

Accettazione di vincoli e modelli neoliberali e di finanziarizzazione della sanità: le criticità della LIP di CGIL

G. Trianni A. Gazzetti *

Premessa

Non c'è dubbio che occorra sviluppare una massima opposizione alla politica neoliberale del governo Meloni in tutti gli ambiti politico amministrativi, dalla partecipazione sua e dello Stato italiano alle guerre in corso (Medioriente ed Ucraina e Russia) ed in preparazione, allo sfrenato sostegno alle rendite finanziarie (finanzcapitalismo) ed ai profitti di ogni settore del capitalismo e del tecno capitalismo multinazionale in Italia, contro i diritti e la remunerazione del "lavoro", compresa la deliberata demolizione e privatizzazione del Welfare pubblico, quindi della Sanità.

E non c'è dubbio che in questa battaglia la CGIL e le associazioni de "La Via Maestra" siano elementi centrali delle lotte da svolgersi sul piano sociale, sindacale e politico amministrativo, in particolare per la prossima legge di Bilancio 2027 e la redazione di programmi elettorali per le politiche del 2027. contro il neoliberismo e per l'attuazione della Costituzione

Non c'è altrettanto dubbio, ai nostri occhi, che la Legge di Iniziativa Popolare (LIP) da costoro proposta abbia una debolezza strutturale di partenza, che "azzoppa" per assenza di efficacia pratica le intenzioni richiamate nel suo stesso titolo "Disposizioni per rendere effettivo il diritto alla salute mediante il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale e la valorizzazione del personale".

La debolezza "strutturale" della LIP, e delle tesi di quanti hanno concorso alla sua stesura, è nella "ignoranza", oggettiva o soggettiva che sia, della attuale fase di finanziarizzazione e di concentrazione di capitali in atto in Italia come sul piano transnazionale, ampiamente studiata nella letteratura internazionale (1), e del suo impatto sul sistema sanitario italiano ormai duale, pubblico e privato, sostenuto dalle politiche neoliberali del governo Meloni, come quelle dei governi precedenti di centro destra, "tecnici" e di centro sinistra (2).

Per dare un pallido e generalissimo senso di questa affermazione/constatazione, si tenga presente che secondo nostri studi consuntivi condotti tramite AI, la percentuale di PIL direttamente prodotta in Italia dai servizi finanziari è di circa il 5%, mentre la percentuale di PIL influenzata tramite varie tipologie di condizionamento delle proprietà degli imprenditori dei settori industriale, agricolo, delle costruzioni e dei servizi, il più ampio e comprensivo della sanità, è stimabile tra il 50 % ed il 70%.

Per gli amanti dei confronti con gli USA e l'"Europa" la seguente tabella riporta dati descrittivi del fenomeno.

PIL 2025 - Stime riferibili ad Attività Finanziarie					
Tipologia del concorso della Finanza	Paesi				
	Italia	USA	Francia	Germania	U.K.
Finanza diretta sul PIL	~5%	~8%	~3,5 - 4,5%	~3,5 - 4,5%	~9 - 12%
Economia "dipendente" dalla finanza	~40-60%	~60-75%	~70,4%	-	-
Economia "influenzabile" tramite governance/capitale	~60-80%	~75-90%	~70-80%	~50-65%	~85-95%

A. Gazzetti G. Trianni - Stime con A.I. maggio 2026

Il contrasto alle politiche neoliberali in Italia finalizzate alla espansione delle rendite di varia tipologia della finanza e del profitto degli imprenditori dei vari settori delle attività economiche, sanità compresa, per essere efficaci non possono che essere di riduzione effettiva del "privato" e di rilancio del ruolo di fonte di finanziamento e direttamente produttivo, e non solo regolatorio, del "pubblico", cioè dello Stato e delle sue articolazioni regionali e comunali.

Le critiche che seguono intendono evidenziare che, però, gli assi portanti delle proposte della LIP, a tal fine, appaiono inefficaci e quindi inadeguati a conseguire la difesa concreta del diritto alla salute e dei redditi (la gratuità delle cure è anche reddito differito!) dei cittadini, nonché delle condizioni di lavoro, della professionalità e dei redditi dei dipendenti del SSN.

E appaiono inadeguati anche in funzione di proposizioni pertinenti ed intenti efficaci della LIP stessa, quali:

- "La sostenibilità del Ssn non può essere garantita attraverso il secondo pilastro," (art. 1)
- "L'incremento del finanziamento di cui al presente articolo è interamente destinato al potenziamento dei servizi e dei percorsi di cura direttamente erogati dalle strutture pubbliche del Ssn." (art. 2),
- Le regioni e le province autonome provvedono a non superare i livelli di spesa dell'anno 2024 per gli accordi e i contratti di fornitura delle prestazioni sanitarie da parte dei soggetti privati accreditati.

Le criticità, cioè l'accettazione di vincoli e modelli neoliberali e di finanziarizzazione della sanità di cui si discuterà nel prosieguo riguardano il finanziamento del SSN, le Fonti del finanziamento, la programmazione Sanitaria, il Terzo Settore e la sussidiarietà e l'Autonomia Regionale Differenziata in Sanità.

Finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale

Con il suo art. 2 la LIP prevede che il finanziamento per il SSN sia incrementato fino a raggiungere almeno il 6,50% del Pil nel 2027, il 6,85% 2028, il 7,10% 2029 e il 7,50 % a decorrere dal 2030

Con l'art. 16 prevede che tale incremento sia non inferiore a 10.900 milioni di euro per il 2027, a ulteriori 11.800 per il 2028 e a ulteriori 10.300 per il 2029.

