

# **“Privatocrazia” e Sanità in Italia**

## **Privatizzazione, Concentrazione di Capitali e Finanziarizzazione**

**G. Trianni\* - A. Gazzetti \*\***

### ***Premessa***

È massimo in Italia l'allarme per la evidente (e irreversibile?) crisi del SSN e il dibattito sul rapporto (inevitabile?) pubblico-privato in Sanità.

Da pluridecennali sostenitori del Servizio Sanitario Nazionale, e del suo adeguato finanziamento “whatever it takes”, prima come dipendenti pubblici, oggi come “pensionati attivi”, proponiamo di prendere in considerazione, e non per arrendersi, i fatti ed i processi di concentrazione di capitali e di finanziarizzazione che caratterizzano la privatizzazione e la “de-pubblicizzazione” dell'assistenza sanitaria in Italia.

Lo scopo di queste note non è definire tutto il quadro sistemico, economico e patrimoniale della sanità privata in Italia, ma richiamare l'attenzione, anche tramite semplici ricerche empiriche sul WEB, sulla attuale ed avanzata fase di trasformazione tipologica del “privato in sanità” in termini di privatizzazione, concentrazione di capitali e finanziarizzazione, tipologie che al contempo coesistono e tendono a soppiantare quelle preesistenti.

Questo processo, infatti, pone contesti politici nuovi a quanti hanno a cuore il Servizio Sanitario Nazionale ed i suoi fini istituzionali universalistici e si impegnano a sottrarre la salute al tentativo di “gestirla” come “merce”, non come diritto costituzionale fondamentale, e l'assistenza sanitaria al tentativo farla ambito di mercato, non certo di vincolante, partecipato ed esclusivo intervento dello stato democratico, come è necessario a fronte dei bisogni di salute indotti dall'emergenza ambientale e sociale globale e dell'impetuoso sviluppo delle tecnologie assistenziali.

Il rischio, infatti, che sia l'economia, cioè “il mercato”, cioè “i mercanti”, nella nuova dimensione del “finanzcapitalismo” come lo definì L. Gallino (1), a guidare la politica in sanità in Italia è tra il certo e l'immanente.

Quanto segue prende spunto ed attualizza il nostro intervento alla presentazione a Modena del libro “Privatocrazia” di C. Cordelli nel dicembre 2022 (2).

Il libro, la cui lettura consigliamo, affronta, in ottica di filosofia politica e del diritto, e con esplicita impronta kantiana, il tema dell'evoluzione dello stato da strumento volto alla gestione imparziale degli affari comuni, tramite un sistema di cariche pubbliche, a strumento di co-responsabilità e co-amministrazione pubblico-privato.

Di tale approdo evidenzia i problemi di legittimità democratica.

La privatizzazione delle funzioni pubbliche, infatti, “specialmente quando assume un carattere sistematico e quando coinvolge organizzazioni a scopo di lucro, compromette “l'autogoverno democratico”, segnala l'autrice.

La privatizzazione sistematica a favore di organizzazioni che perseguono fini di lucro “non solo trasferisce poteri, responsabilità e discrezionalità significative ai privati, ma allo stesso tempo compromette ciascuna delle tre condizioni di autogoverno, rappresentanza e indipendenza reciproca che servono a legittimare l'esercizio di quei poteri e responsabilità (della pubblica amministrazione n.d.r.) riproducendo così il problema del dominio privato all'interno dello stato amministrativo”.

Peraltro, la co-amministrazione pubblico-privato ha raggiunto livelli preoccupanti in Italia, in tutte le regioni, ma è aggravata dalla concentrazione di capitali in imprese private multinazionali, a loro volta sempre più oggetto di controllo e speculazione finanziaria.

### ***Centralizzazione dei capitali e finanziarizzazione in sanità***

Il processo di centralizzazione dei capitali e la finanziarizzazione sono fenomeni generali nel mondo economico.

<<Per Marx, le leve più potenti della centralizzazione sono due. In primo luogo, vi è la “lotta della concorrenza”, che vede prevalere i capitali più grossi, caratterizzati da una maggior scala di produzione e quindi da una più elevata produttività, e che “termina sempre con la rovina di molti capitalisti minori, i cui capitali in parte passano nelle mani del vincitore, in parte scompaiono” (3)

Ma soprattutto vi è il “sistema del credito”, che attira mediante fili invisibili i mezzi pecuniari disseminati nelle mani di capitalisti individuali e infine si trasforma “in un immane meccanismo sociale per la centralizzazione dei capitali” (3)

Il processo di centralizzazione associato allo sviluppo del sistema creditizio e finanziario favorisce dunque l'immissione di enormi quantitativi parcellizzati di capitale nelle mani di una ristretta “aristocrazia finanziaria”, dedita all'organizzazione del capitale su base privata senza aver bisogno di assumerne la proprietà privata.” >> (E. Brancaccio et All.) (4)

Tale fenomeno è rinvenibile anche nello specifico della sanità in tutto il mondo, a prescindere dai gradi e dalle caratteristiche di privatismo che la connotavano agli inizi del terzo millennio, e costituisce una vera e propria pandemia politico sanitaria. (23)

In Italia, sia nei settori “ospedalieri” che in quelli “territoriali” che in quelli dei servizi di supporto all'assistenza sanitaria, si è assistito alla progressiva sostituzione della piccola e locale imprenditorialità familiare/professionale

(strutture private a base familiare fondate e gestite da pneumologi, ginecologi, laboratoristi, radiologi ed anche medici di medicina generale) con sempre maggiori entità imprenditoriali.

Entità imprenditoriali prima nazionali e successivamente anche multinazionali, sia per la trasformazione di gruppi nazionali italiani in imprese multinazionali, (cfr. KOS di De Benedetti) sia per espansione nel mercato della sanità italiano di multinazionali europee.

“La ricerca sulla “finanziarizzazione della salute” descrive questo processo come *la trasformazione del finanziamento e della prestazione sanitaria in investimenti finanziari e la correlata partecipazione degli attori finanziari nel settore*” (Cordilha,) (5).

Anche in Italia gli attori finanziari agiscono da tempo nella sanità, ad esempio i fondi assicurativi, la fase attuale, tuttavia, si distingue per il loro ruolo centrale e prevalente nel guidare i cambiamenti strutturali nella sanità pubblica e privata, e beneficiarne.

### **Il contesto di politica economica della politica sanitaria in Italia**

In Italia il Servizio sanitario Nazionale opera in un contesto di politiche economiche neoliberali, come del resto i sistemi sanitari pubblici della Unione Europea, e in grandissima prevalenza in tutti i continenti dalle Americhe del Nord e del Sud, all’Africa, all’Asia, all’Oceania.

Con l’espressione “politiche neoliberali” si fa riferimento ad un intreccio sinergico tra tagli alla spesa pubblica sociale (da oltre 15 anni il SSN ne è vittima!), privatizzazione del patrimonio statale (industriale, bancario, immobiliare, dei trasporti, dei servizi pubblici), conservatorismo fiscale (riduzione delle tasse, come la “flat tax” perseguita dal governo, e pareggio di bilancio perseguito con riduzione della spesa pubblica e del debito pubblico nazionale), e politiche di deregulation (lo stato non interviene sugli ambiti di mercato che viene lasciato libero di autoregolarsi).

Tale intreccio di teorie e politiche costituisce il “Neoliberismo”, il cui assunto è che l’intervento dello stato in economia è inefficace e dannoso, fu postulato alla fine negli anni ’30/’40 del ’900 (F. von Hayek , L. von Mises, Jacques Rueff,) e si è progressivamente diffuso nel mondo a partire dagli anni ’70/’80. (cfr. il caso Cile - M. Friedman, J. Pinera).

In Europa, ed in Italia, è stato “concretizzato” dal trattato di Maastricht del 07.02.1992, atto costitutivo della Unione Europea, cioè della Confederazione dei 27 Stati europei che attualmente la compongono e che sono esplicitamente tenuti (TUE art.3) alla creazione di un’economia di mercato «fortemente competitiva».

Con la previsione del rapporto tra deficit pubblico e PIL non superiore al 3% e del rapporto tra debito pubblico e PIL non superiore al 60%, arbitrari e lunghi dall’essere conseguibili dal nostro paese, il trattato di Maastricht costituì quel vincolo europeo, “c’è lo chiede l’Europa”, che giustificò/impose in Italia l’adozione della “austerità” neoliberale di cui sopra.

