



ASSEMBLEA NAZIONALE UNITARIA CGIL-CISL-UIL  
Salerno 19 settembre 2018

“SALUTE: diritti, lavoro, sviluppo. L'Italia che vogliamo”

*“Tutti i punti di riferimento che davano solidità al mondo fra cui i concetti di salute e malattia sembrano in piena trasformazione. Si ha la sensazione che vengano giocati molti giochi contemporaneamente e che durante il gioco cambino le regole di ciascuno. Questa nostra epoca eccelle nello smantellare le strutture e nel liquefare i modelli con casualità e senza preavviso”.*

*(Z. Bauman)*

**Introduzione per CGIL CISL UIL**

**del segretario confederale Cisl  
Ignazio Ganga**

## NON DIMENTICARE IL PASSATO PER EDIFICARE IL FUTURO

Quel freddo inverno del 1978 segnava la fine di uno degli anni più difficili della vita della nostra Repubblica tristemente noto per la recrudescenza del terrorismo con il sequestro e l'omicidio di Aldo Moro.

Un segnale di speranza, tuttavia, arrivava dalle importanti riforme che, durante quegli anni, davano applicazione alla Costituzione, recependo, finalmente, i principi di solidarietà, libertà e uguaglianza sanciti solennemente nella Carta fondamentale, assicurando così ai cittadini italiani un modello di coesione sociale molto più avanzato, costruito in direzione di un ampliamento dei diritti sociali e civili.

Una stagione riformatrice che, a partire dagli anni '70, ridisegnava profondamente le istituzioni e la società. Fra queste l'avvio delle Regioni a Statuto ordinario, lo Statuto dei Lavoratori, il nuovo diritto di famiglia, la parità uomo/donna sui luoghi lavoro, l'abolizione dei manicomi (L. Basaglia), il tempo pieno nelle scuole, il divieto di licenziamento in gravidanza e molto altro ancora.

Uno dei momenti riformatori più significativi del periodo è l'approvazione della legge 833/78 con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale.

Una legge che, anche grazie ad una straordinaria mobilitazione sindacale, segna una svolta storica nel Paese: supera il sistema corporativo delle mutue e trasforma l'assistenza sanitaria in un diritto di cittadinanza, universalistico e finanziato dalla fiscalità generale.

Un modello sanitario moderno, inclusivo e non discriminante.

Prima di allora il diritto alle cure derivava non dall'essere cittadino ma dall'appartenenza ad una categoria produttiva, ingenerando gravi sperequazioni e lasciando milioni di italiani privi di assistenza. Una forte diversità di diritti che non coglieva la dimensione collettiva del bene salute ma quella individuale. *Si andava alla mutua da ammalati e la mutua riparava la forza lavoro e la restituiva alla professione.* Un sistema che nel tempo produrrà debiti per quattromila miliardi di lire, impegnando lo Stato sul loro ripianamento.

Il 23 dicembre del 1978 la svolta: il Parlamento, a larga maggioranza, approva la legge 833, una grande conquista di civiltà che sancisce il diritto della tutela della salute per tutti indipendentemente dal luogo di residenza e dalla categoria di appartenenza riproponendo i vantaggi di una società in salute che rende migliore il Paese servendo milioni di cittadini.



Un risultato che segna la sintesi perfetta fra mobilitazione sociale e adeguatezza delle Istituzioni, che poterono contare sulla lungimiranza di una Ministra che prima di allora si era distinta per qualità come staffetta partigiana e come sindacalista: Tina Anselmi.

L'avvio dell'applicazione della 833 incontrò numerose difficoltà. Come spesso succede nel nostro Paese, alla volontà di approvazione di una legge, non segue la volontà politica di applicarla. Le stesse congiunture economiche di quel periodo, nazionali (bassa crescita e inflazione) e internazionali, non favorirono l'attuazione della norma nel suo impianto complessivo.

Fu così che negli anni successivi si aprì un acceso dibattito sulla "riforma" della "riforma". Una discussione sollecitata, da una parte, dall'avanzare delle logiche neo-liberiste che si svilupparono nello spirito del "più mercato e meno Stato"; dall'altra dalla necessità di ridurre il deficit pubblico di cui la spesa sanitaria andava a rappresentare una componente specifica.

