



CENTRO STUDI B-SANITÀ

Gli Approfondimenti





Gennaio 2026

L'ECCEZIONALE MODELLO SANITARIO DEL KERALA

Come fa lo Stato indiano ad ottenere risultati eccellenti ad una frazione della spesa europea? Un paradigma di equità, partecipazione e innovazione digitale che può esserci di spunto per ripensare l'assistenza territoriale italiana

A cura di Marinella D'Innocenzo Responsabile
Scientifico B-Sanità, Presidente L'Altra Sanità, già
Direttore Generale Aziende Sanitarie





Lo stato indiano del Kerala, pur disponendo di risorse economiche significativamente inferiori rispetto a molti Stati europei, ha costruito un modello di sistema sanitario capace di garantire maggiore equità, universalismo effettivo, forte partecipazione comunitaria e uso strategico della digitalizzazione come strumento di inclusione. Questo modello si configura come un **riferimento prezioso per ripensare l'assistenza territoriale italiana**, attualmente attraversata da profonde criticità strutturali e crescenti disuguaglianze.

Il paradosso Kerala: eccellenza sanitaria con risorse limitate

Lo stato del Kerala, con una popolazione di circa 35 milioni di abitanti sulla costa sud-occidentale dell'India, rappresenta **un unicum nel panorama sanitario globale**. Governato da una coalizione di ispirazione socialista democraticamente eletta, il Kerala ha raggiunto risultati sanitari che competono con quelli di molti paesi ad alto reddito, nonostante una spesa sanitaria significativamente inferiore. Con un'aspettativa di vita di circa 77 anni – paragonabile a quella di Paesi europei come Portogallo e Grecia – e una mortalità infantile di 5-6 per 1.000 nati vivi, il Kerala supera drammaticamente la media indiana di 69 anni di aspettativa di vita e 30 di mortalità infantile.

La spesa sanitaria totale del Kerala si attesta al 4,5% del prodotto statale lordo (GSDP), con una spesa sanitaria pubblica (Government Health Expenditure) di appena 1,10% del GSDP, pari a circa 2.590 rupie pro capite (circa 30 euro). Questi dati, se confrontati con l'Italia – che destina il 6,3% del PIL alla sanità con una spesa pubblica pro capite di circa 2.300 euro – rivelano un paradosso straordinario: **il Kerala ottiene risultati sanitari eccellenti** con una frazione delle risorse italiane. Questo fenomeno, studiato approfonditamente dalla letteratura scientifica internazionale, è stato definito "Kerala Model" e rappresenta **una sfida alle teorie tradizionali** dello sviluppo che legano automaticamente salute e ricchezza economica.

Come funziona il modello sanitario del Kerala

Il successo keralese si fonda su tre pilastri fondamentali: 1) **l'investimento prioritario nell'istruzione universale** (con un tasso di alfabetizzazione superiore al 96%, il più alto dell'India), 2) **un sistema sanitario pubblico capillare e decentrato**, e 2) **una forte partecipazione civica della popolazione** ai programmi di prevenzione e controllo. Questa combinazione ha prodotto non solo indicatori sanitari eccellenti, ma anche un'eliminazione **certificata della povertà estrema**: nel novembre 2025, il Kerala è diventato il primo stato indiano a dichiarare l'eradicazione della povertà estrema, dopo aver identificato 64.000 famiglie vulnerabili e sviluppato micro-piani personalizzati per ciascuna.

Decentramento democratico e governance partecipativa: Il cuore del modello Kerala

La caratteristica più distintiva del modello sanitario keralese risiede nel suo radicale decentramento democratico, implementato sistematicamente a partire dal 1996 attraverso la "People's Campaign for Decentralized Planning". Questo processo ha trasferito la gestione dell'intero sistema di assistenza primaria agli enti locali autogovernati (Local Self-Government



Institutions - LSGIs), organizzati su tre livelli: i panchayat di villaggio (gram panchayat), i panchayat di blocco (block panchayat) e i panchayat distrettuali (district panchayat).

L'allocazione dei fondi statali

Nel contesto del decentramento, il 40% dei fondi statali viene allocato direttamente ai governi locali, di cui il 25% è destinato specificamente al settore sanitario e all'istruzione. Questo meccanismo conferisce ai panchayat un'autonomia decisionale sostanziale nella definizione delle priorità sanitarie locali, nella gestione dei Centri Sanitari Primari (PHC), dei Centri Sanitari Comunitari (CHC) e degli ospedali distrettuali. I medici e gli operatori sanitari operano quindi come parte integrante di reti locali, con una forte integrazione tra ospedale e territorio e un'enfasi particolare sulla salute mentale, nutrizione e ambiente.

