

La cura non è un costo. È un diritto

Appello per l'avvio della campagna nazionale di raccolta firme. Dal 1 settembre 2026 al 31 gennaio 2027

C'è una domanda che in Italia quasi nessuno fa ad alta voce, e che riguarda ognuno di noi: chi si prenderà cura di te il giorno in cui non potrai più farlo da solo?

La risposta, oggi, è quasi sempre la stessa. Tua figlia. Tua moglie. Tua sorella. Una donna, nella grande maggioranza dei casi, che riduce l'orario o lascia il lavoro, smette di dormire, rinuncia alla propria vita e invecchia senza contributi, mentre nessun bilancio pubblico registra ciò che sta facendo. Il suo lavoro non compare da nessuna parte per una sola ragione: è gratuito, e quindi per lo Stato non esiste.

C'è un uomo che respira attraverso una macchina e il cui numero di ore di assistenza dipende dalla Regione in cui è nato. C'è una donna che ha atteso quattordici mesi una visita, e nel frattempo ha pagato di tasca propria o ha smesso di cercarla. Nel 2024, secondo l'ISTAT, cinque milioni e ottocentomila persone hanno rinunciato a curarsi. Non per scelta: perché l'attesa era troppo lunga o il costo troppo alto.

Ciò che la Costituzione chiama diritto è diventato, nei fatti, una questione di fortuna. Di reddito, di età, di codice di avviamento postale.

Non è un destino ed è bene dirlo subito, perché da qui parte tutto: è il risultato di decisioni prese e di decisioni non prese. E ciò che nasce da una scelta può essere cambiato da una scelta diversa.

1. Da dove nasce questo appello

Questa campagna nasce da un libro, *La cura negata. Anatomia dell'abbandono*, che chiunque può scaricare gratuitamente in formato digitale a questo indirizzo:

<https://mariosommella.wordpress.com/wp-content/uploads/2026/08/la-cura-negata.pdf>

Nasce insieme dall'incontro con chi quel libro non ha avuto bisogno di leggerlo perché la sua storia era già scritta dentro: comitati di malati, associazioni di familiari, persone che assistono un congiunto da anni e che hanno smesso di aspettare che qualcuno se ne accorga.

Non nasce da un partito e non chiede voti per nessuno. Nasce dalla constatazione più semplice: sulla cura e sulla non autosufficienza l'Italia ha prodotto negli ultimi anni

molte parole e nessun sistema. È l'unico grande Paese europeo privo di un servizio nazionale per la non autosufficienza. Tre milioni di persone convivono con gravi limitazioni funzionali, più di un milione ha meno di sessantacinque anni, e fra i sette e gli otto milioni e mezzo di familiari reggono da soli un sistema che senza di loro crollerebbe in una settimana.

E nasce dalla constatazione di un numero che spiega quasi tutto il resto: in Italia ci sono 6,9 infermieri ogni mille abitanti, contro una media dei Paesi OCSE di 9,5. Non è un dettaglio tecnico. È il motivo per cui un reparto va avanti con metà del personale, per cui un'attesa si allunga, per cui qualcuno rinuncia e paga.

2. Perché adesso

Perché nei prossimi mesi si scrivono i programmi con cui qualcuno chiederà di governare il Paese. I programmi elettorali non si compilano durante la campagna: si negoziano nei mesi che la precedono. Se le richieste arrivano dopo, arrivano a cose fatte.

E perché è appena accaduto qualcosa che rende impossibile continuare a sentirsi rispondere che non ci sono risorse. Nell'agosto del 2026 il Parlamento ha autorizzato il Governo a chiedere l'attivazione della clausola di salvaguardia europea, con un margine potenziale nel triennio fino a circa trentasei miliardi di euro destinati a difesa e sicurezza energetica. È un margine di flessibilità, non una somma già stanziata; ma il vincolo opposto per quindici anni a ogni richiesta di finanziamento della sanità è stato considerato derogabile, con un voto, per una destinazione precisa.

Se il vincolo di bilancio può essere sospeso per ventidue miliardi di armamenti, la domanda diventa una sola: perché non può esserlo per il diritto alla cura?

