



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE



UNIVERSITÀ
DI SIENA 1240

Dottorato di ricerca in
Studi Storici

ciclo XXXVI

Il Consiglio Superiore di Sanità e le politiche della Repubblica prima del
Servizio Sanitario Nazionale

Settore scientifico disciplinare
M/STO 04

Dottoranda
Sabrina Leo

Supervisore
Prof.ssa Patrizia Guarnieri

Coordinatrice
Prof.ssa Teresa De Robertis

Anni 2020/2023

Indice

Introduzione	4
Capitolo 1	19
Il Consiglio Superiore di Sanità: funzioni, composizione, temi	19
1.1 “L’areopago della scienza medica della nazione”	19
1.2 Il CSS e i suoi rapporti con la gestione sanitaria italiana (1865-1978).....	21
1.3 La presidenza e i componenti del CSS (1950-1978).....	30
1.4 I temi: il legame tra il CSS e le politiche sanitarie.....	37
Capitolo 2.....	54
Il lavoro del CSS: 1950-1960.....	54
2.1 Le attività	54
2.2 Farmaci, vaccini, stupefacenti.....	62
2.3 Malattie sociali e assistenza	87
Capitolo 3.....	112
Il lavoro del CSS: 1960-1970.....	112
3.1 Le attività	112
3.2 Stupefacenti, farmaci, vaccini	118
3.2.2 Gli stupefacenti	119
3.2.3. Farmaceutica	123
3.2.4 Campagne vaccinali	136
3.3 Malattie sociali e assistenza	143
3.4 Acquedotti, fognature e opere igieniche	153
3.5 Ospedali, istituti privati di cura, istituti per malattie specifiche e sociali	160
3.5.1 – Il dibattito in CSS.....	162
3.5.2 Il personale ospedaliero	174
3.5.3. La legge Mariotti.....	182
Capitolo 4.....	190
Il lavoro del CSS: 1970-1978.....	190
4.1 I cambiamenti degli anni Settanta	190
4.2 Questioni di farmaceutica	196

4.2.2 Gli anticoncezionali: atto finale	200
4.2.3 Gli stupefacenti: il problema dell'astinenza e del metadone	207
4.2.4 Vaccinazioni nuove, problemi antichi	222
4.3 Malattie sociali	233
4.3.1. Tubercolosi.....	234
4.3.2 Protezione materno-infantile.....	239
4.4 Danni ambientali e inquinamento	244
4.4.1 Acque marine e balneazione	245
4.4.2 Industrie insalubri	248
4.5 La riforma sanitaria del 1978 nei verbali del CSS	256
Capitolo 5.....	267
Trent'anni di INAM (1945-1978)	267
5.1 Scopi e organizzazione interna.....	274
5.2 Rapporto con i medici	282
5.3 Finanziamento ospedaliero e farmaceutica	326
5.4 La fase commissariale.....	337
Capitolo 6.....	344
La nascita del SSN: cosa cambia e cosa resta uguale	344
7.1 Il travagliato iter verso la legge 833/1978	346
7.2 Un importante centro propulsore: il Psi	368
7.3 Il dilemma democristiano.....	377
7.4 Il PCI: da una posizione ambigua a catalizzatore culturale	395
7.5 L'opinione dei medici	408
7.6 Un risultato in bilico	424
Conclusioni	433
FONTI.....	437
Documentazione archivistica	439
Riviste e pubblicistica	442
Bibliografia	443

Introduzione

Il tema della sanità nell'Italia contemporanea, in particolare per quanto riguarda gli anni repubblicani, è stato affrontato in modo frammentario e alquanto slegato dagli altri ambiti della vita sociale, politica ed economica del Paese¹. Se la questione ha ricevuto un discreto interesse per il periodo liberale e fascista, gli studi specifici sul periodo repubblicano sono stati sporadici fino ad anni recenti, quando l'interesse sul tema è aumentato, soprattutto in relazione all'evoluzione degli studi sul welfare²; nelle storie della Repubblica si dedicano al tema generalmente brevi incursioni in occasione di grandi snodi, mentre il quadro generale è mediato soprattutto da studi di natura politologica e sociologica.³

Inoltre, gli approcci alla questione relativi al periodo liberale e, in misura leggermente minore, fascista sono caratterizzati da un diverso approccio storiografico rispetto a quello repubblicano. Per quanto riguarda il primo caso, il focus è rappresentato dalle grandi malattie del periodo e vi è un forte legame con il mondo socio-economico del lavoro e dell'industria: ciò è dovuto all'individuazione in questo periodo storico della prima fase di incubazione dello Stato sociale italiano, collocato tradizionalmente dalla storiografia negli ultimi decenni del XIX secolo⁴. Il passaggio tra l'impostazione spiccatamente liberista che caratterizza i primi decenni dello Stato unitario e la nascita del primo nucleo di diritti sociali formalizzati in una legislazione che coinvolgeva parti considerevoli della popolazione è stato individuato infatti nell'età giolittiana, in linea con le interpretazioni internazionali del welfare state come risposta alle modernizzazioni che investono gli stati europei otto-novecenteschi⁵; Roberto Cea

¹ La difficoltà nell'uso delle fonti dirette è dovuta al mancato versamento della documentazione prodotta nel periodo repubblicano, a parte 6 buste di circolari, da parte del Ministero della Sanità; nell'impossibilità di accesso agli archivi ospedalieri, nella grande maggioranza dei casi non conservati; nella frammentazione degli enti deputati alla gestione sanitaria della Repubblica, che non si è esaurita nel 1958, con l'istituzione del Ministero; pur disponendo poi delle fonti dirette, è necessario anche, per ricostruire la storia del settore, tenere conto della storia del welfare, del settore fiscale e della spesa pubblica, delle professioni e della storia sociale del periodo preso in considerazione: impossibile, o molto più difficile, se il tema viene abbandonato dagli storici per essere lasciato a medici ed esperti.

² Un quadro importante per comprendere il settore sanitario e i principali problemi legati alla sanità della Repubblica è il testo di Saverio Luzzi, *Storia della sanità nell'Italia contemporanea*, Donzelli, Roma 2004; altrettanto importante, ma più focalizzato sulla storia delle riforme nella gestione della salute, è il testo di Francesco Taroni, *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*, Il Pensiero scientifico, Roma 2009; del 2021 è invece il testo riassuntivo delle politiche di welfare nel loro complesso, C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello Stato sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna 2021.

³ Si pensa soprattutto qui agli studi di Giovanna Vicarelli e di Maurizio Ferrera, rispettivamente una sociologa e un politologo, che sono considerati particolarmente illuminanti sugli studi del settore della sanità e del welfare del periodo repubblicano.

⁴ R. Cea, *Il governo della salute nell'Italia liberale. Stato, igiene e politiche sanitarie*, Francoangeli, Milano 2019; U. Ascoli, *Le caratteristiche fondamentali del welfare state italiano*, in C. Sorba (a cura di), *Cittadinanza. Individui, diritti sociali, collettività nella storia contemporanea*, Roma, Ministero per i beni e le attività culturali – Direzione generale per gli archivi, 2002, pp. 215-224; A. Cherubini, I. Piva, *Dalla libertà all'obbligo: la previdenza sociale tra Giolitti e Mussolini*, Francoangeli, Milano 1988.

⁵ Gli studi comparati sulla situazione in diversi Paesi europei evidenziano infatti una coincidenza tra la nascita delle prime misure di copertura delle popolazioni da alcuni rischi e le prime fasi dell'industrializzazione, con l'allentarsi dei

evidenza anche, nel suo recente volume sulle politiche sanitarie dello Stato liberale, il ruolo della disciplina igienista ottocentesca nell'implementazione da parte statale di misure preventive tarate su tutta la popolazione⁶, definendo per la prima volta un interesse collettivo nella cura e nella prevenzione generale. È però nell'età fascista che viene individuato dalla storiografia il costituirsi di un nucleo più compiuto di welfare state, con l'approvazione di misure di tutela della popolazione, di previdenza, di sistematizzazione organizzativa delle misure sociali attraverso riforme che, anche se preconizzate nel periodo liberale, puntavano al rafforzamento del consenso sociale. Questo fenomeno, caratteristico degli anni Trenta, venne perseguito dal regime tramite “una densa stratificazione normativa che differenziava puntigliosamente le spettanze dei vari gruppi”⁷, dando vita a quell'impostazione particolaristico-categoriale che passerà quasi completamente nelle strutture dell'Italia repubblicana⁸, sulla scia della grande attenzione rivolta dal fascismo alle politiche sociali e alla nazionalizzazione degli enti ad esse dedicati, che avrà il suo periodo di massimo consolidamento nel periodo 1926-1934⁹.

L'analisi approfondita della storiografia sulla sanità e la medicina che Tommaso Detti pone ad introduzione del volume *Salute, società e stato nell'Italia liberale* è molto utile per capire quali sono stati i momenti di maggiore interesse storiografico nei confronti di questi temi.¹⁰ Secondo Detti, gli storici contemporanei iniziano a produrre un maggior numero di studi su questioni medico-sanitarie negli anni '70 del Novecento, spinti da interessi di natura spiccatamente politica, indagandone lo stretto legame con la storia dell'industrializzazione, dei movimenti operai e delle malattie da lavoro. Nel testo viene individuato un apporto fondamentale nello sviluppare e orientare le prime ricerche nell'influenza e nell'insegnamento dello studioso Franco della Peruta, storico di ispirazione marxista

precedenti rapporti di solidarietà di strutture come la famiglia, la Chiesa, la comunità; tra gli altri fattori che hanno concorso alla nascita dei sistemi sociali, l'aumentata esigenza di sicurezza economica nel contesto dell'accresciuta divisione del lavoro, dell'espansione dei mercati e dell'acquisizione di diritti politici da parte dei cittadini con la nascita delle democrazie di massa. Cfr. P. Flora, A. J. Heidenheimer (a cura di), *Lo sviluppo del welfare state in Europa e in America*, Bologna, Il Mulino, 1983, pp. 14-23; cfr. anche P. Baldwin, *The politics of social solidarity. Class bases of the European Welfare State, 1875-1975*, Cambridge University Press, Cambridge 1992; per delle osservazioni molto interessanti sulla nascita e la costruzione di un modello diverso di welfare state, quello americano, cfr. il testo di C. Nobles, *Welfare as we knew it*.

⁶ R. Cea, *Il governo della salute nell'Italia liberale. Stato, igiene e politiche sanitarie*, op. cit., pp. 8-10.

⁷ ; C. Giorgi, *Politiche sociali e fascismo nel dibattito storiografico*, in P. Mattera (a cura di), *Momenti del welfare in Italia. Storiografia e percorsi di ricerca*, Viella, Torino 2012, p. 57.

⁸ C. Giorgi, *Le politiche sociali del fascismo*, in “Studi storici”, n. 1, 2014, pp. 93-108; C. Giorgi, *Politiche sociali e fascismo nel dibattito storiografico*, in P. Mattera (a cura di), *Momenti del welfare in Italia. Storiografia e percorsi di ricerca*, op. cit., pp. 55-64.

⁹ Ibidem; C. Giorgi, *Le politiche sociali del fascismo*, in *Studi storici*, v. 55, n. 1, 2014, pp. 93-108; F. Conti, G. Silei, *Breve storia dello stato sociale*, Carocci, Roma 2005; S. Cassese, *Lo stato fascista*, Il Mulino, Bologna 2010; N. Giani, *Lineamenti sull'ordinamento sociale dello Stato fascista*, Biblioteca di studi internazionali sul Fascismo, Dott. A. Giuffrè editore, 1934; G. Melis, D. Preti, *Economia e istituzioni dello stato fascista*, Editori riuniti, Roma, 1980; *La macchina imperfetta. Immagine e realtà dello stato fascista*, Il Mulino, Bologna 2018; M. Ferrera, V. Fargion, M. Jessoula, *Alle radici del welfare all'italiana: origini e futuro di un modello sociale squilibrato*, in *Collana storica della Banca d'Italia. Saggi e ricerche*, Marsilio, Venezia 2012; F. Taroni, *La sanità in Italia dall'Unità al Servizio Sanitario Nazionale (1861-1978)*, in C. Specchia (a cura di), *Manuale critico di sanità pubblica*, Maggioli 2015.

¹⁰ T. Detti, *Salute, società e Stato nell'Italia liberale*, op. cit., primo capitolo: *Gli storici italiani e la salute*, pp. 15-49.

che si concentra su “alcuni di quei modi e quelle forme del vivere quotidiano che in maniera più immediata condizionavano l’esistenza delle classi lavoratrici”¹¹, confermando la derivazione della storia sanitaria italiana da quella del movimento operaio. A causa di questa origine, la storia sanitaria italiana si è a lungo caratterizzata come storia sociale; il ricorso a fonti quantitative, all’apporto della demografia e dell’economia è stato molto ridotto; l’approccio storiografico d’elezione quello marxista, che considerava dunque le condizioni di vita, di salute e di malattia dei lavoratori come parte integrante del sistema di sfruttamento di classe. Questo tipo di approccio al problema sarà predominante per un lungo periodo, e verrà ridimensionato soltanto dalla marginalizzazione delle categorie del marxismo nel dibattito storiografico degli ultimi decenni del secolo. Tuttavia, l’approccio di della Peruta ha il merito, secondo Detti, di portare all’attenzione generale alcuni temi che sino ad allora erano “rimasti per lo più confinati in una specie di terra di nessuno tra la storia economica e quella politica: l’alimentazione, le abitazioni, l’esposizione infantile, il pauperismo, l’istruzione e le condizioni igienico-sanitarie delle classi popolari”¹².

A conferma dell’importanza nel settore della storia sanitaria di Franco della Peruta, un ulteriore punto di riferimento sulle politiche sanitarie dello Stato italiano è rappresentato dall’Annale della Storia d’Italia Einaudi curato dallo studioso marxista e intitolato *Malattia e medicina*¹³, che approfondisce in modo tematico delle macroquestioni della storia sanitaria del paese: lotta alla tubercolosi, genesi della disciplina igienista, questione delle case chiuse, rapporto tra medici e malattia mentale; anche in questo caso, la maggior parte dei saggi relativi alla contemporaneità è focalizzato sul periodo liberale, con alcune incursioni nel periodo fascista, tra le quali si segnala il saggio di Domenico Preti *La questione ospedaliera nell’Italia fascista (1922-1940): un aspetto della “modernizzazione corporativa”*. Uno dei meriti di questo saggio è quello di aver dato uno dei pochi quadri generali della situazione degli ospedali e del personale ospedaliero nel periodo pre-repubblicano, che poi passerà con poche variazioni ai primi anni della Repubblica. Nonostante la presenza di alcuni altri saggi di notevole interesse all’interno del volume¹⁴, l’approfondimento dell’aspetto politico-istituzionale è scarso: non vi è alcuna ricostruzione, ad esempio, dell’evoluzione della sanità italiana nel suo complesso¹⁵; e tuttavia, questo testo è stato molto utile per permettere un confronto tra la situazione degli ospedali nel periodo fascista e quello del periodo repubblicano.

La sintesi dello sviluppo amministrativo e istituzionale delle politiche sanitarie del periodo che va dall’unità al fascismo è stata tuttavia tracciata in alcuni volumi molto esaustivi, che in ogni caso

¹¹ Ivi, p. 22.

¹² Ivi, p. 34.

¹³ *Storia d’Italia*, Annali VII, *Malattia e medicina*, a cura di Franco della Peruta, Torino, Einaudi 1984.

¹⁴ Si ricordano in particolare C. Pogliano, *L’utopia igienista (1870-1920)*, e, per il tema della costruzione dell’identità professionale medica, E. Brambilla, *La medicina nel Settecento: dal monopolio dogmatico alla professione scientifica*, in *Storia d’Italia*, Annali VII, op. cit., pp. 5-147.

¹⁵ È stato notato anche da R. Cea, *Il governo della salute nell’Italia liberale. Stato, igiene e politiche sanitarie*, op. cit., p. 14.

mantengono un particolare interesse per la storia sociale¹⁶; uno dei primi testi di taglio prettamente amministrativo, che approfondisce leggi, norme e dibattiti parlamentari alla base delle riforme crispine che hanno dato avvio all'organizzazione sanitaria italiana è quello dedicato allo statista siciliano Francesco Crispi dall'Istituto per la Scienza dell'Amministrazione Pubblica, che ha il merito di avviare la prima analisi di tipo storico-giuridico sul tema¹⁷. Questo testo pone quindi l'interpretazione della riforma Crispi del 1888, riguardante anche la sanità pubblica, come risposta dall'alto delle classi dirigenti ai bisogni delle classi sociali subalterne, confermando l'interpretazione della nascita del welfare come una forma di tutela "umanitario-filantropica" di impostazione conservatrice e di ispirazione bismarckiana, anche se molto più limitata nelle misure intraprese rispetto a quella tedesca.¹⁸

Una significativa attenzione alla storia istituzionale, anche se più sfumata e più inframmezzata dall'analisi di problemi storico-sociali, medici e politici, si ritrova nel volume di Saverio Luzzi, *Salute e sanità nell'Italia contemporanea*¹⁹, che si propone di ripercorrere le tappe istituzionali delle politiche sanitarie del periodo repubblicano. Il merito principale di questo testo appare quello di portare alla luce una serie di dinamiche ministeriali che hanno rallentato la nascita di uno spazio autonomo per la sanità italiana, schiacciata e frammentata tra diversi dicasteri; il legame con la storia amministrativa precedente e contemporanea portato alla luce da Luzzi permette di comprendere alcune dinamiche che spiegano il ritardo nell'autonomizzazione della sanità, principalmente a livello centrale. In effetti una delle difficoltà maggiori, che percorre trasversalmente tutte le periodizzazioni indicate, nello studio di questo settore è quello di trovare un'interpretazione equilibrata della dinamica centro-periferia. L'applicazione pratica, infatti, di molte delle leggi e delle novità calate dall'alto a livello centrale ha dovuto trovare applicazione in realtà locali con tradizioni di assistenza già funzionanti e molto radicate poiché di lunghissima durata, tra enti, ospedali e istituzioni che trovavano le proprie origini nel periodo pre-unitario, specialmente nel Centro-Nord e negli ambienti urbani. In questo senso, se fondamentali rimangono i grandi quadri istituzionali e legislativi storiografici che consentono di comprendere le direzioni programmatiche che lo Stato italiano e le sue classi dirigenti hanno inteso prendere nel tempo per dare forma a un'organizzazione sanitaria progressivamente più ampia e moderna, di grande valore restano alcune analisi locali²⁰, che evidenziano come spesso

¹⁶ Si ricordano qui A. Gigli Marchetti (a cura di), *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al fascismo*, FrancoAngeli, Milano 1982; F. della Peruta, *Sanità pubblica e legislazione sanitaria dall'Unità a Crispi*, in "Studi storici", n. 4, 1980; T. Detti, *Salute, società e Stato nell'Italia liberale*, op. cit.; G. Vicarelli, *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al fascismo*, Il Mulino, Bologna 1997.

¹⁷ ISAP, *Le riforme crispine*, vol. IV, Giuffé, Milano 1990, p. 481 e seguenti.

¹⁸ G. Procacci, *Le politiche di intervento sociale in Italia tra fine Ottocento e Prima guerra mondiale. Alcune osservazioni comparative*, in "Economia&lavoro", a. XLII, n. 1, 2008, pp. 17-43.

¹⁹ S. Luzzi, *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, Donzelli, Roma 2004.

²⁰ Cfr, ad esempio M. Paniga, *Welfare ambrosiano. Storia, cultura e politiche nell'Eca di Milano (1937-1978)*, FrancoAngeli, Milano 2007; S. Agnoletto, *Un modello di welfare locale. Storia dei servizi sociali a Firenze: dalla nascita delle regioni alla società della salute*, FrancoAngeli, Milano 2005; L. Bifulco, *Il welfare locale. Processi e prospettive*,

l'applicazione di tale norme, che si sovrapponevano a forme di assistenza agli indigenti sempre esistite, abbiano trovato a volte un certo attrito nella pratica sanitaria di alcuni ambienti della penisola, e in generale si siano dovute adattare a un contesto preesistente²¹.

Nell'ambito di questo excursus storiografico, sembra importante dedicare qualche osservazione allo spazio che il tema sanitario occupa nelle più importanti storie della Repubblica. Questo dato, infatti, è significativo perché rivela l'importanza percepita del tema tra gli storici contemporanei e i giudizi di valore che vengono dati all'organizzazione del welfare e ai vari cambiamenti intercorsi nel sistema sanitario italiano. Come osservazione generale, si è potuta notare la scarsità di riferimenti alla sanità, che occupa al più pochi paragrafi, spesso all'interno di quadri più generali dedicati al welfare nel suo complesso. Il volume che dedica più attenzione al rapporto tra sanità e società italiana è probabilmente *L'Italia del tempo presente. Famiglie, società civile, Stato*²² di Paul Ginsborg, che si concentra però sull'ultima parte del secolo, dal 1980 al 1996. Lo storico inglese, in linea con la maggior parte degli altri storici della Repubblica, riconosce una grande importanza al momento storico dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, nel 1978, che viene descritto come “basato su principi universalistici e con un ambizioso programma di intervento in tutte e tre le aree dell'assistenza sanitaria: la prevenzione, la cura e la riabilitazione”²³. La traiettoria individuata è quella di un'accelerazione nella direzione dell'ampliamento dei diritti sociali individuali nel corso degli anni '60 e '70, in concomitanza a una realtà di contestazione che investì diversi ambiti dello Stato e che spinse da più parti verso rinnovamenti in termini democratizzanti di varie realtà istituzionali; questo processo fu poi caratterizzato da un'involuzione che coincise con il costo crescente dei servizi e le crisi economiche che caratterizzarono tutto il contesto europeo (e occidentale) nel corso degli anni '70 e '80, dominati da posizioni politiche come il thatcherismo e il reaganismo, che ebbero come punti programmatici il ridimensionamento delle politiche pubbliche del welfare e l'implementazione del settore assicurativo privato. L'individuazione di questo pattern di base, riconosciuto da Ginsborg già nel suo precedente testo *Storia d'Italia dal dopoguerra ad oggi*²⁴, è condivisa da tutte le storie della Repubblica consultate, con alcune variazioni. Per Giovagnoli²⁵, gli anni Settanta rappresentano a livello internazionale il rovesciamento di secolari equilibri mondiali, con il ridimensionamento della

Carocci, Bologna 2015; M. Giovannetti, C. Gori, L. Pacini, *La pratica del welfare locale. L'evoluzione degli interventi e le sfide per i comuni*, Maggioli editore, Rimini 2014.

²¹ La bibliografia esistente, in questo caso, riguarda il periodo precedente alla Repubblica, ma suggerisce un'impostazione dell'assistenza sanitaria locale di lunga data, che si caratterizza per un rilevante collegamento tra pubblica amministrazione e funzionari tecnici nel configurare il governo della salute a livello territoriale: P. Zocchi, *Il comune e la salute. Amministrazione municipale e igiene pubblica a Milano*, Francoangeli, Milano 2006; D. Maria Bruni, S. Visciola, *Il comune popolare e l'igiene sociale a Firenze (1907-1910)*, Lacaia, Manduria 2003; A. Alaimo, *I medici e la questione dell'igiene a Bologna dopo l'Unità*, in “Storia urbana”, n. 44, 1988, pp. 249-274.

²² P. Ginsborg, *L'Italia del tempo presente. Famiglie, società civile, Stato 1980-1996*, Einaudi, Torino 2007.

²³ Ivi, p. 426.

²⁴ P. Ginsborg, *Storia d'Italia dal dopoguerra ad oggi*, Einaudi, Torino 2006.

²⁵ A. Giovagnoli, *La Repubblica degli italiani. 1946-2016*, Laterza, Bari 2016.

potenza americana, l'intensificarsi dei fenomeni di globalizzazione, l'inizio dell'ascesa di nuove future potenze economiche; uno shock globale che mette in crisi "i progetti novecenteschi di welfare state europei"²⁶ e che alimenta la crisi delle democrazie rappresentative su scala nazionale. Opinione, questa, che viene ridimensionata dal testo di Maurizio Ferrera *The boundaries of welfare*²⁷, che individua una relazione essenziale tra la dimensione statale e le politiche pubbliche di protezione sociale per come si sono costituite nel corso del XIX e XX secolo e che individua per il futuro una forte correlazione tra l'evoluzione dello stato-nazione e quella dei sistemi di sicurezza sociale. Giovagnoli, poi, colloca nell'esperienza del centro-sinistra "l'ampliamento della rete ospedaliera, la riforma dell'università, l'introduzione delle Regioni, lo Statuto dei lavoratori, il nuovo diritto di famiglia e molto altro."²⁸ Riconosce, in questo periodo, la particolare importanza dell'estensione del sistema previdenziale, che "da un lato rappresentava una necessità storica ineludibile davanti alle comprensibili attese suscitate in milioni di italiani dalle enormi trasformazioni prodotte dallo sviluppo economico; dall'altro, però, è stata gestita in modo spesso indipendente dal reperimento delle risorse necessarie per sostenerla"²⁹. Più avanti nel testo Giovagnoli cita il periodo 1976-1978, biennio in cui "il Parlamento proseguì con maggiore intensità sulla strada già aperta dai precedenti governi di centro-sinistra, realizzando importanti riforme, tra cui il Servizio Sanitario Nazionale [...]. Il debito pubblico continuò a crescere, ma durante il quarto governo Andreotti venne approvata la legge 486 del 1978 che avviò l'introduzione di misure di controllo più restrittive sulla spesa pubblica"³⁰.