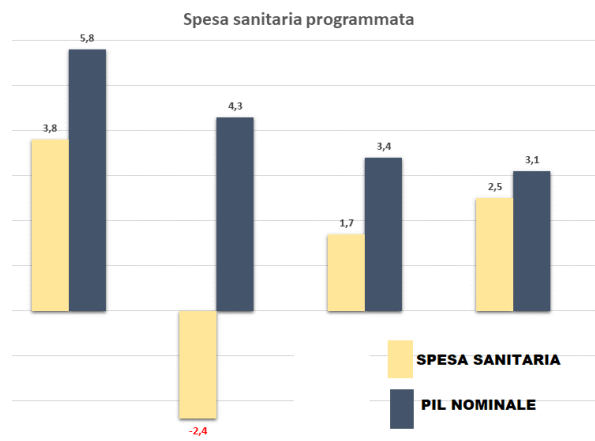
È in questo quadro che si inserisce il defianziamento del SSN stabilito dal Governo Meloni e dalla sua maggioranza con la L. 197/2022 "**Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025**".

A fronte delle evidenti carenze di personale per decine di migliaia di addetti e di strutture assistenziali per migliaia di edifici, fattori produttivi entrambi gravemente sottostimati sia dalle previsioni del PNRR che dagli obsoleti D. M. 70/2015 sugli standard dell’assistenza ospedaliera, e DM 77/2022 su quelli “territoriali”, nonché dei debiti accumulati dal SSN durante la pandemia Covid 19 e indotti dalla crisi energetica in corso, sono stati stanziati per la sanità, dal 2023 al 2026, fondi inferiori non solo alle necessità di ripiano richieste dalle regioni, ma sempre anche alla crescita dell’inflazione e del PIL nominale come evidenziato nelle due tabelle a seguire:

**La spesa sanitaria nel DEF 2023: consuntivo 2022 e stime 2023-2026**

Spesa sanitaria	2022	2023	2024	2025	2026
In milioni di euro	131.103	136.043	132.737	135.034	138.399
In % di PIL	6,9%	6,7%	6,3%	6,2%	6,2%
Tasso di variazione %	3%	3,80%	-2,40%	1,70%	2,50%

**GIMBE**  
EVIDENCE FOR HEALTH



È appena il caso di ricordare che con il “Documento per Incontro 7 marzo 2023”, (6) la cui premessa è “*Il sottofinanziamento del SSN: un problema che viene da lontano*”, le regioni avevano prospettato un fabbisogno aggiuntivo tra i 20 ed i 40 miliardi l’anno! (sia pure tramite il confronto con altri paesi europei che gli scriventi ritengono opinabile per i diversi sistemi di sanità pubblica.)

## Le tipologie della Privatizzazione

Questa la contestualizzazione, tanto sintetica quanto non certo esaustiva, necessaria ad inquadrare la discussione sulla privatizzazione della sanità in Italia, la concentrazione di capitali e la finanziarizzazione dello specifico mercato, quindi anche sulla “Privatocrazia”.

Varie sono le forme di privatizzazione in sanità: per orientarsi è utile rifarsi allo schema catalogativo di C. André e All. (7), pur se condizionato dalla specificità del sistema assicurativo/mutualistico della sanità pubblica francese.

Gli autori distinguono la privatizzazione in funzione del finanziamento e in funzione della erogazione delle cure.

Per entrambe le funzioni, quella di finanziamento e quella di erogazione, individuano un ambito esterno al servizio sanitario pubblico ed un ambito interno ad esso.

Ad esempio, la privatizzazione del finanziamento dell’assistenza esterna al pubblico è quella connessa alle Assicurazioni, come nel caso delle polizze per le prestazioni a pagamento diretto o per le prestazioni assicurate dal Welfare contrattuale, mentre quella interna al pubblico, si ha nel caso della concorrenza tra acquirenti pubblici e privati equiparati.

Nel caso della privatizzazione della erogazione dell’assistenza quella esterna è costituita dalla esternalizzazione di servizi e dal Partenariato Pubblico Privato (Project financing) e quella interna è, classicamente in Italia, quella della libera professione cosiddetta “intramoenia”, sia ambulatoriale che nelle degenze per “paganti”.

A seguire un grafico esplicativo/esemplificativo

Fig. n. 1



La privatizzazione esterna al Servizio Sanitario Nazionale, secondo la classificazione di André et All., in relazione alla sola assistenza sanitaria, escluse quindi le funzioni non sanitarie di supporto all’assistenza, con finanziamento sia pubblico (SSN/FSN) che privato (diretto out of pocket o intermediato da assicurazioni) è illustrata nella tabella a seguire proposta dall’Area Studi di Mediobanca (8) su dati dell’Annuario Statistico 2022 del Ministero della Sanità.

In Italia sul totale delle strutture sanitarie di assistenza per acuti e per cronici solo nel caso dell’assistenza ospedaliera per acuti (51%) e “dell’altra assistenza territoriale” (insieme di Centri dialisi, consultori materno infantili, stabilimenti idrotermali centri distrettuali) (86%) nel 2021 è in maggioranza del SSN, cioè pubblico.

In tutti gli altri ambiti le strutture assistenziali sono in grande maggioranza del privato, con punte dell’84% per l’assistenza territoriale residenziale e del 78% per quella riabilitativa, ed in tutte le tipologie la percentuale di strutture private è cresciuta tra il 2010 ed il 2021!

**Tab. 6 – Numero di strutture per tipologia di assistenza erogata**

Tipologia di assistenza	2010					2021					Var.2021 / 2010
	Natura delle strutture				Totale	Natura delle strutture				Totale	
	Pubbliche	%	Private accreditate	%		Pubbliche	%	Private accreditate	%		
Assistenza ospedaliera	634	54	531	46	1.165	511	51	484	49	995	-170
Assistenza specialistica ambulatoriale <sup>19</sup>	3.855	40	5.780	60	9.635	3.474	40	5.304	60	8.778	-857
Assistenza territoriale residenziale	1.513	25	4.640	75	6.153	1.276	16	6.708	84	7.984	1.831
Assistenza territoriale semiresidenziale	983	37	1.661	63	2.644	863	29	2.142	71	3.005	361
Altra assistenza territoriale <sup>20</sup>	4.870	88	644	12	5.514	6.098	86	966	14	7.064	1.550
Assistenza riabilitativa (ex art. 26)	240	25	731	75	971	252	22	902	78	1.154	183
<b>TOTALE</b>	<b>12.095</b>	<b>46</b>	<b>13.987</b>	<b>54</b>	<b>26.082</b>	<b>12.474</b>	<b>43</b>	<b>16.506</b>	<b>57</b>	<b>28.980</b>	<b>2.898</b>

È su questa massa di strutture private, già la maggioranza di quelle operanti in Italia, che va sviluppandosi il processo di concentrazione di capitali e di finanziarizzazione.

Di esse sempre l'Area Studi Mediobanca segnala tre caratteristiche strutturali prevalenti:

- le entrate in gran parte derivano da finanziamento pubblico tramite convenzioni, salvo che nel caso di centri specialistici ambulatoriali che le devono in maggior parte al pagamento diretto dei pazienti (out of pocket) o a intermediazioni assicurative e di welfare contrattuale (cfr, CDI di Milano) e la cui espansione non ha subito frenate a causa della pandemia, anzi.
- il personale, anche a seguito della competizione sul mercato del lavoro in occasione della epidemia Covid 19 con le assunzioni operate dal SSN, è in prevalenza non dipendente ma legato da contratti di lavoro autonomo delle varie fattispecie;
- tutte, a parte qualche eccezione (IEO, Multimedita, CDI, Eurosanità, Don Calabria, Nuova Domiziana), sono accreditate e convenzionate con più regioni, da due a nove.

### **Spesa sanitaria e mercato in Italia nel 2021: macro ambiti**

Dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) (9) apprendiamo che nel 2021 in Italia la spesa totale per la sanità è stata di circa 164 Mld di euro.

Di essa circa il 73%, pari a circa 127 Mld di euro, è stata pubblica, e circa il 27%, pari a poco più di 37 Mld di euro, è stata privata (diretta o "out of pocket").

Dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) apprendiamo che nel 2021 in Italia la spesa totale per la sanità è stata di 163,76 Mld di euro:

- circa il 77,3%, pari 126,6 Mld di euro è stata pubblica,
- circa il 22,7%, pari 37,16 Mld di euro è stata privata (diretta o "out of pocket").

Dei 126,6 Mld di spesa pubblica, però, ben € 79,10 Mld sono stati destinati ad acquisire da privati:

- prestazioni assistenziali per € 32,633 Mld, di cui € 25,469 Mld per prestazioni di specialistica ambulatoriale e ricoveri ospedalieri e € 7,164 Mld per l'assistenza medico generica;
- servizi di supporto all'assistenza sanitaria quali cibo, lavanderia, sterilizzazione ed altro, per € 27,239 Mld;
- farmaci per € 19,19 dei quali € 11,816 Mld in forma diretta (assistenza ospedaliera) e € 7,374 Mld in forma convenzionata, cioè comprati in farmacia su prescrizione medica.

