

PAROLE di GIUSTIZIA e SPERANZA

salute

a cura di **Rosy Bindi,**
Annalisa Gurrieri
e **Vito Longo**





salute

- 3** **La parola**
La Salute “bene comune”: un diritto per tutti, un impegno di tutti
di Rosy Bindi
- 6** **Cosa ci dice la Carta?**
Il diritto alla Salute nelle diverse declinazioni
Mutamenti e trasformazioni nell’accesso alle cure
di Vincenzo Antonelli
- 14** **Dalle parole... alla Parola**
Un nuovo approccio possibile alla Salute
Dalla cura della malattia alla cura del malato
di Andrea Casavecchia
- 18** **Focus e interrogativi**
a cura di Annalisa Gurrieri e Vito Longo
- 19** 1. **Diritto alla Salute**
Salvare il SSN per salvare noi stessi
- 25** 2. **Il “welfare sanitario”**
Quale welfare per una buona sanità
- 29** 3. **Le strutture**
Abitare i “luoghi della cura”
- 32** **Una bella storia**
Diversamente medici di medicina generale
a cura di Annalisa Gurrieri
- 33** **Materiali utili**

 VIDEO

 LINK / SITI

 RIVISTE

 LIBRI

 DOWNLOAD (pdf)

La salute “bene comune”: un diritto per tutti, un impegno di tutti

di Rosy Bindi

La salute è un bene fondamentale che condiziona il nostro essere nel mondo.

Senza la salute tutto diventa più faticoso e difficile a partire dalla possibilità di realizzare pienamente se stessi. Non a caso l'Organizzazione mondiale della sanità definisce la salute **«una condizione di benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente l'assenza di malattia o infermità»**.

Se godi buona salute lavori, viaggi, ti diverti, studi, ami, ti sposi, metti al mondo i figli, partecipi alla vita della società e la tua comunità si avvantaggia ed è arricchita dal tuo essere attivamente impegnato per e con gli altri. La salute è un bene comune che non si consuma, ma cresce e si moltiplica nella condivisione.



La salute è un bene comune che non si consuma, ma cresce e si moltiplica nella condivisione



Ne erano convinti anche i padri costituenti quando scrissero, all'art. 32 della Costituzione, che «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge». Un principio che stabilisce un legame inscindibile tra salute e giustizia sociale, salute e democrazia.

La salute ha infatti una forte valenza etica e politica e il modo in cui si organizza la tutela della salute non è mai un fatto tecnico, una scelta neutra, ma riflette un'idea di convivenza e di società.

Bisognerà attendere il 1978 e la legge 833, che ha istituito il Servizio sanitario nazionale (d'ora in poi anche SSN), per un pieno riconoscimento del diritto alla salute



Rosy Bindi

Componente del Consiglio scientifico dell'Istituto Bachelet, già parlamentare e Ministro della sanità e delle politiche per la famiglia.

te secondo i principi costituzionali di uguaglianza, libertà e solidarietà.

Quella riforma è stata il coronamento di un decennio di riforme che hanno allargato i diritti civili e sociali e la partecipazione democratica: dallo Statuto dei lavoratori alla nascita delle regioni; dal nuovo diritto di famiglia alla riforma fiscale, dai decreti delegati sulla scuola alla chiusura dei manicomi. Una stagione di conflitti sociali e battaglie civili che vide emergere nuove soggettività, i giovani e le donne, e però anche percorsa dalla violenza del terrorismo di destra e di sinistra. Una stagione che si conclude con il tragico rapimento e la barbara uccisione di Aldo Moro.

Fu il governo di “solidarietà nazionale” a offrire la cornice politico-istituzionale favorevole al superamento del sistema mutualistico di cui si discuteva da diversi anni. La svolta si ebbe grazie alla tenacia del nuovo Ministro della sanità Tina Anselmi, che nella precedente esperienza al ministero del Lavoro aveva registrato i limiti di un modello assistenziale discriminante, carico di debiti e inadeguato a far fronte alle nuove domande di salute.

La nascita del SSN gettò le basi di una sanità moderna e inclusiva.



Il modo in cui si organizza la tutela della salute non è mai un fatto tecnico, una scelta neutra, ma riflette un'idea di convivenza e di società.



La salute non era più privilegio legato alla condizione professionale dei singoli ma un diritto riconosciuto a tutti, senza distinzione di reddito o condizione civile, sociale o culturale. La costruzione del SSN fu un percorso accidentato, condizionato dai debiti pregressi degli enti mutualistici, da scarsità di risorse e non privo di resistenze.

A partire dalla seconda metà degli anni Ottanta, sotto l'influenza del credo neoliberista «più mercato, meno Stato», si è cominciato a discutere di competizione tra sistema pubblico e sistema privato, con l'obiettivo di introdurre massicce dosi di mercato nel modello universalistico del SSN.

Gli interventi legislativi in materia sanitaria del 1992 – che hanno delineato un quadro normativo ambiguo nei rapporti tra pubblico e privato e hanno trascurato i temi della prevenzione e della medicina territoriale – e la contrazione degli investimenti e delle risorse hanno inciso profondamente sulla capacità della sanità pubblica di garantire l'effettività del diritto alla salute: di fatto si è passati da un diritto costituzionalmente garantito a un diritto finanziariamente condizionato, con un processo più o meno occulto di delegittimazione finanziaria del Servizio sanitario nazionale.

Il d.lgs. n. 229/1999, poi, ha tentato di correggere alcune criticità della legislazione del 1992, nel tentativo di restituire al sistema pubblico il suo profilo universalistico e solidale e di rilanciare la missione della sanità pubblica che deve 'prendersi cura' della persona nella sua globalità (e non solo "curare" la malattia): in particolare, si è intervenuto su alcune distorsioni prodotte dell'aziendalizzazione che

aveva esasperato una concorrenza senza regole tra pubblico e privato; di rilanciare la prevenzione, la medicina territoriale e l'integrazione sociosanitaria. Il SSN ha poi subito, nel 2001, la riforma del Titolo V della Costituzione che – oltre i suoi contenuti – ha avuto un'applicazione nelle singole regioni che ha compromesso la coerenza tra i principi del sistema universalistico e i vari modelli organizzativi ai quali le singole regioni hanno dato vita nel corso degli anni. Alcune regioni hanno portato alle estreme conseguenze la riforma del 1992 con una forte privatizzazione del sistema sanitario regionale, mentre altre regioni hanno rotto la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, mortificato l'integrazione sociosanitaria. La conseguenza è che oggi in Italia si profilano venti sistemi sanitari regionali la cui sommatoria non crea un Servizio sanitario nazionale.

E invece il SSN dovrebbe essere concepito e percepito come un bene comune, che tutti dobbiamo salvaguardare.

Lo si è capito durante i durissimi mesi della pandemia da Covid-19, quando, insieme alle straordinarie competenze e allo spirito di sacrificio di tutti gli operatori e i professionisti della sanità, abbiamo misurato le lacune e i ritardi accumulati negli ultimi decenni dal SSN.

**Il SSN deve essere
concepito e
percepito come
un bene comune
che tutti dobbiamo
salvaguardare.**



Da un lato il de-finanziamento cronico della sanità e dall'altro il regionalismo esasperato dal nuovo Titolo V della Costituzione hanno compromesso i principi di uniformità ed efficacia delle prestazioni garantite dal servizio sanitario.

Sono cresciute le disuguaglianze tra le regioni e, dentro ciascuna regione, è aumentata l'insoddisfazione dei pazienti e degli operatori, si sono allungate le liste d'attesa ed è in atto un processo di privatizzazione del sistema sanitario che ne sta minando le fondamenta.

Durante la pandemia si è detto che nulla sarebbe stato come prima. Dobbiamo riconoscere che tutto è tornato come prima e che il malessere del sistema pubblico si sta aggravando ed è a rischio il diritto alla salute per tutti. Si ha fondato timore, poi, che il progetto governativo dell'autonomia differenziata rischi di delineare una vera e propria secessione sanitaria delle regioni più ricche contro quelle più povere, con ulteriore ferita ai valori dell'uguaglianza e della giustizia.

Il 10 febbraio 2017, in occasione del discorso ai partecipanti all'incontro promosso dalla Commissione Carità e Salute della Conferenza Episcopale Italiana, il Santo Padre Francesco ha sottolineato:

“

«Se c'è un settore in cui la cultura dello scarto fa vedere con evidenza le sue dolorose conseguenze è proprio quello sanitario».

”

“

La cultura dello scarto trova terreno fertile laddove i malati sono un peso e un costo, dove prevalgono le logiche del mercato e si dimentica la dignità della persona.

”

La cultura dello scarto trova terreno fertile laddove i malati sono un peso e un costo, dove prevalgono le logiche del mercato e si dimentica la dignità della persona.

Ancora più esplicito è stato il recente invito a difendere la sanità pubblica. Nel corso dell'udienza il 18 novembre 2023 con l'associazione degli otorinolaringoiatri e la federazione dei pediatri, papa Francesco ha ricordato:

“

«La sanità pubblica italiana è fondata sui principi di universalità, equità, solidarietà, che però oggi rischiano di non essere applicati. Per favore, conservate questo sistema, che è un sistema popolare nel senso di servizio al popolo, e non cadete nell'idea forse troppo efficientista – alcuni dicono “moderna” –: soltanto la medicina prepagata o quella a pagamento e poi nient'altro. No. Questo sistema va curato, va fatto crescere, perché è un sistema di servizio al popolo».

”

Il tempo non è molto, ma si può, si deve pretendere, con forza e da tutte le realtà politiche, un deciso cambio di rotta.

Una sanità pubblica e per tutti è un bene troppo prezioso per potervi rinunciare. Occorre prenderne consapevolezza quanto prima e agire perché torni a essere centrale, nel dibattito pubblico e nelle scelte di governo.



COSA CI DICE LA CARTA?

Il diritto alla Salute nelle diverse declinazioni

Mutamenti e trasformazioni nell'accesso alle cure

di Vincenzo Antonelli

La salute nella Costituzione repubblicana

La Costituzione repubblicana, a differenza dello Statuto Albertino, dedica alla "tutela della salute" un articolo specifico – nonostante in Assemblea costituente fosse emersa la volontà di tacere sul tema e di sopprimere l'art. 26 del progetto di Costituzione a essa dedicato – segnando in tal modo la rilevanza e la portata costituzionale del "problema sanitario" (S. Rossi), espressione di "un principio di libertà fondamentale" così come evidenziato nel dibattito in assemblea da Mario Merighi secondo il quale "la salute è il primo requisito essenziale per la libertà dell'individuo. Un individuo malato o minorato nelle sue capacità fisiche e intellettuali indubbiamente non è più un uomo libero".

La formulazione definitiva dell'art. 32 non solo segna l'incontro e la mediazione tra i diversi orientamenti politici e culturali presenti in Assemblea costituente, ma esprime il passaggio da una visione "ottocentesca" della tutela della salute, racchiusa

Art. 32 Cost.

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.



Vincenzo Antonelli

Professore associato di Diritto amministrativo presso l'Università degli studi dell'Aquila, componente del Consiglio scientifico dell'Istituto Bachelet.

nell'esigenza di "continuare" a promuovere la dimensione collettiva della salute a garantire le cure gratuite agli indigenti, a una sua visione "novecentesca", radicata sul "fondamentale diritto dell'individuo" e sulla volontarietà dei trattamenti sanitari, nonché sul "rispetto della persona umana". Se da un lato il costituente guarda al passato, all'igienismo e al paternalismo sanitario, dall'altro riesce a prospettare il futuro, incarnato dalle crescenti pretese individualistiche e libertarie (L. Carlassare). Ma è soprattutto la "congiunzione" della dimensione individuale della salute con quella collettiva che costituisce il lascito più fecondo. Il costituente non ha inteso segnare una cesura storica, culturale, sociale, normativa e amministrativa tra il passato e il futuro, un antagonismo e una conflittualità tra le due visioni, ma ha voluto far emergere l'unitarietà e la complessità del "problema sanitario", la necessità di una coniugazione, di una osmosi, di una integrazione tra le due facce del medesimo fenomeno e bene giuridico.





