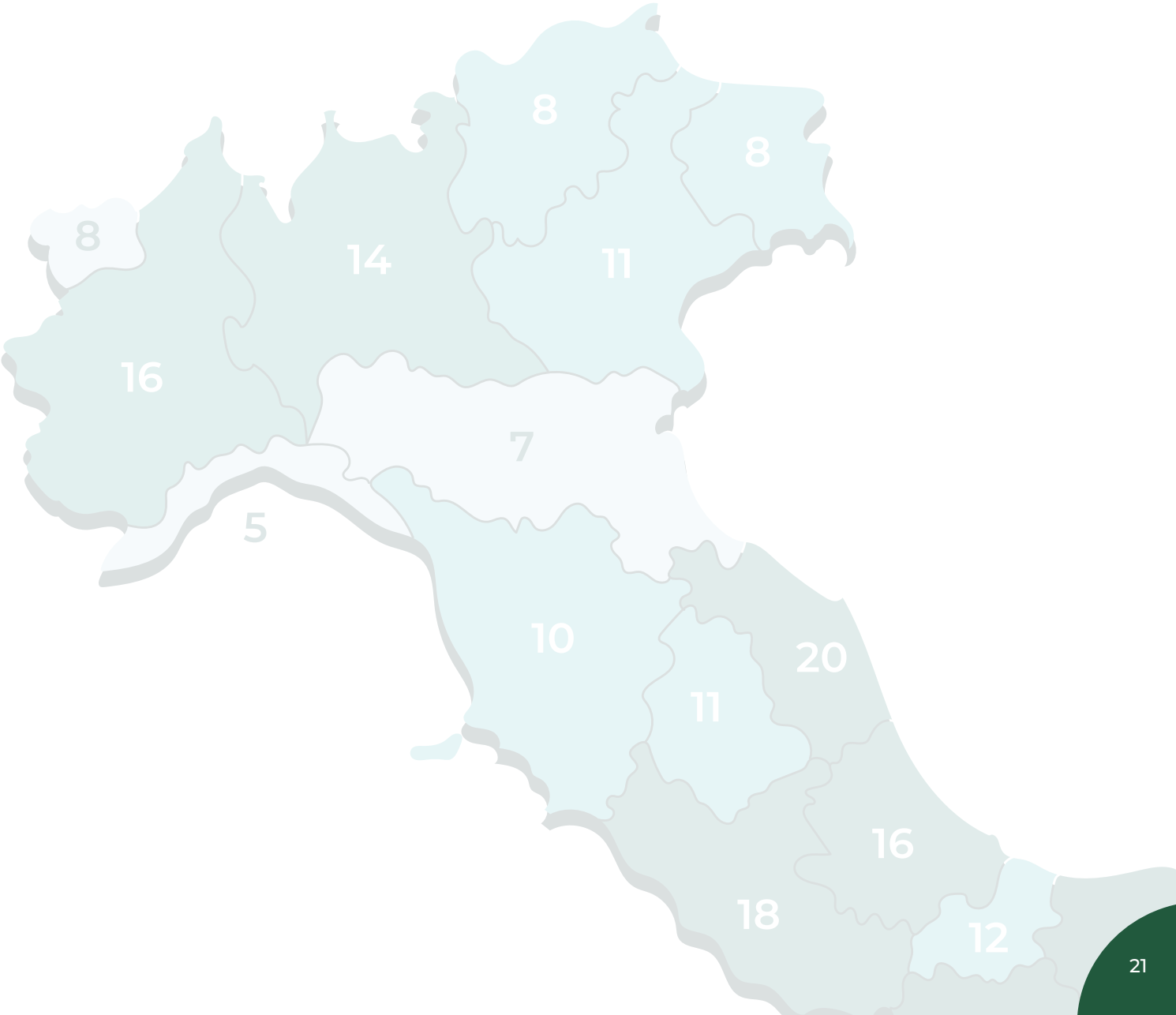
Fonte: Elaborazioni Prisma-Stat srl su dati ISTAT, Indagine ISTAT "La spesa delle famiglie"



10. A COSA SI RINUNCIA

Il dato
Chi ha limitato la spesa sanitaria mostra una distribuzione della spesa effettiva molto più concentrata sui medicinali (47,8% rispetto al 39,3% di chi non ha limitato la spesa) (Grafico 6). Per quanto riguarda le rimanenti spese, solo quelle odontoiatriche risultano lievemente superiori (21,7% vs 21,5%), mentre tutte le altre voci di spesa risultano compresse e, in particolare, i servizi per la prevenzione (11,5% vs 14,8%), dispositivi, ausili e articoli sanitari (10,9% vs 12,3%), riabilitazione (3,4% vs 5,2%) e servizi di long term care (1,7% vs 2,2%).

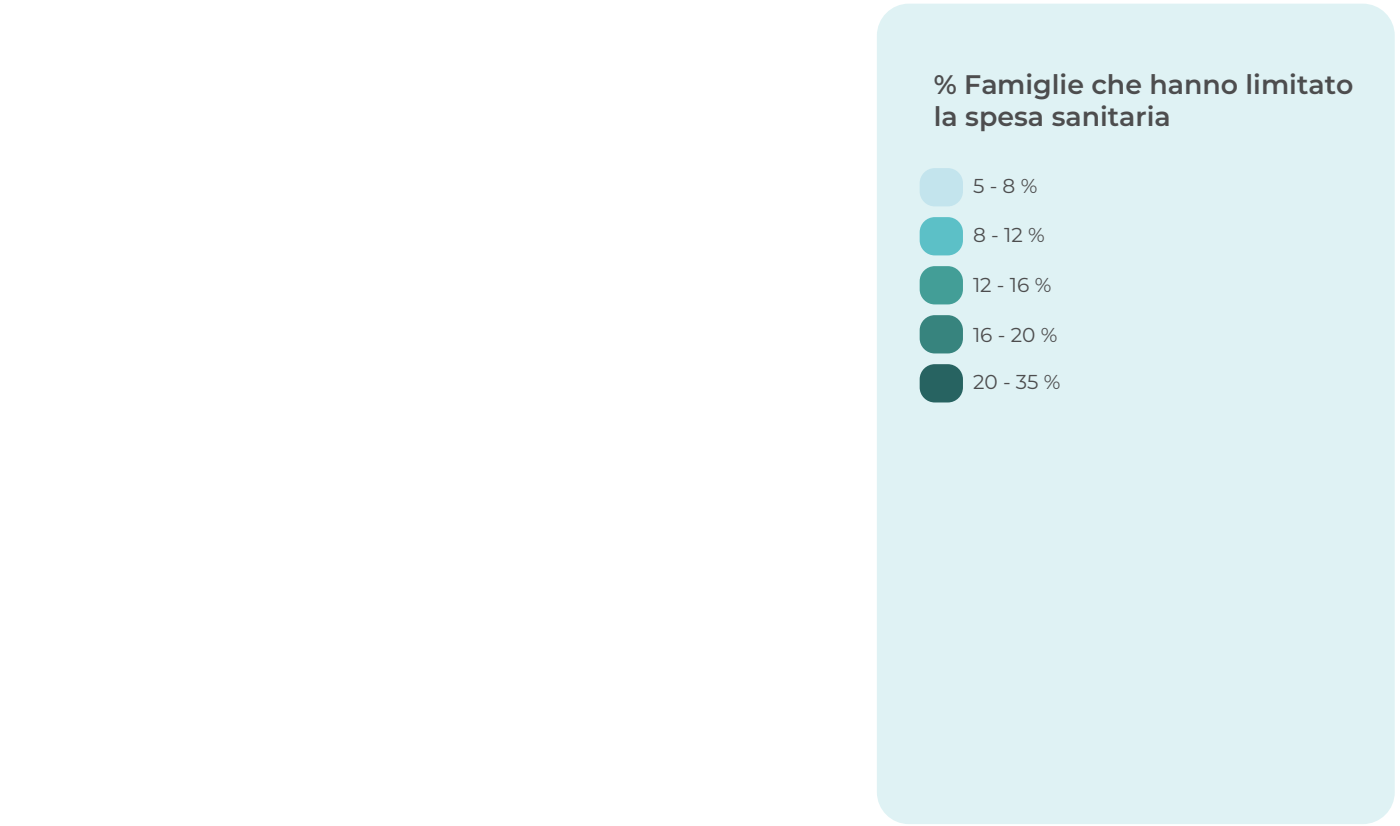
Chiave di lettura
Chi è costretto a limitare la spesa sanitaria concentra maggiormente i consumi sui farmaci, riducendo prevenzione e altri servizi. Confrontando il dato con quanto emerso in Figura 3 (distribuzione della spesa tra poveri e non poveri), osserviamo una dinamica simile, benché, in questo caso, meno accentuata. Tuttavia, i poveri assoluti spendono proporzionalmente di più in prevenzione rispetto a chi dichiara di avere limitato la spesa. Come si spiega? Può trattarsi di un possibile segnale di consumo strategico, per evitare spese future, ma anche dell’effetto delle esenzioni previste per le categorie precedentemente segnalate: paradossalmente, chi è appena fuori dalla soglia di povertà e privo di esenzioni può trovarsi a rinunciare di più.



11. LA RINUNCIA ALLE CURE NELLE REGIONI

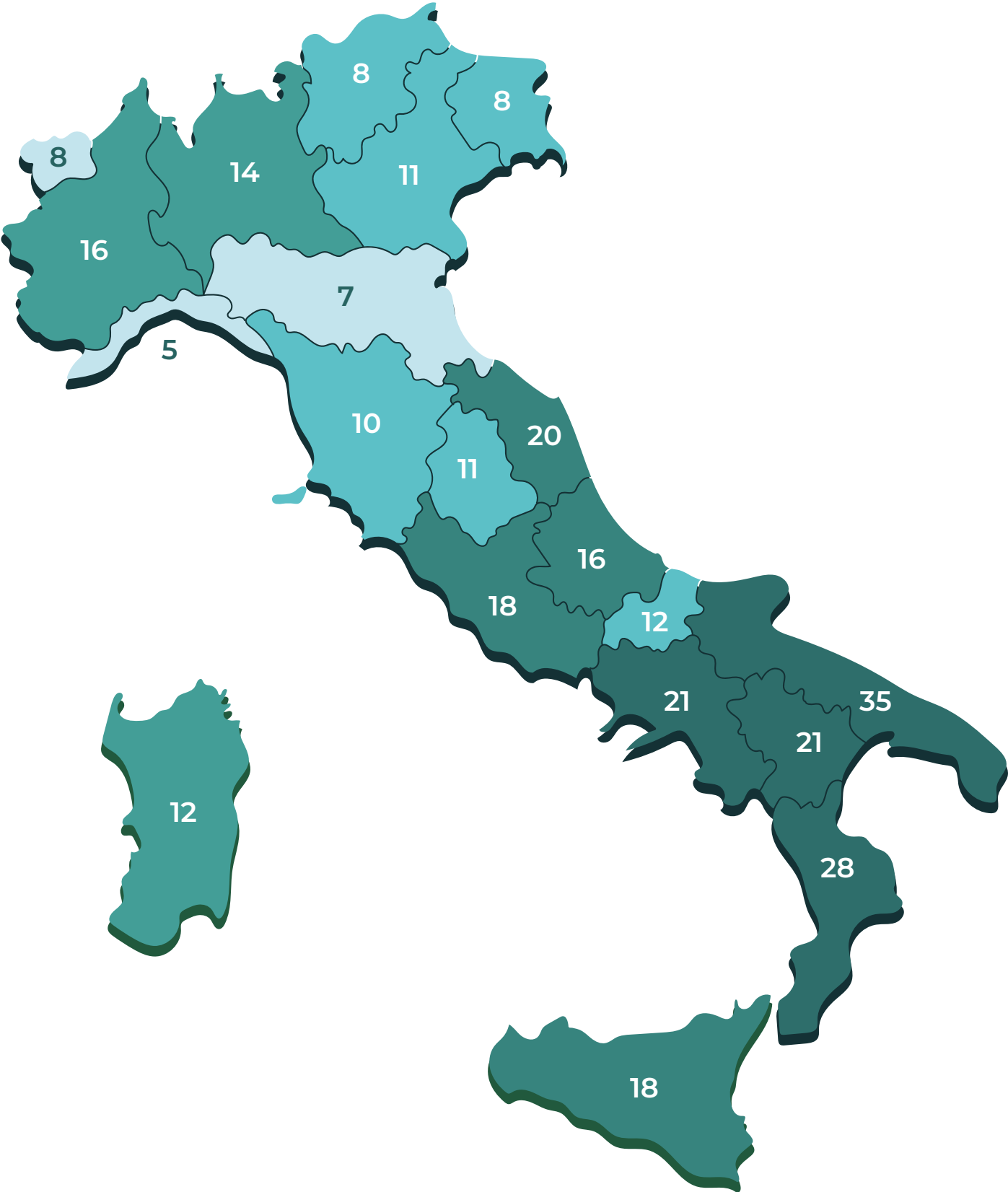
Il dato
In parziale autonomia rispetto a quanto evidenziato nelle Mappe 1 e 2, si registra in tutto il Mezzogiorno (non solo in Calabria e Sicilia, come ci si sarebbe attesi alla luce dei livelli e dei gap di spesa) una quota di famiglie che ha limitato la spesa sanitaria superiore al 20%. Tra il 16 e il 20% troviamo Umbria, Lazio e Sicilia. Tra il 12% e il 16% Piemonte, Lombardia e Sardegna. Sotto il 12% le altre regioni, con il dato più basso sorprendentemente registrato in Liguria, seguita da Emilia-Romagna e Valle d'Aosta (vedi Mappa 3).