Ancora meno spazio viene dedicato ai temi sanitari da Paolo Soddu nel suo *La via italiana alla democrazia. Storia della repubblica 1946-2013*³¹; lo storico sottolinea, tra i diversi filoni del welfare, il grande peso delle pensioni sul debito pubblico dell'Italia repubblicana e l'uso della finanza pubblica come strumento di creazione del consenso, entrambe posizioni interpretative maggioritarie nei testi di impostazione politica sulla Repubblica. Il 1978, anno della riforma sanitaria, viene significativamente definito il "Settantotto dell'uccisione di Moro"³², tradendo l'interpretazione prioritaria degli anni Settanta come decennio prima di tutto e principalmente del compromesso storico e del terrorismo, interpretazione che emerge in tutte le storie prese in considerazione; fanno eccezione i testi specifici sui movimenti dal basso, sui temi dei diritti civili, sulla contestazione sessantottina e sulle sue ripercussioni nel decennio successivo.³³

²⁶ Ivi, p. 10.

²⁷ M. Ferrera, *The boundaries of welfare: European integration and the new spatial politics of social protection*, Oxford University Press, Oxford 2005.

²⁸ A. Giovagnoli, *La Repubblica degli italiani. 1946-2016*, op. cit., p. 68.

²⁹ Ibidem.

³⁰ Ivi, p. 93.

³¹ P. Soddu, *La via italiana alla democrazia. Storia della repubblica 1946-2013*, Laterza, Bari 2017.

³² Ivi, p. 192.

³³ Cfr. ad esempio S. Colarizi, *Un Paese in movimento. L'Italia negli anni Sessanta e Settanta*, Laterza, Bari-Roma 2019; A. Gissi, P. Stilliferi, *L'aborto. Una storia*, Carocci, Roma 2023; G. De Luna, *Le ragioni di un decennio: 1969-1979. Militanza, violenza, sconfitta, memoria*, Feltrinelli, Milano 2011; M. Revelli, *Movimenti sociali e spazio politico*, in *Storia*

Piero Craveri³⁴, invece, opera un'analisi politica più approfondita nei confronti del contesto che conduce alle riforme degli anni '70. Concorda con il quadro generale di questo decennio come momento di crisi delle democrazie europee, investite dagli sconosciuti fenomeni di stagflazione che prendono avvio dallo shock petrolifero del '73; osserva, nel contesto internazionale, una maggiore apertura da parte degli Stati Uniti riguardo alle sinistre europee, in particolare con l'amministrazione Carter, che favorisce i processi di appoggio esterno del partito comunista ai governi democristiani tra la fine degli anni '60 e l'inizio degli anni '70, ma soprattutto nota i cambiamenti del mercato del lavoro di quegli anni, che cominciano ad assumere delle caratteristiche da società post-industriali, anticipando dei caratteri che si manifesteranno più spiccatamente negli anni '80. La "costante caduta dei livelli occupazionali, soprattutto nel settore industriale"³⁵ di questi anni viene identificata come fonte di segmentazione ed emarginazione che attraversavano trasversalmente il corpo sociale, "senza che le tecniche di incentivizzazione degli investimenti di tipo keynesiano esercitassero più l'azione equilibratrice di un tempo".³⁶ Tuttavia, secondo Craveri il sistema italiano rimaneva caratterizzato da un labirinto di aree protette corporativamente dal sistema pubblico, con al centro del sistema dei partiti un vuoto di potere statale che portò, nel biennio '77-'78, a un intenso lavoro parlamentare, il cui frutto fu un ciclo di riforme iniziato negli anni '60, con i primi governi di centro-sinistra. In questo momento, la forza elettorale e parlamentare del partito comunista veniva a imporre la realizzazione. Se ne possono individuare tre filoni, che rappresentano tre linee programmatiche di intervento: il completamento della riforma regionale, la politica industriale e dell'occupazione e, infine, la definizione di alcuni importanti assetti del welfare state, tra i quali vengono in particolare elencati la legge sanitaria, la politica della casa e la politica scolastica. La legge sanitaria viene definita da Craveri "la maggiore riforma sociale allora varata"³⁷, e riconosce nelle riforme di questo periodo due fenomeni comuni: il decentramento e la democratizzazione. Strumento di rappresentanza diffusa per la riforma sanitaria fu la nascita delle USL, che definisce "la struttura organizzativa cardine preposta a dare pratica applicazione a un sistema molto complesso. Politicamente e amministrativamente incardinata nella Regione, l'USL si configurava come struttura semiautonoma, messa in condizione di perseguire i propri obiettivi nell'ambito di direttive e regolamentazioni, più o meno flessibili, emanate dal centro"³⁸. Proprio questa autonomia, in un sistema in cui la rappresentanza si piegò ben presto verso la tutela degli interessi della stessa macrostruttura sanitaria, condusse con il tempo a un "processo degenerativo" delle stesse USL, che impose un cambiamento dall'alto.

dell'Italia repubblicana, vol. II, La trasformazione dell'Italia: sviluppo e squilibri, tomo 2, Istituzioni, movimenti, culture, Torino, Einaudi 1995; G. Ortleva, *I movimenti del Sessantotto in Europa e in America*, Editori Riuniti, Roma 1988; A. Pizzorno (a cura di), *Lotte operaie e sindacato in Italia: 1968-1972*, Il Mulino, Bologna 1974.

³⁴ P. Craveri, *La Repubblica dal 1958 al 1992*, UTET, Torino 1995.

³⁵ Ivi, p. 720.

³⁶ Ibidem.

³⁷ Ivi, p. 748.

³⁸ Ibidem.

Crainz, da parte sua, ricostruisce questi anni con cupa rassegnazione, sottolineando soprattutto i fallimenti che caratterizzarono il volgere di decennio degli anni '70: il mutamento di clima dei sindacati, la perdita di forza del movimento operaio, la marcia dei quarantamila, il terrorismo armato producono la sensazione di una profonda crisi del sistema politico (e non solo dei partiti di sinistra) e una forte incertezza del sistema Italia nel suo complesso³⁹. A parte pochi riferimenti alle proteste degli ospedalieri contro le piattaforme sindacali⁴⁰, la ricostruzione si concentra maggiormente su aspetti politico-culturali del mondo della sinistra post-sessantottina, diagnosticando un complessivo fallimento delle spinte rinnovatrici provenienti dal mondo della sinistra, sia istituzionale che extra-parlamentare, e sfociando nei tratti che secondo lo storico friulano vanno a costituire il retroterra valoriale degli anni '80: “lo spregio delle regole, il crescente disinteresse per i valori collettivi, un privilegiamento dell’affermazione individuale e di gruppo che considera le norme un impaccio (e tratta chi le difende come un nemico da sconfiggere o da corrompere)”⁴¹. Un giudizio complessivamente molto oscuro, nel quale l’analisi dell’espansione del welfare che caratterizza gli anni presi in considerazione trova ben poco spazio e non serve a riscattare il periodo, anche nelle analisi riservate al periodo degli anni Ottanta-Novanta⁴².

A un interesse marginale per i temi sanitari all’interno della recente storiografia sulla Repubblica fa fronte un interesse sicuramente maggiore nell’ambito delle scienze sociali. Tralasciando le ricostruzioni generali che riguardano il welfare nel suo complesso⁴³ e i testi che ricostruiscono la storia degli enti coinvolti nell’erogazione delle prestazioni, ad esempio l’INPS⁴⁴, che pure regalano spunti estremamente significativi per comprendere i processi di genesi e di organizzazione del modello italiano, una particolare attenzione meritano i testi di una sociologa, Giovanna Vicarelli, e di un’economista ed esperta di politiche pubbliche, Nerina Dirindin. Il lavoro di entrambe si è focalizzato sui processi politici, economici e sociali che hanno costituito, nella seconda metà del Novecento, il Servizio Sanitario Nazionale nelle sue componenti umane e materiali.

Uno dei testi chiave che ha dato degli ottimi spunti sui concreti meccanismi di costituzione e

³⁹ G. Crainz, *Il paese mancato. Dal miracolo economico agli anni '80*, Donzelli editore, Roma 2003, p. 582.

⁴⁰ Ivi, p. 548.

⁴¹ Ivi, p. 604.

⁴² Cfr. ad esempio D. Saresella, *L’ultima DC. Il cattolicesimo democratico e la fine dell’unità politica (1974-1994)*, Carocci, Roma 2024; M. Gervasoni, *Storia d’Italia degli anni Ottanta. Quando eravamo moderni*, Marsilio, Venezia 2010.

⁴³ Se ne ricordano qui alcuni, in una lista necessariamente non esaustiva: A. Cherubini, *Storia della previdenza sociale in Italia (1860-1960)*, Editori riuniti, Roma 1970; D. Marrucco, *Mutualismo e sistema politico: il caso italiano (1862-1904)*, Francoangeli, Milano 1980; L. Conti, *L’assistenza e la previdenza sociale: storia e problemi*, Feltrinelli, Milano 1958; M. Ferrera, *Il welfare state in Italia. Sviluppo e crisi in prospettiva comparata*, Il Mulino, Bologna 1985; M. Ferrera, *Modelli di solidarietà. Politica e riforme sociali nelle democrazie*, Il Mulino, Bologna 1993; M. Ferrera, D. Fargion, M. Jessoula, *Alle radici del welfare all’italiana: origini e futuro di un modello sociale squilibrato*, Marsilio ed., Venezia 2012; C. Saraceno, *Il welfare. Modelli e dilemmi della cittadinanza sociale*, Il Mulino, Bologna 2013; C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello stato sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna 2021.

⁴⁴ Ad esempio S. Inaudi, *A tutti indistintamente. L’Ente opere assistenziali nel periodo fascista*, Clueb, Bologna 2008; R. Balduzzi, *Trent’anni di Servizio Sanitario Nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Il Mulino, Bologna 2009; INPS, *Novant’anni di previdenza in Italia: culture, politiche, strutture. Atti del convegno, Roma 9/10 novembre 1988*, Roma 1989; F. Toth, *Il servizio sanitario nazionale*, Il Mulino, Bologna 2014.

funzionamento del SSN è il volume di Giovanna Vicarelli *Castelli di sabbia: progettazione ed attuazione del Servizio Sanitario Nazionale*.⁴⁵ Sulla scia di tale testo si è cercato di approfondire quelli che sono sembrati i punti più interessanti e irrisolti dell'analisi sull'istituzione del SSN alla luce della documentazione archivistica. Il principale elemento di novità del testo è rappresentato dall'approfondimento dei dibattiti, delle intenzioni politiche e delle mancanze della legge n. 833/1978: l'osservazione che si trattasse di una "legge-cornice"⁴⁶ che doveva dare avvio a una "normativa di applicazione, gestita e coordinata da organismi centrali e regionali, cui avrebbe dovuto far seguito una riconversione dell'organizzazione adottata in termini sia istituzionali sia organizzativi"⁴⁷ permette di comprendere la dimensione *in fieri* della riforma, che avrebbe dovuto rappresentare, nelle intenzioni del legislatore, un punto di partenza e non d'arrivo nell'erogazione del diritto alla salute ai cittadini italiani.

Secondo la ricostruzione di Giovanna Vicarelli, infatti, il percorso applicativo parte da molto lontano e segue un percorso tortuoso prima di arrivare a compimento: le prime ipotesi di riforma della sanità, da far risalire agli anni '50, fino agli ultimi anni '60 rimangono chiuse entro una cerchia limitata di una minoranza colta e diffuse attraverso le principali scuole igieniste del periodo, di cui tra i capifila vengono citate personalità del calibro di Augusto Giovanardi e Alessandro Seppilli. Questa prima elaborazione testimonia il legame con altri organi centrali della sanità italiana, come il Consiglio Superiore di Sanità, che presenta gli stessi nomi tra i propri componenti, a testimonianza della forte spinta elitaria che costituisce le radici della riforma sanitaria, e della comunicazione tra i diversi organi sanitari e l'ambiente politico e mutualistico che caratterizzarono il periodo, travalicando i tradizionali steccati di confine tra un'istituzione e un'altra. La continuità delle dinamiche politiche della sanità infatti, seguendo le tracce della documentazione, sembrano venire proprio dai suoi protagonisti, medici, politici e attivisti che continuarono per tutto il periodo a occuparsi dei problemi sanitari della Repubblica e a premere per una riorganizzazione complessiva del suo assetto.

In questo senso, si è pensato che, in assenza della documentazione del Ministero della sanità e di altre fonti dirette provenienti dagli organi centrali della gestione sanitaria, fosse interessante analizzare la documentazione del principale organo consultivo del Ministero. Oltre che per le sue funzioni e la sua concreta attività, ciò che è sembrato potenzialmente utile per la ricostruzione del percorso verso la sanità pubblica in Italia è stato notare l'importanza di alcuni membri, coinvolti nella presidenza di alcune casse mutue, nella gestione di facoltà universitarie e reparti ospedalieri centrali nell'attività sanitaria di quegli anni, di igienisti coinvolti nel dibattito sulla riforma, sulle vaccinazioni, sull'emergere di nuovi fenomeni medico-sociali, come i primi farmaci anticoncezionali o il

⁴⁵ G. Vicarelli, *Castelli di sabbia: progettazione ed attuazione del Servizio sanitario nazionale*, Clua, Ancona 1989.

⁴⁶ Ivi, p. 12.

⁴⁷ Ibidem.

diffondersi dell'uso delle droghe tra i giovani. Si è pensato quindi di approfondire i lavori del Consiglio Superiore di Sanità per la prima parte dell'elaborato: dopo un primo capitolo introduttivo, di inquadramento delle sue competenze e dei suoi protagonisti nel corso del trentennio 1950-1978, si sono dedicati tre capitoli ai suoi lavori, dividendo la documentazione per decenni (anni Cinquanta, anni Sessanta e gli anni dal 1970 al 1978), cercando di cogliere le differenze, i mutamenti che caratterizzavano lavori e protagonisti in questa lunga fase di ridefinizione del settore sanitario della Repubblica. La tensione verso una riforma dell'organizzazione sanitaria italiana è stata infatti presente fin dall'immediato secondo dopoguerra, perlomeno negli ambienti politici e professionali più avanzati del Paese.

Il punto di rottura della situazione italiana e la spinta irreversibile verso la riforma viene unanimemente indicata dalla storiografia nell'esplosione del debito mutualistico, la cui situazione divenne evidente all'inizio degli anni Settanta.⁴⁸ Tuttavia, un'analisi della documentazione diretta delle casse mutue non era presente. Lo studio della documentazione dell'INAM, rinvenuta presso l'archivio INPS, ha permesso di gettare una luce sulle dinamiche interne che interessavano il più grande ente mutualistico italiano durante questo trentennio, permettendo di capire quali fossero la gestione, i problemi percepiti, le preoccupazioni dei suoi dirigenti in questo periodo critico del loro lavoro. A questo tema è dedicato il quinto capitolo.

Un altro elemento di riflessione nei lavori di Giovanna Vicarelli che è stato utile nella stesura di questo lavoro è rappresentato dall'osservazione che dopo il 1978 vennero a mutare gli equilibri e i protagonisti del ciclo politico che aveva portato alla legge 833/1978, e che quindi alcune incertezze rimaste nel dettato della riforma non vennero chiarite nel processo della sua applicazione, rendendola essenzialmente incompiuta. In questo senso, "il 1979 avrebbe dovuto rappresentare il momento di avvio di una riforma che si presentava complessa e difficoltosa; invece si realizzò un mutamento politico e sociale che segnò la crisi dei soggetti che avevano sostenuto l'approvazione della riforma e il crearsi delle condizioni che ne impedirono sostanzialmente la realizzazione."⁴⁹ Questi passaggi, ricordati anche nei lavori di Taroni, sono stati fondamentali nella stesura dell'ultimo capitolo, che si propone di trarre un bilancio dei trent'anni culminati nel momento della riforma: che però, avvicinandosi prospettivamente, risulta come un punto di rottura meno definitivo del previsto. Per la stesura di questo capitolo sono state utilizzate fonti dirette provenienti dai principali partiti coinvolti nel dibattito sulla riforma, la documentazione delle Commissioni parlamentari della Camera e del Senato. Alle fonti documentarie archivistiche si sono associate fonti a stampa delle principali

⁴⁸ C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello Stato sociale in Italia*, op. cit., pp. 439-453; F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia. Il servizio sanitario nazionale in una prospettiva storica*, op. cit., 182-195; S. Luzzi, *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, pp. 165-172; C. Giorgi, I. Pavan, "Un sistema finito di fronte a una domanda infinita". *Le origini del Servizio sanitario nazionale*, in *Le carte e la storia*, 2/2018, pp. 103-120.

⁴⁹G. Vicarelli, *Castelli di sabbia: progettazione ed attuazione del Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 97.

componenti sociali e politiche che erano interessate dalla riorganizzazione del settore⁵⁰, atti parlamentari e bibliografia secondaria.

L'approccio alla stessa questione suggerito dall'economista Nerina Dirindin ha consentito di indagare la questione da un altro punto di vista, indispensabile per comprendere in profondità le dinamiche di funzionamento del settore sanitario in rapporto allo Stato e al contesto economico nazionale. Il legame avviene attraverso il problema sempre più rilevante, nel secondo Novecento italiano, del debito pubblico, di cui al sistema del welfare viene imputata una forte responsabilità; per questi motivi è stato significativo cercare di analizzare le varie componenti del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale e le sue fonti fiscali, oltre che per comprendere gli effetti redistributivi effettivamente prodotti dalla riforma per come è stata applicata dopo la sua approvazione. Quando si parla, infatti, del sistema sanitario pubblico italiano, è prassi riferirsi a quest'ultimo come universalistico; e non c'è dubbio sul fatto che la legge 833/1978, nelle sue intenzioni, sia di aspirazioni universalistiche. Ciò significa che le risorse per il suo funzionamento, nelle intenzioni del legislatore, andavano reperite attraverso la fiscalità generale, ovvero l'insieme delle entrate fiscali dello Stato italiano, raccolte in base a leggi che non indicano già una precisa destinazione di spesa pubblica. Interessanti riflessioni in merito sono contenute nel volume della stessa autrice *Chi paga per la salute degli italiani?*⁵¹, che si propone di colmare un vuoto nella letteratura economica, relativo all'analisi degli effetti redistributivi all'interno delle categorie sociali italiane originati dalla creazione del Sistema sanitario nazionale. La difficoltà dell'analisi è riconosciuta in due grandi gruppi di fattori: da un lato la continua necessità di riadattamento del SSN al contesto, soprattutto economico, di riferimento, che si ripercuote in una serie di aggiustamenti che spostano i flussi di finanziamento molto frequentemente nel corso della sua esistenza; dall'altro lato, la scarsa visibilità degli effetti prodotti, anche a causa di un spesso trascurato effetto redistributivo intergenerazionale. Nonostante ciò, Dirindin opera una prima ipotesi: cioè che si possa sicuramente ritenere che i principali beneficiari del SSN siano coloro che in un mercato privato finirebbero per trovarsi, per ragioni economiche, privi di protezione sanitaria; immediatamente dopo, gli individui che necessitano di cure costose e frequenti e che, quindi, in un sistema assicurativo privato pagherebbero quote assicurative superiori rispetto ai contributi che pagano per il mantenimento del Servizio Sanitario Nazionale. Le prime due categorie di beneficiari individuate, quindi, sono riconducibili sostanzialmente ai poveri e ai malati. La terza categoria beneficiata veniva riconosciuta in quella dei produttori dei servizi, producendo degli effetti "meno

⁵⁰ Le riviste usate nella stesura di questo lavoro, quando possibile consultate per tutto il trentennio considerato, sono state in particolare: *Archivio di medicina mutualistica*; *Segnalazioni Assofarma. Problemi ed informazioni dell'industria farmaceutica*; *Bollettino Informazioni INAM*; *Federazione medica – Organo ufficiale della Federazione nazionale degli ordini dei medici*; *I problemi del servizio sociale (dal 1958 della sicurezza sociale)*; *Il medico d'Italia – Settimanale della Federazione nazionale degli ordini dei medici*; *Rassegna amministrativa della sanità*.

⁵¹ N. Dirindin, *Chi paga per la salute degli italiani?*, Il Mulino, Bologna 1996.

visibili e più difficilmente accettabili”⁵², confermando le tesi dei sociologi: anche i professionisti della sanità, osserva Dirindin, “beneficiano indirettamente della crescita di dimensioni del settore, crescita resa possibile, tra l’altro, dalla progressiva estensione della copertura sanitaria a carico delle finanze pubbliche. [...] Come è noto, infatti, per molte aree di intervento l’aumento della spesa pubblica è legato alla scelta del legislatore di favorire la crescita dell’occupazione degli operatori del settore. Ciò si verifica in tutti quegli ambiti lavorativi caratterizzati da un eccesso di offerta di lavoro qualificato e da elevate capacità di pressione dei potenziali addetti.”⁵³ Queste osservazioni assumono particolare valore in correlazione a precedenti analisi comparate sull’espansione del welfare in diversi Paesi europei, che sottolineano i processi di integrazione di lavoratori e cittadini in seno agli Stati nazionali novecenteschi anche in conseguenza dell’esigenza portata dai nuovi fenomeni novecenteschi come l’espansione del suffragio e della forza dei partiti operai⁵⁴. Queste osservazioni, che riguardano il valore sociale dei sistemi di welfare nel mondo dei professionisti e dei lavoratori all’interno delle società di riferimento, sono state approfondite e calate nel contesto repubblicano degli anni Cinquanta, Sessanta e Settanta nei paragrafi dei capitoli quinto e sesto che analizzano le posizioni della classe medica, molto differenziata tra l’altro al suo interno, nei confronti dell’INAM e del percorso di riforma.

Inoltre, un’ulteriore categoria che si trovò a beneficiare delle condizioni poste dal SSN è quella che, nella letteratura dei Paesi con sistemi assicurativi privati, è indicata come quella dei “difficili”: né poveri né malati che, però, sono caratterizzati da difficoltà nella contribuzione privata a causa di scarsità o non continuità di retribuzione. In Italia, l’istituzione del SSN ha contribuito alla copertura dei lavoratori che fanno parte di queste categorie: dipendenti di piccole imprese, lavoratori autonomi non organizzati sindacalmente, cittadini appartenenti a gruppi poco omogenei e con condizioni contrattuali difficili. Secondo Dirindin, i contributi da parte di queste categorie si sono configurati come “irrisori” e “simbolici”, e la copertura sanitaria non è risultata giustificata dalla loro reale capacità contributiva; tuttavia, il valore di un servizio garantito a queste categorie non può fare a meno di essere attentamente soppesato in momenti storici come quello che stiamo vivendo, caratterizzato da pervasiva precarietà lavorativa, regressione economica e forti differenze generazionali nella capacità contributiva.

Questo tipo di analisi, operata sulla base della letteratura internazionale sugli “uninsured”, ovvero chi nei sistemi assicurativi privati non gode di alcuna copertura sanitaria, permette di concludere che l’esistenza di un Servizio Sanitario Nazionale va in effetti principalmente a garantire delle categorie

⁵² Ivi, p. 27.

⁵³ Ivi, p. 28.

⁵⁴ Cfr. J. Alber, *L’espansione del welfare state in Europa occidentale: 1900-1975*, in *Italian political science review*, 1983, 13 n.2, pp. 203-260, doi: 10.1017/S004884020000188X; J. Alber, *Dalla carità allo Stato sociale*, Il Mulino, Bologna 1986.

altrimenti svantaggiate, e quindi persegue i suoi principi fondativi, che nelle teorie politologiche si delineano come principi universalisti, al contrario di quanto avviene all'interno delle società mutualistiche, a carattere aziendale o di categoria, che tendono a favorire la solidarietà all'interno di singole, specifiche categorie di lavoratori. Per Dirindin il germe del principio universalistico, dunque, non si ritrova all'interno delle organizzazioni mutualistiche, che rappresentano un principio di consociativismo atto a fronteggiare un rischio che riguarda la possibile interruzione dell'attività lavorativa, e quindi estremamente legato all'occupazione piuttosto che al godimento di un diritto; ma lo ritrova invece nell'estensione dell'assicurazione sanitaria ai pensionati e alle loro famiglie, che avviene nel 1955 per coloro che durante il periodo di attività lavorativa erano assicurati contro le malattie. Questo passaggio, infatti, rappresenta l'introduzione della solidarietà intergenerazionale nel settore dell'assistenza sanitaria, attraverso un'aliquota contributiva aggiuntiva a carico degli attivi⁵⁵. In qualsiasi momento si decida di individuare l'attuazione dell'universalismo, non vi è dubbio che l'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale rappresentò un incremento del principio di solidarietà sia trasversale o di classe, sia intergenerazionale, portando a compimento un principio costituzionale. Un'analisi se possibile ancora più interessante di Dirindin è rappresentata dallo studio del sistema fiscale e impositivo coinvolto nella riforma del 1978, vera chiave di volta per comprendere i meccanismi socio-politici del finanziamento della sanità italiana. I meccanismi pensati per un'applicazione futura erano di tipo contributivo, quelli temporaneamente in vigore erano in parte di tipo contributivo, in parte riconducibili alla fiscalità generale: al fabbisogno, secondo la legge originaria, era preposto il Fondo Sanitario Nazionale, alimentato dai contributi obbligatori di malattia, da un'integrazione a carico del bilancio dello Stato, una parte di entrate proprie delle Regioni e un'altra parte finanziata, infine, in disavanzo. Dalla scomposizione delle entrate del Fondo si nota come il finanziamento relativo alla fiscalità generale sia stato attuato solo in piccola parte; tra l'altro, la contraddizione tra reperimento delle risorse (a livello centrale) e responsabilità nelle decisioni di spesa (assegnata a livello periferico) rappresentò un ulteriore problema, che condurrà all'esigenza di modificare il meccanismo nei termini di una maggiore responsabilizzazione, sovrapponendosi a quell'altra serie di riforme che, nelle intenzioni politiche del 1978, avrebbero dovuto interessare il SSN negli anni seguenti, rendendolo completamente finanziato dalla fiscalità generale. Dai documenti d'archivio, per di più, si vede come fino tutta la prima metà degli anni Ottanta i rappresentanti delle regioni opponessero resistenza nel riportare la situazione dei propri disavanzi e in generale delle uscite dell'anno precedente e di quelle previste per l'anno successivo nei propri territori agli organi centrali, dai governi alle Commissioni permanenti di Camera e Senato, poiché ritenevano la questione di propria competenza e da tenere libera da ingerenze centrali.⁵⁶

⁵⁵ N. Dirindin, *Chi paga per la salute degli italiani?*, op. cit., p. 58.

⁵⁶ Archivio della Camera dei deputati, XIV Commissione permanente Igiene e Sanità, IX legislatura, b. 106, *La gestione*

Inoltre il meccanismo approvato nel 1978 venne definito come il mantenimento degli obblighi contributivi di molte categorie di lavoratori nella misura dell'importo pagato nell'anno precedente alle rispettive casse mutue, ma a causa dell'estrema frammentazione che caratterizzava i regimi in vigore presso i diversi disciolti enti mutualistici, la contribuzione durante i primi anni di esistenza del SSN fu estremamente sperequata. Una delle disuguaglianze più rilevanti analizzate da Dirindin è quella esistente tra i contributi da lavoro autonomo e lavoro dipendente, che rappresentavano fino agli anni Novanta circa la metà del Fondo sanitario nazionale e circa l'80% del prelievo contributivo; da notare anche la natura regressiva del contributo, dovuta "in larga misura a ragioni di opportunità politica, di tacitazione dell'opposizione delle categorie precedentemente gravate da minori obblighi contributivi e di gradualità nella realizzazione della riforma dal lato del finanziamento"⁵⁷, confermando la presenza di forti interessi e pressioni politiche che hanno progressivamente mutato la natura originaria pensata per il SSN italiano. E prosegue sostenendo che, durante i dibattiti susseguitisi nel corso degli anni '80, si rende sempre più evidente "la varietà degli interessi economici e politici in gioco. Le controversie sulla ripartizione del carico contributivo, problema completamente trascurato al momento dell'istituzione del SSN e strategicamente rinviato in attesa di una – di fatto improbabile – completa fiscalizzazione degli oneri di malattia, sono il segno della scarsa condivisione, fra strati non marginali della popolazione, della filosofia di fondo del SSN e della forzatura attuata dal legislatore attraverso l'adozione di una riforma realizzabile solo dal lato dei benefici e non anche dal lato del finanziamento"⁵⁸.

Alla luce di queste riflessioni, confermate dalla ricerca condotta, si è voluto indagare su un quesito: si trattò di un processo che, come è stato ipotizzato, risentiva della mancata consapevolezza della scarsità di risorse in presenza di tassi di aumenti della spesa pubblica relativamente costanti, durante quegli anni?⁵⁹ La proclamata superiorità morale degli obiettivi perseguiti, la forza di pressione delle associazioni sindacali e professionali relegavano davvero ai margini dell'interesse politico, e del dibattito teorico, il mantenimento di un equilibrio economico nell'implementazione delle strutture dedicate alla gestione e all'amministrazione della sanità? E soprattutto, se è vero che la consapevolezza della necessità di una razionalizzazione delle risorse utilizzate per i servizi pubblici fa parte di una fase successiva della storia della Repubblica e si interseca con il crollo della fiducia nei partiti che caratterizza gli ultimi due decenni del secolo⁶⁰, si può affermare davvero che queste dinamiche passassero inosservate durante gli anni analizzati in questo studio?

Insomma, si può davvero affermare, come molte volte si fa relativamente alla costruzione del welfare

del SSN nel 1984, 16 maggio 1985.

⁵⁷ Ivi, p. 98.

⁵⁸ Ivi, p. 99.

⁵⁹ N. Dirindin, P. Vineis, *Elementi di economia sanitaria*, Il Mulino, Bologna 2004, p. 10.

⁶⁰ A. Volpi, T. Tedoldi, *Storia del debito pubblico in Italia*, Laterza, Bari 2021, p. 152.

state italiano repubblicano, che l'uso politico del debito pubblico caratterizzò la prassi della Prima Repubblica, ignorando completamente la crescita del debito e lo squilibrio della finanza pubblica, in particolare previdenziale, ma anche sanitaria e assistenziale?⁶¹

A queste domande si è cercato di rispondere nell'ultimo capitolo, seguendo le fila del dibattito sulla riforma da parte delle diverse parti politiche e sociali in attività durante gli anni Settanta, in un percorso che ha cercato di tenere insieme le connessioni tra storia della sanità, storia politica, storia economica e storia delle professioni, tenendo sempre presente che

la politica sanitaria è ampiamente influenzata da fattori che fanno capo alla sfera culturale e sociale, oltre che politico-economica. Ciò significa che non si può analizzare solo il ruolo dello stato o del mercato, poiché le classi sociali, le reti di interessi, le solidarietà tradizionali e categoriali, le coalizioni di idee e gli orientamenti etico-culturali giocano un ruolo per nulla marginale nella definizione dei percorsi e delle scelte di welfare.⁶²

⁶¹ Ivi, pp. 153-155; cfr. anche M. Ferrera, *Il welfare state in Italia. Sviluppo e crisi in prospettiva comparata*, Il Mulino, Bologna 1984; M. Ferrera, V. Fargion, M. Jessoula, *Alle radici del welfare all'italiana: origini e futuro di un modello sociale squilibrato*, Marsilio, Venezia 2012.

⁶² G. Vicarelli, *La politica sanitaria tra continuità e innovazione*, in *Storia dell'Italia repubblicana*, vol. III. *L'Italia nella crisi mondiale: l'ultimo ventennio: 2, Istituzioni, politiche, culture*, Einaudi, Torino 1997, pp. 618-619.

Capitolo 1

Il Consiglio Superiore di Sanità: funzioni, composizione, temi

1.1 “L’areopago della scienza medica della nazione”

Negli anni presi in considerazione da questo lavoro, dal dopoguerra al 1978, il Consiglio superiore di Sanità svolse la funzione di organo consultivo nel contesto della composita gestione sanitaria repubblicana; un ruolo che ricoprì fin dalla sua data di nascita, il 1865, quindi fin quasi dalle origini del Regno d'Italia. All'interno del complesso di enti che regolarono il settore sanitario fino all'istituzione del Ministero della Sanità (1958)¹ e all'attivazione del Servizio Sanitario Nazionale (1978) e tra le numerose proposte di cambiamento, seguite o meno da effettive innovazioni², quest'organo alto, che si autodefinì in una delle sue sedute *l'areopago della scienza medica della nazione*³, si dedicò nel corso della sua attività a dibattere i principali problemi di politica sanitaria, considerando le opinioni degli esperti delle materie trattate provenienti soprattutto dal settore accademico, e di dare una direzione scientificamente fondata alla vita sanitaria del Paese. Negli ultimi decenni dell'Ottocento alla sua attività si affiancò quella dell'Istituto Superiore di Sanità, che dal 1941 in poi funzionò come centro di indagine e di accertamento di temi inerenti ai servizi della sanità pubblica. Legato alla Fondazione Rockefeller⁴ e alla ricerca sulla malaria, sul radio, sulla farmaceutica, l'Istituto rappresentava il più importante centro di ricerca scientifica su temi di igiene e di medicina sociale rilevanti a fini nazionali⁵. Si differenziava così, nella sua attività, dal Consiglio Superiore di Sanità, che invece rappresentava il principale organo di consultazione per gli enti di gestione centrale della sanità italiana (in questi anni, l'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica, fino al 1958, e il Ministero della sanità dopo questa data⁶).

¹ S. Luzzi, *Storia della salute nell'Italia repubblicana*, Donzelli, Roma 2004.

² La bibliografia relativa all'argomento è, come si può immaginare, molto ampia e composita. Si ricordano principalmente, senza pretese di esaustività: C. Giorgi, I. Pavan, *Le origini del Servizio Sanitario in Italia* in *Le carte e la storia*, 2018; F. Taroni, *Il Servizio Sanitario Nazionale in una prospettiva storica*, Il pensiero scientifico, Roma 2009; G. Vicarelli, *Castelli di sabbia: progettazione ed attuazione del Servizio Sanitario Nazionale*, CLUA, Ancona 1989; C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello stato sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna 2021.

³ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 76, *Elezioni del presidente e del vicepresidente*, 19 novembre 1959.

⁴ F. M. Snowden, *La conquista della malaria. Una modernizzazione italiana 1900-1962*, Einaudi, Torino 2008.

⁵ Poche le pubblicazioni storiografiche relative a questo ente di ricerca: si riportano qui soprattutto ISS, *Research for public health (1934-2004)*, Roma 2004; e C. Bedetti, P. De Castro, S. Modigliani, *Atti del convegno Storie e memorie dell'Istituto Superiore di Sanità*, in ISS, *I beni storico-scientifici dell'Istituto Superiore di Sanità*, Quaderno 3, Roma 2008.

⁶ Cfr. M. Paniga, *L'Alto Commissariato per l'Igiene e la sanità pubblica: storia e documenti (1945-1958)*, FrancoAngeli, Milano 2020.

Forse a causa della funzione puramente consultiva del Consiglio, e quindi della mancanza di facoltà decisionali, il suo peso nello studio dei problemi sanitari dell'Italia unita è stato spesso sottovalutato; tuttavia, la consistenza della documentazione conservata aiuta a superare una delle cause delle difficoltà di studio della materia sanitaria, ricordata a più riprese da storici e studiosi⁷: la frammentazione degli enti che si occupavano di salute e sanità pubblica, e la conseguente frammentazione delle fonti. Il Consiglio Superiore di Sanità rappresenta infatti uno degli organi più longevi e la cui documentazione conservata è tra le più abbondanti per la storia sanitaria della Repubblica (perlomeno tra i suoi organi centrali), essendosi tra l'altro spesso occupato di proporre e commentare i disegni di legge più rilevanti del periodo, come la nascita del Ministero della Sanità, la riforma ospedaliera degli anni '60 e i dibattiti sull'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale del 1978. Altre sue competenze di cui si trova traccia nella documentazione riguardano il monitoraggio della situazione sanitaria del Paese, la supervisione sul sistema ospedaliero e ambulatoriale, sulla formazione dei dipendenti, sulle case di cura e in generale i processi di ammodernamento, uniformità territoriale ed in parte del finanziamento della sanità italiana; queste riflessioni, anche se indirette, coinvolgevano i massimi protagonisti della gestione della sanità del Paese e aiutano a definire dei passaggi storici di cui si ha scarsa documentazione diretta, le cui fonti più abbondanti sono principalmente quelle parlamentari. Proprio perché il Consiglio discuteva tutti i temi di maggiore rilevanza che interessavano la sanità, a volte perché consultato dall'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica o dal Ministero della sanità, a volte attraverso le discussioni intraprese dai ricercatori, medici, farmacologi, ingegneri, parlamentari, rappresentanti di associazioni di categoria (primari, farmacisti, medici condotti, dipendenti ospedalieri...) che ne facevano parte, il lavoro del Consiglio attraversò tutte le fasi di passaggio del periodo repubblicano. La sua composizione di élite accademica rappresentava la garanzia di scientificità delle sue opinioni, e la partecipazione di personale ministeriale ed istituzionale di alto profilo consentì di prendere in considerazione le problematiche che si presentavano al Consiglio anche dal punto di vista gestionale e di implementazione. In questo modo la lettura dei verbali delle sue sedute rappresenta una significativa fonte di conoscenza, anche se indiretta, di cambiamenti, adeguamenti e rivoluzioni mediche, scientifiche ed amministrative del Novecento sanitario italiano, soprattutto se associata ad altre fonti, in particolare quelle di natura politica e i dibattiti parlamentari.

Ciò è ancora più significativo se si tiene in considerazione il fatto che la storiografia si è occupata del tema in modo non esaustivo, soprattutto per il periodo che va dal secondo dopoguerra in avanti⁸, e se

⁷ Ad esempio, cfr. M. Paniga, *Prima del Ministero della Sanità: l'Alto Commissariato tra la ricostruzione e gli anni Cinquanta*, Francoangeli, Torino 2021.

⁸ Le fasi liberale e fascista sono state caratterizzate da maggiore approfondimento storiografico, la prima a causa dell'individuazione in questo periodo storico della fase di incubazione dello Stato sociale italiano, identificato generalmente negli ultimi decenni del XIX secolo, in linea con le modernizzazioni degli stati europei otto-novecenteschi; la seconda a causa del consolidamento del nucleo del welfare italiano, con l'assunzione delle sue caratteristiche precipue

si considerano anche il tecnicismo, la frammentarietà e la difficoltà di individuazione che caratterizzano le fonti degli enti locali, degli istituti ospedalieri, degli istituti di ricerca scientifica⁹. Occuparsi della storia della sanità pubblica, poi, offre spunti interessanti anche per le sue intersezioni: storia della medicina e storia sociale, storia del lavoro, storia della previdenza, e, attraverso questa, anche storia delle istituzioni, delle politiche pubbliche e storia economica sono coinvolte in una ricostruzione complessiva del percorso che portò il Paese all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. La natura della documentazione è, come si è detto, frammentaria e tecnica, e questo non agevola il compito. Tuttavia, tenere insieme questi filoni storiografici rappresenta secondo noi un modo di aprire nuove prospettive per lo studio della storia della sanità.

1.2 Il CSS e i suoi rapporti con la gestione sanitaria italiana (1865-1978)

La nascita del Consiglio Superiore di Sanità (da qui in avanti CSS) è da far risalire alla legge 20 marzo 1865, n. 2448, *Per l'unificazione amministrativa del Regno d'Italia*. La situazione sociale e lavorativa degli anni postunitari, come è noto, si caratterizzava come quella di un paese largamente agricolo, dal sistema economico-produttivo arretrato rispetto a quello dei Paesi dell'Europa occidentale.¹⁰ La popolazione italiana contava circa 22 milioni di abitanti, gli addetti all'agricoltura sfioravano il 70 per cento della popolazione attiva¹¹ e l'organizzazione del lavoro agricolo, se si escludono poche aree di modernità concentrate nella Pianura Padana, era ancora basata sulla mezzadria al Centro e sul latifondo al Sud. Le condizioni igienico-sanitarie ed abitative erano largamente inadeguate, le malattie infettive e da malnutrizione molto diffuse, quasi un nato su due non raggiungeva il quinto anno di età.¹² In questo contesto, le poche aree industrializzate del paese mostravano una realtà in cui largo era l'impiego del lavoro minorile, del lavoro femminile e delle figure che eseguivano prestazioni di lavoro che sfuggivano quindi al controllo dei poteri pubblici.¹³

L'impostazione della tutela della salute nel XIX secolo era basata su un doppio binario: da una parte, principalmente nelle realtà industriali, l'esistenza di associazioni mutualistiche garantiva, seppur in modo parziale, i lavoratori dai rischi tipici che avrebbero potuto provocare la perdita del salario, come appunto la malattia. Dal punto di vista pubblico, la necessità di avere delle strutture finalizzate alla tutela della salute generale era già nota a governanti ed élite medico-scientifiche;

che saranno in larga parte trasmesse alla Repubblica.

⁹ C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello stato sociale in Italia*, Il Mulino, op. cit., p. 242.

¹⁰ S. Musso, *Storia del lavoro in Italia dall'Unità a oggi*, Marsilio, Venezia 2002, p. 22.

¹¹ Ibidem.

¹² Istat, *La mortalità dei bambini ieri e oggi in Italia*, 15 gennaio 2014, p. 3.

¹³ M. Paniga, *Prima del Ministero della Sanità. L'Alto Commissariato tra la ricostruzione e gli anni Cinquanta*, Francoangeli, Milano 2021, p. 17.

all'unità del Paese, si cercò di integrare le strutture preunitarie, riconoscendo una particolare funzionalità agli istituti sanitari della Lombardia asburgica e a quelli napoleonici del Regno d'Italia e delle due Sicilie¹⁴. Tuttavia, ciò che veniva principalmente demandato agli enti locali era un'attività di sorveglianza e di segnalazione di eventuali epidemie. L'ingerenza del potere pubblico nel campo della tutela della salute era quindi limitato a obiettivi minimi ed anche caratterizzato da una farraginosità interna notevole.¹⁵ D'altra parte, ciò si configurava pienamente in linea con la politica economica liberista dei governi della Destra storica (1861-1876), poco interessata alle questioni sociali del lavoro e concentrata sul mantenimento in ordine dei conti pubblici¹⁶; questi anni sono infatti considerati dalla storiografia di “rigorosa astensione dei poteri pubblici in campo sociale, un disimpegno dello Stato in stretta connessione con i principi economici del *laissez-faire*”.¹⁷

Le condizioni di oggettiva sofferenza socio-sanitaria della popolazione italiana stimolò però ampio dibattito negli ambienti medici, in particolare accademici, che negli ultimi decenni del secolo portò, insieme a numerose scoperte in campo batteriologico e farmaceutico, anche all'imporsi della cosiddetta “svolta igienista”, ovvero alla differenziazione di igiene pubblica ed epidemiologia come campi separati della scienza medica¹⁸. La comprensione da parte del medico inglese John Snow del processo di diffusione dell'epidemia di colera del 1854 attraverso una pompa dell'acqua nel quartiere di Soho a Londra, atto di nascita dell'epidemiologia, rimase inizialmente un piccolo studio poco conosciuto, fino a quando le teorie di Robert Koch, nel 1883, dimostrarono l'ipotesi batteriologica: ciò diede enorme impulso alla comprensione delle cause igieniche delle malattie in Europa, e costrinse le amministrazioni pubbliche a tenere conto di questi fattori nell'organizzazione della tutela della salute pubblica.

L'allegato C della legge 20 marzo 1865 si collocava negli anni centrali di questo processo, che si concluse non prima della fine del secolo; tale legge normò l'organizzazione della sanità italiana fino al 1888, anno della legge Crispi, estendendo il sistema piemontese a tutta la penisola¹⁹. Una caratteristica di lungo periodo di questa legge fu lo spiccato scetticismo relativo all'integrazione di tecnici, anche medico-sanitari, nell'amministrazione del nuovo Stato unitario²⁰, nel timore di favorire giurisdizioni separate o poteri autonomi rispetto al potere centrale, in un momento in cui era prioritaria l'esigenza di consolidare le strutture statali²¹, per quanto l'associazionismo medico e la

¹⁴ R. Cea, *Il governo della salute nell'Italia liberale. Stato, igiene e politiche sanitarie*, Francoangeli, Milano 2019, p. 65.

¹⁵ Ivi, pp. 70-71.

¹⁶ V. Castronovo, *Storia economica d'Italia. Dall'Ottocento ai giorni nostri*, Einaudi, Torino 2013, pp. 37-50.

¹⁷ M. Paniga, *Prima del Ministero della Sanità*, op. cit., p. 17.

¹⁸ R. Cea, *Il governo della salute nell'Italia liberale*, op. cit., pp. 129-134.

¹⁹ F. Tarozzi, *Curare gli italiani: la legislazione sanitaria al momento dell'unità*, Editrice Il nuovo diario messaggero, Imola 1990, pp. 105-107.

²⁰ R. Cea, *Il governo della salute nell'Italia liberale. Stato, igiene e politiche sanitarie*, Francoangeli, Milano 2019, pp. 65-66.

²¹ M. Paniga, *Prima del Ministero della Sanità*, op. cit., p. 21.

necessità che il potere pubblico si occupasse quantomeno di contenere le epidemie operò una pressione nella direzione di integrare alcune professionalità mediche nelle istituzioni.

Con questa legge, la tutela della sanità pubblica veniva affidata al Ministro dell'Interno, assistito però da un organo di consulenza tecnico-scientifica, il CSS appunto. Fin dalle origini, la composizione del Consiglio rifletteva l'alta competenza che si voleva da questo consesso: oltre al presidente e al procuratore generale presso la Corte d'appello, ne facevano parte sei consiglieri ordinari e sei straordinari; in entrambi i gruppi, tre di essi erano eletti tra i professori "attuali od emeriti", o fra i dottori di medicina o chirurgia, uno tra i farmacisti, almeno un professore di veterinaria; e gli altri tra persone esperte in materia giuridica o amministrativa²². Poiché non si prevedevano funzionari medici o personale tecnico nella pubblica amministrazione, si prevedevano invece consigli sanitari consultivi a tutti i livelli di governo: oltre al CSS, i Consigli provinciali di sanità, con sede in ogni capoluogo di provincia, presieduti dai prefetti, e i Consigli sanitari di circondario, ad un livello ancora più locale. Nell'esercizio delle sue funzioni, secondo questa legge, il Ministro veniva assistito dal CSS, i prefetti dai Consigli sanitari provinciali, ed i sotto-prefetti dai Consigli sanitari di circondario.

Questo tipo di articolazione attribuiva quindi al CSS il ruolo di "consigliere" del Ministro dell'Interno sulla materia sanitaria. Presumibilmente per questo motivo, nella stessa legge si stabiliva che "sei almeno dei membri del Consiglio Superiore di Sanità devono risiedere nella capitale del Regno"²³. Anche nei primi anni repubblicani, come si vedrà, si mantenne una eco di questa norma, con una composizione del Consiglio che per tutti gli anni Cinquanta e parte dei Sessanta si configurava come prevalentemente romana²⁴. I consigli sanitari di ogni livello erano quindi privi di poteri di intervento diretto, ma avevano la responsabilità di una funzione di consulenza nei confronti dei responsabili dell'amministrazione civile. Durante il primo decennio postunitario, le nomine al CSS furono ben ripartite dal punto di vista geografico, prestando attenzione a rappresentare tutte le realtà regionali, mentre man mano che ci si avvicinava al locale le nomine erano egemonizzate dall'élite medico-scientifica territoriale, rappresentata dalla comunità accademica o ospedaliera²⁵. Ai Comuni venne delegata la funzione di mantenere dei servizi medici e chirurgici locali, che spesso però erano carenti o insufficienti²⁶; l'elemento centrale del potere pubblico in quest'impianto legislativo rimaneva insomma la vigilanza e la segnalazione di potenziali epidemie.

L'allegato C della legge 20 marzo 1865 fu concepito comunque come provvisorio, e fin dai primi

²² L. 20 marzo 1865, n. 2448.

²³ Ivi, Allegato C, Dell'amministrazione sanitaria, art. 2.

²⁴ Anche nel Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265, che norma la vita sanitaria del Paese perlomeno fino al 1958 e, per alcune questioni, fino al 1978, all'art. 16 recita: "Nel caso di pareri o deliberazioni domandati con urgenza, le sezioni possono deliberare con la presenza della maggioranza dei componenti residenti nella capitale". Per un elenco dei componenti del CSS negli anni dal 1950 al 1978 si rimanda alla fine del capitolo.

²⁵ R. Cea, *Il governo della salute nell'Italia liberale*, op. cit., p. 69.

²⁶ M. Soresina, *I regolamenti di igiene e i medici poliziotti dell'Italia unita (1859-1914)*, in L. Antonielli, *La polizia sanitaria: dall'emergenza alla gestione della quotidianità*, Rubbettino editore, 2015, pp. 207-220.

mesi dopo la sua approvazione si iniziò a discutere di come modificarlo per dare un assetto definitivo all'amministrazione sanitaria dello Stato unitario²⁷; nonostante diverse proposte di modifica²⁸, la prima riorganizzazione complessiva della materia si ebbe con la legge Crispi-Pagliani del 1888. Durante il dibattito che portò a questa legge, tuttavia, si affrontarono anche proposte di modifica sulle funzioni del CSS, con le quali medici tentarono di attribuire a quest'organo un ruolo di tutela sui professionisti impiegati nella salute pubblica, con la funzione di sede di giudizio nelle controversie tra enti pubblici e medici condotti. Il Consiglio diventava così centro catalizzatore delle aspirazioni di autogoverno professionale medica, analoghe a quella che andavano acquisendo le professioni giuridiche, in un'ottica corporativa e di ceto.²⁹ Queste aspirazioni non trovarono riscontro, poiché le classi dirigenti liberali avevano un obiettivo molto più stringente dell'implementazione di politiche sanitarie bilanciate o di tutela delle professioni: quello di terminare il processo di *state-building* nazionale garantendo credibilità e centralità amministrativa prima di ogni altra cosa.³⁰

Il ruolo del CSS, comunque, venne modificato nelle altre due principali leggi che normarono la vita sanitaria della nazione durante la fine del XIX secolo e poi nel periodo fascista: la legge Crispi-Pagliani del 1888 (legge 22 dicembre 1888, n. 5854) e il Testo Unico delle Leggi sanitarie del 1934 (regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265). Se si considera che i cambiamenti apportati dal Testo Unico del 1934 alla legge del 1888 furono minimi, e che l'ossatura dell'amministrazione sanitaria non venne modificata né dall'istituzione dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica³¹ né dal Ministero della Sanità³², si vede come la riforma sanitaria varata dal governo Crispi rappresenti un importante punto di svolta nell'organizzazione del settore. Nel sostenere la necessità di un riordinamento, vi furono diverse epidemie di fine secolo, in particolare quella del colera (1884-1886), e la riflessione aperta dalla questione della salubrità dei centri urbani innescata dalla svolta igienista. La legge Crispi rappresentò l'acquisizione del nuovo sapere medico-scientifico dell'igiene come settore tecnico della pubblica amministrazione. Il primo passo in questo senso fu l'istituzione per via legislativa di un ufficio tecnico sanitario presso il Ministero dell'Interno: con il R.D. 3 luglio 1887 n. 4707 venne istituita la Direzione di sanità pubblica. Sotto la guida dell'igienista Pagliani, progressivamente molte funzioni sanitarie vennero centralizzate, vennero stilati regolamenti per professionisti ed enti locali, si cercò di dettagliare meglio un settore che fino a questo momento era rimasto, in molte delle sue parti, nel vago. Con l'avvicinarsi al nuovo secolo, poi, l'amministrazione sanitaria dovette confrontarsi con il progressivo rafforzamento di un sistema di assicurazioni sociali

²⁷ F. Tarozzi, *Curare gli italiani: la legislazione sanitaria al momento dell'unità*, op. cit., pp. 685-688.

²⁸ R. Cea, *Il governo della salute nell'Italia liberale*, op. cit., pp. 72-79.

²⁹ Ivi, pp. 81-83.

³⁰ Ibidem.

³¹ M. Paniga, *L'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica. Storia e documenti (1945-1958)*, Francoangeli, Milano 2020, pp. 25-41.

³² S. Luzzi, *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, op. cit., pp. 159-181.

volto alla tutela e alla protezione dei lavoratori industriali. Se lo Stato liberale non si era occupato, a causa delle diverse priorità, del dispiegarsi di uno stato sociale, progressivamente si verificava l'irrobustimento di un sistema bismarckiano di tutela dei diritti³³. Ciò veniva a modificare le condizioni in cui la sanità pubblica si trovava ad operare, e sostituiva uno dei principi fondamentali della teoria igienica, quello dell'attività sanitaria preventiva, con interventi generalmente *ex post* mirati piuttosto alla cura di patologie già sviluppate, tramite interventi di natura risarcitoria.

Nel frattempo, la legge Crispi-Pagliani modificava il ruolo del Consiglio Superiore di Sanità. Il capo II della legge 22 dicembre 1888 stabiliva una sua composizione molto più numerosa e articolata nelle competenze rispetto alla legge di istituzione, con cinque dottori in medicina e chirurgia, competenti particolarmente in igiene pubblica; due ingegneri esperti in ingegneria sanitaria; due naturalisti; due chimici; un veterinario; un farmacista; un giureconsulto; due persone esperte in materie giuridico-amministrative³⁴. Si stabiliva che i componenti durassero in carica tre anni, aspetto che venne mantenuto fino al periodo repubblicano, e che potessero essere nominati una seconda volta, evenienza che si verificò spesso nel corso di tutta la vita dell'ente³⁵.

Con la legge Crispi-Pagliani, venne inoltre ampliata la componente ministeriale del Consiglio, che mantenne un peso rilevante anche nella composizione repubblicana dell'organo: venivano infatti ammessi come parte del CSS anche il capo dell'ufficio sanitario del Ministero dell'Interno; un medico ispettore del Corpo sanitario militare; un medico ispettore del corpo sanitario marittimo, ed inoltre il direttore generale della marina mercantile, il direttore generale della statistica e il direttore generale dell'agricoltura. Nell'art. 5 venivano elencate le competenze del Consiglio: oltre alla sua funzione consultiva sui problemi sanitari per i quali veniva interpellato dal Ministero dell'Interno, gli venne concessa la possibilità di proporre dei provvedimenti, inchieste e ricerche scientifiche "convenienti ai fini dell'Amministrazione sanitaria". In questo momento si configurarono le responsabilità quasi definitive del Consiglio: l'espressione di un parere sulle iniziative di natura sanitaria da parte del Ministro dell'Interno, prima della loro emanazione definitiva; sulle questioni inerenti i regolamenti locali di igiene; sulle grandi opere di utilità pubblica, limitatamente all'igiene; sui ricorsi contro le deliberazioni dei prefetti e dei Consigli provinciali di sanità; sui ricorsi tra i comuni e gli ufficiali sanitari, e sui ricorsi di comuni, cittadini o di corpi morali contro il servizio ed il personale sanitario degli ospedali ed istituti privati.

Nel frattempo, personale e funzioni della sanità a livello centrale crescevano: il R.D. 16 novembre 1902 n. 463 elevava la direzione sanitaria presso il Ministero dell'Interno a Direzione Generale della Sanità pubblica. Uniformemente a quanto accadeva in generale nella compagine della pubblica

³³ A. Cherubini, *Storia dello Stato sociale in Italia (1860-1890)*, Editori riuniti, Roma 1977, pp. 20-24.

³⁴ L. 22 dicembre 1888, n. 5854.

³⁵ ACS, Ministero della sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, buste varie.

amministrazione in quegli anni e negli anni immediatamente successivi³⁶, la Direzione aumentò notevolmente a livello dimensionale ed anche a livello di competenze.³⁷ Tuttavia, nonostante il rafforzamento centrale, il punto debole dell'organizzazione sanitaria rimase a livello locale. Una prima causa può essere individuata in un progressivo differenziamento dei livelli di tutela, a seconda delle risorse disponibili, sia economiche sia infrastrutturali, sul piano comunale o provinciale; ciò si riverberò su una profonda disomogeneità tra ambienti urbani e rurali e tra Nord e Sud. Inoltre, alcune incoerenze della legge Crispi favorivano la sovrapposizione di figure professionali locali, come il medico condotto e l'ufficiale sanitario, a cui in teoria era demandato soltanto una funzione di controllo. Entrambi però venivano stipendiati dagli enti locali e nella maggior parte dei casi erano medici, favorendo quindi una progressiva sovrapposizione tra le due figure.

Per avere un nuovo cambiamento dell'assetto sanitario è necessario aspettare l'avvento del fascismo: con il T.U. del 1934 si inaugurò

una politica di progressivo sgretolamento dell'amministrazione sanitaria, sottraendo un numero crescente di competenze alla Direzione generale e soprassedendo al concetto cardine dell'ideale igienista: l'unità di comando e di indirizzo nella sanità pubblica.³⁸

Nonostante il periodo fascista si caratterizzò infatti per un'attenzione più spiccata del governo liberale alla salute pubblica e per un miglioramento degli indici di mortalità nazionali³⁹, raggiunto anche grazie alle grandi opere come le bonifiche di vaste aree paludose e all'istituzione di un primo abbozzo di stato sociale, le conquiste non furono proporzionali all'impiego delle risorse e alla propaganda che caratterizzò le misure intraprese.⁴⁰ Nonostante ciò, dalla metà degli anni Venti si posero le basi di un sistema previdenziale e assistenziale che si poneva in stretta relazione con l'apparato corporativo del regime: ciò modificò l'organizzazione data al settore dai governi liberali. L'ordinamento sanitario istituito dal fascismo continuò a ruotare intorno alla Direzione generale della sanità pubblica, ma, sulla scia di iniziative a favore di singoli gruppi sociali o singole malattie, diede l'avvio a una notevole frammentazione del settore. Il fascismo infatti, in particolare nel corso degli anni Trenta, configurò alcuni dei caratteri fondamentali del settore assistenziale-sanitario italiano.⁴¹

Specie negli anni Trenta, la notevole espansione della previdenza – in ordine alla estensione delle forme di tutela, del numero degli assistiti, e soprattutto in materia di sistematizzazione organizzativa – venne perseguita dal regime tramite una densa stratificazione normativa che differenziava puntigliosamente le spettanze dei vari gruppi,

³⁶ G. Melis, *Storia dell'amministrazione italiana: 1861-1993*, Il Mulino, Bologna 2020, pp. 203-214.

³⁷ R. Cea, *Il governo della salute nell'Italia liberale*, op. cit., pp. 106-107.

³⁸ Ivi, p. 128.

³⁹ M. Paniga, *Prima del Ministero della sanità*, op. cit., p. 97.

⁴⁰ D. Preti, *La modernizzazione corporativa (1922-1940). Economia, salute pubblica, istituzioni e professioni sanitarie*, Francoangeli, Milano 1987, p. 110.

⁴¹ C. Giorgi, *Politiche sociali e fascismo nel dibattito storiografico*, in P. Mattera (a cura di), *Momenti del welfare in Italia. Storiografia e percorsi di ricerca*, Viella, Roma 2012, pp. 55-64.

ai fini del rafforzamento del consenso sociale.⁴²

Dal punto di vista sanitario, il Ministero che beneficiò dello svuotamento di funzioni della Direzione Generale della Sanità pubblica fu il Ministero delle Corporazioni, con il risultato di legare sempre più strettamente salute e lavoro.

L'attività legislativa durante il fascismo fu copiosa e coinvolse numerosi ambiti del settore, dalla gestione della malattia sociale per eccellenza di questi decenni, la tubercolosi⁴³, agli ospedali,⁴⁴ ad alcune norme per la riorganizzazione delle professioni sanitarie a un piccolo intervento anche sul Consiglio Superiore di Sanità e sui Consigli provinciali di sanità, con la legge n. 1070 del 23 giugno 1927, che ne modificò leggermente la composizione. L'attività legislativa del Consiglio trovò una summa nel Testo Unico delle Leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265. Non si trattava di un testo particolarmente innovativo, anzi si poneva in continuità con la legislazione crispina soprattutto in merito al ruolo del potere pubblico sulla vita sanitaria del Paese: le funzioni principali dell'amministrazione sanitaria centrale erano l'attività di polizia sanitaria, la salvaguardia dell'ordine pubblico, il contenimento delle epidemie; molto trascurati erano invece gli aspetti legati all'avanzamento tecnico-scientifico. Il provvedimento si proponeva di normare l'intera materia sanitaria, ed in effetti ne rimarrà l'impalcatura fino all'entrata in vigore del Servizio Sanitario Nazionale, nel 1978; era composto da ben 394 articoli, a tradire l'ambizione di sistematizzazione generale della materia. Il testo unico riproponeva il contrasto tra l'elemento medico-scientifico e quello amministrativo e burocratico, poiché, come riportò Petragiani, professore universitario di igiene e batteriologia, direttore generale della sanità pubblica tra il 1935 e il 1943, e a lungo membro del CSS durante gli anni repubblicani, mancò un cambio di mentalità presso il Ministero dell'Interno⁴⁵. La sanità veniva ancora percepita principalmente come un problema di pubblica sicurezza.

Nel Testo Unico delle Leggi Sanitarie, l'articolo dedicato all'articolazione del Consiglio Superiore di Sanità è il dodicesimo. In questa circostanza, il Consiglio venne notevolmente ampliato, le specializzazioni dei componenti vennero meglio specificate; vennero introdotte nuove professionalità, tra cui ad esempio due medici ospedalieri, un farmacista direttore di farmacia, due medici condotti, i rappresentanti di nove ministeri, della Croce Rossa Italiana, dell'ONMI, i presidenti delle Federazioni nazionali delle professioni sanitarie. Le sue funzioni precedenti vennero confermate e ne vennero aggiunte delle nuove, come l'espressione di un parere sulla profilassi della malaria, sulla determinazione di lavori pericolosi, troppo faticosi o insalubri, ai sensi delle disposizioni vigenti in particolare per il lavoro delle donne e dei bambini; sulle norme igieniche del lavoro; sulle domande

⁴² Ivi, p. 57.

⁴³ M. Paniga, *Prima del Ministero della sanità*, op. cit., pp. 27-32.

⁴⁴ D. Preti, *La modernizzazione corporativa, 1922-1940: economia, salute pubblica, istituzioni e professioni sanitarie*, FrancoAngeli, Milano 1987, p. 263.

⁴⁵ M. Paniga, *Prima del Ministero della sanità*, op. cit., p. 39.

di brevetto industriale per invenzioni e scoperte farmacologiche, di bevande e commestibili; sulle modificazioni dell'elenco degli stupefacenti.

In seguito agli eventi bellici, per effetto dell'art. 2 del R.D.L. del 30 ottobre 1943, n. 2/B l'attività del Consiglio Superiore di Sanità fu sospesa, insieme all'attività di tutti gli organi consultivi o tecnici, "fino a nuova disposizione"; la legge 21 marzo 1949 n. 101, *Modificazioni alla composizione del Consiglio Superiore di Sanità ed a talune sue attribuzioni*, modificò il novero delle professionalità che dovevano far parte del consesso, diminuendo le rappresentanze non strettamente sanitarie, accentuando la presenza di personalità con competenze malariologiche ed aggiustando le quote di alcuni finanziamenti. Il 1943 fu anche l'anno in cui giunse a parziale conclusione un altro capitolo a cui il fascismo si dedicò, in verità con risultati deludenti, sin dagli anni Trenta: l'istituzione di uno schema di assicurazione obbligatoria contro le malattie⁴⁶. L'età liberale non era infatti riuscita a (o non aveva voluto) dare una risposta istituzionale coerente al fenomeno della crescita delle casse mutue e dei loro iscritti, che si organizzavano a livello professionale per ricevere adeguata assistenza. In questo modo, lo Stato evitava gli oneri in materia, permettendo la libera iniziativa privata e relegando il versamento e la gestione dei contributi ai lavoratori e ai datori di lavoro. Il risultato di questo tipo di approccio fu la creazione di ampie differenze categoriali nella gestione e nel trattamento delle malattie, dei rimborsi e dell'assistenza, oltre che nell'intero settore previdenziale⁴⁷. Il primo tentativo di unificare il sistema si ebbe proprio nel 1943 con l'istituzione dell'INAM, definita come "l'Ente mediante il quale le organizzazioni sindacali dei datori di lavoro e dei lavoratori assolvono i compiti enunciati nelle dichiarazioni XXVII e XXVIII della Carta del Lavoro per quanto concerne l'assistenza dei lavoratori e dei loro familiari in caso di malattia"⁴⁸; tuttavia la sua istituzione non fu risolutiva. Si mantenne infatti una gestione separata per le Casse preesistenti, che portò quindi anche a un separato godimento dei benefici e a diversi regimi contributivi. Inoltre, per legge l'ente non si interessava dell'assistenza di quelle forme di malattia per cui era già presente una copertura specifica, prime tra tutte infortuni sul lavoro e malattie professionali (gestiti dall'INAIL) e tubercolosi (gestita dall'INPS). All'INAM furono iscritti tutti i lavoratori delle Confederazioni fasciste dei lavoratori agricoli, dell'industria, del commercio, delle aziende di credito e delle assicurazioni, dei professionisti e degli artisti⁴⁹. Il R.D. 6 maggio 1943 n. 400, inoltre, stabilì che tutte le casse mutue si sarebbero dovute fondere nel nuovo ente, con i propri attivi e passivi di bilancio; il regolamento attuativo tuttavia, a causa degli eventi bellici e della caduta del regime, non fu mai applicato. Così il sistema delle casse mutue come posto in essere durante il ventennio fascista rimase immutato durante la

⁴⁶ C. Giorgi, *Politiche sociali e fascismo nel dibattito storiografico*, in P. Mattera (a cura di), *Momenti del welfare in Italia. Storiografia e percorsi di ricerca*, op. cit., p. 56.

⁴⁷ M. Ferrera, V. Fargion, M. Jessoula, *Alle radici del welfare all'italiana: origini e futuro di un modello sociale squilibrato*, Marsilio, Venezia 2012.

⁴⁸ F. Taroni, *Le politiche sanitarie in Italia. Il Servizio sanitario nazionale in una prospettiva storica*, op. cit., p. 24.

⁴⁹ S. Luzzi, *Sanità e salute nell'Italia repubblicana*, op. cit., p. 93.

transizione repubblicana e fino all'istituzione del servizio sanitario nazionale negli anni '70, costituendo un elemento di omogeneità tra i due periodi e stabilendo, insieme al mantenimento del Testo Unico delle Leggi sanitarie, una continuità maggiore rispetto al cambiamento instaurato dall'istituzione dell'Alto Commissariato nel 1945, ed anche del Ministero della Sanità nel 1958. La caratteristica di fondo di questo tipo di organizzazione era il regime lavoristico (si accedeva al diritto alla salute tramite il possesso di un lavoro, che in una condizione di alta disoccupazione è già in qualche modo una condizione privilegiata) e particolaristico (i diritti a cui si accede sono diversi a seconda della categoria occupazionale di cui si fa parte), le due condizioni strutturali del welfare italiano.

Nel frattempo comunque, come anticipato, la materia sanitaria era stata sottratta al Ministero dell'Interno ed affidata, nel 1945, all'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica⁵⁰, alle dipendenze della Presidenza del Consiglio dei Ministri; dopo di che fu, dopo lungaggini amministrative, definitivamente attribuita all'apposito Ministero della sanità, nel 1958⁵¹. Il Consiglio Superiore di Sanità, come la maggior parte degli organi e dei rappresentanti della sanità italiana in quegli anni, si dichiarava favorevole alla nascita di un dicastero autonomo⁵².

Il d.P.R. 11 febbraio 1961, n. 257 si occupò poi del disciplinamento degli organi consultivi del Ministero della sanità, tra cui il CSS. Le sue funzioni furono sostanzialmente confermate, con l'aggiunta della competenza di organizzazione e disciplina dei servizi diretti a prevenire ed eliminare i danni delle emanazioni radioattive e delle contaminazioni atmosferiche. I componenti vennero ulteriormente ampliati, con la partecipazione di diritto dei direttori generali del Ministero della Sanità, del direttore generale dell'Istituto Superiore di Sanità, da numerosi rappresentanti di altri dicasteri (Lavoro e previdenza sociale, Alimentazione, Interno...) che mantenevano alcune competenze sanitarie. Molto ampia rimase la partecipazione di docenti universitari, scelti di concerto con il Ministero della Pubblica istruzione: questa legge ne prevedeva ventisette, dei quali quattro in igiene e medicina preventiva, due in medicina generale, e un altro rappresentante per le principali branche della medicina. Veniva inoltre ampliata la rappresentanza di docenti universitari chimici, farmacologi, biochimici, fisici e medici veterinari e di ingegneri e architetti esperti in costruzioni ospedaliere; vennero aggiunti due presidenti di amministrazione ospedaliera, un direttore di mattatoio comunale, un direttore generale della sanità militare ed un ufficiale generali designati dal Ministero della difesa. In occasione delle elezioni del Presidente del CSS per il triennio 1961-1963, il prof. Cesare Frugoni dichiarò che "il nuovo Consiglio ha di fronte a sé gravissimi problemi di responsabilità, anzitutto per la sua diversa conformazione e i suoi nuovi compiti. [...] Quindi io sono ben lieto dell'ampliamento

⁵⁰ M. Paniga, *L'Alto commissariato per l'igiene e la sanità pubblica. Storia e documenti (1945-1958)*, op. cit., p. 46.

⁵¹ S. Luzzi, *Storia della salute nell'Italia repubblicana*, op. cit., p. 128.

⁵² ACS, Ministero della Sanità, Consiglio superiore della sanità, Verbali, b. 57, *Sull'organizzazione sanitaria italiana*, 15 ottobre 1956.

previsto dal Ministro, che vi ha incluso rappresentanti di tutte le categorie e in modo particolare per l'aumento dei membri esperti in medicina collettiva, in medicina sociale [...] appunto per dare il massimo contributo alla difesa della salute fisica, intellettuale e spirituale degli italiani".⁵³ Un'altra importante novità della nuova organizzazione del CSS, in funzione delle sfide che si profilavano all'orizzonte dopo che, nel corso degli anni Cinquanta, la spesa sanitaria continuava a salire e gli ospedali si trovavano ad anticipare delle spese che gli enti mutualistici in larga parte non ripagavano⁵⁴, erano i rappresentanti degli enti assicurativi. Nel CSS vennero ammessi un rappresentante dell'Istituto nazionale della previdenza sociale; un rappresentante dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro; un rappresentante dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie. Venne inoltre aggiunta la possibilità che, all'inizio di ciascun triennio, potessero essere nominati dal Presidente della Repubblica otto componenti aggiuntivi, su proposta del Ministro della Sanità, tra coloro che si erano distinti per aver conseguito benemerienze nel campo della sanità pubblica. Le sezioni passarono da tre a cinque, di cui una dedicata esclusivamente ai problemi ospedalieri, a testimonianza della grande rilevanza che il problema assumeva sempre di più nella vita sanitaria della nazione.⁵⁵ L'ultima riorganizzazione dell'ente nel periodo che va dal 1950 al 1978 è rappresentata dalla legge 14 marzo 1968, n. 203, che però mise in atto modifiche minime alla struttura data nel 1961.

1.3 La presidenza e i componenti del CSS (1950-1978)

Dopo la fine della Seconda Guerra Mondiale e della pausa bellica riguardante l'attività dei consigli consultivi, la prima seduta del ricostituito Consiglio si ebbe il 13 luglio 1950⁵⁶: alla sua presidenza fu chiamato, per elezione, il prof. Cesare Frugoni, che ne mantenne la guida fino al 1966.⁵⁷ La direzione del CSS era nell'ambiente medico una carica di prestigio, anche a causa dei grandi nomi della medicina che avevano ricoperto questo ruolo. Dal 1865 in poi, in effetti, si trattava della principale attività consultiva di ambito sanitario nel Paese, che si interfacciava con il principale decisore pubblico del settore, il Ministro dell'Interno. Erano quindi stati chiamati alla presidenza dell'ente grandi scienziati, importanti accademici e autori di scoperte scientifiche di notevole rilevanza.

⁵³ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio superiore della sanità, Verbali, b. 88, *Discorso dopo le elezioni del Presidente del CSS*, 12 febbraio 1961.

⁵⁴ F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*, op. cit., pp. 61-75.

⁵⁵ ACS, Ministero della sanità, Consiglio superiore della sanità, Verbali, b. 88, *Discorso dopo le elezioni del Presidente del CSS*, 12 febbraio 1961.

⁵⁶ ACS, Ministero della sanità, Consiglio Superiore della sanità, Verbali, b. 41, *Adunanza generale del 13 luglio 1950*.

⁵⁷ ACS, Ministero della sanità, Consiglio superiore della sanità, Verbali, buste varie.

1865 - 1868	Maurizio Bufalini
1869 - 1871	Pietro Cipriani
1872 - 1877	Guido Baccelli
1878 - 1880	Francesco Ratti
1881 - 1886	Costanzo Mazzoni
1887 - 1915	Guido Baccelli
1916 - 1918	Camillo Golgi
1919 - 1935	Ettore Marchiafava
1935 - 1943	Dante Di Blasi
1943 - 1950	Interruzione dell'attività per cause belliche
1950 - 1966	Cesare Frugoni
1967 - 1975	Pietro Valdoni
1976 - 1981	Aldo Cimmino
1982 - 1990	Alessandro Beretta Anguissola
1991 - 1993	Giuseppe Zannini
1994 - 1996	Luigi Frati
1997 - 2005	Mario Condorelli
2006 - 2009	Franco Cuccurullo
2009 - 2014	Enrico Garaci
2014 - 2018	Roberta Siliquini

Presidenza del Consiglio Superiore della Sanità dalla sua istituzione al 2018.

Il primo presidente del CSS fu Maurizio Bufalini (1787-1875), clinico e accademico romagnolo i cui studi si concentrarono in particolare su una nuova concezione del momento della diagnosi, diviso in quattro fasi: nosologia (classificazione delle malattie), semeiotica (attenzione ai loro segni e sintomi), eziologia (cause che portano allo stato patologico) e terapeutica (osservazione sull'effetto dei farmaci)⁵⁸; le convinzioni fisiologiche alla base di questo metodo, che egli definiva "scientifico", furono raccolte dall'autore nel saggio del 1863 *Istituzioni di patologia analitica*. Con questo scritto Bufalini, che veniva da studi medici e filosofici, si inseriva nel dibattito sulle dottrine fisiologiche europee della metà dell'Ottocento. La sua impostazione, discussa nel saggio, andava in controtendenza rispetto alla teoria più affermata in quel periodo nel continente, quella vitalistica dei medici della scuola di Montpellier, che sostenevano la correlazione tra le parti dell'organismo e la

⁵⁸ Bufalini, Maurizio in *Dizionario biografico degli italiani*, Treccani.it, consultato il 23/09/2022.

dipendenza dello stato di salute o di malattia da una sorta di razionalità priva di rappresentazione cosciente a sua volta connessa a un'anima eterogenea rispetto all'organismo fisico, che la dirige al fine di conservarne la vita.

Il secondo presidente del Consiglio, Pietro Cipriani (1810-1887), era stato allievo di Bufalini, a testimonianza di una continuità nella dirigenza dell'ente, e si era distinto per aver partecipato al servizio medico della battaglia di Solferino e San Martino (24 giugno 1859) nel corso della Seconda guerra di indipendenza. Tra i suoi studi più notevoli, quello sull'epidemia di colera che colpì il Granducato di Toscana nel 1835-1837, in cui si soffermava su aspetti sintomatologici della malattia e sui risultati delle terapie. Apprezzato dalla famiglia Bonaparte, medico di corte (curò il re Vittorio Emanuele II da una polmonite complicata da febbre malarica nel 1869), il 6 febbraio 1870 fu eletto senatore del Regno⁵⁹.

Medico, politico e accademico fu anche il terzo presidente del CSS, Guido Baccelli (1830-1916)⁶⁰, guidandolo una seconda volta durante i primi anni del Novecento. Sette volte Ministro della pubblica istruzione, una volta Ministro dell'agricoltura, dell'industria e del commercio, diresse la clinica ospedaliera dell'ospedale di Santo Spirito in Saxia, poco lontano dal Vaticano, a Roma, insegnando allo stesso tempo Clinica medica all'Università di Roma; tra i suoi allievi Ettore Marchiafava, illustre malariologo e successore del suo maestro alla direzione del Consiglio Superiore di Sanità. In generale, questo ospedale fu una delle sedi principali degli studi che portarono alla scoperta dell'efficacia del chinino nella cura della malattia, poiché qui venivano ricoverati i malati dell'Agro Pontino, zona paludosa i cui malarici diedero grande spinta alla ricerca sulle terapie. Tra i suoi principali contributi scientifici e clinici, un ripensamento della semeiotica addominale e toracica in correlazione allo studio delle patologie cardiache, dei versamenti pleurici, dell'*angina pectoris* (a questo tipo di studio si correlava un notevole intuito clinico: fu tra i primi ad usare in modo sistematico lo stetoscopio e la terapia, allora avveniristica, dell'ossigeno nei casi di malattie broncopolmonari; gli viene attribuita anche la pratica del far pronunciare al paziente la parola "trentatré" per favorire le vibrazioni toraciche).⁶¹

Dopo solo due anni di direzione di Francesco Ratti, primo farmacologo ad assumere questa carica e, tra l'altro, unico farmacologo dell'Università di Roma in quegli anni prima dell'arrivo di Stanislao Cannizzaro, che avviò la scuola chimica romana⁶², la direzione dell'ente passò per la prima volta a un chirurgo, Costanzo Mazzoni (1823-1885), esperto di quella che al momento si chiamava "medicina operatoria", di chirurgia vascolare, ortopedica, ginecologica e urologica, lasciò numerosi trattati a descrizione delle sue tecniche e dei suoi interventi, dando anch'egli avvio a una scuola, la scuola

⁵⁹ M. Aliverti (a cura di), *Pietro Cipriani e la medicina del suo tempo*, Polistampa, Firenze 2004.

⁶⁰ Baccelli, Guido in *Dizionario biografico degli italiani*, Treccani.it, consultato il 23/09/2022.

⁶¹ G. Gorrini, *Guido Baccelli. La vita, l'opera, il pensiero*, Lattes editori, Torino 1916, pp. 104-106.

⁶² Cannizzaro, Stanislao in *Dizionario biografico degli italiani*, Treccani.it, consultato il 5/09/2022.

chirurgica romana.⁶³

Tra il 1916 e il 1935 il Consiglio fu diretto da due medici e scienziati che hanno davvero segnato la storia della medicina italiana e mondiale. La direzione passò infatti tra il 1916 e il 1918 nelle mani del premio Nobel Camillo Golgi (1843-1926), autore di studi rivoluzionari nell'ambito dell'istologia del sistema nervoso e dell'identificazione di nuovi metodi di colorazione dei neuroni, grazie ai quali venne introdotta una classificazione più precisa delle cellule nervose; grazie ai nuovi metodi di colorazione istologica, venne alla luce anche l'esistenza di un nuovo apparato cellulare reticolare, l'apparato di Golgi appunto. Un significativo contributo dello scienziato influenzò anche gli studi sulla malaria: egli identificò infatti due diversi tipi di bacilli, il *Plasmodium vivax* e il *Plasmodium malariae*, come agenti eziologici delle due forme di febbri assunte dall'infezione malarica, le cosiddette febbri terzana e quartana.⁶⁴ Dal 1919 al 1935 la direzione del CSS passò a Ettore Marchiafava (1847-1935), medico e accademico che dedicò la maggior parte della sua vita allo studio della malaria appunto, identificandone il microrganismo responsabile, a cui diede il nome di *Plasmodium*, dando un apporto fondamentale alla lotta alla malaria di quegli anni.⁶⁵ Nel corso della sua attività scientifica, identificò anche, insieme ad Angelo Celli, l'agente eziologico della *Neisseria meningitidis*, causa della meningite batterica, e studiò a lungo gli effetti dell'alcolismo sul tessuto nervoso degli alcolisti, descrivendo una particolare forma di demenza che prese il nome di morbo di Marchiafava.⁶⁶ La tradizione del CSS era quindi, come si può dedurre da questa carrellata, quella di un consesso di scienziati guidati da importanti accademici e ricercatori del settore medico-biologico, che si erano distinti per scoperte significative negli ambiti più innovativi o interessanti della disciplina. Prima della sospensione delle attività dovuta alla guerra, la direzione passò a Dante Di Blasi (1873-1956), ex assistente di Angelo Celli presso l'Istituto di Igiene dell'Università di Roma, professore ordinario di batteriologia e igiene. Diede un notevole contributo alla stesura del Testo Unico delle Leggi Sanitarie del 1934, del quale curò in particolare gli articoli relativi all'assistenza territoriale⁶⁷. Dalla ripresa delle attività, nel 1950, Cesare Frugoni (1881-1978) assunse la guida del Consiglio e ne fu uno dei presidenti più longevi; anch'egli non aveva nulla da invidiare, dal punto di vista professionale, ai suoi predecessori di inizio secolo: nel 1906, anno di vittoria del Nobel per la medicina di Golgi, Frugoni, neolaureato, frequentò il reparto e i laboratori di Patologia generale dell'Università degli Studi di Pavia, studiando la correlazione tra la miastenia e la trasmissione neuromuscolare. Dopo aver prestato servizio durante la Prima guerra mondiale, nel 1923 divenne professore ordinario di Patologia medica presso l'Università di Firenze; negli anni successivi si spostò

⁶³ Mazzoni, Costanzo in *Dizionario biografico degli italiani*, Treccani.it, consultato il 5/09/2022.

⁶⁴ P. Mazzarello, *Il Nobel dimenticato. La vita e la scienza di Camillo Golgi*, Bollati Boringhieri, 2006.

⁶⁵ F. M. Snowden, *La conquista della malaria. Una modernizzazione italiana 1900-1962*, Einaudi, Torino 2008.

⁶⁶ Marchiafava, Ettore in *Dizionario biografico degli italiani*, Treccani.it, consultato il 2/09/2022.

⁶⁷ Di Blasi, Dante in *Dizionario biografico degli italiani*, Treccani.it., consultato il 5/09/2022.

all'Università di Padova, assumendo diversi incarichi e insegnamenti. Nel 1931 assunse la direzione della cattedra e dell'istituto di clinica medica generale dell'Università di Roma; nella stessa città ebbe, tra il 1944 e il 1945, l'incarico di semeiotica medica, e negli stessi anni favorì l'apertura, presso l'istituto di clinica medica, di un ambulatorio per lo studio dei gemelli, primo nucleo dell'istituto di genetica che nacque ufficialmente nel 1953-54, in concomitanza della scoperta del DNA e dei suoi meccanismi di replicazione.⁶⁸

Nel 1950, al momento della sua elezione alla presidenza del CSS, Cesare Frugoni rappresentava uno degli esponenti di spicco dell'accademia romana: presidente della Società italiana di medicina interna presso il Policlinico Umberto I, direttore dell'ambulatorio generale per malattie mediche presso lo stesso ospedale, Professore ordinario di Clinica medica e terapia medica alla facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università La Sapienza, direttore del reparto di Clinica medica dell'Umberto I⁶⁹. Frugoni rappresentava, nell'accademia dell'epoca, la figura del primario caposcuola: formò una schiera di allievi, si occupò di ricerca in moltissimi settori della patologia e della clinica medica, diresse importanti riviste scientifiche e fu autore di più di 200 pubblicazioni.⁷⁰

La guida del Consiglio rimase quindi nelle mani di Frugoni per un quindicennio. Nel corso di questi anni, le materie di cui l'ente si occupò furono varie: durante il corso degli anni Cinquanta, una fetta considerevole del suo lavoro fu rappresentata dall'analisi dei progetti di ospedali, fognature, acquedotti, cimiteri e macelli di moltissimi comuni d'Italia.⁷¹ Attraverso questo filtro, il Consiglio trattava di questioni di ricostruzione, di organizzazione ospedaliera, di igiene pubblica: la discussione tra i componenti era infatti estremamente incentivata, data la funzione consultiva dell'organo (e il fatto che il Ministero della Sanità conservi pochissima documentazione non aiuta a definire la natura dei problemi che venivano affrontati dal 1958 al 1978). Frugoni stesso, nel suo discorso di insediamento, ricordò “come questo sia un organo tecnico con funzioni consultive, non politiche, né deliberative, e come d'altra parte ogni consigliere abbia il diritto di proporre quella discussione e quegli argomenti e quesiti che ritenga opportuni.”⁷²

Durante la prima elezione del CSS, un altro componente del consesso che ottenne un gran numero di voti, sebbene non la maggioranza, fu quello del democristiano Gino Bergami, fisiologo e accademico pugliese.⁷³ Si trattava di un nome di gran prestigio ed esperienza, sia dal punto di vista medico sia da quello di dirigente ministeriale, che aveva partecipato da protagonista ai primi dibattiti

⁶⁸ Frugoni Cesare, in *Dizionario biografico degli italiani*, Treccani.it – Enciclopedie on line, consultato il 2 settembre 2022.

⁶⁹ Frugoni, Cesare in *Guida Monaci. Annuario Generale Italiano*, 1950, p. 784.

⁷⁰ Frugoni Cesare, *Dizionario biografico degli italiani*, Treccani.it – Enciclopedie on line, consultato il 2 settembre 2022.

⁷¹ ACS, ACS, Ministero della sanità, Consiglio superiore della sanità, Verbali, buste varie.

⁷² ACS, Ministero della sanità, Consiglio superiore della sanità, Verbali, b. 41, *Elezioni del reinsediato Consiglio Superiore di Sanità*, 10 ottobre 1950.

⁷³ Ibidem.

sull'organizzazione sanitaria che l'Italia avrebbe dovuto adottare nel dopoguerra⁷⁴. Già sottosegretario al Ministero dell'Agricoltura nel 1944, aveva ricoperto il ruolo di Alto commissario per l'alimentazione nel difficile biennio 1944-1945 per poi approdare alla direzione dell'Alto commissariato per l'Igiene e la sanità pubblica tra il 1945 e il 1948; fino al 1951 fu anche direttore del Centro dell'alimentazione del CNR.⁷⁵ Il suo apporto fu in molte occasioni di primo piano nel corso dei dibattiti del CSS, e da Alto Commissario mantenne una linea conservatrice di fronte a proposte di modifica più radicale dell'ordinamento sanitario di cui si fece portavoce l'igienista Augusto Giovanardi, uno dei maggiori recettori italiani del piano Beveridge⁷⁶.

Frugoni venne affiancato dal vicepresidente Luigi Piras, che rimase in carica dal 1950 al 1958; dipendente ministeriale, in quegli anni era direttore e capo divisione della sezione Affari generali e del personale del Ministero dei Lavori Pubblici.⁷⁷

Durante gli anni Cinquanta, il CSS era formato da un numero di componenti compreso tra cinquanta e sessanta persone; per la maggior parte si trattava di medici, accademici o dirigenti ministeriali, in larga parte romani. A parte Cesare Frugoni, i componenti coinvolti nella gestione di enti, reparti ospedalieri, divisioni ministeriali a Roma nel corso di questi anni erano professionisti impegnati con numerose cariche pubbliche legate al mondo sanitario ma anche della pubblica amministrazione. Per dare un esempio dei profili, scorrendo la documentazione si trovano professionisti come Iginio Altara, direttore generale dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica, Direttore generale dei servizi veterinari⁷⁸; Sordello Attili, medico chirurgo, primario radiologia ospedale S. Camillo De Lellis, Monteverde nuovo – Roma, Presidente della Federazione laziale dei medici ospedalieri, specialista in radiologia ed elettroterapia⁷⁹; Gaetano Balducci, cavaliere di gran croce al merito della Repubblica italiana, presidente di sezione della Corte dei Conti, ragioniere dello Stato, membro anche del Consiglio Superiore di statistica, Consigliere dell'amministrazione autonoma dei monopoli di Stato come ragioniere generale dello Stato, membro del Consiglio di Amministrazione della Cassa depositi e prestiti, membro della Divisione VII del Ministero del Tesoro – Consiglio di amministrazione degli istituti di previdenza. Alcune tra queste personalità sono anche deputati, e dirigono o partecipano ad attività di numerosi enti locali e nazionali: ad esempio Giuseppe Caronia, palermitano, vicino, negli anni '20, al Partito popolare di Luigi Sturzo, negli anni '50 deputato DC. Dal 1922 ricoprì l'incarico di professore di Clinica pediatrica all'Università di Roma, poi di Malattie infettive presso l'Università di Napoli; nel biennio 1943-1944, durante i nove mesi di occupazione

⁷⁴ C. Giorgi, I. Pavan, "Un sistema finito di fronte a una domanda infinita." *Le origini del Sistema sanitario nazionale italiano* in *Le carte e la storia*, 2/2018, p. 105.

⁷⁵ Bergami, Gino in *Dizionario biografico degli italiani*, Treccani.it – Enciclopedie on line, consultato il 4/09/2022.

⁷⁶ C. Giorgi, I. Pavan, "Un sistema finito di fronte a una domanda infinita." *Le origini del Sistema sanitario nazionale italiano* in *Le carte e la storia*, 2/2018, p. 105.

⁷⁷ Piras, Luigi, in *Guida Monaci. Annuario Generale Italiano*, 1950, p. 1132.

⁷⁸ Altara Iginio in *Guida Monaci. Annuario Generale Italiano*, 1950, p. 145.

⁷⁹ Attili Sordello in *Guida Monaci. Annuario Generale Italiano*, 1952, p. 241.

nazista di Roma ricoverò, tra gli altri, perseguitati politici ed ebrei, venendo reintegrato, dopo la liberazione della città, come docente e rettore dell'Università di Roma, carica che mantenne fino al 1948. Tra i principali promotori e presidente del "Gruppo Medico Parlamentare" nato nel 1946, partecipò come deputato DC alla I e alla II legislatura, restando deputato fino al 1958. Per aver protetto rifugiati ed ebrei durante la guerra, e per ulteriori attività benemerite (ad esempio fu Presidente dell'Istituto superiore di odontoiatria "G. Eastman", che provvedeva alla profilassi e alla cura orale e a cure chirurgiche e maxillo-facciali ricostruttive dei cittadini poveri di Roma e provincia) fu insignito del titolo di Giusto tra le nazioni.⁸⁰ Tra i pluridecorati, e più attivi, dei componenti del Consiglio nel corso di questi anni si trova nei verbali il nome di Saladino Cramarossa, anch'egli Cavaliere di gran croce al merito della Repubblica italiana e titolare di numerosi incarichi nel comune di Roma: medico direttore dell'Ufficio sanitario del comune, membro della Commissione consultiva del Pio istituto di Santo Spirito ed Ospedali Riuniti di Roma, direttore del Sanatorio antimalarico Ettore Marchiafava, direttore generale dei Servizi medici presso l'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica, cumulava una grande quantità di altri incarichi istituzionali altrettanto prestigiosi⁸¹. Dopo la lunga presidenza di Frugoni, che terminò nel 1966, fu il turno di Pietro Valdoni (1900-1976): accademico e innovatore in ambito chirurgico, rivoluzionò il modo di condurre diversi interventi (amputazione addomino-perineale, scheletrizzazione dell'arteria mesenterica inferiore, resezione gastroduodenale ecc.). Lasciò il testimone, per gli ultimi due anni prima dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, ad Aldo Cimmino, microbiologo e accademico dell'Università di Roma.⁸²

Negli anni Sessanta e Settanta, tuttavia, la romanità dei componenti del CSS si affievolisce progressivamente, lasciando spazio a personalità di formazione più differenziata e provenienti sia dal Nord sia dalle grandi città del Sud Italia, come Agostino Crosti, eletto come componente del Consiglio nel 1963 e preside della facoltà di medicina dell'Università di Milano, o Ernesto Quagliariello, membro del CSS nel 1973 e rettore dell'Università di Bari. Un altro cambiamento sopraggiunto negli anni Sessanta fu l'introduzione nel consesso di professionalità coinvolte nella gestione dei grossi enti parastatali e mutualistici, come INPS, INAIL e INAM. In effetti, era impossibile occuparsi dell'organizzazione dell'assistenza pubblica e dei suoi problemi senza tenere conto delle realtà che, per larga parte sul territorio nazionale, la gestivano materialmente. Dal 1961, dunque, entra a far parte del consesso ad esempio l'avvocato Virginio Savoini, in quegli anni direttore generale dell'INAM; nei verbali dello stesso anno compare il nome di Giovanni Carapezza⁸³, membro del Consiglio di Amministrazione dell'INPS, dell'INAIL e dell'INAM, oltre che direttore generale del Ministero del

⁸⁰ Caronia Giuseppe, in *Guida Monaci, Annuario Generale Italiano*, 1955, p. 567.

⁸¹ Cramarossa Saladino, in *Guida Monaci. Annuario Generale Italiano*, 1955, p. 639.

⁸² Petraghani, Giovanni in *Dizionario biografico degli italiani*, Treccani.it – Enciclopedie online, consultato il 7/09/2022.

⁸³ Carapezza, Giovanni in *Guida Monaci. Annuario Generale Italiano*, 1954, p. 701.

Lavoro e della Previdenza sociale, vice presidente dell'ente nazionale per la prevenzione degli infortuni, membro della commissione centrale per l'assistenza e il collocamento ai disoccupati, della Commissione centrale per il controllo del lavoro a domicilio. Della stessa categoria di professionisti faceva parte il dottor Sisco Zancanaro, consigliere della Federazione nazionale delle casse mutue di malattia dei coltivatori diretti. Si trattava della scoperta, all'interno del cosiddetto "areopago della scienza medica"⁸⁴, della necessità di tenere in considerazione gli esperti del settore previdenziale, che assunse in questi anni un peso sempre maggiore nel definire i problemi e le prospettive di come fosse necessario organizzare, e modificare, la struttura medico-sanitaria e ospedaliera italiana.⁸⁵ Dopo gli anni Cinquanta, poi, tra le liste dei membri del Consiglio si trovano più rappresentanti di ordini professionali: negli anni Sessanta Luigi Pezzana e Salvatore Tremiterra, presidenti dell'Associazione nazionale medici condotti; negli anni Settanta, con lo stesso ruolo, Ferruccio De Lorenzo, Salvatore Custureri e Franco Ansalone. Poi i Presidenti della Federazione nazionale dei farmacisti italiani, esponenti dell'ordine dei veterinari; nonostante queste aggiunte, tuttavia, il nocciolo del Consiglio rimase in questo trentennio quello dei professori universitari, degli ingegneri, degli igienisti, dei generali medici del Ministero della Difesa (Esercito, Marina in particolare), dei dirigenti ministeriali.

1.4 I temi: il legame tra il CSS e le politiche sanitarie

La composizione del CSS degli anni Cinquanta era funzionale agli obiettivi espressi nel Testo Unico delle leggi sanitarie, il Regio Decreto 17 luglio 1934, n. 1265 – art. 13: il CSS doveva prendere in esame i fatti riguardanti l'igiene e la sanità pubblica del Regno; ma anche proporre provvedimenti, inchieste e ricerche scientifiche convenienti ai fini dei servizi della sanità pubblica, in quanto organo centrale dell'amministrazione sanitaria presso il Ministero dell'Interno, dal 1945 presso l'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica. Le questioni prese in considerazione negli anni Cinquanta non furono particolarmente innovative nella storia del Consiglio, poiché i temi erano quelli tradizionali di cui si era occupato fin dalla sua nascita: progetti di acquedotti, sanatori, ospedali; supervisione sulla legislazione riguardante temi sanitari (ad esempio, il tema della formazione del personale medico e paramedico); approvazione e revoca di brevetti farmaceutici, revisione delle liste degli stupefacenti, revisione della denominazione fuorviante di alcuni farmaci o della messa in produzione di prodotti dannosi o non innovativi.

Alcuni dibattiti sono particolarmente rappresentativi nell'esemplificare il lavoro del Consiglio: ad esempio, la proposta di una produzione farmaceutica statale, discussa a più riprese nei decenni di

⁸⁴ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 76, *Elezioni del presidente e del vicepresidente*, 19 novembre 1959.

⁸⁵ F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*, op. cit., pp. 91-137.

lavoro del CSS e che ebbe avvio nel 1950.⁸⁶ Il relatore della questione era il professor Pietro Di Mattei, medico e chimico, direttore dell'Istituto di Farmacologia sperimentale di Roma, professore ordinario di Farmacologia presso la Facoltà di Medicina e chirurgia e Professore incaricato del corso di Farmacologia e farmacognosia della Facoltà di Farmacia dell'Università di Roma.⁸⁷ Tra i suoi studi, particolarmente importante, ed anche tra i temi trattati dal CSS negli anni successivi, fu l'elaborazione di un nuovo inquadramento concettuale degli stupefacenti, d'importanza, oltre che scientifica, anche medico-legale⁸⁸. Durante i lavori del novembre 1950, Di Mattei fu relatore al CSS della proposta di legge degli Onorevoli Pieraccini, Caporali, Alberti ed altri, di orientamento socialista, relativa ad assicurare la preparazione e distribuzione a prezzi equi dei farmaci fondamentali, devolvendone la produzione ad organi di Stato o a ditte private, ma sempre su commissione statale⁸⁹. Classico tema di ispirazione socialista, il suo principale relatore era infatti un medico e docente universitario di Medicina del Lavoro, Gaetano Pieraccini, esponente in quegli anni del Partito socialista dei Lavoratori italiani, confluito poi nel 1952 nel PSDI. I medici del lavoro, anche più degli igienisti, avevano una tradizione particolarmente legata agli ambienti delle fabbriche, delle miniere, delle campagne; i loro studi erano strettamente correlati all'analisi delle classi sociali più svantaggiate, erano particolarmente legati ai temi della salubrità degli ambienti di vita e di lavoro, e dalla fine dell'Ottocento alla metà del secolo avviarono degli studi che aprirono nuovi filoni in ambito accademico e in particolare di medicina del lavoro, poiché la disciplina era nuova e solidamente fondata su alcune malattie, in particolare respiratorie, che colpivano settorialmente alcuni lavoratori, come l'asbestosi e la pneumoconiosi per i minatori.⁹⁰ La proposta del disegno di legge era quella della creazione di un'azienda di Stato, alle dipendenze dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica, per produrre e vendere, "ad equo prezzo e nella confezione migliore, medicinali di carattere fondamentale e preminente per la conservazione per la salute pubblica"⁹¹. Dopo un dibattito lungo dibattito presso l'XI Commissione del Senato, tramite la consultazione anche di esperti esterni, come i rappresentanti degli ordini dei farmacisti, dei grossisti dei medicinali, degli industriali farmaceutici, dei sindacati dei lavoratori e dei medici e dei direttori dei grandi enti mutualistici, la proposta venne rielaborata in termini diversi. In particolare, si abbandonò l'idea del monopolio di Stato e della vera

⁸⁶ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 45, *Provvedimenti per la preparazione, il controllo e la distribuzione a prezzo equo, a cura dello Stato, dei prodotti farmaceutici fondamentali di largo consumo*, novembre 1950. Cfr. anche N. Martinelli, *Una "questione marginale"? L'epopea del brevetto dei farmaci in Italia*, in "Bollettino dell'archivio per la storia del movimento sociale cattolico in Italia", 45, 2010, n. 2-3, pp. 341-383.

⁸⁷ Di Mattei Pietro, in *Guida Monaci. Annuario statistico italiano*, 1950, p. 643.

⁸⁸ Di Mattei Pietro, in Dizionario biografico degli italiani, Treccani.it – Enciclopedie online, consultato il 12/09/2022.

⁸⁹ Questi dibattiti daranno vita alla proposta di legge C. 1266 di iniziativa parlamentare, *Pieraccini e altri: Provvedimento per la preparazione, il controllo e la distribuzione a prezzo equo, a cura dello Stato, dei prodotti farmaceutici di largo consumo*, annunciata alla Camera il 24 novembre 1954; precedente di questa proposta una analoga, presentata al Senato l'11 marzo 1949.

⁹⁰ T. Detti, *Fabrizio Maffi. Vita di un medico socialista*, FrancoAngeli, Milano 1987.

⁹¹ Atti parlamentari, II legislatura, Camera dei deputati, II legislatura, Documenti e relazioni, *Proposta di legge n. 1266 di iniziativa dei deputati Pieraccini, Santi, Targetti, Berardi*, annunciata il 24 novembre 1954, p. 1.

e propria nazionalizzazione del settore, per giungere invece alla conclusione che “lo Stato, mediante propri istituti e per commissione ad aziende dell’industria specializzata, provvede alla produzione e distribuzione di medicinali a carattere fondamentale di largo uso, a prezzo equo e in confezione di Stato”⁹², mantenendo così in piedi il settore dell’industria privata dei medicinali, ma sotto il controllo e la concorrenza pubblica, augurandosi che ciò avrebbe contribuito a una calmierazione dei prezzi.

Tra gli esperti consultati nel contesto della discussione di questi temi vi era anche il CSS, che veniva invitato ad esprimersi sia su questioni tecniche sia sul contesto generale e di indirizzo della questione. Di Mattei, insieme ai relatori, osservavano che la scelta, prevista dal disegno di legge, di un determinato numero di formule terapeutiche, con determinati dosaggi, per la produzione di farmaci di Stato sarebbe risultata una pratica molto difficile e non priva di rischi perché, data la rapida evoluzione della terapia, un formulario sarebbe stato continuamente superato prima di essere realizzato⁹³, ponendo l’accento sulla lentezza della burocrazia rispetto alle evoluzioni della ricerca e sulla difficoltà di mantenere abbastanza rapido il processo di inserimento di nuovi preparati negli elenchi. Inoltre, con l’adozione di un numero ristretto di formule e di dosaggi, sarebbe inevitabilmente venuto ad essere limitato il principio della libera scelta a cui il medico aveva diritto nella scelta dei farmaci più adeguati alla cura dei pazienti. Di Mattei ricordò inoltre che le preparazioni medicamentose di carattere fondamentale e di uso comune, riproducenti quel certo numero di specialità realizzabili con attrezzature e tecniche usuali, erano già in commercio sottoforma di preparazioni galeniche a prezzi bassissimi, in un assetto di composizione che egli prevedeva come identico a quello proposto dal disegno di legge. I relatori ricordavano infatti che nei Paesi in cui si era tentata una esperienza simile, come l’Argentina, la serie dei prodotti di Stato si era limitata a poche decine di voci corrispondenti a specialità di largo consumo riproducibili con l’acquisto di materie prime disponibili sul mercato. Secondo i relatori, appariva rischioso commissionare per conto dello Stato prodotti già disponibili sul mercato e dei quali sarebbe stato sufficiente controllare la qualità e il prezzo, con l’obiettivo di mantenerlo decisamente al di sotto di quello delle corrispondenti specialità medicinali, che erano già gravate da altre spese, come quelle di pubblicità⁹⁴.

Il disegno di legge si occupava poi, in termini molto vaghi, del meccanismo di distribuzione dei medicinali di Stato, distribuzione affidata all’ACIS o agli organi ad esso delegati. Ciò, veniva notato da alcuni membri del Consiglio, poneva un conflitto tra lo Stato e i farmacisti; per di più lo Stato, sosteneva Di Mattei, si sarebbe venuto ad assumere una responsabilità diretta nei confronti dei consumatori danneggiati dai medicinali prodotti e distribuiti da strutture appunto statali, e in

⁹² Ivi, p. 2.

⁹³ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 45, *Provvedimenti per la preparazione, il controllo e la distribuzione a prezzo equo, a cura dello Stato, dei prodotti farmaceutici fondamentali di largo consumo*, novembre 1950.

⁹⁴ Ibidem.

particolare di chi sarebbe stato obbligato ad adottarli: gli appartenenti alle forze dell'ordine, i ricoverati negli istituti di pena; gli enti ed istituti di beneficenza, statali e parastatali, sebbene non obbligati, sarebbero stati ugualmente incoraggiati ad adottare i medicinali di Stato, per via della presunta convenienza economica e per la garanzia statale della loro fabbricazione.

I relatori, dimostrando nel dibattito una approfondita conoscenza dell'imprenditoria farmaceutica italiana e della sua offerta, ritennero difficile pensare che lo Stato potesse fornire medicinali del tipo previsto a prezzo inferiore ai corrispondenti prodotti galenici offerti in libera concorrenza dalle aziende, che li producevano come prodotti marginali nel quadro generale della loro produzione, in regime di minori spese generali. Nella più favorevole delle ipotesi, le ditte vincitrici delle eventuali gare indette dall'ACIS avrebbero fornito a quest'ultimo i medicinali allo stesso prezzo al quale avrebbero direttamente potuto venderlo agli Enti, rendendo inutile il passaggio per lo Stato: l'unico effetto sarebbe stato quindi quello di aumentare il costo della distribuzione.

Il tipo di specialità medicinali preso in esame dal disegno di legge, insomma, era già esistente sul mercato; perché questo fosse largamente e fiduciosamente usato dagli Enti che la legge voleva favorire, i relatori proponevano piuttosto un'azione di controllo regolare e continuativa da parte dello Stato nella fase produttiva allo scopo di garantirne la qualità, e l'emanazione di disposizioni legislative che potessero riconoscere ad Enti ed istituti di beneficenza il diritto di approvvigionarsi direttamente presso i produttori, limitatamente al proprio fabbisogno di istituto. Questa fu la proposta dei relatori al termine del rapporto in questione:

I relatori esprimono pertanto parere che i nobili fini perseguiti dal disegno di legge di cui trattasi, ed in particolare la fornitura agli enti assistenziali di medicinali di sicura purezza e di costo meno elevato delle specialità, possono essere raggiunti senza l'intervento diretto dello Stato nella fase produttiva e distributiva dei medicinali, intervento che si ha fondati motivi di ritenere non scevro di notevoli inconvenienti di ordine tecnico e sanitario, ed auspicano che l'ACIS prenda l'iniziativa di predisporre le necessarie modificazioni della legge vigente in materia di produzione e commercio di prodotti medicinali, allo scopo di rendere una parte più vigile ed efficace il controllo sulla qualità delle specialità- pari e dall'altra di facilitare l'approvvigionamento di esse soprattutto da parte degli enti assistenziali direttamente presso le ditte produttrici.⁹⁵

Da queste osservazioni sul dibattito interno del CSS si nota un maggiore approfondimento tecnico sulla questione farmaceutica rispetto ai dibattiti parlamentari e politici, e anche maggiore consapevolezza sul concetto di brevetto industriale e le implicazioni che portava politicamente con sé in questi anni. Caratteristica del mercato farmaceutico italiano, infatti, fu l'assenza di un brevetto dedicato fino al 1978⁹⁶: fino a questa data, le aziende farmaceutiche che inventavano un nuovo

⁹⁵ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, *Verballi*, b. 45.

⁹⁶ N. Martinelli, *Una "questione marginale"? L'epopea del brevetto dei farmaci in Italia*, in *Bollettino per la storia del movimento sociale cattolico in Italia*, vol. XVI (2-3), 2010, pp. 341-383.

preparato non avevano il diritto di rivendicarne il monopolio della produzione. Questo era da una parte conseguenza della natura dell'industria farmaceutica italiana, dall'altra ebbe notevoli effetti sul suo sviluppo⁹⁷; si approfondirà la questione nei prossimi capitoli. L'impostazione della questione in Parlamento, però, si caratterizzava per la confusione sul concetto stesso di monopolio: mentre per i gruppi dirigenti di Confindustria si parlava essenzialmente di impresa pubblica, socialisti e comunisti sostituivano il tema, fondamentale per la questione industriale e del diritto, con concetti di nazionalizzazione, ruolo economico dell'Iri e politica di controllo dei prezzi.⁹⁸ Democrazia cristiana e partito comunista, in particolare, davano al problema delle private in campo farmaceutico un'impostazione completamente diversa: mentre la prima tendeva a individuare il punto di equilibrio tra interessi individuali ed esigenze della società, il secondo aveva a cuore soprattutto il mantenimento dei prezzi dei farmaci a un livello basso; per il Psi la posizione si modificò solo dopo l'esperienza dei governi di centrosinistra, avvicinandosi alle esigenze del mondo industriale⁹⁹. All'interno di questo dibattito, in cui ha anche rilevanza la natura stessa del farmaco, sia prodotto farmaceutico che oggetto di bisogni collettivi molto sentiti, il CSS espresse una posizione equilibrata già negli anni Cinquanta, che potrebbe essere definita di mediazione tra gli interessi coinvolti nel tema.

Una delle possibilità con cui ci si può approcciare alla documentazione del CSS è l'individuazione di temi sanitari particolarmente dibattuti nel periodo preso in considerazione; ad esempio, proprio negli anni Cinquanta cominciava ad emergere la questione dell'indebitamento degli istituti ospedalieri nei confronti degli enti assicurativi privati o parastatali¹⁰⁰. A questo proposito, durante il dibattito Luigi Busca, medico e reggente della divisione Assistenza sanitaria del Ministero del lavoro e della previdenza sociale¹⁰¹, fece notare come ci si trovasse di fronte “al grave problema del costo delle prestazioni farmaceutiche che incide notevolmente sui bilanci degli enti di previdenza e assistenza che assistono attualmente 22 milioni di persone e spendono in medicinali circa 24 miliardi di lire l'anno”¹⁰², ricordando anche come la legge Bonomi, in quel momento ancora disegno di legge, avrebbe aggravato il problema, prevedendo l'inclusione nell'area dell'assistenza sanitaria mutualistica anche i coltivatori diretti; il numero di assistiti avrebbe superato i 30 milioni, su una popolazione di meno di 50 milioni¹⁰³.

Secondo Gino Bergami (che fece parte da Alto Commissario del I governo De Gasperi, come

⁹⁷ Cfr. N. Martinelli, *L'industria farmaceutica italiana, 1945-1978. Una storia economica*, Il Mulino, Bologna 2022, pp. 67-94.

⁹⁸ Ivi, p. 17; Cfr. anche M. Granata, *Cultura del mercato. La Commissione parlamentare d'inchiesta sulla concorrenza (1961-1965)*, Rubettino, Soveria Mannelli 2007.

⁹⁹ Ivi, p. 18.

¹⁰⁰ F. Taroni, *Politiche sanitarie. Il Sistema Sanitario Nazionale in una prospettiva storica*, op. cit., p. 67.

¹⁰¹ Busca Luigi, in *Guida Monaci, Annuario Generale Italiano*, 1951, p. 398.

¹⁰² ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 45.

¹⁰³ Istat, *L'evoluzione demografica dell'Italia*, pp. 3-5, in Istat.it, consultato il 25/09/2022.

esponente della DC ¹⁰⁴), premesso che “il Consiglio è chiamato, per la sua stessa natura e composizione, ad esprimere un parere strettamente tecnico-sanitario, e deve soprattutto preoccuparsi della salvaguardia della salute”¹⁰⁵, provvedimenti del genere sarebbero stati restrittivi: avrebbero infatti portato necessariamente alla obbligatorietà di curare una malattia con un determinato tipo di farmaco, soprattutto per gli iscritti alle casse mutue. I medici, infatti, non avrebbero potuto che prescrivere farmaci stabiliti dalla Commissione, senza poter ricorrere ad eventuali nuove scoperte più efficaci. Se il provvedimento, invece, doveva servire a un risparmio da parte degli enti previdenziali nella spesa per l’acquisto di farmaci, secondo Bergami il problema era già risolvibile ricorrendo ai prodotti generici, meno costosi delle specialità. Se lo Stato infatti fosse diventato produttore di farmaci, invece di controllare e garantire la produzione già esistente, si sarebbe reso diretto responsabile delle cure mediche.

Il senatore Vito Perrino, chimico e farmacista, intervenne nella discussione per aggiungere che “esperimenti del genere non sono stati intrapresi nemmeno in Inghilterra, che pure ha nazionalizzato l’assistenza sanitaria, mentre sono falliti in Argentina”¹⁰⁶. Nel 1959, un importante studioso del sistema di assistenza italiano, Arnaldo Cherubini¹⁰⁷, si esprimeva sui problemi della farmaceutica definendo l’atteggiamento statale “insufficiente ed anche colposo”¹⁰⁸ rispetto alla produzione di una farmacopea sufficientemente vasta e a basso costo, di tipo standard e continuamente aggiornata, che per lui era l’obiettivo da perseguire. Proseguiva così:

Pur concedendo piena libertà di organizzazione all’industria farmaceutica, questa dovrebbe attrezzarsi in modo da fornire i principali medicinali necessari ai consumatori più poveri ad un prezzo bassissimo evitando la ricerca del guadagno monetario che condiziona le sue produzioni esclusivamente ai dati del reddito personale. Bisogna avere fiducia nell’impresa privata, ma il suo dovere primo è di assicurare forniture regolari di medicinali a basso prezzo e di sottoporsi ad un piano di “priorità” dove è più urgente la sua opera. Dunque, ci vorrebbe un programma di produzioni e una disciplina che potrebbero, intanto, essere stabilite spontaneamente dal gruppo industriale dietro invito dall’alto, ma soggette “a posteriori” ai controlli governativi. La riorganizzazione pubblica dell’industria farmaceutica potrebbe seguire in un secondo momento, anche lontano nel tempo, poiché le moltissime e piccolissime ditte che necessariamente svolgono un’attività ad alto costo verrebbero gradualmente travolte dai grandi stabilimenti ben più efficienti economicamente quando le priorità fossero imposte ed assicurate dall’alto. Ciò non significa peraltro creare un’organizzazione monopolistica né di fatto né in diritto, poiché salvaguardando il diritto a chicchessia di entrare nell’industria farmaceutica verrebbe soppresso lo stimolo maggiore all’organizzazione monopolistica.¹⁰⁹

¹⁰⁴ M. Paniga, *L’Alto commissariato per l’igiene e la sanità pubblica. Storia e documenti (1945-1958)*, op. cit., p. 118.

¹⁰⁵ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 45.

¹⁰⁶ Ibidem.

¹⁰⁷ Arezzo, 1920; autore di una fondamentale *Storia della previdenza sociale* che parte dalle origini dell’organizzazione mutualistica italiana, insegnò Medicina sociale e Storia della medicina presso l’università di Siena.

¹⁰⁸ A. Cherubini, *Industria farmaceutica, terapia medica, sicurezza sociale*, in INAM, I problemi della sicurezza sociale, Anno XIV n. 1, gennaio-febbraio 1959, p. 10.

¹⁰⁹ Ibidem.

Un altro tema di discussione fu l'accostamento, già presente nella relazione dei proponenti, di questo provvedimento all'idea di chinino di Stato.

Il Consiglio auspicava quindi, piuttosto che un accentramento della produzione, una più vigile ed efficace azione di controllo sulle specialità equivalenti da parte dell'ACIS, e allo stesso tempo la possibilità di facilitare l'approvvigionamento di esse soprattutto da parte degli Enti assistenziali direttamente presso le ditte produttrici.

Il tema di dibattito è particolarmente significativo per l'intera vita sanitaria del paese, poiché ne coinvolge diversi elementi: le aziende produttrici di farmaci, i farmacisti, gli enti mutualistici, i medici, il controllo e la spesa statale, e sottintende impostazioni politiche e culturali diverse. La trasversalità di questi dibattiti è ulteriormente accresciuta dalla presentazione al Consiglio di alcune relazioni sui temi trattati, prodotte dagli stessi componenti o da esperti esterni. Nel caso dei farmaci di Stato, la relazione in merito fu prodotta dalla XI Commissione permanente del Senato – Igiene e Sanità¹¹⁰, e nella presentazione al Consiglio, nel marzo 1952, si sottolinea proprio come la complessità della materia abbia richiesto tempo e la partecipazione al dibattito di diverse professionalità:

La materia *de quo agitur* è estremamente delicata e complessa. Il tempo intercorso dalla presentazione del disegno di legge (marzo 1949) alla presente relazione [...] vi dice già con quanta prudenza ha proceduto la vostra Commissione. In realtà essa, per quanto composta in gran maggioranza di medici con due valorosi farmacisti – tutti e ciascuno per ragioni professionali dotati di propria esperienza in argomento – e pur disponendo dell'assistenza di colleghi giuristi, ha sentito il bisogno e non ha mancato di avviare indagini presso le categorie interessate. Sono stati così sentiti in apposite riunioni della Commissione ed anche singolarmente dal relatore, rappresentanti autorizzati dell'Ordine dei farmacisti, dell'Unione farmacisti cattolici, grossisti di medicinali, industriali farmaceutici, dirigenti sindacali, medici, dirigenti dei grandi enti mutualistici (INAM, INADEL, ENPAS), l'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica, l'Alto Commissario aggiunto ed il Direttore dell'Istituto Superiore di Sanità.¹¹¹

La relazione prosegue descrivendo una classificazione del settore farmaceutico, secondo la produzione e i consumi. La Commissione calcolava che il consumo complessivo dei farmaci galenici (i farmaci preparati artigianalmente in un laboratorio officinale, che spesso era associato a una farmacia) non superava il 10% delle vendite complessive di farmaci. Invece, il consumo complessivo delle specialità medicinali (ovvero i farmaci confezionati prodotti industrialmente) veniva registrato come enormemente aumentato e destinato ad aumentare ulteriormente nel corso degli anni successivi. Il democristiano Luigi Carlo Caron, nell'ambito di questa relazione, propose un'interessante analisi del fenomeno dell'aumento delle case farmaceutiche nella prima metà del secolo in Italia:

¹¹⁰ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, b. 45, *Provvedimenti per la preparazione, controllo e distribuzione a prezzo equo, a cura dello Stato, dei prodotti farmaceutici fondamentali di largo consumo.*

¹¹¹ Ibidem.

Nel 1914, allo scoppio della Prima Guerra Mondiale, le aziende grossiste erano circa cinquanta, dal 1920 al 1934 il loro numero si è andato ingrossando salendo nel 1940 a circa centottanta, durante la guerra a duecento. Nell'immediato dopoguerra si è avuto il dilagare di queste aziende, fenomeno determinato soprattutto dalla speranza che molti capitalisti avevano di trovare in esse un ottimo impiego del loro denaro, in quanto i continui aumenti di prezzo autorizzati dall'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica, per l'aumento dei costi delle materie prime dovute al progressivo slittamento del valore della lira, facevano lievitare in modo assai sensibile le merci a magazzino con notevoli ripercussioni sui bilanci aziendali.

Il che è esatto, aggiungendo tra le cause principali l'intensificarsi dell'assistenza mutualistica, che ha portato, con l'aumento enorme nel consumo di medicinali e delle specialità, ogni sicurezza agli investimenti in queste aziende. [...]

Dal 1945 vi è stato poi un aumento fortissimo delle spese per le medicine a carico dei bilanci degli Enti assicurativi e degli Enti assistenziali, come dei privati cittadini. Ciò è in evidente rapporto con l'enorme consumo di farmaci e col maggior consumo delle specialità che ne costituiscono la parte principale. Sono noti, in proposito, gli incrementi per l'onere delle prescrizioni farmaceutiche subito dall'INAM nel periodo 1946-1949 con una cifra di aventi diritto di circa 9 milioni: da 306 milioni di spese contabilizzate nel 1945 si sale a 1 miliardo e 780 milioni nel 1946. Necessariamente l'INAM ha dovuto mettere in atto, dopo il 1949, delle limitazioni alla spesa.¹¹²

Oltre all'INAM (Istituto Nazionale per l'Assistenza Malattie, la principale cassa mutua dei lavoratori italiani e, progressivamente, delle loro famiglie), che nel dopoguerra affrontò un processo di crescita della spesa farmaceutica esorbitante, anche gli altri enti di assistenza malattia andarono incontro a dinamiche simili, nonostante specificità e caratteristiche peculiari. Ad esempio, l'ENPAS (Ente nazionale previdenza e assistenza ai dipendenti statali, fondato nel 1942 per la previdenza e l'assistenza sanitaria dei dipendenti delle amministrazioni statali e dei loro familiari) prevedeva una forma di assistenza indiretta, ovvero non ambulatoriale come quella dell'INAM, ma caratterizzata dalla dinamica del rimborso ex-post. Anche in questo caso, il costo per i farmaci salì da 206,2 milioni nell'esercizio 1945-1946 a 432,9 milioni nell'esercizio 1948-1949¹¹³.

Nel rapporto ci si interrogava:

Come si è arrivati a questo punto? Indubbiamente per cause complesse, molteplici, anche reciprocamente influenzanti; le principali: innanzitutto l'evoluzione terapeutica, che ha reso al medico indispensabile il ricorso ai prodotti industriali specializzati, tralasciato però rapidamente in una produzione esuberante, ingiustificata e nell'abuso. Inoltre nelle mutue, nella propaganda delle specialità, nell'inadeguatezza e nell'inosservanza delle leggi. Le mutue, in particolare l'INAM, specie dopo la guerra, concedendo alla generalità dei mutuati progressivamente aumentanti, in pratica tutti i medicinali che i loro medici hanno prescritto e spesso i malati spontaneamente richiedono, hanno naturalmente incrementato la produzione di "specialità". Questa è stata favorita però, non può sottacersi, anche dalla resistenza dei rappresentanti sindacali delle stesse classi lavoratrici, a qualsiasi disciplina saggiamente restrittiva nei confronti dell'erogazione dei medicinali. Ciò è in pieno accordo col punto di vista dei produttori che reclamano naturalmente la massima libertà,

¹¹² Ibidem.

¹¹³ Ibidem.

ma può discutersi se corrisponda veramente agli interessi degli assistiti, a cui l'istituto assicuratore dovrebbe concedere, secondo noi, per ogni tipo di medicamento il preparato migliore, a giudizio dei massimi competenti e dei suoi stessi medici.¹¹⁴

Il Consiglio Superiore di Sanità si pose quindi in questa circostanza, come in altri dibattiti in cui venne chiamato in causa nel corso della sua attività, perfettamente in linea con la sua funzione consultiva. I suoi pareri furono, nella maggior parte delle circostanze, improntati a una notevole prudenza, fattore che rappresentava spesso motivo di vanto per i suoi componenti.¹¹⁵

Il problema farmaceutico ha una particolare rilevanza nel novero dei problemi sanitari della Repubblica perché rappresentò un'importante componente del debito mutualistico e ospedaliero. Si tentò di tamponare la situazione solo negli anni Settanta con il decreto-legge 4 maggio 1977 n. 187, *Revisione generale dei prezzi dei medicinali*, ispirato a principi di razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica¹¹⁶; tuttavia la sua mancata applicazione, e la mancata introduzione in questi anni di un metodo per la determinazione dei prezzi furono fonte di continuo accrescimento della spesa farmaceutica¹¹⁷.

Anche il disegno di legge sul SSN dedicò attenzione alla questione farmaceutica per quanto riguardava il settore distributivo; il provvedimento recava norme sull'argomento in maniera diretta all'articolo 18 e indirettamente in altri articoli, come quelli riguardanti la disciplina del rapporto di lavoro fra Servizio sanitario nazionale e classe medica (ancora al 1975, solo il 25% dei medici erano aggiornati sui temi farmaceutici). La legge stabiliva la possibilità per le unità sanitarie locali di stipulare convenzioni con le farmacie in attività per la fornitura di medicinali ai cittadini che ne avevano diritto; veniva prevista anche la possibilità di distribuire direttamente i farmaci da parte delle unità sanitarie. La normativa stabiliva inoltre l'esclusione di alcuni farmaci dalla libera prescrivibilità: la concessione dei preparati farmaceutici prescritti dai medici del SSN avveniva sulla base di elenchi formulati ed aggiornati annualmente dal Ministero della sanità, sentito il Comitato sanitario nazionale, con esclusione della distribuzione gratuita di prodotti di banco, attivatori fisiologici ed altri preparati per la cura di piccoli disturbi. Tuttavia, a parte questi piccoli aggiustamenti, la questione farmaceutica non trovò una vera e propria soluzione negli anni considerati, soprattutto per quanto riguardava l'espansione della spesa; anzi, anche l'introduzione del ticket come contributo alla spesa venne scartato, sebbene venne poi introdotto negli anni Ottanta. La soluzione adottata quindi, di mantenimento della produzione farmaceutica privata e la previsione di soluzioni di distribuzione

¹¹⁴ Ibidem.

¹¹⁵ Ad esempio, ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 84, *Discussione sull'introduzione del vaccino antipoliomielitico in Italia*, 1961.

¹¹⁶ Atti parlamentari, Camera dei Deputati, XIV Commissione permanente Igiene e sanità, Bollettino delle Commissioni, *Disegno e proposte di legge: istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*, 24 maggio 1977: Conversione in legge decreto-legge 4 maggio 1977, n.187, revisione generale dei prezzi dei medicinali.

¹¹⁷ A. Gemelli, E. Nazzaro, *I fattori di aumento del consumo farmaceutico e gli elementi per un possibile contenimento*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, anno XX n. 5, settembre-ottobre 1975, p. 745.

privilegiata del sistema pubblico, non era quindi troppo lontana da quella proposta dal CSS negli anni Cinquanta.

Un altro esempio che dà la misura dell'interrelazione tra il lavoro del CSS e la gestione integrata del funzionamento del settore medico-sanitario in Italia è il tema dei professionisti della sanità e della loro formazione. La questione fu discussa in diverse sedute dal Consiglio, anche a distanza di decenni, e mise in rilievo la necessità di formare professionalità parasanitarie più qualificate in Italia nel secondo dopoguerra. La prevalenza del personale medico su quello infermieristico e sugli altri professionisti della salute è infatti un carattere di lungo periodo delle professionalità sanitarie italiane¹¹⁸; il Consiglio se ne occupò innanzitutto negli anni Cinquanta, quando nel dopoguerra furono assorbiti dalle strutture pubbliche numerose dipendenti non formate, se non per quanto riguardava l'esperienza di lavoro negli enti sanitari pubblici. Da qui nacque la differenziazione tra infermiere "generiche" e infermiere "professionali" (il lavoro dell'infermiera, così come quello dell'ostetrica, era caratterizzato in quegli anni da una forte connotazione di genere, che rendeva queste professioni esclusivamente femminili; la figura dell'infermiere cominciò a comparire negli anni Settanta, con la legge 25 febbraio 1971, n. 124, rimanendo comunque ancora a lungo largamente minoritaria).

Un'occasione di dibattito sul tema nelle riunioni del Consiglio si aveva quando si discuteva dei regolamenti interni di case di cura private. In questi casi, infatti, si dovevano definire le necessità di personale di tali strutture, come avveniva anche con i piani regolatori dei reparti ospedalieri. In una seduta di settembre 1954¹¹⁹, venne posto il problema della valorizzazione delle professioni sanitarie minori. In tale circostanza si ricordò che l'ACIS, negli anni del dopoguerra, finì col cedere alle pressioni nei confronti degli infermieri generici, che chiedevano una stabilizzazione in virtù del servizio prestato presso gli ospedali pubblici nel periodo bellico e del dopoguerra. Tuttavia, la linea invocata dal Consiglio era quella dell'intransigenza: quasi tutti erano concordi nel ritenere necessaria, per praticare le attività infermieristiche a livello professionale, una formazione specifica conseguibile solo nelle scuole-convitto per infermiere, istituite dal R.D. 15 agosto 1925, n. 1832. Queste scuole erano poste sotto il controllo dello Stato e svolgevano corsi biennali, alla fine dei quali si conseguiva il diploma per l'esercizio della professione di infermiera. Dato lo scarso numero di aspiranti infermiere, dovuto all'allontanamento da casa, dal lungo periodo di studio e dalla possibilità, per le ragazze, di intraprendere altre attività prima del compimento dell'età minima per l'ammissione nei convitti (17 anni), veniva richiesto al Consiglio un parere relativo alla possibile ammissione alla scuola-convitto di ragazze prive del titolo di scuola media, per essere impiegate nella casa di cura per malati mentali di Guidonia, che si trovava decisamente in carenza di personale. Nonostante l'urgenza

¹¹⁸ E. M. Immergut (a cura di), Karen M. Anderson, Camilla Devitt, Tamara Popic, *Health Politics in Europe: A Handbook*, Oxford University Press, Oxford 2021, pp. 308-332.

¹¹⁹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, b. 51, *Guidonia (Roma): Congregazione religiosa "Ancelle della divina Provvidenza" – casa di cura per malati di mente – Regolamento speciale*, novembre 1954.

e l'apparente eccezionalità della richiesta, il Consiglio si dilungò su un dibattito generale sulla condizione infermieristica italiana e sulla qualità del personale paramedico impiegato nelle strutture pubbliche.

Contestualmente, giungeva anche al Consiglio la richiesta del Prefetto di Bergamo, che richiedeva lo stesso tipo di deroga per avere la possibilità di ammettere alla scuola professionale provinciale per infermiere delle allieve sprovviste del titolo di studio.¹²⁰

Dice il Prefetto: “Il motivo della presente richiesta è determinato dal fatto di ammettere nella scuola professionale il personale che da molti anni presta servizio privo del titolo di studio e che per ovvie ragioni non è in condizioni di sostenere esami.” È una specie di sanatoria. [...]

Cramarossa si rende conto che si tratta di situazioni di fatto, ma queste situazioni devono risolversi in base alla legge, senza bisogno che la norma sulla deroga del titolo di studio sia inserita in un regolamento su cui si debba chiedere il parere del Consiglio. Agisca il Consiglio di Amministrazione della Scuola secondo la legge e non chieda al CSS una deroga, la quale non potrebbe non avere riflessi sul piano nazionale.¹²¹

Alla fine, la deroga venne concessa, purché riguardasse soltanto il primo biennio di corso; ma quando la nuova Scuola-convitto per infermiere, annessa all'Ospedale maggiore di Bergamo, avrebbe adottato il nuovo regolamento, si sarebbe dovuta adeguare alla normativa che richiedeva il titolo di studio. Il Consiglio infatti esprimeva la preoccupazione che misure del genere incentivassero la minore preparazione del personale infermieristico e in generale paramedico, mentre l'opinione unanime era che ci sarebbe stato bisogno di un innalzamento di formazione e competenze da parte di questi lavoratori.

Il tema venne ripreso negli anni Sessanta, quando al Consiglio arrivò il lavoro per il disegno di legge sulle professioni ausiliarie¹²². Anche dopo un decennio, la situazione non appariva diversa; Gino Bergami, fisiologo e professore universitario, ex sottosegretario al Ministero dell'Agricoltura (1944), ex Alto Commissario per l'alimentazione (1944) e per l'Igiene e la sanità pubblica (1945-1948), si esprimeva per una risoluzione definitiva del problema:

L'Italia è ad uno dei più bassi livelli per l'assistenza sanitaria ausiliaria negli ospedali appunto per il bassissimo livello del personale.

Sento sollevare qualche volta, dice Bergami, il problema di ordine finanziario: come faranno gli ospedali a pagare un personale di elevata capacità professionale? Le cose vanno risolte una volta per sempre. Se vogliamo migliorare l'assistenza negli ospedali non basta soltanto fare gli articoli di legge, occorre cominciare col migliorare le possibilità di lavoro delle infermiere ed assicurare loro la posizione giuridica di impiegate

¹²⁰ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, b. 51, *Domanda del Prefetto di Bergamo per l'ammissione di allieve infermiere presso l'Ospedale maggiore di Bergamo*, novembre 1954.

¹²¹ Ibidem.

¹²² ACS, Ministero della Salute, Consiglio Superiore della Sanità, b. 97, *Commento a schema di disegno di legge sulle professioni ausiliarie*, 1963.

e non già di salariate. [...]

Dopo la guerra, ed io ne sono un po' responsabile essendo in quel tempo Alto Commissario alla Sanità, siamo stati obbligati a fare dei corsi per infermiere generico. Tutti gli ospedali sono stati costretti a farli per motivi di contingenza. Volete continuare su questa strada? Dobbiamo a un certo punto dire basta: d'ora in poi non potrà più essere reclutato personale del genere. [...]

L'essenziale, secondo me, è chiarire che non si chiamano infermieri i portantini. L'infermiera deve essere qualificata, altrimenti l'assistenza rimarrà al basso livello di oggi.¹²³

Questo tipo di dibattiti, di cui si sono riportati solo alcuni esempi, sono emblematici per comprendere il tipo di cambiamenti cui l'Italia di questi decenni andava incontro dal punto di vista sanitario: la necessità di implementare l'assistenza, di migliorarla qualitativamente, di dominarne gli squilibri finanziari e le spese, che iniziavano ad andare fuori controllo; la contemporanea necessità di personale e l'esigenza qualitativa, spesso osteggiata da chi era stato assunto con regole diverse o in periodi di sanatorie postbelliche; il tipo di controllo che lo Stato, anche attraverso il CSS, era chiamato a operare nei confronti di queste dinamiche.

Negli anni Settanta, dopo il periodo di fermento e della riforma ospedaliera degli anni '60, i cambiamenti introdotti si rivelavano insufficienti (sempre da più parti era sentita infatti l'esigenza di un ripensamento complessivo della sanità italiana, troppo a lungo rimandato¹²⁴), crescevano all'interno del CSS i dibattiti sul volto da dare all'organizzazione sanitaria italiana nell'eventualità di una riforma. Un dibattito emblematico di questi anni, che si prolungò per numerose sedute, fu quello del passaggio delle competenze e delle strutture degli enti mutualistici al Servizio Sanitario Nazionale. In merito a questa situazione, che impegnò il CSS per numerose sedute nelle analisi delle proposte di legge, in nuove proposte e in obiezioni rispetto a quanto proposto dalle Commissioni e dal Parlamento, venne nuovamente trattato il punto della formazione professionale dei sanitari. A distanza di un ulteriore decennio rispetto alla discussione precedente, quindi, il Consiglio si esprime nuovamente sul percorso di formazione dei professionisti sanitari in Italia:

Il relatore fa presente che la Commissione relatrice ha espresso parere che sia necessario che le Facoltà di Medicina e Chirurgia, di Medicina veterinaria e di Farmacia continuino a far parte integrante dell'Università per salvaguardare, ai fini del progresso scientifico, i necessari collegamenti fra di essi e con le altre scienze, in particolare le biologiche, fisiche, chimiche nonché per le esigenze della didattica. D'altra parte l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale impone il soddisfacimento di nuove necessità per la formazione degli operatori sanitari, alle quali si può provvedere di concerto fra il Ministro della Pubblica Istruzione e quello della Sanità. Pertanto ritiene necessaria l'istituzione di un comitato interministeriale fra il Ministero della Pubblica Istruzione e quello della Sanità, con la collaborazione del Ministero della Ricerca scientifica, al fine di formulare precise

¹²³ Ibidem.

¹²⁴ C. Giorgi, I. Pavan, *Le lotte per la salute in Italia e le premesse della riforma sanitaria. Partiti, sindacati, percorsi biografici (1958-1978)*, Studi Storici, n. 2, 2019, Carocci editore, pp. 3-41.

proposte sui seguenti punti:

- 1) Disciplina e regolamentazione delle facoltà medico-sanitarie, con annesse scuole di specializzazione in modo autonomo rispetto alle altre facoltà universitarie;
- 2) Previsione, per la facoltà di Medicina e Chirurgia, oltre che degli strumenti della ricerca e della didattica, anche di una struttura assistenziale proporzionata al numero degli studenti, da identificare in Policlinici universitari, Ospedali di insegnamento e in Centri Universitari Ospedalieri;
- 3) Configurazione delle suddette strutture scientifiche, didattiche ed assistenziali come strutture speciali amministrative autonome;
- 4) Criteri per la preparazione culturale, la formazione professionale e le carriere del personale paramedico ed in generale del personale tecnico diplomato operante nei vari settori del Servizio Sanitario Nazionale;
- 5) Criteri per l'avvio e la regolamentazione di un programma di educazione permanente, sia sotto il profilo professionale, per tutti gli operatori sanitari a qualsiasi livello. Possibilità e modalità per utilizzare a fini didattici anche ospedali e strutture sanitarie del SSN.¹²⁵

Chiaramente, nel corso degli anni Settanta, i dibattiti sulla riorganizzazione del settore riguardarono tutti gli aspetti coinvolti nella riforma, non soltanto quello del personale ospedaliero, e il dibattito complessivo sarà oggetto dei prossimi capitoli, in particolare quelli più direttamente riguardanti la riforma del 1978.

¹²⁵ ACS, Ministero della Salute, Consiglio Superiore della Sanità, b. 168, *Le facoltà medico-sanitarie e l'educazione dei professionisti*, marzo 1974.

COMPOSIZIONE DEL CSS DAL 1950 AL 1978

CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITA' 1950-1954

Presidente: Cesare Frugoni, vice presidente: prof. Luigi Piras.

Componenti: Aiello Giuseppe, Altara Iginio, Attili Sordello, Auricchio Luigi, Balducci Gaetano, Bastianelli Giuseppe, Bergami Gino, Bonino G. Battista, Busca Luigi, Caronia Giuseppe, Carrante Aurelio, Cassano Cataldo, Carta Mario, Cramarossa Saladino, Cossu Salvatore, Costantini Gennaro, Cilli Vittorio, Daconto Vincenzo, Di Donna Pietro, Di Mattei Pietro, De Marzi Guido, Ferri Guido, Frugoni Cesare, Gasbarrini Antonio, Gozzano Mario, Ippolito Girolamo, Lazzé Tullio, L'Eltore Giovanni, Lenzi Gaspare, Marchetti Paolo, Marotta Domenico, Mazzetti Giuseppe, Maroi Lanfranco, Orsi Giovanni, Paolucci Roberto, Papaldo Giovanni, Parlato Giuseppe, Pegreffì Antonio, Perrino Antonio, Pezzana Luigi, Ponte Dino, Piras Luigi, Puntoni Vittorio, Ragazzi Alberto, Schimenti Giovanni, Sorge Giuseppe, Tesauo Giuseppe, Tinti Guido, Torrente Andrea, Tommasi Ludovico, Varvaro Giovanni Battista, Veronese Dino.

CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITA' 1954-1958

Presidente: Cesare Frugoni, vice presidente: Patrisi prof. Dott. Tommaso;

Componenti di diritto: Altara Iginio, Bertone Benvenuto, Bilancia Francesco, Brienza Antonio, Chiarolanza Raffaele, Cramarossa Saladino, Cuccia Francesco, Didonna Pietro, Di Lullo Alfredo, Foresti Carlo, Luzzi Maria Vittoria, Marini Carlo, Marotta Domenico, Pepe Guglielmo, Settimi Mario.

Componenti nominati con decreto del Presidente della Repubblica: Arredi Filippo, Bergami Gino, Bonino Giovan Battista, Bossa Guido, Busca Luigi, Caronia Giuseppe, Cassano Cataldo, Catteruccia Crispino, Cerruti Carlo Francesco, Cilli Vittorio, De Fazi Remo, Diana Francesco, Di Mattei Pietro, Erede Ugo, Fiorini Mario, Foltz Pino, Frugoni Cesare, Gasbarrini Antonio, Giovanardi Augusto, Gozzano Mario, La Torre Michele, Leinati Luigi, L'Eltore Giovanni Paolo, Marchetti Paolo, Maroi Lanfranco, Mastrosimone Carlo, Miraglia Domenico, Monacelli Mario, Morelli Eugenio, Parlato Giuseppe, Patrizi Fotide, Perrino Antonio, Petragnani Giovanni, Puntoni Vittorio, Raffaele Giulio, Ragazzi Carlo Alberto, Reale Adriano, Rolla Carlo, Rosati Togo, Rutoli Orazio, Scapaccino Mario, Tesauo Giuseppe, Torrente Andrea, Vigliani Enrico, Zancanaro Sisto.

CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITA' 1958-1961

Presidente: Cesare Frugoni

Vice presidente: Petragnani Giovanni

Segretario: Patrisi Tommaso

Componenti di diritto: Altara Iginio, Chiarolanza Raffaele, Cramarossa Saladino, Didonna Pietro, Di Lullo Alfredo, Gaviglio Sterbini Laura, Graziosi Dante, Lo Iacono Andrea, Luzzi Maria Vittoria, Marini Carlo, Marotta Domenico, Marzano Carlo, Montarsolo Carlo, Settimi Mario, Tamborlini Emilio, Turina Riccardo.

Componenti nominati dal P.d.R.: Arredi Filippo, Bergami Gino, Bonino Giovan Battista, Bossa Guido, Bozzi Carlo, Busca Luigi, Caboi Priamo, Caccuri Scipione, Cannavò Francesco, Caronia Giuseppe, Cassano Cataldo, D'Alessandro Giuseppe, De Fazi Remo, De Lorenzo Ferruccio, Di Mattei Pietro, Erede Ugo, Gozzano Mario, La Porta Enrico, Lomonaco Tommaso, Marchetti Paolo, Maroi Lanfranco, Messini Mariano, Miraglia Domenico, Monacelli Mario, Montroni Luigi, Morelli Eugenio, Nai Dino, Parlato Giuseppe, Petrilli Fernando Luigi, Pezzana Luigi, Piras Silvio, Pirelli Mario, Poggi Iginio, Puntoni Vittorio, Raffaele Giulio, Reale Adriano, Romano Aronne, Scapaccino Mario, Sposito Mario, Scrocca Pasquale, Tesauo Giuseppe, Tremiterra Salvatore, Valdoni Pietro,

Zambrano Elio, Zavagli Vittorio.

CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITA' 1961-1964:

Presidente: Frugoni prof. Dott. Cesare

Vice presidenti: Brotzu prof. Dott. Giuseppe, Di Mattei prof. Dott. Pietro

Segretario: Patrissi prof. Dott. Tommaso

Componenti di diritto: Ademollo Aldo, Albertario Paolo, Bellissario Paolo, Carapezza Giovanni, Chiarolanza Raffaele, Chiarotti Cesare, De Leoni Umberto, Didonna Pietro, Ferri Guido, Frittelli Flora, Gaviglio Sterbini Laura, Giacomello Giordano, Gotelli Angela, Graziosi Dante, Liuti Alberto, Marchese Vittorio, Marini Carlo, Marzano Carlo, Miraglia Domenico, Pagliari Giovanni, Purpura Rosario, Scapaccino Mario, Tamborlini Emilio, Traversa Emanuele.

Componenti nominati con decreto del Presidente della Repubblica: Aru Luigi, Avolio De Martino Gastone, Bergami Gino, Bertagnolio Corrado, Bietti Gianbattista, Borsellino Gioacchino, Brotzu Giuseppe, Caccuri Scipione, Casarosa Lisimaco, Cassano Cataldo, Cimmino Aldo, Comes Salvatore, Condorelli Luigi, Corghi Corrado, Crosti Agostino, D'Alessandro Giuseppe, De Gaetani Giovannino, De Toni Giovanni, De Lorenzo Ferruccio, Di Mattei Pietro, Dogliotti Giulio Cesare, Fagnoni Raffaello, Frugoni Cesare, Gaeta Antonino Pio, Gedda Luigi, Gozzano Mario, Marchetti Paolo, Maroi Lanfranco, Masoero Prospero, Mazzetti Giuseppe, Mennonna Gerardo, Messini Mariano, Mitolo Michele, Musante Carlo, Nai Dino Desiderio, Omodei Zorini Attilio, Paita Gino, Pece Luciano, Perrino Antonio, Petrilli Fernando Luigi, Piras Licheri Silvio, Poggi Igino, Raffaele Giulio, Romano Aronne, Romboli Bruno, Savoini Virginio, Scrocca Pasquale, Silvestroni Ezio, Sollazzo Germano, Soncini Eugenio, Spanò Guido, Supino Giulio, Tesauo Giuseppe, Turano Luigi, Valdoni Pietro.

CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITA' 1964 -1967:

Presidente: Frugoni Prof. Dott. Cesare

Vicepresidenti: Di Mattei Pietro, Giovanardi Augusto.

Componenti: Accardo Salvatore, Ademollo Aldo, Angelucci Nello, De Martino Gastone Avolio, Bertagnolio Corrado, Bessero Carlo, Bietti Gianbattista, Bonaventura Casale, Cerutti Pietro, Chiarolanza Raffaele, Chiarotti Cesare, Colarizi Arrigo, Collevati Raffaello, De Leoni Umberto, Del Vecchio Vittorio, De Toni Giovanni, De Mattei Piero, Donselli Carlo, Favilli Giovanni, Domenico Filippo, Frittelli Flora, Gaeta Pio, Giovanardi Augusto, Giua Michele, Gotelli Angela, Gozzano Mario, Gueli Ignazio, Lubrano Enrico, Marini Bettolo Marconi Giovan Battista, Masoero Prospero, Massieri Albino, Messini Mariano, Miraglia Domenico, Mitolo Michele, Muccio Giorgio, Cesaro Angelo Nunziante, Zorini Attilio Omodei, Paltrinieri Sebastiano, Perrino Antonio Vito, Pezzi Giuseppe, Romanzi Carmine, Satta Ernesto, Savoini Virgilio, Scrocca Pasquale, Seppilli Alessandro, Sollazzo Germano, Straniero Ignazio, Suzzi Valli Enea, Tesauo Giuseppe, Turano Luigi, Valdoni Pietro, Valentini Mario.

CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITA' 1967-1970

Presidente: Valdoni Pietro

Vicepresidenti: Di Mattei Pietro, Giovanardi Augusto

Componenti: Accardo Salvatore, Ansalone Francesco, Aru Luigi, Asdrubali Mario, De Martino Gastone Avolio, Bellissario Paolo, Beretta Anguissola Alessandro, Bergami Gino, Bianchi Carlo Mario, Bietti Gianbattista, Bossa Guido, Bruni Giancarlo, Cannavò Francesco, Cannavò Letterio, Casula Duilio, Checcacci Luigi, Chiarotti Cesare, Collavati Raffaello, Comel Marcello, Comes Salvatore, Dato Bernardo, De Legni Umberto, Demanega Pallocchia Luciana, Di Mattei Pietro,

Donzelli Carlo, Evangelisti Giuseppe, Ferolla Stelio, Gaeta Pio, Giannattasio Carlo, Giolitti Giovanni, Giovanardi Augusto, Gotelli Angela, Gueli Ignazio, Jadevaia Francesco, Lanni Diodato, Losito Paola, Maccolini Roberto, Marini Bettolo Gianbattista, Marzano Carlo, Masoero Prospero, Massani Mario, Mazzetti Giuseppe, Messini Mariano, Monaldi Vincenzo, Murano Giulio, Perrino Vito, Pianese Luigi, Polini Roberto, Politi Lamberto, Polizzi di Sorrentino Alessandro, Poppi Arrigo, Reale Lorio, Romanzi Carmine, Scanga Francesco, Scrocca Pasquale, Seppilli Alessandro, Siliprandi Norris, Solarino Giuseppe, Spanò Guido, Suzzi Valli Enea, Tamborlini Emilio, Tappi Emilio, Tesauo Giuseppe, Turano Luigi, Valdoni Pietro.

CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITA' 1970-1973

Presidente: Valdoni Pietro

Vicepresidenti: Di Mattei Pietro, Giovanardi Augusto.

Segretario generale: Bellanti Filippo.

Componenti di diritto: Bagnulo Antonio, Bellani Luigi, Bellissario Paolo, Bessero Carlo, Cannavò Francesco, Cantoni Antonia, Comes Salvatore, Dato Bernardo, De Lorenzo Ferruccio, Gotelli Angela, Graziosi Dante, Guerrieri Danilo, Loreto Giovanni, Marini Bettolo Marconi Giovan Battista, Marzano Temistocle, Moro Pietro, Nuzzolillo Luigi, Pallocchia Demanega Luciana, Peratoner Ugo, Pianese Luigi, Politi Lamberto, Quaroni Pietro, Rigi Agostino, Roselli Ferdinando, Scanga Francesco, Stammati Gaetano.