Tra i tanti contributi sul tema si rinvia a:

- R. Balduzzi, **Salute** (diritto alla), in *Dizionario di diritto pubblico*, S. Cassese (diretto da), Milano, 2006, VI, pp. 5393 ss.
- C.M. D'Arrigo, **Salute** (diritto alla), in *Enciclopedia del diritto*, Agg. V, Milano, 2001, pp. 1009 ss.
- Simoncini, E. Longo, **Articolo 32**, in *Commentario alla Costituzione*, R. Bifulco, A. Celotto, M. Olivetti (a cura di), 2006, III, pp. 656 ss.
- M. Luciani, (voce) Salute: I) **Diritto alla salute** (dir. cost.), in *Enciclopedia Giuridica*, XXXII, Roma, 1994
- Caravita di Toritto, **Art. 32**, in *Commentario breve alla Costituzione*, V. Crisafulli – L. Paladin (diretto da), Padova, 1990, pp. 221 ss.

LA TUTELA DELLA SALUTE COME DIRITTO INDIVIDUALE

La novità più rilevante è rappresentata dal riconoscimento costituzionale del diritto fondamentale alla tutela della salute, un diritto riferito allo "individuo", alla persona in quanto tale, a prescindere da ulteriori qualificazioni o status giuridici (a partire dalla cittadinanza), scelta coerente con la natura "sociale" e "libertaria" del diritto.

Un "diritto primario e fondamentale" che come più volte ribadito dalla Corte costituzionale «imponesse piena ed esaustiva tutela».

Questa tutela, tuttavia, si articola in situazioni giuridiche soggettive diverse in dipendenza della natura e del tipo di protezione che l'ordinamento costituzionale assicura al bene dell'integrità e dell'equilibrio fisici e psichici della persona umana in relazione ai rapporti giuridici cui in concreto inerisce (Corte costituzionale, 16 ottobre 1990, n. 445).

È pertanto possibile ricondurre alla tutela garantita dall'art. 32 della Costituzione una molteplicità di situazioni giuridiche soggettive che rappresentano le tante "facce" del "diritto alla salute" sempre più ricostruito quale insieme di diritti, libertà, obblighi e doveri: dal diritto alla protezione dell'integrità fisio-psichica al diritto a ricevere cure, dalla libertà di cura al diritto al consenso informato, dall'obbligo di sottoporsi ad alcuni trattamenti sanitari al dovere di non ledere la salute altrui.

La tutela della salute come diritto all'integrità fisio-psichica

Il contenuto proprio del diritto riconosciuto in Costituzione è costituito dalla tutela della salute fisica e/o psichica dell'individuo (Corte costituzionale, 10 giugno 2014, n. 162).

Risale al 1979 la prima affermazione da parte del giudice costituzionale della piena protezione costituzionale dell'integrità fisio-psichica della persona umana di fronte alle aggressioni o alle condotte comunque lesive dei terzi: "il diritto alla salute è un diritto erga omnes, immediatamente garantito dalla Costituzione e, come tale, direttamente tutelabile e azionabile dai soggetti legittimati nei confronti degli autori dei comportamenti illeciti" (Corte cost., 26 luglio 1979, n. 88).

L'inclusione tra le posizioni soggettive direttamente tutelate dalla Costituzione e la sussistenza dell'illecito, con conseguente obbligo della riparazione, in caso di violazione del diritto stesso hanno permesso alla successiva giurisprudenza di accordare tutela giuridica a un sempre più crescente numero di interessi e beni emergenti, come il diritto alla salubrità ambientale (F. Modugno) o quello alla tranquillità, legittimando una lettura della salute oltre la mera integrità fisio-psichica della persona e comprensiva della "vita di relazione", della "qualità della propria esistenza" (Corte cost., 11 luglio 2003, n. 233).

IL CARATTERE "FONDAMENTALE" DEL DIRITTO ALLA TUTELA DELLA SALUTE

Quello alla tutela della salute è l'unico caso in cui in Costituzione un diritto è qualificato espressamente come "fondamentale", aggettivazione che potrebbe alludere a una "primazia" o "intangibilità" dello stesso rispetto agli altri diritti e libertà ugualmente garantiti dalla Costituzione.

A tal riguardo il giudice costituzionale, chiamato a sindacare nel noto caso "ILVA" il bilanciamento tra alcuni diritti fondamentali tutelati dalla Costituzione, in particolare il diritto alla salute (art. 32 Cost.), da cui deriva il diritto all'ambiente salubre, e quello al lavoro (art. 4 Cost.) e la libertà di iniziativa economica (art. 41 Cost.), ha rilevato come non «non si può condividere l'assunto [...] secondo cui l'aggettivo "fondamentale", contenuto nell'art. 32 Cost.,



sarebbe rivelatore di un “carattere preminente” del diritto alla salute rispetto a tutti i diritti della persona. [...] La Costituzione italiana, come le altre Costituzioni democratiche e pluraliste contemporanee, richiede un continuo e vicendevole bilanciamento tra principi e diritti fondamentali, senza pretese di assolutezza per nessuno di essi. La qualificazione come “primari” dei valori dell’ambiente e della salute significa pertanto che gli stessi non possono essere sacrificati ad altri interessi, ancorché costituzionalmente tutelati, non già che gli stessi siano posti alla sommità di un ordine gerarchico assoluto. Il punto di equilibrio, proprio perché dinamico e non prefissato in anticipo, deve essere valutato – dal legislatore nella statuizione delle norme e dal giudice delle leggi in sede di controllo – secondo criteri di proporzionalità e di ragionevolezza, tali da non consentire un sacrificio del loro nucleo essenziale» (Corte costituzionale, 9 maggio 2013, n. 85). Secondo il medesimo giudice «tutti i diritti fondamentali tutelati dalla Costituzione si trovano in rapporto di integrazione reciproca e non è possibile pertanto individuare uno di essi che abbia la prevalenza assoluta sugli altri. La tutela deve essere sempre “sistemica e non frazionata in una serie di norme non coordinate e in potenziale conflitto tra loro”. Se così non fosse, si verificherebbe l’illimitata espansione di uno dei diritti, che diverrebbe “tiranno” nei confronti delle altre situazioni giuridiche costituzionalmente riconosciute e protette, che costituiscono, nel loro insieme, espressione della dignità della persona» (Corte costituzionale, 9 maggio 2013, n. 85).

Il carattere “fondamentale” del diritto comporta in particolare la necessità di garantire sempre e a

tutti un “nucleo irriducibile” di prestazioni sanitarie, anche (e soprattutto) nei confronti degli stranieri, “qualunque sia la loro posizione rispetto alle norme che regolano l’ingresso e il soggiorno nello Stato, pur potendo il legislatore prevedere diverse modalità di esercizio dello stesso” (Corte cost., 17 luglio 2001, n. 252).

LA TUTELA DELLA SALUTE COME LIBERTÀ

Pur se non espressamente qualificata dal testo costituzionale come libertà, la tutela della salute – anche in virtù del secondo comma dell’art. 32 che circoscrive l’obbligatorietà dei trattamenti sanitari ai soli casi fissati da disposizioni di legge – costituisce l’oggetto di un diritto di libertà: si tratta della “libertà di cura” che oscilla dalla libertà “negativa” di rifiutare i trattamenti sanitari (Corte Cost., 22 novembre 2019, n. 242) alla libertà “positiva” di decidere come, da chi e dove curarsi.

Una libertà, espressione di una più generale libertà di autodeterminazione (L. Chieffi; F. Pizzolato) ampiamente declinata nella legge n. 219 del 2017 e che trova nel diritto al consenso informato il suo necessario presupposto (Corte Cost., 23 dicembre 2008, n. 438).

A tal proposito, il giudice costituzionale ha voluto chiarire che il diritto alla libertà di scelta del medico e del luogo di cura se esercitato nell’ambito del servizio sanitario nazionale, così come ribadito dall’art. 19 della legge n. 833 del 1978, «non ha carattere assoluto, dovendo essere temperato con altri interessi costituzionalmente protetti, anche in considerazione dei limiti oggettivi derivanti dalle risorse finanziarie disponibili» (Corte Cost., 10 novembre 1982, n. 175).

LA TUTELA DELLA SALUTE COME DIRITTO SOCIALE

L'art. 32 della Costituzione non solo ha sancito la più ampia protezione giuridica del bene "salute" nelle sue molteplici e diversificate declinazioni, ma ha al contempo affidato ai poteri pubblici – evocati con l'espressione sintetica della "Repubblica" – il compito di assicurare in concreto la sua fruizione prefigurando in tal modo un diritto sociale a ricevere prestazioni sanitarie, e lasciando al legislatore ordinario la scelta sulle relative modalità attuative, organizzative e operative (Corte Cost., 16 ottobre 1990, n. 455).

Come ricorda il giudice costituzionale "in attuazione del principio del supremo interesse della collettività alla tutela della salute, consacrata come fondamentale diritto dell'individuo dall'art. 32 della Costituzione, l'infermo assurge [...] alla dignità di legittimo utente di un pubblico servizio, cui ha pieno e incondizionato diritto, e che gli vien reso, in adempimento di un inderogabile dovere di solidarietà umana e sociale, da apparati di personale e di attrezzature a ciò strumentalmente preordinati, e che in ciò trovano la loro stessa ragion d'essere" (Corte Cost., 24 maggio 1977, n. 103 e G. Pastori). La consacrazione costituzionale della natura "sociale" del diritto alla tutela della salute fu voluta dai costituenti quale conseguenza della piena affermazione del principio di uguaglianza sostanziale (art. 3, comma 2, Cost.).

Garantendo l'accesso alle prestazioni sanitarie, la Repubblica rimuove uno degli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del paese – e degli inderogabili doveri di solidarietà politica, economica e sociale (art. 2 Cost.) – e, attraverso l'organizzazione sanitaria pubblica, assicura la fruizione delle cure agli individui che altrimenti sarebbero sprovvisti di mezzi, ragion per cui possiamo affermare che l'organizzazione sanitaria è una forma di "solidarietà organizzata".

A fronte del riconoscimento della "necessaria" tutela della salute da parte della Repubblica la Carta costituzionale "si limita", invece, a garantire la gratuità delle cure "agli indigenti".

Nel dibattito in Assemblea costituente, sebbene fosse stato più volte affermato con forza che il nuovo carattere "fondamentale" del diritto alla tutela della salute comportasse anche quello di garantire a tutti il più ampio e gratuito accesso alle cure, si ritenne necessario ribadire espressamente la garanzia, riconosciuta allora dall'ordinamento, delle "cure gratuite agli indigenti", quale traguardo considerato in quel tempo irrinunciabile, scelta che non ha impedito successivamente di adeguare la valutazione sulla condizione di indigenza ai mutamenti sociali ed economici (Corte Cost., 16 luglio 1999, n. 309) e di ancorare la gratuità alle modalità di organizzazione del servizio sanitario nazionale (a prescindere dalla condizione di indigenza).

Considerato alla stregua di un diritto sociale, il diritto alla tutela della salute pone l'ineluttabile problema di cogliere la portata delle prestazioni di cui la persona ha diritto di godere.

A tal riguardo si è fatta strada la convinzione che il diritto alla salute sia "subordinato" all'ammontare delle risorse finanziarie pubbliche disponibili, e la conseguente configurazione quale diritto "finanziariamente condizionato".