Non è una questione di sostenibilità, e più avanti in questo appello diciamo esattamente di quante risorse parliamo e dove si trovano. È una questione di gerarchia, cioè di potere: qualcuno ha deciso che cosa viene prima, e non siamo stati noi.

3. Che cosa chiediamo

Sette impegni, precisi e verificabili, da inserire nel programma di governo della prossima legislatura.

1. Un Servizio Nazionale per la Non Autosufficienza pubblico e universale, per ogni età della vita, senza soglie anagrafiche, finanziato dalla fiscalità generale e pubblico anche nella gestione: valutazione del bisogno e presa in carico non si appaltano.
2. Priorità e risorse certe per le persone con disabilità grave e gravissima e per chi vive in condizione di dipendenza vitale, con assistenza domiciliare garantita fino alle ventiquattro ore quando il bisogno lo richiede.
3. Rifinanziamento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale, piano straordinario di assunzioni e superamento del modello aziendalistico: le aziende sanitarie tornano a essere enti socio sanitari territoriali e ospedalieri, con denominazione unica nazionale, dimensioni adeguate ai bacini di utenza reali e un governo partecipato da lavoratori, enti locali e cittadinanza organizzata, al posto del direttore generale nominato per fiducia. Fine del finanziamento a tariffa per prestazione, sospensione dei nuovi accreditamenti del privato e progressiva riconversione al pubblico delle strutture accreditate. E abrogazione delle agevolazioni fiscali per fondi e assicurazioni integrative, con revisione dei livelli essenziali che comprenda tutte le prestazioni necessarie, a partire dalle cure odontoiatriche.
4. Riconoscimento giuridico del caregiver familiare, con tutele previdenziali, contributive, sanitarie e di sollievo.
5. Retribuzioni allineate ai livelli europei per medici e personale infermieristico, ampliamento degli organici e contratti veri per chi lavora nella cura.
6. Vita indipendente e autodeterminazione delle persone con disabilità, e residenzialità pubblica al posto delle strutture che rispondono a un rendimento finanziario, con riconduzione alla mano pubblica di quelle che in un territorio costituiscono l'unica risposta disponibile.
7. Livelli essenziali delle prestazioni definiti per legge e con risorse certe; sospensione immediata di ogni ulteriore devoluzione alle Regioni in materia di tutela della salute e abrogazione della legge Calderoli sull'autonomia differenziata; e, nell'arco della legislatura, la revisione del Titolo V della Costituzione e delle altre norme costituzionali che hanno reso possibile la devoluzione. Non per riscrivere la Carta, ma per rimuovere ciò che vi è stato aggiunto nel 2001 e nel 2012 contro il suo impianto originario.

Non sono richieste generiche. Ciascuna ha una stima delle risorse necessarie, una copertura indicata e un indicatore con cui chiunque può verificare se è stata mantenuta.

Dove serve, la Costituzione mette a disposizione uno strumento che non è mai stato abrogato. L'articolo 43 consente alla legge, nei casi e alle condizioni che esso stabilisce, di riservare o trasferire alla mano pubblica, con indennizzo, le imprese che gestiscono servizi pubblici essenziali o si trovano in condizione di monopolio. È il caso dell'unico centro dialisi di una provincia o dell'unica residenza di un territorio: lì non esiste alcun mercato, esiste una posizione dominante finanziata con denaro pubblico. Chiediamo che quello strumento venga usato, nel rispetto della disciplina europea applicabile, e diciamo subito che cosa non significa: non è una nazionalizzazione generalizzata della sanità, nessuna cura viene interrotta e nessuno viene spostato. Cambia la proprietà, non la vita di chi è in carico. E cambia il conto: un rendimento del sei o sette per cento annuo si paga per sempre, l'indennizzo si paga una volta sola.

Una precisazione su ciò che oggi chiamiamo sanità integrativa. I fondi e le assicurazioni previsti dai contratti di lavoro godono di sgravi fiscali che sottraggono ogni anno gettito al Servizio Sanitario Nazionale, e vi accede soltanto chi ha un contratto che li prevede: restano fuori disoccupati, autonomi, precari e pensionati. In gran parte non integrano nulla, rimborsano prestazioni che il pubblico dovrebbe già garantire. Chiediamo che quegli sgravi siano aboliti e che i livelli essenziali vengano completati fino a coprire tutto ciò che serve, a cominciare dalle cure odontoiatriche, oggi escluse di fatto e rinviate da milioni di persone fino a quando è troppo tardi.