La stessa CGIL segnala con la seguente tabella che la legge di Bilancio 2026 ha previsto uno stanziamento per il SSN di 142,9 miliardi, inferiore non solo alla spesa di 144.0 mld del 2025 (3), ma anche a quella stimata dal DPF (Documento di Finanza Pubblica) 2026 di 148,5 miliardi! (4)

Spesa Sanitaria previsione DFP 2026 e FSN (a legislazione vigente - in milioni di euro)				
	2026	2027	2028	2029
Spesa sanitaria DFP 2026	148.522	151.222	155.059	159.443
FSN vigente	142.977	143.928	144.764	
Differenza da colmare Spesa/FSN	-5.544,80	-7.294	-10.295	
Spesa sanitaria in % di PIL	6,40%	6,40%	6,40%	6,40%
FSN in % di PIL	6,16%	6,05%	5,93%	
<i>Elaborazione SPI CGIL su DFP 2026 Sezione II e Legge Bilancio 2026</i>				

Non solo, lo stesso DFP 2026 indica in oltre 23 miliardi di euro la differenza tra FSN in vigore per il triennio 2026 – 2028 e la stima delle uscite previste.

Le previsioni LIP, quindi, sino al 2028 non coprono le uscite del SSN previste dal DFP 2026, né sarà diverso presumibilmente negli anni successivi, figurarsi gli investimenti aggiuntivi necessari per il SSN, come in seguito verrà tratteggiato.

Si tenga conto che già nel 2025 il presidente del comitato scientifico del Tink Tank neoliberalista CREA Sanità, F. Spandonaro (5) ha affermato: “Al netto di tutte le compatibilità, per la sanità italiana si potrebbero recuperare 20 miliardi ma non risolverebbero il problema, se pensiamo che solo per assumere personale servirebbero 30 mld mentre, aumentando gli stipendi, per recuperare l'attrattività del Ssn si arriverebbe a 40-50 mld”.

La stima è attendibile, anche se utilizzata per sostenere che l'intervento pubblico dovrebbe quindi “rinunciare ad arroccarsi sull'idea di una posizione egemonica della sanità pubblica per occuparsi della governance di tutto il sistema sanitario, compresa la quota, rilevante, della sanità privata”. (N.d.R. Pubblico Privato, Sussidiarietà Assicurazioni)

Ma la previsione LIP non è solo insufficiente sul piano meramente finanziario, appare anche viziata da alcuni assunti di fondo errati:

1. che la spesa sanitaria pubblica debba essere prioritariamente definita in base al PIL,
2. che esista una soglia di efficacia della stessa con un dimensionamento intorno al 7,5% del PIL
3. che essa vada gradualisticamente raggiunta nel 2030
4. che si debbano accettare/rispettare vincoli di bilancio, come esplicita la relazione tecnica di accompagnamento alla LIP, che “prevede che le maggiori risorse per il Ssn siano finanziate senza produrre deficit, ovvero individuando maggiori entrate e minori uscite. Ciò al fine di evitare effetti sui saldi di bilancio.” Prendere a riferimento una quota (qualsiasi) di PIL come criterio per la definizione del finanziamento del SSN è, in termini di principio, in contrasto con quanto statuito dalla sentenza 275/2016 della Corte costituzionale: (n.d.r. è) «la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione», peraltro richiamata in premessa anche dalla Relazione di accompagnamento alla LIP,

Ed è in contrasto anche con la L. 833/78, la quale stabilisce che il finanziamento del SSN sia vincolato alla attuazione del Piano Sanitario Nazionale (artt. 51 e 53 vigenti, quindi vincolanti anche dopo le modifiche apportate dal D.lgs. 502/92, dal D.lgs. 517/93 e dal D.lgs. 299 /99, cosiddetto “Bindi!”).

Va da sé che non solo è arbitrario definire come adeguata ex ante la quota di PIL del 7,5%, ma anche il suo gradualistico conseguimento negli anni, nel caso 2027 – 2030, se con ciò si fa riferimento alle disponibilità di

bilancio dello Stato e non alla concreta realizzazione delle strutture edili e degli incrementi di personale necessari a rendere concreto il potenziamento del SSN.

Oggi, per stessa ammissione del relativo sito del Ministero della Salute *“In Italia non esiste un **Piano Sanitario Nazionale (PSN)** di carattere generale attualmente in vigore, poiché l'ultimo documento quadro completo risale al triennio 2006-2008”*, e quindi, il governo utilizza per governare il SSN un mix di “strumenti programmatici di settore,” tra i quali spicca la legge di Bilancio 2026, cioè un atto di governo neoliberale.

Il SSN, quindi, è in emergenza e senza un piano sanitario Nazionale sulla cui base definire il suo finanziamento! In questa situazione politico gestionale *l'unico “gradualismo” accettabile è rivendicare e perseguire finanziamenti già a partire dal 2026 e nel 2027 nelle entità e nei tempi della conseguibilità su base annua di tutti gli obbiettivi di completamento del PNRR e di adeguamento degli organici esistenti nei servizi ospedalieri e territoriali, e di tutti i finanziamenti che consentano di realizzare una nuova programmazione sanitaria.*

Non serve perdersi dietro a confronti con la spesa di altri paesi europei, in buona parte dotati di sistemi SHI (social health insurance, noti anche come sistemi mutualistici – modello Bismarck), invece che di sistemi tax-financed, (noti anche come servizi sanitari nazionali – modello Beveridge) e quando già nel 2009 Anessi Pessina e Longhi (6) segnalavano che il sistema Bismarck mediamente:

- Incrementa del 3-4% la spesa sanitaria pro-capite.
- Non traduce la maggior spesa in un beneficio sul fronte degli out come.
- Riduce la percentuale di occupati
- Riduce dell'8-10% la quota di occupazione rappresentata dal lavoro dipendente.

Il SSN, infatti, finanziato tramite la fiscalità generale, (“tax financed”) adottato in Italia con la L-833. '78 ed attualmente in vigore, si conferma come strutturalmente più efficace e più efficiente di quelli “basati” sulle assicurazioni e, naturalmente di quello duale, misto, pubblico/privato, che i neoliberali italiani di governo e di opposizione hanno nei decenni lasciato costituire e continuano a prospettare.

Una ragione in più, non solo “ideologica” ma anche politico economica, per puntare, il prima possibile, salvo i tempi tecnici di programmazione e realizzazione, ad una “dimensione monopolistica pubblica” del SSN.

È ancor più vero nell'attuale gravissima crisi economica del “sistema (neoliberale) Italia”, subordinato sul piano politico ed economico alle esigenze della grande finanza italiana, di quella multinazionale e del “tecnocapitalismo” USA operanti in Italia, dell'imprenditoria dell'energia da fossili (ENI) e del complesso militar industriale (Leonardo).

La disponibilità di forti investimenti è, al contempo, il “tallone di Achille” del SSN e la condizione necessaria per conseguire la sua “dimensione monopolistica pubblica”.

Lo motiva ulteriormente il fatto, sottovalutato, che l'imminente rivoluzione tecnico scientifica in medicina, spinta dall'affermarsi della A.I. è oggi in mani private, come lo è la ricerca biotecnologica di base, transazionale ed applicata.

Per entrambe necessita una immediata pubblicizzazione pena l'ulteriore perdita del controllo democratico e la ricattabilità economica e politica già sperimentata con la produzione privata dei vaccini in epoca Covid-19 e quella farmaceutica in generale: lo segnala acutamente il Nobel per la fisica G. Parisi (7) e lo confermano le vicende NHS/Palantir in Inghilterra (8)

Copertura finanziaria (per l'alternativa a welfare aziendale e assicurazioni)

Quanto sopra richiamato comporta una politica di ingenti investimenti che non è garantibile dalla pur doverosa e necessaria lotta agli sprechi nel SSN, contrariamente alle tesi più o meno esplicitamente sostenute da vari “commentatori di politica sanitaria” e dal governo Meloni stesso che su tutti i provvedimenti che assume in politica sanitaria, regolarmente definisce il vincolo “senza oneri aggiuntivi per il bilancio dello stato”!

La lotta agli sprechi, infatti, è incompatibile per dimensioni e tempi realizzativi con l'urgenza e la dimensione degli investimenti necessari al SSN poiché, a sua volta, è possibile solo con i preliminari investimenti che servono a costruire il nuovo (ad esempio le case di comunità, informatizzazione dei dati clinici ed amministrativi, AI, ecc.) prima di dismettere il vecchio (ad es. i piccoli ospedali generalisti, la raccolta di dati clinici ed amministrativi su supporto cartaceo ecc.)

Occorre percorrere un'altra strada.

Nel 2023 è stato autorevolmente dimostrato dal Rapporto Fnomceco-Censis “Il valore economico e sociale del Servizio sanitario italiano”(9), ad oggi ne smentito ne approfondito ne tenuto in considerazione, che l'investimento in SSN è un “Un boost per l'economia”, infatti “Il moltiplicatore della transizione dalla spesa al valore della produzione è pari a 1,84: per ogni euro di spesa sanitaria pubblica investito nel Servizio sanitario viene generato un valore della produzione non distante dal doppio”.

Secondo lo stesso rapporto ciò porterebbe ad un incremento “di buona occupazione” di oltre 2 milioni di posti di lavoro e ad una “*generatività*” del circuito attivato da questa spesa sanitaria pubblica sarebbe di oltre 50 miliardi di euro di imposte dirette ed indirette.

La LIP non coglie questa dimensione “sanitaria” delle necessarie politiche economiche alternative a quella neoliberiste dei rentiers e dell’imprenditoria oggi al governo per interposta Meloni.

Sulle modalità di copertura del finanziamento, infatti, con il suo art. 16 prevede come “prima ratio”:

a) ***interventi di razionalizzazione e revisione della spesa farmaceutica***

b) ***misure per promuovere l'utilizzo della moneta elettronica invece del contante;***

c) ***la rimodulazione e l'eliminazione dei sussidi dannosi per l'ambiente (SAD).***

Sono interventi in sé opportuni e antagonisti delle politiche neoliberiste ed eco-insostenibili del governo Meloni, ma non possono produrre entità finanziarie sufficienti per gli investimenti necessari subito.

In tema di risparmi opportuni e antagonisti, purtroppo però la LIP, non propone nessuna misura di riduzione, sino alla progressiva eliminazione, questa sì, delle deduzioni e delle detrazioni fiscali che promuovono l’espansione della spesa privata diretta (“out of pocket”, non intermediata da assicurazioni), del welfare aziendale e delle assicurazioni quindi della ospedalità e dell’ambulatorietà privata, del “secondo pilastro” sottraendo risorse al bilancio dello Stato e, quindi, al SSN.

Lo stesso Ufficio parlamentare di bilancio (Upb) (10) rileva che “*L’espansione degli strumenti di sanità integrativa, favorita soprattutto dalle crescenti agevolazioni in ambito fiscale e dal vantaggio che ne discende anche in sede di contrattazione collettiva in termini di riduzione degli oneri per le imprese e facilitazione delle relazioni sindacali, può presentare profili critici sotto il duplice aspetto dell’equità e dell’efficienza, anche in considerazione degli elevati costi amministrativi associati a tali strumenti*”.

Infatti, (ibidem); “*una parte della spesa diretta o intermediata è, di fatto, finanziata con risorse pubbliche*” sotto forma di minori entrate fiscali:

➤ “*per quanto riguarda la spesa diretta essa è detraibile dall’Irpef (nella misura massima del 19 per cento, al netto di una franchigia pari a 129,11 euro per contribuente) e si può stimare in circa 4,6 miliardi (nel 2023) il rimborso riconosciuto dall’erario ai contribuenti capienti per spese sanitarie detraibili*”. Per di più (ibidem) “*il numero di contribuenti che presentano detrazioni fiscali tende ad aumentare al crescere del reddito in particolare nelle fasce alte di reddito*”.

➤ per quanto riguarda i fondi sanitari integrativi, con 16,3 milioni di iscritti nel 2023 e in quota rilevante gestiti da assicurazioni sanitarie, Upb “*stima un minore gettito tributario di 1,1 miliardi*” nel 2023 ma li segnala viziati dalle seguenti criticità:

- *sul piano dell’equità*, per la marcata selettività categoriale e la mancata tutela adeguata di anziani e fragili;
- *sotto il profilo dell’efficienza*, per i amministrativi elevati e la frammentazione del sistema;
- *dal punto di vista dell’appropriatezza*, per i rischi di sovraconsumo e di contenimento della spesa per riduzione dei costi
- *sul piano dell’“universalismo” (n.d.r.) per la maggior diffusione fra i lavoratori delle grandi e medie imprese, con rapporti di lavoro stabili e livelli di reddito medio-alti, concentrati nelle regioni settentrionali*

Non giustificabile per questi motivi il silenzio LIP in materia.

È necessario intervenire anche su questa possibile fonte di incremento del finanziamento del SSN individuando inizialmente target di reddito da escludere da qualsiasi potenziale beneficio fiscale e politiche industriali non basate su benefici fiscali profittevoli per imprenditori e finanza.

Lo stesso art. 16 nel prosieguo, finalmente, ma solo in seconda istanza, propone misure di “***revisione della tassazione sui patrimoni in senso progressivo e personale, prevedendo l’esenzione della prima casa, salvo quelle di particolare pregio, e dei piccoli patrimoni nonché misure di revisione della imposizione sul reddito delle persone fisiche in senso maggiormente progressivo***”.

Ulteriori politiche anti-neoliberiste sono, invece, possibili e necessarie come segnala E. Brancaccio (11):

“Se sommiamo i dati ufficiali su prebende alle imprese, aiuti per crisi, sussidi fossili che rallentano la transizione ecologica, aiuti di stato ai privati senza contropartita, eccetera, arriviamo a sfondare la soglia dei 150 miliardi all’anno.

Tutto questo senza contare altre forme subdole di “sussidi”, come la storica tolleranza sull’evasione d’impresa. Sommando tutte queste “regalie” pubbliche al capitale privato, l’Italia si trova prima assoluta in Europa: viaggiamo complessivamente sull’8 per cento del Pil, ben al di sopra di Germania, Francia, Regno Unito, Spagna e altri.

Il margine per cambiare musica è enorme”.

Tutto ciò si desume ed è possibile nonostante:

- l'introduzione del principio del pareggio di bilancio nella Carta costituzionale
- i giugulatori vincoli di Bilancio del Trattato di Maastricht e del patto di Stabilità e Crescita, che oggi restringono i margini di manovra in senso preelettorale per il Bilancio 2027 del governo Meloni,
- la crisi economica solo agli inizia per la guerra scatenata dai circoli finanziari e dal complesso militar industriale di Stati Uniti ed alleati occidentali, Israele in primo luogo;

Quando si parla di finanziamento e di investimenti sul SSN, sul resto del Welfare (sociale, scuole, università ricerca pubblica) e sulla tutela ambientale non è consentito essere ciechi su questi aspetti e rifugiarsi dietro le tesi “non ci sono soldi” o “non lo consente il Patto di Stabilità UE”

Programmazione Sanitaria

*Occorre premettere che in Italia, da almeno due decenni, studi sulla programmazione sanitaria e sulla spesa sanitaria in funzione della **universalità della copertura, dell'equità nell'accesso e della globalità delle prestazioni** non vengono condotti dal management regionalizzato del SSN.*

Tale management è infatti selezionato solo in funzione dell'attitudine ad espletare il mandato politico neoliberista di ridurre i costi del SSN per il bilancio dello Stato.

*D'altronde non sono richieste di fare studi di questo tipo, né sono adeguate in termini di personale e di finanziamenti, le scuole Universitarie, pubbliche, di programmazione (Igiene pubblica) e di economia sanitaria, e gli altri enti pubblici di settore, a cominciare dal Ministero della Salute, al contrario di quanto avviene nei think tank pubblici e privati neoliberali, finanziati dalla galassia del “capitalismo sanitario” (Batifoulier - I) tesi a dimostrare l'inevitabilità necessità **del settore privato di finanziamento e produzione di assistenza sanitaria, del conseguente “rapporto pubblico-privato”**.*

Nella LIP, oltre allo specifico art. 15 che prevede la adozione di un Piano della Salute, tutti i seguenti articoli intervengono e formano materia di programmazione sanitaria nazionale e regionale necessariamente integrata e frutto di un biunivoco processo che deve coinvolgere, a loro volta in maniera reciprocamente integrata, i setting assistenziali “ospedalieri e territoriali” delle aziende sanitarie e dei Distretti:

Art. 3 Rafforzamento e valorizzazione del personale del Servizio Sanitario Nazionale

Art. 4 Adeguamento e qualificazione del personale del Servizio Sanitario Nazionale

Art. 5 Disciplina delle esternalizzazioni

Art. 6 Diritto a condizioni ambientali e lavorative sicure e salubri

Art. 7 Sviluppo dei servizi territoriali e Distretto sociosanitario

Art. 8 Politiche in favore delle persone anziane e delle persone non autosufficienti

Art. 9 Politiche per la salute di genere, per il supporto alla genitorialità e il sostegno all'educazione sessuale e alle relazioni familiari

Art. 10 Misure per la tutela della salute mentale di adulti, minori e giovani

Art. 11 Misure di tutela della salute a favore delle persone che usano droghe, delle persone che giocano d'azzardo e con comportamenti affini

Art. 12 Misure per il rispetto dei tempi di attesa

Art. 14 Potenziamento della ricerca indipendente e governo della assistenza farmaceutica.