Il giudice costituzionale si è preoccupato di chiarire che «al pari di ogni diritto a prestazioni positive, il diritto a ottenere trattamenti sanitari, essendo basato su norme costituzionali di carattere programmatico impositive di un determinato fine da raggiungere, è garantito a ogni persona come diritto costituzionalmente condizionato dall'attuazione che il legislatore ordinario ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti, tenuto conto dei limiti oggettivi che lo stesso legislatore incontra nella sua opera di attuazione in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone al momento» (Corte Cost., 16 ottobre 1990, n. 455). Tuttavia, il medesimo giudice, ha fatto riferimento alla dignità umana e alla intangibilità del contenuto essenziale del diritto fondamentale per fissare un limite alle scelte del legislatore: "le esigenze della finanza pubblica non possono assumere, nel bilanciamento del legislatore, un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana" (Corte Cost., 16 luglio 1999, n. 309).

Al contempo è stato chiarito che “una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo [il diritto alla prestazione sociale di natura fondamentale] non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali” (Corte Cost., 16 dicembre 2016, n. 275).

Inoltre, il diritto a ricevere cure trova un limite, ma allo stesso tempo anche una garanzia, nell’appropriatezza clinica delle stesse: non si ha il diritto di fruire di qualsiasi prestazione sanitaria, ma solo di quelle delle quali è stata accerta l’efficacia terapeutica (si vedano i casi “Di Bella” e “Stamina” rispettivamente trattati da Corte Cost., 26 maggio 1998, n. 185 e 5 dicembre 2014, n. 274). E a tal riguardo il giudice costituzionale ha spiegato che “salvo che entrino in gioco altri diritti o doveri costituzionali, non è, di norma, il legislatore a poter stabilire direttamente e specificamente quali siano le pratiche terapeutiche ammesse, con quali limiti e a quali condizioni. Poiché la pratica dell’arte medica si fonda sulle acquisizioni scientifiche e sperimentali, che sono in continua evoluzione, la regola di fondo in questa materia è costituita dalla autonomia e dalla responsabilità del medico che, sempre con il consenso del paziente, opera le scelte professionali basandosi sullo stato delle conoscenze a disposizione” (Corte Cost., 26 giugno 2002, n. 282).

LA TUTELA DELLA SALUTE COME INTERESSE PUBBLICO

Se certamente la novità più rilevante è rappresentata dal riconoscimento costituzionale del diritto individuale e fondamentale alla tutela della salute, tuttavia il costituente non trascurò di evidenziarne la dimensione “generale” e “collettiva”.

Nel testo approvato nella seduta del 24 aprile 1947 l’Assemblea costituente definisce la tutela della salute come «un generale interesse della collettività», che nella stesura definitiva, dopo il coordinamento da parte del Comitato di redazione prima della votazione finale in assemblea, diverrà semplicemente “interesse della collettività”.

La tutela della salute come interesse “generale” o “della collettività” è evocata (insieme alla sicurezza pubblica), in altre disposizioni costituzionali per limitare l’esercizio di alcune libertà: in virtù dell’art. 14 gli accertamenti e le ispezioni presso il domicilio “per motivi di sanità” sono regolati da leggi speciali, così come in base all’art. 16 la libertà di circolazione può essere limitata dalla legge in via generale “per motivi di sanità”. Da ultimo con la legge costituzionale n. 1 del 2022 la tutela della salute (insieme all’ambiente) è stata inclusa tra i limiti che incontra in virtù dell’art. 41 della Costituzione l’iniziativa economica privata (Corte Cost., 23 marzo 2018, n. 58). Condiviso è l’assunto che le richiamate norme costituzionali siano finalizzate a tutelare la salute “pubblica” anche quando la minaccia o la lesione derivi da “situazioni di carattere individuale” (Corte cost., 30 giugno 1963, n. 64; 6 febbraio 1991, n. 51; 19 luglio 1996, n. 264, e 29 gennaio 2005, n. 66).

La tutela della salute non si esaurisce, dunque, nella generale e comune pretesa dell’individuo a condizioni di vita, di ambiente e di lavoro che non pongano a rischio questo suo bene essenziale, ma comprende anche una molteplicità di obblighi imposti in virtù della convinzione che la salute dell’individuo costituisce anche interesse della collettività. È il caso, ad esempio, dell’obbligo di indossare il casco per la guida di motoveicoli o di utilizzare le cinture di sicurezza per la guida degli autoveicoli. Si tratta di prescrizioni dirette a prevenire i danni alle persone, il che costituisce in modo indubitabile interesse della collettività (Corte Cost. 16 maggio 1994, n. 180; ord. 18 febbraio 2009, n. 49).



unsplash.com | Jeremy Thomas

LA TUTELA DELLA SALUTE COME OBBLIGO

La dimensione "collettiva" della tutela della salute risulta sottesa anche al secondo comma del medesimo art. 32, laddove si prescrive che «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge», affermazione che comporta il necessario carattere volontario degli accertamenti e dei trattamenti sanitari come espressamente sancito dall'art. 33 della legge n. 833 del 1978.

L'attribuzione al legislatore della delimitazione dei casi di obbligatorietà dei trattamenti sanitari, oltre a porre una riserva di legge a garanzia del singolo, evoca dunque il carattere generale dell'interesse che dovrebbe essere perseguito con l'imposizione legale dell'obbligo, prospettiva che trova altresì conforto nella contestuale intimazione al legislatore del «rispetto della persona umana», configurato quest'ultimo quale vincolo e argine nei confronti dell'interesse generale di regola presupposto (anche se non sempre esclusivo) del trattamento sanitario obbligatorio.

Un argine che possiamo invocare rispetto a tutti gli accertamenti e trattamenti sanitari (e non solo a quelli obbligatori e/o coattivi) così come ci ricorda l'art.1 della legge n. 833 del 1978, che statuisce che "la tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana" (A. Pioggia).

Più volte il giudice costituzionale è intervenuto per chiarire le condizioni che rendono legittimo sul piano costituzionale l'imposizione legale di un accertamento e/o trattamento sanitario (Corte Cost., 12 marzo 2021, n. 37; 22 ottobre 2021, n. 198; 26 maggio 2022, n. 127; 9 febbraio 2023, nn. 14, 15 e 16): «Un trattamento sanitario può essere imposto solo nella previsione che esso non incida negativamente sullo stato di salute di colui che vi è assoggettato, salvo che per quelle sole conseguenze, che, per la loro temporaneità e scarsa entità, appaiano normali di ogni intervento sanitario, e pertanto tollerabili. Con riferimento, invece, all'ipotesi di ulteriore danno alla salute del soggetto sottoposto al trattamento obbligatorio – ivi compresa la



Si leggano:

- L. Chieffi, **Il diritto all'autodeterminazione terapeutica. Origine ed evoluzione di un valore costituzionale**, Torino, 2019;
- F. Pizzolato, **Autodeterminazione e relazionalità nella tutela della salute**, in *Corti Supreme e Salute*, 2018, n. 2, pp. 429 ss.
- A. Negroni, **Trattamenti sanitari obbligatori e tutela della salute individuale e collettiva**, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 2017;
- E. Cavasino, **Trattamenti sanitari obbligatori**, in *Dizionario di diritto pubblico*, S. Cassese (diretto da), VI, Milano, 2006, pp. 5961 ss.
- D. Morana, **La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici**, Milano, 2002, pp. 172 ss.
- L. Mezzetti – A. Zama, **Trattamenti sanitari obbligatori**, in *Digesto delle discipline pubblicistiche*, XV, Torino, 1999, pp. 337 ss.
- S. Rossi, **I principi del biodiritto in Assemblea costituente**, in *BioLaw Journal* – Rivista di BioDiritto, Special Issue 2/2019, pp. 5 ss.
- L. Carlassare, **L'art. 32 della Costituzione e il suo significato**, in *L'ordinamento sanitario*, I, L'Amministrazione sanitaria, Atti del Congresso celebrativo del centenario delle leggi amministrative di unificazione, R. Alessi (a cura di), Vicenza, 1967, pp. 111 ss.
- F. Modugno, **I "nuovi diritti" nella giurisprudenza costituzionale**, Torino, 1995, pp. 52 ss.
- L. Chieffi, **Il diritto all'autodeterminazione terapeutica. Origine ed evoluzione di un valore costituzionale**, Torino, 2019; F. Pizzolato, **Autodeterminazione e relazionalità nella tutela della salute**, in *Corti Supreme e Salute*, 2018, n. 2, pp. 429 ss.
- A. Pioggia, **Diritti umani e organizzazione sanitaria**, in *Rivista del Diritto della Sicurezza Sociale*, 2011.

malattia contratta per contagio causato da vaccinazione profilattica – il rilievo costituzionale della salute come interesse della collettività non è da solo sufficiente a giustificare la misura sanitaria. Tale rilievo esige che in nome di esso, e quindi della solidarietà verso gli altri, ciascuno possa essere obbligato, restando così legittimamente limitata la sua autodeterminazione, a un dato trattamento sanitario, anche se questo importi un rischio specifico, ma non postula il sacrificio della salute di ciascuno per la tutela della salute degli altri» (Corte Cost., 22 giugno 1990, n. 307). Pertanto, «la coesistenza tra la dimensione individuale e quella collettiva della disciplina costituzionale della salute nonché il dovere di solidarietà che lega il singolo alla collettività, ma anche la collettività al singolo, impongono che si predisponga, per quanti abbiano ricevuto un danno alla salute dall'aver ottemperato all'obbligo del trattamento sanitario, una specifica misura di sostegno consistente in un equo ristoro del danno. Un ristoro dovuto per il semplice fatto obiettivo e incolpevole dell'aver subito un pregiudizio non evitabile, in un'occasione dalla quale la collettività nel suo complesso trae un beneficio» (Corte Cost., 18 aprile 1996, n. 118). Ristoro che è stato riconosciuto anche nel caso di vaccinazioni semplicemente "raccomandate" (e dunque non obbligatorie) in virtù di una «sorta di cooperazione involontaria nella cura di un interesse obiettivamente comune, ossia autenticamente pubblico» (Corte Cost., 26 aprile 2012, n. 107).

LA TUTELA DELLA SALUTE COME DOVERE

Sebbene non sembri possibile indurre dalla carta costituzionale la sussistenza di un obbligo (giuridico) di "stare bene" ovvero di preservare e promuovere il proprio stato di salute – problematica affrontata durante il dibattito svolto in Assemblea costituente che portò al mancato inserimento in Costituzione di un «dovere di difendere la propria salute per il bene della collettività» ovvero «un dovere da parte del cittadino di collaborare con la collettività, nel senso di promuovere per se stesso tutti quei mezzi, tutte quelle iniziative che tendono a tutelare la sua stessa salute», il giudice costituzionale ha tuttavia sottolineato che la tutela della salute «implica e comprende il dovere dell'individuo di non ledere né porre a rischio con il proprio com-

portamento la salute altrui, in osservanza del principio generale che vede il diritto di ciascuno trovare un limite nel reciproco riconoscimento e nell'eguale protezione del coesistente diritto degli altri» (Corte Cost., 2 giugno 1994, n. 218). Un dovere che in ragione dell'interesse comune alla salute collettiva e dell'esigenza della preventiva protezione dei terzi può trasformarsi in obbligo legale nei confronti di quanti sono chiamati a svolgere determinate attività, nelle quali sussiste un serio rischio di contagio e di trasmissione in occasione e in ragione dell'esercizio delle attività stesse.

LA TUTELA DELLA SALUTE ATTRAVERSO IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

È solo con l'istituzione ad opera della legge n. 833 del 1978 del Servizio sanitario nazionale che si dà finalmente attuazione al dettato costituzionale (e viene superato l'ottocentesco sistema mutualistico volto a garantire l'assistenza sanitaria ai lavoratori e alle loro famiglie) e si realizza al contempo il connubio e l'unificazione delle due prospettive di tutela della salute: individuale e collettiva.

