

La cura non è un costo. È un diritto

I sette impegni per il programma della prossima legislatura. Documento di richiesta

I sette impegni per il programma della prossima legislatura. Documento di richiesta

1. La richiesta politica centrale

Questo documento non chiede un sostegno generico a una battaglia. Chiede l'assunzione di sette impegni precisi, verificabili e datati, da inserire nel programma di governo della prossima legislatura.

La formulazione della richiesta è la seguente.

Chiediamo alle forze politiche che intendono costruire un'alternativa di assumere un impegno comune e vincolante per la prossima legislatura: ricostruire il Servizio Sanitario Nazionale come servizio pubblico e universale, superando il modello aziendalistico introdotto negli anni Novanta; abbattere le liste d'attesa; e istituire un sistema nazionale universalistico per la non autosufficienza, garantendo il diritto alla salute e alla cura indipendentemente dal reddito, dall'età e dal luogo in cui si vive.

La richiesta si articola su due assi che non vanno separati: difendere e ricostruire il Servizio Sanitario Nazionale, e costruire un sistema nazionale della cura e della non autosufficienza. Il primo senza il secondo lascia fuori tre milioni di persone; il secondo senza il primo poggia su fondamenta che stanno cedendo.

Il documento viene trasmesso nominalmente a oltre milleseicento titolari di cariche elettive: tutti i deputati e i senatori della Repubblica, tutti i consiglieri regionali, gli assessori regionali alle politiche sociali e alla sanità e i parlamentari europei eletti in Italia. A ciascuno viene chiesta una risposta scritta, e ogni risposta, come ogni silenzio, sarà pubblicata.

Ogni impegno è presentato nella stessa forma: la richiesta come andrebbe scritta in un programma, la ragione che la rende necessaria, ciò che comporta in termini di atti concreti e il modo in cui se ne può verificare l'attuazione. L'ultimo elemento è il più importante: senza un criterio di verifica, un impegno programmatico è una formula di cortesia.

2. Il fondamento costituzionale, e ciò che va rimosso

Nulla di ciò che segue esce dalla Costituzione. Tutto discende da norme già vigenti e mai attuate fino in fondo.

L'articolo 2 riconosce i diritti inviolabili della persona e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà. L'articolo 3 impone alla Repubblica di rimuovere gli ostacoli che limitano di fatto l'uguaglianza. L'articolo 32 tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. L'articolo 38 garantisce a chi è inabile al lavoro il mantenimento e l'assistenza sociale. A questi si aggiunge la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dall'Italia nel 2009, il cui articolo 19 riconosce il diritto a vivere nella comunità con la stessa libertà di scelta riconosciuta a chiunque altro.

Due precisazioni su questi articoli, perché sono il fondamento di due impegni precisi. L'articolo 32 non è mai rimasto lettera morta: fu attuato nel 1978, con la legge 833, che istituì un servizio sanitario nazionale pubblico, universale e finanziato dalla fiscalità generale. Quell'attuazione è stata poi svuotata dall'interno con leggi ordinarie, senza che nessuno toccasse la Costituzione, ed è questo che l'impegno terzo chiede di ricomporre. E

l'articolo 43 consente alla legge di riservare o trasferire alla mano pubblica, mediante espropriazione e salvo indennizzo, le imprese che si riferiscono a servizi pubblici essenziali o a situazioni di monopolio e che hanno carattere di preminente interesse generale. È una norma pienamente vigente, mai modificata, e utilizzarla non richiede alcuna revisione costituzionale: richiede una legge ordinaria e la volontà di approvarla.

Sei dei sette impegni non richiedono alcuna modifica costituzionale: si attuano con leggi ordinarie e con decisioni di bilancio. Per essi quello che manca non è la norma, ma la volontà politica di applicarla e la decisione di stanziare le risorse che la rendono esigibile.

Il settimo impegno fa eccezione, ed è bene dirlo subito e senza ambiguità: chiede anche una revisione costituzionale. Chiede l'abrogazione del terzo comma dell'articolo 116, introdotto dalla riforma del Titolo V nel 2001, che consente a una singola Regione di ottenere per sé ulteriori forme di autonomia; e chiede la revisione dell'articolo 81 nella parte modificata nel 2012, che ha subordinato la garanzia dei diritti fondamentali all'equilibrio di bilancio.

Non si tratta però di aggiungere qualcosa al testo costituzionale, bensì di rimuovere ciò che vi è stato aggiunto contro il suo impianto originario. Gli articoli fondativi richiamati sopra non sono mai stati toccati e continuano a dire quello che hanno sempre detto: sono le modifiche del 2001 e del 2012 ad averne rese ineseguibili le promesse, la prima frantumando il diritto sul territorio, la seconda comprimendone il finanziamento. Chiedere di eliminarle non significa riscrivere la Costituzione, significa restituirle coerenza. La sezione dedicata al settimo impegno lo spiega per esteso.

3. Impegno primo. Un Servizio Nazionale per la Non Autosufficienza

La richiesta. Un Servizio Nazionale per la Non Autosufficienza pubblico e universale, rivolto alle persone non autosufficienti in ogni età della vita, senza soglie anagrafiche, interamente finanziato dalla fiscalità generale e non da voucher, da polizze assicurative private o da fondi sanitari integrativi privati, con livelli essenziali delle prestazioni uniformi su tutto il territorio nazionale. Pubblico non soltanto nel finanziamento ma nella gestione: la valutazione del bisogno, la presa in carico e la titolarità del progetto individuale competono al servizio pubblico e non possono essere appaltate.

Perché. L'Italia è l'unico grande Paese europeo privo di un sistema nazionale della non autosufficienza. Quello che esiste è un mosaico di misure separate: l'indennità di accompagnamento, erogata dall'INPS in misura uguale per tutti indipendentemente dall'intensità del bisogno; i servizi sociali dei Comuni, diversi da territorio a territorio; l'assistenza domiciliare integrata delle aziende sanitarie, insufficiente ovunque. La legge delega 33 del 2023 e il decreto legislativo 29 del 2024 hanno promesso la riforma e hanno prodotto la Prestazione Universale, misura sperimentale in vigore dal primo gennaio 2025 al 31 dicembre 2026. Vi accede chi ha compiuto ottant'anni, ha un ISEE sociosanitario non superiore a seimila euro, è già titolare dell'indennità di accompagnamento e presenta un bisogno assistenziale gravissimo accertato. Chi ha settantanove anni ne è escluso. Chi ha la sclerosi laterale amiotrofica a cinquant'anni ne è escluso. L'importo aggiuntivo, ottocentocinquanta euro mensili, è un voucher vincolato, spendibile soltanto per lavoro domestico regolare o per servizi acquistati da operatori qualificati, con obbligo di rendicontazione. Di universale c'è soltanto il nome.

Che cosa comporta. Superare la sperimentazione invece di prorogarla. Costruire un servizio e non una prestazione monetaria: valutazione multidimensionale del bisogno, punto unico di accesso, progetto individuale, presa in carico continuativa, rete pubblica o accreditata di servizi domiciliari e semiresidenziali. Il criterio di accesso deve essere il bisogno

assistenziale accertato, non l'età anagrafica e non una soglia ISEE che seleziona la povertà invece del bisogno.

Una precisazione sul finanziamento. L'esclusione riguarda gli strumenti privati, non ogni forma di finanziamento aggiuntivo. Ciò che va respinto è il cosiddetto secondo pilastro: fondi sanitari integrativi privati, casse di assistenza e polizze collettive che lo Stato oggi sostiene defiscalizzando i contributi, e cioè sottraendo gettito al Servizio Sanitario Nazionale per alimentare un mercato parallelo accessibile soltanto a chi ha un contratto di lavoro che lo prevede. È un meccanismo che seleziona per condizione lavorativa e per reddito e che trasferisce risorse pubbliche dal sistema universale a quello privato. Restano invece pienamente ammessi, e anzi necessari, gli strumenti pubblici di finanziamento aggiuntivo: un fondo nazionale per la non autosufficienza alimentato dalla fiscalità generale, i trasferimenti perequativi verso le Regioni con minore capacità fiscale, i fondi pubblici dedicati a specifiche condizioni di bisogno. La differenza non sta nella parola fondo: sta in chi lo alimenta, chi lo governa e chi vi accede.

Come si verifica. La Prestazione Universale scade il 31 dicembre 2026. La prima verifica di questo impegno cade quindi già nella prossima legge di bilancio: se la misura viene semplicemente prorogata nella forma attuale, l'impegno non è stato assunto.

4. Impegno secondo. Disabilità grave e gravissima e dipendenza vitale

La richiesta. Priorità esplicita e risorse certe per le persone con disabilità grave e gravissima e per i malati in condizione di dipendenza vitale: assistenza domiciliare garantita fino alle ventiquattro ore quando il bisogno lo richiede, erogata dal servizio pubblico o da soggetti accreditati con standard vincolanti e non aggiudicata al ribasso; continuità assistenziale; aggiornamento della definizione di disabilità gravissima ferma al 2016; superamento della lotteria territoriale nell'accesso ai servizi.

Perché. In Italia oltre tre milioni di persone convivono con gravi limitazioni funzionali e più di un milione ha meno di sessantacinque anni. Sono le persone in stato vegetativo o di minima coscienza, i malati di sclerosi laterale amiotrofica e di altre malattie neurodegenerative, chi dipende da un ventilatore, chi ha bisogno di assistenza continua nelle ventiquattro ore. Nessuna delle misure nazionali costruite negli ultimi tre anni si rivolge a loro. La definizione amministrativa di disabilità gravissima risale al decreto ministeriale del 2016 e non è mai stata aggiornata: fissa in un elenco chiuso condizioni che la clinica nel frattempo ha modificato. Il risultato è che il numero di ore di assistenza dipende dalla Regione e, dentro la Regione, dall'ambito territoriale. Il respiratore e le ore di domiciliare dipendono dal codice di avviamento postale.

