volerelaluna LA POLITICA PUNTOACAPO

I nodi irrisolti della proposta di legge della CGIL sulla sanità

Autore: Aldo Gazzetti e Gianluigi Trianni

La crisi della sanità pubblica italiana è esperienza quotidiana dei cittadini, che sempre più spesso rinunciano alle cure o, se ne hanno i mezzi, ricorrono alla sanità privata. Le ragioni del declino stanno anzitutto nella insufficienza dei finanziamenti ma anche nella mancanza di obiettivi chiari, di programmazione, di scelte politiche. Mentre il Governo si divide e non riesce a dare attuazione adeguata neppure alle promesse Case della Comunità, la Cgil e alcune associazioni hanno depositato in Cassazione una proposta di legge di iniziativa popolare contenente "Disposizioni per rendere effettivo il diritto alla salute mediante il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale e la valorizzazione del personale"*, su cui è ora in corso la raccolta delle firme. La finalità dell'iniziativa è l'avvio di un confronto su alcuni punti nevralgici del sistema sanitario a partire da proposte concrete. Per sollecitare il dibattito pubblichiamo qui due contributi: uno, di Nerina Dirindin, di presentazione dell'articolato e dei suoi obiettivi, e uno, di Gianluigi Trianni e Aldo Gazzetti, che ne segnala inadeguatezze e insufficienze. L'auspicio è che ciò valga a stimolare un dibattito più ampio.* (la redazione)

Il Governo Meloni ha la responsabilità politico amministrativa oggettiva della ingravescente demolizione e della privatizzazione del Servizio Sanitario Nazionale in questi anni. Come "antidoto" a tale politica la CGIL e le Associazioni aderenti a "La Via Maestra" hanno lanciato in questi giorni la **proposta di legge di iniziativa popolare (LIP) sulla sanità**. La **proposta ha il merito innegabile di porre al centro dell'iniziativa sindacale e dei movimenti sociali il tema del finanziamento e del rilancio del SSN** e raccoglie proposte organiche su personale, territorio, salute mentale, non autosufficienza, liste d'attesa, ricerca farmaceutica. Ma un'analisi tecnica approfondita rivela **contraddizioni strutturali che ne minano l'efficacia pratica**: la proposta accetta, spesso implicitamente, i vincoli e i modelli neoliberali che dichiara di voler combattere. È questa la tesi di fondo dell'analisi che qui sintetizziamo, rivolta a medici, dirigenti sanitari e operatori del settore che vogliono partecipare al dibattito con cognizione di causa.

Il nodo del finanziamento: un'ambizione insufficiente e mal fondata. La proposta di legge prevede all'art. 2 un incremento progressivo del finanziamento del SSN fino al 7,50% del PIL entro il 2030. Un obiettivo che suona ambizioso, ma che si scontra con numeri che la stessa CGIL documenta: la legge di Bilancio 2026 ha stanziato 142,9 miliardi per il Fondo Sanitario Nazionale, inferiore alla spesa effettiva del 2025 (144,0 mld) e al di sotto dei 148,5 miliardi stimati nel Documento di Finanza Pubblica 2026. Il DFP segnala una differenza complessiva di oltre 23 miliardi tra FSN vigente e uscite previste nel triennio 2026-2028. In questo contesto, le previsioni della proposta di legge non coprono neppure il fabbisogno corrente, figurarsi gli investimenti aggiuntivi necessari per potenziare il sistema. Ma il problema non è solo quantitativo. È concettuale. La proposta di legge adotta il PIL come parametro di riferimento per il finanziamento sanitario, una scelta