Tutti sono ricchi di proposte.

Tutti gli articoli su richiamati esplicitano scelte di intervento normativo efficaci per lo sviluppo del SSN e scelte criticabili, in gran parte, per un condizionamento gradualistico che risulta anteporre la immotivata carenza di risorse a disposizione all'urgenza di dare risposte efficaci ai bisogni insoddisfatti dei settori meno abbienti di cittadinanza.

Altre tematiche condizionanti la programmazione sanitaria, la cui discussione non è possibile in questa sede, ma che tuttavia è bene appuntare come materia di studio ed iniziativa politica cogente sono:

- Riduzione e riqualificazione (ricerca applicata e docenza) dell'orario di lavoro
- Finanziamenti per edilizia sanitaria e sociosanitaria ed eliminazione del ricorso al Partenariato Pubblico Privato, più oneroso sul medio lungo periodo del ricorso al prestito bancario
- Internalizzazione dei servizi esternalizzati (cfr. Puglia)
- Industria pubblica del farmaco e nazionalizzazioni come elemento di riduzione dei costi e di sicurezza ed indipendenza nazionale
- Finanziamento della ricerca pubblica nel SSN e nelle Università pubbliche a garanzia dello sviluppo tecnologico dell'assistenza, non vincolato dal profitto imprenditoriale e dalla rendita finanziaria da finanziarizzazione della ricerca di più o meno Big Pharma monopolistiche e multinazionali
- Investimenti in strutture e modalità di VRQ (compresa appropriatezza prescrittiva)
- Informatizzazione ed AI
- Rapporti SSN – Università (assistenza, didattica, ricerca)

Ma eclatante è che la LIP non si ponga il problema delle Case della Comunità cosiddette “spoke”, previste dal DM 77/22 che ne rinvia la programmazione a ciascuna regione per bacini di utenza più ridotti, ma che modella con i suoi allegati 1 e 2, prevedendole collegate in rete a quella Hub.

Il loro fine è “tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio, di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità”.

Ciò in realtà è necessario anche nelle aree urbane in relazione alla distribuzione epidemiologica delle patologie, e del rapporto casistica /qualità/efficacia ed ottimizzazione erogativa delle prestazioni professionali da erogare nei vari “nodi della rete ospedaliero territoriale”

Si ripropone anche per la LIP quanto già osservato (12) in merito al Disegno di legge delega del Governo:

1. secondo i dati Agenas del settembre 2025, nel primo semestre di quell’anno appena il 38% delle Case della Comunità (modello “hub”) previste nel PNRR risultano attive, che quelle a pieno regime con medici e infermieri non erano nemmeno il 3%, e che al Sud ed in Trentino-Alto Adige i ritardi erano drammatici (da nessuna a massimo 5)!

2. di quelle “spoke” nemmeno si parla ed è chiaro che per esse certo non possono essere spacciate le “farmacie dei servizi”, modello di privatizzazione dell’assistenza territoriale, peraltro sempre più in mano di holding private anche multinazionali (cfr. Hippocrates Holding /Lafarmacia o Benu Farmacia, ex Admenta Italia gruppo Comifar/Phoenix, e L. 214/17) !?”

In sostanza si tratta di fare ex novo in tutte le Regioni, comprese quelle che qua e là hanno visto le sperimentazioni più avanzate e dato i contributi tecnici più pertinenti ai temi normati dal DM 77/22 (13), una programmazione adeguata che non si fermi in materia alle sottostime del PNRR indotte dalla cultura e dalla prassi neoliberalista dell’austerità in tema di Case della Comunità, Ospedali di comunità.

La questione Terzo Settore e Sussidiarietà

L’art.1 comma 2 prevede “Il governo pubblico del Ssn, garantito da Stato, regioni ed enti locali, definisce i criteri generali di organizzazione e di funzionamento dei servizi e delle attività di promozione della salute, di prevenzione e di cura, *garantisce la partecipazione del personale, dei cittadini, delle organizzazioni sindacali, della società civile e del terzo settore no profit* alla programmazione delle attività, alla valutazione dei risultati e al miglioramento della qualità dei servizi.”

La previsione di inserire il terzo settore no profit nel processo di programmazione è aprire la porta ad una privatizzazione del SSN.

Nel Terzo Settore (ex D.lgs. 117/2017, cosiddetto *Codice del Terzo Settore*) (14), infatti, insieme a varie tipologie di enti che rappresentano interessi (advocacy) di segmenti di utenza del SSN (lato domanda) sono presenti anche svariati enti che rappresentano segmenti di produttori di servizi (lato offerta) in alternativa al SSN.

Ne fanno parte infatti, purché regolarmente iscritte al registro pubblico RUNTS, **le organizzazioni di volontariato (ODV); le associazioni di promozione sociale (APS); gli enti filantropici; le imprese sociali**, incluse le cooperative sociali; **le reti associative; le società di mutuo soccorso (SOMS); le associazioni riconosciute o non riconosciute**, le fondazioni e gli altri enti, per lo svolgimento, in via esclusiva o principale, di attività di interesse generale, in forma di azione volontaria o di erogazione gratuita di denaro, beni o servizi, o di mutualità o di produzione o scambio di beni o servizi.

È importante precisare che il “senza scopo di lucro” a cui fa riferimento la normativa, non è sinonimo di “non generare profitti”.

Significa piuttosto che gli eventuali utili devono essere tassativamente reinvestiti a beneficio delle attività svolte.

