

# Manifesto per il superamento delle povertà sanitarie

delle Federazioni e Consigli nazionali dei Professionisti della Salute  
condiviso dall'Ufficio Nazionale per la pastorale della salute della CEI

I Rappresentanti delle Federazioni e dei Consigli nazionali degli Ordini delle professioni sanitarie e sociosanitarie, FNOMCeO, FNOPI, FNO TSRM e PSTRP, FOFI, FNOPO, FNOVI, FNCF, CNOP, FNOFI, FNOB, CNOAS, condividono e si riconoscono in un insieme di valori comuni, dai quali partire per mettere in campo azioni di contrasto alle diverse forme di povertà sanitaria e alle disuguaglianze nella tutela della salute.

## 1. Il ruolo delle Professioni sanitarie e sociosanitarie nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e dello Stato italiano

Le Federazioni e i Consigli Nazionali delle Professioni sanitarie e sociosanitarie, in qualità di Enti sussidiari, agiscono tutti al fine di tutelare gli interessi pubblici e sono chiamati dallo Stato a garantire la tutela della salute individuale e collettiva.

Le professioni sanitarie e sociosanitarie sono garanti della dignità della persona e del diritto alla tutela della salute al di là di ogni logica di profitto e di interessi corporativistici; rappresentano, inoltre, un contributo decisivo al progresso scientifico, culturale e democratico della nostra società.

Per i professionisti della salute, il raggiungimento di obiettivi di salute, l'universalità, l'equità e la solidarietà dell'assistenza devono restare le finalità prioritarie del Servizio Sanitario Nazionale<sup>1</sup>. Occorre dunque mettere in primo piano tali obiettivi, tra i quali la prevenzione, favorire concretamente la partecipazione dei cittadini e mettere i professionisti nelle migliori condizioni di perseguirli.

La legge n. 833 del 1978 ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale concepito come unitario, organico, flessibile e solidaristico. Dopo quarantacinque anni, esso rappresenta uno strumento, tra i pochi nel suo genere, in grado di garantire a tutti i cittadini elevati livelli

---

<sup>1</sup> Questo in ottemperanza all'art 1 della Legge 833, che recita: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini».

di tutela della salute individuale e pubblica, con indicatori tra i migliori al mondo. L'Italia è uno dei paesi più longevi al mondo e, anche, quello con una più alta aspettativa di vita senza disabilità<sup>2</sup>.

Il Servizio Sanitario Nazionale contribuisce in modo rilevante:

- al miglioramento del benessere e della qualità della vita degli italiani, grazie alla sua vocazione universalista e alla massa di servizi e prestazioni quotidianamente erogata;
- ad una società più equa, poiché ammortizza l'impatto sul diritto alla salute delle differenze socioeconomiche, territoriali o di capitale culturale.

La tutela della salute in Italia è un diritto riconosciuto ed esigibile per tutte le persone presenti sul territorio nazionale grazie al Servizio Sanitario.

Inoltre, il Servizio Sanitario ha impatti molto positivi in altri ambiti quali:

- l'economia, in cui, per l'indotto di imprese di una molteplicità di settori, molti ad elevata propensione all'innovazione, genera una domanda che stimola all'espansione della produzione e allo sviluppo per un maggior benessere;
- l'occupazione, con un'elevata quota di addetti che direttamente, indirettamente e nell'indotto fanno capo all'impiego della spesa sanitaria pubblica; in larga parte è occupazione di qualità, motivante, in linea con le aspettative più avanzate del nostro tempo;
- la ricerca e l'innovazione, poiché è all'interno delle sue strutture che matura una parte significativa della ricerca contribuendo alle innovazioni diagnostiche e terapeutiche poi utilizzate su larga scala. Inoltre, il Servizio Sanitario operando come potenziale committente dai grandi numeri è uno straordinario stimolo per tutti gli attori dell'ecosistema della ricerca, perché è il garante che gli elevati investimenti, richiesti per individuare e rendere disponibili alla persona assistita risposte, diagnosi e terapie innovative, potranno essere ripagati. Inoltre, l'intreccio tra ricerca e concreta attività sanitaria nelle strutture e nei servizi della sanità quotidianamente erogata è garanzia di più alte performance dell'attività di ricerca, anche nella velocità di adozione dei ritrovati scientifici;
- la coesione sociale, poiché la tutela della salute come diritto riconosciuto a tutti i cittadini è uno straordinario collante in una società in cui, come già evidenziato, le disparità socioeconomiche da tempo si vanno ampliando. Garantire la tutela della salute a tutti e ovunque è anche un potente fattore di assicurazione in tempi di grande incertezza.
- la presenza capillare nei territori delle strutture e dei servizi sanitari e sociosanitari che comporta una distribuzione puntuale e diffusa dei benefici, anche economici e occupazionali, ad essa associati.