Il confronto con l'Italia

Questa architettura decentrata **si contrappone nettamente al modello italiano**, che mantiene una governance fortemente centralizzata a livello regionale attraverso le Aziende Sanitarie Locali (ASL), con un ruolo marginale degli enti locali territoriali nella pianificazione e gestione sanitaria. Come evidenziato dal Rapporto CNEL 2025, il sistema italiano soffre di un persistente ospedale-centrismo e di un territorio depotenziato, con una carenza critica di strutture intermedie capaci di fornire cure di minore intensità. Mentre il Kerala ha costruito un sistema capillare di presidi territoriali gestiti democraticamente dalle comunità locali, l'Italia fatica ancora a implementare efficacemente il DM 77/2022 sulla riforma dell'assistenza territoriale, con le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità che procedono a rilento e con forti disparità regionali.

Partecipazione comunitaria: dalla retorica alla pratica concreta

Un elemento cruciale che distingue il modello Kerala è **l'effettiva e strutturata partecipazione comunitaria** alla gestione della salute pubblica, che va ben oltre la retorica per assumere forme organizzative concrete e permanenti. Il Kerala ha istituzionalizzato la partecipazione attraverso diverse iniziative innovative, tra cui spiccano Kudumbashree, Arogyasena e il sistema delle ASHA workers (Accredited Social Health Activists).

Kudumbashree, parte integrante della State Poverty Eradication Mission (SPEM), **è la più grande rete di donne auto-organizzate nel settore sanitario e sociale, con oltre 4,5 milioni di membri**. Questa rete non si limita alla microfinanza, ma svolge un ruolo attivo nella sorveglianza epidemiologica, nell'educazione sanitaria di base, nel supporto alle famiglie vulnerabili e nella gestione di iniziative di salute mentale e nutrizione. Durante la pandemia di COVID-19, Kudumbashree ha gestito cucine comunitarie che hanno servito migliaia di pasti, ha supportato l'identificazione dei casi e il tracciamento dei contatti, e ha garantito l'assistenza domiciliare per i pazienti con sintomi lievi.

Arogyasena rappresenta un'altra innovazione significativa della Missione Aardram: si tratta di **un corpo di volontari sanitari comunitari che operano a livello di ward** (circoscrizione),





mobilitando i cittadini per campagne di promozione della salute, screening di massa per malattie non trasmissibili, programmi di disintossicazione e abuso di sostanze, e iniziative per l'igiene e la sanità ambientale. Il motto "La nostra salute, la nostra responsabilità" incarna questa filosofia di responsabilizzazione comunitaria, che trasforma i cittadini da passivi fruitori di servizi a protagonisti attivi del proprio benessere collettivo.

In netto contrasto, il sistema italiano presenta una partecipazione comunitaria quasi inesistente. Non esistono strutture sistematiche di coinvolgimento dei cittadini nella pianificazione e gestione sanitaria locale, e la governance sanitaria rimane un dominio tecnocratico-amministrativo distante dalle comunità territoriali. Come osservato da ricercatori che hanno studiato il modello Kerala, "gli attori nel sistema sanitario considerano la fornitura di assistenza sanitaria primaria più come un esercizio tecnico, e il processo decisionale quindi come dominio esclusivo degli 'esperti'". Questa stessa mentalità caratterizza fortemente anche il sistema italiano, dove la "partecipazione" si riduce spesso a consultazioni formali senza reale potere decisionale.

La Missione Aardram: trasformazione radicale delle cure primarie

La **Missione Aardram** (che significa "compassione" in Malayalam), lanciata nel febbraio 2017 come parte della più ampia Nava Kerala Mission, rappresenta il più grande investimento che il Kerala abbia mai effettuato nel settore sanitario in tempi recenti. L'obiettivo centrale della missione è la trasformazione radicale dei **Centri Sanitari Primari (PHC) in Centri di Salute Familiare (Family Health Centres - FHC) più completi**, accessibili e orientati alla persona.