Inserire nella programmazione tali enti costituisce di fatto un concedere al fornitore privato, anche se non for profit (secondo settore), la facoltà di condizionare a suo favore la contrattazione delle quantità e delle tipologie di servizi da acquisire da parte del SSN sino alla possibile rinuncia del SSN stesso a produrle, ed a consolidare nel tempo la propria quota di fornitura/mercato.

È il caso portato in cronaca in questi giorni dalla costituzione della società consortile «Sette Pani», che riunisce alcuni ospedali del comparto della sanità cattolica iscritti al predetto registro RUNTS e a tutti gli effetti Enti del Terzo Settore.

Il comparto della sanità cattolica conta quasi 300 strutture, oltre 50mila addetti e 11.669 posti letto accreditati, pari al 5,3% del totale nazionale.

Ad essi si rivolge la società consortile “Sette Pani”, con l’obiettivo di contribuire «alla più efficace gestione delle attività e alla conservazione dei beni >>, << attraverso il coinvolgimento delle strutture lungo tutta la penisola italiana, da Bolzano alla Sicilia>>, e di essere punto di riferimento per le relazioni istituzionali nel

settore sanitario, a partire dal Ministero della Salute italiano fino alle altre realtà coinvolte in questo ambito (n.d.r. Regioni) di imparare a «fare rete», sviluppando un maggiore spirito di mutuo soccorso, solidarietà e collaborazione.

In pratica l'obiettivo perseguito è un servizio sanitario privato cattolico nazionale "integrato" con il SSN e a carico del FSN tramite apposite convenzioni di fornitura.

È pura illusione che questa forma di "integrazione pubblico privato no profit" costituisca risparmio di fondi pubblici poiché le convenzioni di fornitura sono basate su tariffe quantomeno parificate a quelle DRG.s degli ospedali pubblici, già oggi differenti per regione ed un domani, se le intese governo regioni Lombardia, Veneto, Piemonte, Liguria di questi giorni procederanno, ulteriormente differenziate!!

Ma ciò non basta.

In Italia l'utilizzo di risorse non pubbliche per il finanziamento di attività ed enti del Terzo Settore è in costante crescita e nel corso degli anni si è sviluppato un variegato ecosistema composto da istituzioni bancarie e non bancarie, istituti di microfinanza, fondazioni di origine bancaria, banche private, banche etiche, organizzazioni filantropiche e fondazioni private, al fine di garantire nuove risorse finanziarie per iniziative di innovazione sociale

A seguito della recessione del 2008, dei crescenti vincoli di bilancio e dell'aumento della loro funzione di fornitori di servizi, quindi dell'incremento della privatizzazione del Welfare e, in esso, dell'assistenza sanitaria, le stesse organizzazioni a scopo di lucro e quelle non profit del terzo settore impegnate socialmente si sono trovate strette tra la logica manageriale dei processi di esternalizzazione e del New Public Management e la necessità di trovare fonti alternative di finanziamento alla spesa pubblica, non più disponibile per i vincoli di bilancio e le conseguenti misure di austerità.

La Riforma del Terzo Settore ha affrontato anche il coinvolgimento di finanziatori privati nel Terzo Settore e previsto numerosi incentivi fiscali volti a incoraggiare l'utilizzo di depositi privati in ETS conformi a specifici requisiti ciò che ha portato e porterà inevitabilmente un coinvolgimento più organico di finanziatori non pubblici .

Come non segnalare da ultimo che, oltre all'incombente finanziarizzazione della privatizzazione del welfare tramite l'integrazione "Pubblico /Terzo Settore", che porta e porterà maggiori costi per il Bilancio dello Stato e minori risorse per il SSN, si corre l'incombente rischio di una rinuncia al governo pubblico della sanità, quindi al governo ed al controllo democratico della politica sanitaria, come segnala C. Cordelli (15), in riferimento al Secondo Settore (privato profit finanziarizzato), questa volta, però, in favore prevalentemente, del Vaticano e della Chiesa cattolica, e della loro rete di finanziatori privati?

No, il Terzo Settore non deve essere coinvolto nella programmazione pubblica, per eliminare il proliferare dei rischi di subordinazione ad interessi di profitto e tornaconto privato di erogatori comunque privati.

Le associazioni di advocacy dell'utenza potranno essere coinvolte in quanto espressioni civiche.

Per essere ulteriormente sinteticamente chiari: basta con la pratica mistificante e antistatalista della sussidiarietà cosiddetta orizzontale, malauguratamente inserita dall'allora governo di centro sinistra di G. Amato nella riforma del Titolo V della Costituzione al comma 4 dell'art. 118.

Il principio di sussidiarietà in diritto è il principio secondo il quale, se un ente inferiore è capace di svolgere bene un compito, l'ente superiore non deve intervenire, ma può eventualmente sostenerne l'azione.

Tale principio che *deriva dalla dottrina sociale della Chiesa cattolica* e venne introdotto come principio di organizzazione sociale dalla enciclica *Rerum Novarum* (1891) di papa Leone XIII, è chiaramente descritto nel 1986 dalla *Congregazione per la dottrina della fede*, con il documento "Libertà cristiana e liberazione" per il quale la dignità umana è il valore che collega il principio della solidarietà al principio di sussidiarietà:^[1]

«[In virtù del principio di solidarietà] l'uomo deve contribuire con i suoi simili al bene comune della società, a tutti i livelli [...] [in virtù del principio di sussidiarietà] né lo Stato, né alcuna società devono mai sostituirsi all'iniziativa e alla responsabilità delle persone e delle comunità intermedie in quei settori in cui esse possono agire, né distruggere lo spazio necessario alla loro libertà. Con ciò, la dottrina sociale della Chiesa si oppone a tutte le forme di collettivismo.»

Purtroppo, il principio di sussidiarietà è stato confermato i principi chiave della dottrina sociale della Chiesa dalla "Magnifica Humanitas" di Leone XIV, (16) per altro assai efficace nel denunciare i rischi dell'attuale gestione privata dell'intelligenza artificiale anche in sanità (17)

È palese come tale principio di sussidiarietà, cioè di autonomia organizzativa e di libertà di un ente privato di procedere alla tutela di interessi sociali, confligga nei fatti con gli Articoli della Costituzione n.1 (La sovranità appartiene al popolo), n.2 (La Repubblica richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale), n.3 (Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di

condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale) non a Enti privati, n.4 (Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società), e n.7 (Lo Stato e la Chiesa cattolica sono, ciascuno nel proprio ordine, indipendenti e sovrani).

Basta con la sussidiarietà privato pubblico, antistatalista, ambita e praticata dal Vaticano, teorizzata dalla Dottrina Sociale, della Chiesa, sostenuta dalle scuole economiche e dagli esponenti politici che la interpretano gli interessi della Chiesa e recentemente sdoganata dall'iniziativa politiche di Regioni come l'Emilia-Romagna (18)

ARD e Sanità

Sembra impossibile; eppure, il comma 4 dell'art. 1 della LIP dice che le disposizioni della legge Caldiroli/Meloni n. 86 /24 “non si applicano alle funzioni relative alla materia “tutela della salute””.

Quindi il problema salute sarebbe risolto rispetto ai guasti che comporterebbe la autonomia regionale differenziata solo eliminando la materia e le funzioni della Sanità?

Forse gli estensori si sono dimenticati dell'esistenza dei cosiddetti “determinanti della salute” quali l'ambiente socioeconomico e l'ambiente fisico oltre alle caratteristiche ed ai comportamenti specifici dell'individuo, peraltro influenzati dalle condizioni socio-economiche, come la povertà, l'esclusione sociale, la disoccupazione e le cattive condizioni abitative, più modernamente raccolti nel concetto di esposoma, l'insieme delle esposizioni ambientali, lavorative e sociali che una persona accumula nel corso della vita e quindi non solo gli agenti chimici o fisici, ma anche fattori psicosociali, condizioni di lavoro, stress, inquinamento, alimentazione e persino le disuguaglianze sociali.

Si sono anche dimenticati della strategia “HiAP” (Health in All Policies - la salute in tutte le politiche), sottoscritta nel 2006 dal governo italiano in ambito UE, e poi fatta propria dalla OMS nel 2007, che prevede la centralità della tutela e promozione della salute, in tutti gli altri settori della attività politico amministrativa. Si sono, quindi, dimenticati delle altre 22 materie che l'art.116 Cost. prevede che ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia siano trasferibili alle Regioni, oltre alla Sanità:

1. rapporti internazionali e con l'Unione europea delle Regioni;
2. commercio con l'estero;
3. tutela e sicurezza del lavoro;
4. istruzione, salva l'autonomia delle istituzioni scolastiche e con esclusione della istruzione e della formazione professionale;
5. professioni;
6. ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione per i settori produttivi;
7. **tutela della salute;**
8. alimentazione;
9. ordinamento sportivo;
10. protezione civile;
11. governo del territorio;
12. porti e aeroporti civili;
13. grandi reti di trasporto e di navigazione;
14. ordinamento della comunicazione;
15. produzione, trasporto e distribuzione nazionale dell'energia;
16. previdenza complementare e integrativa;
17. coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario;
18. valorizzazione dei beni culturali e ambientali e promozione e organizzazione di attività culturali;
19. casse di risparmio, casse rurali, aziende di credito a carattere regionale;
20. enti di credito fondiario e agrario a carattere regionale.
21. *giurisdizione e norme processuali; ordinamento civile e penale; giustizia amministrativa;(lettera “l” limitatamente alla organizzazione della giustizia di pace)*
- 22 *norme generali sull'istruzione;(lettera “n” comma 2 art.117)*
- 23 *tutela dell'ambiente, dell'ecosistema e dei beni culturali. (lettera “s” comma 2 art. 117)*

Per ciascuna di esse quali è intuibile l'impatto negativo sulla salute (per illustrarlo occorrerebbero volumi e consistenti gruppi di studio e ricerca), del frazionamento normativo per Regione, per giunta gestito in termini di privatizzazione neoliberale, più costosa e meno efficiente, della funzione pubblica.

È evidente che non solo la materia “sanità”, ma tutta la politica e la normativa che va sviluppandosi in questi giorni anche sulle altre 22 materie ex comma 3 art. 116 Cost, deve essere rigettata per tutelare la salute.

Le politiche regionali, infatti, nel contesto neoliberale delle politiche UE e del governo italiano, in tutte queste materie sono oggi vincolate ad iniziative di privatizzazione e di sostegno a profitti e rendite finanziarie, si da connotare la autonomia regionale differenziata come, in primo luogo, processo di decentramento regionale delle privatizzazioni e della finanziarizzazione.

Un processo ancor più pericoloso poiché è evidente che la dimensione regionale è nei fatti meno “attrezzata” di quella dello stato centrale per sostenere una risposta “pubblica” alla privatizzazione selvaggia in essere.

Conclusioni

Si tenga conto, per concludere, che la scelta stessa dello strumento politico della Legge di Iniziativa Popolare appare viziato dall'essere in sé una promessa non mantenibile, un vicolo cieco.

Infatti, è impossibile che un Parlamento a maggioranza assoluta di destra-centro, impegnato in politiche neoliberiste e belliciste (“austerity for warfare”) incagliato nel tentativo di parare i colpi della crisi energetica, possa approvare una legge di sostegno e rilancio del Welfare come si prefigge la LIP, anche se sostenuta dai partiti di opposizione progressista/di centro sinistra, che sono minoranza assoluta.

Lo dimostra l'esito della proposta di legge sulla sanità PD nel 2024. su citata.

Il quadro politico attuale peraltro, è caratterizzato, dall'avvio della campagna elettorale per il rinnovo del Parlamento dopo la provvidenziale vittoria del No nel referendum sulla Giustizia, cui lo schieramento progressista/di centro sinistra intende partecipare con una coalizione che necessariamente dovrà dotarsi di un programma comune.

Più che una LIP, in tale quadro politico, servirebbe un “manifesto/programma di lotta” di classe per una svolta anti-neoliberista (anche) in Sanità, da inserire nel programma di tale costituenda coalizione, o quantomeno per condizionarlo profondamente.

È vero che la LIP può prestarsi ad essere tale “manifesto/programma di lotta”, pur con l'ambiguità di cui sopra, ma sarebbe stato meglio evitare ogni rischio di fraintendimento dell'opinione pubblica e dei dipendenti del SSN.

Occorre aver chiaro che per il “rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale e la valorizzazione del personale”, perseguita con la LIP, promossa da CGIL e dalla “Via Maestra”, non può essere conseguito senza forti, inevitabili ed immediate lotte sociali e sindacali.

Ad esse debbono sinergicamente aggiungersi iniziative di opposizione/ribellione allo strangolamento di Regioni ed Enti locali (e delle aziende sanitarie) delle amministrazioni regionali, provinciali e comunali progressiste /di centro sinistra, in vece delle declamatorie di inesistenti successi amministrativi in sanità e di documenti di allarme della conferenza delle Regioni, regolarmente disattesi dal governo.

Nel caso di sanità e autonomia regionale differenziata, ad esempio. nel 2024 è già stato fatto efficacemente ricorso da Puglia, Toscana, Sardegna e Campania alla Corte costituzionale, da cui la sentenza n. 192/24, che, seppur parzialmente, ha accolto le tesi contrarie alla legge n. 86/24.

Nonostante il recente parere favorevole della Conferenza delle Regioni ai protocolli di intesa del governo Meloni con quattro regioni di destra/centro sulle materie non LEP, sanità inclusa, la battaglia contro la privatizzazione tramite ulteriore regionalizzazione del SSN va ripresa individuando terreni di opposizione istituzionale praticabili, come il ricorso alla Corte costituzionale e/o il referendum abrogativo, recentemente vittorioso nel caso Giustizia.

Occorre che si faccia ben comprendere che la svolta a sostegno di un fortissimo finanziamento del servizio sanitario nazionale, <<whatever it takes>> direbbe un Draghi di sinistra, è indispensabile per la legge di Bilancio 2027, e sarebbe avviata subito da un prossimo Parlamento senza una maggioranza assoluta di destra centro.

Citazioni

1. P. Batifoulier et N. Da Silva - *L'Etat et la santé. Une économie politique du capitalisme sanitaire* - Open Edition Journals 30-31/2022

2. *Piersergio Serventi, Perché è successo perché nessuno è innocente - Silva Editore - Novembre 2025*
3. *Rafforziamo il SSN, rendiamo effettivo il diritto alla tutela della salute. A cura dell'Area Stato Sociale e Diritti CGIL Novembre 2025*
4. *Il Governo conferma nel DFP i tagli alla sanità: una proposta di legge di iniziativa popolare per reagire e cambiare. Stefano Cecconi SOS Sanità. 260510*
5. *250109 B. Gabbi - Al Ssn mancano 40 miliardi per stare al passo dei paesi dell'Unione europea Sole 24 ore Sanità 250109 cfr. Comunicato stampa "20° Rapporto C.R.E.A. Sanità: "Manutenzione o Trasformazione: l'intervento pubblico in sanità al bivio"*
6. *Beveridge vs Bismarck - Eugenio Anessi Pessina e Silvia Longhi - Salute Internazionale 8 Giugno 2009*
7. *G. Parisi L'I.A., se regolata, è una opportunità. Il Fatto Quotidiano 17.05.2026*
8. *C. Marrone. Il servizio sanitario nazionale britannico concederà ai collaboratori di Palantir l'accesso ai dati dei pazienti. Il [Corriere della Sera](#) 260514*
9. *Il valore economico e sociale del Servizio sanitario italiano Rapporto finale - Rapporto Fnomceo-Censis - Roma 24 ottobre 2023*
10. *Pubblico e privato in sanità: il finanziamento, la produzione e le imprese - Focus Tematico n. 3 del 31 marzo 2026 - Ufficio Parlamentare di bilancio*
11. *L'alternativa a Meloni? Stop al riarmo e ai regali alle imprese inefficienti e abbiamo 70 miliardi per modernizzare il paese - E. Brancaccio - intervista di U. de Giovannangeli su "l'Unità" 10.4.2026*
12. *G. Trianni Velleitarismo demagogico, obsolescenza tecnica, privatizzazione del SSN nel disegno di legge delega per la Sanità del Governo Meloni Lavoro e Salute 03.03.2026*
13. *DM 23 maggio 2022 n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" - Allegato 1 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" - Allegato 2 "Ricognizione Standard"*
14. *Decreto Legislativo 3 luglio 2017, n. 117 Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106. (17G00128)*
15. *C. Cordelli – Privatocrazia. Perché privatizzare è un pericolo per lo stato moderno. Mondadori 2022*
16. *Leone XIV- Magnifica Humanitas Lettera Enciclica Sulla Custodia Della Persona Umana nel Tempo dell'Intelligenza Artificiale 15.05 2026*
17. *G.R.- Leone XIV Si rischia di trasformare i pazienti in profili. Leone XIV e la rivoluzione digitale nella sanità - Quotidiano sanità 26.05.2026*
18. *Agenda Sanità Patto firmato da RER CGIL CISL UIL il 10.03.2026*