Sono molte le ragioni per tutelare e potenziare il Servizio Sanitario, sintetizzate nelle parole del Capo dello Stato Sergio Mattarella che lo ha definito «un patrimonio prezioso, da difendere e adeguare», e ancora «presidio insostituibile di unità del paese».

---

<sup>2</sup> Infatti, l'Italia si colloca al terzo posto della graduatoria Ue per speranza di vita con 82,7 anni dopo Spagna (83,3) e Svezia (83,1) ed è al terzo posto della graduatoria della speranza di vita in buona salute dove registra un valore dell'indicatore pari a 68,1, inferiore solo a quello di Malta (68,7) e Svezia (68,4) (elaborazione Censis su dati Eurostat).

Guardando al futuro, poi, la dinamica demografica di invecchiamento della popolazione e il conseguente decollo dei fabbisogni sanitari, in particolare quelli legati alle cronicità, rendono il potenziamento della sanità una priorità assoluta. L'Italia, infatti, è diventata tra i Paesi più longevi al mondo anche grazie a una sanità di eccellenza, tuttavia è evidente la necessità di investire massicciamente per colmare il differenziale certo tra la domanda attesa di servizi e prestazioni sanitarie e la capacità dell'offerta.

Il periodo del Covid ha spinto la tutela della salute e la sanità in cima all'agenda di priorità del Paese. Calata la tensione dell'emergenza, è necessario continuare a investire nella sanità, invertendo il trend di sottofinanziamento che si è avuto a partire dai primi anni 2000.

Intanto riemergono, accentuate dalla pandemia, le tradizionali criticità. A cominciare da lunghe liste di attesa che rendono difficile l'accesso alle prestazioni in tempi appropriati, con un effetto di differenziazione del grado di tutela per territorio di residenza e per capacità di acquistare o meno prestazioni nel privato.

## 2. I numeri delle povertà sanitarie in Italia

Papa Francesco ha osservato che in Italia:

«Ci sono persone che per scarsità di mezzi non riescono a curarsi, per le quali anche il pagamento di un ticket è un problema; e ci sono persone che hanno difficoltà di accesso ai servizi sanitari a causa di lunghissime liste d'attesa, anche per visite urgenti e necessarie! Il bisogno di cure intermedie poi è sempre più elevato, vista la crescente tendenza degli ospedali a dimettere i malati in tempi brevi, privilegiando la cura delle fasi più acute della malattia rispetto a quella delle patologie croniche: di conseguenza queste, soprattutto per gli anziani, stanno diventando un problema serio anche dal punto di vista economico, con il rischio di favorire percorsi poco rispettosi della dignità stessa delle persone».<sup>3</sup>

Parole, quelle di Papa Francesco, che rispecchiano una situazione reale, suffragata da dati.

È di pochi giorni fa (17 aprile 2024) la pubblicazione del Rapporto Bes (Benessere equo e sostenibile) dell'Istat relativo all'anno 2023. Nel capitolo dedicato alla salute i dati sono allarmanti: aumentano a 4,5 milioni gli italiani che rinunciano a curarsi, sia per ragioni economiche sia, soprattutto, per effetto delle liste d'attesa<sup>4</sup>. A far aumentare gli italiani che rinunciano alle cure – l'anno scorso erano poco più di 4 milioni – sono state proprio le attese troppo lunghe.

---

<sup>3</sup> Papa Francesco, il 13 aprile 2023, in un messaggio rivolto ai componenti dell'Associazione religiosa istituto socio-sanitari (Aris); e ancora nello stesso discorso: «Come Chiesa, siamo chiamati a rispondere soprattutto alla domanda di salute dei più poveri, degli esclusi e di quanti, per ragioni di carattere economico o culturale, vedono disattesi i loro bisogni. Questi sono i più importanti per noi, quelli che sono al primo posto della coda: questi. Il ritorno della «povertà di salute» sta assumendo in Italia proporzioni importanti, soprattutto nelle Regioni segnate da situazioni socioeconomiche più difficili».