Le dimensioni del mercato nella sanità in Italia nel 2021, quindi, sono state nell'insieme di € 106,262 Mld pari al 64,9 % del totale della spesa sanitaria (accertata)

Tale entità è peraltro sottostimata in relazione alla remunerazione di prestazioni assistenziali non dichiarate al fisco che, in quantità da definirsi concorrenti, all'evasione fiscale e contributiva, che è stata stimata per il 2019 in € 122 Mld. (10) Da ultimo si segnala che la spesa sanitaria concorre alla cosiddetta "White Economy", cioè a quella filiera delle attività, sia pubbliche che private, riconducibili alla cura e al benessere delle persone, che nel 2015 una ricerca Censis Unipol (11) stimò produrre un valore economico pari a 290 miliardi, con un valore della produzione attribuibile per:

- Il 42,2% ai servizi sanitari,
- il 17,9% alle attività pubbliche di gestione e regolazione nei settori della sanità, assistenza e previdenza,
- il 17,7% all'industria del farmaco e delle attrezzature medicali,
- il 10,6% alla previdenza complementare e alle assicurazioni del ramo salute,

- il 10,4% alle attività di personal care,
- l'1,1% all'istruzione universitaria negli ambiti considerati.

Tutti settori ampiamente e progressivamente interessati da fenomeni di privatizzazione, di concentrazione di capitali e di finanziarizzazione.

### Concentrazione di capitali e finanziarizzazione in ambito farmaceutico

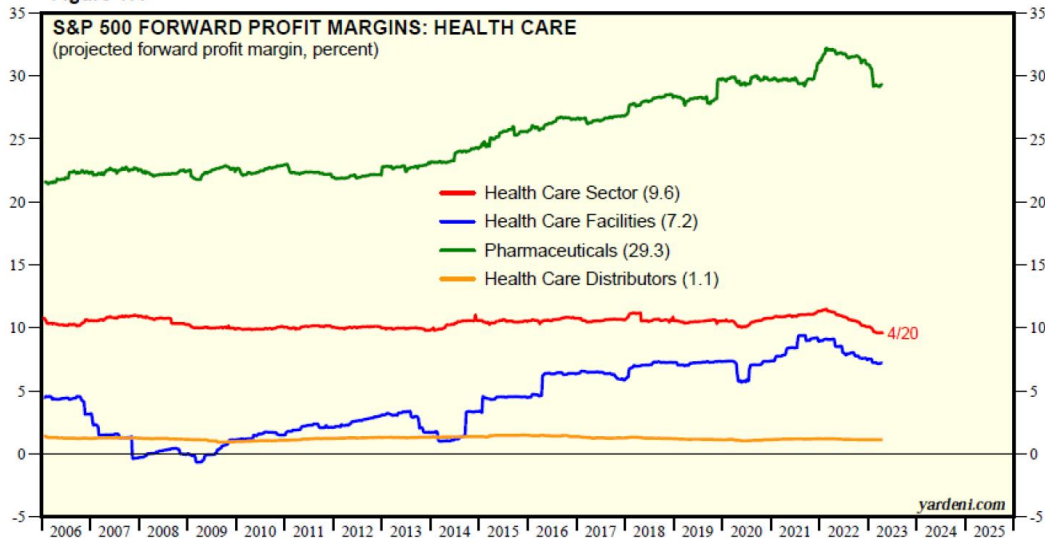
Senza dubbio l'ambito in sanità nel quale la concentrazione di capitali e la finanziarizzazione hanno la maggiore estensione e generano i più importanti e disgustosi conflitti con la tutela della salute pubblica è quello dell'industria farmaceutica.

Ne sono prova i margini di profitto riportati nella seguente figura edita da Yardeni Inc, che attribuiscono alle azioni del farmaceutico USA un rendimento atteso del 29.3%, contro una media del 9.6 % del settore sanitario nel suo complesso.

### S&P 500 Sectors & Industries Forward Profit Margins (weekly)

Yardeni Research, Inc.

Figure 17.



Source: I/B/E/S data by Refinitiv.

Già prima dell'epidemia di Covid-19 in Italia e nel mondo, si registrò il caso Gilead/Sovaldi, casa produttrice e farmaco il cui principio attivo è capace di bloccare l'azione dell'enzima "RNA polimerasi RNA dipendente (NS5B)", essenziale per la replicazione del virus C dell'epatite, con conseguente blocco della moltiplicazione e dell'infezione virali.

Il caso Gilead/ Sovaldi presentò le seguenti caratteristiche (cfr. Maciocco) (12):

1. Il profitto fu perseguito tramite la leva finanziaria con operazioni di "dividends + share buybacks" ("Share buybacks" significa "riacquisto delle proprie azioni"), con entrate all'investimento fatto per acquisire la start up Pharmasset che, peraltro, aveva progettato e realizzato il principio attivo anche con i soldi pubblici del National Institute of Health (NIH);
2. Il prezzo del farmaco, esorbitante, fu definito in base al criterio che "Il prezzo deve essere proporzionato al valore intrinseco del farmaco, cioè al costo per la società se la malattia non fosse trattata", quindi non tramite i "meccanismi classici" del plus valore sulla base dei costi di produzione e della ricerca sostenuta!
3. I governi occidentali, quello italiano compreso, rifiutarono di avvalersi delle clausole legittime di decadenza del brevetto internazionale che garantiva la esclusività della produzione e commercializzazione del Sofosvubir e furono quindi conniventi con la politica di prezzi altri di Gilead anche a costo di "razionare", cioè negare l'accesso al farmaco a pazienti che erano in fase di malattia non conclamata ma comunque a rischio di malattia grave.

G. Maciocco osservò: "Dalle distorsioni di cui sopra si manifesta il nuovo volto dell'industria farmaceutica, il cui prototipo è, con buone ragioni, rappresentato da Gilead, dove la ricerca è ridotta a poco più di un'attività di copertura, mentre al centro degli affari della compagnia giganteggiano le attività finanziarie e speculative" e "Naturalmente la responsabilità massima sta in capo ai governi che di fronte alle pretese di Gilead hanno mostrato un'inerzia che sfiora la complicità".

I governi occidentali lasciarono la ricerca universitaria pubblica e l'industria pubblica senza finanziamenti adeguati ad avviare una produzione adeguata ai bisogni di cura delle rispettive cittadinanze, come pur in Italia si fece nel 1948



quando il governo avviò la produzione pubblica delle penicilline semisintetiche (Taroni) (13) per liberarsi dalla dipendenza dal “mercato” di quelle naturali.

A. Cauduro (14) intitolò direttamente un suo lavoro in materia “Big Pharma e la privatizzazione del SSN”.

“Mutatis mutandis” lo stesso meccanismo si è riproposto in corso di epidemia di Covid -19 con gli specifici vaccini, messi a punto con finanziamenti pubblici miliardari dei governi dei paesi su cui insistono le case madri, che “Big Pharma”, nelle trattative condotte da Ursula von der Leyen, presidente della Commissione Europea per conto della UE e dei suoi governi, impose a prezzi superiori sino a 24 volte i costi di produzione, oltre a lasciare privi di vaccino interi continenti!

<< The Great Vaccine Robbery>> fu il titolo del rapporto di Marriot e Maitland (\*), per conto di People’s Vaccine Alliance (PVA) nel 2021. (15)

Nel 2020 J. Busfield, (16) ripresa magistralmente in Italia da A. Cattaneo (17), con uno studio sulle prime 15 multinazionali al mondo, ha segnalato le “distorsioni” generate dal fine di ottenere rapidi e massimi profitti dalle azioni (equity) tramite delocalizzazioni per ridurre i costi di produzione per i bassi costi del lavoro, riduzioni degli investimenti in ricerca sostituite investimenti azionari da start up non quotate in borsa (private equity) di giovani ricercatori ed abbandono di interi settori nosologici come nel caso della patologie da batteri o di quelle rare.

Ne hanno dato adeguata informazione Cattaneo e Dentico (18).

### **Concentrazione di capitali e finanziarizzazione nella ospedalità e nella specialistica ambulatoriale privata**

Ma l’accelerazione del processo di concentrazione e finanziarizzazione nel “privato”, investe anche gli altri settori della “White economy” come è evidente se si osservano i passaggi di proprietà e di fusione (Merger & Acquisition), a suon di miliardi di euro o di dollari nel mondo e in Europa di interi sistemi ospedalieri, ambulatoriali e residenziali. (21)<sup>i</sup>

Il fenomeno è in corso anche in Italia, nel mercato sanitario già regionalizzato oggi, prima della entrata in vigore dell’autonomia regionale differenziata, essendo “regionalizzato” il principale acquirente: il SSN pubblico.

Una esemplificazione della distribuzione della sanità privata nelle regioni, citate in ordine decrescente in rapporto alla dimensione degli operatori privati in esse attivi, assumendo come proxy della concentrazione proprietaria il rapporto ricavi assoluti / n. società private (in quinta colonna) è rappresentato nella tabella a seguire.