Tale situazione, combinata con l'avvio di quella che i giornalisti chiameranno l'inizio della seconda repubblica, creerà le condizioni propizie per l'approvazione, in tempi rapidi, del decreto Lgs 502/92, meglio noto come riforma Amato-De Lorenzo, che andava a modificare sostanzialmente i principi della 833, mettendo in campo una vera "Contro-riforma".

La legge, infatti, con l'introduzione delle "compatibilità finanziarie" subordinava i Livelli di assistenza sanitaria (Lea) alle disponibilità economiche, smantellando, così, l'impianto universalistico del Servizio sanitario nazionale. In questa direzione prevedeva anche il ricorso a "forme differenziate di assistenza" con le quali si stabiliva l'affidamento a mutue private di alcune branche assistenziali. Un sistema orientato al mercato, fondato su una modalità di "competizione regolata" tra pubblico e privato.

La 502/92 non visse una stagione favorevole e il dibattito sulla sanità si riaccese, con il Sindacato in prima linea a sostenere le ragioni del superamento della legge e la costruzione di un modello di sanità di nuovo coerente con il dettato costituzionale.

La svolta decisiva si concretizzò nel '99, con il decreto Lgs 229 (riforma Bindi). Un cambio di rotta radicale che si sviluppò sul solco nella riscrittura del decreto precedente.

La legge 833 veniva recuperata nei suoi principi ispiratori: *"promozione, mantenimento e recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione, per assicurare a tutti l'accesso alle cure". I Livelli Essenziali di Assistenza, inseriti nella riforma costituzionale del 2001, non sono più da considerarsi obiettivi da raggiungere, ma diritti da garantire a tutti i cittadini".*

In particolare, gli archivi storici delle Organizzazioni Sindacali narrano dell'impegno profuso nel corso dell'iter parlamentare da CGIL, CISL e UIL per arginare le posizioni di coloro che sostenevano un sistema sanitario costruito su "livelli minimi" e subordinato alle compatibilità finanziarie, rispetto ad un sistema sanitario basato sui livelli essenziali e uniformi, definiti nel rispetto dei principi della dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso dell'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza.

Abbiamo voluto riportare alcuni dei passaggi più significativi del percorso legislativo del Servizio sanitario, perché riteniamo che possano rappresentare un elemento fondamentale per disegnare



il futuro della sanità italiana, consapevoli che la scelta del modello per garantire il diritto della tutela della salute rifletta, di fatto, un'idea di società e, soprattutto, di rapporti tra cittadini e Stato più o meno evoluti.

Per questo, impegnarsi per un modello di sanità avanzata, oggi, significa contribuire a creare società e coesione, significa offrire la garanzia che non si è da soli.

Con l'iniziativa di oggi, CGIL, CISL e UIL, vogliono ribadire il loro impegno indirizzato alla costruzione di un modello di società che nel farsi carico della tutela dei diritti sociali e civili non lasci indietro nessuno.

Una società in cui la tutela della salute sia un diritto legato alla persona e non un'opportunità legata al lavoro o alla condizione dei singoli. Un diritto riconosciuto a tutti, senza distinzioni di reddito, discriminazioni civili, sociali o culturali e un bene della Comunità.

### LE SCELTE SANITARIE DI QUESTI ANNI VANNO IN TUTT'ALTRA DIREZIONE

Purtroppo le condizioni in cui oggi versa la sanità non sono confortanti. In particolare, le politiche economiche adottate dai vari governi hanno comportato l'adozione di scelte che hanno favorito una revisione perversa della spesa con tagli lineari che hanno indebolito fortemente il Servizio sanitario nazionale. Misure che hanno sottoposto il settore, a notevoli restrizioni (finanziarie, di personale, tecnologiche e strutturali), compromettendo le condizioni di accesso ai servizi, soprattutto fra le categorie più deboli e nelle regioni più in difficoltà, aggravando le già importanti disegualianze sociali e territoriali esistenti nel Paese e ingenerando differenze fra poveri e ricchi di salute. Sta di fatto che la sanità è il settore che unitamente a quello previdenziale ha versato il contributo più significativo per il risanamento del bilancio pubblico.

### UNA SPESA IN RAPPORTO AL PIL SOTTO LA SOGLIA DI SICUREZZA

La Corte dei Conti ci dice che tra il 2009 ed il 2016 il nostro Paese ha ridotto le risorse destinate alla sanità di tre decimi di punto all'anno.