<sup>4</sup> Nel 2019, prima del Covid, erano poco più di 1,5 milioni gli italiani che di fronte a liste troppo lunghe rinunciavano a curarsi, nel 2023 sono diventati quasi 3 milioni. Rispetto all'anno scorso cresce comunque anche la quota di chi rinuncia per motivi economici.

Secondo una recente (9 aprile 2024) elaborazione effettuata dalla Fondazione Gimbe sempre su dati Istat, nel 2022 4,2 milioni di famiglie hanno limitato le spese per la salute, in particolare al Sud<sup>5</sup>.

Secondo i dati ISTAT sul cambiamento delle abitudini di spesa nel 2022 il 16,7% delle famiglie dichiarano di avere limitato la spesa per visite mediche e accertamenti periodici preventivi in quantità e/o qualità<sup>6</sup>.

Risultati sovrapponibili, seppur in percentuali ridotte, vengono restituiti dall'indagine ISTAT sulle condizioni di vita. Il 4,2% delle famiglie dichiara di non disporre di soldi in alcuni periodi dell'anno per far fronte a spese relative alle malattie<sup>7</sup>.

I dati forniti dal Rapporto sul Benessere Equo e Sostenibile (BES) 2022, realizzato in collaborazione tra ISTAT e CNEL, documentano che la percentuale di persone che rinunciano a prestazioni sanitarie – dopo i dati drammatici del periodo pandemico (9,6% nel 2020 e 11,1% nel 2021) – nel 2022 si è attestata al 7%, percentuale comunque maggiore a quella pre-pandemica del 2019 (6,3%)<sup>8</sup>.

Secondo le statistiche ISTAT sulla povertà, tra il 2021 e il 2022, l'incidenza della povertà assoluta per le famiglie in Italia – ovvero il rapporto tra le famiglie con spesa sotto la soglia di povertà e il totale delle famiglie residenti – è salita dal 7,7% al 8,3%, ovvero quasi 2,1 milioni di famiglie<sup>9</sup>.

Secondo la stima della Sorveglianza Passi d'Argento dell'Istituto Superiore di Sanità, in Italia, nel biennio 2021-2022, oltre 3 milioni di anziani hanno rinunciato alle cure. Quello della rinuncia alle cure tra gli anziani è dunque un fenomeno significativo che richiede attenzione e che si è accentuato a seguito della pandemia da Covid-19. Dai dati raccolti nel biennio 2021-2022 dalla sorveglianza, emerge che il 24% degli ultra 65enni degli intervistati dichiara di aver rinunciato, nei 12 mesi precedenti l'intervista, ad almeno una visita medica o un esame diagnostico di cui avrebbe avuto bisogno, ovvero 1 anziano su 4 fra coloro che ne avrebbero avuto bisogno.

---

<sup>5</sup> Oltre 1,9 milioni di persone hanno rinunciato a prestazioni sanitarie per ragioni economiche. È a rischio la salute di oltre 2,1 milioni di famiglie indigenti. La spesa sanitaria delle famiglie nel 2022 è aumentata di 64 € rispetto all'anno precedente e oltre 100 € al centro-sud.

<sup>6</sup> Se il Nord-Est (10,6%), il Nord-Ovest (12,8%) e il Centro (14,6%) si trovano sotto la media nazionale, tutto il Mezzogiorno si colloca al di sopra: di poco le Isole (18,5%), di oltre 10 punti percentuali il Sud (28,7%), in pratica più di 1 famiglia su 4.

<sup>7</sup> Sono al di sotto della media nazionale il Nord-Est (2%), il Centro (3,1%) e il Nord-Ovest (3,2%), mentre il Mezzogiorno si colloca al di sopra della media nazionale: rispettivamente le Isole al 5,3% e il Sud all'8%, un dato quasi doppio rispetto alla media nazionale. Sarebbero dunque oltre 1 milione di famiglie che in alcuni periodi del 2022 non sono riuscite a fronteggiare le spese per la salute per indisponibilità economica.

<sup>8</sup> Si tratta di oltre 4,13 milioni di persone che, secondo la definizione ISTAT dichiarano di aver rinunciato nell'ultimo anno a visite specialistiche o esami diagnostici pur avendone bisogno, per uno o più motivi: problemi economici (impossibilità di pagare, costo eccessivo), difficoltà di accesso (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi), lunghi tempi di attesa. In particolare, nel 2022 ha rinunciato alle cure per motivi economici il 3,2% della popolazione, ovvero quasi 1,9 milioni di persone.