### **Sanità Privata: Distribuzione per Regioni (Ricavi anno 2021)**

<b>stima Ricavi 2021 : 1000</b>	<b>Popolazione (abitanti)</b>	<b>Ricavo/abitante</b>	<b>Numero società</b>	<b>Ricavo/ società :1000</b>
Molise 192.006	292.150	657	38	5.053
Lombardia 6.001.256	9.943.004	604	1.281	4.685
Piemonte 1.120.520	4.256.350	263	285	3.932
Emilia-Romagna 1.552.425	4.425.366	351	529	2.935
Friuli-Venezia Giulia 251.046	1.194.647	210	91	2.759
Valle d’Aosta 16.424	123.360	133	6	2.737
Abruzzo 242.772	1.275.950	190	93	2.610
Campania 1.920.774	5.624.420	342	743	2.585
Lazio 2.830.540	5.714.882	491	1.100	2.549
Trentino Alto Adige 167.868	1.073.574	156	70	2.398
Veneto 1.262.851	4.847.745	261	568	2.223
Puglia 870.269	3.922.941	222	491	1.772
Toscana 569.119	3.663.191	155	330	1.725
Liguria 207.411	1.509.227	137	136	1.525
Marche 241.364	1.487.150	162	165	1.463
Sicilia 1.029.376	4.833.329	213	704	1.462
Calabria 242.328	1.855.454	131	177	1.369
Basilicata 55.119	541.168	102	41	1.344
Umbria 84.658	858.812	99	80	1.058
Sardegna 91.636	1.587.413	58	122	751
<b>TOTALE 18.922.762</b>	<b>59.030.133</b>	<b>321</b>	<b>7.050</b>	<b>2.684</b>
Elaborazione dati da Adacta Advisory				

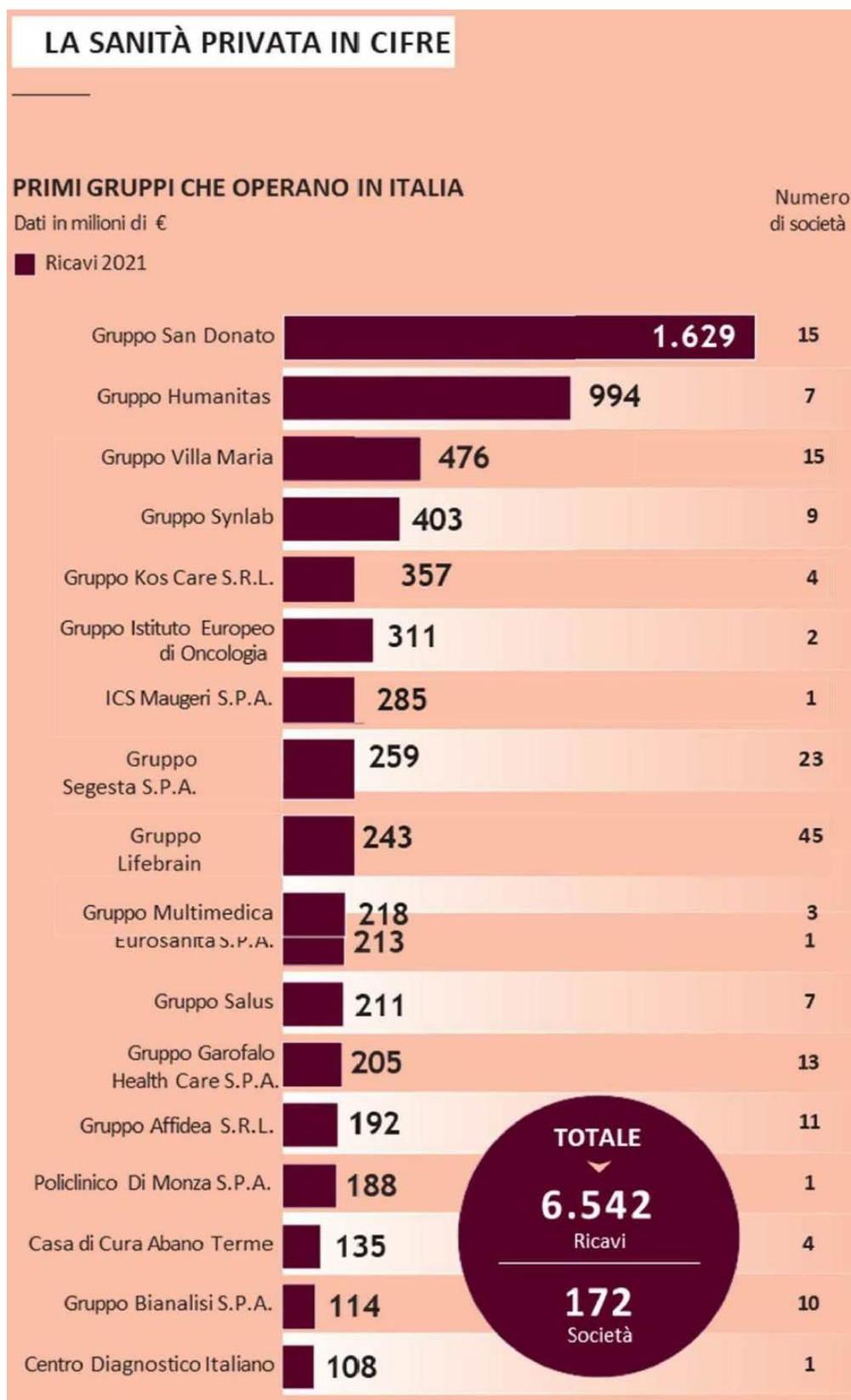
Eccezion fatta per il Molise, le regioni sopra la media nazionale, che è di 2,684 milioni di euro di ricavi pro-azienda privata erogatrice, sono nel Nord Italia, con una netta prevalenza della Lombardia.

Gli “intrecci” tra i sistemi sanitari (e spese sanitarie) regionali e quelli del “privato finanziarizzato” sono dall’opinione pubblica ancor meno conosciuti di quelli del settore farmaceutico.

Non c'è adeguata informazione diffusa, infatti, su “chi e come ci guadagna” in tali “intrecci”, né su come questi “guadagni” condizionino non solo le politiche aziendali nel “privato” ma anche le politiche sanitarie dei Presidenti delle Regioni e dei governi nazionali.

E il DDL sull'Autonomia Regionale Differenziata del governo Meloni – Salvini, consentirà, se approvato, ulteriori spazi di legislazione autonoma su programmazione pubblica e rapporti con “il privato”, camuffati come inevitabili per la sopravvivenza dei servizi pubblici e pretesi ad essi funzionali, anzi simbiotici e proattivi!

Anche la tabella seguente, acquisita dalla stessa fonte sul Web, descrive i primi 15 gruppi privati in rapporto ai loro ricavi del 2021.



(Fonte: Adacta Advisory)

Sempre da “La sanità e i suoi maggiori operatori privati in Italia” di Mediobanca (Area Studi, aprile 2023) ( ) è ha pubblicato il report dal quale è tratta la tabella seguente, relativa ai ricavi nel 2021.

## MAGGIORI OPERATORI SANITARI PRIVATI IN ITALIA

(> 100 milioni nel 2021) Gruppi Fatturato confronto 2014 - 2021

Gruppi	Fatturato 2014	Fatturato 2021	Delta 2014 2021
Papiniano (Gruppo San Donato + San Raffaele ecc.)	1.387.000	<b>1.632.714</b>	245.714
Humanitas (Rocca)	548.000	<b>1.083.500</b>	535.500
GVM – Gruppo Villa Maria	462.000	<b>798.044</b>	336.044
Kos (Italia Inghilterra, india)	392.000	<b>660.131</b>	268.131
Segesta (Korian Germania, Francia ecc.)		<b>489.375</b>	
Synlab (Interessi italiani-4 continenti))		<b>434.084</b>	
Garogalo Health Care (1)	96.000	<b>398.238</b>	302.238
Istituto Europeo di Oncologia	260.000	<b>310.933</b>	50.933
Istituti Clinici Scientifici Maugeri		<b>290.628</b>	
Fondazione Don Carlo Gnocchi (Coord. Vaticano)		<b>270.125</b>	
Giomi Fingemi	159.000	<b>267.867</b>	108.867
Istituto Don Calabria (Cord. Vaticano)		<b>245.643</b>	
Multimedica (Schwarz)	201.000	<b>215.864</b>	14.864
Eurosanità Roma (Casilino ecc.)	156.000	<b>212.850</b>	56.850
Salua (Ospedale Pederzoli ec. Peschiera Garda)		<b>211.116</b>	
Pro.Med.Progetto Medicina (2)		<b>205.529</b>	
Istituto Auxologico Italiano (Coord. Vaticano) S.O.		<b>199.474</b>	
Holding (Sereni Orizzonti Udine)		<b>154.482</b>	
Fatebenefratelli Provincia Lombardo- Veneta		<b>149.898</b>	
San Raffaele (riabilitazione ecc. Roma)		<b>145.241</b>	
Seagull (Policlinico Abano ecc.)		<b>136.351</b>	
La Nuova Domiziana Gheron		<b>124.581</b>	
C.D.I. Centro Diagnostico Italiano (Bracco)		<b>107.828</b>	
Istituto Neurotraumatologico Italiano (Faron)		<b>104.431</b>	