Al contrario, nello stesso periodo, la spesa è mediamente cresciuta dello 0,9% in Francia, dell'1% in Olanda e dell'1,8% in Germania.

E il futuro non è certamente confortante. Le previsioni dell'ultimo Def, posizionano la spesa sanitaria rispetto al Pil al 6,4% per il 2019 e al 6,3% per l'anno 2020. Dati molto inquietanti se si considera la soglia di allarme del 6,5% fissata dall'OMS, al di sotto della quale, oltre la qualità dell'assistenza e l'accesso alle cure, si riduce anche l'aspettativa di vita delle persone.

### SPENDIAMO MENO DI ALTRI PAESI E GARANTIAMO PIÙ "SALUTE"

E tutto ciò a fronte di una spesa sanitaria più bassa di altri Paesi simili al nostro. Dai dati dell'ultimo Rapporto OCSE risulta che la media della spesa sanitaria pubblica pro-capite in Italia è di 2.261 euro, a fronte dei 3.509 della Francia e dei 4.200 euro della Germania.

Ciò nonostante, il nostro Sistema sanitario, pur con costi più "bassi" garantisce, nel contesto dei Paesi OCSE, una copertura Universale e si posiziona ai primi posti per accesso alle cure e al "quarto" posto per aspettativa di vita.

E questo è un evidente paradosso, abbiamo di fronte una situazione in cui la programmazione sanitaria è sganciata da quella finanziaria: sulla carta i cittadini hanno diritto ad un "pacchetto"4



di prestazioni e di servizi sanitari e socio-sanitari tra i più copiosi d'Europa, ma al tempo stesso la nostra sanità è agli ultimi posti per finanziamento pubblico.

### **LA SANITÀ NON È UNA “SPESA” MA UN VOLANO DI SVILUPPO PER L'ECONOMIA**

Il fatto è che il comparto della sanità continua ad essere percepito come una voce di spesa con costi elevati, bassi livelli di produttività e diffuse inefficienze. Al contrario, il settore della salute è una grande fabbrica di produzione che fornisce un notevole contributo non solo al benessere delle persone, ma anche all'economia e alla crescita del Paese.

### **POSSIAMO DEFINIRE IL SISTEMA SANITARIO UNIVERSALE?**

Vero è che l'insufficienza delle risorse messe a disposizione del SSN e le inadeguatezze organizzative e gestionali hanno incrementato le disuguaglianze e, di conseguenza l'equità del sistema. E questo, oggi, è un tema prevalente sul quale insistere per apportare le dovute correzioni.

Siamo inoltre di fronte ad un altro paradosso: da una parte possiamo vantare, sul versante legislativo, un Sistema sanitario Universale e Solidale; dall'altra viviamo una realtà composta da differenti sistemi sanitari che si diversificano sia per la qualità dei servizi, sia per la quantità, lasciando privi di copertura assistenziale milioni di cittadini.

### **LA MOBILITÀ E LA RINUNCIA ALLE CURE, EMERGENZA PER IL CENTRO- SUD**

I dati sulla mobilità sanitaria interregionale sono preoccupanti. Nelle Regioni non in “Piano di rientro” la mobilità passiva è generalmente compensata da un significativo tasso di mobilità attiva, mentre il saldo resta negativo nelle Regioni in Piano di rientro. Un fenomeno che in questi anni, anziché diminuire, ha subito un significativo incremento, attestandosi a 4,1 miliardi di euro. Si tratta di circa 1 milione di persone che affrontano viaggi estenuanti, in condizioni di salute precaria, per accedere alle cure di cui hanno bisogno. Persone costrette a lasciare la propria famiglia, con tutti i disagi economici e sociali che ne conseguono, per poter usufruire di un diritto, che la legge, di fatto, già garantisce in tutto il territorio nazionale.

In questo senso a poco o nulla sono serviti i citati Piani di rientro che, se da una parte hanno contribuito a risanare i bilanci regionali dall'altra, con l'introduzione di ulteriori ticket e l'inasprimento della leva fiscale, hanno prodotto una preoccupante riduzione dell'offerta di servizi e reso più difficoltoso l'accesso alle prestazioni. E ciò ha gravato soprattutto nelle Regioni maggiormente disagiate.