Chiave di lettura
La limitazione o la rinuncia alle cure non segue meccanicamente i livelli di spesa o i gap economici, ma sembra piuttosto riflettere una stratificazione sociologicamente più complessa, fatta di risorse materiali, fiducia istituzionale, capitale culturale e reti sociali. È un indicatore prezioso per comprendere le disuguaglianze non solo oggettive ma anche soggettive, più difficilmente misurabili.



MAPPA 3 - % DI FAMIGLIE CHE HANNO LIMITATO LA SPESA SANITARIA, PER REGIONE, ANNO 2023

Fonte: Elaborazioni Prisma-Stat srl su dati ISTAT, Indagine ISTAT "La spesa delle famiglie"



12. ASSISTERE LA POVERTÀ SANITARIA: LA RETE DEL TERZO SETTORE

Il dato
Una parte significativa delle persone in condizione di povertà sanitaria è assistita dalla rete degli enti di Terzo settore convenzionati con Banco Farmaceutico.



Tali enti sono 2.034 nel 2025, in costante aumento rispetto al 2017 (+18,1%). Solo sei regioni registrano una flessione: Piemonte, Liguria, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Veneto e Basilicata. Nelle prime due, tuttavia, è in corso una ripresa successiva al calo registrato nei due anni della pandemia. Prosegue la grande crescita del Mezzogiorno. In particolare, nel periodo preso in considerazione, gli enti sono più che raddoppiati in Calabria e Sicilia (vedi Tabella 2).

Chiave di lettura
La rete è molto ramificata e si rafforza anno dopo anno. Diminuisce lo storico divario tra regioni del centro-nord (da sempre molto presenti nella rete, a conferma della grande dotazione di capitale sociale in quelle aree del Paese) e del sud (storicamente più fragili anche sul piano dello sviluppo della società civile).

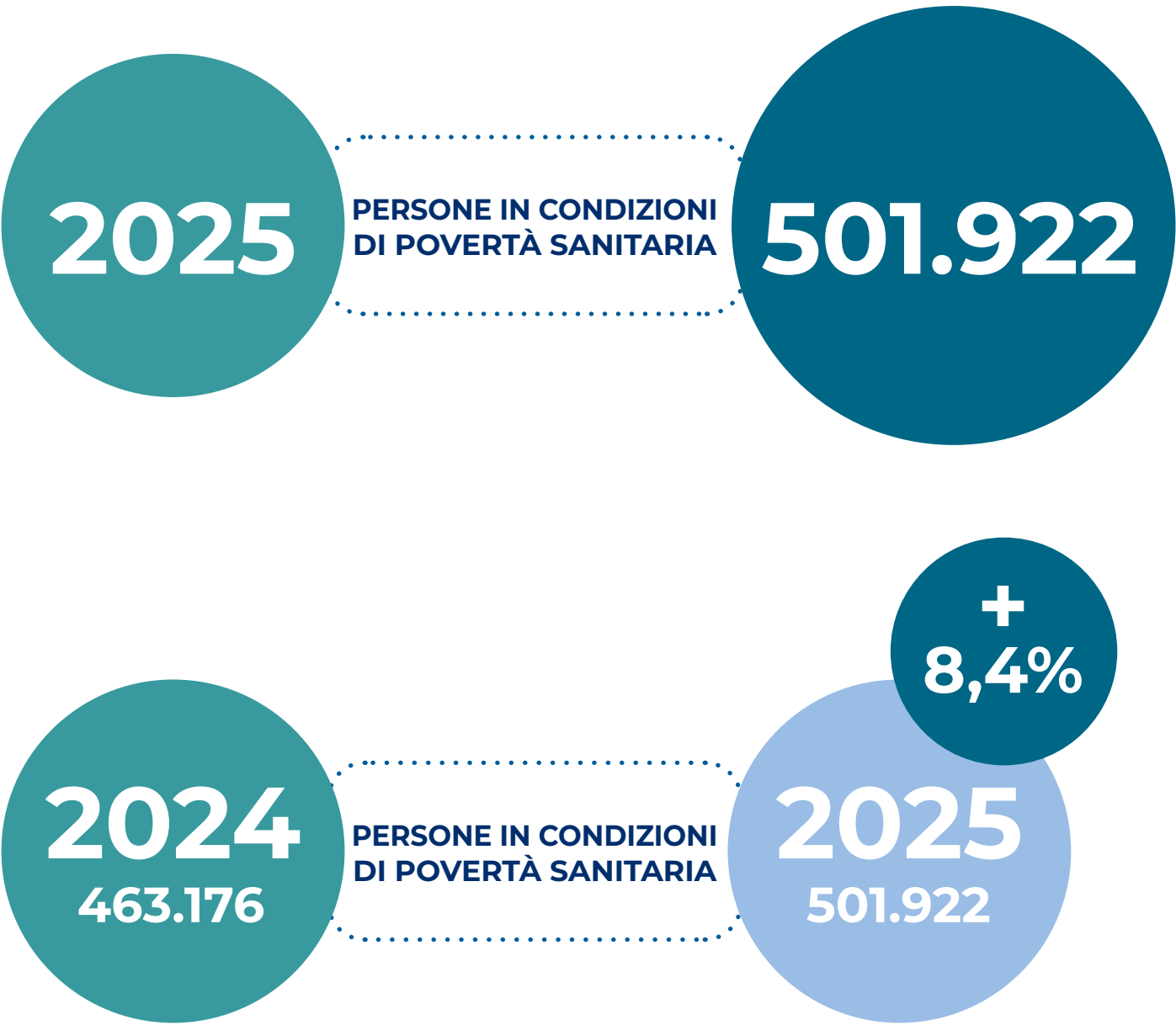
TABELLA 2 - NUMERO DI ENTI ASSISTENZIALI CONVENZIONATI CON BANCO FARMACEUTICO PER REGIONE, VARI ANNI E VARIAZIONE % 2025-2017

Elaborazioni su dati Fondazione Banco Farmaceutico, BFOnline

REGIONI	2025	2024	2023	2022	2021	2020	2019	2018	2017	% var. 2025-2017
Piemonte	166	164	153	152	147	157	172	171	175	-5,1%
Valle d'Aosta	7	8	9	7	5	8	8	9	7	0,0%
Lombardia	450	443	414	401	397	412	396	382	380	18,4%
Liguria	61	61	63	58	68	66	67	70	66	-7,6%
Emilia-Romagna	205	220	198	200	199	212	213	209	206	-0,5%
Friuli-Venezia Giulia	85	87	87	89	87	97	96	94	95	-10,5%
Trentino-Alto Adige	27	22	24	18	18	17	20	20	20	35,0%
Veneto	130	134	125	121	129	137	145	135	147	-11,6%
Umbria	52	49	48	45	45	45	48	46	46	13,0%
Lazio	94	95	89	82	77	79	71	69	63	49,2%
Marche	94	94	93	96	89	91	90	82	75	25,3%
Toscana	143	134	118	106	110	123	115	111	95	50,5%
Abruzzo	30	27	29	29	26	24	25	23	19	57,9%
Basilicata	27	30	28	32	33	36	36	35	30	-10,0%
Calabria	60	50	50	46	45	40	35	30	29	106,9%
Campania	54	59	50	54	46	47	43	38	38	42,1%
Molise	9	8	10	8	7	7	7	7	7	28,6%
Puglia	172	164	150	132	141	141	147	129	123	39,8%
Sardegna	49	48	47	42	38	40	42	42	43	14,0%
Sicilia	119	114	107	88	83	80	68	66	58	105,2%
TOTALE ITALIA	2.034	2.011	1.892	1.806	1.790	1.859	1.844	1.768	1.722	18,1%

13. LA POVERTÀ SANITARIA ASSISTITA

Il dato
Nel 2025, le persone in condizioni di povertà sanitaria assistite dalle realtà convenzionate con Banco Farmaceutico sono 501.922. Rispetto al 2024 si registra una crescita media nazionale dell'8,4%, pur con rilevanti differenze a livello di singole regioni (vedi Tabella 3).



Chiave di lettura
Occorre chiedersi se tali dinamiche, in prevalenza, siano attribuibili a un aumento della domanda (povertà sanitaria) o all'aumento della risposta (capacità di accoglienza degli enti). La media degli assistiti per ente sembra far propendere per la prima ipotesi: (230 nel 2024 vs 247 nel 2025).

TABELLA 3 - BENEFICIARI DI AIUTI ASSISTENZIALI PER REGIONE, VARIAZIONE % ASSISTITI E N. ASSISTITI PER ENTE: ANNI 2024 E 2025

Elaborazioni su dati Fondazione Banco Farmaceutico, BFOnline

REGIONI	TOTALE ASSISTITI 2025	TOTALE ASSISTITI 2024	VARIAZIONE	ASSISTITI PER ENTE 2025	ASSISTITI PER ENTE 2024
Piemonte	63.227	45.590	38,7%	381	278
Valle d'Aosta	490	659	-25,6%	70	82
Lombardia	108.667	96.773	12,3%	241	218
Liguria	15.907	16.668	-4,6%	261	273
Emilia-Romagna	40.476	41.584	-2,7%	197	189
Friuli-Venezia Giulia	14.065	13.128	7,1%	165	151
Trentino-Alto Adige	4.458	7.372	-39,5%	165	335
Veneto	38.530	35.582	8,3%	296	266
Umbria	4.476	4.033	11,0%	86	82
Lazio	29.380	29.075	1,1%	313	306
Marche	11.134	11.286	-1,3%	118	120
Toscana	34.469	32.500	6,06	241	243
Abruzzo	6.309	5.110	23,5%	210	189
Basilicata	3.310	3.218	2,9%	123	107
Calabria	9.827	7.219	36,1%	164	144
Campania	13.309	13.322	-0,1%	246	226
Molise	1.553	1.245	24,7%	173	156
Puglia	50.830	44.630	13,9%	296	272
Sardegna	17.439	12.281	42,0%	356	256
Sicilia	34.066	41.902	-18,7%	286	368
TOTALE ITALIA	501.922	463.176	8,4%	247	230

14. LA POVERTÀ SANITARIA ASSISTITA: ITALIANI E STRANIERI

Il dato
Rispetto al 2024 gli assistiti italiani crescono del 3,6% (233.629 vs 225.594), gli stranieri del 12,9% (268.293 vs 237.583).