Elaborazione/integrazione da:

- La sanità e i suoi maggiori operatori privati in Ital ARS MedioBanca 2023
- I maggiori gruppi ospedalieri privati italiani 2010- ARS MedioBanca 2015

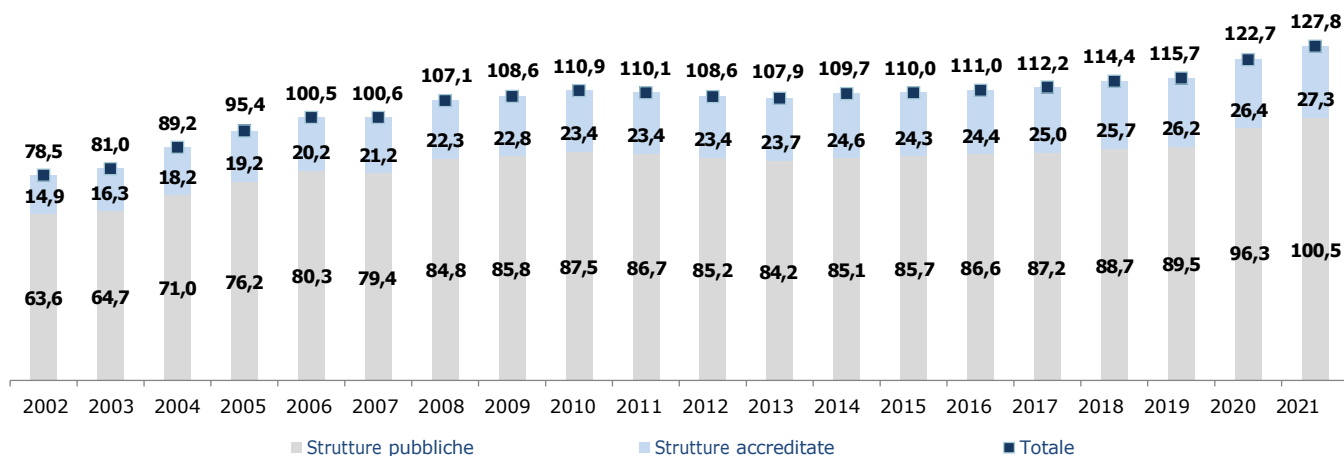
Dove possibile è stato inserito in tabella un confronto con i ricavi 2014, riferiti da analogo report del 2015 della medesima fonte, come potenziale proxy della concentrazione di capitali.

È inoltre stata affiancata la dizione “Coord. Vaticano” al nome di quei gruppi che con decreto pontificio sono stati accorpati nel 2021 nella “Fondazione per la Sanità Cattolica”, nei fatti una modalità di concentrazione di capitali privati in Italia.

Mediobanca nel precitato report descrive anche la tendenza della spesa del SSN dal 2002 al 2021.

Partita dal 14,9 Mld di euro pari al 18,9% nel 2002, la spesa del SSN generata dalle convenzioni con la sanità privata è arrivata nel 2021 a 27,3 Mld di euro pari al 21,4%.<sup>ii</sup>

**Graf. 3 – Spesa sanitaria pubblica in Italia (€ mld, a prezzi correnti 2002-2021)**





All'aumento in valore sia assoluto che relativo della spesa sanitaria pubblica destinata alla sanità privata nel 2021, pari a 27,3 mld sono da aggiungersi, come rileva Istat e riporta il report Mediobanca, la spesa dei paganti in proprio (out of pocket) nel 2021 giunta a 36.5 mld (con un incremento annuo nel periodo di + 1,7%) e quella di 4,5 mld (con un +4,9% annuo nel periodo) intermediata da assicurazioni, per un totale di 68.3 mld.

È lo stesso report di Mediobanca a sostenere che, anche a seguito della contrazione della spesa pubblica sanitaria e dell'incremento della domanda di prestazioni atteso per l'incremento della quota di popolazione anziana, "è lecito attendersi nel prossimo futuro l'incremento del peso dei principali gruppi ospedalieri privati il cui giro di affari è stimabile in circa 65 mld (tra accreditamento e solvenza) pari a circa il 40% dei numeri complessivi del comparto."

Ma il report non si ferma qui: riporta che nel 2020 il 26% delle famiglie povere ha rinunciato alle cure ed il 7% è ricorso a centri di cura meno costosi e inoltre "le persone povere indigenti possono permettersi una spesa sanitaria pro-capite equivalente ad appena il 17% di quella sostenuta dalle persone non povere (€ 10,3 versus € 61)

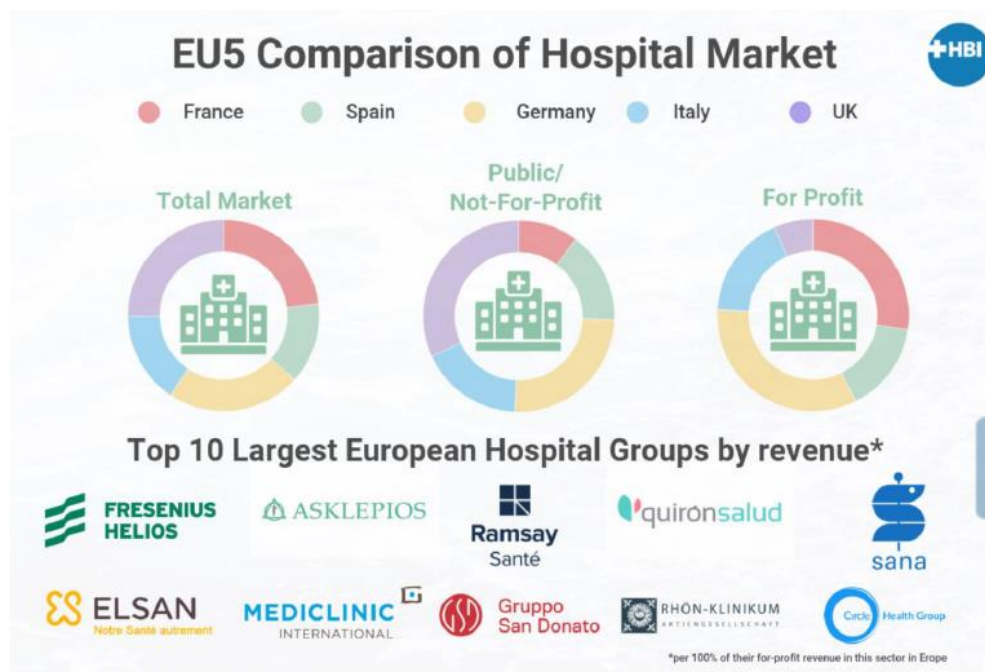
Dove porti questa constatazione si vedrà.

Il report di Mediobanca si diffonde anche a descrivere la struttura proprietaria, la distribuzione geografica e le performances economiche di vari gruppi multinazionali finanziarizzati.

Ma non c'è solo Mediobanca.

Anche con ricerche empiriche sul WEB si possono acquisire notizie sulla entità della loro espansione in Italia e nelle varie regioni e, cosa assai importante, su quanto e da quali società finanziarie delle varie tipologie (Private Equity Fund = compagnia/società di private equity) questi gruppi siano condizionati/governati, da cui trarre una idea di massima sia del processo di concentrazione dei capitali sia di quello di finanziarizzazione della sanità in Italia.

A seguire una figura descrittiva del mercato europeo della spedità per acuti, con citato il gruppo San Donato



Qualche notizia sul Gruppo San Donato

(ANSA) - MILANO, 28.07.2022 - Il gruppo San Donato cambia la sua governance con a capo della holding A. Alfano.

Il gruppo, che gestisce 19 ospedali (di cui 3 Ircs) e dal 2012 il San Raffaele, ha chiuso il 2018 con un fatturato di 1,65 miliardi. Assiste ogni anno 4,7 milioni di malati e può contare su 5.532 posti letto e 5.361 medici.

Nella nuova governance Paolo Rotelli lascia la carica di presidente della capofila, Policlinico San Donato, rimanendo vicepresidente con Kamel Gribi,\* che mantiene la carica di presidente del gruppo San Donato Middle East.

Il nuovo presidente del policlinico San Donato è A. Alfano.



\* Presidente di GK Investment Holding Group SA, una società di private equity e investimento con sede a Lugano [1] il cui focus principale è nel settore immobiliare sanitario, del private equity e della consulenza.