Che cosa comporta. Un livello essenziale nazionale che stabilisca il numero minimo di ore di assistenza domiciliare garantite in rapporto al bisogno accertato, esigibile davanti al giudice e non rimesso alla disponibilità di bilancio dell'ente locale. L'aggiornamento periodico della definizione di disabilità gravissima con criteri funzionali e non nosografici, e la continuità dell'assistenza nel passaggio tra età minore e maggiore età, oggi uno dei punti in cui i percorsi si interrompono.

Come si verifica. L'esistenza, entro il primo anno di legislatura, di un atto normativo che fissi le ore minime garantite e ne indichi la copertura finanziaria.

5. Impegno terzo. Un Servizio Sanitario Nazionale pubblico: rifinanziamento e superamento dell'aziendalizzazione

La richiesta. Rifinanziamento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale, con il recupero del rapporto fra spesa sanitaria e prodotto interno lordo e un piano straordinario di assunzioni; il superamento del modello aziendalistico e la trasformazione delle aziende sanitarie in enti socio sanitari territoriali e ospedalieri a governo partecipato; e la riconduzione dell'erogazione dei livelli essenziali alla rete pubblica, in piena attuazione dell'articolo 32 della Costituzione.

Perché, sul finanziamento. Il Documento di finanza pubblica 2026 congela il rapporto fra spesa sanitaria e prodotto interno lordo al 6,4 per cento fino al 2029. Secondo le analisi della Fondazione GIMBE, il divario fra fabbisogno di spesa e finanziamento pubblico raggiunge nel solo triennio 2027-2029 circa 30,6 miliardi di euro, mentre la quota del Fondo sanitario nazionale sul prodotto interno lordo scende dal 6,16 per cento del 2026 al 6,05 del 2027 e al 5,93 del 2028. È il meccanismo dei tagli invisibili: il fondo cresce in valore assoluto e diminuisce in quota di ricchezza nazionale, mentre i costi crescono più dell'inflazione. Le liste d'attesa non sono un disservizio organizzativo: sono l'effetto prevedibile di questo scarto. E producono un trasferimento di domanda verso il privato, dove chi può paga e chi non può rinuncia alle cure.

Perché, sul modello. Le risorse, però, attraversano un sistema che nel frattempo è cambiato di natura, e chiedere più fondi senza toccare quel sistema significa alimentarlo così com'è. L'articolo 32 della Costituzione non è rimasto lettera morta: fu attuato nel 1978, con l'istituzione di un servizio sanitario nazionale pubblico, universale e finanziato dalla fiscalità generale, in cui la salute era un diritto e non una prestazione da acquistare. Quell'attuazione è stata svuotata dall'interno, senza che nessuno modificasse la Costituzione: con i decreti legislativi 502 del 1992 e 517 del 1993 le unità sanitarie sono diventate aziende, dotate di bilancio autonomo e di direttori generali di nomina fiduciaria, e il finanziamento è passato dal servizio alla singola prestazione, remunerata a tariffa. Da quel momento il paziente diventa utente e poi cliente, l'ospedale diventa azienda, la cura diventa prestazione. Ogni passaggio sposta la relazione da un rapporto di doveri a un rapporto di scambio, e un rapporto di scambio si può sempre interrompere.

Perché, sugli effetti. Il modello aziendalistico non ha prodotto l'efficienza che prometteva: ha prodotto una selezione. Le prestazioni più remunerative e meno complesse convengono, quelle croniche e assistenziali no; e ciò che non conviene resta al pubblico oppure non viene erogato. Nel 2024 cinque milioni e ottocentomila persone hanno rinunciato a curarsi, e la spesa sanitaria pagata direttamente dalle famiglie ha raggiunto 41,3 miliardi di euro, il 22,3 per cento della spesa totale, largamente oltre la soglia del quindici per cento indicata dall'Organizzazione mondiale della sanità come limite di accessibilità. La questione sanitaria diventa così, immediatamente, una questione di uguaglianza.

Perché, sulle dimensioni. Chi obietta che il privato accreditato sia un fenomeno marginale dovrebbe guardare i numeri dell'offerta, non quelli della spesa. Secondo l'Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale, delle 29.386 strutture sanitarie censite nel 2023 il 58 per cento, cioè 17.042, sono private accreditate, e soltanto il 42 per cento, 12.344, sono pubbliche. E la prevalenza del privato è concentrata proprio dove si assiste chi non guarisce: 85,1 per cento nell'assistenza residenziale, 78,4 nella riabilitativa, 72,8 nella semi-residenziale, 59,7 nella specialistica ambulatoriale. Come ha osservato la Fondazione GIMBE commentando questi dati, il privato accreditato è ormai la spina dorsale di interi settori dell'assistenza.

Sul versante della spesa il quadro è diverso e va detto con precisione, perché le due misure vengono spesso confuse. Nel 2023, secondo i dati della Ragioneria Generale dello Stato elaborati dalla Fondazione GIMBE, la quota di spesa sanitaria pubblica destinata al privato convenzionato è stata in media del 20,3 per cento a livello nazionale, con sei Regioni sopra

la media: 29,3 per cento nel Lazio, 28,7 nel Molise, 27,2 in Lombardia, 23,9 in Sicilia, 23,3 in Campania, 22 in Puglia; all'estremo opposto la Valle d'Aosta con il 7,7. In valore assoluto la spesa pubblica verso il privato convenzionato è passata da 23.376 milioni di euro nel 2012 a 28.709 milioni nel 2024, con un aumento del 22,8 per cento.

La distanza fra le due misure è essa stessa un argomento. Il privato accreditato riceve un quinto della spesa pubblica ma costituisce quasi sei strutture su dieci, e in alcuni comparti è la quasi totalità dell'offerta: significa che, dove il bisogno è continuativo e poco remunerativo, il pubblico si è già ritirato. E significa che una persona non autosufficiente, quando cerca assistenza, nella maggior parte dei casi non ha alcuna alternativa pubblica da scegliere.

Che cosa comporta, sulle risorse. Un percorso pluriennale dichiarato, con una traiettoria numerica del rapporto fra spesa sanitaria e prodotto interno lordo scritta nel programma e non rinviata a un documento successivo. La articoliamo su tre gradini, ciascuno con una giustificazione diversa, perché mescolarle indebolirebbe tutte e tre.

Primo gradino, vincolante: il 7,5 per cento del prodotto interno lordo entro il 2030. È l'obiettivo della proposta di legge di iniziativa popolare promossa dalla CGIL e da La Via Maestra, e lo assumiamo volentieri perché su questo terreno non ci interessa distinguerci da chi chiede le stesse cose. È anche la soglia che rende materialmente finanziabile l'intero programma contenuto in questo documento: partendo dal 6,4 per cento attuale, un punto e un decimo di prodotto interno lordo vale intorno ai venticinque miliardi di euro l'anno, più di quanto i sette impegni richiedano a regime.

Secondo gradino, indicativo: l'8,5 per cento entro il 2035. Non lo giustificiamo con l'invecchiamento, e conviene dirlo prima che ce lo contestino: la demografia da sola, secondo le proiezioni della Ragioneria Generale dello Stato, vale poco più di tre decimi di punto al 2040. Lo giustificiamo con due ritardi da colmare. Il primo è la distanza dai Paesi europei di riferimento, la cui spesa sanitaria pubblica si colloca da anni intorno al 9,5 per cento del prodotto interno lordo. Il secondo è che quei Paesi un sistema nazionale per la non autosufficienza ce l'hanno già, mentre in Italia va costruito da zero e finanziato a regime.

Terzo gradino: non un numero, ma un meccanismo. Chiediamo che il finanziamento del Fondo sanitario nazionale sia adeguato automaticamente alla dinamica demografica, con una norma che lo indicizzi alla popolazione ultrasettantacinquenne e al numero di persone con bisogno assistenziale accertato. È una richiesta più impegnativa di qualunque percentuale, perché toglie la sanità dalla trattativa annuale e la sottrae al ciclo politico; ed è inattaccabile proprio sul terreno demografico, perché per contestarla occorre sostenere che il finanziamento non debba seguire il bisogno. È anche il gradino che ha effetto più duraturo: una percentuale si rinegozia a ogni legge di bilancio, una regola di indicizzazione no.

Su questo punto c'è un dato che vale la pena guardare, perché rovescia l'obiezione della sostenibilità contro chi la solleva. Nelle proiezioni di medio-lungo periodo della Ragioneria Generale dello Stato il rapporto fra spesa sanitaria e prodotto interno lordo passa dal 6,2 per cento del 2027 al 7,2 per cento del 2070: un solo punto in quarantatré anni, con una curva che cresce dal 2030 proprio per effetto dell'invecchiamento. Significa che lo Stato sta pianificando di spendere per la sanità, nel 2070, meno di quanto la CGIL chiede per il 2030. Quella proiezione non descrive un fabbisogno: descrive un definanziamento programmato per mezzo secolo e chiamato sostenibilità.

Il piano di assunzioni è la condizione perché il finanziamento produca prestazioni e non soltanto bilanci in ordine: senza personale, le risorse aggiuntive finanziano prestazioni acquistate dal privato accreditato. Il nodo retributivo, che è la prima causa della fuga di professionisti, è trattato nell'impegno quinto.

Che cosa comporta, sul modello. La revisione dei decreti legislativi 502 del 1992 e 517 del 1993, e del decreto legislativo 229 del 1999 che ne ha confermato l'impianto, nella parte in cui hanno introdotto l'assetto aziendale: il superamento del finanziamento a tariffa per prestazione in favore del finanziamento del servizio, che è il meccanismo da cui discende tutto il resto; e il ritorno all'assunzione diretta del personale al posto dell'appalto e dell'esternalizzazione dei servizi.

Non basta però rimuovere: occorre dire che cosa mettere al posto dell'azienda. Chiediamo che le aziende sanitarie siano trasformate in enti socio sanitari territoriali e ospedalieri, con quattro caratteristiche precise. Denominazione unica su tutto il territorio nazionale e organizzazione uniforme, perché oggi ogni Regione ha inventato la propria e il cittadino non sa più a che cosa ha diritto quando si sposta. Dimensioni adeguate al territorio e ai bacini di utenza reali, tenendo conto della conformazione geografica e non soltanto dei confini amministrativi. Governo partecipato, con la presenza di lavoratrici e lavoratori, degli enti locali e della cittadinanza organizzata negli organi di indirizzo, al posto dell'assetto verticistico che oggi concentra ogni decisione in un direttore generale nominato per fiducia. E abolizione dell'obbligo di pareggio del bilancio in capo al singolo ente, che è ciò che costringe a scegliere le prestazioni in base a quanto rendono invece che in base a quanto servono.