### **I NUOVI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA ANCORA SULLA CARTA**

I nuovi Lea, in vigore da oltre un anno, non sono ancora dotati degli strumenti normativi per essere realmente esigibili. In particolare, manca il tariffario della specialistica e diagnostica per la remunerazione delle prestazioni. Ciò significa che le prestazioni innovative non sono usufruibili dai cittadini.

Probabilmente il vero motivo della mancata definizione del tariffario è da attribuire alle risorse economiche disponibili. E non sarà facile, su tale questione, trovare un'intesa in Conferenza Stato/Regioni, considerato il de-finanziamento del Ssn.



## II TICKET: UNO STRUMENTO DI FINANZIAMENTO

Il sistema dei ticket, introdotto come strumento “disincentivante” al ricorso improprio delle prestazioni, oggi rappresenta un vero e proprio **strumento di finanziamento del Servizio sanitario**. Come se non bastasse, nel 2011 è stato introdotto anche il **superticket**. Una tassa estremamente iniqua perché in proporzione pesa maggiormente sui redditi più bassi. Fonte di diseguaglianze in quanto applicata in maniera diversa dalle Regioni, distorsiva perché determina lo spostamento di alcune prestazioni verso il più concorrenziale mercato privato provocando, inoltre, uno svantaggio per le casse della sanità pubblica.

Le lunghe liste di attesa combinate con i ticket comportano da una parte, il ricorso al libero mercato che in molti casi è meno oneroso, dall'altra l'indebitamento delle famiglie e/o la rinuncia alle cure per molti cittadini.

## LA SOSTENIBILITÀ E IL FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO PASSA ANCHE ATTRAVERSO LA RIQUALIFICAZIONE DEL PERSONALE

I molteplici vincoli imposti alla spesa e alla dotazione del personale, durante questi anni, contribuiscono fortemente ad indebolire il servizio sanitario in tutti i territori del Paese. Ad oggi le regioni, anche quelle in equilibrio economico, sono ancora tenute a mantenere la spesa per il personale pari a quella del 2004 ridotta dell'1,4%, ingenerando sul sistema sanitario non pochi problemi di tenuta.

Una norma che produce effetti perversi sulla spesa, costringendo a esternalizzare i servizi e a fare ricorso a forme di somministrazione di lavoro che, a parità di prestazioni o di ore erogate, costano di più del personale dipendente. Certamente la chiusura di una parte dei contratti ha migliorato la situazione, ma permangono serie criticità, a partire dagli organici fino alle coperture del *turn-over* insieme a un'equa distribuzione delle risorse umane.

## E' ORA DI CAMBIARE ROTTA

In questo scenario la priorità è quindi quella di una riorganizzazione complessiva di tutto il sistema salute, per ridefinire gli strumenti, affrontare le priorità, individuare e contrastare i fattori di rischio, nonché superare le disuguaglianze attualmente presenti nel Paese.

## GARANTIRE AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RISORSE CERTE E ADEGUATE PER RENDERE REALMENTE ESIGIBILI I NUOVI LEA

Bisogna invertire la tendenza confermata nell'ultimo DEF che prevede una drammatica riduzione del rapporto tra spesa sanitaria e PIL.

Il finanziamento deve garantire la copertura dei nuovi Lea, al fine di renderli “*effettivamente*” esigibili ai cittadini su tutto il territorio nazionale.

## UN NUOVO PATTO PER LA SALUTE PER PROGRAMMARE I SERVIZI CONFORMI AI BISOGNI

Il Patto per la salute 2014/2016, oggi vigente, non è mai stato applicato.



Serve, dunque, un nuovo Patto per la Salute, tra Governo, Regioni, Comuni, in cui finalmente siano coinvolte, anche nella stesura, le forze sociali e sindacali che rappresentano milioni di cittadini e di lavoratori, decisive per l'innovazione e il cambiamento.

Un nuovo Patto che indichi una nuova tabella di marcia, mirata al rilancio della sanità pubblica e universale, con l'obiettivo di superare il drammatico divario nord-sud, e garantire ovunque tempestivo accesso a LEA di qualità.

