



## **Ragioni e decise forme di opposizione ai cambiamenti del “sistema salute” in essere e indotti dal DDL Calderoli**

*Giovanni Trianni, Medicina Democratica - Comitati contro ogni Autonomia Regionale Differenziata*

### **Premessa**

Non si può prescindere, in questa sede, dal rimandare a quanto autorevolmente documentata il report GIMBE del marzo 2024 sull’impatto dell’autonomia regionale differenziata sul SSN, non solo già frazionato in 21 servizi sanitari e gravemente sotto finanziato, ma già caratterizzato da enormi disequaglianze regionali in termini di adempimenti ai LEA, di aspettativa di vita alla nascita, di mobilità sanitaria, oltre che di attuazione della Missione Salute del PNRR.

Né si può prescindere dal rimandare al saggio “Spezzare l’Italia. Le regioni come minaccia all’unità del Paese” di F. Pallante, il cui titolo è già descrittivo del rischio Autonomia regionale differenziata anche per la sanità.

Né, “in casa” del più importante sindacato medico italiano, si può discettare della letterale impossibilità con l’autonomia regionale differenziata di una adeguata funzione contrattuale nazionale, già oggi parcellizzata regione per regione, e addirittura, azienda sanitaria per azienda sanitaria, per quanto attiene le remunerazioni e la gestione dei diritti contrattuali dei professionisti dipendenti.

Elemento questo che connota l’autonomia regionale differenziata non solo come processo politico eversivo della Costituzione (cfr. Artt. 1-12 della Cost), una sorta di golpe bianco progressivo nei decenni a partire dagli anni 90 (cfr. D.lgs. 502/92), ma anche come un attacco esiziale ai diritti ed alle remunerazioni del lavoro professionale dipendente, anche dei medici, ed alla possibilità per loro di difenderli con la contrattazione sindacale.

Mi limiterò quindi ad alcune considerazioni su aggiuntive su altri aspetti.

### **“One Health”, “Health in All Policies” e Autonomia regionale differenziata**

In primo luogo, è ormai patrimonio consolidato della comunità scientifica che la salute non può essere affrontata unicamente dal settore sanitario, poiché le politiche in tutti i settori hanno un impatto sulla salute o immediatamente diretto o comunque indiretto in termini di qualità della vita e di dignità umana, che ne è il presupposto.

L’OMS riconobbe il ruolo che il contesto sociale, economico e politico ha sulla salute delle persone già con la dichiarazione di Alma Ata (1978) e dalla Carta di Ottawa (1986).

L’U.E. nel 2006, ha lanciato l’approccio “Health in All Policies” [Stahl 2006].

Lo stesso Ministero della Salute nel 2007 ospitò la conferenza intergovernativa congiunta EU-WHO “Health in All Policies: achievements and challenges”.

Più recentemente a seguito dell’epidemia di Covid-19 generata dalla trasmissibilità del virus SARS Cov. 2 dal mondo animale (pipistrelli) all’uomo in un contesto di progressivo danno ambientale da “antropizzazione irresponsabile generata dalle attività “profittevoli”, la comunità scientifica e l’OMS hanno sostenuto l’approccio “One Health” alla politica sanitaria, cioè la gestione integrata della tutela della salute umana, animale e della dell’ambiente

È evidente quindi che la disarticolazione in 21 ambiti territoriali regionali/provinciali, vera e propria via regionale al neoliberalismo delle altre 22 materie, oltre alla sanità, cruciali per il lavoro i suoi diritti e l’ambiente costituisce di per sé pericolo per la salute. Per gli effetti sulla qualità delle cure della privatizzazione si rimanda alla letteratura anglosassone, ad esempio a B. Goodair, A. Reeves (3).

Quindi non è sufficiente lo scorporo della materia Sanità dal processo politico dell’Autonomia regionale differenziata.

Tutte le 23 materie “debbono essere scorporate”



Alla luce delle mission delle politiche sanitarie più attuali e responsabili nessuna materia legislativa va lasciata alla autonomia regionale differenziata!

### **Privatizzazione del SSN, concentrazione di capitali, e finanziarizzazione e Autonomia Regionale differenziata**

In secondo luogo, con inverarsi della Autonomia regionale differenziata a fronte della sua ulteriore disarticolazione, il potere programmatico pubblico in Italia verrebbe ulteriormente indebolito a fronte dell'espandersi e del consolidamento proprietario ed organizzativo delle multinazionali sanitarie (es. Synlab, Affidea) ed assicurative (Unipol Generali ed altre), potenziate tutte dalla disponibilità di capitali d'investimento delle private equity, quindi dalla loro finanziarizzazione.