in aperto contrasto con la sentenza n. 275/2016 della Corte Costituzionale, richiamata peraltro nella stessa Relazione di accompagnamento secondo cui «è la garanzia dei diritti incomprimibili a incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione». Il finanziamento del SSN, secondo la legge n. 833/1978, deve essere vincolato alla realizzazione del Piano Sanitario Nazionale, che in Italia non esiste dal 2008. La proposta di legge accetta inoltre esplicitamente (art. 16, relazione tecnica) il vincolo del pareggio di bilancio: le maggiori risorse «siano finanziate senza produrre deficit». È un'accettazione dei vincoli di Maastricht e del Patto di Stabilità che contraddice qualsiasi ambizione di discontinuità politica. L'alternativa è chiara: rivendicare finanziamenti adeguati già dal 2026 sulla base degli obiettivi reali, indipendentemente dai tetti di bilancio. A supporto, il Rapporto Fnomceo-Censis del 2023 ha calcolato un moltiplicatore di 1,84 per ogni euro investito nel SSN: ogni euro di spesa pubblica sanitaria genera quasi il doppio in valore produttivo, oltre 2 milioni di nuovi posti di lavoro e più di 50 miliardi di entrate fiscali.

Le fonti di copertura: dove la proposta di legge tace. La proposta di legge individua come coperture prioritarie la razionalizzazione della spesa farmaceutica, la promozione della moneta elettronica e la rimodulazione dei sussidi ambientalmente dannosi. Misure giuste, ma non sufficienti per gli investimenti necessari nell'immediato. Colpevolmente assente è qualsiasi proposta di intervento sulle deduzioni e detrazioni fiscali che alimentano il secondo pilastro: welfare aziendale, fondi sanitari integrativi, spesa privata. L'Ufficio Parlamentare di Bilancio (Focus Tematico n. 3, marzo 2026) stima in 4,6 miliardi il rimborso fiscale annuo ai contribuenti per spese sanitarie detraibili IRPEF e in oltre 1,1 miliardi il minor gettito attribuibile ai fondi integrativi. Quest'ultimi, con 16,3 milioni di iscritti nel 2023, presentano criticità riconosciute: selettività categoriale, esclusione degli anziani e dei fragili, concentrazione nelle grandi imprese del Nord, alti costi amministrativi, rischi di sovraconsumo. Risorse pubbliche travasate nel privato. La proposta di legge non dice nulla su questo fronte. Economisti come E. Brancaccio stimano in oltre 150 miliardi annui la somma complessiva di prebende alle imprese, sussidi fossili, aiuti di Stato senza contropartita e tolleranza sull'evasione: l'Italia è prima in Europa per trasferimenti pubblici al capitale privato, intorno all'8% del PIL. Il margine di manovra esiste: la proposta in esame non lo attiva.

Programmazione sanitaria: il vuoto che la proposta di legge non colma. La proposta di legge (artt. 3-15) articola proposte ragionevoli su personale, territorio, salute mentale, non autosufficienza, attesa. Ma soffre di un vizio di origine: non si confronta con il fatto che in Italia manca un Piano Sanitario Nazionale dal 2008 e che il management del SSN è selezionato prevalentemente per tagliare costi, non per programmare salute. Particolarmente grave è il silenzio sulle Case della Comunità *spoke*, previste dal decreto ministeriale n. 77/2022 ma ignorate dalla proposta di legge. I dati Agenas del settembre 2025 sono eloquenti: nel primo semestre di quell'anno solo il 38% delle Case della Comunità *hub* del PNRR risultava attivo, quelle a pieno regime con medici e infermieri erano meno del 3%, e al Sud la situazione era drammatica. Le case di comunità *spoke*

– quelle di prossimità per le aree rurali e urbane a maggior fragilità epidemiologica – non vengono nemmeno citate. Non è un dettaglio tecnico: è il cuore dell'assistenza territoriale pubblica in alternativa alla ambulatorietà privata. Proporre innovazione senza infrastruttura è demagogia.