C'è un filo che tiene insieme tutti e sette i punti, ed è bene dirlo: la cura torna a essere un servizio pubblico. L'articolo 32 della Costituzione fu attuato nel 1978 con l'istituzione di un servizio sanitario nazionale universale; poi, con i decreti del 1992 e del 1993, le unità sanitarie sono diventate aziende, il finanziamento è passato dal servizio alla singola prestazione e il paziente è diventato utente. Nessuno ha toccato la Costituzione: l'hanno svuotata dall'interno con leggi ordinarie, e con leggi ordinarie si può ricomporre.

L'ultimo impegno riguarda tutti, anche chi non ha in casa una persona non autosufficiente e non assiste nessuno. Decidere se la sanità continua a essere devoluta alle Regioni significa decidere se il diritto alla salute continuerà a dipendere dal luogo in cui si nasce e si vive. Non è una questione tecnica riservata ai

costituzionalisti: è la differenza fra un Paese solo e venti sanità diverse, e su questo si gioca anche il destino di tutti gli altri sei punti.

Una precisazione, perché nessuno possa dire che chiediamo cose impossibili. Sei dei sette impegni si attuano con leggi ordinarie e con decisioni di bilancio: non richiedono di toccare una virgola della Costituzione. Soltanto il settimo chiede anche una revisione costituzionale, e non per aggiungere qualcosa alla Carta ma per togliere ciò che vi è stato inserito nel 2001 e nel 2012. Gli articoli che garantiscono la salute e l'uguaglianza non sono mai stati toccati: sono le modifiche successive ad averne rese ineseguibili le promesse.

4. Di quante risorse parliamo, e dove si trovano

Chi chiede impegni pubblici deve dire quante risorse servono per mantenerli. Ecco il conto, con le fonti a cui chiunque può risalire.

1. Il Servizio Nazionale per la Non Autosufficienza richiede circa un miliardo e trecento milioni di euro per l'avvio e fra i cinque e i sette miliardi annui a regime, secondo le stime del Patto per un nuovo welfare.
2. Il rifinanziamento del Servizio Sanitario Nazionale vale poco più di dieci miliardi l'anno: tanto è il divario fra fabbisogno e finanziamento pubblico calcolato dalla Fondazione GIMBE, che nel solo triennio 2027-2029 raggiunge trenta miliardi e seicento. Chiediamo una traiettoria dichiarata: il 7,5 per cento del prodotto interno lordo entro il 2030, che è l'obiettivo della proposta di legge promossa dalla CGIL e da La Via Maestra, l'8,5 per cento entro il 2035, e una norma che adegui il Fondo sanitario nazionale alla dinamica demografica, perché una percentuale si rinegozia a ogni legge di bilancio mentre una regola di indicizzazione no.
3. Retribuzioni e organici del personale sanitario valgono fra i sei e i nove miliardi l'anno. Portare gli stipendi degli infermieri al livello europeo vale fra 2,2 e 4,7 miliardi; assumere i sessantamila infermieri che mancano ne richiede circa tre. Questa voce non si aggiunge alla precedente: ne è la componente principale, perché il personale è la parte più grossa del Fondo sanitario nazionale ed è quella su cui i tagli hanno inciso di più.

Il totale, senza contare due volte ciò che si sovrappone, è compreso fra i dodici e i diciassette miliardi di euro l'anno, da raggiungere gradualmente nell'arco della

legislatura e non in un solo bilancio. È l'equivalente di quattro o sei mesi dell'attuale spesa militare italiana.

E le risorse ci sono, senza inventare nulla. Secondo la stima dell'Osservatorio Mil€x, che elabora dati propri e non voci ufficiali di contabilità nazionale, la spesa militare diretta raggiungerebbe quest'anno circa trentatré miliardi e novecento milioni di euro, di cui tredici miliardi e duecento per i soli armamenti; e l'incremento cumulativo associato alla traiettoria verso il cinque per cento del prodotto interno lordo entro il 2035 potrebbe raggiungere, sempre secondo quella stima, circa quattrocentonovantotto miliardi rispetto a uno scenario di permanenza al due per cento. Rinunciare a un quinto di quell'incremento finanzierebbe per intero il programma che proponiamo. E l'evasione fiscale e contributiva, secondo la relazione del Ministero dell'economia, sottrae ogni anno fra i novantotto e i centodue miliardi di euro: cinque miliardi per la non autosufficienza sono il cinque per cento di quella cifra.