Nel 2021, in Italia, G. Trianni e A. Gazzetti (4) contrariamente a quanto si richiama di solito, sulla base di report del Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) segnalano che il mercato della sanità non ammontò solo al circa il 22,7%, della spesa, a pari 37,16 Mld di euro da spesa privata diretta o "out of pocket", comprensiva del mercato assicurativo, ma arrivò a ben € 106,262 Mld pari al 64,9 % del totale della spesa sanitaria (accertata) essendo alimentata dalla convenzionata specialistica, ospedaliera e di base, dai servizi di supporto all'assistenza, comprensivi di PPP (partenariato pubblico privato) e di farmaceutica.

Nel 2024 in pieno e sempre più insistente battage pubblicitario di collaborazione pubblico privato reclamata dalle associazioni imprenditoriali di settore, tale fenomeno si incrementerà sia per il ricorso a finanziamenti aggiuntivi per il convenzionato per fronteggiare le liste di attesa, sia per fenomeni di ristrutturazione interna al settore privato come l'accordo dello scorso novembre 2023 per costituire una rete ambulatoriale privata, "smart clinic", con accesso privilegiato ai suoi assicurati di Generali da Nord a Sud utilizzando le competenze specialistiche del gruppo San Donato, oggi operante prevalentemente in Lombardia, sia per politiche neoliberali che l'attuale governo prosegue sulla scia dei precedenti quali ad esempio le politiche di espansione delle "Farmacie dei servizi" con il recente decreto "semplificazioni" quali strutture di sanità territoriale prossimità private.

### **Art. 11 del ddl 1665 Calderoli e Sanità**

In terzo luogo, in base a l c.1 dell'art. 11 del ddl 1665 Calderoli., che "L'esame degli atti di iniziativa delle Regioni" già presentati e sui quali sia già avviato il confronto con il Governo prosegua secondo le "pertinenti disposizioni della presente legge" Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna godranno di un iter privilegiato che potrebbe vederle acquisire l'autonomia legislativa in molte materie già nel corso del 2024.

Lo ha già ripetutamente dichiarato alla stampa il presidente del veneto Zaia, annunciando la ripresa immediata delle trattative nelle nove materie non vincolate ai Lep, libere dai vincoli della determinazione dei Lep e dei loro finanziamenti (4)

Tali materie, tra le quali peraltro pur "risparmiando" i medici sono coinvolte tutte le altre professioni sanitarie, quella relativa a "Professioni" non sono insignificanti solo perché meno proposte in maniera critica all'opinione pubblica come la scuola, la sanità, l'ambiente e l'energia e tutte ad altissimo rischio di ulteriore privatizzazione e finanziarizzazione, (previdenza complementare e integrativa e banche), e di "esternalizzazione" ed appalto di servizi pubblici (protezione civile), di deleteria competizione tra regioni (Commercio estero e rapporti internazionali)

Ma, a mio parere, vista la pulsione del ministro Calderoli a fare e vedersi accettate dalle sue maggioranze, "porcate" e lo sport politico nazionale che è quello di manipolare i fatti e i riferimenti ai principi della Costituzione, come denuncia P. Maddalena (5) si che tra omissioni e manipolazioni potremmo dire che la Costituzione formale e giuridica è una cosa e quella "agita" un'altra è possibile che anche la sanità sia subito "devoluta" alle pulsioni autonomistiche di Veneto, Lombardia ed Emilia - Romagna.



Infatti, a differenza dei Lep delle altre materie, i Lea sono già previsti e già "tariffati" dal primo gennaio 2024 dalla normativa in essere, ed il finanziamento è costituito dal Fondo sanitario nazionale già definito dalla legge di Bilancio 2024! Tutto è possibile.

### **Funzioni Amministrative "devolubili"**

In quarto luogo, come segnala Villone (7) delle oltre 500 funzioni nelle quali si articolano sul piano amministrativo le 23 materie devolubili ex Autonomia regionale differenziata, individuate dal Ministero delle autonomie (8), alle 184 riferibili alle materie non Lep, per ciò stesso tutte devolubili subito, ad esempio quelle delle Professioni, anche tra le altre, comprese quelle della Sanità sono reperibili funzioni extra Lep/LEA, ad esempio quelle sul personale.