Questa trasformazione non è stata meramente cosmetica, ma ha implicato un ripensamento profondo del modello di assistenza primaria. I FHC offrono orari estesi (molti operano 24 ore su 24), un pacchetto ampliato di servizi che include laboratori diagnostici, farmacie interne, cliniche per malattie non trasmissibili, servizi di salute mentale, consultori pre-parto, centri yoga e benessere, e servizi di cure palliative. Ogni FHC è dotato di almeno tre medici, quattro infermieri e personale tecnico adeguato, garantendo continuità assistenziale.

La nascita delle 'Case di Comunità' nel Kerala

Dal 2017 al 2023, il Kerala ha trasformato oltre 630 dei suoi 886 PHC in FHC, con l'obiettivo di completare l'intera rete entro il 2025. Questo processo ha comportato la creazione di oltre 5.289 nuovi posti di lavoro per operatori sanitari e il raddoppio dell'investimento pianificato nel settore sanitario. I FHC sono stati concepiti non solo come strutture cliniche, ma come veri e propri hub comunitari che affrontano i determinanti sociali della salute attraverso la coordinazione con altri dipartimenti governativi, organizzazioni della società civile e panchayat locali.

L'attenzione alle fragilità

Un aspetto particolarmente innovativo della Missione Aardram è l'attenzione esplicita ai gruppi vulnerabili e marginalizzati: persone con disabilità, popolazioni tribali, migranti, popolazioni urbane e costiere, anziani e persone transgender ricevono pacchetti di servizi specializzati e





assistenza mirata. Questa enfasi sull'equità e l'inclusione si traduce in programmi concreti: screening per persone con disabilità attraverso i centri Anganwadi, pensioni di invalidità, riabilitazione vocazionale e sociale in collaborazione con panchayat e organizzazioni volontarie, supporto per centri diurni gestiti dal Dipartimento di Giustizia Sociale, e servizi medico-legali.

In Italia, invece..

Il modello italiano di assistenza territoriale, per quanto riformato dal DM 77/2022, rimane lontano da questa visione integrata e comunitaria. Le Case della Comunità, previste per fungere da punto di riferimento territoriale, procedono con estrema lentezza e disomogeneità: a metà 2025 risultavano attivate solo una parte delle strutture programmate, con forti disparità regionali. Inoltre, questi presidi territoriali italiani soffrono di una concezione ancora troppo medicalizzata e troppo poco integrata con i servizi sociali e comunitari, riproducendo su scala ridotta il paradigma ospedale-centrico anziché abbracciare un approccio veramente territoriale e preventivo.

Digitalizzazione come strumento di inclusione e accessibilità

Il Kerala ha abbracciato la digitalizzazione sanitaria non come fine a sé stante, ma come potente strumento di inclusione, accessibilità e democratizzazione dell'assistenza. Il progetto e-Health Kerala, avviato nel 2017 con il supporto del Governo indiano e del Dipartimento della Salute del Kerala, è stato concepito per fornire ai residenti un sistema sanitario centralizzato e conveniente basato su identificazione univoca tramite Aadhaar (il sistema nazionale di identità digitale).

A novembre 2025, il sistema e-Health del Kerala ha raggiunto un traguardo straordinario: **1.001 istituzioni mediche integrate nella piattaforma statale**, inclusi 19 istituti di medicina, 33 ospedali distrettuali e generali, 87 ospedali taluk, 77 centri sanitari comunitari, 554 centri di salute familiare, 99 centri di salute familiare urbani, 15 ospedali specializzati, 3 laboratori di salute pubblica e 114 altre strutture sanitarie. Il sistema ha generato oltre 2,63 crore (26,3 milioni) di registrazioni permanenti UHID (Unique Health ID), con ulteriori 6,73 crore (67,3 milioni) di accessi temporanei e 16,85 lakh (1,685 milioni) di ricoveri attraverso la piattaforma digitale. Questa infrastruttura digitale non è un mero registro elettronico, ma un sistema integrato che permette ai cittadini di prenotare appuntamenti online, ottenere token anticipati per le visite di controllo, effettuare pagamenti digitali, accedere ai propri referti tramite l'app MeHealth, e ricevere servizi di telemedicina attraverso la piattaforma eSanjeevani. Quest'ultima, implementata massicciamente durante la pandemia COVID-19, ha registrato oltre 71.000 consultazioni telematiche solo nel distretto di Thiruvananthapuram tra giugno 2020 e giugno 2022, con il 98% degli utenti che hanno iniziato a utilizzare il servizio proprio durante il lockdown.