Su quest'ultimo punto conviene essere esatti, perché riguarda due cose diverse che spesso vengono confuse. Qui parliamo del pareggio del bilancio aziendale, imposto dalla legge ordinaria a ciascuna azienda sanitaria: è il vincolo che trasforma un ospedale in un centro di costo e si rimuove con una legge ordinaria. Altra cosa è il vincolo di equilibrio di bilancio introdotto nel 2012 nell'articolo 81 della Costituzione, di cui si occupa il settimo impegno. I due vincoli agiscono su piani diversi e vanno rimossi entrambi.

Che cosa comporta, sull'erogazione. Il principio è che l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza è compito della rete pubblica. In concreto chiediamo tre atti conseguenti. Che le risorse aggiuntive stanziare per la sanità siano destinate esclusivamente al Servizio Sanitario Nazionale, e non possano finanziare indirettamente il mercato delle prestazioni. Che sia sospeso l'iter di nuovi accreditamenti del privato. E che si avvii la progressiva riconversione al pubblico delle strutture oggi accreditate, con un piano di subentro dotato di scadenza dichiarata, mentre il rinnovo di ogni accreditamento esistente resta condizionato allo stato di attuazione di quel piano. Va detto con chiarezza ciò che questo non significa: nessuna cura in corso viene interrotta. Chi è in trattamento oggi continua a esserlo, e il subentro avviene per sostituzione e non per sottrazione. È la rete pubblica che deve crescere fino a rendere superfluo l'acquisto sul mercato, non il servizio che deve essere tolto a qualcuno.

Che cosa comporta, dove esiste un monopolio di fatto. In molti territori un singolo erogatore privato accreditato è l'unico a fornire una prestazione essenziale: l'unico centro dialisi della provincia, l'unica struttura riabilitativa, l'unico reparto per una determinata specialità. In quei casi non esiste alcun mercato e non esiste alcuna concorrenza: esiste una posizione dominante finanziata con denaro pubblico. Per queste situazioni la Costituzione prevede uno strumento che non è mai stato abrogato. L'articolo 43 stabilisce che, a fini di utilità generale, la legge può riservare originariamente o trasferire allo Stato, a enti pubblici o a comunità di lavoratori o di utenti, mediante espropriazione e salvo indennizzo, determinate imprese o categorie di imprese che si riferiscano a servizi pubblici essenziali, a fonti di energia o a situazioni di monopolio e che abbiano carattere di preminente interesse generale.

Chiediamo che quello strumento sia utilizzato nei casi e alle condizioni stabiliti dall'articolo 43 e nel rispetto della disciplina europea applicabile, con trasferimento dell'impresa, del

personale e della presa in carico dei pazienti, e con indennizzo determinato per legge. Non si tratta di una nazionalizzazione generalizzata della sanità, e non lo proponiamo: si tratta di uno strumento circoscritto alle situazioni in cui ricorrono i presupposti costituzionali, cioè dove il servizio è essenziale, la posizione è di monopolio e l'interesse generale è preminente. Nella rete sanitaria territoriale quei presupposti ricorrono con frequenza, e dove ricorrono la legge può intervenire.

Va aggiunto un chiarimento che i destinatari solleveranno, ed è bene anticiparlo. L'articolo 106 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea sottopone alle regole dei Trattati anche le imprese incaricate della gestione di servizi di interesse economico generale, prevedendo però deroghe quando l'applicazione di quelle regole osti all'adempimento della missione loro affidata. La compatibilità con il diritto europeo va quindi verificata caso per caso e costruita nella norma, non data per acquisita né assunta come impossibile. È la ragione per cui chiediamo una legge e non un atto amministrativo, e per cui l'indennizzo è parte della richiesta e non un'aggiunta di cortesia. Ed è la ragione per cui la continuità delle cure resta garantita: non si chiude una struttura, se ne trasferisce la proprietà.

Una nota sul costo dell'indennizzo, perché sarà la prima obiezione. I fondi immobiliari che detengono strutture accreditate ottengono rendimenti da locazione compresi fra il sei e il sette e mezzo per cento lordo annuo, pagati in larga parte con denaro pubblico attraverso le rette e le tariffe. Significa che la collettività versa l'equivalente del valore dell'immobile ogni quattordici anni circa, e continua a versarlo indefinitamente. L'espropriazione con indennizzo lo paga una volta sola. Non è una spesa aggiuntiva: è la fine di una spesa ricorrente.

Che cosa comporta, sui livelli essenziali e sui fondi integrativi. C'è un secondo canale attraverso cui il denaro pubblico alimenta il mercato, ed è fiscale. Le assicurazioni e i fondi sanitari sostitutivi o integrativi previsti dai contratti collettivi godono di agevolazioni fiscali che sottraggono ogni anno gettito al Servizio Sanitario Nazionale, e vi accede soltanto chi ha un contratto di lavoro che li prevede: restano fuori i disoccupati, i lavoratori autonomi, i precari e i pensionati, cioè proprio chi ha più bisogno di cure. È un sistema che seleziona per condizione lavorativa e che con la parola integrativo non ha quasi nulla a che vedere, perché in larga parte quei fondi rimborsano prestazioni che il servizio pubblico già dovrebbe garantire.

Sulle dimensioni di questo canale conviene essere esatti, anche perché la prudenza qui è più efficace dell'allarme. Nel 2020, secondo la rilevazione dell'Anagrafe dei fondi sanitari integrativi del Ministero della Salute, risultavano censiti 318 fondi e circa quindici milioni di iscritti. Ma la spesa che essi intermediano resta oggi una quota minore della spesa sanitaria privata complessiva: secondo i dati ISTAT elaborati dalla Fondazione GIMBE, nel 2023 l'88,6 per cento della spesa sanitaria privata era a carico diretto delle famiglie e soltanto l'11,4 per cento era intermediato da fondi e assicurazioni. Il secondo pilastro non è dunque, ad oggi, il problema principale: è il problema che sta crescendo, ed è quello che lo Stato sta finanziando mentre cresce.

Va inoltre considerato che assicurazioni sanitarie e forme di sanità integrativa sono utilizzate anche da persone che possono permetterselo individualmente, comprese alcune categorie di pensionati, per ottenere più rapidamente prestazioni e aggirare le liste di attesa. Questo rafforza la necessità di garantire attraverso il Servizio Sanitario Nazionale tempi di accesso equi e non dipendenti dalla capacità di spesa.

A questo sistema appartiene il welfare aziendale, introdotto con la legge di stabilità del 2016 e ampliato dalle leggi di bilancio successive, che consente di convertire i premi di risultato in servizi e prestazioni fiscalmente agevolate. Il meccanismo sostituisce una componente della

retribuzione monetaria con prestazioni agevolate e, a seconda della disciplina applicabile, può incidere anche sugli effetti contributivi e previdenziali. Il rischio è quindi che una parte della crescita del welfare aziendale avvenga attraverso una progressiva sostituzione della contrattazione salariale con prestazioni fiscalmente agevolate, mentre il servizio pubblico da cui il lavoratore continua comunque a dipendere resta finanziato dalla fiscalità generale. Chiediamo che la sua estensione sia fermata e che le agevolazioni che lo sostengono siano ricondotte alle sole prestazioni non comprese nei livelli essenziali.

Chiediamo perciò l'abrogazione delle agevolazioni fiscali per le assicurazioni e i fondi sostitutivi o integrativi, e insieme una revisione dei livelli essenziali di assistenza che li completi fino a comprendere tutte le prestazioni necessarie. Il caso più evidente è quello delle cure odontoiatriche, oggi di fatto escluse dalla copertura pubblica e diventate per milioni di persone una spesa da rinviare fino a quando è troppo tardi. A fondi e assicurazioni deve restare soltanto ciò che non è necessario e che il servizio pubblico legittimamente non copre; e devono essere accessibili a tutti i cittadini, pensionati compresi, e non ai soli titolari di un contratto che li prevede.

Come si verifica. Quattro indicatori, tutti con una base di partenza dichiarata, perché un indicatore senza punto di partenza non è verificabile. Il primo: il rapporto fra spesa sanitaria e prodotto interno lordo, oggi intorno al 6,4 per cento, che deve raggiungere il 7,5 per cento entro il 2030 secondo una traiettoria annuale scritta nel programma. Il secondo: la quota di spesa sanitaria pubblica destinata a erogatori privati accreditati, pari al 20,3 per cento nel 2023 su base nazionale, che deve scendere anno su anno ed è verificabile da chiunque sui dati della Ragioneria Generale dello Stato. Il terzo: la quota di strutture pubbliche sul totale delle strutture sanitarie censite, oggi ferma al 42 per cento, che deve crescere. Il quarto: l'esistenza, entro la legislatura, di una norma che leghi il finanziamento del Fondo sanitario nazionale alla dinamica demografica. I primi tre sono numeri che nessuno può raccontare diversamente da come sono; il quarto è una legge che c'è oppure non c'è.

6. Impegno quarto. Riconoscimento giuridico del caregiver familiare

La richiesta. Riconoscimento giuridico del caregiver familiare, con tutele previdenziali, contributive, sanitarie e di sollievo, e fine dello scarico del lavoro di cura sulle famiglie e in particolare sulle donne.

Perché. Tra i sette e gli otto milioni e mezzo di persone in Italia assistono stabilmente un familiare non autosufficiente. Reggono il sistema, e lo reggono gratuitamente. Non esiste una legge nazionale che definisca la figura e ne stabilisca i diritti: esiste un fondo di entità modesta ripartito tra le Regioni e una serie di proposte di legge che attraversano le legislature senza arrivare al voto. Chi assiste riduce o abbandona il lavoro retribuito, accumula interruzioni contributive, invecchia senza una pensione adeguata, e in larghissima maggioranza è una donna. Il costo di questo lavoro non compare in alcun bilancio pubblico per la sola ragione che è pagato da chi lo svolge.