Le principali aree di interesse per gli investimenti sono in Africa, Europa e Medio Oriente.

Nel campo della finanza, il termine private equity (PE) si riferisce a fondi di investimento, solitamente società in accomandita semplice (LP), che acquistano e ristrutturano aziende finanziariamente deboli che producono beni e forniscono servizi.

Nel campo della ospedalità privata è segnalare anche la concentrazione di governance operata dall'Amministrazione Vaticana con la creazione della Fondazione della Sanità Cattolica (ottobre 2021- ...” come ente strumentale dell'Amministrazione del Patrimonio della Sede Apostolica, che provvederà al suo governo e a quanto a questa necessita per il suo funzionamento”).

In Italia si conterebbero in questa centralizzazione, non solo morale:

102 Ospedali cattolici (oltre 17mila posti letto),

132 strutture per riabilitazione (6.057 posti letto);

23 hospice per le cure palliative ai malati oncologici (346 posti letto).

Vi lavorerebbero circa 70.000 operatori sanitari, 8.000 dei quali medici.

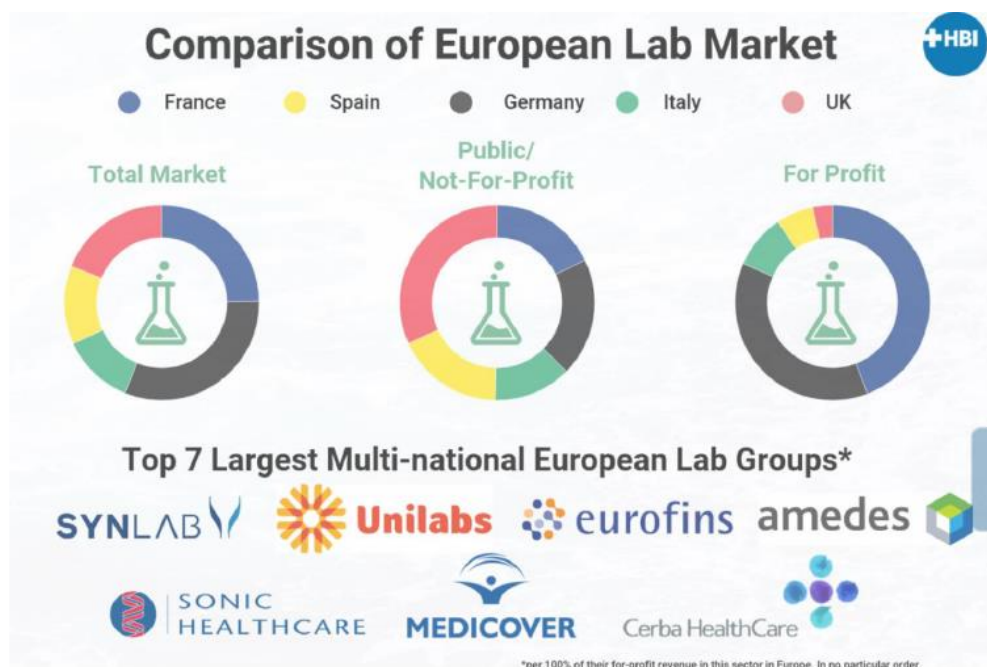
A queste andrebbero aggiunte le strutture socioassistenziali cattoliche 1.535 per un totale di 78.328 posti letto (fonte Sole 24 ore 7/10/2021).

## Istituzioni sanitarie religiose cristiane

- Associazione La Nostra Famiglia - Istituto E. Medea**
- Associazione Oasi Maria SS. - IRCCS Ospedale classificato**
- Casa Sollievo della Sofferenza**
- Ente Ecclesiastico Ospedale Generale Regionale Miulli**
- Fondazione Don Carlo Gnocchi**
- Fondazione Internazionale Fatebenefratelli**
- Fondazione Piccola Opera Charitas di Giulianova (TE)**
- Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli**
- Fondazione Teresa Camplani**
- Hospice Villa Speranza**
- IRCCS Bambino Gesù**
- Istituto Auxologico Italiano - IRCCS**
- Istituto Serafico**
- Ministri degli infermi Religiosi Camilliani**
- Opera Don Guanella**
- Opera Don Calabria**
- Piccola Casa della Divina Provvidenza - Cottolengo**
- Piccola Opera della Divina Provvidenza - Don Orione**
- Policlinico Universitario Campus Bio-Medico**
- Suore di Maria Consolatrice**

## Concentrazione di capitali e finanziarizzazione nella diagnostica e specialistica ambulatoriale

Nella figura a seguire la rappresentazione della presenza sui cinque più importanti mercati europei, tra i quali quello italiano, delle sette maggiori multinazionali della medicina di laboratorio.





Vi spicca SYNLAB AG, che dal 30 aprile 2021 è quotata alla Borsa di Francoforte.

Sino al 31 dicembre 2021 il suo principale azionista era il fondo di investimento di diritto estero Cinven Capital Management (V) General Partner Limited, con una quota pari al 46,13% (Rel. Bilancio 2021).

La società nel giro di un ventennio ha avuto una crescita considerevole: sino ad oggi opera in 4 continenti, 36 nazioni, con 500 laboratori e 30.000 dipendenti.

Synlab è presente anche in Italia con circa 300 punti di prelievo, soprattutto nel Nord, (solo in Lombardia circa 150 accreditati e contrattualizzati dalla Regione), ed ha esteso la sua presenza aprendo poliambulatori.

Nella figura a seguire la “autorappresentazione “sul web, con illustrazione grafica della mappa dei suoi punti erogativi:

## Gruppo SYNLAB

### SYNLAB Group

Presente in oltre **36** nazioni in **4** continenti Oltre **500** laboratori Oltre **30.000** dipendenti Circa **600 milioni** di esami anno

### SYNLAB Italia

SYNLAB Italia è il più importante «network nazionale» di Laboratori dotati di Punti Prelievo e Centri Polidiagnostici con:

**400 milioni** di Euro e oltre di Fatturato

**2.000** dipendenti

**35 milioni** e oltre di analisi anno

**1.800** liberi professionisti

**1,5 milioni** di prestazioni poliambulatoriali e imaging

**170** operatori logistica

Le Piattaforme Regionali del Gruppo comprendono oltre 380 Centri tra Punti Prelievo, Laboratori e Medical Center

*SYNLAB è presente nelle seguenti regioni:*

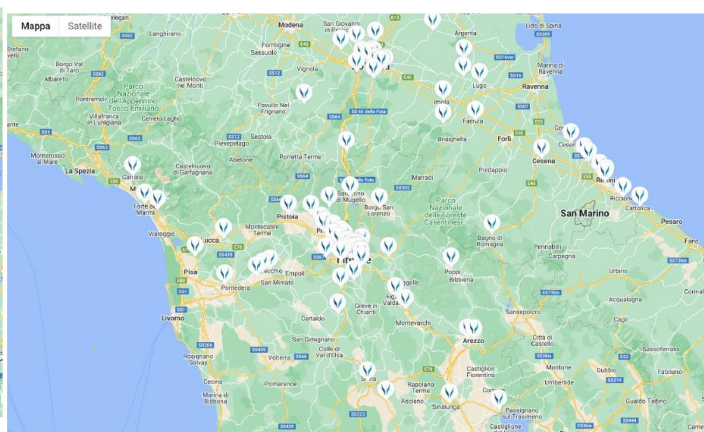
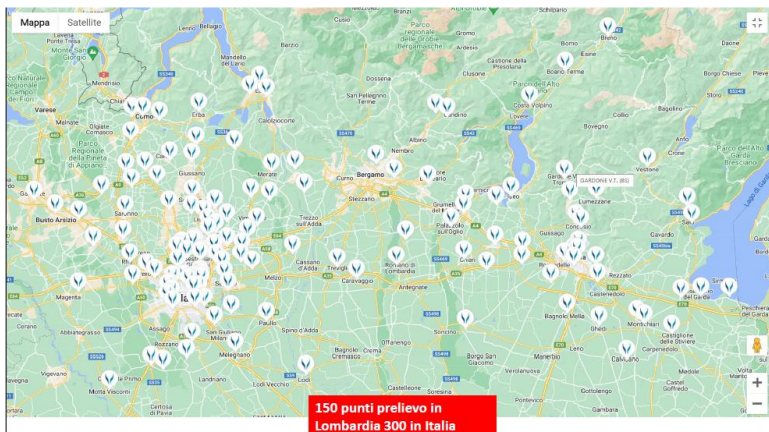
*Lombardia, Veneto, Friuli Venezia – Giulia, Emilia – Romagna, Lazio, Liguria, Campania, Toscana,*

Dal sito web di Synlab

Note:

sede a Monaco di Baviera, Germania;

fondata nel 1998, nel 2015 si fonde con Labco ed è stata acquistata dalla Finanziaria CINVEN di Londra che ha garantito il supporto finanziario al rapido processo di concentrazione e aumento del capitale sociale; ha realizzato un fatturato di circa 1,7 miliardi di euro nel 2018, più che raddoppiato nel 2021.