Umanizzazione, inclusione e digitalità

Crucialmente, la digitalizzazione keralese è stata concepita con un'attenzione esplicita all'inclusione digitale: formazione per gli operatori sanitari, supporto tecnico per gli anziani e le





popolazioni rurali, interfacce multilingue, e integrazione con strutture di supporto comunitario come Kudumbashree e ASHA workers per assistere chi ha minore alfabetizzazione digitale. Questo approccio contrasta con l'implementazione frammentata della sanità digitale in molti paesi ad alto reddito, dove le barriere digitali possono effettivamente aumentare le disuguaglianze nell'accesso alle cure.

L'Italia, pur avendo stanziato risorse significative attraverso il PNRR per la digitalizzazione sanitaria – circa 1 miliardo di euro per la telemedicina e 1,3 miliardi per il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 – procede con notevole ritardo e disomogeneità territoriale. Gli obiettivi del PNRR prevedono che entro dicembre 2025 l'85% dei medici di base alimenti il FSE, che 280 strutture ospedaliere (DEA di I e II livello) siano digitalizzate, e che 300.000 pazienti siano assistiti attraverso strumenti di telemedicina. Tuttavia, l'implementazione effettiva rimane frammentata, con la Piattaforma Nazionale di Telemedicina (INT) collaudata solo nel novembre 2023 e le Infrastrutture Regionali di Telemedicina (IRT) ancora in fase di sviluppo.

Più preoccupante è il fatto che la digitalizzazione italiana, a differenza di quella keralense, non è stata integrata con una strategia coerente di rafforzamento territoriale e partecipazione comunitaria. Il rischio è che la telemedicina diventi un ulteriore strumento di medicalizzazione a distanza, anziché un'opportunità per ripensare radicalmente il modello di assistenza verso forme più preventive, comunitarie e partecipative. Come osservato dagli analisti del settore, "l'implementazione efficace dell'AI e della digitalizzazione richiede un contesto normativo adeguato" e soprattutto "la riprogettazione dei modelli organizzativi, dalla formazione e accompagnamento a tutti i professionisti sanitari", elementi che nel contesto italiano procedono con estrema lentezza.

Prevenzione, equità universale e determinanti sociali della salute

Il modello Kerala si distingue per il suo approccio radicalmente preventivo e per l'attenzione sistematica ai determinanti sociali della salute, anziché limitarsi al trattamento delle malattie. Come affermato dall'epidemiologa Gandini in un recente articolo, "in Kerala la medicina è preventiva, comunitaria e centrata sulla persona, non sul profitto". Questa filosofia si concretizza in una serie di programmi strutturati che integrano prevenzione primaria, screening di massa, educazione sanitaria e interventi sui fattori ambientali e sociali che influenzano la salute. La Missione Aardram ha lanciato una "Campagna del Popolo" con il motto "La Nostra Salute, La Nostra Responsabilità", che enfatizza campagne per alimentazione sana, promozione dell'esercizio fisico e dello yoga, prevenzione delle dipendenze e dell'abuso di droghe, igiene e sanità ambientale, e screening basati sulla popolazione per malattie non trasmissibili. Questi programmi sono implementati attraverso i Family Health Centres e coinvolgono attivamente scuole, luoghi di lavoro, governi locali e altre agenzie in interventi multisettoriali.

Screening neonatale universale

Un esempio paradigmatico è il programma di screening neonatale universale per malattie metaboliche congenite, che ha contribuito a ridurre la mortalità neonatale a 3,85 per 1.000 nati vivi (contro una media indiana di 23). Analogamente, i programmi di salute materna – che includono registrazione nel primo trimestre per il 98,8% delle donne incinte, quattro visite





prenatali per oltre il 98% delle gestanti, e assistenza al parto da parte di personale qualificato nel 99% dei casi – hanno portato a un tasso di mortalità materna di 43 per 100.000 nati vivi, uno dei più bassi in India.

Sociale e salute: l'accento sulla protezione globale

L'attenzione ai determinanti sociali della salute emerge con particolare chiarezza nel programma di eradicazione della povertà estrema: piuttosto che fornire solo assistenza medica, il governo del Kerala ha adottato un approccio multidimensionale che include alloggi sicuri, assistenza medica gratuita, assistenza finanziaria diretta, sicurezza alimentare, supporto ai mezzi di sussistenza, assistenza per la vecchiaia e per le persone con disabilità. Come ha dichiarato il Primo Ministro Pinarayi Vijayan, "il modello del Kerala dimostra che con una governance centrata sulle persone e robusti sistemi di welfare, l'eradicazione della povertà è un obiettivo raggiungibile, non solo un sogno lontano".