Le risorse non mancano. Mancano le priorità.

5. A chi lo chiediamo

A chi ha ricevuto un mandato dagli elettori e può incidere su questi sette punti. Non a uno schieramento: a tutti, uno per uno, con nome e cognome.

1. Tutti i deputati e i senatori della Repubblica.
2. Tutti i consiglieri regionali, perché sulla non autosufficienza gran parte delle decisioni concrete si prende nelle Regioni e non a Roma.
3. Gli assessori regionali alle politiche sociali e alla sanità.
4. I parlamentari europei eletti in Italia.

Sono poco più di milleseicento persone. A ciascuna chiediamo un'adesione scritta ai sette impegni, entro una data. E poiché la legislatura volge al termine e nessuno sa se sarà rieletto, la richiesta è articolata su tre orizzonti: sostenere gli impegni negli atti che restano di questa legislatura; promuoverne l'inserimento nel programma della propria forza politica, anche senza ricandidarsi, perché i programmi non li scrivono i singoli eletti ma le segreterie e i gruppi dirigenti, dove molti continueranno a pesare; e sostenerli nella prossima legislatura in caso di elezione. Soltanto il terzo punto dipende dall'esito del voto.

Pubblicheremo per nome chi ha aderito, chi ha aderito in parte e chi non ha risposto. E dopo la firma verificheremo i voti.

Nessuno potrà dire di non aver ricevuto. Nessuno potrà firmare e poi votare il contrario senza che qualcuno se ne accorga. E la verifica non finirà con la consegna: proseguirà per tutta la legislatura, perché è lì che gli impegni si mantengono o si tradiscono.

Dopo le elezioni ritrasmetteremo i sette impegni a chi non era fra i destinatari originari, con la stessa richiesta e le stesse condizioni, allegando l'esito integrale della prima trasmissione. E le adesioni già raccolte restano pubblicate e verificabili: chi ha sottoscritto e viene riletto è tenuto a quanto ha firmato. L'elezione non cancella la firma.

6. Dalla firma alla partecipazione

Sottoscrivere questa campagna non significa aggiungere un nome a una raccolta di adesioni. La firma vuole essere l'inizio di un percorso, non la sua conclusione.

Chiediamo perciò alle persone, alle associazioni, alle realtà civiche e alle organizzazioni che condividono questa proposta di partecipare, ciascuno compatibilmente con i propri tempi e le proprie possibilità, alla costruzione e alla diffusione della campagna. Servono persone che portino i sette impegni nei territori, nei luoghi di lavoro, nelle associazioni, nelle famiglie e nelle comunità, perché il diritto alla cura diventi una domanda collettiva, consapevole e politicamente riconoscibile.

Ma c'è un impegno che conta ancora di più, ed è quello che chiediamo di assumere fin da subito: non fermarsi alla presentazione delle firme.

La raccolta delle adesioni non deve trasformarsi nell'ennesima delega alla politica.

Vogliamo il contrario: che chi ha firmato continui a seguire ciò che accade dopo, verificando se gli impegni assunti dalle istituzioni e dalle forze politiche vengono realmente rispettati. Per questo chiediamo ai sottoscrittori di contribuire, secondo le proprie possibilità, a un'azione permanente di monitoraggio dell'attuazione dei sette punti.

7. Impegni con tempi certi, non promesse a scadenza indefinita

Sappiamo che i sette impegni non hanno tutti la stessa complessità e non possono avere gli stessi tempi. Alcuni interventi possono essere realizzati nel breve periodo, altri richiedono tempi medi, i più complessi comportano un percorso che si sviluppa lungo l'intera legislatura.