TABELLA 4 - BENEFICIARI DI AIUTI ASSISTENZIALI PER SESSO, N. ASSOLUTI E VARIAZIONE %, ANNI 2024 E 2025

Elaborazioni su dati Fondazione Banco Farmaceutico, BFOnline

REGIONI	ASSISTITI ITALIANI 2025	ASSISTITI STRANIERI IN ITALIA 2025
Piemonte	18.253	44.974
Valle d'Aosta	329	161
Lombardia	40.286	68.381
Liguria	6.427	9.480
Emilia-Romagna	18.599	21.877
Friuli-Venezia Giulia	4.693	9.372
Trentino-Alto Adige	1.074	3.384
Veneto	11.433	27.097
Umbria	2.973	1.503
Lazio	11.995	17.385
Marche	6.741	4.393
Toscana	19.373	15.096
Abruzzo	3.941	2.368
Basilicata	1.647	1.663
Calabria	5.478	4.349
Campania	8.203	5.106
Molise	1.065	488
Puglia	37.924	12.906
Sardegna	12.861	4.578
Sicilia	20.335	13.731
TOTALE ITALIA	233.629	268.293

Chiave di lettura
Di fronte a una povertà sanitaria assistita che torna a crescere, il “peso” delle persone di origine italiana per la prima volta da molto anni scende al 46,5% (erano il 48,7% nel 2024). Il forte aumento in termini assoluti registrato tra gli stranieri è il segnale rilevante di una crescita dell'emergenza sanitaria là dove per molti motivi l'accesso ai diritti è più difficile. (vedi Tabella 4).

ASSISTITI ITALIANI 2024	ASSISTITI STRANIERI IN ITALIA 2024	VAR. ITA. 2025/2024	VAR. STR. 2025/2024
16.134	29.456	13,1%	52,7%
371	289	-11,2%	-44,3%
35.612	61.161	13,1%	11,8%
6.627	10.041	-3,0%	-5,6%
17.551	24.033	6,0%	-9,0%
4.185	8.943	12,1%	4,8%
2.016	5.356	-46,7%	-36,8%
13.343	22.239	-14,3%	21,8%
2.591	1.442	14,7%	4,2%
12.453	16.622	-3,7%	4,6%
7.008	4.278	-3,8%	2,7%
18.267	14.233	6,1%	6,1%
3.064	2.046	28,6%	15,8%
1.614	1.604	2,0%	3,7%
4.121	3.099	32,9%	40,4%
8.557	4.765	-4,1%	7,1%
891	354	19,5%	38,1%
33.921	10.710	11,8%	20,5%
8.986	3.295	43,1%	38,9%
28.284	13.618	-28,1%	0,8%
225.594	237.583	3,6%	12,9%



PARTE SECONDA

TERZO SETTORE E SANITÀ DI TERRITORIO

A cura di: Luca Pesenti, Mirella Pontello,
Marco Trivelli* e Tommaso Rossi

L'articolo 32 della Costituzione sancisce la tutela della salute come diritto fondamentale, e la Legge 833/1978 istituisce il SSN come strumento per promuoverlo. Tuttavia, negli ultimi trent'anni, il modello assistenziale del SSN si è allontanato dalla sua ispirazione originaria (universalità, equità, gratuità), orientandosi verso una logica "prestazionale", centrata su efficienza e misurazione quantitativa delle attività sanitarie. Si tratta di una forma che rischia di ridurre la portata dei diritti sociali stessi, identificabili anzitutto (e costituzionalmente) come diritti relazionali¹. Tale definizione comporta che non si tratti di meri benefici elargiti dallo Stato, ma di costruzioni giuridiche che riconoscono, proteggono e incentivano le relazioni sociali in grado di rendere dignitosa la vita in una comunità: «I diritti sociali sono qualificazioni giuridiche che esprimono il valore di quelle determinate relazioni sociali in cui sono presi in considerazione alcuni bisogni primari delle persone. Essi esistono e sono attuabili solo all'interno di un tessuto sociale attivo, solidale e capace di interazione»².

Questa trasformazione è stata accelerata dalla riforma del D.lgs. 502/1992, che ha introdotto logiche aziendalistiche, promuovendo la competizione tra erogatori e il pagamento a prestazione, soprattutto tramite l'introduzione dei DRG (*Diagnosis Related Groups*)³. In una prima fase, successiva alla loro introduzione, tali modifiche hanno inciso positivamente in termini di efficienza e trasparenza, rendendo valutabile il lavoro degli erogatori pubblici e privati e facilitando la tracciabilità delle attività cliniche. Nel tempo, tuttavia, è emersa l'inadeguatezza del modello prestazionale, che considera la salute come insieme di servizi da erogare, ignorando la complessità delle cure della persona e della presa in carico del paziente. Tale modello sembra riflettere una cultura dominante che tende a ridurre la medicina alla sua dimensione tecnico-scientifica, promuove un approccio medicalizzato della vita e privilegia l'ospedale quale luogo di massima competenza; tale prospettiva ha progressivamente indebolito la medicina territoriale e frammentato l'assistenza, orientandola alla somministrazione di atti specialistici privi di una visione integrata del bisogno della persona.

Tuttavia, le patologie che oggi prevalgono, anche a causa dell'invecchiamento della popolazione — le cosiddette malattie croniche che l'OMS definisce Non Communicable Diseases (NCD), richiedono un approccio completamente diverso. La cronicità implica un tempo di cura prolungato, una relazione costante tra paziente e curanti, l'adattamento delle terapie e il coinvolgimento della rete familiare. È per questo motivo ancora più necessario un cambiamento di paradigma che riporti la medicina territoriale al centro del sistema, valorizzando la continuità e la prossimità delle cure.

* Direttore Generale ASST Lecco, già Direttore Generale del Welfare di Regione Lombardia

¹ E. Longo (2014), *Le relazioni come fattori costitutivi dei diritti sociali*, in "Diritto e Società", 1, pp. 71-102.

² Ivi, 75.

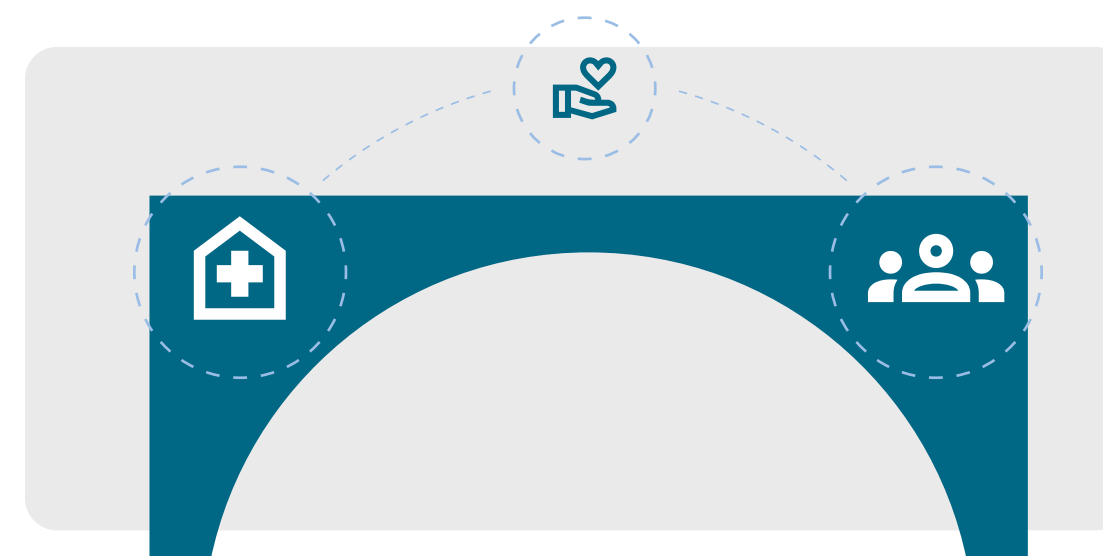
³ Sistema di classificazione utilizzato per raggruppare le prestazioni in categorie clinicamente simili, che comportano un consumo analogo di risorse e a cui è associato un valore univoco rimborsabile da parte del SSN.

In tal senso, un tentativo fu l'innovativo progetto lombardo dei CReG (Chronic Related Groups) ⁴, finalizzato alla presa in carico dei pazienti cronici; fallì per resistenze culturali diffuse tra i professionisti incapaci di adattarsi a un modello relazionale. Rigidità emerse con forza anche durante la pandemia da COVID-19, che hanno rivelato le carenze della medicina di territorio e la necessità di un sistema in grado di integrare alta intensità ospedaliera e cura continuativa sul territorio. Frammentazione del sistema e debolezza della medicina di prossimità hanno per altro indotto l'opinione pubblica ad accusare sommariamente la medicina generale, spesso colpevolizzata senza distinguere le responsabilità sistemiche.

Dopo la pandemia, nel 2022 è stato emanato il DM 77, che definisce nuovi standard per l'assistenza territoriale. Il provvedimento rilancia il modello delle "Case di Comunità" e riafferma il principio dell'integrazione dei servizi sociosanitari. Senza un profondo cambiamento culturale tra i professionisti, anche questo tentativo rischia di restare lettera morta. L'integrazione, infatti, da sempre affermata a livello legislativo, non ha mai trovato attuazione pratica a causa di una cultura orientata alla misurabilità dell'output piuttosto che alla qualità della relazione di cura. Certo, la medicina si basa sulla scienza, ma è anche arte, relazione, esperienza contestuale, e non può essere ridotta alla standardizzazione. Occorre, quindi, rimettere al centro il bisogno della persona, attraverso una concezione relazionale del diritto alla salute, in cui il paziente sia accompagnato nel tempo da un sistema in grado di costruire alleanze, integrare competenze e negoziare percorsi terapeutici su misura. Una sfida culturale, a cui si affianca un'emergenza organizzativa: la crescente difficoltà a reclutare e trattenere professionisti sanitari, in particolare nella medicina generale e infermieristica. I giovani medici mostrano scarso interesse verso la professione di medico di base, molti operatori abbandonano il SSN per burnout o pensionamento anticipato. Sono sintomi di un sistema che, enfatizzando tecnologia e standardizzazione, ha trascurato il valore della relazione e della continuità.

In definitiva, il problema non è se le prestazioni siano necessarie — lo sono — ma se siano sufficienti per definire la qualità dell'assistenza. I criteri per valutare il SSN dovrebbero includere indicatori come la soddisfazione del paziente, l'efficacia relazionale, la riduzione della solitudine terapeutica. Solo attraverso un cambio di paradigma, culturale e operativo, sarà possibile ricostruire un SSN in grado di garantire davvero il diritto alla salute come diritto relazionale e fondamentale della persona.

2. IL DISTRETTO: FUNZIONI E ATTORI, PUBBLICI, PRIVATI E DEL TERZO SETTORE



Il distretto sanitario, previsto fin dalla Legge 833/78, è un elemento strategico della sanità territoriale, pensato per integrare servizi sanitari e sociali. È un livello del SSN con una vocazione relazionale, coordinativa e integrativa. Dovrebbe ricomporre le fratture tra ospedale e territorio, tra sanitario e sociale, tra pubblico e privato, tra professioni diverse, superando una visione puramente tecnica o amministrativa per diventare un luogo politico della cura, orientato ai reali bisogni delle comunità.