Il terzo settore: una porta aperta alla privatizzazione. L'art. 1 della proposta di legge prevede la partecipazione alla programmazione sanitaria anche del «terzo settore no profit». Una previsione che apre una contraddizione profonda. Il Terzo Settore (D.lgs. n. 117/2017) comprende, accanto alle associazioni di *advocacy* dei pazienti, anche imprese sociali, cooperative, enti filantropici, fondazioni – molti dei quali sono produttori di servizi sanitari in alternativa o in competizione con il SSN. Inserirli nella programmazione significa attribuire a soggetti privati, ancorché non profit, il potere di condizionare quantità e tipologie di prestazioni da acquistare. L'esempio più recente è emblematico: la costituzione della società consortile «Sette Pani», che aggrega ospedali della sanità cattolica iscritti al RUNTS – quasi 300 strutture, oltre 50.000 addetti, quasi 12.000 posti letto accreditati (5,3% del totale nazionale) – con l'obiettivo di costruire di fatto un sistema sanitario privato cattolico integrato col SSN a carico del FSN. Come già documentato da Ciarini (2021), l'integrazione pubblico/terzo settore non produce risparmi: le convenzioni si basano su tariffe DRG (Diagnosis Related Groups) almeno pari a quelle pubbliche, oggi già variabili per regione. Produce invece, come avverte C. Cordelli in *Privatocrazia* (Mondadori, 2022), una perdita del governo democratico della sanità. Vale la pena ricordare che il principio di sussidiarietà orizzontale deriva direttamente dalla dottrina sociale della Chiesa (*Rerum Novarum*, 1891), riconfermato dalla recente Enciclica *Magnifica Humanitas* di Leone XIV (maggio 2026): un principio che la proposta di legge avrebbe dovuto contrastare invece di legittimare.

Autonomia regionale differenziata: una visione parziale. La proposta di legge (art. 1, comma 4) esclude le funzioni sanitarie dall'applicazione della legge sull'autonomia differenziata (legge n. 86/2024, Calderoli). Un'intenzione condivisibile, ma gravemente insufficiente. I determinanti della salute – povertà, ambiente, lavoro, istruzione, inquinamento, diseguaglianze sociali – sono condizionate dalle altre 22 delle 23 materie trasferibili alle regioni ai sensi dell'art. 116 Costituzione. La strategia "Health in All Policies", sottoscritta dall'Italia in sede UE nel 2006 e adottata dall'OMS nel 2007, impone di considerare l'impatto sulla salute in tutte le politiche pubbliche. Escludere solo la "tutela della salute" dalla ARD, ignorando le sue condizioni di contesto, è operazione tecnica e politica sbagliata. Il rischio reale dell'autonomia differenziata non è solo la frammentazione normativa, ma il decentramento delle privatizzazioni: le regioni hanno meno strumenti dello Stato centrale per resistere alla finanziarizzazione dei servizi pubblici.

Conclusioni: un manifesto di lotta, non una legge sufficiente. La proposta di legge nasce come strumento di raccolta di firme e pressione parlamentare. Ma un Parlamento a maggioranza assoluta di centro-destra, impegnato in politiche di "austerity for warfare",

non approverà mai una legge di sostegno al welfare pubblico. Lo ha già dimostrato il destino della proposta PD sulla sanità nel 2024. Il valore reale della proposta è quello di un manifesto politico-programmatico per costruire un'alternativa. Ma per svolgere efficacemente questa funzione dovrebbe: eliminare ogni accettazione dei vincoli di bilancio come precondizione; aggredire fiscalmente il secondo pilastro e le rendite finanziarie; collocare il terzo settore produttivo fuori dalla programmazione pubblica; estendere la battaglia contro l'autonomia differenziata a tutti i 23 ambiti non solo la salute. Senza queste correzioni, la LIP rischia di essere non il punto di ripartenza per un SSN pubblico e universale, ma variante neoliberale funzionale al consolidamento di un sistema sanitario sempre più duale, finanziariamente dipendente e politicamente condizionato da soggetti privati. **La svolta necessaria – *whatever it takes*, direbbe un Draghi di sinistra – non può aspettare il 2030.**

Il testo è una sintesi del documento: "Accettazione di vincoli e modelli neoliberali e di finanziarizzazione della sanità: le criticità della LIP di CGIL".