



## Per un cambio di paradigma del Servizio sanitario nazionale si ritorni ai principi della legge n. 833/78 garantendo la primazia dei diritti sull'economia

Giosué Di Maro

In Italia la pandemia da Sars-CoV-2 ha messo a nudo le enormi disuguaglianze sociali, economiche, territoriali e di salute, presenti da ben prima della esplosione della crisi e da tempo oggetto di analisi critica di centri studio e di un ristretto numero di intellettuali, ma ignorate dalla maggior parte dei commentatori. L'emergenza da coronavirus ha fatto emergere le contraddizioni ed il fallimento della teoria neoliberista che propugna meno Stato sociale e più mercato, meno diritti e più precarizzazione del lavoro, che marginalizza i deboli e nega la dignità umana in nome della «economia dello scarto».

L'emergenza ha disvelato l'intimo nesso tra questione sanitaria, sociale e ambientale. Eppure stanno emergendo segnali – da parte di forze politiche ed economiche – che lasciano presagire un ritorno al passato, come se nulla fosse accaduto e nulla dovesse cambiare.

Invece, oggi la vera sfida è rappresentata da come si può realizzare un modello alternativo per uscire dalla crisi senza aumentare le disuguaglianze territoriali e il disagio sociale, evitando il ritorno ad una «normalità» che era già malata ben prima dell'avvento del virus.

In questi mesi di slogan intrisi di retorica e di una persuasiva narrazione *mainstream*, si è reso evidente che non serve operare manutenzioni ad invarianza di sistema, ma occorre affrontare i nodi strutturali del paese per ripensare un cambio radicale del modello di sviluppo e quindi di welfare.

Nonostante l'enorme sforzo messo in campo dal governo durante l'emergenza, con una serie di provvedimenti che non citeremo, permangono segnali inquietanti di sofferenza sociale<sup>1</sup> che destano preoccupazione. Segnali che impongono alla Politica di riappropriarsi del proprio ruolo progettuale e visionario al fine di cogliere questa crisi come una opportunità per un cambio del paradigma sociale dominante.

Questi mesi di confinamento delle persone nelle abitazioni hanno accentuato un processo di disgregazione della comunità e delle relazioni sociali che affonda le sue radici nell'individualismo, in una società già descritta come «molecolare» dal Censis<sup>2</sup>, nella frammentazione del mondo del lavoro, e che si è ulteriormente accentuata durante la pandemia con il distanziamento sociale.

Preoccupazioni che sono emerse anche negli ultimi discorsi pronunciati dal Presidente della Repubblica<sup>3</sup>. Le affermazioni del Presidente Mattarella sono certamente condivisibili, anche per contenere le pulsioni e le spinte corporative provenienti da una parte della società, della imprenditoria e dal mondo delle professioni, come la richiesta della uscita degli infermieri dal comparto della sanità pubblica.

Molto significative sono anche le dichiarazioni del segretario generale della Cgil Maurizio Landini che, per uscire dalla crisi provocata dalla pandemia, ha proposto un «nuovo contratto sociale» per la ricostruzione del paese che si può realizzare esclusivamente con il dare dignità a tutti i cittadini, alle lavoratrici ed ai lavoratori, e con la unificazione del mondo del lavoro.

In questa direzione va la sollecitazione al Parlamento di avviare la discussione sulla proposta di legge di iniziativa popolare, avanzata dalla Cgil e sottoscritta da circa due milioni di cittadini, per la «Carta dei diritti universali del lavoro» che garantisce diritti e tutele ai cittadini che lavorano, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, per fornire una risposta anche alle crescenti disuguaglianze registrate nel corso della pandemia.

---

<sup>1</sup> Si veda: Istat, *Rapporto annuale 2020*.

<sup>2</sup> Censis, *53° Rapporto sulla situazione sociale del Paese*.

<sup>3</sup> Interventi del Presidente della Repubblica: 1° giugno 2020 in occasione del «Concerto dedicato alle vittime del Coronavirus», 2 giugno 2020 nel 74° anniversario della Festa nazionale della Repubblica, 7 giugno 2020 nel 50° anno dalle prime elezioni regionali.



### *La pandemia e le criticità del Servizio sanitario nazionale*

Sul versante sanitario la pandemia ha fatto emergere differenze inaccettabili fra le aree del Paese, come ha sancito anche la Corte dei Conti nel «Rapporto 2020 sul Coordinamento della Finanza Pubblica»<sup>4</sup>.

La Corte dei Conti ha confermato che la drammatica crisi da Coronavirus ha messo a nudo le debolezze del nostro Servizio sanitario nazionale (Ssn), in particolare riferite alla assistenza socio sanitaria territoriale, ed ha dimostrato che il decentramento regionale della sanità, oltre ad aumentare le disuguaglianze di salute ed a contraddire l'art. 32 della Costituzione, non si è dimostrato efficace nel fronteggiare in maniera uniforme la pandemia con la conseguenza che i cittadini non hanno potuto avere le stesse garanzie di cura.

Durante l'emergenza epidemica il Ssn pubblico e universale, sebbene si sia dimostrato un argine per contrastare il virus rispetto ad altri Paesi, ha anche mostrato i limiti di una sanità regionalizzata, frammentata e defanziata, la cui tenuta è stata garantita grazie alla abnegazione e al senso di responsabilità delle lavoratrici e dei lavoratori.

Per questi motivi è necessario analizzare gli errori che hanno determinato la situazione attuale per modificarli e per non trovarsi, alla prossima emergenza sanitaria, con le stesse debolezze strutturali del Ssn danneggiato da anni di politiche neoliberiste.

È urgente una reale inversione di rotta per rilanciare, rifondare e potenziare il Ssn pubblico e universale. In Italia il Ssn, da oltre due decenni, è stato un laboratorio delle teorie neoliberiste, improntate sulla analisi costi-benefici e sulla mera efficienza dei servizi senza riferirsi ad efficacia ed equità. Questa tendenza, accompagnata da politiche di austerità, ha causato un progressivo defanziamento del Fondo sanitario nazionale, una riduzione costante del personale, un aumento del lavoro precario, una drastica diminuzione di posti letto per acuti, compresi quelli di terapia intensiva, una frammentazione del servizio di emergenza sanitaria, un disinvestimento nei dipartimenti di epidemiologia e prevenzione, un depauperamento del distretto sanitario e della sanità di prossimità.

Tutto ciò ha provocato un impoverimento dei servizi territoriali e della capacità di «presa in carico» del bisogno socio-assistenziale dei cittadini. Nel frattempo si incrementava la sanità privata e accreditata che, per il sistema di rimborso delle prestazioni, sceglie le attività più remunerative sostituendo e non integrando il servizio pubblico, utilizza il dumping contrattuale per ridurre il costo del lavoro, incrementa le esternalizzazioni e fa un uso improprio del terzo settore.

Gravi difficoltà si sono registrate in alcune Regioni che hanno deciso lo scorporo delle strutture ospedaliere dalle aziende sanitarie, con una netta separazione della produzione dalla committenza per rispondere in larga parte alla logica di mercato della remunerazione della «prestazione assistenziale» minando il principio della unitarietà del percorso di cure e della presa in carico del bisogno assistenziale del cittadino.

In alcune regioni si è costruita una rete ospedaliera esclusivamente fondata sulle eccellenze, dove la sanità privata agisce in luogo della sanità pubblica, in nome del falso mito della libertà di scelta del cittadino/utente, e dove la sanità territoriale è stata drasticamente smantellata e i servizi accorpati in nome del «business» trasferendo così ingenti risorse pubbliche ai gruppi privati presenti in sanità.

Tutto ciò non è avvenuto per un ineludibile destino, ma rappresenta il risultato di precise scelte politiche e di un percorso ideologico e culturale avviato agli inizi degli anni '90 del secolo scorso che ha distorto l'impianto ispiratore della legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale: la legge n.833 del 1978.

Una legge che ha rappresentato l'esito di un percorso ventennale di lotte operaie, di analisi politiche, soprattutto da parte dei partiti storici della sinistra italiana, Pci e Psi, e di riflessioni del sindacalismo confederale.

Bisogna infatti ricordare che è stata proprio la Cgil, nel 1958, che approvò un documento nel quale, per

---

<sup>4</sup> Corte dei Conti, *Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica*, p. 285.



la prima volta, si chiedeva l'istituzione di un Ssn, successivamente ripreso nel 1959 nel corso di un convegno dal segretario generale Agostino Novella.

Le riflessioni, sia politiche che confederali, già criticavano l'impianto assicurativo e quindi selettivo delle mutue e le inique logiche contributive categoriali per affermare invece una visione unitaria e integrata della salute fisica e psichica, individuale e collettiva, e per proporre una organizzazione sanitaria omogenea sul territorio nazionale attraverso una gestione diretta e partecipata dei cittadini che conferiva centralità al momento preventivo su quello curativo.

Il Ssn, quindi, nasce da quelle intuizioni e, grazie alla legge 833 del 1978, persegue il superamento degli squilibri territoriali di salute e la disomogeneità del sistema mutualistico al fine di attuare l'art. 32 della Costituzione.

La lungimiranza della legge istitutiva del Ssn è contenuta nei primi articoli, dove, ribadendo che la tutela della salute è diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e che deve avvenire nel rispetto della libertà e della dignità umana, sono declinati i principi e gli obiettivi con parole potenti e chiare, dichiarando che le condizioni e le garanzie di salute devono essere uniformi per tutto il territorio nazionale.

Con l'approvazione il 23 dicembre 1978 della legge n. 833 si concluse un anno straordinario per la sinistra politica e sindacale che vide concretizzare i risultati di un percorso culturale e di lotte sociali iniziate nel nostro paese dalla fine degli anni '60. Infatti nello stesso anno il 13 maggio fu approvata la legge n. 180, meglio conosciuta come legge Basaglia, che rivoluzionava la salute mentale e lo stigma della malattia, e il 22 maggio la legge n. 194 per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza. Si tratta di leggi progressiste e di emancipazione sociale e civile che ancora oggi indicano le priorità, i valori e i principi da seguire per rilanciare un servizio sanitario pubblico, universalistico, egualitario, equo, solidale.

### *Attacco al diritto costituzionale alla salute*

Grandi riforme sui diritti sociali e civili si sono dunque affermate alla fine degli anni settanta del secolo scorso, esito di lotte del movimento sindacale, delle donne e di profondi sommovimenti sociali.

Poi negli anni successivi è stato avviato il processo contro riformatore anche attraverso una narrazione accattivante che ha introdotto nel dibattito mediatico nuovi termini molto persuasivi per l'opinione pubblica, benché ingannevoli: purtroppo non si trattava di una questione semantica, ma di sostanza.

Un esempio è l'uso continuo del termine sostenibilità brandita come una clava dalle vestali del neoliberalismo che sostengono l'impossibilità economica di garantire un Ssn universale, omettendo volutamente alla opinione pubblica che non si tratta di una questione economica, ma politica.

Così si afferma la sostenibilità non dei diritti, ma della compatibilità economica, vale a dire la possibilità di garantire ai malati la cura possibile secondo costi compatibili con il bilancio dello Stato. In questo modo il processo di privatizzazione è stato artatamente dissimulato agli occhi della opinione pubblica.

I cittadini, soggetti portatori di diritti e doveri costituzionali di cittadinanza, si sono trasformati prima in assistiti, riprendendo un approccio paternalistico della cura, poi in utenti/clienti/consumatori secondo una logica mercantile.

Il concetto base della legge n. 833/78: la presa in carico per trasformare i «bisogni di salute dei cittadini in diritti», gradualmente si è trasformato in «prestazione da erogare», un concetto tipico dello scambio del libero mercato. Si è imposta così la realizzazione di un modello nel quale si enfatizza la efficienza dei sistemi e la riduzione dei costi rispetto alla efficacia ed alla equità che il sistema produce in termini di salute. Così all'universalismo dell'offerta sanitaria fondata sui bisogni/diritti si è sostituita la selettività dell'offerta in considerazione del maggior profitto.



In questo modo nel dibattito pubblico non venivano affrontate le criticità strutturali del sistema socio sanitario, rappresentate da sprechi, diseconomie, illegalità e malgoverno della sanità. Infatti, rimosse queste questioni cruciali, si è posto al centro del confronto e delle soluzioni la banalizzazione della efficienza, rappresentata in maniera strumentale rispetto alla analisi economica, dal diverso costo della «siringa» tra regioni e aziende.

Quindi, in nome di questo uso strumentale della sostenibilità i governi sono stati «obbligati» ad attuare politiche di riduzione del finanziamento della sanità, adeguando i fabbisogni assistenziali nell'ambito della compatibilità economica e così giustificando il taglio dei servizi assistenziali ed il contenimento dei costi sul personale considerati insostenibili dal punto di vista economico.

Questa controffensiva culturale ha prodotto nel 1992 il decreto legislativo n. 502, dal 1992 al 2009 i decreti che hanno introdotto i fondi sanitari integrativi con le relative agevolazioni fiscali che sottraggono risorse allo Stato, nel 1999 il decreto n. 229 del ministro Bindi che ha provato a rimediare ai danni prodotti dal decreto n. 502 arginando la corsa ai fondi integrativi e preservando la solidarietà e l'universalismo, nel 2000 la legge n. 56 sul Federalismo fiscale che interviene sui poteri di Stato e regioni e sui meccanismi di finanziamento del Ssn, nel 2001 la modifica del Titolo V della Costituzione che affida la tutela della salute alla legislazione concorrente tra Stato e regioni propedeutica poi alla devastante richiesta nel 2018 di «autonomia regionale differenziata», nel 2006 la introduzione dei Piani di rientro che hanno agito esclusivamente sul versante economico e contabile con tagli lineari al costo del personale e al finanziamento dei servizi sanitari.

Quindi arriva nel 2012 la introduzione in Costituzione dell'obbligo del pareggio di bilancio con il rafforzamento delle politiche di austerità.

La introduzione del pareggio di bilancio ha imposto tagli ai finanziamenti annuali che hanno sacrificato l'innovazione in conto capitale ed hanno progressivamente ridotto la spesa corrente, necessaria per garantire gli stipendi, pagare le forniture e i costi vivi del personale per la assistenza sanitaria.

Nel 2015 viene emanato il decreto ministeriale n. 70 concernente i requisiti strutturali ed organizzativi della rete ospedaliera che ha accentuato le disuguaglianze della assistenza ospedaliera tra le regioni.

Ma la vera controriforma in sanità è avvenuta nel 1992 con il citato decreto legislativo n. 502 quando alla guida del Ministero della Sanità giunse un esponente del Partito liberale italiano, guarda caso l'unico partito nel 1978 ad opporsi tenacemente all'istituzione del Ssn.

Il decreto legislativo n. 502 del 1992 ha introdotto regole di mercato in sanità nel quale erogatori/venditori (ospedali pubblici e privati accreditati) competono tra loro nel fornire servizi ai compratori/commitenti (aziende sanitarie locali). Inoltre l'introduzione del sistema di pagamento tariffario a prestazione per gli ospedali attraverso i Drg (gruppi omogenei di diagnosi) e delle tariffe per le altre prestazioni sanitarie, ha provocato un ulteriore accentramento della sanità nelle strutture ospedaliere, meglio se di eccellenza, e nel sistema della specialistica a remunerazione delle prestazioni, anziché finanziare i livelli uniformi di assistenza, con la conseguente dismissione dal territorio. Il perverso risultato finale è la remunerazione della malattia ed il disinvestimento nelle politiche sanitarie di prevenzione.

La stessa normativa ha aziendalizzato l'organizzazione sanitaria, attraverso la introduzione del diritto privato quale strumento ordinario di azione nella organizzazione interna delle aziende, anche se nei rapporti esterni con i fornitori e gli appalti la azienda è soggetta al diritto pubblico, ha conferito poteri assoluti monocratici ai direttori generali che rispondono ai presidenti delle giunte regionali, che impropriamente sono definiti governatori<sup>5</sup>.

Il decreto legislativo n. 502/92 nel tempo ha consentito la riduzione dei costi del personale con la precarizzazione dei contratti di lavoro, favorito le esternalizzazione dei servizi, sostenuto la chiusura di strutture

---

<sup>5</sup> Si veda sull'argomento: Accademia della Crusca 14.7.2020.



sanitarie e ospedali per presunti obblighi di bilancio, incrementato le risorse al settore privato accreditato/convenzionato sottraendole alla sanità pubblica, ridotto i servizi sanitari di prossimità in una ottica di centralizzazione, consentito la parcellizzazione dei modelli organizzativi della presa in carico inseguendo la prestazione, smentito la universalità del diritto alla salute trasformando i Livelli uniformi di assistenza in Livelli essenziali di assistenza.

La controriforma De Lorenzo segna, così, il passaggio da un diritto alla tutela della salute costituzionalmente garantito a un diritto finanziariamente condizionato.

### *La controriforma sanitaria*

Ma il vero attacco contro riformatore alla legge n. 833/78 che ha inteso il Ssn un «bene comune», anticipando di qualche decennio questo concetto, sono:

- 1) eliminazione di ogni forma di controllo, democratico e giuridico, da parte della cittadinanza attraverso rappresentanze territoriali sugli atti programmatori del direttore generale, che resta un soggetto di esclusiva designazione politica,
- 2) avvio di un percorso che ha condotto alla introduzione dell'obbligo di fedeltà del dipendente pubblico che sta comprimendo il diritto di critica e di manifestazione del pensiero in palese contrasto con l'art.21 della Costituzione e con l'art. 1 dello Statuto dei lavoratori (legge 300/1970),
- 3) introduzione di, non sempre dichiarati, elementi di privatizzazione della sanità che hanno abituato nel tempo i cittadini a considerare normale il canale di accesso privatistico alle prestazioni sanitarie, come è avvenuto poi con la libera professione intramoenia.

Così il vero cambio culturale introdotto con la controriforma del 1992 è stato considerare il Ssn alla stregua di una azienda privata che doveva produrre utili in bilancio per essere sostenibile da un punto di vista economico e contabile, come se la salute fosse una merce.

Per ritornare ai valori ispiratori della legge 833/78 e alla sua visione strategica si dovrebbe ribaltare questo «dogma» fondando la sostenibilità su una etica pubblica in grado di coniugare diritti e risorse, perché il Ssn non è nato per produrre profitti, ma per soddisfare bisogni e per rendere esigibile il diritto costituzionale alla salute.

### *La crisi come una opportunità*

La crisi da Coronavirus ha fatto emergere in maniera chiara che la salute, come la scuola, la ricerca, l'università e la cultura, non sono una merce e quindi il tema oggi è cogliere questa crisi come una opportunità per decidere quali siano le politiche da perseguire per dare un senso al valore della uguaglianza e dei diritti sanciti come principi fondamentali dalla Costituzione italiana.

Sono questi principi che devono indirizzare le scelte politiche in economia e non viceversa, perciò i limiti del bilancio vanno declinati nel perimetro del rispetto dei diritti costituzionali fondamentali. Come afferma la Corte costituzionale nella sentenza n. 275/2016 che, seppure il caso in esame fosse riferito al finanziamento pubblico per il diritto allo studio delle persone disabili, afferma il principio che: «È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione»<sup>6</sup>.

In questa ottica, servono interventi strutturali per restituire forza al Ssn così da farne una risorsa, un

---

<sup>6</sup> Corte costituzionale, Sentenza n. 275/2016 «Considerato in diritto», punto 11.



investimento necessario per garantire il diritto alla salute dei cittadini ed in grado di generare ricchezza, considerato che il suo moltiplicatore del Pil è molto più alto rispetto a quelli di altri fattori.

Anche l'ultimo «Rapporto sul coordinamento della Finanza Pubblica» della Corte dei Conti<sup>7</sup> rileva come tra il 2009 ed il 2018 si sia verificata una consistente riduzione delle risorse destinate alla sanità pubblica e come a questo progressivo depauperamento della spesa pubblica sanitaria, abbia corrisposto un aumento dei costi a carico delle famiglie, con un incremento del 14.1% negli ultimi 6 anni.

Se questa è la situazione attuale, bisogna essere consapevoli che l'uscita da questa crisi non può essere un ritorno alla «normalità» precedente, ma necessita di coraggio e di scelte radicali.

Per progettare il futuro occorre modificare il presente, perché come ha sostenuto il ministro della Salute, il 10 giugno nel corso delle sue comunicazioni al Parlamento<sup>8</sup>: «Bisogna chiudere definitivamente la stagione dei tagli in sanità e bisogna avere il coraggio di cambiare perché oltre alle Risorse saranno indispensabili le Riforme».

Affermazione condivisibile, anche se riteniamo che prima di decidere come investire le risorse e quali siano le finalità delle riforme, sarebbe opportuno modificare quelle norme introdotte negli ultimi decenni che continuano a provocare effetti opposti rispetto agli obiettivi che si vogliono perseguire.