Tuttavia, è rimasto marginale nel dibattito politico e la sua gestione ha privilegiato in modo quasi esclusivo l'intervento degli attori pubblici, trascurando il contributo fondamentale di altri soggetti. Anche il DM 77/2022, pur ribadendo il ruolo centrale del distretto nel garantire accessibilità e prossimità, non supera una visione limitata alla sanità pubblica.

2.1 Una pluralità di soggetti per la tutela della salute

Eppure, l'evidenza empirica ci mostra come. La responsabilità di tutelare la salute non sia in capo a un singolo attore, ma nasca dalla collaborazione di più soggetti: medici di medicina generale (MMG), specialisti, infermieri, farmacisti, RSA, servizi di salute mentale, cooperative, fondazioni, volontariato. A titolo di esempio, è interessante segnalare come in una regione come la Lombardia, gli operatori della salute sono circa 330.000, di cui oltre due terzi sono impiegati in soggetti privati (profit e non profit) se non addirittura liberi professionisti (come nel caso degli MMG).. Questo dato rende evidente la necessità di un modello di governance inclusivo, che valorizzi tutte le risorse, coordinando competenze e responsabilità.

Regolamentare l'operato del solo soggetto pubblico non è più sufficiente. Ogni attore deve operare in un quadro normativo adeguato, che garantisca professionalità e standard di qualità e al contempo valorizzi la capacità di iniziativa. È essenziale che la normativa consenta di agire concretamente nel sistema, in un'ottica di co-produzione della salute.

Il Codice del Terzo Settore (D.lgs. 117/2017), con gli articoli 55-57, ha aperto spazi concreti per la co-programmazione e la co-progettazione, strumenti che rappresentano le forme più avanzate e innovative di democrazia partecipativa. In un contesto in cui il bisogno è sempre multidimensionale (clinico, sociale, psicologico), le risposte condivise sono fondamentali per garantire efficacia e sostenibilità.

⁴ Il progetto CReG (Chronic Related Group) è stato un modello sperimentale avviato nel 2011 in Lombardia per la presa in carico proattiva dei pazienti cronici. Basato sulla medicina d'iniziativa, prevedeva piani assistenziali personalizzati gestiti dai medici di base in collaborazione con provider territoriali. Intendeva migliorare continuità e appropriatezza delle cure, riducendo ricoveri e costi. È stato poi integrato nei successivi modelli regionali di gestione della cronicità.

2.2 Governare la pluralità delle professioni: una sfida culturale e politica

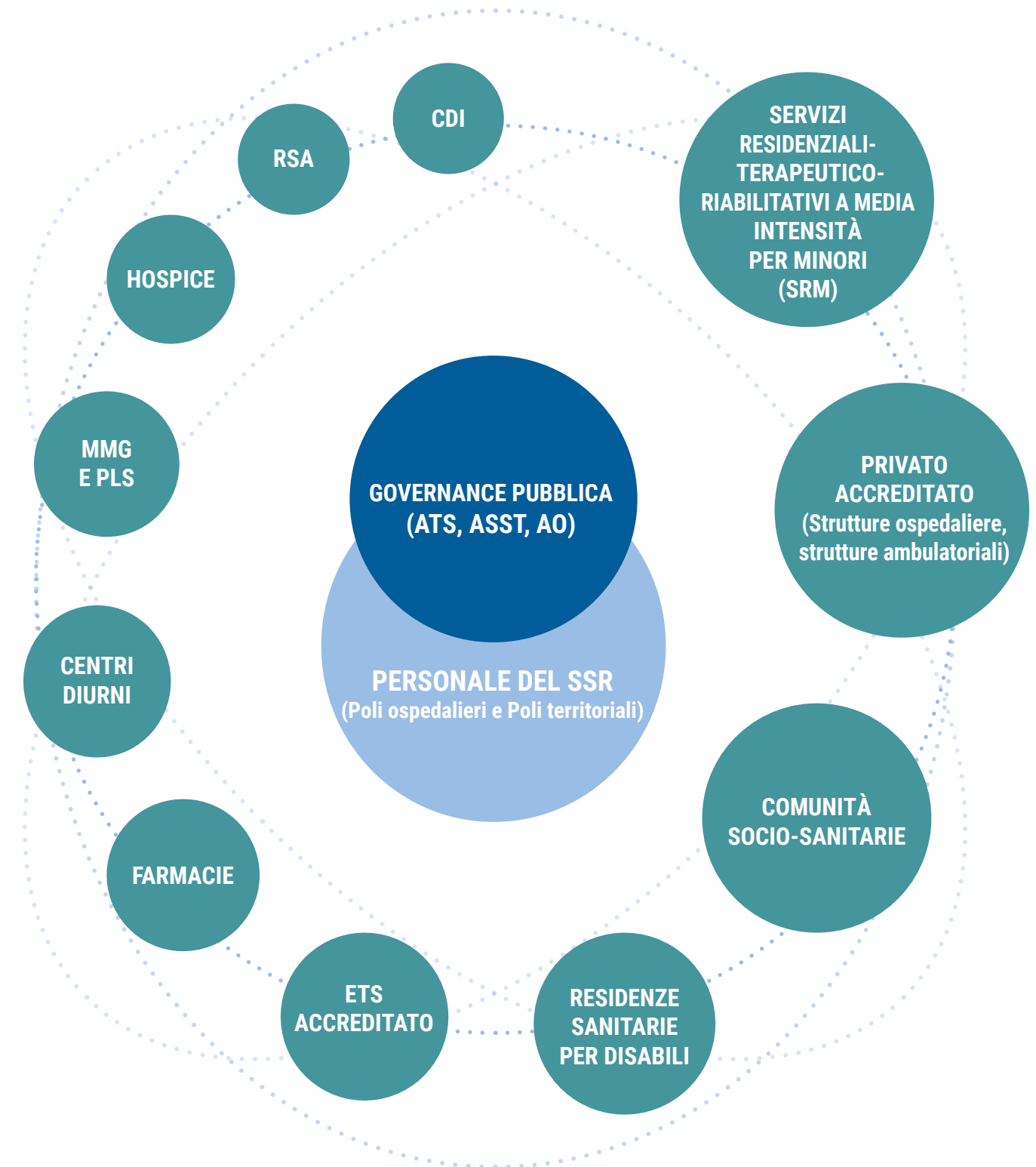
Il sistema sanitario continua, insomma, a essere gestito in base a logiche di controllo pubblico che, spesso, ignorano l'apporto dei professionisti non statali. Questo approccio contribuisce alla frammentazione, indebolendo coesione e continuità assistenziale. È necessario che gli attori "non pubblici" siano riconosciuti non solo come complementari, ma come co-essenziali, e che siano dotati di pari responsabilità, risorse e ruolo decisionale.

Serve una visione fondata sulla sussidiarietà orizzontale, che metta al centro i bisogni della persona e valorizzi la varietà di risposte possibili, provenienti da un ecosistema composto da una pluralità di soggetti pubblici e privati (vedi Figura 5). È fondamentale riconoscere queste realtà, spesso ignorate o considerata "esterne" alla responsabilità istituzionale.

Quando un medico di base o una RSA è in difficoltà, il sistema tende a "scaricare" il problema proponendo, talvolta, la ri-pubblicizzazione come unica soluzione. Ma questa logica non è efficace. La maggior parte dei professionisti – pubblici o privati – agisce, infatti, con un alto grado di autonomia: sono veri "artigiani della salute", che assumono quotidianamente decisioni cruciali per il benessere delle persone, ma scarsamente inseriti in contesti reticolari, dunque con una debolezza relazionale che può favorire incomprensioni, incongruenze, limitazioni nei percorsi di cura e assistenza. Il sistema non può essere governato in modo tayloristico, ma va coordinato attraverso una visione condivisa del fine ultimo: la salute del cittadino. Le tensioni tra medici generali e distretti, infermieri e OSS, professioni tradizionali e nuove figure esprimono lo smarrimento della centralità del paziente, che dovrebbe essere il cuore del sistema.

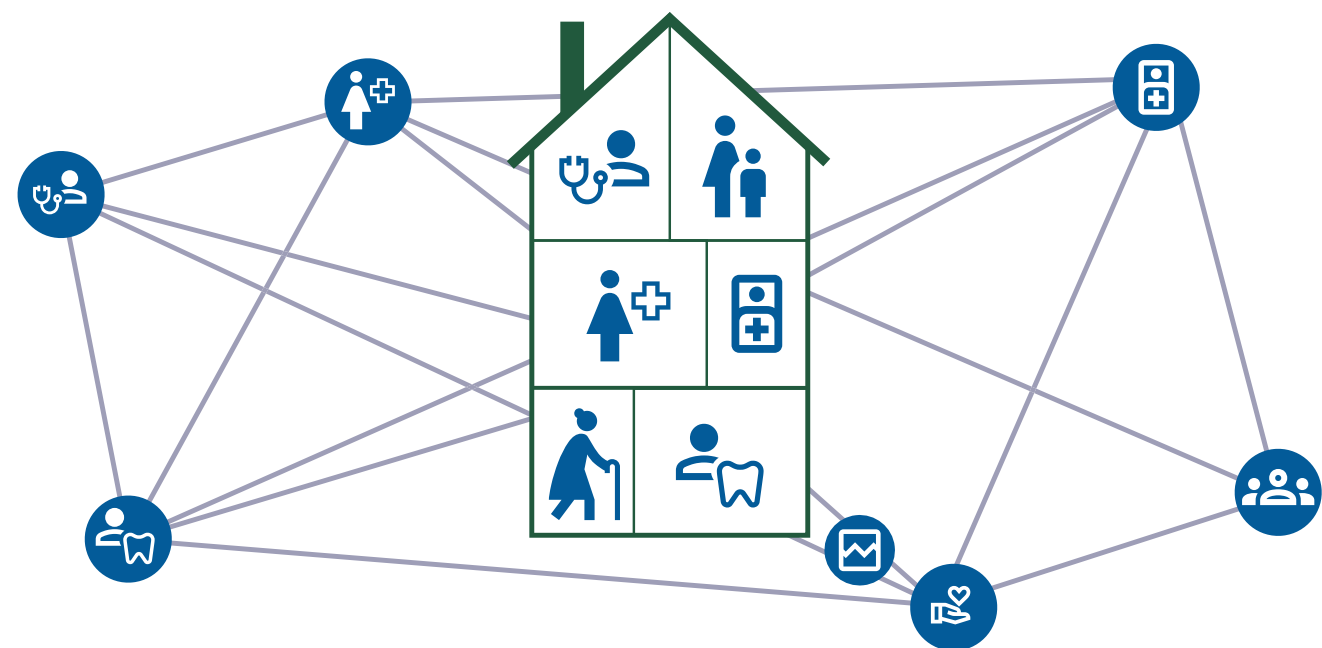
Già esistono esperienze di professionisti che collaborano superando le suddette logiche, segni di una possibile rinascita della sanità territoriale. Il futuro del distretto risiede proprio nella capacità di essere luogo di convergenza, dove si coordinano tutte le energie del territorio, pubbliche e private, in una cornice regolamentata, partecipativa e orientata al bisogno.

FIGURA 5 - L'ECOSISTEMA DELLA SANITÀ DI TERRITORIO



3. LE CASE DI COMUNITÀ: UN'OPPORTUNITÀ PER L'INTEGRAZIONE DI TUTTI GLI ATTORI

Il distretto sanitario non può limitarsi a funzioni burocratiche né essere un'appendice della ASL: deve diventare un centro di regia e, in questa prospettiva, le Case di Comunità (CdC) rappresentano uno strumento chiave per promuovere la presa in carico e l'integrazione socio-sanitaria. Secondo AGENAS, circa 23,5 milioni di italiani hanno bisogni assistenziali semplici e 2,5 milioni di cure complesse. I restanti 34 milioni, benché in buona salute, richiedono interventi preventivi. Le CdC dovrebbero rispondere a queste esigenze, integrandosi con ospedali e servizi sociali per garantire continuità, uniformità ed estensione assistenziale.