Tanto emerge sin dall'art. 1 che dopo aver affermato che «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale», configura il medesimo servizio quale «complesso delle funzioni, delle strutture e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio».

Un servizio pubblico, fondato sui principi di uguaglianza, universalità e globalità, che nel tempo – coerentemente con l'impronta autonomistica impressa dall'art. 5 della Costituzione al nostro sistema istituzionale e amministrativo – ha privilegiato un'organizzazione plurale e di prossimità, affidando la responsabilità dell'erogazione dei servizi sanitari, dopo la problematica esperienza comunale, a partire dal 1992 alle regioni. Scelta che oggi risulta coerente con l'assetto delle competenze legislative e amministrative delineato dalla legge costituzione n. 3 del 2001 che, nel riscrivere il titolo V della parte seconda della Costituzione, ha affidato la materia della "tutela della salute" alla compe-

tenza concorrente tra lo stato, che fissa i principi, e le regioni, chiamate ad attuarli, riservando al contempo alla legislazione statale la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, tra i quali sono ricompresi i livelli essenziali di assistenza sanitaria (oggi fissati mediante un'intesa tra stato e regioni), e lasciando alla competenza regionale la disciplina dell'organizzazione sanitaria regionale.

I NUOVI ORIZZONTI PER LA TUTELA DELLA SALUTE

Tra gli effetti prodotti dalla pandemia da Covid-19 possiamo certamente includere quello di aver riportato al centro del dibattito pubblico la tutela costituzionale della salute, di aver fatto "riscoprire" l'art. 32 della Costituzione, di averci costretto a un confronto con le parole che la Costituzione repubblicana dedica alla salute.

E la rilettura del testo costituzionale ha riproposto vecchi interrogativi e ha delineato nuovi orizzonti. In primo luogo, la pandemia ha fatto (ri)emergere con forza la dimensione collettiva della tutela della salute. Se da un lato ha messo in pericolo non solo la salute del singolo o di alcuni, ma dell'intera collettività, dall'altro ha imposto interventi che coinvolgono la comunità nella sua totalità.

La comunità ha così (ri)scoperto la portata collettiva della salute – la salute del singolo finisce per dipendere dalla salute dei tanti – e allo stesso tempo l'intimo legame tra la responsabilità personale e la reciproca solidarietà. Una solidarietà che si concretizza non solo nella capacità dell'organizzazione sanitaria di garantire cure tempestive e adeguate a tutti, ma soprattutto nell'adozione di comportamenti responsabili e nell'apporto positivo da parte di tutti. Allo stesso tempo sono affiorati ritardi, mancanze, inefficienze, e, più in generale, l'impreparazione del sistema sanitario, sia a prevedere il fenomeno pandemico, sia a garantire una tempestiva reazione rispetto all'emergenza sanitaria, le cui cause possono essere rinvenute nel predominante orientamento del sistema sanitario a rispondere al bisogno individuale di salute e di conseguenza ad organizzare ed erogare prestazioni individuali soprattutto in ambito ospedaliero.

In secondo luogo, la pandemia ci ha costretti a ri-

scoprire la prospettiva "doverosa" della tutela della salute. È la dimensione naturalmente relazionale della salute collettiva che ci consegna la salute come contenuto non solo di un diritto, ma anche di un "dovere", di un «dovere di solidarietà che lega il singolo alla collettività, ma anche la collettività al singolo». Una prospettiva, quella solidale, destinata a coinvolgere non solo i singoli, ma anche gli attori pubblici operanti ai diversi livelli di governo e di amministrazione. Una solidarietà che sul piano istituzionale e amministrativo si declina in leale collaborazione, cooperazione e integrazione delle politiche pubbliche e degli interventi amministrativi finalizzati alla "tutela" della salute, nonché nel necessario concorso dei privati.

In terzo luogo, la pandemia ci ha mostrato una salute "globalizzata", sempre più dipendente dalle interconnessioni tra le popolazioni del pianeta e dalla interazione tra esseri umani, animali, ambiente e alimentazione secondo il nuovo paradigma della "one health".

In quarto luogo, la pandemia ha evidenziato la "centralità" del territorio, sia perché l'ambiente urbano ha favorito maggiormente la diffusione dell'infezione, sia perché la risposta più efficace è stata rinvenuta nella "sanità di prossimità", nell'assistenza territoriale e in quella domiciliare.

In quinto luogo, la pandemia ha toccato l'intimo legame tra tutela della salute e tutela della dignità della persona. La situazione emergenziale non solo ha moltiplicato le possibilità di violazione della dignità della persona umana nelle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie, ma ha fatto emergere profonde disuguaglianze sociali e territoriali in relazione all'accesso e alla qualità delle prestazioni sanitarie.

Infine, non possiamo dimenticare quella che è stata un'emergenza nell'emergenza, ovvero la necessità di assicurare cure tempestive ai più deboli, ai più vulnerabili, agli ultimi: i senza tetto, gli anziani, i diversamente abili, le persone non autosufficienti, i malati psichiatrici, i carcerati, i migranti, i malati terminali o gli immunodepressi. Un'emergenza che travalica i confini temporali della pandemia e che ci chiama a prevenire e contrastare il diffondersi di una cultura dello "scarto" e a farci promotori e custodi della dignità delle persone, soprattutto dei più fragili, assicurando a tutti adeguate prestazioni sanitarie.

DALLE PAROLE... ALLA PAROLA

Un nuovo approccio possibile alla Salute Dalla cura della malattia alla cura del malato

di Andrea Casavecchia

Lc 8, 42b-48

Durante il cammino, le folle gli si accalcavano attorno. Una donna, che soffriva di emorragia da dodici anni, e che nessuno era riuscito a guarire, gli si avvicinò alle spalle e gli toccò il lembo del mantello e subito il flusso di sangue si arrestò. Gesù disse: «Chi mi ha toccato?». Mentre tutti negavano, Pietro disse: «Maestro, la folla ti stringe da ogni parte e ti schiaccia». Ma Gesù disse: «Qualcuno mi ha toccato. Ho sentito che una forza è uscita da me». Allora la donna, vedendo che non poteva rimanere nascosta, si fece avanti tremando e, gettatasi ai suoi piedi, dichiarò davanti a tutto il popolo il motivo per cui l'aveva toccato, e come era stata subito guarita. Egli le disse: «Figlia, la tua fede ti ha salvata, va' in pace!».

Una guarigione rubata

L'episodio dell'emorroissa, che nei vangeli si colloca nella narrazione di un altro episodio, – la guarigione della figlia di Giairo – può aiutarci a leggere e meditare sul tema della salute. Sulle modalità con cui oggi affrontiamo la malattia e anche sulle modalità con cui offriamo percorsi di cura.

Attrae immediatamente l'atteggiamento furtivo della donna malata. Lei si avvicina alle spalle di Gesù, ha paura di presentarsi, si nasconde nell'anonimato della folla per cercare la guarigione senza nessun clamore.

Ci sono diverse sensazioni nella donna che si possono intercettare dal brano. La prima è la sofferenza, caratteristica peculiare della malattia. Un dolore



Andrea Casavecchia

Professore Associato di Sociologia dei processi culturali e comunicativi presso l'Università Roma Tre.

che nasce dentro di noi e stravolge le nostre potenzialità fisiche. Questa è una prima dimensione dell'essere malati. Dal momento in cui ce ne accorgiamo, non siamo più noi stessi. Non riusciamo più a comportarci allo stesso modo, rompiamo le nostre routine, ci scopriamo fragili. Inoltre, il testo ci spiega che la sofferenza della donna descritta nel brano è prolungata: "dodici anni". Quando la malattia diventa cronica, l'impatto può essere devastante a livello fisico, psichico e sociale. Il dolore, più o meno costante, più o meno ripetuto, ci ricorda che abbiamo un continuo bisogno di cure, che la nostra autonomia e la nostra indipendenza sono colpite e vengono lentamente corrose, che pian piano avremo bisogno di fidarci e affidarci a qualcun altro che non sempre conosciamo.

Una seconda sensazione che ricaviamo dal brano è la delusione della fiducia riposta negli altri. "Nessuno era riuscito" a guarirla. Nel Vangelo di Marco (5,26) scopriamo che lei aveva speso tutti i suoi averi per pagare medici "senza alcun vantaggio, anzi peggiorando".

Così comprendiamo un altro elemento per delineare la figura della malata: lei era diventata povera. Donna, povera, malata, sola avrebbe

tutte le carte in regola per essere ascoltata e accolta da Gesù, allora perché rubare la guarigione? La donna è un'emorroissa. La sua malattia le procura perdite di sangue. Il suo continuo contatto con il sangue, la porta a essere impura secondo le leggi del suo popolo. Avvicinandosi alle altre persone della comunità, toccando qualcun altro, lo conta-

Gesù non evita la sofferenza dell'emorroissa.

gerebbe, lo renderebbe peccatore. La soluzione ipotizzata dalla donna è la più semplice, perché nel nascondimento della folla immagina di non voler esporre Gesù alla compromissione con il suo peccato. Gesù non accetta la scorciatoia. Lui si ferma e chiede: «Chi mi ha toccato?». Gesù non evita la sofferenza di quella persona.

Questo comportamento rivoluziona il nostro atteggiamento e il nostro modo di pensare. Noi saremmo stati soddisfatti dalla risposta al bisogno.

Recuperare la condizione di salute, gettare alle spalle questa esperienza, seppellire sofferenze e dolore. Ma la guarigione completa richiede di sanare tutte le dimensioni: quella fisica, quella

psichica, quella sociale. Gesù con quella richiesta chiede di fermarci a osservare cosa è cambiato in noi, cosa significa la trasformazione per il nostro futuro. Gesù ridona alla donna una relazione: “figlia”, le riconosce la sua fede – riconosce così il suo spazio all’interno del popolo di Israele, e la invita a tornare a vivere, a guardare verso un orizzonte nuovo.

La malattia come stigma

L’emorroissa vive come un’emarginata, un’esclusa. Con la sua malattia è iniziato un processo di stigmatizzazione. Lei riassume in sé le tre tipologie descritte dal sociologo canadese Erving Goffman: c’è un problema fisico che le impedisce di sentirsi come gli altri e di entrare in relazione con naturalezza con loro, c’è un’imperfezione che indica una distanza dalla norma statistica della popolazione che consolida le nostre abitudini. Questo allontanamento alimenta il giudizio delle persone che le sono intorno. Infine, ci sono una cultura e una tradizione religiosa che isolano la donna, la emarginano e la condannano. Dopo dodici anni, lei è completamente vulnerabile. La sua malattia fisica è divenuta anche sociale e psicologica. Gli inglesi distinguono tra *illness*, che riguarda il punto di vista della persona malata, *disease*, che riguarda il punto di vista del curante, e *sickness*, che offre la modalità con la quale la società percepisce il malato. La guarigione di Gesù, allora, non può limitarsi



La guarigione completa richiede di sanare tutte le dimensioni quella fisica, quella psichica, quella sociale.



alla cura del suo corpo, l’azione deve ritessere la fiducia della donna con se stessa e recuperare la sua relazione con gli altri. Lei ha bisogno di essere riconosciuta dalla comunità. C’è una forza ulteriore in Gesù quella che combatte e sconfigge lo stigma. Anche oggi la malattia è vissuta come uno stigma. Essere malati diventa una vergogna in una so-

cietà efficiente, ipercompetitiva e narcisista che chiede a ognuno di noi di essere al massimo, di essere produttivi, di essere belli e in forma per apparire vincenti. La malattia è il caterpillar che demolisce il mito dell’autosufficienza indipendente e richiede di sostituire la competizione con la collaborazione; la malattia indebolisce e trasforma l’aspetto fisi-

co, ci invita a sostituire l’autocompiacimento con l’esigenza del riconoscimento dell’altro; la malattia rende improduttivi e costringe di sostituire l’attivo esasperato con la ricerca di aiuto.