Più che il rischio c'è la certezza del marasma istituzionale, amministrativo e gestionale, e dei relativi sovraccosti e paralisi, nel quale precipiterebbe / precipiterà la sanità pubblica ed il sistema sanitario in tutte le regioni in Italia.

Per un approfondimento si allegano due schede ad hoc.

### **Conclusioni**

Siamo dieci giorni dal 29.04.24 giorno nel quale inizierà alla Camera la discussione al termine della quale con ogni probabilità, visto l'accordo di programma dell'attuale governo ed il quadro politico di saldo scambio "Autonomia Differenziata" / "Premierato" interno della maggioranza "ampiamente assoluta", sarà il ddl Calderoli sarà legge.

La maggioranza continua irresponsabilmente ed arrogantemente ad essere ignorate le denunce ed opposizioni del sindacalismo medico, del sindacalismo autonomo e della parte maggioritaria del sindacalismo confederale, così come di vasti e maggioritari settori della cultura e delle professioni e di Anci, Cortei dei conti, Ufficio Parlamentare di Bilancio, Banca d'Italia, Conferenza Episcopale Italiana, settori non di Confindustria le ACLI e persino alla Commissione Europea.

Le minoranze "abbaiano ma non mordono" con forti manifestazioni di dissenso istituzionale come, ad esempio, quella del Presidente e di centinaia di sindaci della Campania.

È incredibile: siamo a dieci giorni da un ulteriore passo ad alto rischio di irreversibilità di quel processo che, non esito a definire, di eversione della Costituzione e dell'unità della Repubblica e, tra tutto l'enorme altro, anche di demolizione del Sindacalismo medico e dei suoi ambiti di contrattazione a difesa dei diritti e dei redditi dei medici, già oggi compromessa dalla regionalizzazione in essere.

È meritorio convegno ANAAO poiché è un ulteriore, autorevole e partecipato atto di denuncia e opposizione al DDL Calderoli.

Ma non basta.

A questo punto occorre elevare il livello della opposizione:

Sono necessarie da subito:

- una stagione di scioperi anche generali
- la preparazione dei Referendum abrogativi eventualmente possibili
- la preparazione della richiesta alle Regioni di ricorso alla Corte costituzionale
- la richiesta alla Emilia-Romagna di ritiro immediato della sua richiesta di ARD 2018/2019, già avanzata con LIP regionale da oltre seimila elettrici ed elettori
- una campagna di invito alle elettrici ed agli elettori in occasione delle elezioni europee ed amministrative comunali di sabato 8 e domenica 9 giugno di non votare candidate e candidati e liste che nei rispettivi programmi e nelle rispettive iniziative elettorali non si dichiarino concretamente ed insistentemente contro il DDL Calderoli e l'autonomia regionale differenziata.



## Bibliografia

- (1) L'autonomia differenziata in sanità, Report Osservatorio GIMBE 2/2024
  - (2) F. Pallante, Spezzare l'Italia. Le regioni come minaccia all'unità del Paese, Einaudi, 2024
  - (3) B. Goodair, A. Reeves, The effect of health-care privatisation on the quality of care - National Institutes of Health (NIH) (.gov), Lancet Public Health. 2024 Mar.
  - (4) G. Trianni A. Gazzetti, Privatizzazione, concentrazione di capitali e finanziarizzazione nella sanità italiana - Quotidiano Sanità 2023.05.22
  - (5) DDL 1665 Calderoli. "Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione" (approvato dal Senato DDL
  - (6) P. Maddalena - L'autonomia regionale differenziata solidarietà e territori - Relazione alla Fondazione Banco di Napoli, 24.02.28.
  - (7) M. Villone Autonomia lo scambia Lega Meloni, La Repubblica Napoli 2024.04.04
  - (8) Ricognizione della Normativa e delle Funzioni Statali nelle Materie di cui all'articolo 116, terzo comma, Cost. - Ministro per gli Affari Regionali e le Autonomie
- Allegati
- 1) Ricognizione della Normativa e delle Funzioni Statali nelle Materie di cui all'articolo 116, terzo comma, Cost. - Ministro per gli Affari Regionali e le Autonomie
  - 2) Scheda Funzioni materia "Professioni"
  - 3) Scheda Funzioni materia "Sanità"