Che cosa comporta. Una legge quadro che riconosca la figura e stabilisca l'accredito figurativo dei periodi di cura ai fini pensionistici, permessi e flessibilità oraria effettivi e non subordinati alla discrezionalità del datore di lavoro, accesso garantito ai servizi di sollievo, tutela della salute di chi assiste, e un sostegno economico che sia aggiuntivo ai servizi e non alternativo ad essi. E i servizi ai quali quel sostegno si aggiunge devono essere pubblici: se il riconoscimento del caregiver si accompagna a un'offerta acquistata sul mercato, la famiglia resta sola a fare da committente, e cambia soltanto chi emette la fattura.

Come si verifica. Il calendario. Una legge sul caregiver familiare va approvata entro i primi

diciotto mesi di legislatura, altrimenti segue il destino di tutte le precedenti.

7. Impegno quinto. Retribuzioni e diritti per chi lavora nella cura

La richiesta. Contratti, salari e diritti per chi lavora nella cura, su due fronti: l'allineamento delle retribuzioni dei medici e del comparto infermieristico ai livelli medi dei Paesi europei di riferimento, e l'emersione e la regolarizzazione del lavoro domestico e assistenziale.

Una nota sui dati. Le cifre che seguono sono retribuzioni lorde annue espresse in euro. Dove il confronto è corretto per il potere d'acquisto, e cioè dove tiene conto di quanto si può comprare con lo stesso salario nei diversi Paesi, viene segnalato espressamente. I Paesi sono nominati uno per uno, perché il divario non è una media astratta: è la ragione concreta per cui un infermiere di Udine si trasferisce a Klagenfurt e un anestesista di Napoli risponde a un annuncio olandese.

Perché, per i medici. Secondo le analisi dell'Anao Assomed, la retribuzione lorda annua di un dirigente medico italiano si colloca intorno agli ottantacinquemila euro, contro una media europea stimata in circa centoquarantacinquemila. L'Italia sta in fondo alla classifica insieme a Portogallo e Grecia. Paesi Bassi, Belgio, Lussemburgo e Islanda si attestano tra i centottantamila e i duecentomila euro lordi l'anno; Germania, Francia e Austria restano stabilmente sopra la media europea. Un medico italiano a inizio carriera parte da circa cinquantamila euro lordi, mentre in Germania un neolaureato entra intorno ai quattromilacinquecento euro al mese. Sui medici in formazione specialistica il quadro peggiora ulteriormente: l'analisi della Federazione europea dei medici salariati, corretta per il potere d'acquisto, colloca l'Italia al quint'ultimo posto del continente, sopra soltanto Spagna, Grecia, Repubblica Ceca e Slovacchia.

Perché, per gli infermieri. Per il comparto infermieristico il divario è più netto e più facile da leggere. La retribuzione lorda annua media in Italia si aggira intorno ai trentaduemila euro, che si traducono in buste paga comprese tra i milleseicentocinquanta e i millenovecento euro netti al mese, indennità di turno, notte e festivo già incluse. In Germania un infermiere supera i quarantamila euro lordi l'anno. In Francia e in Spagna si superano i trentaquattromila. In Belgio e in Irlanda si raggiungono e si superano i cinquantamila. In Lussemburgo si va oltre gli ottantamila. In Svizzera la forbice si colloca tra i settantamila e i centomila. Corretto per il potere d'acquisto, il confronto europeo colloca l'infermiere italiano intorno ai ventottomilaquattrocento euro contro una media dell'Unione di trentacinquemilatrecento. E c'è un dato che riassume tutti gli altri: l'Italia è uno dei pochi Paesi europei in cui un infermiere guadagna quanto o meno del lavoratore medio nazionale, mentre nella maggior parte del continente la retribuzione infermieristica supera di circa il venti per cento la media salariale del Paese, e in Polonia e nella Repubblica Ceca la supera del cinquanta.

La conseguenza. Secondo le stime delle associazioni infermieristiche, riprese dalla documentazione parlamentare, mancano circa settantamila infermieri, e i concorsi restano deserti nelle discipline più gravose, dall'emergenza-urgenza all'anestesia e rianimazione. Ogni anno professionisti formati con denaro pubblico italiano vanno a lavorare in Germania, Svizzera, Regno Unito, Francia e nei Paesi nordici: il costo della formazione resta a carico nostro, il beneficio va altrove. È il punto in cui il salario smette di essere una rivendicazione sindacale e diventa una condizione di esistenza del servizio pubblico. Nessun piano di assunzioni funziona se non c'è nessuno disposto a essere assunto.

Perché, per il lavoro domestico e assistenziale. Il sistema italiano della non autosufficienza poggia su due pilastri invisibili: i familiari e le lavoratrici domestiche, in larga parte straniere,

in larga parte pagate in nero o soltanto parzialmente in regola. È un modello che scarica sul lavoro povero e ricattabile ciò che dovrebbe essere un servizio pubblico. La stessa Prestazione Universale, vincolando il proprio importo all'assunzione regolare di una assistente familiare, riconosce implicitamente il problema senza affrontarlo: usa la persona anziana come strumento di emersione e le lascia il compito di essere datore di lavoro.

Che cosa comporta. Per il personale sanitario e sociosanitario, un piano pluriennale di allineamento retributivo alla media dei Paesi europei di riferimento, e cioè Germania, Francia, Paesi Bassi, Belgio, Austria e Spagna, scritto nei rinnovi contrattuali con una traiettoria dichiarata anno per anno e non affidato a indennità una tantum o a voci accessorie che non fanno pensione. Un obiettivo verificabile entro la legislatura è il recupero di almeno metà del divario: per gli infermieri significa passare dai circa trentaduemila euro lordi attuali a non meno di trentaseimila; per i dirigenti medici significa colmare almeno trenta dei sessantamila euro che oggi separano l'Italia dalla media europea. A questo va aggiunto il superamento definitivo del tetto di spesa per il personale sanitario, ancorato per oltre un decennio ai livelli del 2004, che impedisce di assumere anche quando le risorse esistono. Per il lavoro domestico e assistenziale, rinnovo e applicazione effettiva dei contratti, attività ispettiva, incentivi strutturali e non occasionali all'emersione, formazione riconosciuta e certificata, e soprattutto la costruzione di servizi pubblici che assumano direttamente il personale invece di trasferire alle famiglie il ruolo di committente su un mercato non regolato.

Di quante risorse parliamo. Le cifre vanno dette, perché questo è l'impegno che richiede l'impiego maggiore dopo il rifinanziamento generale del Servizio Sanitario Nazionale, ed è anche quello di cui finora nel dibattito pubblico si sono taciuti i numeri.

1. Allineamento retributivo del comparto infermieristico. La simulazione elaborata da Leonardi, Rizzo, Secomandi e Turati per lavoce.info quantifica in circa 13.000 euro annui per lavoratore l'aumento necessario a portare la retribuzione infermieristica italiana al rapporto con il salario medio nazionale riscontrato in area OCSE, che si riduce a circa 6.000 euro se si assume la retribuzione più alta stimata dall'ARAN comprensiva delle voci accessorie. Applicato ai poco più di 360.000 infermieri del Servizio Sanitario Nazionale, l'impiego complessivo si colloca fra 2,2 e 4,7 miliardi di euro l'anno, pari a una quota compresa fra l'1,7 e il 3,7 per cento del fabbisogno sanitario nazionale standard.

2. Ampliamento degli organici infermieristici. L'inchiesta Dataroom del Corriere della Sera, elaborata su documenti della Corte dei conti e su previsioni ARAN, stima in circa 50.000 euro annui la spesa media per infermiere assunto. Colmare una carenza di 60.000 unità comporta quindi circa 3 miliardi di euro l'anno a regime. Un piano di assunzioni distribuito su quattro anni richiede circa 750 milioni già nel primo anno; la legge di bilancio 2026 ne ha stanziati 300 per 6.000 infermieri, con uno scarto di 450 milioni sul solo primo esercizio. Se si portasse il rapporto fra medici e infermieri al livello spagnolo, la stessa analisi di lavoce.info colloca il fabbisogno complessivo di retribuzioni e organici fra 3 e 5,5 miliardi annui.

3. Dirigenza medica e sanitaria. Il contratto 2022-2024, firmato nel febbraio 2026, ha impegnato 1,2 miliardi di euro per 137.000 dirigenti, di cui 120.000 medici, con un incremento medio del 7,27 per cento pari a circa 491 euro lordi mensili. È l'ordine di grandezza di una singola tornata contrattuale: recuperare il divario europeo richiede che ogni rinnovo della legislatura muova risorse almeno equivalenti, e che le somme già stanziate vengano effettivamente erogate. L'indennità di specificità medica, finanziata con 407 milioni nella legge di bilancio 2026, è rimasta congelata in attesa della firma del contratto successivo: sono risorse già in bilancio che non arrivano in busta paga.

Le risorse necessarie a questo impegno si collocano dunque, a regime, fra i 6 e i 9 miliardi di

euro l'anno. Va però precisato un punto di metodo, perché altrimenti le cifre si sommano male: queste risorse non si aggiungono al rifinanziamento del Servizio Sanitario Nazionale richiesto dal terzo impegno, ne costituiscono la componente principale. La spesa per il personale è la voce più consistente del Fondo sanitario nazionale, ed è anche quella su cui il definanziamento ha inciso di più. Secondo la stima illustrata dalla Fondazione GIMBE in audizione alla Camera nel gennaio 2026, fra il 2012 e il 2024 la quota di spesa sanitaria destinata al personale è scesa dal 39,7 al 36,6 per cento: se fosse rimasta ai livelli del 2012, al personale sarebbero andati 33,04 miliardi di euro in più, di cui 12,82 nel solo quadriennio 2020-2024. È una stima virtuale, costruita per differenza rispetto a uno scenario controfattuale, e va citata per quello che è; ma misura la direzione di quindici anni di scelte. Chiedere il rifinanziamento del Servizio Sanitario Nazionale e chiedere retribuzioni europee non sono due richieste separate: sono la stessa richiesta, vista dal lato del bilancio e dal lato della busta paga.

