



Sessione: Autonomia differenziata: cambia “il sistema” salute

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

G. Trianni

Medicina Democratica

Comitati contro ogni Autonomia Regionale Differenziata

Premessa

Non si può prescindere, in questa sede, dal segnalare che nei fatti amministrativi concreti e nei loro risultati l'Autonomia Regionale Differenziata nel SSN già c'è, ha già fallito e, con la trasformazione in legge ed il successivo iter politico amministrativo del DDL Calderoli, può solo peggiorare sino alla sua totale scomparsa come servizio sanitario pubblico omogeneo a livello nazionale ed alla sua sostituzione con un servizio regionale pubblico ancillare della sanità privata ed escludente i ceti meno abbienti.

A sostegno di questa tesi è sufficiente rimandare a quanto autorevolmente documenta il report GIMBE del marzo 2024 sull'impatto dell'autonomia regionale differenziata sul SSN, non solo gravemente sotto finanziato, ma già frazionato in 21 servizi sanitari e caratterizzato da enormi disequaglianze regionali in termini di:

- Livelli Essenziali di Assistenza, (nel 2021 solo Regioni meridionali e Valle d'Aosta sono inadempienti)
- Aspettativa di vita alla nascita (nel 2022 una differenza di 3.2 anni tra 84,2 Prov. di Trento e 81 in Campania)
- Mobilità sanitaria (in 12 anni il Sud e le Isole hanno accumulato un saldo negativo pari a € 13,2 miliardi)
- Missione Salute del PNRR (es. incremento necessario Assistenza Domiciliare Integrata: è del 35% in Emilia-Romagna e del 416% in Campania)

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 ospedaliero italiano, si può discettare della letterale impossibilità con l'autonomia regionale differenziata di una adeguata funzione contrattuale nazionale, già oggi per quanto attiene le remunerazioni e la gestione dei diritti contrattuali dei professionisti dipendenti, parcellizzata regione per regione, e addirittura, azienda sanitaria per azienda sanitaria.

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 aggiuntive sui seguenti altri aspetti.

1. “One Health”, “Health in All Policies” e Autonomia regionale differenziata
2. Privatizzazione del SSN, concentrazione di capitali, e finanziarizzazione e Autonomia Regionale differenziata
3. Art. 11 del ddl 1665 Calderoli e Sanità
4. Funzioni Amministrative “devolubili”

“Health in All Policies” e “One Health” 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 trasmissione 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 missioni 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 l'inverarsi della Autonomia regionale differenziata e 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 (Ass. Generali, Unipol 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 Ass. 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 (5)

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 il giurista P. Maddalena (6), 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 il giurista 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 9 materie “non Lep”, per ciò stesso tutte devolubili subito, come quelle delle

Professioni, anche tra le altre 14 materie “Lep”, comprese quelle della Sanità, si possono aggiungere tutte le funzioni senza diretta attinenza con la necessità di calcolare preventivamente le entità dei valori economici di ciascun LEP. Per di più in relazione al fatto che per essere la devoluzione differenziata per regione e non generalizzata, per ciascuna funzione coesisterebbero apparati e regole amministrative a livello centrale nei ministeri con apparati e regole amministrative differenziate, non vincolate né coordinate, per ciascuna regione autonomizzata. 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. Per un approfondimento si allegano due schede ad hoc.

Conclusioni

Siamo a 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”, 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, Corte 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 questo convegno ANAAO poiché è un ulteriore, autorevole e partecipato atto di denuncia e apposizione 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”*