### **SUPERARE I PIANI DI RIENTRO**

Va superata la logica "economicistica" dei Piani di rientro. In un contesto di riorganizzazione dei servizi sanitari regionali, l'efficacia e l'efficienza dei servizi devono avere lo stesso peso del risanamento dei bilanci. A tal fine si possono promuovere con le regioni in difficoltà dei percorsi di convergenza per assicurare i Lea come nelle realtà più "virtuose".

### **RIORGANIZZARE PER DARE RISPOSTE AI NUOVI BISOGNI DI SALUTE**

Siamo infatti consapevoli che operiamo in un contesto di risorse sempre più limitate. Ed è per questo che si rende necessario riorganizzare tutto il sistema dei servizi in funzione alle rinnovate dinamiche sociali. In questi decenni la nostra società si è trasformata e, contestualmente, si è modificata anche la domanda di salute.

Siamo uno dei Paesi più longevi al mondo e questo, certamente, è un dato positivo: un neonato di oggi ha un'aspettativa di vita che sfiora gli 81 anni se è maschio e gli 85 se è femmina.

L'aumento della speranza di vita, però, pone nuove sfide legate all'invecchiamento della popolazione, che per noi dovrà continuare a rappresentare una risorsa su cui investire e non un problema. Per esempio, l'Italia ha la seconda più alta prevalenza di demenza fra i Paesi dell'OCSE, al 2.3% della popolazione nel 2017 e si stima che dovrebbe raggiungere il 3.4% nel 2037 (dati ultimo Rapporto OCSE).

### **OSPEDALI E TERRITORIO: LA RICERCA DI UN PUNTO EQUILIBRIO**

Il territorio è per noi uno dei pilastri fondamentali della sanità, ma i processi di riorganizzazione dei servizi hanno comportato, spesso, interventi sbilanciati sul fronte del riordino delle reti ospedaliere, piuttosto che sulla medicina di iniziativa e di prossimità.

Le scelte regionali, infatti, a fianco di tagli di servizi ed incremento dei ticket, spesso hanno privilegiato il versante ospedaliero, con accorpamenti di strutture e/o riconversione delle stesse in altri servizi, penalizzando il territorio e, quindi, le cure domiciliari.

Così come i piani per la realizzazione delle "case della salute": se in alcune realtà stanno funzionando in molte altre tardano a partire o sono semplici poliambulatori.

Si rende necessario, quindi, ridefinire un nuovo equilibrio tra l'assistenza ospedaliera e quella territoriale, accompagnata da un'appropriata allocazione delle risorse anche a sostegno delle cure primarie e dello sviluppo delle reti integrate di servizi. Un aspetto, questo, appena sfiorato dalle riforme realizzate a livello locale che attende di essere ridisegnato per affrontare la crescente domanda di cure e di assistenza verso le cronicità (che trovano riscontro nel 38% della popolazione), la riabilitazione e le cure intermedie, aree in cui il bisogno è in crescita.



Per questo va garantita la continuità assistenziale con dimissioni protette, percorsi diagnostico-terapeutici, strutture intermedie, ecc., così come previsto dal Piano nazionale cronicità. In particolare i temi della non Autosufficienza, della Salute Mentale, delle Dipendenze, della Salute Materno-infantile, i consultori familiari dovranno essere rafforzati prevedendo una vera integrazione tra sanità e sociale.

A questo proposito, nella consapevolezza che la spesa pubblica italiana per la cura a lungo termine dei non autosufficienti è sottodimensionata in relazione al numero delle persone con disabilità presenti nel Paese, non è più rinviabile la legge quadro sulla non autosufficienza da finanziare con risorse certe a carico della fiscalità generale, andando a codificare interventi che privilegino la presa in carico dei pazienti e contenendo l'attuale approccio risarcitorio del disagio.

### **RIDURRE LA MOBILITÀ SANITARIA INTERREGIONALE**

Così come dovrà esser contenuta la mobilità sanitaria interregionale, che come anzi detto, acuisce fra i cittadini la percezione di una sanità ingiusta ed è la testimonianza della carenza e dell'inadeguatezza delle strutture e dei servizi, in particolare nel Mezzogiorno. Fermo restando la salvaguardia della mobilità volontaria e, quindi, il diritto delle persone di scegliere dove curarsi, il Servizio sanitario deve garantire la possibilità di ricevere le cure nel territorio in cui vivono.

### **SUPERARE LE LISTE DI ATTESA**

Le lunghe liste d'attesa, a cui sono soggetti i cittadini per usufruire delle prestazioni, poi, rappresentano un vero ostacolo nell'accesso alle cure. Vanno messi in campo strumenti adeguati per superare il fenomeno, a partire dall'aggiornamento del Piano nazionale (e, ove occorre, di quelli regionali) inserendo vincoli più stringenti a garanzia dei cittadini (anche per semplificare l'accesso) e per l'appropriatezza delle prestazioni e dei percorsi di diagnosi e cura.

### **SPENDERE IN PREVENZIONE PER RENDERE PIÙ SOSTENIBILE IL SISTEMA**

Si investe troppo poco in prevenzione. La spesa in Italia risulta infatti pari al 4,2%. E' necessario, quindi, applicare quanto previsto nei nuovi Lea, e rispettare il vincolo di destinazione del finanziamento stabilito nel 5%.

Riteniamo infatti che lo sviluppo di politiche per la prevenzione e la riduzione dei fattori di rischio sulla vita e sulla salute di un ambiente contaminato, insalubre e poco sicuro può ridurre in modo significativo i costi sociali ed economici (compresi quelli sanitari) che ricadono sulla collettività, in particolare a danno delle persone socialmente più svantaggiate.

### **A PROPOSITO DI INVESTIMENTI STRAORDINARI E INNOVAZIONE TECNOLOGICA**

Inoltre continua a contrarsi la spesa per investimenti infrastrutturali e tecnologici, con una flessione nel 2017 di oltre il 5%. Un pericoloso debito sommerso che andremo a pagare in termini di costi negli anni a venire. Per questo si dovrà intervenire anche per contenere il degrado di molte strutture sanitarie, il mancato rispetto delle norme di sicurezza e l'obsolescenza di alcune dotazioni tecnologiche che mettono a rischio la qualità dei servizi oltre che la credibilità delle Istituzioni.





In tal senso, riteniamo necessario mettere in campo un Piano straordinario di investimenti, a partire dall'edilizia sanitaria, per ammodernare le strutture, in particolare nelle Regioni più fragili. Ciò avrebbe anche una significativa ricaduta sull'occupazione e, di conseguenza, sulla crescita del Paese.

Come riteniamo che l'utilizzo dell'informatizzazione e delle nuove tecnologie digitali (E-Health) possano contribuire a migliorare l'accessibilità al sistema, l'integrazione dei servizi per gli operatori e per il cittadino, garantendo maggiore trasparenza delle informazioni e migliorando l'efficienza e la sostenibilità stessa del sistema.

### **UNA NUOVA POLITICA PER VALORIZZARE IL PERSONALE**

Una accurata revisione dei vincoli vigenti e l'introduzione di elementi di flessibilità, si rende necessaria per la salvaguardia e la sostenibilità del sistema sanitario.

Siamo infatti convinti che la qualità dei servizi sia direttamente proporzionale alla qualità del lavoro.

Pertanto vanno sboccate le assunzioni per adeguare le dotazioni organiche e garantire i Lea, va superata la persistente precarietà. E' necessario anche rivedere i fabbisogni formativi, riaprendo l'accesso alla formazione universitaria, ampliando i numeri dei partecipanti alle scuole di specializzazione e superando l'attuale modello del numero chiuso per la facoltà di medicina e chirurgia e delle diverse professioni sanitarie.

### **CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE**

Sono queste alcune sensibilità, che qui, unitariamente, abbiamo voluto esprimere, forti della consapevolezza che rientra nel compito del Sindacato Confederale, sostenere una nuova stagione di innovazione dei diritti nel Paese.

Il Sindacato nasce per accompagnare ideali e sentimenti di giustizia e così dovrà fare anche oggi. Per questo, mai come di questi tempi impegnarsi per il diritto della tutela della salute significa spendersi per il bene delle persone che anche da questo quarantennale continuerà a rappresentare l'intreccio fra missione sindacale e utopia.

La storia della legge 833/78, è la storia di una grande utopia che si è realizzata e che attende di essere riconfermata e rafforzata nel tempo, nella consapevolezza che il progresso umano continuerà, anche in questo nostro Paese, ad essere il risultato del farsi storia degli ideali, che rappresentano non sogni irraggiungibili, ma mete possibili per cui continuare a credere e lottare.