Va detto infine ciò che è già stanziato, perché la richiesta sia esatta e non gonfiata. La legge di bilancio 2026 ha previsto 2,4 miliardi aggiuntivi per il Servizio Sanitario Nazionale nel 2026 e 2,65 miliardi annui dal 2027; ha portato l'indennità di specificità infermieristica da 285 a 480 milioni annui; e ha autorizzato assunzioni straordinarie entro un tetto di 450 milioni. Sono misure che coprono meno della metà del divario retributivo infermieristico e una frazione del fabbisogno di organico. Quello che chiediamo non è un punto di partenza diverso: è il completamento di un percorso che è stato avviato e poi interrotto.

Come si verifica. Tre indicatori, tutti già rilevati da fonti terze e nessuno costruito da noi. La retribuzione lorda annua media, in euro, di infermieri e dirigenti medici italiani, confrontata ogni anno con quella dei Paesi europei di riferimento. Il rapporto tra la retribuzione infermieristica e il salario medio nazionale, che deve tornare positivo e allinearsi al venti per cento europeo. E l'andamento dei rapporti di lavoro domestico regolarizzati, insieme alla quota di assistenza erogata da servizi pubblici o accreditati rispetto a quella acquistata direttamente dalle famiglie.

8. Impegno sesto. Vita indipendente, autodeterminazione e residenzialità pubblica

La richiesta. Finanziamento pieno dei percorsi di vita indipendente e di autodeterminazione delle persone con disabilità, in attuazione della Convenzione delle Nazioni Unite, contro ogni forma di istituzionalizzazione imposta; e riconduzione della residenzialità per anziani e persone non autosufficienti alla gestione pubblica, sottraendola alla logica del profitto e del rendimento immobiliare.

Perché. L'Italia ha ratificato la Convenzione nel 2009 e non ne ha mai attuato fino in fondo l'articolo 19. I progetti di vita indipendente restano finanziati in via sperimentale, a bando, con risorse insufficienti e discontinue, mentre la spesa pubblica per la residenzialità resta strutturale e certa. Chi non ottiene il progetto entra in struttura, e la struttura pesa sulla collettività più dell'assistenza personale autogestita. L'istituzionalizzazione non è quasi mai una scelta: è ciò che accade quando non esiste un'alternativa finanziata.

Che cosa comporta. Il passaggio del finanziamento della vita indipendente da misura sperimentale a livello essenziale delle prestazioni, con budget di progetto in capo alla persona, assistenza personale autogestita e possibilità effettiva di scegliere chi entra nella propria casa. E il principio, da scrivere in norma, che nessuno possa essere istituzionalizzato per la sola assenza di alternative.

La residenzialità che resta necessaria. Non ogni forma di residenzialità è evitabile: esistono condizioni in cui una struttura è la sola risposta possibile. Quando lo è, deve essere pubblica.

Oggi non lo è. Secondo l'ISTAT, nel 2021 la gestione dei presidi residenziali era affidata prevalentemente a organismi di natura privata, nel 75 per cento dei casi, mentre soltanto il 13 per cento delle strutture risultava gestito dal settore pubblico; il restante 12 per cento era gestito da enti di natura religiosa. Dentro l'area privata la quota a scopo di lucro è cresciuta con l'ingresso dei fondi immobiliari, che dagli anni duemila acquistano strutture già accreditate dal servizio sanitario pubblico perché garantiscono rendimenti da locazione stabili, intorno al sei o sette per cento lordo annuo. È il punto in cui la cura diventa un attivo finanziario: la retta paga il rendimento, e il rendimento si difende comprimendo il costo del lavoro e il rapporto tra operatori e ospiti. Quello che è accaduto nelle residenze durante la pandemia ha mostrato che cosa produce quella compressione.

A quel dato se ne affianca un altro, costruito su una base diversa e per questo ancora più utile. L'Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale, che censisce le strutture sanitarie e non i soli presidi per anziani, indica per il 2023 una quota di privato accreditato pari all'85,1 per cento nell'assistenza residenziale e al 72,8 per cento nella semi-residenziale. Le due rilevazioni misurano cose diverse e vanno tenute distinte, ma convergono su un punto: nella residenzialità l'offerta pubblica è diventata l'eccezione. Non c'è mercato dove una sola opzione esiste, e non c'è scelta dove l'alternativa pubblica non esiste affatto.

Che cosa chiediamo sulla residenzialità. Un piano pubblico di residenzialità: strutture pubbliche, di piccola dimensione e integrate nel tessuto urbano invece che collocate ai margini; standard nazionali vincolanti sul rapporto tra operatori e ospiti, uguali su tutto il territorio; trasparenza obbligatoria dei bilanci e degli assetti proprietari per ogni struttura accreditata, compresi i fondi che ne detengono gli immobili; superamento progressivo dell'accREDITAMENTO di strutture il cui modello economico poggia sul rendimento immobiliare anziché sulla qualità dell'assistenza. Le risorse pubbliche che oggi remunerano quel rendimento devono tornare a finanziare servizi.

E lo stesso criterio dell'impegno terzo. Dove una struttura residenziale accreditata costituisce l'unica risposta disponibile in un territorio, e la sua gestione risponde a un rendimento finanziario invece che alla qualità dell'assistenza, chiediamo che si proceda alla riconduzione alla mano pubblica nei casi e alle condizioni stabiliti dall'articolo 43 della Costituzione e nel rispetto della disciplina europea applicabile, con trasferimento della struttura, del personale e della presa in carico degli ospiti, e con indennizzo determinato per legge. Nessun anziano e nessuna persona con disabilità viene spostato o dimesso: cambia la proprietà, non la vita di chi ci abita. Vale qui, per intero, l'argomento economico già esposto nell'impegno terzo: un rendimento del sei o sette e mezzo per cento lordo annuo si paga ogni anno e senza termine, l'indennizzo si paga una volta sola.

Come si verifica. Due indicatori. La quota di spesa pubblica destinata alla domiciliarità e alla vita indipendente rispetto a quella destinata alla residenzialità. E l'andamento della quota di posti letto a gestione pubblica sul totale nazionale, oggi ferma a meno di un quarto. Sono numeri che non si possono raccontare.

9. Impegno settimo. Livelli essenziali e revisione del Titolo V

La richiesta. Sospensione immediata di ogni trasferimento alle Regioni delle competenze in materia di tutela della salute e abrogazione della legge sull'autonomia differenziata; determinazione per legge, con risorse certe, dei livelli essenziali delle prestazioni; e avvio, entro la legislatura, del procedimento di revisione costituzionale del Titolo V e delle altre disposizioni che hanno reso possibile la devoluzione e hanno subordinato la spesa sociale al vincolo di bilancio.

Perché. Il diritto alla salute è già disuguale su base territoriale, e l'autonomia differenziata consolida quella disuguaglianza invece di correggerla. La Corte costituzionale ha dichiarato illegittime nel 2024 diverse parti della legge Calderoli, ma l'impianto è rimasto in piedi e nel luglio 2026 il percorso delle intese preliminari con le Regioni del Nord è ripreso, comprendendo il coordinamento della finanza sanitaria.

C'è poi un intreccio che va reso esplicito. Il decentramento e l'aziendalizzazione sono nati insieme, all'inizio degli anni Novanta, e si sono sostenuti a vicenda: le aziende sanitarie rispondono alle Regioni, e ogni Regione ha costruito un proprio equilibrio fra erogazione pubblica e privata accreditata. È il motivo per cui il rapporto fra pubblico e privato varia enormemente da un territorio all'altro, e per cui il settimo impegno e il terzo non possono essere separati: senza livelli essenziali uniformi definiti per legge, la riconduzione dell'erogazione alla rete pubblica resterebbe una scelta rimessa a venti amministrazioni diverse.

La radice è costituzionale, e va detta. Combattere l'autonomia differenziata soltanto sul terreno della legge ordinaria significa combatterla su un campo che la Costituzione, così come è oggi, ha già concesso all'avversario. La riforma del Titolo V, approvata con la legge costituzionale 3 del 2001 e confermata dal referendum dell'ottobre di quell'anno, ha fatto tre cose insieme: ha riformulato la materia come tutela della salute ampliando lo spazio regionale; ha rovesciato il criterio di riparto attribuendo alle Regioni la competenza residuale; e soprattutto ha introdotto, all'articolo 116 terzo comma, il meccanismo delle ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia su richiesta della singola Regione. Alla determinazione dei livelli essenziali ha provveduto affidandola allo Stato, ma senza fissare alcun termine e senza alcuna garanzia di finanziamento. Venticinque anni dopo, i livelli essenziali delle prestazioni sociali non esistono ancora, mentre il meccanismo dell'articolo 116 è pienamente operativo. La legge Calderoli non ha creato nulla: ha attuato una possibilità già scritta.

Va aggiunto un elemento che riguarda tutti, e non una parte soltanto. Quella riforma non fu il prodotto di uno schieramento contro un altro: nacque da un clima politico che attraversava l'intero arco parlamentare, nel quale il decentramento veniva presentato come una risposta moderna all'inefficienza dello Stato centrale, e fu confermata da un referendum. Rileggerla oggi, alla luce di venticinque anni di applicazione, non significa cercare responsabili: significa prendere atto che quel presupposto si è rivelato sbagliato, perché il decentramento della salute non ha prodotto efficienza ma disuguaglianza. È un bilancio che chiediamo di fare a tutte le forze politiche, comprese quelle a cui questo documento si rivolge con maggiore fiducia.

Il secondo intervento. La legge costituzionale 1 del 2012 ha inserito nell'articolo 81 il vincolo dell'equilibrio di bilancio e lo ha esteso agli articoli 97, 117 e 119. Da allora la spesa per i diritti sociali non è più una scelta politica misurata sull'articolo 32, ma una variabile dipendente da un parametro contabile iscritto nella Costituzione stessa. Le due riforme lavorano insieme: la prima frantuma il diritto sul territorio, la seconda ne comprime il finanziamento. È per questo che una campagna sulla cura non può fermarsi alla legge ordinaria.