Il sistema italiano, al contrario, continua a soffrire di un approccio prevalentemente curativo e ospedalocentrico, con una prevenzione strutturalmente trascurata e sottofinanziata. Come evidenziato dal Rapporto CNEL 2025, permangono ritardi significativi negli screening oncologici e nelle vaccinazioni, soprattutto nelle regioni meridionali. Gli indicatori 2023 confermano che, mentre il Nord consolida buoni risultati, il Sud continua a inseguire. La prevenzione oncologica femminile mostra una copertura dell'80% al Nord, del 76% al Centro, ma precipita al 58% nel Mezzogiorno.

Questa debolezza nella prevenzione si riflette in un paradosso preoccupante: nonostante l'aumento dell'aspettativa di vita (83,4 anni nel 2024), l'aspettativa di vita in buona salute continua a diminuire. Le donne italiane possono aspettarsi di vivere solo 56,6 anni in buona salute, 1,3 anni in meno rispetto al 2023, con il dato che scende a 54 anni per chi nasce al Sud. Questo significa che quasi un terzo della vita sarà trascorso in condizioni di salute precaria, un indicatore di fallimento nella prevenzione e nella gestione proattiva della salute che contrasta drammaticamente con l'approccio keralese.

Equità universale e leadership femminile: pilastri del successo Keralese

Un aspetto frequentemente trascurato ma fondamentale del modello keralese è la centralità delle donne nel sistema sanitario e la loro leadership diffusa a tutti i livelli. Il Kerala ha la più alta percentuale di forza lavoro sanitaria femminile in India (64,5%) e una densità di dottoresse otto volte superiore rispetto a stati come Uttar Pradesh e Bihar. Oltre ad avere una Ministra della Salute, tutte le principali direttrici tecniche sono donne, e metà dei direttori sanitari distrettuali (District Medical Officers) e circa metà dei medici allopatrici che lavorano nel sistema sanitario pubblico sono donne.

Questa leadership femminile diffusa non è casuale, ma riflette una visione sistemica della salute come campo di giustizia sociale, in cui l'emancipazione femminile, l'istruzione e la partecipazione civica diventano parte integrante dell'infrastruttura di salute pubblica. Il Kerala ha la più alta aspettativa di vita femminile in India (77,8 anni, contro una media nazionale di





71,4 anni), il tasso di mortalità materna più basso, e ha ottenuto risultati eccezionali in tutti gli indicatori di salute materno-infantile grazie a servizi sanitari completi e programmi mirati.

L'empowerment femminile è stato sistematicamente perseguito attraverso Kudumbashree, che ha coinvolto milioni di donne in attività di auto-aiuto, generazione di reddito e leadership comunitaria. Durante la pandemia COVID-19, queste reti femminili hanno svolto un ruolo cruciale nella gestione dell'emergenza, dimostrando come l'investimento nell'empowerment femminile produca benefici moltiplicativi per l'intera società.

Il sistema italiano presenta notevoli lacune in questo ambito. Sebbene la forza lavoro sanitaria sia ampiamente femminilizzata, persistono significative disparità di genere nelle posizioni di leadership e nei livelli retributivi. Più preoccupante è la persistenza di disuguaglianze nell'accesso alle cure che penalizzano le donne, specialmente nel Sud Italia e nelle fasce socioeconomiche più vulnerabili. Le donne italiane, pur essendo più longeve degli uomini, sperimentano una peggiore qualità di vita e maggiori rinunce alle cure per motivi economici.

La lezione per il SSN: verso un nuovo paradigma territoriale

Il confronto sistematico tra il modello Kerala e il Sistema Sanitario nazionale italiano rivela con chiarezza le profonde lacune strutturali di quest'ultimo e offre indicazioni preziose per un ripensamento radicale dell'assistenza territoriale. Sebbene l'Italia continui a occupare posizioni di eccellenza in alcuni indicatori sanitari – aspettativa di vita complessiva, mortalità infantile, alcuni outcome oncologici – il sistema è attraversato da crescenti disuguaglianze territoriali, sociali ed economiche che minano il principio costituzionale dell'universalismo sanitario.