Glossario

Distretto e Case della Comunità: quadro normativo

Le Case della Comunità sono parte centrale della riforma dell'assistenza territoriale promossa dal DM 77/2022, che le identifica come strumenti chiave per la presa in carico, la prossimità e l'integrazione sociosanitaria. Inserite nella Missione 6 del PNRR, sono finanziate con 2 miliardi di euro.

Il DM 77 individua quattro pilastri:

- Medicina di popolazione, basata su analisi dei dati e prevenzione.
- Sanità di iniziativa, per la gestione proattiva delle cronicità.
- Stratificazione della popolazione, con algoritmi predittivi per il rischio.
- Progetto di salute, che unisce bisogni e risposte clinico-sociali.

Il distretto è il livello organizzativo di riferimento, con circa 100.000 abitanti, e coordina le CdC (una ogni 40-50mila abitanti), spoke, MMG/PLS in aggregazioni funzionali, e altri servizi territoriali.

Standard minimi previsti:

- 1 infermiere di famiglia ogni 3.000 abitanti.
- 1 unità di continuità assistenziale ogni 100.000 abitanti.
- 1 centrale operativa territoriale e 1 ospedale di comunità (20 posti letto) per 100.000 abitanti.

3.1 I modelli possibili

Il Decreto del 2022, preceduto da una serie di tentativi di rifondare la medicina del territorio, rischia di non rappresentare una reale svolta in quanto non affronta i nodi veri del problema, a partire dalla questione delle risorse umane (soprattutto medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e infermieri) da formare e coinvolgere, in modo da rendere attrattiva la professione di prima linea (cure primarie) sul territorio. Non chiarisce, inoltre, il nesso con la medicina ospedaliera: da una parte la medicina di base deve essere in grado di affrontare i casi a bassa intensità di cura in piena autonomia e responsabilità, disponendo di tutti i supporti necessari (strumentali e diagnostici) così da sgravare il Pronto Soccorso; dall'altra, la medicina ospedaliera, dotata di competenze e attrezzature all'avanguardia, deve essere disponibile a supportare in modo agevole e tempestivo i medici impegnati sul territorio per i casi che richiedono approfondimenti diagnostici e indicazioni terapeutiche.

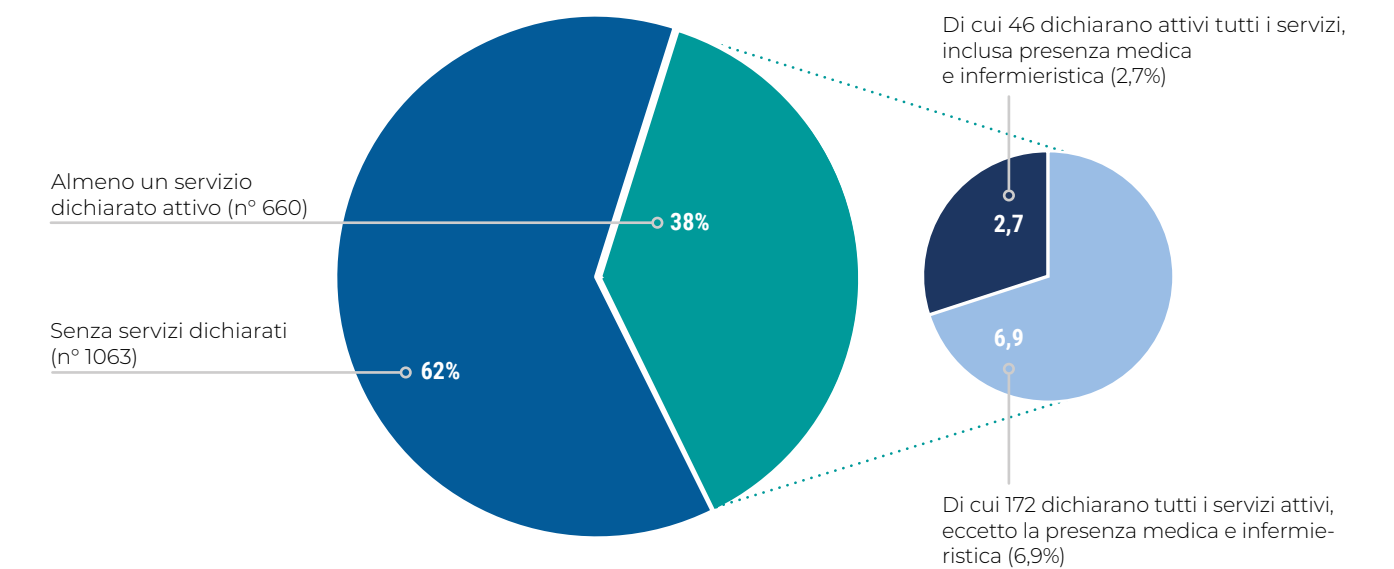
Nella fase attuale si delineano, inoltre, interpretazioni riduttive del modello, che non garantiscono l'integrazione tra territorio e ospedale, e includono sia "contenitori vuoti", cioè CdC centrate su strutture e tecnologie ma prive di strategie di cura, sia "jukebox sanitari", cioè dispensatori di servizi H24, con accesso immediato ma prestazioni leggere, standardizzate, prive di continuità e di efficacia reale, gestiti dal pubblico, senza possibilità di coinvolgere il Terzo settore.

Per funzionare davvero, la CdC dovrà piuttosto essere un luogo clinicamente solido, capace di risposte integrate e personalizzate e di rafforzare il legame tra MMG e specialisti. Dovrà garantire una presenza stabile di infermieri, assistenti sociali e, soprattutto, medici. Il sapere medico, oggi concentrato negli ospedali, va redistribuito sul territorio, preservando il rapporto con i centri di riferimento. Un modello virtuoso prevede un'alleanza professionale, dove gli specialisti ospedalieri siano "affiliati" alle CdC, garantendo una presenza settimanale per lavorare stabilmente con i medici di base. Così, la CdC può diventare un supporto per il medico di base, che resta la figura centrale nella cura del paziente.

3.2 Lo stato di attuazione

Secondo gli ultimi dati AGENAS¹, le CdC attualmente presenti sul territorio nazionale con almeno un servizio attivo sono solo 660 (circa il 38% delle 1.723 progettate); in 172 (circa il 9,9%), tutti i servizi obbligatori sono dichiarati attivi, a eccezione della presenza medica e infermieristica; in 46 (circa il 2,7%), tutti i servizi obbligatori sono dichiarati attivi, inclusa la presenza medica e infermieristica (vedi Tabella 5). Nelle restanti 1.063 (circa il 61,9%), non sono presenti servizi dichiarati attivi. Si tratta di CdC costruite (dotate, quindi, di requisiti strutturali) ma senza servizi e di personale, in via di costruzione o, in alcuni casi, ancora in via di progettazione (vedi Grafico 7).

¹ Nota: AGENAS, Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM 77/2022 - I semestre 2025, settembre 2025.



Il percorso è ancora lungo e tortuoso: a meno di un anno dalla conclusione del PNRR, il 97,3% delle CdC, infatti, non presenta i requisiti previsti dal DM77. Ciò che sorprende, tuttavia, oltre al dato aggregato (utile al fine della rendicontazione del Ministero dell'Economia e delle Finanze alla Commissione europea per l'erogazione delle tranches di finanziamento) sono le discrepanze tra regioni.

Analizzando i dati regionali, emerge che circa il 67% delle CdC con almeno un servizio attivo si concentra in tre sole regioni: Lombardia (142 strutture), Emilia-Romagna (140 strutture) e Lazio (95 strutture). Anche in termini percentuali, la situazione riflette quella dei valori assoluti: la % di CdC aperte con almeno un servizio attivo risulta superiore al 60% solamente in sei regioni del centro-nord, ovvero Valle d'Aosta (100%), Friuli (94%), Emilia-Romagna (75%), Lombardia (70%), Marche (69%), Lazio (65%), Veneto (64%). Lo stesso vale osservando le sole 46 CdC in cui tutti i servizi obbligatori sono dichiarati attivi (inclusa presenza medica e infermieristica): il 59% delle strutture è in Lombardia (12) e in Emilia-Romagna (8) e Toscana (7).

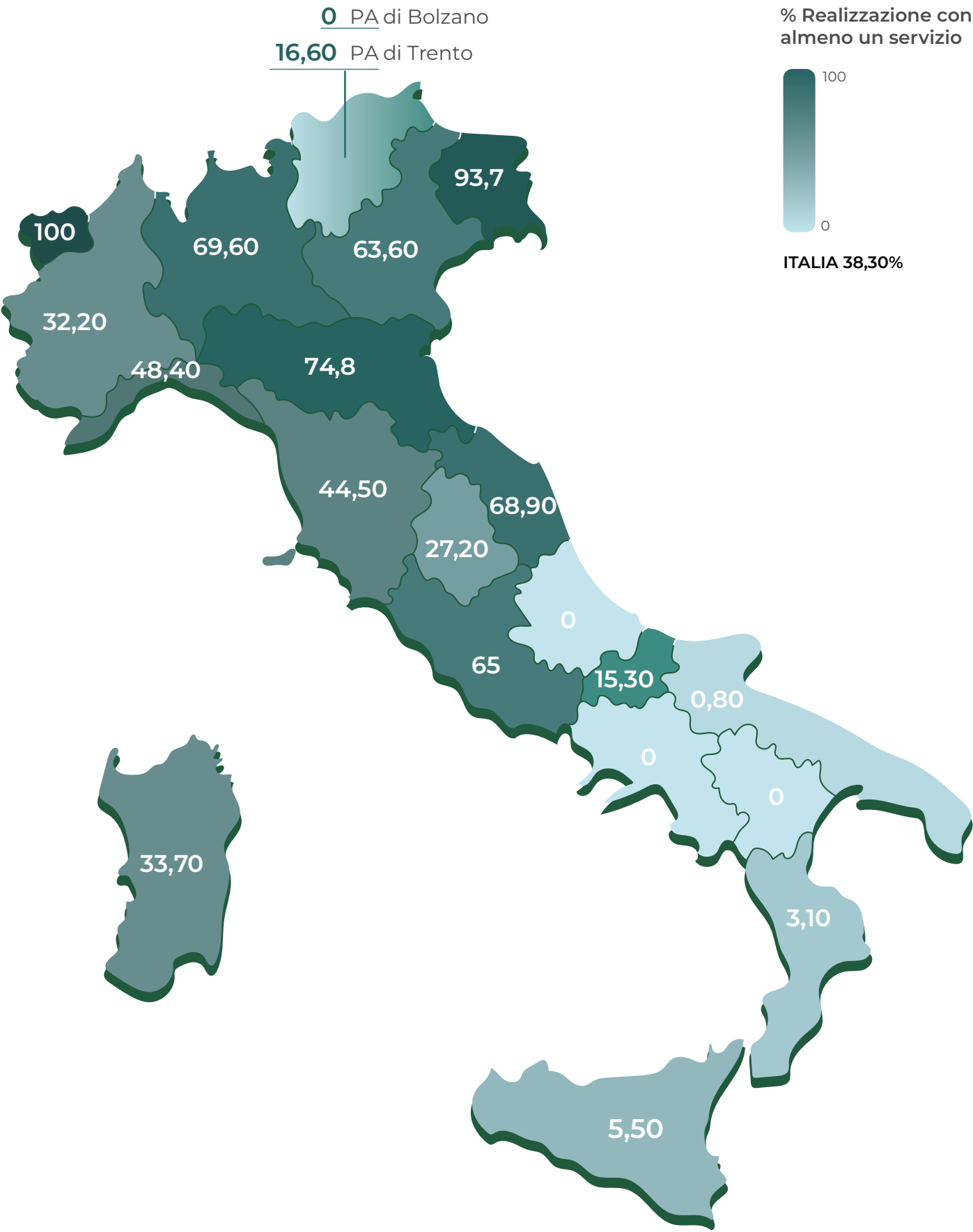
Destano, invece, preoccupazione le 7 regioni e province autonome (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Trento, Puglia) in cui sono presenti tra 0 e 2 CdC. Alcune tra queste, infatti (Abruzzo, Basilicata, Calabria), presentano i punteggi più bassi nell'area distrettuale del monitoraggio LEA 2023 (vedi Tabella 5 e Mappa 5).