Nell’esperienza della malattia siamo segnati da un limite contro il quale sbattiamo la faccia. Conosciamo la sconfitta che nella totale impreparazione rischia di lasciarci sprofondare nella disperazione e chiudere ognuno nella solitudine. Impigionati in questo circolo vizioso si finisce per “contagiare” le persone che sono vicine: i parenti, gli amici che provano la loro impotenza. Arriva l’allontanamento, la ricerca di non essere un peso, la mancanza di stimoli per andare avanti, per continuare a vivere nella sofferenza, fino alla tentazione dell’annientamento.

Per superare lo stigma occorre costruire un percorso pedagogico della sofferenza.



Essere malati diventa una vergogna in una società efficiente, ipercompetitiva e narcisista che chiede a ognuno di noi di essere al massimo, di essere produttivi, di essere belli e in forma per apparire vincenti. La malattia è il caterpillar che demolisce il mito dell’autosufficienza indipendente e richiede di sostituire la competizione con la collaborazione.



Abbiamo bisogno di recuperare il senso. Il punto di partenza si può ricavare dalle parole di san Giovanni Paolo II nella sua lettera apostolica *Salvifici Doloris* (n. 13):



«Per poter percepire la vera risposta al “perché” della sofferenza, dobbiamo volgere il nostro sguardo verso la rivelazione dell’amore divino, fonte ultima del senso di tutto ciò che esiste. L’amore è anche la fonte più ricca del senso della sofferenza, che rimane sempre un mistero: siamo consapevoli dell’insufficienza e inadeguatezza delle nostre spiegazioni. Cristo ci fa entrare nel mistero e ci fa scoprire il “perché” della sofferenza, in quanto siamo capaci di comprendere la sublimità dell’amore divino. Per ritrovare il senso profondo della sofferenza, seguendo la Parola rivelata di Dio, bisogna aprirsi largamente verso il soggetto umano nella sua molteplice potenzialità. Bisogna, soprattutto, accogliere la luce della Rivelazione non soltanto in quanto essa esprime l’ordine trascendente della giustizia, ma in quanto illumina questo ordine con l’amore, quale sorgente definitiva di tutto ciò che esiste. L’Amore è anche la sorgente più piena della risposta all’interrogativo sul senso della sofferenza. Questa risposta è stata data da Dio all’uomo nella Croce di Gesù Cristo».



Per superare lo stigma della malattia aiuta anche lo stile della relazione. Sono così importanti le parole di papa Francesco quando segnala la medicina delle cure, la capacità di avvicinarsi all’altro, alle sue ferite e la forza di stare vicino a lui, di toccarlo, di esprimere gesti di tenerezza, che incoraggiano:



«La medicina più importante che soltanto una famiglia può dare: le cure! È una medicina troppo costosa, perché, per averla, per poterla fare, tu devi mettercela tutta, metterci tutto il cuore, tutto l’amore. E da voi ci sono le cure! Le cure dei medici, degli infermieri, della direttrice, di tutti» (Francesco, 11 aprile 2017).



Come evidenzia padre Francesco Occhetta sj: «L’affettoterapia, di cui parla il papa, ispira al “Bambino Gesù” una cura che non si limita al letto dell’ospedale, ma comprende il “prima” della prevenzione e il “dopo” dell’assistenza domiciliare, per non lasciare sole le famiglie, E conclude il suo saluto, indicando la dimensione della testimonianza che il Bambino Gesù ha il compito di offrire al mondo» (F. Occhetta).

Umanizzare la cura

«Figlia la tua fede ti ha salvato»: Gesù personalizza la relazione di cura. Siamo invitati a vedere il percorso terapeutico all’interno di un processo complesso che integra e amplia l’approccio clinico. La pratica di umanizzazione delle cure è riconosciuta anche a livello giuridico con il d.lgs. n. 502/1992 che richiede l’adeguamento delle strutture e delle prestazioni alle esigenze dei cittadini per personalizzare e “umanizzare” l’assistenza, tra l’altro (Caracci, G., Di Stanislao, F., S. Carzaniga).

La scienza ci insegna che è tutta la persona a dover essere curata. Questo richiede un processo di cura che presta attenzione alla specificità di ognuno attraverso l’accoglienza, l’accompagnamento, la trasparenza delle informazioni, la costruzione



La scienza ci insegna che è tutta la persona a dover essere curata.



di reti di sostegno. Spesso occorre anche passare da una logica della guarigione a una della cura. «Le trasformazioni scientifiche e sociali richiedono una consapevolezza nuova... Da un lato, va preso atto che i preziosi risultati della ricerca scientifica, che comportano tanti successi, hanno anche contribuito a trasformare malattie acute in malattie croniche; dall'altro, occorre considerare che si assiste all'incremento di patologie condizionate dagli ambienti, da stili di vita e di comportamento. Le trasformazioni e le loro conseguenze riportano all'attualità il concetto di curabilità come alternativa alla guarigione per una serie sempre più ampia di pazienti» (A. Casavecchia).

Umanizzare la cura significa uscire dal perimetro che delimita il raggio d'azione degli ospedali e degli specialisti per andare dentro uno spazio comunitario, nel quale vivono il malato e i suoi cari.

Integrare giustizia e misericordia

Oggi, essere curati dovrebbe essere un diritto garantito per tutti i cittadini in Italia. Garantito dal dettato costituzionale (art. 32) e dalla legge di riforma sanitaria, la n. 833 del 1978. Una legge che ha trasformato un diritto che finiva per essere esercitato dai lavoratori e loro familiari con il sistema delle mutue a tutti i cittadini come espresse la Ministra della salute Tina Anselmi «poco prima dell'approvazione finale della legge riprendo i tratti descrittivi del nuovo sistema: "Globalità delle prestazioni, universalità dei destinatari, eguaglianza dei trattamenti, rispetto della dignità e della libertà della persona"» (R. Balduzzi).

Purtroppo, spesso, è sufficiente entrare nella sala d'attesa di un pronto soccorso per constatare la realtà di un servizio incapace di offrire risposte adeguate alla domanda della cittadinanza. Il contrasto tra il clima caotico di quegli spazi e l'ordine di una clinica privata salta agli occhi con evidenza. Quanti si possono permettere assicurazioni private e cure specializzate riescono a ricevere servizi e attenzioni migliori.

Così, attraverso il mercato, rientra dalla finestra il trattamento disuguale che si era voluto far uscire dalla porta del diritto.

Eppure, il diritto alla salute è riconosciuto come uno dei pilastri di un sistema di giustizia sociale.

Il processo di umanizzazione delle cure sposta l'asse su cui ruota l'azione dall'intervento clinico che chiede l'individuazione delle terapie più efficaci per risolvere lo specifico malessere a un percorso terapeutico che prende in carico tutta la persona nella sua complessità e chiede di investire nell'interazione tra tutte le persone coinvolte.

La pratica della misericordia riesce ad andare oltre i principi di giustizia sociale che non sono poi concretizzati nella realtà. Nella cura alla dimensione della giustizia che chiede di non abbandonare, né emarginare, coloro i quali sono nella fragilità e nella vulnerabilità fisica e psichica si aggiunge la dimensione della misericordia, che richiede il riconoscimento dell'altro come persona che mi interessa. Walter Kasper spiega: «Perciò nel caso della misericordia si tratta di qualcosa di più della giustizia; si tratta di prestare attenzione e di essere sensibili verso la miseria che concretamente incontriamo. Si tratta di superare l'autoreferenzialità, che rende sordi e ciechi nei confronti dei bisogni corporali e spirituali degli altri. Si tratta di spezzare l'indurimento del cuore verso la chiamata che Dio ci rivolge quando incontriamo la misericordia di altre persone».

Per consultare i documenti citati:



Salvifici doloris

R. Balduzzi, *La donna a cui si deve il SSN*



- G. Caracci, F. Di Stanislao, S. Carzaniga, **Il monitoraggio da parte dei cittadini della qualità dell'assistenza ospedaliera. Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute**, XII n 32. Roma: ASSR 2013
- A. Casavecchia, **L'ospedale dei bambini. 1869-2019 Una storia che guarda al futuro**, Rizzoli, Milano 2020.
- E. Goffman, **Stigma**, Bontempi, Milano 2020.
- W. Kasper, **Misericordia concetto fondamentale del Vangelo-chiave della vita cristiana**, Queriniana, Brescia 2015.
- F. Occhetta, **L'Ospedale Bambino Gesù**, in «La Civiltà Cattolica», Quaderno n. 4012, v. 1: pp. 37-47, 2018.

FOCUS E INTERROGATIVI

a cura di Annalisa Gurrieri
e Vito Longo

1. **Diritto alla Salute**

Salvare il SSN per salvare noi stessi

2. **Il "welfare sanitario"**

Quale welfare per una buona sanità

3. **Le strutture**

Abitare i "luoghi della cura"



Diritto alla Salute

*Salvare il SSN
per salvare noi stessi*

“ La credibilità di un sistema sanitario non si misura solo per l'efficienza, ma soprattutto per l'attenzione e l'amore verso le persone, la cui vita sempre è sacra e inviolabile. (Francesco) ”

PRO-VOCAZIONE



▶ **Fondazione Italia in Salute, Tina Anselmi, una vita per la Repubblica – La sanità servizio nazionale**

PER RIFLETTERE

Cos'è il servizio sanitario nazionale?

Il Servizio sanitario nazionale (SSN) è un sistema di strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art. 32 della Costituzione (Definizione del Ministero della Salute).

Quando nasce?

Il 23 dicembre 1978 viene approvata la Legge 833, che istituisce il SSN e sopprime il sistema mutualistico esistente. Questa riforma, tenacemente perseguita dall'allora ministra della sanità Tina Anselmi, risponde a un'idea di salute come diritto della persona e bene della comunità e disegna un modello di sanità universalistico e solidale, finanziato attraverso la fiscalità generale, che garantisce a tutti, anche a chi non ha cittadinanza italiana, le cure necessarie.

Con quali scopi?

Nel sito del Ministero della Salute sono indicati i principi che devono orientare il Servizio sanitario nazionale, qui riportati in sintesi:

- ▶ **Universalità** = garantire le cure appropriate a tutta la popolazione, senza distinzioni e in modo uniforme su tutto il territorio nazionale
- ▶ **Uguaglianza** = nessuno deve essere discriminato in base al reddito o alla condizione sociale nell'accesso alle prestazioni sanitarie
- ▶ **Equità** = garantire a tutti la stessa qualità, efficacia e appropriatezza dei servizi e delle prestazioni sanitarie
- ▶ **Centralità della persona** = diritto del paziente di essere preso in carico per tutto il percorso terapeutico, diritto alle informazioni e alla riservatezza sul proprio stato di salute.

Se la salute non ha prezzo la sanità ha comunque un costo. La forza del SSN sta nel principio di solidarietà, secondo il quale ciascuno finanzia secondo le proprie possibilità con le tasse il sistema salute e riceve al momento del bisogno le terapie più appropriate. Le cure oncologiche, i trapianti e gli interventi chirurgici complessi e moltissime altre prestazioni hanno costi molto elevati, difficilmente accessibili alla maggior parte della popolazione. Per averne un'idea basta guardare l'immagine postata dal professor Burioni sul suo profilo Twitter col prezzo di un farmaco oncologico che dovrebbe pagare il paziente, se non fosse coperto dal Servizio sanitario nazionale.

Qual è la situazione attuale?

Oggi lo stato di salute del SSN non è dei migliori. La pandemia da Covid-19 ha acuito problemi già esistenti e nei due anni di lockdown e di misure restrittive, sono emersi in maniera abbastanza evidente gravi ritardi e lacune strutturali.

All'origine di questa difficile situazione vi sono diverse cause, alcune di lunga data. Le principali riguardano:

- le risorse;
- il personale;
- lo smantellamento della medicina territoriale.