Il primo problema strutturale del SSN italiano è il sottofinanziamento cronico, che si è aggravato negli ultimi quindici anni. Nel 2025, il rapporto spesa sanitaria/PIL è stimato al 6,4%, con un Fabbisogno Sanitario Nazionale di 136,5 miliardi di euro. Questo valore, come sottolineato dalla Fondazione GIMBE, rappresenta "il valore più basso degli ultimi decenni". Per il 2026, nonostante gli annunciati aumenti, il rapporto spesa sanitaria/PIL è previsto scendere ulteriormente al 6,15% (142,9 miliardi), continuando a collocare l'Italia ben al di sotto della media dei paesi europei comparabili.

Come evidenziato dall'analisi della CGIL, "dal 2022 il Governo Meloni ha previsto di tagliare quasi mezzo punto di PIL destinato alla sanità, pari a 9 miliardi di euro". Secondo la Fondazione GIMBE, "solo un aumento stabile e programmato di almeno 7 miliardi di euro l'anno consentirebbe di riportare la spesa sanitaria pubblica italiana in linea con la media europea", un obiettivo che appare lontano dalle attuali previsioni di bilancio.

Il sottofinanziamento si combina con una distribuzione territoriale profondamente iniqua delle risorse. Il divario Nord-Sud nella sanità italiana è documentato in modo sistematico da tutti i rapporti istituzionali recenti. Come rilevato dall'ISTAT nel Rapporto SDGs 2025, "nel Mezzogiorno oltre il 60% degli indicatori SDGs considerati si colloca in posizione peggiore rispetto al valore medio italiano". La dotazione di posti letto ospedalieri è di 27,1 ogni 10.000



abitanti al Sud, contro 32,5 nel Nord-Ovest. L'aspettativa di vita in buona salute è di 55,3-56 anni nel Sud e nelle Isole, contro 59-60,6 nel Nord.

Più drammaticamente, il 13,2% degli abitanti del Sud Italia rinuncia alle cure per motivi economici, una percentuale che si dimezza (6,2%) se si considera il Nord. Nel 2024, il 9,9% della popolazione italiana ha dichiarato di non essersi sottoposta a visite o esami specialistici necessari a causa di liste d'attesa troppo lunghe (6,8%) o per difficoltà economiche (5,3%), un dato in costante peggioramento dal 6,3% del 2019. Questa "rinuncia alle cure" è particolarmente concentrata nelle fasce socioeconomiche più deboli e nelle regioni meridionali.

La mobilità sanitaria come indicatore di disuguaglianza

La mobilità sanitaria interregionale – il fenomeno dei cittadini che si spostano dalla propria regione di residenza per ricevere cure altrove – rappresenta un indicatore eloquente delle disuguaglianze del sistema. Nel 2022, la mobilità sanitaria ha raggiunto i 5,04 miliardi di euro, con un aumento del 18,6% rispetto all'anno precedente. Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto sono le principali destinazioni di questa migrazione sanitaria, mentre il Sud continua a perdere risorse senza riuscire a migliorare i propri servizi. Paradossalmente si spostano risorse dalle regioni più povere a quelle più ricche, privando ancora di più le prime rispetto alle seconde! Dei 629.000 migranti sanitari (volume di ricoveri) nel 2022, il 44% era residente in una regione del Mezzogiorno. Per le patologie oncologiche, 12.401 pazienti meridionali (22% del totale) si sono spostati per ricevere cure nel Centro o Nord nel 2022, mentre solo 811 pazienti del Centro-Nord (0,1% del totale) hanno fatto il viaggio inverso. Come osservato dal rapporto SVIMEZ, questa "fuga dal Sud" non rappresenta solo un costo economico, ma "racconta la storia di migliaia di pazienti che devono lasciare la propria regione per ottenere cure migliori", un fenomeno che mette in difficoltà soprattutto chi ha meno possibilità economiche, aumentando le disuguaglianze sociali. **Questo fenomeno contrasta drammaticamente con il modello Kerala**, dove il sistema capillare di assistenza territoriale e la distribuzione equa delle risorse attraverso i panchayat locali minimizza la necessità di spostamenti per ricevere cure di base e primarie. La forte integrazione ospedale-territorio e la presenza di Family Health Centres in ogni area garantisce accessibilità universale senza necessità di mobilità forzata.

La carenza di personale e la crisi di attrattività del SSN

Un'altra criticità strutturale del sistema italiano è la drammatica carenza di personale sanitario, in particolare medici di medicina generale e infermieri. Come evidenziato dall'assessore alla Sanità dell'Emilia-Romagna Massimo Fabi, coordinatore degli assessori regionali, "la carenza di medici e infermieri in Italia è una delle sfide più urgenti per la tenuta del SSN. Nonostante l'ampliamento dell'accesso alle facoltà di medicina, la mancanza di specialisti in settori chiave, come l'emergenza-urgenza e la medicina generale, resta un problema". Questa carenza è aggravata dalla crescente fuga dei professionisti dal SSN verso il settore privato o verso l'estero, motivata da condizioni di lavoro difficili, retribuzioni inadeguate e mancanza di prospettive di carriera. Come osservato dalla Fondazione GIMBE, "per restituire attrattività servono anche (ma non solo) risorse consistenti, che attualmente non sono disponibili". Il





risultato è un sistema cronicamente sottorganico, che fatica a garantire continuità assistenziale e tempi di attesa accettabili.

Il modello Kerala, al contrario, ha investito massicciamente nella formazione e assunzione di personale sanitario attraverso la Missione Aardram, creando oltre 5.289 nuovi posti di lavoro. Ogni Family Health Centre è dotato di almeno tre medici e quattro infermieri, garantendo copertura 24/7 e continuità assistenziale. Inoltre, il Kerala ha anche investito nel personale sanitario comunitario (ASHA workers, Kudumbashree health volunteers, Arogyasena) che estende la capacità del sistema ben oltre il personale formalmente qualificato.

Ripensare il modello territoriale italiano alla luce dell'esperienza Kerala

Le lezioni del modello Kerala per il ripensamento dell'assistenza territoriale italiana sono molteplici e profonde. In primo luogo, è necessario un radicale decentramento della governance sanitaria, trasferendo poteri decisionali e risorse effettive anche agli enti locali territoriali, secondo il principio di sussidiarietà. **I Comuni e le Unioni di Comuni dovrebbero avere un ruolo centrale nella pianificazione e gestione dei servizi territoriali, in coordinamento con le ASL** ma con autonomia decisionale sostanziale sulle priorità locali.

In secondo luogo, occorre istituzionalizzare la partecipazione comunitaria attraverso strutture permanenti di coinvolgimento dei cittadini, analoghe a Kudumbashree e Arogyasena. Comitati sanitari di quartiere, forum della salute, reti di volontari comunitari formati e remunerati potrebbero svolgere funzioni di educazione sanitaria, screening preventivo, supporto alle fasce vulnerabili e monitoraggio della qualità dei servizi.

In terzo luogo, la digitalizzazione deve essere concepita come strumento di inclusione e democratizzazione, non di ulteriore medicalizzazione. Il Fascicolo Sanitario Elettronico e le piattaforme di telemedicina dovrebbero essere integrati con servizi di supporto comunitario per garantire l'accessibilità anche per gli anziani e le popolazioni con minore alfabetizzazione digitale.

In quarto luogo, è imperativo rafforzare massicciamente la prevenzione primaria e gli interventi sui determinanti sociali della salute, superando l'attuale approccio curativo e reattivo. Programmi strutturati di screening di massa, campagne educative sistematiche su alimentazione e stili di vita, interventi su ambiente e condizioni abitative dovrebbero diventare priorità assolute del sistema, con finanziamenti dedicati e indicatori di performance specifici.

Infine, occorre affrontare frontalmente le disuguaglianze territoriali e sociali attraverso una redistribuzione delle risorse che privilegi le aree più svantaggiate. Il criterio di ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale dovrebbe essere riformato per tenere conto non solo della popolazione residente, ma anche degli indicatori di deprivazione socioeconomica, mortalità evitabile e accessibilità dei servizi. Come osservato da Save the Children, "occorre correggere la ripartizione regionale del Fondo Sanitario Nazionale per tenere conto dei maggiori bisogni di cura nei territori a più elevato disagio socio-economico".

Un nuovo paradigma di giustizia sanitaria





Il modello sanitario del Kerala offre al sistema italiano non solo esempi di buone pratiche tecniche, ma un paradigma alternativo di giustizia sanitaria fondato su equità universale, partecipazione democratica, prevenzione radicale e attenzione ai determinanti sociali della salute.