	CdC da attivare	CdC con almeno un servizio CIS+EXTRA CIS	% realizzazione con almeno un servizio
Abruzzo	42	0	0
Basilicata	19	0	0
Campania	191	0	0
PA di Bolzano	10	0	0
Puglia	123	1	0,8%
Calabria	63	2	3,1%
Sicilia	161	9	5,5%
Molise	13	2	15,3%
PA di Trento	12	2	16,6%
Umbria	22	6	27,2%
Piemonte	96	31	32,2%
Sardegna	80	27	33,7%
Toscana	157	70	44,5%
Liguria	33	16	48,4%
Veneto	99	63	63,6%
Lazio	146	95	65%
Marche	29	20	68,9%
Lombardia	204	142	69,6%
Emilia-Romagna	187	140	74,8%
Friuli-Venezia Giulia	32	30	93,7
Valle d'Aosta	4	4	100%
Italia	1.723	660	38,30%

I dati riportati in tabella derivano da un questionario somministrato da AGENAS e compilato dalle singole aziende secondo modalità differenti: in alcuni casi dalla direzione strategica, in altri dal direttore generale, in altri ancora dalla direzione distrettuale o dagli operatori delle Case della Comunità. Questa eterogeneità – e, in particolare, le diverse interpretazioni adottate dai compilatori – ha generato difformità nei risultati e scostamenti dalla situazione reale.

MAPPA 5 - CASE DELLA COMUNITÀ: % REALIZZAZIONE CON ALMENO UN SERVIZIO:
MAPPA REGIONALE (AGENAS 2025)

Fonte: AGENAS, Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM 77/2022, II semestre 2024



La presenza delle équipe multiprofessionali è rilevabile in oltre il (72%) delle strutture interessate nelle strutture interessate (88,6%), dato che conferma come la CdC possa realmente essere luogo di interessanti sperimentazioni nella organizzazione della governance territoriale. Lo stesso vale per l'assistenza domiciliare (84,2%) e la specialistica ambulatoriale (83,9%). Il punto unico di accesso (PUA) è il meno presente (68% dei casi) nonostante sia la porta d'accesso al sistema per la risposta al bisogno del paziente. Non sono, inoltre, disponibili dati sulle fasce orarie e le ore effettive di operatività, il che compromette gli obiettivi dell'indagine. Anche in questo caso si sono riscontrate difformità interpretative su cosa intendere per "cure primarie erogate attraverso équipe multiprofessionali", soprattutto rispetto all'appartenenza del personale coinvolto: se cioè dovesse dipendere dal distretto, dalla CdC, o potesse includere anche operatori dei presidi ospedalieri nei quali le CdC hanno spesso sede (vedi Tabella 6).

TABELLA 6 - CASE DELLA COMUNITÀ: SERVIZI DICHIARATI OBBLIGATORI PRESENTI NELLE CDC ATTIVE PER REGIONE

Fonte: AGENAS, Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM 77/2022 - I semestre 2025, settembre 2025.

	Servizi di cure primarie erogate attraverso équipe multiprofessionali	PUA	Servizi di assistenza domiciliare	Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie a elevata prevalenza
Abruzzo	0	0	0	0
Basilicata	0	0	0	0
Calabria	2	2	2	2
Campania	0	0	0	0
Emilia-Romagna	125	71	123	114
Friuli-Venezia Giulia	0	23	28	25
Lazio	26	57	49	87
Liguria	15	15	15	15
Lombardia	135	140	137	112
Marche	15	10	19	17
Molise	2	2	2	2
Piemonte	25	12	20	26
PA di Bolzano	0	0	0	0
PA di Trento	2	1	2	2
Puglia	1	1	1	1
Sardegna	0	7	15	25
Sicilia	9	9	9	9
Toscana	66	56	69	58
Umbria	5	6	6	6
Valle d'Aosta	4	3	4	4
Veneto	44	34	52	51
Italia	474	449	551	556

4. COINVOLGERE GLI ETS NELLA CO-PROGRAMMAZIONE E NELLA CO-PROGETTAZIONE, SOPRATTUTTO NELLA CURA DELLE PERSONE FRAGILI

Al momento si sa ancora poco del possibile – e auspicabile – coinvolgimento degli enti del Terzo settore (ETS) nelle CdC. Nel testo del DM 77 il Terzo settore è citato una sola volta al punto 2 “Sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN”: «attraverso la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.)». Una definizione che resta aperta a molteplici interpretazioni, mentre ancora mancano analisi di ricerca approfondite.

Di certo, per garantire il loro contributo in ambito socio-sanitario, soprattutto nell’integrare risposte a favore delle fasce più fragili e vulnerabili, è necessario un cambiamento culturale e organizzativo radicale.

In primo luogo, è necessario imparare a “vedere” le persone e dialogare con loro, superando una visione gerarchica e burocratica del servizio pubblico. Bisogna passare dal concetto di ruolo a quello di bisogno, dalla funzione assegnata al bisogno delle persone che va soddisfatto. In quest’ottica, gli ETS non sono semplici “ruote di scorta” del pubblico, ma alleati naturali nella costruzione di risposte efficaci.

La CdC può rappresentare un luogo privilegiato di incontro tra pubblico e Terzo settore, proprio perché è vicina al contesto di vita del paziente, e rende possibile la collaborazione con la sua comunità di riferimento. Nel momento in cui a livello distrettuale si stanno immaginando le possibili configurazioni di questo strumento, superando l’impostazione “dall’alto” della riforma occorre stimolare sperimentazioni su base territoriale.

La recente apertura normativa alla co-programmazione e co-progettazione (vedi Box), in piena attuazione della sussidiarietà orizzontale, costituisce un’opportunità importante: consente di superare la logica dell’appalto e del mero corrispettivo economico, favorendo relazioni basate su funzioni e valori condivisi. Con una efficace sintesi proposta recentemente da Luca Antonini e Stefano Zamagni, si tratta di passare dalla competizione amministrata alla cooperazione amministrata¹. Perché ciò accada, però, è necessario un riconoscimento reciproco: il Terzo settore, in particolare, va riconosciuto quale presenza stabile e capace di creare valore, non come una soluzione di emergenza. Un suo coinvolgimento strutturato può anche prevenire l’ipertrofia del sistema pubblico, contribuendo a mantenerlo più snello ed economicamente sostenibile.

¹ L. Antonini, S. Zamagni, *Pensare la sanità. Terapie per la sanità malata*, Edizioni Studium, Roma 2025, p. 15.

Glossario

Art. 55 Codice del Terzo Settore (D.L. 3 luglio 2017, n. 117)

1. In attuazione dei principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell’amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare, le amministrazioni pubbliche di cui all’articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, nell’esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi nei settori di attività di cui all’articolo 5, assicurano il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione e accreditamento, poste in essere nel rispetto dei principi della legge 7 agosto 1990, n. 241, nonché delle norme che disciplinano specifici procedimenti ed in particolare di quelle relative alla programmazione sociale di zona.
2. La co-programmazione è finalizzata all’individuazione, da parte della pubblica amministrazione procedente, dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili.
3. La co-progettazione è finalizzata alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti, alla luce degli strumenti di programmazione di cui comma 2.



5. CONCLUSIONI

Ripensare il sistema sanitario territoriale è una necessità che non si può rimandare. Si avverte in particolare l'urgenza di un movimento complessivo dai diversi livelli - normativo, regolatorio e di prassi gestionale - verso un sistema sanitario relazionale, di alleanze tra i diversi soggetti presenti, di cooperazione amministrata. I tre aspetti essenziali analizzati - tempo della cura, Case della Comunità, ruolo dei distretti - convergono su un'esigenza: passare da un modello centrato sulla prestazione a uno fondato sulla relazione.

Il tempo della cura richiama la dimensione duratura, complessa e non standardizzabile della presa in carico. Superare la logica prestazionale significa restituire centralità alla persona, attraverso un percorso costante, personalizzato e profondamente umano. In tale prospettiva, il distretto non può più essere inteso come mera interfaccia amministrativa, ma come spazio capace di promuovere l'integrazione tra attori diversi. Le CdC possono rappresentare l'innesto strutturale di un'idea di cura nuova e più umana. Perché questo avvenga, serve una nuova grammatica della sanità, che metta al centro fiducia, co-responsabilità e riconoscimento reciproco tra professionisti, istituzioni e cittadini.

Il coinvolgimento del Terzo Settore non può essere episodico o subordinato. Richiede una visione sistemica e una relazione tra pari, fondata su fiducia, negoziazione e condivisione dei bisogni reali della popolazione. Le recenti aperture normative rendono questo possibile; occorrono però, da un lato, volontà politica e una cultura organizzativa realmente inclusiva e, dall'altro, un Terzo settore capace di proporsi come attore competente, solido e innovativo, in grado di offrire risposte nuove laddove il pubblico oggi fatica.

La pandemia da SARS-CoV-2 ha reso evidente l'urgenza di ripensare il SSN - specie la sua componente territoriale - mettendo a nudo criticità strutturali, sottofinanziamenti, carenze organizzative e una governance frammentata tra Stato e Regioni. In questo contesto, le CdC potrebbero rappresentare uno strumento chiave per riformare l'assistenza di prossimità. La dimensione ospedaliera e quella territoriale non sono alternative, ma complementari e interconnesse. Il paziente giunge in ospedale dal territorio, dove poi fa ritorno. Pertanto, le CdC non vanno intese come "mini-ospedali", ma come luoghi in cui si costruiscono percorsi assistenziali condivisi e continui, capaci di intercettare cronicità e bisogni sociali. La sfida è progettare strutture in grado di dare risposte concrete ai bisogni reali delle comunità, con flessibilità e rispetto delle specificità locali.

La CdC deve essere un centro di responsabilità con budget dedicato, strumenti di valutazione ex post e accountability (non solo economica, ma anche relativa agli esiti di salute). Un nodo critico riguarda i tempi di attuazione del PNRR. In molti casi, le CdC - secondo i dati AGENAS - sono state inaugurate senza le condizioni minime per operare (servizi, personale, infrastrutture), rischiando così di far prevalere la logica dell'adempimento su quella del funzionamento.

In questa riformulazione, il Distretto sarà sempre più cruciale. Non potrà limitarsi alla funzione di struttura periferica, ma dovrà essere un centro di programmazione, coordinamento e monitoraggio della rete dei servizi socio-sanitari, per far sì che le CdC diventino luoghi per governare i processi e sviluppare alleanze tra MMG (cui deve continuare a spettare il fondamentale compito di "regista della cura" e non di semplice gatekeeper a guardia della sanità ospedaliera), specialisti, infermieri, assistenti sociali e operatori del Terzo settore. Il bisogno della persona dovrà sostituire la logica delle prestazioni episodiche ancora dominante. Anche i percorsi dovranno essere ripensati, affinché il Punto Unico di Accesso (PUA) non si riduca a filtro burocratico, ma diventi un contesto di accoglienza e orientamento.