<sup>9</sup> Il Nord-Est ha registrato l'incremento più significativo, passando dal 7,1% al 7,9%, seguito dal Sud con un aumento dal 10,5% all'11,2% e dalle Isole con un incremento dal 9,2% al 9,8%. Anche se il Nord-Ovest e il Centro hanno registrato un aumento più contenuto (0,4%), il fenomeno della povertà assoluta è diffuso su tutto il territorio nazionale. E le stime preliminari ISTAT per l'anno 2023 documentano un ulteriore incremento della povertà assoluta delle famiglie: dall'8,3% all'8,5%.

La rinuncia alle cure si aggrava nelle fasce sociali svantaggiate, raggiungendo il 37% tra coloro che riferiscono di avere molte difficoltà ad arrivare alla fine mese con le risorse di cui dispongono (vs il 24% fra chi riferisce di non aver problemi economici) ed è più frequente fra le donne (29% vs 23% degli uomini)<sup>10</sup>.

Secondo, infine, un'indagine condotta dall'Istituto Piepoli per Fnomceo, in media, ad oggi gli italiani risparmiano il 10% delle proprie entrate per le spese sanitarie, ma tanti (il 23%) purtroppo vorrebbero ma non riescono a farlo, tanto che ad oggi **circa 3 milioni di italiani ammettono che, quando devono usufruire di prestazioni sanitarie a pagamento, rinunciano a curarsi.**

Sempre più cittadini sono costretti a spostarsi in altre Regioni alla ricerca di centri di eccellenza: il 63% degli intervistati percepiscono questo problema con riferimento al loro territorio, con punte del 79% al Sud e nelle isole. La stragrande maggioranza degli italiani, il 93%, vorrebbe, per questa ragione, un aiuto dallo Stato; e **oltre otto persone su dieci**, trasversalmente su tutto il territorio nazionale, vorrebbero un'organizzazione sanitaria che porti l'eccellenza dove vive, senza per forza essere costretti a "viaggi della speranza", costosi in termini di denaro, tempo, energie e affaticamento dei legami familiari.

### 3. Le soluzioni possibili

Occorrono, dunque, interventi efficaci, di natura economica e strutturale, per scongiurare la compromissione del SSN.

È necessaria una riforma che possa restituire fiducia ai professionisti della salute, riconoscendo loro maggiore responsabilità nei processi di gestione e maggiore autonomia nei processi di cura, attraverso la definizione di un nuovo ruolo capace di garantire la salute dei cittadini e allo stesso tempo di farsi carico della sostenibilità del sistema. Serve anche un **Piano Nazionale di Azione** per il contrasto alle diseguaglianze nell'accesso alle cure, tenuto conto dello sviluppo tecnologico, dell'intelligenza artificiale, dei cambiamenti ambientali e della consapevolezza dei diritti da parte dei cittadini, dell'evoluzione delle competenze dei professionisti e dei nuovi ruoli attribuiti a tutti gli Ordini professionali.

Le autonomie locali devono essere uno strumento che facilita l'erogazione dell'assistenza e non un ostacolo per l'universalità e l'equità del SSN; a tutti i cittadini va garantito il diritto alla tutela della salute, nello stesso modo e negli stessi termini, in ossequio agli articoli 3 e 32 della nostra Costituzione.

---

<sup>10</sup> Inoltre, il fenomeno coinvolge anche le persone affette da patologie croniche: fra chi riferisce una diagnosi di malattia cronica fra quelle indagate in PASSI d'Argento (tumori, malattie cerebrovascolari, malattie croniche respiratorie, diabete, insufficienza renale, malattie croniche del fegato o cirrosi) il 28% dichiara di aver rinunciato, questa quota sale al 33% tra coloro che hanno 2 o più cronicità. Fra chi ha riferito di aver rinunciato ad visite mediche o un esami diagnostici necessari, il 31% dichiara di averlo fatto per timore del contagio da Sars-Cov-2; il 22% per sospensione del servizio e/o chiusura dello studio medico a causa delle restrizioni imposte dalla pandemia di COVID-19; il 36% riporta fra le motivazioni le lunghe liste di attesa; il 7% riferisce difficoltà nel raggiungere la struttura (per distanza o assenza di collegamenti e/o mezzi di trasporto adeguati) o anche per scomodità degli orari proposti. Infine, il 5% degli anziani riferisce che la rinuncia è stata determinata dai costi elevati e non sostenibili.