Riconoscerlo non significa accettare rinvii indefiniti. Significa stabilire, per ciascun impegno, che cosa deve essere fatto, entro quali tempi e con quali risultati misurabili, e verificare periodicamente lo stato di attuazione rendendo pubblico l'esito di ogni verifica. Il documento dei sette impegni indica, per ognuno di essi, l'indicatore con cui l'attuazione può essere controllata da chiunque, senza bisogno di crederci sulla parola.

Non chiediamo una fiducia a tempo indeterminato. Chiediamo impegni pubblici, verificabili e sottoposti al controllo dei cittadini.

La politica dovrà quindi rispondere non soltanto al momento delle elezioni, ma durante l'intero percorso di realizzazione di ciò che ha sottoscritto.

8. Non una delega, ma un patto

Vogliamo sperimentare un rapporto diverso fra cittadini e istituzioni. Chi aderisce a questa campagna non è semplicemente un elettore chiamato a scegliere un simbolo: è una persona che partecipa alla definizione di obiettivi concreti e che conserva il diritto, e insieme la responsabilità, di verificarne l'attuazione.

Alle forze politiche, civiche e sociali che vorranno sostenere la campagna chiediamo perciò non una generica dichiarazione di condivisione, ma un impegno pubblico, scritto e verificabile sui sette punti. E ai cittadini chiediamo di non considerare conclusa la propria partecipazione con la firma. Dopo la firma vengono la diffusione, la mobilitazione, il confronto con le istituzioni e, soprattutto, il controllo democratico.

La democrazia non può essere una delega quinquennale. La partecipazione deve continuare anche dopo il voto.

Vogliamo costruire una comunità di cittadini capace di accompagnare questa richiesta nel suo percorso, di sostenerla quando sarà necessario e soprattutto di chiedere conto, a chi avrà assunto gli impegni, della loro effettiva realizzazione. La cura non è un costo vuole essere anche questo: un esperimento concreto di politica

costruita dal basso, nella quale i cittadini non siano soltanto destinatari delle decisioni, ma protagonisti della loro elaborazione, della loro attuazione e del loro controllo.

9. I tre passi che chiediamo a te

1. Firma. La raccolta si apre il 1 settembre 2026 sulla piattaforma Io Scelgo del Fatto Quotidiano e si chiude il 31 gennaio 2027. Richiede un minuto e non costa nulla: non chiediamo denaro, non lo abbiamo mai chiesto e non lo chiederemo. Il numero delle firme non produce un effetto giuridico, produce un argomento politico, e serve a poter dire a chi scriverà i programmi quante persone hanno chiesto per iscritto la stessa cosa precisa.

2. Diffondi. Falla firmare a chi assiste un familiare e pensa di essere l'unico. A chi ha rinunciato a una visita e si è vergognato di dirlo. A chi lavora in un reparto con metà del personale necessario. A chi crede che tutto questo riguardi soltanto gli anziani e non ha ancora capito che riguarda chiunque, in qualunque momento della vita.

3. Controlla. Resta con noi dopo la consegna. Il monitoraggio dell'attuazione durerà anni e non può reggersi su poche persone: si regge su chi, nel proprio territorio, verifica se le ore di assistenza domiciliare sono aumentate, se i posti letto pubblici sono cresciuti sopra quel ventiquattro per cento che oggi rappresentano, se la legge sul caregiver è stata calendarizzata, se la Prestazione Universale è stata superata o soltanto prorogata. E lo dice pubblicamente quando non accade.

10. Chi promuove

La campagna è promossa da comitati di malati e di familiari, associazioni, fondazioni, movimenti civici e organizzazioni impegnate sul terreno della salute, della disabilità e della non autosufficienza. Le adesioni sono aperte e continuano ad arrivare: l'elenco completo viene pubblicato il 1 settembre 2026, all'apertura della raccolta, e ogni organizzazione che si riconosca nei sette impegni può aderire fino alla chiusura.

Il libro da cui la campagna nasce è scaricabile gratuitamente e può essere diffuso da chiunque, senza chiedere nulla a nessuno:

<https://mariosommella.wordpress.com/wp-content/uploads/2026/08/la-cura-negata.pdf>

Perché la cura non è un costo da contenere. È un diritto da esigere, e i diritti non si aspettano: si chiedono, e poi si controlla che vengano dati.