Perché la giurisprudenza costituzionale non basta. Un argine esiste, ed è giusto rivendicarlo. Con la sentenza 275 del 2016 la Corte costituzionale ha dichiarato illegittima una norma regionale che subordinava il trasporto scolastico degli studenti con disabilità ai limiti della disponibilità finanziaria fissata dalle leggi annuali di bilancio, capovolgendo il ragionamento: non sono i diritti incompressibili a doversi adattare all'equilibrio di bilancio, ma è l'equilibrio di bilancio a doversi conformare alla loro erogazione. Quella linea è stata poi ripresa e consolidata.

Ma non è una soluzione, per tre ragioni. La prima, e la più importante: la Corte protegge il nucleo indefettibile di un diritto soltanto una volta che quel nucleo sia stato identificato da una norma. Dove i livelli essenziali non sono definiti per legge non c'è nucleo da difendere, e la tutela non scatta. È esattamente la condizione in cui versano oggi le prestazioni sociali, ed è il motivo per cui i due tempi di questo impegno stanno insieme e non sono separabili. La seconda: è una protezione successiva e caso per caso, che interviene quando il diritto è già stato negato e soltanto se qualcuno ha la forza di arrivare in giudizio, cosa che una persona non autosufficiente e la sua famiglia quasi mai hanno. La terza: l'articolo 81 resta in vigore e pienamente applicabile. La giurisprudenza lo ha depotenziato nei confronti del nucleo incompressibile dei diritti, non lo ha rimosso, e continua a operare su tutto il resto della spesa sociale, che è la parte più grande.

La conseguenza politica è semplice. La giurisprudenza costituzionale ci dà la ragione, non le risorse. Chiediamo perciò che il principio affermato dalla Corte sia scritto nella Costituzione, invece di doverlo invocare ogni volta davanti a un giudice.

Che cosa comporta. Su due tempi, che non vanno confusi. Nell'immediato, con legge ordinaria e nei primi mesi di legislatura: sospensione di ogni nuova intesa sulle materie riconducibili alla tutela della salute; abrogazione della legge 86 del 2024; determinazione per legge dei livelli essenziali delle prestazioni sociali con la copertura che li rende esigibili; meccanismo di perequazione che riduca il divario esistente invece di fotografarlo. Nell'arco della legislatura, con il procedimento dell'articolo 138: abrogazione del terzo comma dell'articolo 116; riconduzione alla competenza esclusiva dello Stato della determinazione e del finanziamento dei livelli essenziali in materia di salute; revisione dell'articolo 81 nella parte in cui subordina all'equilibrio di bilancio la garanzia dei diritti fondamentali, recependo in Costituzione il principio già affermato dalla Corte nel 2016 e stabilendo che il finanziamento dei livelli essenziali costituisce spesa non comprimibile.

Non è una nuova riforma, è un ritorno. Non chiediamo di riscrivere la Costituzione: chiediamo di rimuovere ciò che vi è stato aggiunto contro il suo impianto originario. Gli articoli 2, 3, 32 e 38 non sono mai stati toccati e continuano a dire che la Repubblica garantisce la salute a tutti e rimuove gli ostacoli che limitano di fatto l'uguaglianza. Sono le modifiche del 2001 e del 2012 ad avere introdotto, dentro quello stesso testo, i due dispositivi che rendono quelle promesse inesigibili.

Come si verifica. Tre indicatori, nell'ordine. L'assenza di nuove intese sulla tutela della salute entro i primi sei mesi di legislatura. L'approvazione di una legge sui livelli essenziali delle prestazioni sociali con la relativa copertura finanziaria entro il primo anno. Il deposito e la prima deliberazione di un progetto di legge costituzionale di revisione del Titolo V entro la metà della legislatura.

10. Di quante risorse parliamo, per intero

Un impegno programmatico senza cifre è un auspicio. Ecco dunque il conto, voce per voce, con le fonti di ciascuna stima. Usiamo la parola risorse e non la parola costo, e non è una civetteria lessicale: un costo è ciò che si sottrae, una risorsa è ciò che si destina. La differenza fra le due parole è esattamente l'oggetto di questa campagna.

1. Servizio Nazionale per la Non Autosufficienza. Circa 1,3 miliardi di euro per l'avvio e fra i 5 e i 7 miliardi annui a regime, secondo le stime del Patto per un nuovo welfare.
2. Rifiinanziamento del Servizio Sanitario Nazionale. Il divario fra fabbisogno e finanziamento pubblico calcolato dalla Fondazione GIMBE è di circa 30,6 miliardi di euro nel triennio 2027-2029, poco più di 10 miliardi l'anno.

3. Retribuzioni e organici del personale sanitario. Fra i 6 e i 9 miliardi annui a regime, secondo le stime riportate nell'impegno quinto. Questa voce non si somma alla precedente: ne è la componente principale, perché il personale è la voce più consistente del Fondo sanitario nazionale.

4. Riconoscimento del caregiver familiare, vita indipendente e residenzialità pubblica. Sono le voci meno quantificabili in anticipo, perché dipendono dal perimetro che la legge stabilirà. Vale però la pena osservare che l'accredito figurativo dei periodi di cura e il riequilibrio verso la domiciliarità liberano anche risorse: la residenzialità pesa sulla collettività più dell'assistenza domiciliare autogestita, e il ricovero improprio pesa più del servizio che lo avrebbe evitato.

Sommando le voci senza duplicare quelle che si sovrappongono, l'impiego aggiuntivo di risorse per l'intero programma si colloca fra i 12 e i 17 miliardi di euro l'anno a regime, da raggiungere gradualmente nell'arco della legislatura e non in un solo esercizio.

La cifra va detta per intero e senza reticenze, perché è la sola risposta seria all'obiezione che verrà rivolta a questa campagna. E va messa accanto ad altre due cifre.

La prima. Secondo la stima elaborata dall'Osservatorio MilEx nell'Annuario 2026, presentato alla Camera il 23 luglio 2026, la spesa militare italiana raggiungerebbe quest'anno circa 33,9 miliardi di euro, di cui 13,2 miliardi destinati al solo acquisto di armamenti. Va precisato che si tratta di una elaborazione indipendente di quella che MilEx definisce spesa militare pura, e non di una voce ufficiale di contabilità nazionale. Sempre secondo una stima del medesimo Osservatorio, l'incremento cumulativo di spesa associato alla traiettoria verso il 5 per cento del prodotto interno lordo entro il 2035 potrebbe raggiungere circa 498 miliardi di euro rispetto a uno scenario di permanenza al 2 per cento: una proiezione, non uno stanziamento deliberato, ma che descrive l'ordine di grandezza della direzione intrapresa, superiore a quanto serve per l'intero programma qui proposto.

La seconda. 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 2026-2028 fino a circa 14,4 miliardi di euro per la sicurezza energetica e 21,7 miliardi per la difesa. Si tratta di un margine di flessibilità rispetto al percorso di rientro concordato con Bruxelles, non di risorse già stanziate, e le cifre definitive dipendono dal successivo percorso europeo. Resta però il fatto politico, che è quello che ci interessa: il vincolo di bilancio opposto per anni a ogni richiesta di finanziamento della sanità è stato considerato derogabile, con un voto, per una destinazione precisa. Se la deroga è praticabile per gli armamenti, la domanda che rivolgiamo a ciascun destinatario di questo documento è perché non lo sia per i livelli essenziali delle prestazioni.

La nostra Costituzione ripudia la guerra e tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo: anteporre gli armamenti alla cura rovescia l'ordine di valori che ci siamo dati. Non è una questione di sostenibilità. È una questione di gerarchia.

11. Dove si prendono le risorse

Quattro voci, tutte già individuate e tutte praticabili con decisioni ordinarie di bilancio.

1. Revisione della spesa militare e della sua traiettoria. Fra il 2010 e il 2026 la spesa militare italiana ha superato i 429 miliardi di euro correnti, circa 503 miliardi a valori costanti, e la spesa per armamenti è quadruplicata rispetto ai 3 miliardi del 2006. È nella traiettoria programmata, più ancora che nello stock attuale, che le risorse esistono: rinunciare a un quinto dell'incremento previsto fino al 2035 finanzierebbe per intero il programma qui proposto.

2. Recupero dell'evasione fiscale. Secondo la Relazione del Ministero dell'economia sull'economia non osservata e sull'evasione fiscale e contributiva, il divario tra imposte dovute e imposte versate si colloca tra i 98,1 e i 102,5 miliardi di euro l'anno, di cui circa 90 miliardi di componente tributaria e 11,5 miliardi di contributi previdenziali non versati. La sola evasione dell'imposta sui redditi da lavoro autonomo e d'impresa vale oltre 35 miliardi l'anno, con una propensione all'evasione superiore al 61 per cento. Cinque miliardi per la non autosufficienza sono il cinque per cento di quella cifra. A questo va aggiunta la fine della stagione dei condoni, che dell'evasione alimenta l'aspettativa.

3. Progressività dell'imposizione sui grandi patrimoni, sulle rendite finanziarie e sugli extraprofitti.

3 bis. Riconduzione alla mano pubblica delle strutture in condizione di monopolio di fatto, nei casi e alle condizioni stabiliti dall'articolo 43 della Costituzione e nel rispetto della disciplina europea applicabile. L'indennizzo si paga una volta sola, mentre la remunerazione di un rendimento immobiliare compreso fra il sei e il sette e mezzo per cento lordo annuo si paga ogni anno e senza termine. È una voce che nel medio periodo libera risorse invece di assorbirne.

4. Riduzione della spesa pubblica che oggi alimenta il mercato privato della sanità, a partire dai rapporti di accreditamento e dalla defiscalizzazione dei fondi sanitari integrativi privati e delle polizze collettive, che vale ogni anno diversi miliardi di gettito sottratto al Servizio Sanitario Nazionale.

Ogni miliardo destinato altrove è un miliardo sottratto a un respiratore, a un'assunzione, a un servizio domiciliare. La scarsità di risorse per la cura non è un dato di natura: è l'esito di una gerarchia di priorità, e ciò che nasce da una scelta può essere cambiato da una scelta diversa. Finché la cura sarà chiamata costo e il riarmo investimento, le decisioni andranno in una sola direzione.