Dovrebbe essere promosso un regionalismo solidale per dare piena attuazione all'articolo 3 della Costituzione, che promuove l'uguaglianza dei cittadini, come pure la solidarietà tra le Regioni così come previsto dall'art. 119 della Costituzione.

Oltre agli esistenti sistemi di fiscalità generale, è possibile procedere alla revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti, al fine di promuovere maggiore equità nell'accesso alle cure.

La garanzia del diritto alla salute non può essere affidata al mero calcolo di utilità economica e di dinamiche di mercato, perché deve invece fondarsi su "dignità e libertà", i due principi cardine del Servizio Sanitario Nazionale che regolano il rapporto tra il cittadino e le professioni sanitarie e socio-sanitarie.

## LE FEDERAZIONI E I CONSIGLI NAZIONALI DEGLI ORDINI DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIOSANITARIE

**nell'ottica di contrastare le povertà sanitarie e le disuguaglianze  
nell'accesso alle cure**

### SI IMPEGNANO A

- Promuovere e sostenere attività, quali Enti sussidiari dello Stato, al fine di garantire un'effettiva equità nell'accesso alle cure e l'eguaglianza di tutti i cittadini nell'esercizio del diritto alla tutela della propria salute;
- supportare politiche efficaci per un adeguato finanziamento degli obiettivi di salute nell'ottica dell'interesse dell'intera collettività;
- mettere a disposizione le loro competenze in collaborazione con le Istituzioni pubbliche, al fine della promozione, organizzazione e valutazione di percorsi formativi che sono alla base della rispettiva attività professionale per fornire il giusto contributo al progresso scientifico e culturale della nostra società e al contrasto delle povertà sanitarie e delle disuguaglianze;
- sostenere soluzioni e nuovi modelli di governance per un Servizio Sanitario Nazionale più equo, solidale, sostenibile e universale per superare le diseguaglianze presenti nel Paese;
- promuovere e diffondere tra gli iscritti interventi e azioni da porre in essere per facilitare l'accesso alle cure per una maggiore equità e uguaglianza;

### CHIEDONO

- allo Stato, alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano, di intensificare la collaborazione con le professioni sanitarie e sociosanitarie e con i loro Enti esponenti, in quanto enti sussidiari dello Stato, al fine di assicurare un Servizio Sanitario Nazionale che garantisca effettivamente e uniformemente i diritti costituzionalmente tutelati dei cittadini, quale segno irrinunciabile di civiltà e di crescita sociale;
- al Governo che siano rispettati i principi costituzionali di uguaglianza, solidarietà, universalismo ed equità che sono alla base del nostro Servizio Sanitario e ne confermano il carattere nazionale, garantendo la sostenibilità economica dei livelli essenziali di assistenza attraverso un coerente finanziamento del fondo sanitario nazionale;

- al Governo e al Parlamento di adottare iniziative per parametrare il fabbisogno regionale standard anche in base alle carenze infrastrutturali, alle condizioni geomorfologiche e demografiche, nonché alle condizioni di deprivazione e di povertà sociale, condizioni che inevitabilmente determinano variazioni anche sui costi delle prestazioni;
- al Governo e al Parlamento di agire in modo da garantire il superamento delle differenze tra i diversi sistemi sanitari regionali per il contrasto alle diseguaglianze nell'accesso alle cure e all'assistenza;
- al Parlamento di scongiurare il rischio che sia pregiudicato il carattere nazionale del nostro Servizio Sanitario e di addivenire quindi alle decisioni migliori per garantire l'equità nell'accesso alle cure a tutti i cittadini, come presidio di democrazia e di civiltà.

## **Le Federazioni e i Consigli Nazionali degli Ordini delle Professioni sanitarie e sociosanitarie**

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche

Federazione Nazionale degli Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione

Federazione Ordini Farmacisti Italiani

Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica

Federazione Nazionale Ordini Veterinari Italiani

Federazione Nazionale degli Ordini dei Chimici e dei Fisici

Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi

Federazione Nazionale degli Ordini della professione sanitaria di Fisioterapista

Federazione Nazionale degli Ordini dei Biologi

Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali