Il quarantesimo anniversario del Servizio sanitario nazionale*

Rosy Bindi

RPS

La tutela della salute, come questione politica, è da tempo relegata ai margini del dibattito pubblico o emerge saltuariamente in occasione di qualche episodio di malasanità o di malaffare. Ma i quarant'anni del Servizio sanitario nazionale sono un'occasione importante per riflettere su una delle opere pubbliche più significative realizzate in Italia a partire dalla fine degli anni settanta e per motivare nuovamente cittadini e operatori rispetto al valore e all'attualità di quella scelta.

C'è davvero bisogno di mobilitare una nuova alleanza culturale e politica per superare l'indifferenza e il disimpegno che rischiano di compromettere il futuro del diritto alla salute nel nostro paese. La sfiducia maturata in questi anni a causa delle disuguaglianze e delle carenze in molti aspetti del sistema va affrontata e superata con impegno. Un impegno che è anche una sfida a recuperare, senza timidezze, lo spirito e le finalità della legge 833.

1. Introduzione

La tutela della salute, come questione politica, è da tempo relegata ai margini del discorso pubblico ed emerge saltuariamente spinta al centro delle cronache da qualche episodio di malasanità e di malaffare. Ma i quarant'anni del Servizio sanitario nazionale possono essere un'occasione importante per riflettere su una delle opere pubbliche più importanti realizzate in Italia a partire dalla fine degli anni settanta e per motivare nuovamente cittadini e operatori rispetto al valore e all'attualità di quella scelta.

Gli anniversari sono occasioni feconde se aiutano a rafforzare la consapevolezza sul presente e se mobilitano un confronto nelle classi dirigenti e nell'opinione pubblica sulle prospettive della sanità pubblica che nel nostro paese attraversa nuovamente una stagione difficile che

* Il presente contributo costituisce una riscrittura della *lectio magistralis* tenuta al convegno organizzato dalla Cgil il 4 e il 5 luglio 2017 dal titolo: «Una sanità pubblica, forte, di qualità per tutti».

pare caratterizzata – come sostiene Nerina Dirindin – da indifferenza e disimpegno.

Indifferenza e disimpegno di chi pensa di non aver bisogno di un sistema di protezione pubblico, convinto di poter provvedere da solo alla propria salute; di chi considera il settore troppo complesso e difficile da governare; di chi esprime una profonda e talvolta sprezzante critica nei confronti della sanità pubblica accusata di essere inefficiente e corrotta; di chi ritiene che la sanità non sia un ambito in grado di produrre consenso politico e culturale; di chi se ne disinteressa per favorire posizioni particolari, sapendo che la lenta decadenza del sistema è funzionale al rafforzamento di modelli alternativi.

Pesa anche la rassegnazione dei cittadini che, di fronte alle perduranti difficoltà e alle limitazioni di accesso ai servizi, non percepiscono il Servizio sanitario nazionale come un bene comune da preservare. C'è davvero bisogno di mobilitare una nuova alleanza culturale e politica per superare questa indifferenza e questo disimpegno che rischiano di compromettere il futuro del diritto alla salute nel nostro paese.

La crisi del welfare (che investe tutta l'Europa) e l'esasperata ricerca di soluzioni innovative (il più delle volte contraddittorie e controproducenti) andrebbero affrontate a partire dalla ferma convinzione che oggi essere innovatori significa innanzitutto respingere i tanti dubbi che si continuano a seminare sulla validità e sulla necessità del Servizio sanitario nazionale.

Basta tornare velocemente a questi quarant'anni per avere conferma che la sanità, così come il lavoro o la scuola, non sono un terreno neutro da affidare alle competenze di professionisti ed esperti di settore; appare evidente che il Servizio sanitario nazionale – dalla sua costituzione ad oggi – ha sempre avuto bisogno di una forte scelta politica che non maturava nel deserto delle aspettative del paese ma che al contrario se ne faceva carico e le interpretava alla luce di un progetto generale di sviluppo e di crescita democratica.

2. *La legge 833: il coronamento di un decennio riformatore*

Nel 1978 la legge 833 rappresentò il coronamento di un decennio riformatore che ridisegnava profondamente la società e le istituzioni del paese nella direzione di un ampliamento dei diritti sociali e civili e della partecipazione democratica.

Tra il 1968 e il 1978 l'Italia aveva messo a segno un insieme di riforme

di grande portata. Esse riempiono un elenco che vale la pena ripercorrere: la riforma dello Stato, con l'istituzione delle Regioni e delle autonomie locali; lo Statuto dei lavoratori; la legge sul referendum; la legge sul divorzio; la nuova legge sulla casa; il riconoscimento dell'obiezione di coscienza; l'istituzione degli organi collegiali della scuola; la riforma fiscale, con l'introduzione di Irpef, Irpeg, Ilor e Iva; il nuovo diritto di famiglia; la maggiore età e il voto ai diciottenni; l'istituzione dei consultori familiari; la legge sulle tossicodipendenze; l'istituzione delle circoscrizioni; la depenalizzazione dell'aborto e la tutela della maternità; il superamento dei manicomi, con la legge 180, e infine la legge 833 che istituisce il Servizio sanitario nazionale e assorbe sia la legge 194 sia la legge 180.

È una stagione di conflitti sociali e di battaglie civili che vede emergere nuove soggettività (i giovani e le donne) e intreccia la rivendicazione dei diritti di cittadinanza (scuola, lavoro, salute) con l'affermazione di nuove libertà. Una stagione percorsa dalle violente torsioni dell'eversione di destra e di sinistra e che si conclude con il tragico rapimento e la barbara uccisione di Aldo Moro. Il governo di «solidarietà nazionale» fornì il quadro politico-istituzionale favorevole al superamento del sistema mutualistico di cui si discuteva in Parlamento dall'agosto del 1974, quando fu approvato il decreto per far fronte alla ennesima crisi finanziaria (la terza in dieci anni) degli enti mutualistici. Il confronto si era sviluppato tra chi immaginava una riorganizzazione delle mutue e chi invece puntava a un nuovo sistema universalistico. La svolta si produce anche grazie al nuovo ministro della Sanità Tina Anselmi che nella precedente esperienza di ministro del Lavoro aveva avuto modo di valutare i limiti di un sistema mutualistico sempre più carico di debiti e inadeguato a far fronte alla crescente domanda di salute. Il ministro Anselmi lavorerà con Giovanni Berlinguer per realizzare un esplicito impegno dell'accordo di maggioranza con il Pci. La legge 833 sarà approvata a larghissima maggioranza, con i soli voti contrari del Movimento sociale e del Partito liberale, il 21 dicembre 1978.

Rileggere anche sommariamente la storia della legge 833 offre la conferma che organizzare la tutela della salute in un modo piuttosto che in un altro non è una scelta tecnica, tantomeno neutrale: riflette e rifletteva un'idea di società e di democrazia, di rapporti tra cittadino e Stato; implicava e implica scelte sul modello di sviluppo e sulla destinazione delle risorse.

L'istituzione del Servizio sanitario nazionale gettava le basi per un

RPS

Rosy Bindi

RPS

IL QUARANTESIMO ANNIVERSARIO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

welfare moderno, solidale, inclusivo e non discriminante. L'universalismo del Servizio sanitario nazionale traduce in legge la consapevolezza dei padri costituenti secondo i quali la giustizia sociale è una condizione della libertà individuale. Non a caso l'articolo 32 della Costituzione prefigura la costruzione di un sistema pubblico di tutela della salute che prescinde dalla condizione di lavoratore e il primo articolo della legge 833 è una riformulazione quasi testuale dell'articolo 32 e una sintesi dell'articolo 3 della Costituzione.

Il legame tra la Costituzione e la legge 833 conferisce al Servizio sanitario nazionale uno statuto speciale, di strumento operativo di attuazione dei principi costituzionali di uguaglianza e di giustizia. La riforma cambia il modo di pensare la salute e di organizzarne la tutela: è un diritto della persona, riconosciuto a tutti senza discriminazione alcuna, non è un'opportunità legata alle condizioni professionali dei singoli. La sanità si liberava della gabbia corporativa delle mutue governate dalla logica del rimborso della malattia e si apriva alla presa in carico dei bisogni di salute della persona e del benessere complessivo della comunità con un modello organizzativo coerente con i principi di universalità, equità e uniformità delle prestazioni.

I servizi venivano unificati su base territoriale e le Unità sanitarie locali (Usl) li assicuravano in una logica di forte integrazione con gli interventi sociali e di continuità territorio-ospedale. La responsabilità della gestione delle Usl era di competenza dei Comuni, quella della programmazione alle Regioni e allo Stato spettava dettare gli indirizzi generali. Il finanziamento del sistema era affidato alla fiscalità generale. Il Piano sanitario nazionale individuava i bisogni di salute e il governo determinava le risorse e la loro ripartizione fra le Regioni. In questo modello, in cui finanziamento e produzione delle prestazioni sono pubblici, i bisogni rappresentavano la variabile indipendente e la spesa era concepita come variabile dipendente.

Come accaduto altre volte, dopo la sua approvazione mancò la volontà politica di applicare la riforma, la quale fu ben presto disconosciuta. Tina Anselmi, che si era impegnata nei primi mesi del 1979 a realizzare la complessa architettura del nuovo sistema, lasciò il governo con la fine dell'esperienza dell'unità nazionale e il Ministero della Sanità passò al ministro Altissimo, esponente di quel Partito liberale che aveva votato contro la legge 833.

In una congiuntura economica recessiva, segnata da bassa crescita, alta inflazione e da politiche di restrizione della spesa pubblica, l'attuazione della riforma, salvo in alcune Regioni del Centro e del Nord-

Est, più motivate e attrezzate, fu molto parziale e contraddittoria, condizionata anche dalla rivalutazione dei debiti ospedalieri e mutualistici pregressi lievitati a oltre 4.000 miliardi di lire.

3. *La controriforma De Lorenzo*

A partire dalla metà degli anni ottanta si cominciò a discutere di «ri-forma della riforma» sotto la spinta del credo neoliberista «Più mercato, meno Stato» con l'obiettivo di avviare una decisa cura dimagrante al sistema delle sicurezze sociali. La spinta a correggere alcune involuzioni gestionali, come la responsabilità finanziaria o la massiccia lottizzazione dei comitati di gestione delle Asl, si salda con gli orientamenti che, dalla Gran Bretagna di Margaret Thatcher, stavano imponendo anche da noi la cosiddetta competizione regolata tra settore pubblico e privato ovvero una robusta iniezione di mercato nel modello universalistico del Servizio sanitario nazionale.

Con il Governo Amato la risposta alla drammatica emergenza economica e finanziaria si traduce in una vera e propria controriforma del welfare che nella sanità prende forma con il decreto legislativo 502/92. Va dato atto al ministro De Lorenzo di aver sostenuto senza infingimenti che era finito il tempo di un Servizio sanitario nazionale che «dà tutto a tutti» e che bisognava passare a «liberalizzare le prestazioni introducendo elementi di competitività tra pubblico e privato e dando la possibilità di scelta al cittadino».

Alla Commissione Bilancio del Senato, illustrando il provvedimento, De Lorenzo spiegava che «l'idea di fondo è che a tutti venga garantito un trattamento di base e che il trasferimento al privato serva per asciugare le funzioni svolte dal settore pubblico. Decentrando ai privati si elimina il sistema delle convenzioni, si abbassano i prezzi e si riducono i costi». Mentre alla Camera dei deputati precisava: «Le prestazioni sanitarie saranno effettuate, in funzione delle risorse esistenti, su livelli minimi uguali per tutti; le Regioni potranno tuttavia integrare tali livelli a carico dei loro bilanci. Viene inoltre riconosciuta più libertà di scelta agli assistiti che potranno rivolgersi anche alle assicurazioni private, la cui efficienza sarà giudicata dal mercato».

È una presa di posizione chiara: accanto a un unico finanziatore pubblico si sarebbero costituiti due mercati, uno sul versante del finanziamento e della committenza, con la competizione tra Aziende Usl, mutue e assicurazioni private, l'altro sul versante della produzione,

RPS

Rosy Bindi

con le aziende sanitarie locali e ospedaliere in concorrenza con le strutture private. Di fatto si passa da un modello che si pone l'obiettivo di finanziare la salute a un modello che si limita di nuovo a rimborsare la malattia, tutto incentrato sugli ospedali.

La regionalizzazione della spesa, la creazione di Aziende sanitarie locali in competizione tra di loro e con le strutture private accreditate, l'introduzione del sistema di rimborso a tariffa (Drg) – per citare solo gli elementi più dirompenti – sono inserite in un contesto legislativo contraddittorio, volutamente ambiguo, soprattutto per quel che riguarda i rapporti tra pubblico e privato, e in quadro di drastica contrazione della spesa pubblica per la salute.

Riguardo alle risorse la legge 833 stabiliva un percorso di questo tipo: prima si definisce l'ammontare del Fondo sanitario nazionale e poi, in relazione ai fondi disponibili, si individuano i livelli di assistenza da garantire al cittadino. Il fine delle aziende sanitarie è solo quello di garantire una gestione economico-finanziaria efficiente a prescindere dai risultati di salute degli assistiti. Del resto la controriforma dimentica la prevenzione e cancella l'integrazione socio-sanitaria – due aspetti qualificanti della legge – e costringe il sistema a rivedere le priorità: prima viene il pareggio di bilancio poi la soddisfazione dei bisogni di salute dei cittadini.

La controriforma De Lorenzo segna, così, il passaggio da un diritto costituzionalmente garantito a un diritto finanziariamente condizionato e avvia un processo più o meno occulto di delegittimazione finanziaria del Servizio sanitario nazionale.

Questo disegno viene parzialmente corretto nella fase di prima attuazione dal ministro Garavaglia nel 1993. Ma il decreto legislativo 517 non ne intaccava l'impianto di fondo e la logica mercantilistica e quando nel 1996 si insedia il primo governo dell'Ulivo la sanità italiana si trova davanti a un bivio: proseguire sulla strada di sostituire il sistema universalistico con forme assicurative private più o meno estese o rafforzare il Servizio sanitario nazionale e gli strumenti di governo del sistema.

4. *La terza riforma del 1999*

I governi dell'Ulivo, con una scelta politica tutt'altro che scontata, decisero di rinnovare i principi della legge 833. Anziché correggere questo o quell'altro aspetto del decreto legislativo n. 502, si preferì ri-

disegnare puntualmente l'intero impianto legislativo per restituire la coerenza tra i principi del Ssn e il modello organizzativo che ne rende possibile l'attuazione. E il decreto legislativo n. 229/99 segnò una reale discontinuità con la riforma De Lorenzo.

Le resistenze furono fortissime, coagulate in un fronte che andava da Confindustria alla destra berlusconiana e che aveva la sua testa d'ariete nel governatore della Lombardia Formigoni. Ma voci critiche si levarono anche da esponenti vicini al governo. Ricordo un articolo di Giuliano Amato sul «Corriere della Sera» riguardo alla necessità di cambiare il welfare incoraggiando il ceto medio italiano a orientare i propri risparmi per coprire le spese per la salute e per la previdenza anziché soddisfare bisogni meno essenziali. Ricordo le discussioni infinite con Achille Ardigò il quale, come altri, si era innamorato del sistema olandese: a carico della fiscalità generale le prestazioni fondamentali e le cure ad alto costo, tutto il resto affidato alla competizione dei fondi integrativi. Atteggiamenti, entrambi, fondati sull'illusione che il ceto medio fosse economicamente così forte da sostenere sia i costi del Ssn, attraverso la fiscalità generale, sia quelli privati della competizione tra fondi e assicurazioni.

Avevamo la consapevolezza che le risorse non erano infinite e che occorreva assicurare il governo del sistema, ma al tempo stesso non potevamo non ascoltare le novità che emergevano dalla società; la libertà di scelta, grande battaglia ideologica della destra, divenne un fatto di popolo con la vicenda Di Bella: fu utilizzata strumentalmente per mettere in atto nuovi attacchi al sistema pubblico ma al contempo veicolava anche un'esigenza reale e legittima.

Trovammo la sintesi intorno al tema dei Livelli essenziali di assistenza, Lea, concepiti come chiave della programmazione che garantisce l'incontro virtuoso tra la domanda e l'offerta, assicurando sostenibilità finanziaria ed efficacia al sistema. I Lea non erano i «livelli minimi per tutti» teorizzati da Amato e da De Lorenzo, ma i livelli necessari e appropriati ai reali bisogni di ciascuno, stabiliti contestualmente alle risorse di cui il paese poteva disporre e finalizzati al bene fondamentale della salute dei cittadini.

In quegli anni abbiamo dovuto fare i conti con un regionalismo che nel frattempo si era consolidato: nel 1978 le Regioni erano state appena istituite, ma negli anni novanta erano diventate un interlocutore istituzionale molto forte ed era ormai evidente la diversità tra i modelli organizzativi delle varie realtà regionali italiane.

Non potevamo non rilanciare l'integrazione socio-sanitaria e, non a

RPS

Rosy Bindi

caso, in quegli anni nasce la riforma sulle politiche sociali del nostro paese, la legge 382/2000. Il Servizio sanitario nazionale deve «prenderci cura» delle persone e non solo «curare» la malattia e per questo serve una rete di servizi distrettuali e ospedalieri in comunicazione tra di loro. Il distretto come garanzia della continuità assistenziale e cuore dell'integrazione tra i servizi sociali e i servizi sanitari. L'assistenza ai soggetti deboli, dai bambini agli anziani, dai portatori di handicap ai tossicodipendenti ai malati di Aids, non è un intervento sporadico ma diventa una strategia di presa in carico globale della persona malata.

Andava affrontato anche il nodo del personale per rovesciare la logica del «tacito scambio» tra i medici, che accettavano retribuzioni e condizioni di lavoro poco gratificanti, e lo Stato, che permetteva loro la doppia militanza, nelle strutture pubbliche e in quelle private concorrenti.

L'esclusività del rapporto non è mai stata una scelta punitiva, al contrario puntava a fidelizzare gli operatori al Ssn e si accompagnava all'opportunità della libera professione all'interno dell'azienda sanitaria, regolata e trasparente. Volevamo dare un segnale di moralizzazione ma anche di fiducia nei professionisti della sanità, ai quali si offriva la formazione continua e il coinvolgimento nelle scelte strategiche dell'azienda.

Con il decreto legislativo n. 229, cui si affianca la riforma delle professioni sanitarie, il Servizio sanitario nazionale non è più un sistema medico-centrico: ogni professione sanitaria ha la sua dignità, la sua dirigenza e i suoi percorsi di formazione.

Non si poteva più ignorare il rapporto pubblico-privato, che venne regolato con un modello di accreditamento più stringente che spostava il terreno della competizione dal mero drenaggio di risorse pubbliche a quello della qualità dei servizi, correggendo anche lo strumento del Drg per sottrarlo ad abusi e degenerazioni.

Anche i nuovi fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale rispondevano alla logica di recuperare nel sistema in modo efficace ed equo la spesa privata delle famiglie in costante crescita. Regolati da una authority, offrivano un vantaggio fiscale perché sarebbero stati spesi dentro il Servizio sanitario nazionale per prestazioni non comprese nei Livelli essenziali di assistenza, come la non autosufficienza o le cure odontoiatriche. Fondi insomma che integravano e non sostituivano le cure garantite dalla sanità pubblica.

La riforma del 1999 aveva l'ambizione di governare i mutamenti degli ultimi vent'anni e di rispondere alle nuove domande di salute: la legge sui trapianti, sulle terapie del dolore e sugli *hospices*, la chiusura del re-

siduo manicomiale, l'attenzione alle malattie rare e alla non autosufficienza. L'accusa di rappresentare una visione nostalgica del modello organizzativo degli anni settanta è un falso, viziato da pregiudizio ideologico.

Ma la storia si ripete. Anche la riforma del 1999 si arena con la fine dei governi dell'Ulivo che l'avevano pensata e, soprattutto, si scontra con la riforma del Titolo V della Costituzione che di fatto si è rivelata una quarta riforma del Servizio sanitario nazionale. E come tutte le riforme che avvengono senza una riflessione adeguata e senza una forte condivisione è stata in qualche modo subita dal Sistema sanitario, poiché è mancata la capacità di governo e di guida nazionale. Il federalismo fiscale o il regionalismo forte non s'improvvisano, soprattutto in un paese come l'Italia caratterizzato da fortissime disuguaglianze e da uno scarso senso dello Stato e dell'unità nazionale.

Nella sanità l'oscillazione istituzionale che si è determinata con l'abolizione del Ministero della Sanità e poi con l'istituzione di quello della Salute, un dipartimento del Ministero dell'Economia, ha prodotto un'asimmetria profondissima nei due pilastri di governo del federalismo o del regionalismo forte, rappresentati dal controllo della spesa e dai Livelli essenziali di assistenza. Il risultato è sotto i nostri occhi: il controllo della spesa è stato realizzato con i piani di rientro dai disavanzi e senza garantire l'uniformità delle prestazioni e l'uguaglianza nel diritto alla salute. Alle responsabilità del governo centrale si è affiancata un'improvvisata creatività di modelli gestionali da parte delle Regioni che intervenendo con le loro leggi su questo o quell'aspetto hanno smontato e modificato l'impianto della riforma del 1999.