Il Kerala dimostra che risultati sanitari eccellenti sono possibili anche con risorse economiche limitate, se queste sono investite prioritariamente nell'istruzione universale, in un sistema sanitario pubblico capillare e decentrato, e nella partecipazione attiva delle comunità. Con una spesa sanitaria pubblica di appena 30 euro pro capite (contro i 2.300 euro italiani), il Kerala ha eliminato la povertà estrema, raggiunto una mortalità infantile di 5-6 per 1.000 (contro il 2,5 italiano ma partendo da condizioni infinitamente più difficili), e costruito un sistema che garantisce accessibilità universale senza discriminazioni economiche o territoriali.

Per l'Italia, adottare questo paradigma significherebbe superare il cronico sottofinanziamento del SSN, ma anche e soprattutto ripensare radicalmente la governance sanitaria verso forme più decentrate e partecipative, investire massicciamente nella prevenzione e nei determinanti sociali della salute, utilizzare la digitalizzazione come strumento di inclusione anziché di esclusione, e affrontare frontalmente le disuguaglianze territoriali e sociali che minano il principio costituzionale dell'universalismo sanitario.

Riprendendo quanto riportato dall'epidemiologa Gandini nel suo articolo sul Kerala: "Il modello sanitario del Kerala mostra che **la salute pubblica può prosperare solo in un contesto di giustizia e partecipazione democratica**. La coesione sociale è più importante dell'arricchimento di pochi, e questo insegnamento può tornarci utile in un passaggio d'epoca insidioso e caotico, **ridistribuire la ricchezza verso il basso, garantire servizi accessibili e di qualità a tutti i cittadini, arginare razzismo e ingiustizie sociali**: tutto questo risponde alle esigenze reali e concrete delle persone che faticano ad arrivare a fine mese, che sperimentano il peso economico e morale di una medicina/sanità ridotta a privilegio di pochi". Il Kerala dimostra che questa visione non è utopica, ma concretamente realizzabile. Sta ai decisori politici italiani avere il coraggio di guardare oltre i confini geografici e ideologici per trarre ispirazione da un modello che, pur nato in un contesto radicalmente diverso, offre lezioni universali di giustizia sociale e sanitaria.





Bibliografia

- La salute pubblica può prosperare solo in un contesto di ...
<https://www.ilfattoquotidiano.it/2025/11/10/kerala-modello-sanitario-india-equita-sociale-news/8187010/>
- In che modo funziona il sistema sanitario indiano e quante ...
<https://scienzamigrante.unito.it/sistema-sanitario-india/>
- IL SISTEMA SANITARIO IN KERALA e TAMIL NADU <https://www.namaste-adozioni.org/india/programmi-sanitari/il-sistema-sanitario-in-kerala-e-tamil-nadu/>
- Dopo la pandemia, un nuovo sistema sanitario
<https://www.saluteinternazionale.info/2021/02/dopo-la-pandemia-un-nuovo-sistema-sanitario/>
- Il modello kerala, nell'india travolta dal covid19
https://www.academia.edu/99992267/IL_MODELLO_KERALA_NELL_INDIA_TRAVOLTA_DAL_COVID19
- Comportamento di ricerca della salute e utilizzo dei servizi ...
<https://www.ijpdtm.it/index.php/ijpdtm/article/view/218>
- Il coronavirus e il modello Kerala <https://www.ilfoglio.it/esteri/2020/04/26/news/il-coronavirus-e-il-modello-kerala-314934/>
- Politica, salute e sistemi sanitari
https://old.simmweb.it/attachments/article/593/politica_salute_e_sistemi_sanitari.pdf
- Medici di famiglia: la riforma post pandemia <https://www.consulcesi.it/club/news-approfondimenti/medici-di-famiglia-riforma-post-pandemia>
- 3.7. Le case della comunità: cosa prevede il PNRR <https://www.welforum.it/il-punto/verso-un-welfare-piu-forte-ma-davvero-coeso-e-comunitario/le-case-della-comunita-cosa-prevede-il-pnrr/>
- Case della Comunità: cosa sono e come funzionano
<https://www.altroconsumo.it/salute/dal-medico/speciali/case-della-comunita>
- INDICATORI PER L'ACCREDITAMENTO E IL BENCHMARKING
<https://www.epicentro.iss.it/focus/ocse/cap2-indicatori.pdf>
- Come misurare le performance dello studio medico <https://blog.alfadocs.com/misurare-le-performance-dello-studio-medico-gli-indicatori-chiave>