Bisogna avviare una vertenza nazionale per la difesa e lo sviluppo della sanità pubblica il cui obiettivo prioritario sia ripristinare la garanzia del diritto universale alla salute, ridurre le disuguaglianze e garantire giustizia sociale, per modificare scelte politiche che hanno condotto alla situazione attuale, per evitare che, come ha dichiarato Papa Francesco «Peggio di questa crisi, c'è solo il dramma di sprecarla».

Per questo è necessario:

- modificare radicalmente l'impostazione aziendalistica delle norme vigenti,
- introdurre un ruolo di controllo e partecipazione democratica dei cittadini,
- eliminare l'obbligo di fedeltà aziendale,
- abolire l'obbligo del pareggio di bilancio che subordina i diritti alla economia,
- bloccare l'autonomia regionale differenziata e gli effetti perversi del Titolo V sulla unitarietà del Ssn,
- assicurare un adeguato finanziamento al Ssn attraverso la fiscalità generale improntata ad una più equa e progressiva tassazione,
- modificare i criteri di ripartizione del Fsn introducendo l'indice di deprivazione sociale,
- introdurre un sistema che finanzia i risultati di salute e la prevenzione e non remuneri più la malattia,
- modificare il d.m. n.70 del 2015,
- potenziare il ruolo del distretto sanitario e la sua funzione di programmazione con la presa in carico dei bisogni di salute del cittadino e di governo delle cure primarie e specialistiche,
- rafforzare i servizi di epidemiologia e prevenzione,
- realizzare la integrazione tra politiche sanitarie e sociali,
- assicurare un adeguato finanziamento ai servizi socio sanitari stabiliti dalle leggi n. 180 e n. 194 del 1978 per contrastarne il costante depotenziamento.

Il lavoro da fare adesso è rendere esigibili queste tre grandi Riforme. Quindi si tratta di rivedere la organizzazione complessiva del sistema socio sanitario attraverso una reale integrazione tra rete ospedaliera, emergenza sanitaria e rete territoriale. Ma bisogna anche ripensare al modello di lavoro in sanità, abolire il numero chiuso di accesso alla Facoltà di Medicina e alle Professioni sanitarie, rivedere lo stato giuridico dei medici di Medicina generale e Specialistica ambulatoriale, modificare le regole dell'accreditamento delle strutture private, ristabilire la subordinazione della sanità privata accreditata alla programmazione della sanità pubblica e quindi eliminare tutti gli elementi di privatizzazione introdotti in questi anni.

<sup>7</sup> Corte dei Conti, *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2020*, p. 290.

<sup>8</sup> Senato della Repubblica, *Resoconto comunicazioni del ministro della Salute*, seduta n. 227 del 10.6.2020.



Si tratta di invece di garantire la unicità dei percorsi assistenziali di cura, definire un contratto unico della sanità pubblica con un ruolo unico del personale e sostenere la proposta di legge della «Carta dei diritti universali del lavoro» per unificare il mondo del lavoro.

La situazione attuale potrebbe rappresentare un momento propizio per un radicale cambiamento a sostegno della sanità pubblica e che pensi alla spesa sanitaria come ad un investimento e non come un costo e alla salute dell'individuo come garanzia di quella pubblica, un indispensabile cambio di paradigma se non vogliamo che, una volta superata l'epidemia, tutto ritorni come prima.

Per realizzare questi obiettivi e per riaffermare il primato dei diritti sulla economia è fondamentale avere una visione strategica forte e creare una alleanza sociale tra cittadini e lavoratori per rifondare il Ssn.

Per ricomporre il mosaico dei diritti in sanità, bisogna ripartire dalla Costituzione e ordire un canovaccio sul quale poi riposizionare le tessere costituite dai principi ispiratori della legge 833/78 al fine di declinare il modello di un Ssn pubblico, universale, equo e solidale, perché, come ha dichiarato il segretario generale della Cgil Maurizio Landini nel corso degli Stati generali dell'economia a giugno di quest'anno, «per ricostruire serve una chiara e netta cesura con gli errori del passato»: se non ora, quando?

*Giosué Di Maro* è segretario Sanità pubblica Fp Cgil Campania e area metropolitana di Napoli nonché segretario regionale Campania Fp Cgil medici e dirigenti Ssn.