12. Che cosa può fare ciascun livello istituzionale

Questo documento raggiunge quattro livelli istituzionali che hanno poteri diversi. Nessuno di essi può fare tutto, ma nessuno può sostenere di non poter fare nulla. La distinzione serve a evitare la risposta più comoda, quella di chi rinvia la competenza a un altro livello.

Parlamento nazionale. Ha competenza su tutti e sette gli impegni. Determina il Fondo sanitario nazionale e il Fondo per le non autosufficienze con la legge di bilancio; può approvare la legge quadro sul caregiver familiare; definisce per legge i livelli essenziali delle prestazioni sociali; supera la sperimentazione della Prestazione Universale con un servizio nazionale; interviene sul tetto di spesa per il personale sanitario e sul finanziamento dei rinnovi contrattuali; decide se proseguire o sospendere il trasferimento alle Regioni delle competenze sulla tutela della salute; ed è l'unico livello che può avviare, con il procedimento dell'articolo 138, la revisione delle disposizioni costituzionali che hanno reso possibile la devoluzione e il vincolo di bilancio sulla spesa sociale.

Parlamento europeo. Non legifera sull'organizzazione sanitaria nazionale, ma incide sul quadro dentro il quale le scelte italiane vengono compiute. Interviene sulle regole di bilancio e sul semestre europeo, dove la spesa sociale viene classificata come spesa corrente comprimibile; sull'impiego del Fondo sociale europeo e dei fondi di coesione; sull'attuazione della strategia europea per i diritti delle persone con disabilità e della carta europea della disabilità. A questo livello chiediamo che la spesa per la cura non sia trattata come una voce da contenere ma come investimento sociale, alla stessa stregua di quanto oggi si riconosce alla spesa per la difesa.

Consigli regionali. Hanno competenza concorrente sulla tutela della salute e competenza piena sui servizi sociali. Approvano i piani sociosanitari e i bilanci regionali; fissano i criteri di accesso e le ore di assistenza domiciliare; determinano le rette e le compartecipazioni; stabiliscono i requisiti di accreditamento delle strutture residenziali; istituiscono e finanziano i fondi regionali per la non autosufficienza e per la vita indipendente. Su almeno quattro dei sette impegni possono agire subito, senza attendere alcuna decisione nazionale.

Assessorati alle politiche sociali e alla sanità. Sono il livello dell'attuazione. Con delibere di giunta si ripartiscono i fondi, si fissano gli standard di personale nelle strutture, si definiscono i budget di progetto per la vita indipendente, si stabiliscono i criteri per la valutazione multidimensionale del bisogno. È il livello dove le parole di un piano diventano ore di assistenza effettivamente erogate, oppure non lo diventano.

Ai destinatari regionali chiediamo perciò due cose insieme: l'adesione ai sette impegni e l'indicazione di quali fra essi intendano attuare nell'ambito delle competenze che già esercitano oggi, specificando atti e tempi. È una richiesta più esigibile di quella rivolta ai parlamentari, perché riguarda decisioni che possono essere assunte entro la sessione di bilancio in corso.

13. Che cosa chiediamo di sottoscrivere

Non chiediamo una dichiarazione di simpatia. Chiediamo un'adesione scritta, nominale e datata, entro il termine indicato nella lettera di trasmissione. Le formule sono due, perché i poteri sono diversi. E in entrambe la richiesta è articolata per orizzonte temporale, perché nessuno possa dire che non sa se sarà rieleto: soltanto l'ultimo dei tre punti dipende dall'esito del voto. Il secondo, in particolare, riguarda un potere che ogni eletto conserva anche quando non si ricandida, perché i programmi non li scrivono i singoli parlamentari ma le segreterie e i gruppi dirigenti dei partiti, dove molti degli attuali eletti continueranno a pesare. Chi non sottoscrive quel punto sta dicendo qualcosa di preciso.

Ai parlamentari nazionali e ai parlamentari europei:

Aderisco ai sette impegni contenuti nel documento *La cura non è un costo*. È un diritto e assumo, per quanto di mia competenza, i seguenti impegni. Primo: nella legislatura in corso, sostenerli negli atti che restano, a partire dalla legge di bilancio e dalla scadenza della Prestazione Universale fissata al 31 dicembre 2026. Secondo: nella fase di elaborazione dei programmi, promuoverne l'inserimento nel programma della forza politica di cui faccio parte, indipendentemente dalla mia ricandidatura. Terzo: nella prossima legislatura, in caso di elezione, sostenerne l'attuazione e votare coerentemente con essi.

Ai consiglieri regionali e agli assessori regionali alle politiche sociali e alla sanità:

Aderisco ai sette impegni contenuti nel documento *La cura non è un costo*. È un diritto e mi impegno ad attuare quelli che rientrano nelle competenze della Regione, con gli atti e nei tempi che indico di seguito, a partire dal bilancio regionale in discussione; e a sostenerne l'inserimento nel programma della forza politica di cui faccio parte in vista delle prossime elezioni politiche.

L'adesione è soggetta a cinque condizioni, che valgono per tutti i destinatari e che sono parte integrante della richiesta.

1. Il testo non si negozia. Si aderisce ai sette impegni come sono scritti, integralmente oppure indicando i singoli punti sottoscritti. Non accogliamo riformulazioni, versioni concordate o testi alternativi.
2. L'adesione parziale va motivata per iscritto, e le motivazioni vengono pubblicate

testualmente. Una risposta articolata è più utile di un silenzio cortese.

3. Tutte le risposte vengono pubblicate con data e testo integrale, senza commento e senza selezione. Chi non risponde compare nell'elenco di chi non ha risposto.

4. L'adesione non costituisce patrocinio né appoggio dei promotori a chi la sottoscrive, e non autorizza l'uso del nome della campagna, dei promotori o del libro in materiale proprio di alcun genere.

5. Dopo l'adesione si verificano i voti e gli atti. Chi sottoscrive e poi vota o delibera in senso contrario viene registrato e reso pubblico. È questa verifica successiva a rendere l'adesione un impegno anziché uno slogan.

14. A chi è rivolto questo documento

Il documento viene trasmesso nominalmente a chi ricopre una carica elettiva che può incidere sui sette impegni, a qualunque livello e a prescindere dall'appartenenza politica.

1. Tutti i deputati e i senatori della Repubblica in carica.

2. Tutti i consiglieri regionali delle venti Regioni e dei Consigli delle Province autonome di Trento e di Bolzano.

3. Gli assessori regionali alle politiche sociali e alla sanità, comprese le due Province autonome.

4. I deputati al Parlamento europeo eletti in Italia.

Sono poco più di milleseicento destinatari, ciascuno raggiunto a proprio nome. La scelta di non selezionare per appartenenza risponde a una ragione precisa: un invio nominale e integrale rende impossibile sostenere di non aver ricevuto, e permette alla fine di pubblicare per nome chi ha risposto, chi ha risposto in parte e chi ha taciuto. Il silenzio, quando è documentato, è già una risposta.

Questo non fa del documento un testo neutrale, né rende l'adesione un atto privo di conseguenze. I sette impegni non sono negoziabili, l'adesione non comporta alcun riconoscimento da parte nostra e la coerenza fra la firma e i voti viene verificata e pubblicata. Chi sottoscrive per convenienza si espone più di chi tace.

Il documento non si rivolge al Governo in carica come tale e non chiede a questo Esecutivo di rovesciare le proprie scelte: si rivolge a persone titolari di un mandato elettivo, alle quali chiede un impegno per la legislatura che verrà e, dove la competenza è già oggi esercitata, per gli atti che possono compiere subito.

Una precisazione sui tempi, che vale come impegno pubblico da parte nostra. La legislatura in corso volge al termine, e sappiamo che alcuni fra i destinatari non saranno rieletti. Per questo la richiesta è articolata su tre orizzonti e soltanto il terzo dipende dall'esito del voto: l'impegno sugli atti che restano e quello sulla scrittura dei programmi non richiedono di essere rieletti, e il secondo in particolare riguarda un potere che ogni eletto conserva dentro la propria forza politica anche quando non si ricandida.

Dopo le elezioni i sette impegni verranno ritrasmessi a chi non era fra i destinatari originari, con la stessa richiesta e le stesse cinque condizioni. Chi arriva riceverà, insieme al documento, l'esito integrale della prima trasmissione: saprà che cosa è stato chiesto ai suoi predecessori, chi ha aderito e chi ha taciuto. E le adesioni raccolte nella legislatura precedente restano pubblicate e restano verificabili: chi ha sottoscritto e viene rieletto è

tenuto a quanto ha firmato, e lo verificheremo. L'elezione non cancella la firma.

Il documento nasce dal saggio La cura negata. Anatomia dell'abbandono, distribuito gratuitamente in formato digitale.

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 tuttora in corso e continuano ad arrivare: l'elenco completo e aggiornato dei promotori e degli aderenti viene pubblicato il 1 settembre 2026, all'apertura della raccolta firme, sulla pagina della campagna, e viene allegato a questo documento al momento della trasmissione ai destinatari. Ogni organizzazione che voglia aderire può farlo fino a quella data e anche successivamente, fino alla chiusura della raccolta.