Questi fattori hanno determinato nel corso del tempo:

- lunghe liste d'attesa;
- forte espansione della sanità privata a scapito di quella pubblica;
- fuga dei cervelli che colpisce in maniera particolare il settore medico, dato che i giovani laureati, spesso, vanno all'estero, attratti da stipendi più alti e da migliori condizioni generali di lavoro;
- aumento dei fondi sanitari assicurativi, sostitutivi del SSN.

Le risorse

Tra i paesi OCSE l'Italia spende nella sanità pubblica meno di altre nazioni europee e siamo ultimi nel G7. Con il 6,8% in rapporto al Pil il nostro paese si trova sotto a tredici paesi europei, con una differenza che va dal +4% della Germania (10,9% del Pil) ai +0,3 dell'Islanda (7,1%).

Da anni il finanziamento della sanità risulta del tutto inadeguato ai bisogni di salute della popolazione. Anche l'ultima legge di Bilancio non ha invertito la rotta e le aziende sanitarie dovranno garantire servizi e prestazioni con risorse inferiori, a fronte di una crescente domanda di salute soprattutto da parte di una popolazione anziana in crescita.

Ma sono stati rimodulati e ridotti anche i fondi destinati agli investimenti e alla riqualificazione edilizia. Secondo la Corte dei conti dal capitolo sanità del PNRR sono stati tagliati 1.200 milioni (*Corte dei conti, Relazione al Parlamento sulla gestione dei servizi sanitari regionali*).

La carenza di risorse e l'insoddisfazione degli utenti vengono usati per affermare che il SSN non è più sostenibile. Sono i sostenitori dell'ingresso massic-

cio dei Fondi sanitari, assicurativi e di categoria, presentati come il secondo pilastro del sistema. In realtà la creazione di un doppio binario di finanziamento, fiscalità più assicurazioni, finisce per minare l'equità del sistema e snatura il carattere universalistico e solidale del SSN.

Il personale

Nella sanità il personale rappresenta il valore aggiunto, senza non si garantisce l'assistenza necessaria. Eppure, da anni si registra una colpevole disattenzione e la carenza di personale è ormai un dato strutturale. Le risorse destinate al personale dipendente ha subito un drastico crollo passando dal 34% del 2006 a meno del 30% nel 2021.

Il blocco delle assunzioni è stato attuato introducendo nel 2005 tetti di spesa per il personale del SSN, solo parzialmente rivisti nel 2019.

Sulla carenza di medici pesa la cattiva programmazione degli accessi all'università, la scarsa attrattiva di alcune specializzazioni fondamentali (radioterapia, medicina d'urgenza, anestesia e rianimazione, medicina di comunità), i bassi stipendi rispetto agli altri paesi e la ridotta progressione di carriera: in dieci anni i direttori di Struttura complessa si sono ridotti del 31,5% quelli di Struttura semplice del 44%.

Tutti ciò ha innescato il fenomeno della fuga all'estero. Secondo l'Ordine dei medici, tra il 2019 e il 2023, trentanovemila medici sono andati all'estero dei quali ben undicimila soltanto dal 2022 al 2023, attirati da migliori condizioni di lavoro e stipendi notevolmente più alti.

La crisi appare più grave per gli infermieri, l'altro grande comparto del personale sanitario. Se la media europea di infermieri rispetto alla popolazione è di 8.3 x 1.000 abitanti, in Italia ci si attesta a soli 6.3 infermieri x 1000 abitanti.

Per eguagliare il numero di infermieri della Francia e Germania bisognerebbe assumerne rispettivamente 219.000 e 439.000.

Le cause sono le stesse che provocano la carenza di medici: blocco delle assunzioni, scarsa pianificazione della formazione, stipendi bassi. E come per i medici si registra anche in questo comparto un forte esodo all'estero: pari a oltre diciottomila unità nel triennio 2019-2021, e secondo la Federazione degli ordini degli infermieri solo nel 2023 ci sono state 6000 cancellazioni.

A completare questo quadro la crisi che investe la medicina territoriale, con medici di medicina generale e pediatri di famiglia sempre più in affanno, costretti, spesso, a rimandare di qualche anno il pensionamento per sopperire al mancato ingresso di nuovi professionisti.

Alcuni dati

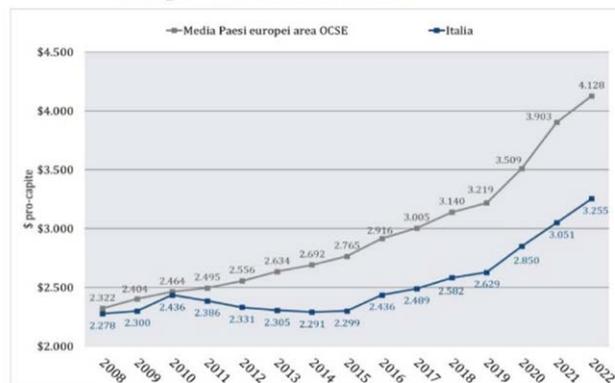
Anche il Rapporto CENSIS conferma, numeri alla mano, le criticità del sistema sanitario e più in generale della situazione sociale in Italia.

Per approfondire a riguardo:

«Tra il 2012 e il 2019 la spesa sanitaria pubblica in rapporto al Pil è passata dal 6,7% al 6,4%, nel 2020 del Covid è salita al 7,4% e poi è scesa di nuovo al 6,7% nel 2022. Dal confronto internazionale emerge che nel periodo 2012-2019 in Italia la spesa sanitaria pubblica ha registrato un -0,4%, in Francia un +15,0%, in Germania un +16,4% e in Spagna un +7,7%. Negli anni 2019-2021, per effetto della pandemia, in Italia si è registrato un +6,7%, in Francia un +8,8%, in Germania un +16,6% e in Spagna un +13,5%.

Secondo la NadeF, nei prossimi anni la spesa sanitaria pubblica italiana in rapporto al Pil diminuirà fino al 6,1% nel 2026. Insomma, risorse pubbliche per il Servizio sanitario nazionale declinanti nel tempo e strutturalmente inferiori a quelle di paesi simili al nostro. Un altro fronte critico è lo shortage del personale sanitario. Il tasso di turnover (il rapporto tra assunti e cessati in un anno) è pari a 90 per i medici e a 95 per gli infermieri. Data la elevata età media, si stima che tra il 2022 e il 2027 andranno in pensione 29.000 medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale e 21.000 infermieri. Sono numeri che confermano una fragilità che potrebbe determinare in futuro costi sociali elevati».

Trend spesa pubblica pro-capite 2008-2022: media paesi europei area OCSE vs Italia



L'allarme di GIMBE

È proprio la fondazione GIMBE, molto attiva come "sentinella di sorveglianza" durante la fase acuta del contagio da Covid-19, a lanciare l'allarme e ad attivarsi in prima linea a garanzia della permanenza del carattere pubblico del Servizio sanitario: raccolta firme, appelli, convegni, manifestazioni di piazza, l'impegno di Nino Cartabellotta, presidente della fondazione, è pieno e ad ampio raggio. GIMBE, infatti, oltre a segnalare le gravi difficoltà, prova anche a fornire al governo centrale spunti di riforma utili, se non a risolvere, almeno a tamponare la situazione attuale, provando, nel contempo, a stimolare l'avvio di un percorso virtuoso di riforme.

CONTENUTO PER GLI ABBONATI

Nino Cartabellotta:
"La falla più grande della sanità è sul personale, bisogna rendere più attrattiva la professione"

di Linda Varlese



Prospettive e rischi futuri

Il costante razionamento delle risorse pubbliche, sia quelle destinate alla spesa corrente che quelle necessarie agli investimenti, e le recenti misure adottate dal governo a favore dei gruppi privati, accreditati e no, hanno impresso una forte accelerazione al processo di privatizzazione di tutto il comparto della salute.

Basta guardare l'aumento della spesa privata delle famiglie; l'incremento di fondi sanitari assicurativi

in competizione e sostitutivi rispetto alle prestazioni garantite dal SSN; la fuga del personale, medico e infermieristico, dagli ospedali pubblici.

La proposta di legge Calderoli sull'autonomia differenziata pone ulteriori problemi e rischia di aggravare le criticità di un sistema che non appare più capace di garantire effettivamente l'esercizio del diritto alla salute, secondo quanto previsto dall'art. 32 della Costituzione.

Gli ampi poteri concessi a ciascuna regione, sia su ticket e tariffe che su personale e governance delle aziende, rischiano di allargare ulteriormente il divario tra l'Italia settentrionale e quella meridionale. Potrebbe essere sempre più difficile garantire agli abitanti di Calabria, Puglia, Sicilia e regioni vicine, lo stesso standard di cure e servizi erogati in Veneto, Lombardia o Emilia-Romagna.



**N. Colaianni, Autonomia differenziata:
ovvero privilegiata**

Nel suo rapporto dell'ottobre 2023 la Fondazione Gimbe ha definito "frattura strutturale" quella tra Nord e Sud quanto all'adempimento dei livelli essenziali di assistenza. Nel decennio 2010-2019, tutte le regioni settentrionali (più le Marche e l'Umbria, centrali) si sono collocate nella parte alta della classifica, quelle centromeridionali nella parte bas-

sa (tutte in piano di rientro, Calabria e Molise commissariate).

La mobilità sanitaria passiva interregionale verso il nord ha fatto registrare per 13 regioni, quasi tutte del centro-sud, un saldo negativo pari a 14 miliardi di euro e tra i primi quattro posti per saldo positivo si trovano le tre regioni (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna) che hanno firmato le pre-intese con lo Stato. In esse nel 2020 s'è concentrato il 94,1 per cento della mobilità attiva ammontante a 3,33 miliardi di euro, per l'83,4 per cento a spese delle regioni meridionali (più Lazio e Abruzzo).

La conclusione è che "il regionalismo differenziato non potrà mai ridurre le disuguaglianze, perché renderà le regioni del Centro-Sud – che avranno sempre meno risorse per riqualificare i loro servizi – "clienti" dei servizi prodotti dalle regioni del Nord".

Analoga è la disuguaglianza sul piano dei servizi sociali (assistenza a minori, disabili, anziani ecc.). Come risulta dal rapporto 2023 dell'apposito Osservatorio del CNEL il divario tra nord e sud è andato accentuandosi tra il 2015 e il 2019: la spesa media pro capite in Italia è di 124 euro ma nel nord-est arriva a 177 mentre al sud scende a 58, con il punto più basso di 22 in Calabria. Quanto alle province: a Bologna risulta di 246 euro mentre a Vibo Valentia di 6 euro.

Si può affermare ancora oggi che il SSN si orienti concretamente secondo i principi (fondamentali e organizzativi) sulla base dei quali è stato fondato?

Quale è lo stato della sanità pubblica sul tuo territorio? Quali sono le maggiori criticità? Quali le eccellenze da promuovere e valorizzare?

Quali interventi sono necessari per migliorare il nostro SSN?

Quali soluzioni potrebbero essere adottate per arginare i fenomeni (fuga all'estero, carenza di risorse ecc...) che determinano una carenza di personale in ambito sanitario?



Ministero della Salute

Resoconto, 24 luglio 2019

Marco Geddes, La sanità pubblica e la concorrenza degli altri due pilastri

Rapporto CENSIS 2023

Riforma dell'Assistenza territoriale

Rapporto sullo stato sociale 2019

Il 79% degli italiani molto preoccupato di non poter più contare sul SSN.

Il Rapporto Censis sulla situazione sociale del paese

L. Varlese, Nino Cartabellotta: "La falla più grande della sanità è sul personale, bisogna rendere più attrattiva la professione"

R. Bindi, N. Dirindin, La sanità svenduta in nome del mercato

I. D'Aria, Ospedali: mancano 30mila medici e 100mila posti letto

G. Alfieri, La sanità pubblica italiana è sempre più privata?



Corte dei conti, Relazione al parlamento sulla gestione dei servizi sanitari regionali

Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali, Il personale del servizio sanitario nazionale



**Ministero della Salute,
#40SSN, com'è cambiata la sanità in Italia**





L. Cuocolo, S. Da Empoli,
D. Integlia
Sanità a 21 velocità
Rubbettino, Soveria Mannelli
2013



M. Gheddes da Filicaia
**La sanità ai tempi
del Coronavirus**
Il Pensiero Scientifico,
Roma 2020



N. Dirindin
È tutta salute.
In difesa della sanità pubblica
Edizioni Gruppo Abele,
Torino, 2018



V. Mapelli
Il sistema sanitario italiano
Il Mulino, Bologna 2012



F. Pallante
Spezzare l'Italia.
*Le regioni come minaccia
all'unità del paese*
Einaudi, Torino 2024



(a cura di)
L. Calzà, M. Trabucchi
Le parole che non ti aspetti
Il Mulino, 2023

2

Il “welfare sanitario”

Quale welfare per una buona sanità

“L’uomo passa la prima metà della sua vita a rovinarsi la salute e la seconda metà alla ricerca di guarire (Leonardo da Vinci)”

PRO-VOCAZIONE



Formazione Professionale, Patch Adams – Discorso agli studenti – Cos’è fare il medico?

PER RIFLETTERE

Cosa significa “welfare”

Welfare, dall’inglese, significa, letteralmente, “benessere” e non ha solamente una valenza sociale o economica ma costituisce un contenuto del più ampio concetto di salute.

Ma cosa determina la salute di una persona? Contano più i comportamenti individuali o il contesto politico, socioeconomico e culturale?

La pandemia da Covid-19 ha dimostrato che pesano entrambi i corni del problema.

Hanno infatti sofferto di più le restrizioni imposte dal lockdown le persone e i nuclei familiari economicamente più svantaggiati, costretti a vivere, lavorare e studiare, in abitazioni piccole, con scarsi o nulli strumenti digitali e connessioni web, situate in quartieri senza spazi verdi.

La salute dipende da tanti fattori per questo occorre prendersi cura della persona nella sua interezza. Vanno tenuti presenti il contesto familiare e le condizioni del lavoro, così come il disagio sociale e la povertà, che incidono moltissimo sulla salute.

“La salute dipende da tanti fattori per questo occorre prendersi cura della persona nella sua interezza.”

Anche per questo sono state proposte le Case di Comunità, luoghi nei quali la persona è accolta nella globalità dei suoi bisogni e non semplicemente come una persona malata.

Diversi sono quindi i fattori che entrano in gioco nel determinare il benessere delle persone e delle comunità e che vanno tutti considerati per sviluppare un welfare sanitario efficace.

Vediamo in sintesi i principali.

Stili di vita sani in un ambiente sano

È importante la responsabilità personale nel preservare la propria salute. Si tratta di educare fin dai primi anni di scuola ad assumere stili di vita sani con un’alimentazione corretta, una buona attività fisica, il contrasto del fumo e dell’abuso di alcol. Gli ultimi dati sull’obesità ci dicono che in Italia è in crescita, sia nella popolazione adulta che tra i minori: più di 25 milioni di persone sono obese o in sovrappeso. In pratica il 46% degli adulti (oltre 23 milioni) e il 26,3% dei bambini e adolescenti tra i 3 e i 17 anni (2,2 milioni).

“È importante la responsabilità personale nel preservare la propria salute.”



Anche l'abuso di alcol riguarda una fascia considerevole della popolazione: nel 2021 sono stati 7,7 milioni di italiani di età superiore a 11 anni (pari al 20% degli uomini e all'8,7% delle donne) secondo l'Istituto Superiore di sanità.

Si stima che in Italia siano attribuibili al fumo di tabacco oltre 93.000 morti (il 20,6% del totale di tutte le morti tra gli uomini e il 7,9% del totale di tutte le morti tra le donne) con costi diretti e indiretti pari a oltre 26 miliardi di euro (*Tobacco Atlas*, sesta edizione). Per quanto riguarda i tumori, il tabacco è il fattore di rischio con maggiore impatto a cui sono riconducibili almeno 43.000 decessi annui.

Per assicurare benessere collettivo c'è anche bisogno di politiche pubbliche che riducono i fattori di rischio legati all'inquinamento dell'aria che respiriamo, alla qualità e disponibilità di acqua, al corretto smaltimento dei rifiuti urbani e industriali.

Non possiamo ignorare l'impatto sulla salute globale della crisi climatica e di un modello di sviluppo che con troppa lentezza imbocca la strada della sostenibilità per l'ambiente.

Ma vanno anche rafforzate le azioni tese a garantire la sicurezza sui luoghi di lavoro, dove si registra una vera e propria escalation di vittime e infortuni gravi; a prevenire gli incidenti stradali e domestici.

Presa in carico delle fragilità

Il Servizio sanitario nazionale deve "prendersi cura" delle persone e non solo "curare" la malattia.

L'assistenza alle persone più fragili, dai bambini agli anziani, dai tossicodipendenti ai malati di mente, non può essere un intervento sporadico, limitato alle emergenze, ma dovrebbe diventare una strategia globale di presa in carico della persona malata.

Per questo serve una rete di servizi sociali e servizi sanitari (prevenzione, cura e riabilitazione) in comunicazione tra loro e in grado di garantire integrazione e continuità assistenziale.

“
Il Servizio sanitario nazionale deve "prendersi cura" delle persone e non solo "curare" la malattia.
”

Purtroppo, negli ultimi due decenni, i tagli alla sanità hanno colpito soprattutto i servizi territoriali destinati alla prevenzione cura e riabilitazione della salute mentale e delle tossicodipendenze, penalizzati dalla carenza di personale specializzato e di figure sociosanitarie in grado assicurare la necessaria continuità assistenziale.

Nel nostro paese, una persona su quattro ogni anno si ammala di un disagio psichico, riferisce il portale della salute mentale del ministero, disagio cresciuto durante la pandemia Covid 19 soprattutto nei preadolescenti e adolescenti. Nonostante la gravità del problema, l'Italia si colloca fra gli ultimi posti in Europa per quota di spesa sanitaria dedicata alla salute mentale con appena il 3% del Fondo sanitario, mentre i principali paesi ad alto reddito ne dedicano più del 10%.

Alla forte domanda di servizi e assistenza non può certo rispondere una misura una tantum come quella "bonus psicologo", varato nel 2022 dal governo Draghi. Né sarebbe accettabile un ritorno alla segregazione nei manicomi, come in passato. Occorre invece riprendere la lezione di Franco Basaglia sulla medicina di comunità e rafforzare i Dipartimenti di salute mentale, investendo nel personale specializzato, nei centri diurni e nelle residenze terapeutiche.

Anche se non si parla più di emergenza droghe, l'uso di sostanze stupefacenti è in crescita costante, soprattutto nella fascia tra i 15 e i 19 anni (vedi Relazione al Parlamento 2023).

Ma personale e strutture territoriali dedicate, tra le migliori al mondo in passato, sono in difficoltà: negli ultimi anni è diminuito il numero e il personale dei Servizi pubblici per le dipendenze, (Ser.D), con una forte disparità nella distribuzione territoriale.

Anche su questo versante occorre rilanciare una strategia di prevenzione capillare e di presa in carico globale della persona.

Anziani e non autosufficienza

Durante la pandemia non sono mancati solamente medici e posti letto negli ospedali. In una regione come la Lombardia, tra le più colpite, è apparsa evidente la carenza dei servizi territoriali e di una medicina di prossimità, capace di intercettare i primi sintomi della malattia evitando di intasare il pronto soccorso. E abbiamo vissuto il dramma dei decessi di tantissimi anziani nelle Residenze sanitarie assistite (RSA).

In un paese che invecchia molto rapidamente, con oltre 14 milioni di ultrasessantacinquenni, pari al 24,1% della popolazione, la non autosufficienza si presenta come una vera e propria emergenza sanitaria e sociale.

Occorre sviluppare forme di assistenza alternative al ricovero e superare la logica che governa le RSA, dove l'anziano viene di fatto sradicato dal proprio ambiente e dai propri cari, e che si è dimostrato inadeguato a garantire qualità della vita delle persone anche di chi è rimasto solo.

Per dare una risposta in questa direzione, nel 2023 era stata varata la legge delega 33, che delineava i principi per la costruzione di un sistema di assistenza della non autosufficienza.

Una riforma importante che riconosce il diritto degli anziani di essere assistiti in modo idoneo e integrato. Purtroppo, l'attuazione della delega non ha dato i frutti sperati. Il governo ha infatti previsto una serie di ulteriori decreti, ben diciassette, e cinque Linee guida cui spetterà la messa in opera del nuovo sistema di assistenza. Il decreto non ha poi fissato: durata e standard di qualità dell'assistenza domiciliare e non ha istituito una prestazione universale ma un assegno di assistenza per pochi.

Per la prestazione universale che dovrà sostituire l'indennità di accompagnamento, si è prevista infatti solo una sperimentazione limitata a trentamila su 1,5 milioni di fruitori per soli due anni. Il decreto appare insufficiente anche sul versante della regolamentazione e riqualificazione del lavoro delle badanti.

Infine, non sono stati previste risorse strutturali per far decollare e vivere la riforma, i 250 milioni di euro stanziati per il 2025 e 2026 sono prelevati dal Fondo per le non autosufficienze, dal Fondo lotta alla povertà e dal PNRR.

I circa tre milioni e ottocentomila anziani non autosufficienti dovranno ancora aspettare per vedere soddisfatti i loro bisogni di cura.



**Non autosufficienza:
la riforma tradita**

Quali politiche si possono mettere in atto per educare la popolazione, sin dalla giovane età, ad adottare stili di vita sani che riducano i fattori di rischio per la propria salute?

Quali strumenti sono necessari affinché il SSN possa mantenere e rendere sempre più efficace un dialogo tra prevenzione e cura?

Come la nostra società può e deve ristrutturarsi di fronte a un invecchiamento della popolazione ormai cronico, in modo da garantire agli anziani e ai più fragili un'assistenza di qualità?



Salute Mentale – Il portale della salute mentale

La terra è blu – Forum salute mentale

Dipartimento per le politiche antidroga

In Europa sempre meno posti letto a disposizione negli ospedali

G. Beltrami, Piano UE salute mentale, elogi e critiche

Come gestire la sanità per affrontare i problemi della cronicità

Z. Dalla Valle, M. Minerva, G. Pisauo, S. Vannutelli, Pochi medici oggi, ma forse troppi domani



M. Miotto, Non autosufficienza: la riforma tradita.

La prestazione universale, Salute Diritto Fondamentale



AA. VV., Focus: *Salute e sanità al centro del cambiamento, «Politiche sociali»*, Il Mulino 3/2023.