Ma i principi del Servizio sanitario nazionale richiamano alla coerenza i modelli organizzativi e la regionalizzazione del settore non può ignorare l'importanza dell'integrazione socio-sanitaria e della continuità assistenziale tra l'ospedale e il territorio, e non può favorire l'utilizzo non corretto delle risorse disponibili. Nessuno immagina un federalismo che impone un unico modello organizzativo, ma non si può neppure assecondare un'autonomia regionale così forte da mettere a repentaglio l'unitarietà e l'uniformità del sistema.

Senza tornare al centralismo del passato, andrebbe individuata una camera di compensazione nella quale i modelli organizzativi vengano almeno confrontati e valutati rispetto alla loro efficacia e alla loro capacità di governare la spesa, di produrre salute e di creare disuguaglianze. Ci sono domande che non possono essere evitate. Come si fa a garantire la continuità assistenziale, il rapporto con i bisogni del ter-

RPS

Rosy Bindi

ritorio e l'integrazione socio-sanitaria quando si accorpano tutte le Asl in un'unica, grande azienda regionale? Come si può pensare di governare il rapporto con l'università se si fanno Asl legate alle Aziende ospedaliere universitarie, come avviene in Toscana? Le esternalizzazioni hanno prodotto risparmi o sono state prevalentemente il veicolo di un modello di tutela della salute? È possibile valutare la reale efficacia di queste innovazioni?

Un sistema ad alta regionalizzazione può essere governato solo recuperando una forte guida nazionale, un aspetto decisivo che in questi anni è mancato. Il governo del sistema è una responsabilità che tocca anche il Parlamento, che non ha ancora imparato a legiferare in un paese a forte regionalismo. Proprio al legislatore nazionale spetterebbe il compito di uniformare, di coordinare, come si è fatto con la legge sul «Dopo di noi», e di controllare l'azione di governo.

5. *Un impegno e una sfida*

Ogni volta che si è cercato di insidiare il Servizio sanitario nazionale si è sempre messa in dubbio la sua sostenibilità finanziaria. Obiezione ideologica, perché i numeri dimostrano che i sistemi universalistici finanziati in larga parte dalla fiscalità generale costano meno, sia sul versante del bilancio dello Stato che su quello delle famiglie, mentre la spesa privata aumenta più che proporzionalmente alla diminuzione del finanziamento pubblico in tutti i sistemi. E si attacca il sistema perché si è rinunciato a governare la spesa privata.

Malgrado la curva discendente del finanziamento pubblico, il sistema continua a reggere, seppure tra mille difficoltà, quali l'aumento delle esternalizzazioni, la precarizzazione delle professioni, il ricorso massiccio al *project financing* e le nuove insidie come quelle dei fondi integrativi che sono ormai fondi sostitutivi.

Ma il problema non è la sostenibilità economica quanto la sostenibilità politica.

Il Servizio sanitario nazionale, lo dimostra la storia qui brevemente ripercorsa, è una scelta politica che matura e poi si conferma ogni qualvolta nell'orizzonte politico la tutela dei diritti sociali è la cifra della qualità della democrazia. Il paese, le sue classi dirigenti sono disposti a sostenere il Ssn? E la politica vuole fare la sua parte nel governo del sistema?

Il Ssn esige una politica libera, autonoma, trasparente, perché la sanità

è il mercato più grande e più asimmetrico del mondo e se tra un produttore di farmaci e un malato non c'è una politica, capace di scelte indipendenti, il sistema sbanda.

La programmazione è un elemento fondante del sistema e può essere politicamente costosa, ma la ricerca del consenso non basta se non si accompagna a decisioni giuste. E non credo che la politica possa sostenere il Ssn senza condurre una lotta seria contro la corruzione e la criminalità organizzata. Le infiltrazioni mafiose riguardano le Asl della Calabria così come quelle della Lombardia e l'illegalità rappresenta un costo altissimo che andrebbe attentamente valutato anche nella definizione dei piani di rientro.

E, in fondo, c'è la sostenibilità legata alla fiducia e alla soddisfazione dei cittadini. La sfiducia maturata in questi anni a causa delle disuguaglianze in molti aspetti del sistema può avere effetti micidiali: ma va affrontata e superata con impegno. Un impegno che è anche una sfida a recuperare, senza timidezze, lo spirito e le finalità della legge 833.

RPS

Rosy Bindi