15. Fonti dei dati citati

1. Legge 23 marzo 2023, numero 33, e decreto legislativo 15 marzo 2024, numero 29, istitutivo della Prestazione Universale in via sperimentale dal 1 gennaio 2025 al 31 dicembre 2026.
2. INPS e Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, requisiti di accesso alla Prestazione Universale: ottant'anni compiuti, bisogno assistenziale gravissimo accertato, ISEE sociosanitario non superiore a seimila euro, titolarità dell'indennità di accompagnamento; quota integrativa mensile di ottocentocinquanta euro vincolata e soggetta a rendicontazione.
3. Fondazione GIMBE, analisi del Documento di finanza pubblica 2026: rapporto tra spesa sanitaria e prodotto interno lordo congelato al 6,4 per cento fino al 2029 e divario di circa 30,6 miliardi di euro nel triennio 2027-2029.
4. Fondazione GIMBE, analisi della legge di bilancio 2026: quota del Fondo sanitario nazionale sul prodotto interno lordo dal 6,16 per cento del 2026 al 6,05 del 2027 e al 5,93 del 2028.
5. Anaa Assomed, analisi comparata delle retribuzioni della dirigenza medica: circa 85.000 euro lordi annui in Italia a fronte di una media europea stimata intorno ai 145.000 euro, con Paesi Bassi, Belgio, Lussemburgo e Islanda tra i 180.000 e i 200.000 euro.
6. Federazione europea dei medici salariati, FEMS White Book, confronto sulle retribuzioni mediche in ventuno Paesi europei corretto per il potere d'acquisto: posizione dell'Italia nella formazione specialistica e nelle fasce di anzianità successive.
7. OCSE, Health at a Glance 2025: retribuzioni di infermieri e medici specialisti e posizione dell'infermiere italiano rispetto al salario medio nazionale.
8. Rilevazioni comparate sulle retribuzioni infermieristiche lorde annue in euro in Italia, Germania, Francia, Spagna, Belgio, Irlanda, Lussemburgo e Svizzera, aggiornate al 2026; confronto a parità di potere d'acquisto tra Italia, con circa 28.400 euro, e media dell'Unione europea, con circa 35.300 euro.
9. Stime delle associazioni infermieristiche sulla carenza di personale, quantificata in circa settantamila unità.
10. Marco Leonardi, Leonzio Rizzo, Riccardo Secomandi e Gilberto Turati, analisi pubblicata su lavoce.info: fabbisogno per l'allineamento retributivo del comparto infermieristico compreso fra 2,2 e 4,7 miliardi di euro annui su poco più di 360.000 infermieri, fra 3 e 5,5 miliardi se si portasse il rapporto fra medici e infermieri al livello spagnolo.

11. Dataroom del Corriere della Sera, elaborazione su relazione della Corte dei conti e previsioni ARAN: divario retributivo infermieristico di 557 euro mensili rispetto alla media OCSE, coperto per 261 euro dalla legge di bilancio 2026; spesa media di circa 50.000 euro annui per infermiere assunto e fabbisogno di circa 3 miliardi per colmare la carenza di 60.000 unità.
12. Contratto collettivo nazionale dell'Area della Dirigenza Medica e Sanitaria 2022-2024, sottoscritto in via definitiva nel febbraio 2026: 1,2 miliardi di euro per 137.000 dirigenti, incremento medio del 7,27 per cento pari a circa 491 euro lordi mensili.
13. Legge di bilancio 2026: incremento del Servizio Sanitario Nazionale di 2,4 miliardi nel 2026 e 2,65 miliardi annui dal 2027; indennità di specificità infermieristica da 285 a 480 milioni annui; autorizzazione straordinaria alle assunzioni entro un tetto di 450 milioni; 407 milioni per l'indennità di specificità medica.
14. Fondazione GIMBE, audizione alla Camera dei deputati sul disegno di legge di riforma delle professioni sanitarie, gennaio 2026: quota di spesa sanitaria destinata al personale dal 39,7 per cento del 2012 al 36,6 per cento del 2024, con una perdita virtuale stimata in 33,04 miliardi di euro; dotazione infermieristica italiana di 6,9 infermieri per mille abitanti contro una media OCSE di 9,5.
15. ISTAT, presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari: nel 2021 il 75 per cento delle strutture era gestito da organismi di natura privata, il 13 per cento dal settore pubblico e il 12 per cento da enti di natura religiosa. Rilevazione successiva riferita al primo gennaio 2024 e pubblicata nel gennaio 2026: quasi tredicimila presidi residenziali per anziani e circa 426.000 posti letto.
16. Analisi sugli investimenti dei fondi immobiliari nel settore delle residenze per anziani e sui rendimenti da locazione, compresi tra il 6 e il 7,5 per cento lordo annuo, con dati Scenari Immobiliari.
17. Mediobanca, analisi dei bilanci della sanità privata italiana: andamento del giro d'affari delle strutture per la terza età e margini per comparto.
18. Legge 23 dicembre 1978, numero 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale in attuazione dell'articolo 32 della Costituzione; decreti legislativi 30 dicembre 1992, numero 502, e 7 dicembre 1993, numero 517, sul riordino della disciplina sanitaria e sull'assetto aziendale delle unità sanitarie locali; decreto legislativo 19 giugno 1999, numero 229.
19. Proposta di legge di iniziativa popolare promossa dalla CGIL e da La Via Maestra per il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale, che fissa l'obiettivo del 7,5 per cento del prodotto interno lordo a decorrere dal 2030; Anagrafe dei fondi sanitari integrativi presso il Ministero della Salute, rilevazione riferita al 2020; legge di stabilità 2016 e leggi di bilancio 2017 e 2018 in materia di welfare aziendale.
20. Costituzione della Repubblica italiana, articolo 43, in materia di riserva originaria e trasferimento allo Stato, a enti pubblici o a comunità di lavoratori o di utenti, mediante espropriazione e salvo indennizzo, di imprese relative a servizi pubblici essenziali o a situazioni di monopolio.
21. Trattato sul funzionamento dell'Unione europea, articolo 106, in materia di imprese incaricate della gestione di servizi di interesse economico generale e di deroghe alle regole dei Trattati necessarie all'adempimento della missione loro affidata.
22. Decreto ministeriale 26 settembre 2016 sulla definizione di disabilità gravissima, mai aggiornato.

23. Legge costituzionale 18 ottobre 2001, numero 3, di riforma del Titolo V della Parte seconda della Costituzione, confermata dal referendum del 7 ottobre 2001, con particolare riguardo all'articolo 116 terzo comma e all'articolo 117 secondo comma lettera m.
24. Legge costituzionale 20 aprile 2012, numero 1, che ha introdotto il principio dell'equilibrio di bilancio negli articoli 81, 97, 117 e 119 della Costituzione.
25. Corte costituzionale, sentenza numero 275 del 2016, sul rapporto tra equilibrio di bilancio e nucleo incompressibile dei diritti sociali, e giurisprudenza successiva conforme.
26. Legge 26 giugno 2024, numero 86, sull'autonomia differenziata, e sentenza della Corte costituzionale numero 192 del 2024.
27. Corte dei conti, relazione sul Documento di finanza pubblica, audizione del 28 aprile 2026: stato di attuazione delle strutture della sanità territoriale previste dal Piano nazionale di ripresa e resilienza.
28. Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, stime sul fabbisogno del sistema nazionale: circa 1,3 miliardi di euro per l'avvio e tra i 5 e i 7 miliardi annui a regime.
29. Osservatorio MilEx, Annuario 2026 presentato alla Camera dei deputati il 23 luglio 2026. Stime indipendenti, non voci ufficiali di contabilità nazionale: spesa militare italiana di circa 33,9 miliardi di euro nel 2026, di cui 13,2 miliardi per acquisto di armamenti; oltre 429 miliardi correnti fra il 2010 e il 2026, pari a circa 503 miliardi a valori costanti; incremento cumulativo di circa 498 miliardi fra il 2027 e il 2035 nello scenario di avvicinamento al 5 per cento del prodotto interno lordo, rispetto a uno scenario di permanenza al 2 per cento.
30. Ministero dell'economia e delle finanze, Relazione sull'economia non osservata e sull'evasione fiscale e contributiva: divario complessivo tra imposte dovute e versate compreso tra 98,1 e 102,5 miliardi di euro, di cui circa 90 miliardi di componente tributaria e 11,5 miliardi di componente contributiva; evasione dell'imposta sui redditi da lavoro autonomo e d'impresa superiore ai 35 miliardi annui con propensione oltre il 61 per cento.
31. Composizione delle assemblee elettive destinarie: quattrocento deputati, duecento senatori elettivi oltre ai senatori a vita, Consigli regionali composti per statuto da venti a ottanta componenti, settantasei parlamentari europei eletti in Italia.
32. Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dall'Italia con legge 3 marzo 2009, numero 18.
33. Fondazione GIMBE, elaborazione su dati della Ragioneria Generale dello Stato: quota di spesa sanitaria pubblica destinata al privato convenzionato nel 2023, media nazionale del 20,3 per cento, Lazio 29,3, Molise 28,7, Lombardia 27,2, Valle d'Aosta 7,7; spesa pubblica verso il privato convenzionato da 23.376 milioni di euro nel 2012 a 28.709 milioni nel 2024. Composizione della spesa sanitaria privata 2023 su dati ISTAT: 88,6 per cento a carico delle famiglie, 11,4 per cento intermediata da fondi e assicurazioni.
34. Ministero della Salute, Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale, dati 2023: 29.386 strutture sanitarie censite, di cui 17.042 private accreditate e 12.344 pubbliche; quota di privato accreditato dell'85,1 per cento nell'assistenza residenziale, 78,4 nella riabilitativa, 72,8 nella semi-residenziale, 59,7 nella specialistica ambulatoriale. Serie 2011-2023: strutture residenziali private accreditate in aumento del 41,3 per cento e strutture pubbliche in diminuzione del 19,1 per cento; nella semi-residenziale, meno 11,7 per cento il pubblico e più 35,8 per cento il privato.
35. Ragioneria Generale dello Stato, Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario: rapporto fra spesa sanitaria e prodotto interno lordo dal 6,2

per cento del 2027 al 7,2 per cento del 2070. Osservatorio sui conti pubblici italiani, Università Cattolica: quota di popolazione ultraottantenne dall'8 per cento attuale al 10 per cento nel 2040 e al 14 per cento nel 2070, con la spesa sanitaria a loro destinata in crescita dall'1,3 al 2,5 per cento del prodotto interno lordo.

36. Anagrafe dei fondi sanitari integrativi presso il Ministero della Salute, rilevazione riferita al 2020: 318 fondi censiti e circa quindici milioni di iscritti; legge di stabilità 2016 e leggi di bilancio 2017 e 2018 in materia di welfare aziendale.

37. Camera dei deputati, comunicazioni del Ministro dell'economia del 5 agosto 2026 e successiva risoluzione di autorizzazione: richiesta di attivazione della clausola di salvaguardia europea con margine potenziale nel triennio 2026-2028 fino a circa 14,4 miliardi di euro per la sicurezza energetica e 21,7 miliardi per la difesa.