Sulla stessa filosofia imprenditoriale si muove, ma in una dimensione “domestica”, per ora, ha il Gruppo Bialisi.

Nato e sviluppatosi in Lombardia dichiara di avere una rete di oltre 250 laboratori, oltre 60 poliambulatori e centri di diagnostica per immagini e un network di più di 900 medici, e di accogliere ogni anno oltre 2,5 milioni di pazienti all’interno delle proprie strutture, distribuite in 10 regioni Italiane.

Anch’esso ha fatto grandi acquisti promuovendosi come l’unico di proprietà italiana: la spinta ad ingigantirsi è stato l’ingresso nell’asset azionario del Fondo Charme IV controllato dalla società Charme della famiglia Montezemolo.

Affidea, invece è una società operante nel campo della diagnostica radiologica e in particolare della radioterapia con 308 centri diagnostici, che assistono circa 10 milioni di pazienti l’anno, in 15 nazioni europee, compresa l’Italia, nella quale si è espansa negli ultimi tre anni.

Affidea è stata “partecipata” recentemente, con oltre un miliardo di euro, da Groupe Bruxelles Lambert (GBL).

Così si promuove sul WEB



### Concentrazione di capitali e finanziarizzazione nella “long term care”

Korian, Kos e Orpea sono, invece, corporations attive da tempo nell’assistenza residenziale e domiciliare agli anziani in Europa e anche in Italia, settore che vede massicci investimenti immobiliari di privati ma anche un ruolo pubblico di possibile committenza sostenuto dai Fondi Europei e da politiche neoliberali “antiinflazione”, che stanno inducendo molti enti pubblici o non profit a cedere alle multinazionali la gestione o le proprietà.

(Dexter/Arvey)

Korian possiede in Francia, Italia, Belgio e Germania più di 1.000 strutture con circa 89.000 posti letto, suddivise in quattro aree di attività: Residenze per Anziani, Appartamenti per Anziani, Assistenza Domiciliare, Servizi Sanitari

La scheda a seguire illustra la diffusione nel mondo e la struttura finanziaria del gruppo KOS



Dal 2003 Kos opera attraverso società dedicate in diverse aree di attività in:

- **Italia** con la società **Kos Care**, con i marchi **Santo Stefano Riabilitazione**, **Neomesia**, **Polo Diagnostico**, **Clinica Dentale** e **Anni Azzurri**, gestisce centri di **riabilitazione**, **cliniche psichiatriche**, di **diagnostica**, **odontoiatria**, **assistenza residenziale e sanitaria delle persone anziane autosufficienti e non**; e con le società **Ospedale di Suzzara** e **Sanatrix Gestioni** gestisce ospedali
- **Germania** con la società **Charleston Holding** gestisce **47 residenze per persone anziane autosufficienti e non**;
- **India** con **ClearMedi Healthcare** gestisce centri di **diagnostica per immagini**, **medicina nucleare** e **radioterapia**, e ospedali prevalentemente oncologici.



E' del Gruppo CIR compartecipato da:

- Axa Private Equity (in seguito diventato Ardian),
- Fondo sovrano del Bahrain
- F2i, il fondo partecipato da Cassa Depositi e Prestiti (CDP)
- Dws, società di gestione tedesca controllata da Deutsche Bank.

Il processo di finanziarizzazione appare confermato anche se si analizzano i percorsi di potenziamento societario delle altre multinazionali in classifica confermando l’intensificarsi degli acquisti e delle fusioni già ben presenti a livello europeo.

I gruppi multinazionali agiscono per settori di mercato abbastanza specifici ma non disdegnano lo “sconfinamento orizzontale” in settori di altra tipologia, spesso quelli ritenuti complementari al proprio specifico.



### ***Concentrazione di capitali e finanziarizzazione dell'ambito assicurativo***

Nel contesto dei fenomeni complessi, estesi ed interconnessi su scala planetaria che caratterizzano l'ascesa a livelli di centralità assoluta della finanza nella economia e nella politica mondiali, la concentrazione proprietaria e l'intreccio tra Istituti Bancari e società di assicurazione malattia, quest'ultime gestrici in parte o totalmente dei Fondi sanitari A e B, è evidente.

In Italia esempio è stato il recente acquisto di RBM da parte di Banca Intesa nel 2020, che ha così incamerato la raccolta premi di numerosi fondi aziendali, cioè dei sistemi finanziari su cui si basa il welfare aziendale, per circa 560 milioni nel 2021, compresi quelli per dipendenti di ormai numerose istituzioni pubbliche statali, parastatali e regionali.

Anche in questo ambito si sono segni di "sconfinamento orizzontale" qual è stato l'ingresso diretto da parte di Unipol nella gestione della rete ambulatoriale non convenzionata con il SSN.

Unipol dapprima ha creato a Bologna la rete polispecialistica Dyadea e più recentemente ha acquistato in blocco il Centro diagnostico Santagostino, dotato di una trentina di ambulatori soprattutto nel Milanese, uno a Roma e a Bologna.

### ***Altre forme di Finanziarizzazione***

Come abbiamo già accennato il passaggio della privatizzazione dalla fase imprenditoriale a quella finanziaria, o finanziarizzazione, comporta il formarsi prima di un intreccio dell'una con l'altra e poi di una sostituzione proprietaria delle imprese non finanziarie con imprese finanziarie.

In altri termini "Nel settore privato, le società finanziarie e gli investitori stanno sostituendo gli imprenditori aziendali e individuali come i principali agenti di cambiamento nel settore"

Questo processo, non automatico assume varie forme.

Una forma, ad esempio, come segnala anche il rapporto AS Mediobanca, è la vendita, per fare cassa, di proprietà immobiliari di gruppi sanitari privati a società finanziarie, con la contestuale stipula di contratti di locazione ultra-pluriennali.

Un'altra forma è il diffuso ricorso del pubblico (SSN, SSR, e dei Comuni) ai cosiddetti PPP (Partenariati Pubblico Privato) per la costruzione di Ospedali, Residenze ed oggi delle Case della Comunità (cfr. Regione Emilia-Romagna - AUSL Romagna e AUSL di Modena) con Enti privati.

I privati, di solito un mix di società bancarie, assicurative e di fornitura, si assumono l'onere del finanziamento, e in alcuni casi anche della gestione, delle nuove strutture assistenziali in cambio di regolari convenzioni per la fornitura diretta di servizi di supporto all'assistenza, ma talora anche direttamente assistenziali, di entità e durata congrue con il ritorno dell'investimento effettuato e dei suoi rendimenti programmati.

A sua volta il processo determina prodotti finanziari commerciabili.

Ulteriore altra forma di finanziarizzazione in auge prima del 2008 è stata la cartolarizzazione dei debiti pubblici locali, una tecnica finanziaria intesa a consentire la conversione di attività non agevolmente negoziabili, quali gli immobili di proprietà pubblica, in strumenti finanziari più facilmente collocabili sui mercati., (es. L. 410/200 e Ripianamento deficit sanitari regionali del Lazio).

### **Conclusioni**

*La finanziarizzazione è l'ultima fase emergente del cambiamento del sistema sanitario, quella della trasformazione dell'assistenza sanitaria in attività vendibili e negoziabili per gli investitori globali* "(cfr. Cordhila), e, a sua volta, contribuisce a favorire la privatizzazione, in quanto genera una grande quantità di capitale inattivo in cerca di opportunità d'investimento più redditizio.

Non è casuale l'intensificarsi della pressione "privata" a partire dalla crisi finanziaria del 2008 con, in essa, i fenomeni di concentrazione ed espansione proprietaria e di crescita del ruolo degli enti finanziari.

Tale realtà meriterebbe l'attenzione critica, e non subalterna agli interessi privatistici, di strutture accademiche pubbliche o centri studi espressi dal mondo e dagli interessi del lavoro, quantomeno per potersi confrontare con la congerie di think tank neoliberali finanziati dalla finanza e dalla imprenditoria privata, farmaceutica in primissimo piano, tutti impegnati a giustificare la necessità quasi "naturale" del ricorso al rapporto organico tra privato e pubblico, ma col retro pensiero, e l'effetto certo, di incrementare ed espandere sino la possibile, ed anche oltre, l'ambito della profittabilità economica in sanità.

Per quanto più sopra abbiamo segnalato ed analizzato, se pur molto parzialmente ed empiricamente, in Italia la concentrazione di capitali e la finanziarizzazione non sono giunti ad essere fatto prevalente tra gli ambiti assistenziali se non in quello della farmaceutica, come il Covid-19 ha evidenziato e, tra gli ambiti territoriali se non in una sola regione, seppur la più popolata ed economicamente prevalente: la Lombardia\*.