C. Giorgi (a cura di)
**Welfare,
Attualità e prospettive**
Carocci editore, Roma 2022



R. Biancheri – S. Cervia
**La costruzione della salute
nel welfare socio-sanitario**
Pisa University Press, Pisa 2016



F. Toth
**Le politiche sanitarie:
modelli a confronto**
Laterza Editori, Roma-Bari 2009



G. Gallo e L. Bonacini (a cura di)
**Il glossario delle
disuguaglianze sociali**
il Mulino, Bologna 2023



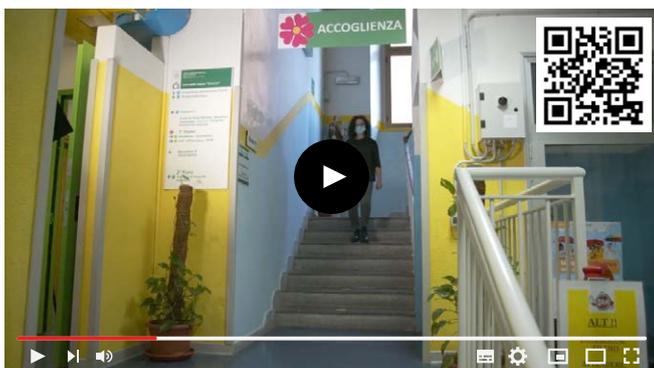
P. Nucci – A. Ricci
La sanità che verrà
Piemme Edizioni, Milano 2021

3

Le strutture

Abitare i "luoghi della cura"

PRO-VOCAZIONE



Idee per le Case della Comunità – Trailer

PER RIFLETTERE

I «luoghi della cura» nella storia

Quando si parla di strutture in ambito sanitario, si pensa immediatamente a quei luoghi adibiti alla prevenzione e alla cura delle malattie, dagli ospedali alle case di cura, dagli ambulatori ai centri riabilitativi, dalle case della salute agli hospice.

“I luoghi della cura”, terminologia utilizzata da molte fonti che si riferiscono all’oggetto della nostra riflessione, iniziano a comparire nel tessuto urbano nel 1500, con un obiettivo principalmente difensivo, ovvero come le sedi «dell’accadere delle pratiche specialistiche contro le malattie, cui prestare inoltre attenzione contro possibili rischi patogeni» (C. Danani).

Facendo una breve carrellata di come questi luoghi si siano evoluti nella storia, ci si accorge che nel 700, nascono i primi ricoveri caritatevoli e nell’800 i padiglioni. Con l’avvento del 900 vengono poi inaugurati i padiglioni collegati, il monoblocco e il poli blocco.

Negli anni 2000, invece, si comincia a pensare a un modello di ospedale a sviluppo orizzontale e di impatto ambientale ridotto. È dunque evidente come l’evoluzione di queste strutture sia andata di pari

“

Abbiamo ad esempio da poco ricordato i quarant’anni del Servizio sanitario nazionale. È stato – ed è – un grande motore di giustizia, un vanto del sistema Italia. Che ha consentito di aumentare le aspettative di vita degli italiani, ai più alti livelli mondiali. Non mancano difetti e disparità da colmare.

Ma si tratta di un patrimonio da preservare e da potenziare.

(Sergio Mattarella, Discorso di fine anno 2018)

”

passo con lo snodarsi del filo della storia e delle priorità di ogni secolo. È impossibile dunque guardare ai luoghi di cura come entità autonome rispetto al tessuto urbano, sociale e culturale che li ospita.

Il nuovo ospedale per umanizzare la cura

Non potremo dimenticare le file delle ambulanze agli ingressi dei pronto soccorsi, le lettighe con i pazienti in attesa di un posto letto. Quelle immagini restano come un monito a ricordarci come dovrebbero cambiare i luoghi della cura.

Carla Danani, nel suo saggio *Luoghi e forme della cura* si sofferma proprio su questo aspetto e definisce il luogo come «un certo plesso di possibilità d’esistenza». Secondo Danani, dunque, un luogo è un «intreccio, nel gioco socio-spazio-temporale che è la dinamica della vita, di fattori sociali, culturali, simbolici, materici, di cui l’esistenza si nutre e che essa, insieme, trasforma».

Volgendo lo sguardo all’ambito sanitario, i luoghi deputati alla cura e alla lotta contro le malattie devono esistere come tassello del puzzle costituito da tessuto urbano, sociale ed economico, altrimenti rischiano di diventare dei luoghi ghetto, ai quali è attribuibile un’unica narrazione, quella della malattia e del dolore.

Questo racconto deve invece essere integrato con un altro, ovvero quello che riconosce questi luoghi come «implicati della costruzione e riconfigurazione dei progetti di vita, attori nelle narrazioni di sé delle persone e delle comunità».

La nostra rete ospedaliera è piuttosto vecchia e presenta rigidità che richiedono tempo per essere superate. Ma è possibile, anche sulla scorta del decreto ministeriale Balduzzi e il DM70 del 2015 che orienta la riorganizzazione degli ospedali secondo criteri di appropriatezza, efficienza e sostenibilità economica, incrementare i posti letto nelle terapie intensive e semintensive, migliorando la qualità di letti nell'area medica.

Ma soprattutto l'ospedale dovrà essere più flessibile, rispondere alla formazione multidisciplinare, mettere in comunicazione emergenza, cura e rete del territorio secondo un approccio coerente con la presa in carico della persona malata.

L'assistenza territoriale può fare un salto di qualità con le Case della Comunità, luoghi nei quali rispondere concretamente all'idea di salute come bene comune. Le Case della Comunità devono quindi garantire l'accoglienza delle persone con un approccio globale e multidisciplinare, realizzando davvero l'integrazione sociosanitaria e socioassistenziale. Sul progetto delle Case della Comunità, si veda il dossier curato dall'Associazione **Prima la**

Comunità .

Alla luce dell'attuale condizione delle strutture sanitarie nel nostro Paese si può ancora affermare che sono interconnesse con il tessuto urbano, sociale ed economico?

Possono iniziative quali le Case della comunità essere uno strumento per un sistema sanitario che si prenda sempre più cura della persona nella sua totalità?



Sul ruolo e i compiti degli ospedali:

Marco Bevilacqua, **Salute pubblica da diritto universale a business**, Rocca, 15 giugno 2023.

Mario Alberto Battaglia, **Hub & Spoke**, in Vita. Dossier Cura Italia, febbraio 2021.

Alberto Fontana, **Ospedale e Territorio**, in Vita. Dossier Cura Italia, febbraio 2021.

Benedetto Saraceno, **Case della Salute**, in Vita. Dossier Cura Italia, febbraio 2021.



Articolo: Casa della comunità: ecco il progetto, 27 aprile 2021



G. Banchieri (a cura di), L'ospedale flessibile: quale organizzazione e quali modelli per il futuro, I quaderni di quotidianosanità, n.45



Carla Danani, **Luoghi e forme della cura. L'arte della salute**, «Humanitas» 78 (2/2023).
Casa della Comunità – Progetto



Associazione Prima la Comunità

Intervento di David Sassoli all'assemblea Prima la Comunità, 17 aprile 2021



A. Brambilla – G. Maciocco

Dalle Case della Salute alle Case della Comunità

La sfida del PNRR per la sanità territoriale

Carocci, Roma 2022

a cura di Annalisa Gurrieri

Diversamente medici di medicina generale



 Campagna PHC – “Now or never”
Andrea Canini, medico, e Arianna Welisch, insegnante, per la Campagna PHC.
“La Via Maestra – 7 Ottobre”

La Campagna **“2018 Primary Health Care Now or Never”**  nasce dalla necessità di affrontare i cambiamenti demografici, sociali ed epidemiologici che minacciano la sostenibilità dei servizi sanitari universalistici, i quali considerano la salute come un diritto per tutti e promuovono l’accesso gratuito e continuativo alle cure. La campagna si basa sulle indicazioni dell’Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e della letteratura internazionale: è necessaria una trasformazione radicale dei sistemi assistenziali verso un approccio integrato, multi-professionale e multisettoriale, con un coinvolgimento attivo delle comunità.

Il modello proposto è quello delle Cure Primarie (Comprehensive Primary Health Care, C-PHC), focalizzato sulla persona, sulle sue reti familiari e di relazioni prossimali, e orientato alla comunità. Sebbene in Italia siano stati fatti passi avanti con l’istituzione delle Case della Salute e lo sviluppo di piani nazionali, il cambiamento culturale necessario è difficile e lento.

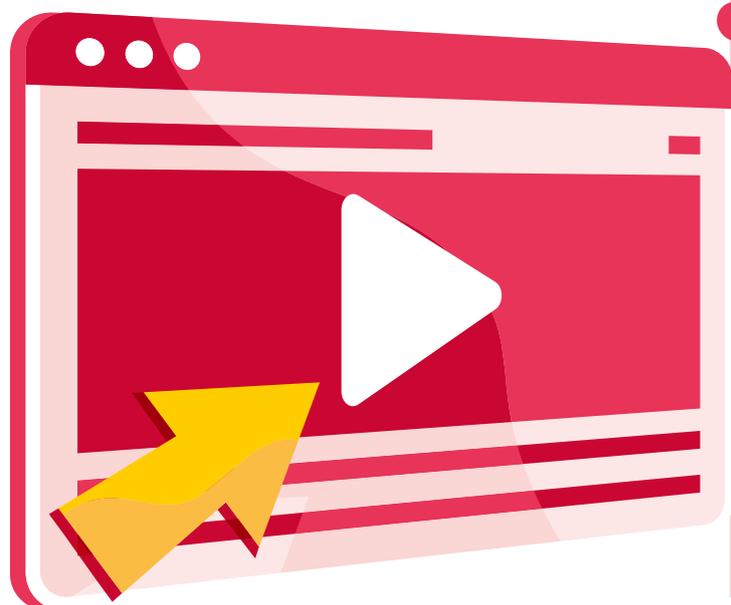
Annalisa Gurrieri



Laureata in lettere moderne presso l’Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano e attualmente studentessa di filologia moderna presso il medesimo ateneo. Membro del Comitato esecutivo dell’Istituto Vittorio Bachelet.

Il 7 ottobre 2023 la Campagna PHC insieme con l’Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia aderiscono a **“La Via Maestra”** , una manifestazione che ha riunito tante realtà per battersi verso un’attuazione della Costituzione, a tutela dei diritti, della salute, del lavoro, dell’ambiente e della pace.

Sulla salute i temi principali sono stati: la difesa e il rilancio del SSN; l’approvazione di un piano straordinario di assunzioni nella sanità e in tutti i settori pubblici e della conoscenza; investimenti su salute e sicurezza; stanziamento di adeguate risorse per le leggi su non autosufficienza e disabilità.

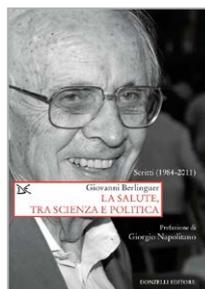




R. Balduzzi, La donna a cui si deve il SSN



R. Bindi
La salute impaziente
Jaca Book, Milano 2005



G. Berlinguer
La salute, tra scienza e politica.
Scritti (1984-2011)
Donzelli Editore, Roma 2016



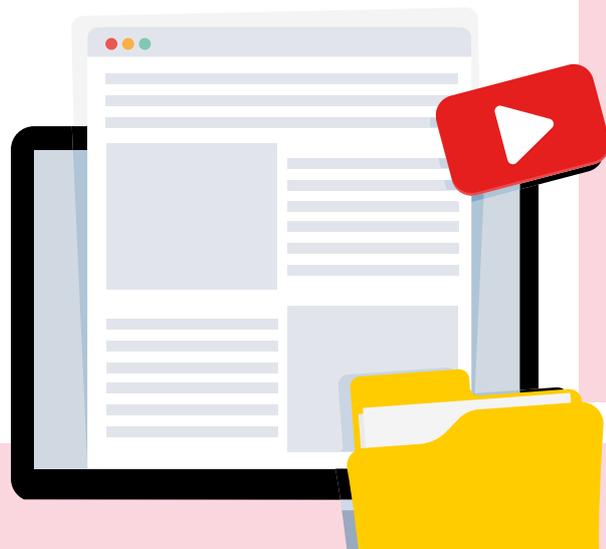
E. Granaglia
Uguaglianza delle opportunità. Sì ma quale?
Laterza, Roma-Bari 2022



F. Taroni
Politiche sanitarie in Italia, il futuro del SSN in una prospettiva storica
Il Pensiero scientifico, Roma 2011



M. E Sartor
La privatizzazione della sanità lombarda dal 1995 al Covid-19
Un'analisi critica
Amazon, Wroclaw 2021





azionecattolica.it