Poiché i MMG appaiono spesso poco coinvolti nella programmazione, mentre il fatto di essere liberi professionisti crea ostacoli all'integrazione, è necessario passare da una presenza formale a una presenza funzionale, creando le condizioni per una reale collaborazione, sostenuta anche dalla specialistica ospedaliera. Non si tratta di "trasferire" tutti i MMG nella CdC, ma di costruire alleanze operative, riconoscendo il loro ruolo centrale nella presa in carico.

Il Terzo Settore, infine, troppo spesso marginalizzato, deve essere riconosciuto come risorsa strategica per un welfare di comunità. Può contribuire in termini di prossimità, ascolto, co-progettazione e intervento, alleggerendo la pressione sui servizi sanitari. Ma questo richiede apertura culturale, accordi chiari e regole condivise. L'integrazione non nasce dalla somma dei soggetti, ma dalla costruzione di relazioni forti, fondate su fiducia, conoscenza reciproca e obiettivi comuni. In definitiva, il successo della riforma non dipenderà dal numero di strutture attivate, ma dalla loro capacità di offrire risposte concrete, tempestive e integrate.

Le Case della Comunità devono diventare presidi solidi, costruiti sui bisogni reali, dotati di risorse, competenze e una visione coerente. Solo così potranno rappresentare una svolta per la sanità pubblica italiana, orientata all'equità, alla prossimità e alla continuità della cura.

PARTE TERZA

CONTRIBUTI

Francesco Longo

Professore Associato del Dipartimento di Social and Political Sciences presso l'Università Bocconi
Ricercatore del CERGAS presso SDA Bocconi

Luca Antonini

Vicepresidente della Corte Costituzionale

Luigi Bobba

Presidente di Fondazione Terzjus ETS

1. UNIVERSALISMO E PRIORITÀ

di Francesco Longo

L'Italia è uno dei Paesi occidentali con il peggiore tasso di iniquità e assenza di mobilità sociale (siamo terzultimi tra i Paesi OCSE), il che contribuisce a spiegare, insieme al nostro deserto demografico, perché siamo un Paese che non cresce, ovvero che non registra dinamismo sociale ed economico.

In questo scenario abbiamo scelto di avere un SSN (e non un sistema mutualistico), ovvero un sistema che definisce collettivamente un budget pubblico per la salute, all'interno del quale le istituzioni incaricate definiscono le priorità di azione, a prescindere dalla domanda esplicita delle persone, ritenendo l'asimmetria informativa troppo forte in sanità per lasciare la composizione dei consumi nascere dalla somma di richieste individuali. La natura di un SSN è esattamente l'opposto dell'inseguire le liste di attesa con una connessa logica prestazionale: è definire priorità di interesse pubblico, capaci di massimizzare il beneficio collettivo, anche se non richieste. Nessun giovane NEET chiede di essere intercettato, così come non esiste una domanda di prevenzione o educazione sanitaria.

Quali sono dunque le priorità oggi in sanità?

Prevale la condizione di cronicità (40% degli italiani), che consuma il 75% delle risorse. Cosa richiede la cronicità? La cronicità dura in media 28 anni (dai 55 agli 83 anni) e richiede quotidianamente l'aderenza alle terapie (farmaci, esami) e al corretto stile di vita. Chi sono coloro che sono meno aderenti? Le persone meno colte, più sole e coloro che non riescono a comprarsi quel 25% di spesa sanitaria divenuta a carico delle famiglie, in cui la parte del leone la fanno i farmaci. Quindi qual è la priorità?

Controllare quotidianamente l'aderenza alle terapie, gli esiti di salute intermedi dei cronici e intervenire a) sulle persone non aderenti per sostenerle (ovvero i meno colti, più soli e più poveri); b) modificare le terapie a coloro che sono aderenti, ma hanno esiti intermedi insoddisfacenti. Il SSN dispone in tempo reale dei dati di aderenza ed esito intermedio, ma raramente li usa. Quello che richiede la prevalenza della cronicità è ragionare costantemente sui dati di aderenza ed esiti intermedi e di regolare la frequenza delle prestazioni



sanitarie in funzioni e del loro andamento: non serve visitare frequentemente un cronico aderente con esiti buoni e viceversa. Significa non lavorare più per prestazioni, ma per determinanti ed esiti intermedi di salute. Questo sposterebbe significativamente i target di pazienti prioritari, dando priorità ai non aderenti, ovvero i meno colti, più soli e più poveri.

Il tentativo di rilanciare la rilevanza dei servizi territoriali nasce proprio dall'esigenza di rispondere al prevalere della cronicità e della fragilità anziana e di modificarne logiche e processi di presa in carico. La trasformazione dei servizi territoriali (Casa e Ospedale della Comunità; COT/116117/PUA; Infermieri di comunità; telemedicina e FSE 2.0) nasce saggiamente per convenienze rendicontative del PNRR come costruzione di nuovi muri e setting per avere la certezza del raggiungimento dei risultati a cui sono vincolati i finanziamenti (dimostrare all'EU di aver costruito dei contenitori è più semplice che rendicontare la trasformazione dei contenuti, ovvero delle logiche e dei processi di presa in carico).

Proprio nei nuovi contenitori e setting possiamo ora aprire il cantiere del passaggio da una sanità prestazionale, di attesa, on demand del paziente a una sanità che proattivamente programma la numerosità e tipologia di interventi necessari per il singolo paziente cronico, fragile o inserito in uno schema di prevenzione.

Se i servizi territoriali, analizzando l'epidemiologia e i dati di aderenza ed esito dei singoli pazienti, progressivamente si aprissero a logiche di sanità di iniziativa, sarebbe il SSN a chiamare proattivamente il paziente, ma solo quando i suoi dati di aderenza o di esito non risultassero soddisfacenti. Questo significa che la presa in carico programma la frequenza e sequenza degli accertamenti diagnostici insieme alla verifica dell'aderenza/qualità esiti intermedi del paziente.

Le informazioni sull'aderenza o sull'andamento degli esiti intermedi possono essere mutate da esami periodici programmati oppure sfruttando i dati personali rilevati dal paziente con i suoi device personali o messi a disposizione dal sistema di telemonitoraggio da remoto del SSN.

I dati devono essere inviati ai setting responsabili della presa in carico (MMG, CdC o UO specialistica come la psichiatria o le dipendenze). Il case manager delle professioni sanitarie (IFEC o infermiere del MMG o della UO specialistica) o un medico devono programmare nella propria agenda il tempo per leggere e interpretare questo flusso di informazioni, da cui discendono le priorità di intervento (cambia l'agenda e il modo di lavorare dei professionisti).

Ovviamente, algoritmi tradizionali o basati sull'AI possono dare un grande contributo ad analizzare questo flusso stabile, organizzato, ma imponente di dati, per definire gli alert dei pazienti su cui intervenire prioritariamente. La COT o l'IFEC possono quindi proattivamente reclutare coloro che vengono identificati come pazienti prioritari. Questo aiuta a guardare con maggior selettività i pazienti cronici che presentano domande aggiuntive di prestazioni, al di fuori dei loro piani assistenziali programmati e senza significativi segnali di esiti peggiorativi. Nei fatti, questo significa lavorare sulle priorità: servire prima di tutto i pazienti che sappiamo essere non aderenti (le persone cognitivamente e socialmente più fragili) e con esiti intermedi insoddisfacenti (i più malati, ovvero i cronici non compensati o in aggravamento). Strutturalmente la logica della sanità di iniziativa impone di confrontarsi con la capacità produttiva disponibile del SSN. Questo determina di dover scegliere delle intensità e frequenze assistenziali modulate in funzione dei volumi di servizi e degli operatori disponibili. Significa abbandonare la logica del "prescrivere

una prestazione" e trasferire al paziente l'onere di cercarla (nel 30/50% dei casi oggi non la trova). All'opposto significa definire le priorità in termini di intensità assistenziali ragionevoli per tutti i pazienti reclutati in funzione dei volumi di servizi disponibili. Questa programmazione ex ante dell'intensità assistenziale sostenibile garantisce equità, diversamente dalla ricerca individuale di una prestazione da parte di pazienti che autonomamente devono trovare un erogatore, processo che fisiologicamente privilegia i cittadini più competenti. I nuovi servizi territoriali non sono quindi nuovi contenitori e setting assistenziali con logiche vecchie, ma una finestra di opportunità per far evolvere le logiche e i processi di funzionamento del SSN.

Perché, pur avendo un SSN nato sull'intuizione di definire priorità a fronte di un budget dato, non riusciamo più a discutere delle priorità e quindi rischiamo di perdere anche l'occasione del PNRR e dei nuovi setting territoriali definiti dal DM 77? La discussione sulle priorità è un processo adulto, in cui si ammette che i bisogni sono infiniti e le risorse finite, in cui bisogna confrontarsi sui criteri di scelta, quindi interrogarsi sui valori fondanti.

Non riusciamo a svolgere questo processo adulto di definizione delle priorità, anzi dichiariamo che l'universalismo è dare tutto a tutti, che, nei fatti determina che diamo "di tutto ad alcuni". Infatti, sia collettivamente, sia individualmente, interpretiamo il SSN come un "supermercato" delle prestazioni a domanda individuale e non come un servizio collettivo. Sappiamo già, che ne usciremo infelici, perché la sommatoria delle domande individuali non governate supera le risorse disponibili e nella gara ad accaparrarsi le prestazioni, vincono coloro socialmente e culturalmente più forti.

Ci stiamo condannando all'insoddisfazione collettiva, con ricadute più forti sui più deboli, perché da tempo abbiamo dimenticato che l'universalismo agisce definendo le priorità collettive.

2. PER SALVARE IL FRAGILE DIRITTO

di Luca Antonini

La tutela della salute, sancita nell'art. 32, è l'unico diritto espressamente qualificato come «fondamentale» dalla Costituzione italiana. Questo risultato non è casuale, ma si deve all'impegno, in Assemblea costituente, di tre grandi medici, che erano rimasti del tutto insoddisfatti della blanda formulazione inizialmente proposta, nella bozza del testo della Costituzione, dalla Commissione dei 75. Nell'assemblea plenaria fecero quindi sentire la loro voce. E fu una voce molto autorevole perché Caronia, Merisi e Cavallotti erano medici di fama mondiale, appartenenti a tre partiti diversi, rispettivamente DC, PSI e PCI, e spesero, all'unisono, argomenti a cui nessun orecchio dei Padri costituenti poteva restare insensibile. Trasversale fu anche l'impegno che permise a Tina Anselmi di varare quel sistema universalistico che, dalla sua istituzione al 2018, ha permesso un innalzamento di ben dieci anni della vita media degli italiani.

Oggi, però, la sanità italiana rischia una deriva "americanizzante", nel senso che quella che è stata la sanità di tutti, potrebbe diventare la sanità di pochi, appannaggio esclusivo di quelli che possono permettersi di pagarla¹. Lo confermano i dati sulla crescente povertà sanitaria che il Rapporto mette in evidenza, che preoccupano soprattutto per il ritmo con cui questa povertà, di anno in anno, sta crescendo. Quali sono le cause?

Sul sistema italiano pesano, innanzitutto, i tagli avvenuti, per circa quaranta miliardi di euro, nel periodo tra il 2012 e il 2019. I tagli alla sanità rimangono silenziosi nel momento in cui vengono praticati (il cittadino non li avverte, perché non è toccata la busta paga o l'immediatezza del servizio), ma fanno un rumore assordante quando, dopo anni (ed è l'attualità che stiamo vivendo), occorre sostituire le macchine per la Tac o per le risonanze magnetiche obsolete, fare i conti con le nuove possibilità di cura, garantire il turn over con chi è andato in pensione ecc.