Negli altri ambiti dell'assistenza sanitaria e delle regioni italiane, se la privatizzazione è prevalente in quasi tutti, in essa la finanziarizzazione appare, per adesso, fenomeno minoritario, ma che procede spedito ed a velocità incrementale.

Non può che essere così a fronte delle politiche di austerità, di riduzione del prelievo fiscale reale e potenziale (cfr. evasione ed elusione fiscale), e del pagamento crescente degli interessi del debito pubblico già consistente.

E di queste politiche di austerità e defianziamento del pubblico e di privatizzazione sono ispiratori gli enti finanziari in maniera aperta sin dalla famosa lettera della BCE di Trichet – Draghi al Governo Berlusconi del 2011: "(omissis) a) È necessaria una complessiva, radicale e credibile strategia di riforme, inclusa la piena liberalizzazione dei servizi pubblici locali e dei servizi professionali (n.d.r. quindi anche della sanità!). Questo dovrebbe applicarsi in particolare alla fornitura di servizi locali attraverso privatizzazioni su larga scala."

Occorre fare esattamente l'opposto di quanto rivendicato dalla BCE.

Necessita una rivendicazione politica, sociale e sindacale determinatissima di un incremento del Fondo Sanitario Nazionale di tanti miliardi su base annua quanti il SSN sia in grado di spendere in politiche di ricostituzione delle piante organiche del personale dipendente e di investimento in strutture e tecnologie sanitarie ospedaliere e territoriali.

Per tali spese i fondi del PNRR per la sanità, circa 20 mld in sei anni, e la programmazione del loro uso destinati e messi a punto dal governo Draghi e dal ministro Speranza sono palesemente insufficienti, anche se ipocritamente presentate come congrui e salvifici.

Necessita in primo luogo non rivendicare ulteriori riforme senza investimenti ma la attuazione della legge quadro vigente in sanità, la 833/78 il cui Art. 1 tra l'altro recita: "Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

E ancor prima attuare il comma 1 dell'Art. 32." La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti."

Oggi le cure gratuite agli indigenti sono tutt'altro che garantite.

Altroché autonomia regionale differenziata, rapporto pubblico-privato ed assuefazione alle liste di attesa ed alla rinuncia alle cure di milioni di pazienti.

Mentre scriviamo le nostre conclusioni esce sulla stampa, meglio tardi che mai (!), la seguente confessione, ed autorevole conferma delle nostre tesi, dell'Assessore alla Sanità della regione Emilia- Romagna (19) e coordinatore della Commissione Salute delle Regioni:

"La priorità è garantirgli risorse appropriate" - Il Governo Meloni, dice, "sembra più che mai impegnato mai ad affossare il Ssn", come dimostra la Nota di Aggiornamento al DEF che prevede che il finanziamento del Ssn per il 2025 possa scendere al 6% del Pil, "per la verità in continuità con quanto già previsto dal precedente Governo Draghi".>>

Vedremo di quali lotte siano capaci, per essere conseguenti, quanti dell'ex centro sinistra, dopo aver praticato politiche di austerità e di privatizzazione neoliberale, sono chiamati a fronteggiare le loro conseguenze sotto il rinnovato impeto di austerità e privatizzazioni neoliberali del governo autoritario di destra (neofascista) e della sua maggioranza (20).

G. Trianni Medico Sanità Pubblica – Medicina Democratica

A. Gazzetti Economista Sanitario

## Bibliografia

1. Finanzcapitalismo - La civiltà del denaro in crisi – Luciano Gallino Einaudi 2011
2. Privatocrazia, Perché privatizzare è un rischio per lo stato democratico – C. Cordelli – Mondadori aprile 2022
3. Wikipedia
  - 1 <sup>^</sup> Luciano Gallino, *Con i soldi degli altri. Il capitalismo per procura contro l'economia*, pag.28, cap.1 *La concentrazione del risparmio nel capitale degli investitori istituzionali*, cap.2 *Le strategie degli investitori istituzionali*, Einaudi, Torino 2009. ISBN 978-88-06-18599-2.
  - 2 <sup>^</sup> C. Blesson, U. Clerwall, *La montée en puissance des investisseurs institutionnels: implication règlementaires*, studio realizzato per il Senato francese, 2003, Bipe, Paris.
4. Crisi e centralizzazione del capitale finanziario E. Brancaccio, O. Costantini, Stefano Lucarelli - *Moneta e Credito*, vol. 68 n. 269 (marzo 2015), 53-79
5. Finanziarizzazione e sanità pubblica: un nuovo concetto per esaminare le riforme in corso - Ana Carolina Cordilha, *Économie et institutions* [Online], 30-31 | 2022, Online since 01 September 2022, connection on 05 November 2022. URL: <http://journals.openedition.org/ei/7418>; DOI: <https://doi.org/10.4000/ei.7418>
6. Documento per Incontro 7 marzo 2023 – Coordinamento Commissione Salute Conferenza delle regioni e delle Provincie Autonome - *Quotidiano Sanità* 2023.03.07
7. Christine André, Philippe Batifoulier, Mariana Jansen-Ferreira - *Privatisation de la santé en Europe. Un outil de classification des reformes*. hal 01256505
8. La sanità ed i suoi maggiori operatori privati in Italia - Area Studi Mediobanca - aprile 2023
9. Il Monitoraggio della Spesa sanitaria Rapporto n. 9 – Ragioneria Generale dello Stato –
  - Ministero dell'Economia e delle Finanze
10. Osservatorio Conti Pubblici Italiani – *La Repubblica* 19.11.2022
11. 'Welfare, Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali' – Censis Unipol 2015.12.10
12. Maciocco G. Epatite C. Il profitto sopra tutto. *Salute Internazionale*, 05.09.2016
13. Taroni F. *Politiche sanitarie in Italia* – Il Pensiero Scientifico Editore 2011
14. Cauduro A. - Big Pharma e la privatizzazione del Ssn – 2018.11.15 - [Sbilanciamoci info.org](http://Sbilanciamoci.info)
15. Marriot A. Maitland A. - The Great Vaccine Robbery Pharmaceutical corporations charge excessive prices for COVID-19 vaccines while rich countries block faster and cheaper route to global vaccination - 1 Embargo ed: 00.01 UTC, Thursday 29 July 2021 - People's Vaccine Alliance (PVA)
16. Busfield J. Documenting the financialisation of the pharmaceutical industry.- *Social Science Medicine* 2020; 258:113096
17. Cattaneo A. Big Pharma, salute e finanza – *Salute Internazionale* - 7 settembre 2020
18. Dentico S. La più cara del Reame. *Salute Internazionale*, 14.10.2019
19. Quali interventi per rilanciare il Ssn? Donini (Emilia-Romagna): "La priorità è garantirgli risorse appropriate" L. Corti – *Quotidiano sanità* 2023.05.15

### Bibliografia Consigliata

- Per avere un quadro parziale dei processi di M&A nel settore sanitario e life sciences <https://www.bain.com/insights/healthcare-life-sciences-m-and-a-report-2023/>
- Per consultare un'accurata ricostruzione storica del processo di finanziarizzazione e di concentrazione proprietaria negli Stati Uniti: Appelbaum. Financialization in Health Care: The Transformation of US Hospital Systems. <https://cepr.net/report/working-paper-financialization-in-health-care-the-transformation-of-us-hospital-systems/>
- Harvey M. The Political Economy of Health: Revisiting Its Marxian Origins to Address 21st-Century Health Inequalities. *Am J Public Health*. 2021 Feb;111(2):293-300

### Nota

\* In Lombardia il legislatore regionale di centro destra con la LR 22/21, art. 2 (Principi), ha confermato quanto perseguito sin dal 1997, e successivamente con le Giunte Formigoni, cioè la <<equivalenza e integrazione all'interno del SSL dell'offerta sanitaria e sociosanitaria delle strutture pubbliche e private accreditate, garantendo la parità di diritti e di obblighi per tutti gli erogatori di diritto pubblico e di diritto privato>>.

Ciò in contrasto con quanto sancito dall'art n. 1 (Principi) della vigente L.833/78, <<L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni ed agli enti locali, garantendo la partecipazione dei cittadini>> e, per ciò stesso, in contrasto anche con l'art.117 della Costituzione che prevede, al comma 3 dell'art.117, <<Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle regioni la potestà legislativa salvo che per la determinazione dei principi fondamentali riservata alla legislazione dello Stato>>.

Nel 2022, pur avendone facoltà, il Governo Draghi Speranza non impugnò di fronte alla Corte costituzionale, lasciando che il centro-destra attuasse ante-litteram la sua eversiva versione dell'autonomia regionale differenziata prevista dal comma 3 art.116 Cost.

---