Per questo la Corte costituzionale ha, con la sent. 169/2017, elaborato, ribadendola nella più recente sent. n. 195/2024, la nozione di «spesa costituzionalmente necessaria», affermando che

¹ L. Antonini, S. Zamagni, *Pensare la sanità. Terapie per la sanità malata*, Edizioni Studium, Roma 2025, p. 15.



devono essere prioritariamente tagliate quelle spese che non sono riconducibili a principi costituzionali, come quello della tutela della salute. Le risorse però non sono tutto nella sanità, perché conta moltissimo anche la forza del pensiero e delle idee, come appunto dimostra l'origine dell'art. 32 Cost. o, in negativo, la vicenda degli ospedali e delle Case di comunità, che, volute dal PNRR nel 2021 e finanziate con circa 16 miliardi di euro, rischiano di essere destinate a rimanere spettralmente vuote, a causa della grave mancanza di medici e infermieri che affligge la sanità pubblica nel nostro Paese. Dai territori emergono i disagi: la mancanza di integrazione tra i professionisti, la presenza di vincoli normativi che ostacolano l'attività della nuova figura dell'infermiere di famiglia, l'assenza di formazione per il lavoro in équipe. In pochi italiani si sono accorti che ormai esiste quasi un terzo delle Case di comunità previste dal PNRR e si può dubitare fortemente che gli standard previsti dal citato DM 77 del 2022 siano diventati una realtà.

Non è un risultato che rassicura. Non molto diversa è la situazione degli ospedali di comunità, che dovrebbero svolgere «una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio».

Anche qui la grave carenza strutturale di personale rappresenta l'ostacolo maggiore a rendere davvero operative queste strutture, che pure, come dimostra il Rapporto, sarebbero essenziali per un cambio di paradigma che, in funzione delle nuove cronicità, riporti al centro la medicina territoriale.

Le difficoltà che si stanno incontrando sono emblematiche di una riforma interamente calata dall'alto (non è forse un caso che con le Regioni si sia registrata una mancata intesa registrata sul DM 77/2022) e scarsamente condivisa con gli attori istituzionali della sanità regionale² e, in particolare, con il mondo del Terzo settore. Si corre il grave rischio di creare nuove cattedrali nel deserto di una sanità già gravemente in crisi.

Di fronte a questa situazione appare davvero poco lungimirante che la Missione 6 non prescriva un adeguato coinvolgimento del Terzo settore, con una grave carenza in termini di sussidiarietà orizzontale, nonostante la Corte costituzionale nella sentenza n. 131 del 2000 abbia fortemente

² In tal senso, M.C. Antonucci, A. Vittoria, *Welfare post-pandemico, politiche della cura e terzo settore: de-istituzionalizzazione o (neo)privatizzazione?*, in "Impresa sociale", n. 4/2022.

valorizzato le possibilità offerte dall'art. 55 del Codice del Terzo settore, in termini di co-programmazione e di co-progettazione.

Così, al di là del nome, quella società solidale di cui è ricca la nostra storia e il nostro presente, rischia di rimanere esclusa dalle nuove case e ospedali "di comunità", con una gravissima perdita in termini di potenzialità, perché il sistema sanitario nel suo complesso avrebbe «beneficiario dal contributo di conoscenze e competenze mediante il coinvolgimento attivo di quei soggetti del Terzo settore dotati di un rilevante radicamento territoriale, attivi in una consolidata pratica di co-programmazione, co-progettazione, convenzionalità con il sistema pubblico regionale e locale, e da tempo impegnati in specifiche esperienze di integrazione socio-sanitaria (l'esperienza delle case della salute)»³.

Il Rapporto conferma che la voce del Terzo settore avrebbe potuto farsi sentire, soprattutto in questo ambito. Non è stata ascoltata. Ma forse non è ancora troppo tardi per iniziare a farlo.

³ *Ibidem*.

3. LE CURE PER TUTTI E LA VOCE DEL TERZO SETTORE

di Luigi Bobba

Il XIII Rapporto – anno 2025 – sulla povertà sanitaria in Italia ha un duplice pregio. Da un lato contribuisce a delineare in modo puntuale un fenomeno spesso sfuggente o comunque poco indagato, quello della povertà sanitaria; dall'altro, prova a individuare una traiettoria di riforma del Servizio sanitario nazionale in modo che l'accesso universalistico alle cure non resti una dichiarazione di principio scolpita nella Carta costituzionale, ma diventi un diritto esigibile, in primo luogo per le fasce più povere della popolazione.

Ma andiamo con ordine. È ben noto che la povertà non sia un fenomeno monodimensionale; non è solo configurabile come scarsità o mancanza di un reddito sufficiente per una vita dignitosa. Ma assume volti molteplici, presentandosi di volta in volta come mancanza di opportunità di accesso al lavoro, alla scuola, alla formazione, alla casa e, nella fattispecie descritta, alla tutela della salute della persona. Ciò appare del tutto evidente nel crescente divario tra famiglie povere (interessate dalla povertà assoluta o da quella relativa) e quelle non povere. Le prime spendono per la salute, in termini assoluti, sei volte meno delle seconde (10,66 € mensili contro 67,97 €). E, in termini relativi, chi è povero si attesta al 2,1% della spesa totale contro il 4,4% per chi non lo è. Già solo questo dato lascia intendere quanto il principio costituzionale – evocato all'art. 32 – sia gravemente disatteso se non compromesso e che per i poveri la salute sia un diritto a tutela limitata. Il divario poi continua a crescere anche in ragione del fatto che la spesa privata per la salute è giunta a rappresentare circa il 45% della spesa sanitaria totale del Paese.

Così accade che coloro che si trovano in condizione di povertà si orientino a spendere una modesta quota del loro reddito principalmente per l'acquisto di farmaci, rinunciando invece a effettuare analisi, esami o visite specialistiche. Insomma, si sacrifica la salute per poter affrontare altre necessità primarie. La povertà economica amplifica la povertà sanitaria incidendo in modo significativo sulla salute individuale e collettiva e sulle aspettative di vita della popolazione più povera. Questa rinuncia alle cure si presenta poi in



modo più accentuato in tutte le Regioni del Sud (esclusa la Sardegna). Ne consegue che l'affronto di queste disuguaglianze richiede non solo maggiori risorse (% di spesa sanitaria sul PIL) ma altresì un ripensamento dell'organizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari oggi in capo alle Regioni.

Più in generale, gli autori del Rapporto esplicitano la necessità di un cambio di paradigma nella produzione/erogazione dei servizi passando da un modello incentrato sulla "prestazione" a uno fondato sulla "relazione". Ovvero, il cambiamento richiede maggiori investimenti sulla sanità territoriale, sull'integrazione con i servizi socio-assistenziali e sulla prevenzione anziché solo sulla cura.

Un cambio di paradigma che chiama in causa anche un soggetto spesso misconosciuto ma che potrebbe invece essere una risorsa decisiva per approdare a un modello "relazionale": gli Enti di Terzo settore (ETS). Ma l'integrazione pubblica e privato non profit e la valorizzazione dell'originale apporto dei soggetti di Terzo settore è ancora ben lontana dall'essere un tratto distintivo del nostro Servizio sanitario nazionale. Basta consultare l'Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale per capire quanto gli ETS non vengano riconosciuti nella loro distintività e specificità. Nell'Annuario, le strutture sanitarie vengono distinte in "pubbliche" e "private accreditate". Ma tra queste ultime non vi è alcuna differenziazione tra quelle private profit e quelle non profit. Eppure, queste ultime, in non pochi servizi, sono tutt'altro che marginali.

Se infatti si consultano le rilevazioni dell'Istat sulle Istituzioni non profit (INP), si possono facilmente identificare le dimensioni di questa presenza sia nell'area della sanità sia in quella dell'assistenza sociale e protezione civile (entro cui rientrano anche le organizzazioni attive in ambito socio-sanitario).

Nell'ultimo censimento (2022), le unità organizzative delle INP in questi due settori erano più di 47.000 (rispettivamente circa 12.000 e 35.000) rappresentando quasi il 13% del totale delle INP del Paese. Impiegano più di 545.000 lavoratori (96.000 e 437.000) con una crescita nel decennio 2011-2022 di quasi il 38%. Infine, ed è forse il dato più interessante, nel decennio richiamato il numero dei volontari nella generalità delle INP ha avuto una leggera flessione (-3%), mentre in questi due comparti si è registrata una crescita pari al 26%. Con quasi 1.200.000 volontari, questi due settori rappresentano più di un quarto del totale delle persone impegnate nel volontariato in tutto il Paese. Questi pochi dati ci dicono che l'accesso universalistico alle cure e il passaggio dal modello incentrato sulla prestazione a quello sulla relazione, non potrà avvenire senza un coinvolgimento pieno e significativo dei soggetti di Terzo settore.

Gli allarmanti dati sulle Case di Comunità (CdC) che il Rapporto ci squaderna, pongono un serio interrogativo sulla possibilità che le CdC siano effettivamente lo strumento per la realizzazione di quel welfare di prossimità che è uno degli obiettivi strategici indicati nella Missione 6 del PNRR. Non si può non rilevare che solo in pochi casi le CdC hanno previsto un coinvolgimento attivo degli ETS. Eppure, gli strumenti – art. 55 e 56 del Dlgs. 117/17 – ci sono. Mediante gli istituti della coprogrammazione e della coprogettazione, si possono già fin da ora attivare sia il modello relazionale nella erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, sia dare forma a quel welfare di prossimità molto evocato ma poco praticato. A tal fine appare alquanto innovativa la parte del Rapporto dedicata alla povertà sanitaria assistita a partire dai dati della Fondazione Banco farmaceutico, un'istituzione sociale diffusa in tutte le Regioni e capace di raggiungere oltre mezzo milione di persone.

La registrazione di una crescita del numero dei beneficiari dei servizi del Banco rappresenta certamente un sensore dell'aumento della povertà sanitaria che riguarda, non più in via prevalente gli stranieri, ma proprio la popolazione italiana (circa il 52%).

In conclusione, il Rapporto conferma quanto sia sempre più necessario dedicare analisi e studi sia sul fenomeno della povertà sanitaria sia sul ruolo e sul peso che i soggetti di Terzo settore hanno in questi due comparti. Infatti, gli ETS, in alcuni ambiti, rappresentano il primo pilastro – raccolta del sangue, trasporto sanitario e servizi infermieristici domiciliari – e dunque meritano un'attenzione e una visibilità nel dibattito pubblico che finora non hanno avuto. Dati, studi, analisi e riflessioni che, messi a disposizione del decisore pubblico, possono diventare determinanti nella definizione delle *policies* degli anni futuri se si intende affrontare con determinazione il tema della povertà sanitaria.

A tal fine diventa essenziale valorizzare e sostenere gli ETS sia per la fornitura di servizi socio-sanitari residenziali e semi residenziali, sia, ancor di più, per la messa in opera di attività basate prevalentemente sul volontariato nonché per l'azione delle realtà associative di pazienti e familiari che svolgono un ruolo prezioso per la tutela e la promozione del diritto alla salute.

in collaborazione con



10-16 febbraio 2026

GRF

GIORNATE DI RACCOLTA DEL FARMACO

26ª edizione



VIENI IN FARMACIA E DONA UN FARMACO A CHI HA BISOGNO

PERCHÉ NESSUNO DEBBA PIÙ SCEGLIERE
SE MANGIARE O CURARSI



Fondazione Banco Farmaceutico ETS
 @BancoFarmaEts

bancofarmaceutico_ets
 BancoFarmaceutico ETS

BANCO FARMACEUTICO - Fondazione ETS
 www.bancofarmaceutico.org



**dona i farmaci
con questo logo**

Partner Istituzionale



con il contributo incondizionato di





Sede legale:

Via Bessarione, 25 – 20139 MILANO (MI)

Tel: +39 02 70104315

Fax +39 02 700503735

E-mail: info@bancofarmaceutico.org

C.F. 97503510154

www.bancofarmaceutico.org