Componenti nominati con decreto del Presidente della Repubblica: Accardo Salvatore, Amaldi Edoardo, Andreis Mario, Angelillo Bruno, Aru Luigi, Avolio De Martino, Batini Franco, Beguinot Corrado, Benagiano Andrea, Bergami Gino, Bianchi Carlo Maria, Bietti Giambattista, Biocca Ettore, Bossa Guido, Bruni Giancarlo, Carbone Eugenio, Casula Duilio, Cavallero Cesare, Cerutti Pietro, Ciaranfi Enrico, Commino Aldo, Collevati Raffaello, Condorelli Luigi, Custureri Salvatore, Dal Prà Letterio, Dandi Giuseppe, Del Vecchio Vittorio, De Meo Giuseppe, Di Mattei Pietro, Filippo Domenico, Gerin Cesare, Giannattasio Carlo, Giolitti Giovanni, Giovanardi Augusto, Giunchi Giuseppe, Gozzano Mario, Gueli Ignazio, Iadevaia Francesco, Lanni Diodato, L'Eltore Giovanni Paolo, Leoni Bruno, Maccolini Roberto, Malatesta Lamberto, Masoero Prospero, Massani Mario, Massi Osvaldo, Mazzetti Giuseppe, Mendia Luigi, Messini Mariano, Murano Giulio, Paci Pietro, Perrino Vitantonio, Petrilli Ferdinando, Polli Elio, Poppi Arrigo, Ratti Arduino, Reale Lorio, Romanzi Carmine, Rossi Fanelli Alessandro, Seppilli Alessandro, Signorile Claudio, Spadolini Pierluigi, Spanò Guido, Stefanini Paride, Sternini Giorgio, Suzzi Valli Enea, Tappi Guido, Tesauo Giuseppe, Valdoni Pietro, Vaudano Francesco.

CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITA' 1973-1976

Presidente: Valdoni prof. Pietro

Vicepresidenti: Bergami Augusto, Giovanardi Augusto

Segretario generale: Graziano Felice

Componenti di diritto: Ambrogio Paolo Emilio, Bagnulo Antonio, Bellani Luigino, Bellazzi Luigi, Bessero Carlo, Bordigoni Natalino, Cannavò Francesco, Cantoni Antonia, De Lorenzo Ferruccio, Demanega Pallocchia Luciana, Di Chio Vincenzo, Geraci Calogero, Giannico Luigi, Graziosi Dante, Guerrieri Danilo, Loré Lorenzo, Milazzo Vincenzo, Monti Mario, Nuzzolillo Luigi, Petriccione Luigi, Pocchiari Francesco, Poggiolini Duilio, Politi Lamberto, Salis Gavino, Stupazzoni Giorgio.

Membri Nominati: Accardo Salvatore, Ambrosioni Pietro, Angelillo Bruno, Ansalone Franco, Aru Luigi, Avolio De Martino Gastone, Ballesio Pierluigi, Barberi Salvatore, Beguinot Corrado, Bergami Gino, Biagini Carissimo, Bianchi Carlo Maria, Bietti Giambattista, Biocca Ettore, Bossa

Guido, Bruni Giancarlo, Carmanni Francesco, Casula Duilio, Ciaranfi Enrico, Cimmino Aldo, Condorelli Luigi, Daddi Giuseppe, De Grazia Giuseppe, De Meo Giuseppe, Fazio Cornelio, Germinale Tomaso, Giannattasio Carlo, Giano Andrea, Giolitti Giovanni, Giovanardi Augusto, Giunchi Giuseppe, Lanni Diodato, L'Eltore Giovanni Paolo, Lubrano Enrico, Maccolini Roberto, Mancini Antonio, Manzari avv. Giuseppe, Marcozzi Giovanni, Masoero Prospero, Massani Mario, Massi Osvaldo, Mendia Luigi, Messini Mariano, Palma Gerardo, Paroli Eugenio, Perrino Vito Antonio, Polistena Salvatore, Poppi Arrigo, Pulci Paolo, Quagliariello Ernesto, Reale Lorio, Ricci Germano, Rizzoli Carlo, Romanzi Carmine, Rossi Fanelli Alessandro, Roveri Armando, Sanna Antonio, Scimemi Gabriele, Seppilli Alessandro, Serri Ferdinando, Spirito Aldo, Stefanini Paride, Suzzi Valli Enea, Tappi Guido, Tesauro Giuseppe, Valdoni Pietro, Vaudano Francesco.

CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITA' 1976-1978

Presidente: Cimmino Aldo

Vicepresidenti: Giovanardi Augusto, Beretta Anguissola Alessandro

Segretario generale: Merletta Mario

Membri nominati: Angelillo Bruno, Ansalone Francesco, Aru Luigi, Ballesio Pierluigi, Beguinot Corrado, Bellacci Riccardo, Beretta Anguissola Alessandro, Bevilacqua Claudio, Biagini Carissimo, Biocca Ettore, Bossa Guido, Brenna Antonio, Bruni Gian Carlo, Cambruzzi Romualdo, Cammarella Bruno, Carezza Luigi, Casula Duilio, Cavaliere Ruggero, Cheli Enrico, Cimmino Aldo, Condorelli Luigi, Curto Giovanni Maria, D'Arca Salvatore Ugo, De Bastiani Giovanni, De Meo Giuseppe, Di Maria Giuseppe, Dorà Francesco, Faccincani Franco, Fazio Cornelio, Fronzaroli Lucangelo, Gallo Ennio, Gerin Cesare, Germinale Tomaso, Giannattasio Carlo, Giolitti Giovanni, Giovanardi Augusto, Giunchi Giuseppe, Gubernale Andrea, Guzzanti Elio, Iandolo Costantino, Leopizzi Felice, Lisasi Tommaso, Livrea Gaetano, Malan Edmondo Dino Raoul, Mantovani Adriano, Manzari Giuseppe, Mendia Luigi, Messini Mariano, Paroli Eugenio, Perrino Vito Antonio, Pontieri Giuseppe, Poppi Arrigo, Reale Lorio, Ribuffo Antonio, Ricci Germano, Rossi Fanelli Alessandro, Sanna Antonio, Scarponi Sabino, Seppilli Alessandro, Soreca Antonio, Stefanini Paride, Suzzi Valli Enea, Tappi Guido, Tesauro Giuseppe, Tomaselli Salvatore, Trabucchi Emilio.

Capitolo 2

Il lavoro del CSS: 1950-1960

2.1 Le attività

Come anticipato, le attività del Consiglio Superiore subirono un arresto dovuto alla Seconda Guerra Mondiale, e non ripresero fino al 1950¹. Con regio decreto-legge 30 ottobre 1943, n. 2.B, infatti, era stata sospesa l'applicazione delle norme richiedenti il parere di organi consultivi e tecnici per l'emanazione di decreti e provvedimenti; era così venuto a cessare anche il funzionamento del CSS. Per dare comunque all'Alto Commissario per la Sanità pubblica un organo di consultazione, veniva istituita, con decreto legislativo luogotenenziale 22 marzo 1945, n. 136, una Commissione consultiva centrale di sanità, che avrebbe dovuto funzionare fino ad un anno dopo la cessazione dello stato di guerra.² Tuttavia la sua nascita avveniva troppo poco prima della conclusione delle ostilità: questa Commissione non si riunì mai effettivamente³. Negli anni dell'immediato dopoguerra, dunque, l'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica operò senza l'ausilio del CSS.

In assenza di un organo consultivo sanitario, nel 1948 De Gasperi presentò all'XI Commissione del Senato il progetto di legge *Modifiche alla composizione del Consiglio Superiore di Sanità e ad alcune sue attribuzioni*, che venne approvato in Senato e poi discusso in Commissione alla Camera nel gennaio 1949⁴. Si ebbe dunque in Commissione parlamentare un dibattito sull'opportunità delle modifiche introdotte e sulla qualità di questa legge. Secondo Benigno Zaccagnini⁵, relatore per la

¹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 41, *Adunanza generale del 13 luglio 1950*.

² Atti parlamentari, Commissione XI Lavoro e previdenza sociale, I legislatura, Discussione e approvazione legge n. 101 del 21 marzo 1949, *Modifiche alla composizione del CSS ed a talune sue attribuzioni*, 19 gennaio 1949.

³ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 40, *Osservazioni sulla ripresa delle attività*, dicembre 1950.

⁴ Le modifiche venivano apportate all'articolo 12 del Testo unico delle leggi sanitarie del 1934; la nuova composizione comprendeva: quattordici dottori in medicina, scelti preferibilmente tra i professori universitari degli ambiti richiesti (medicina preventiva, malariologia, medicina generale, fisiologia, pediatria, medicina del lavoro, tisiologia, dermosifilopatia, ginecologia e ostetricia e chirurgia generale); due dottori in veterinaria; due ingegneri esperti in ingegneria sanitaria; un dottore in chimica; un farmacologo; due ufficiali sanitari capi di ufficio di igiene; due medici ospedalieri e un farmacista direttore di farmacia; due medici condotti; due professori dei ruoli delle facoltà di medicina e chirurgia, direttori di istituti di clinica di un giureconsulto; di nove membri designati da alcuni Ministeri; di un rappresentante della Croce rossa italiana; di un rappresentante medico dell'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia; di un ufficiale generale medico nominato dal Ministero della difesa. Inoltre facevano parte del CSS: il segretario generale dell'Alto commissariato per l'igiene e la sanità pubblica (ACIS); l'ispettore generale dei servizi medici dell'ACIS; l'ispettore generale dei servizi veterinari e un ispettore generale chimico-farmacista dell'ACIS; il ragioniere generale dello Stato o un funzionario da lui delegato; il direttore generale dell'urbanistica e delle opere igieniche del Ministero dei lavori pubblici; il capo dell'ufficio sanitario delle Ferrovie dello Stato; il capo dell'Ispettorato medico del lavoro; i presidenti delle Federazioni nazionali delle professioni sanitarie.

⁵ Benigno Zaccagnini (Faenza, 1919-1989), medico, membro dell'Assemblea Costituente, Segretario della Democrazia Cristiana dal 1975 al 1980, sottosegretario al Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale nel governo Fanfani II, Ministro del Lavoro e della Previdenza sociale nel governo Segni II e nel governo Tambroni, Ministro dei Lavori Pubblici nel governo Fanfani III.

proposta, il disegno di legge aveva molti difetti, ma la sua accettazione era necessaria per l'urgenza della situazione e perché doveva essere presto nuovamente modificato:

Io non approvarei questa composizione, se non vi fosse il motivo pratico di cui parlavo prima [l'urgenza di dotare l'Alto Commissariato di un organo consultivo, ndr]. La raccomando tuttavia all'approvazione della Commissione, perché quest'organo dovrà subire più radicali modifiche in sede di riforma sanitaria, e pertanto mi pare che non valga la pena oggi di affrontare questo problema.⁶

All'effettiva approvazione ed implementazione di una riforma sanitaria complessiva mancavano ancora quasi trent'anni, eppure l'assetto dell'amministrazione sanitaria del dopoguerra e dei suoi organi veniva concepito come transitorio e veniva organizzato di conseguenza. Dopo aver rigettato la richiesta della Commissione I per gli Affari interni di partecipare alla discussione relativa a questo disegno di legge⁷, l'intervento del medico comunista Aldo Cucchi⁸ poneva un'altra questione importante per il nuovo CSS, questa volta in merito all'elettività dell'organo:

Non siamo d'accordo [...] sul modo con il quale vengono designati i rappresentanti, o almeno una parte di essi. Se dal punto di vista della nomina del Presidente siamo a posto, in quanto esso viene eletto, non lo siamo invece dal punto di vista della nomina dei membri. Questo disegno di legge conserva il sistema della precedente legge, apportandovi solo modifiche di forma, ma lasciandone immutato lo spirito. Infatti, tutti i membri del Consiglio Superiore, o lo sono di diritto o sono nominati con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri, mentre tutti gli altri Consigli superiori consultivi – compreso quello della pubblica istruzione – hanno un notevole numero di membri elettivi. Non vedo la ragione perché anche qui non vi debbano essere dei membri designati dalle rispettive organizzazioni professionali. Questo sarebbe – a mio avviso – necessario, affinché vi fosse una partecipazione diretta di tutte le organizzazioni sanitarie, che hanno come finalità la tutela della sanità pubblica.⁹

Il socialista Nicola Perrotti¹⁰ si dichiarava d'accordo con la necessità di aumentare la partecipazione delle amministrazioni periferiche nel lavoro degli organi centrali. Nel suo intervento inoltre ricordava che già due anni prima si era presentato un disegno di legge per la ricostituzione del CSS, per venire incontro alle necessità dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica, e che in quella circostanza i “soliti contrasti che spesso si verificano”¹¹ ne avevano impedito l'approvazione. Uno dei motivi di dissenso tra le parti politiche era proprio l'elettività dei componenti del Consiglio. L'ex Alto Commissario Perrotti sostenne infatti che egli aveva cercato, in quella occasione, di conferire

⁶ Atti parlamentari, Commissione XI Lavoro e previdenza sociale, I legislatura, Discussione e approvazione legge n. 101 del 21 marzo 1949, *Modifiche alla composizione del CSS ed a talune sue attribuzioni*, 19 gennaio 1949, p. 68.

⁷ S. Luzzi, *Salute e sanità nell'Italia contemporanea*, Donzelli, Roma 2004, pp. 181-193.

⁸ Aldo Cucchi (Reggio Emilia, 1911-1983), sottotenente medico durante la Seconda Guerra Mondiale, durante la Resistenza vicecomandante della divisione partigiana Bologna, dal 1945 medico legale e deputato per il PCI, dal 1951 fonda il Movimento Lavoratori Italiani e termina la sua attività politica nel PSDI.

⁹ Atti parlamentari, Commissione XI Lavoro e previdenza sociale, I legislatura, Discussione e approvazione legge n. 101 del 21 marzo 1949, *Modifiche alla composizione del CSS ed a talune sue attribuzioni*, 19 gennaio 1949, p. 69.

¹⁰ Nicola Perrotti (Penne, 1897-1970), medico e psicoanalista, socialista, membro della Consulta nel 1945 e dal 1945 al 1948 Alto Commissario per l'Igiene e la Sanità pubblica.

¹¹ Atti parlamentari, Commissione XI Lavoro e previdenza sociale, I legislatura, Discussione e approvazione legge n. 101 del 21 marzo 1949, *Modifiche alla composizione del CSS ed a talune sue attribuzioni*, 19 gennaio 1949, p. 70.

alla Federazione dell'ordine dei medici la possibilità di eleggere dei loro rappresentanti; era sorto però un conflitto con il Ministero della Pubblica Istruzione. Secondo Perrotti, infatti, un buon medico clinico avrebbe potuto senza problemi far parte del Consiglio, poiché gran parte dei problemi discussi erano di natura non accademica, o comunque “non necessariamente legati a una cattedra universitaria”. Il Ministero della pubblica istruzione, tuttavia, fece pressioni affinché venisse inserito nel disegno di legge la dicitura “scelti fra i docenti universitari”. Secondo Perrotti, questo tipo di atteggiamento lasciava presagire che si volesse costituire un organo “piuttosto addomesticato”. Perrotti proponeva quindi, per una esigenza di maggiore democraticità, di sospendere la discussione per permettere la proposta al Governo di un nuovo disegno di legge, in cui le nomine fossero effettuate dagli organi di categoria. La proposta viene rifiutata, con la rassicurazione da parte dell'Alto Commissario per l'Igiene e la Sanità pubblica Cotellessa¹² che non si sarebbe proceduto alle nomine se non attraverso l'indicazione di associazioni scientifiche o organismi che parlassero in nome di associazioni di categoria. Tuttavia, le rimostranze di scarsa democraticità dell'organo rimasero: Perrotti, come segnale di maggior coinvolgimento della categoria medica, avanzò la proposta di portare a quattro i medici condotti, con “l'espressa intenzione di protestare contro la scarsa democraticità di questo Consiglio superiore di sanità.”¹³ Perrotti continuò a ritenere la legge non democratica fino alla sua approvazione, e i rappresentanti del PCI continuarono ad opporvisi; ciononostante, la legge fu approvata e il ricostituito Consiglio Superiore di Sanità iniziò i suoi lavori il 13 luglio 1949 con l'elezione del suo Presidente, Cesare Frugoni, e del vicepresidente Luigi Piras, medico igienista.

Dopo l'espletamento delle questioni relative alla presidenza, il lavoro del Consiglio iniziò con l'analisi di progetti di opere igieniche: il primo ad essere analizzato fu quello dell'acquedotto di Ariano Irpino. Il problema principale che veniva alla luce era quello di un progetto eccessivamente schematico, privo del necessario livello di dettaglio per poter fornire un'approvazione o un rigetto; in questi termini si esprimeva Saladino Cramarossa, professore di Igiene applicata all'ingegneria presso l'Università di Torino e già componente del CSS prima della pausa bellica:

Nei quindici anni in cui ho fatto parte del Consiglio non mi sono mai trovato di fronte a progetti così sommari. Si deve peraltro tenere presente che il Consiglio si riunisce dopo nove anni, che per nove anni non si sono costruite opere igieniche e che va pertanto agevolata la ripresa, salvo ad esplicitare, da parte dell'Alto Commissariato, una tenace azione perché si ritorni all'accurata documentazione richiesta dalla legge. [...] Esprime quindi parere che si dia un'approvazione di massima, richiedendo all'Ente di completare le misurazioni di portata e le indagini analitiche e raccomandando alla competente divisione dell'ACIS di esplicitare azione perché si ritorni alla prassi consueta.¹⁴

¹² Mario Cotellessa (Lanciano, 1897-1978), medico, membro DC, Alto Commissario per l'Igiene e la Sanità pubblica dal 1948 al 1953, Presidente della XIV Commissione Igiene e sanità pubblica della Camera dei Deputati dal 1959 al 1962.

¹³ Atti parlamentari, Commissione XI Lavoro e previdenza sociale, I legislatura, Discussione e approvazione legge n. 101 del 21 marzo 1949, *Modifiche alla composizione del CSS ed a talune sue attribuzioni*, 11 marzo 1949, p. 120.

¹⁴ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 41, *Ariano Irpino e Vallata (Avellino) – Ente*

Uno degli effetti dell'assenza del lavoro del CSS era stata quindi una minore capacità di supervisione sulle opere pubbliche da parte dell'amministrazione sanitaria, come testimonia anche la documentazione dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica¹⁵. Nella prima fase dei lavori del Consiglio, la collaborazione con l'Alto Commissario rimase stretta: durante la seduta del 25 ottobre 1950, ad esempio, Cotellessa intervenne all'inizio dell'adunanza, sostenendo di aver premuto affinché venissero inseriti all'ordine del giorno dei progetti di legge di iniziativa parlamentare di cui aveva richiesto la sospensione alla Camera, per poter avere il parere del CSS. Questo tipo di attenzione da parte dell'Alto Commissario rimase costante per tutta la fase di vita dell'Alto Commissariato, particolarmente attento a una collaborazione con il Consiglio Superiore di Sanità in occasione delle grandi decisioni relative alla sanità pubblica di questi anni.¹⁶

Un esempio risalente a questo primo periodo di attività del Consiglio, che dimostra la forte volontà di coinvolgimento dell'ente nei lavori di riorganizzazione della sanità italiana, è la discussione sullo "schema di disegno di legge riguardante la disciplina del Servizio di trasfusione del sangue umano".¹⁷ Il relatore del tema al Consiglio, professor Paolucci, espresse innanzitutto il consenso della commissione relatrice incaricata sull'opportunità di organizzare un servizio trasfusionale sul piano nazionale, inesistente alla data del 1950¹⁸. Oltre a numerose osservazioni organizzative, come il piano di coordinamento tra centro e periferie, il rapporto con le banche del sangue esistenti e i centri trasfusionali già operanti presso alcuni ospedali, particolarmente interessante sembra il dibattito relativo all'ipotesi della vendita di sangue per le trasfusioni:

Osserva il prof. Attili che in Italia, come in altri Paesi ritenuti più organizzati, è difficile reperire sangue: fissando una tariffa nazionale, anche se permane il concetto di vendita dei prodotti, si porta la prestazione del donatore su un piano di dignità, impedendo contrattazioni, senza ledere l'alto valore morale dell'offerta del sangue.¹⁹

L'iter e le responsabilità dei servizi di trasfusione del sangue infatti, nel 1950, non erano ancora chiari; il relativo dibattito offre un buon esempio del livello di implementazione in cui si trovavano in quel periodo alcuni servizi che, sebbene minori, erano di fondamentale importanza per il funzionamento degli ospedali, delle sale operatorie, della presa in carico delle emergenze. Il servizio inerente alla raccolta di sangue per le trasfusioni nacque per iniziativa di privati a

autonomo Acquedotto Pugliese, p. 11.

¹⁵ ACS, Ministero della Sanità, Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica, b. 2, *Concessione di contributi*, 23 luglio 1952.

¹⁶ Spesso l'Alto Commissario faceva delle rapide visite all'inizio delle sedute del CSS, e ciò diveniva più frequente nel caso in cui si discutesse di importanti questioni per la sanità pubblica. Frequenti furono anche, negli anni presi in considerazione, le sollecitazioni dell'Alto Commissario a inserire dei punti in discussione in Parlamento all'interno delle sedute del CSS.

¹⁷ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 41, *Verbale dell'assemblea generale del 25/10/1950*, p. 56.

¹⁸ *Ibidem*.

¹⁹ *Ivi*, pp. 61-62.

Milano, attraverso adesione spontanea e gratuita. L'associazione, apolitica e anticonfessionale, veniva riconosciuta dal Ministro dell'Interno nel 1936²⁰, per poi finire vittima della volontà accentratrice del fascismo, che l'anno dopo la sciolse istituendo dei "Comitati del sangue" provinciali, con lo scopo dichiarato di rendere uniforme l'esercizio delle trasfusioni. Durante questi anni, del resto, la fiducia da parte delle popolazioni nei confronti di una pratica precedentemente oggetto di superstizione cresceva; probabilmente, il numero in aumento di persone disposte a donare sangue o ad accettare donazioni rendeva questo movimento abbastanza grande da attirare le attenzioni accentratrici del fascismo nei confronti dei movimenti sociali.²¹ Il decreto che scioglieva l'Associazione volontaria donatori di sangue, per questo motivo, aveva la pecca di occuparsi più della parte burocratica che di quella tecnica ed organizzativa, che invece era quella che necessitava di maggiore intervento.

Con la liberazione del territorio nazionale dopo la fine della Seconda Guerra Mondiale, l'Associazione volontaria donatori di sangue riprese le sue attività a livello locale e provinciale, con il nome di AVIS. Tuttavia, nel 1947 la competenza in merito venne nuovamente data dallo Stato a un'altra organizzazione: questa volta si trattava della Croce Rossa Italiana. Contro tale decisione l'AVIS insorse, provocando il dibattito di cui si occupò anche il Consiglio Superiore di Sanità. La Croce Rossa si trovava, in quello stesso momento, coinvolta nella gestione di un grosso finanziamento, attraverso le pressioni dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica, dall'U.N.R.R.A.²² per la costruzione di un centro a Roma, in cui convogliare le donazioni di sangue, tenerle in deposito in caso di necessità, lavorarle e distribuirle²³. A questo proposito, la Direzione Generale dei Servizi medici dell'Alto Commissariato sosteneva che:

Lo schema inoltre prevede [...] l'istituzione a Roma di un "Centro Nazionale per lo studio dei problemi attinenti alla trasfusione del sangue e la produzione dei suoi derivati" – che servirà anche come Centro provinciale della circoscrizione di Roma.

L'importanza di un tale centro è sostanziale ai fini di una efficiente organizzazione nazionale: i suoi compiti precisati e presumibili sono essenziali: la preparazione dei derivati del sangue e dei sieri emodiagnostici, la costruzione di stoks di derivati, la preparazione del materiale trasfusionale standardizzato, il ricondizionamento degli apparecchi dopo le trasfusioni, l'addestramento del personale tecnico, lo studio delle norme tecniche generali, la raccolta e l'elaborazione dei dati statistici, la preparazione e la distribuzione del materiale di propaganda.²⁴

A questo proposito, Giovanardi²⁵ prospettava la possibilità che nello schema di legge venissero

²⁰ Atti parlamentari, I legislatura, Commissione XI Lavoro e previdenza sociale, *Discussione della proposta di legge Disciplina giuridica ed organizzazione dei servizi della trasfusione del sangue*, 14 dicembre 1949, p. 255.

²¹ Riferimento su fascismo e movimenti sociali. La modernizzazione corporativa?

²² Ivi, p. 258.

²³ Ibidem.

²⁴ Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, *Relazione per il Consiglio Superiore della Sanità del disegno di legge: disciplina della trasfusione del sangue*, p. 110.

²⁵ Augusto Giovanardi (Forlì 1904-2005), professore universitario, insegnò Igiene nelle Università di Siena, Padova e

introdotte delle norme circa la produzione e il commercio dei derivati del sangue umano: plasma normale e plasma secco; sieri umani immuni, gammaglobuline, derivati per uso chirurgico ecc., sostenendo che l'impiego di tali derivati era destinato ad aumentare.²⁶ Egli proponeva di usare, nel campo della produzione degli emoderivati, dei complessi industriali o semi-industriali già esistenti, dotati o che avrebbero potuto dotarsi delle attrezzature necessarie.²⁷ Tenendo presenti alcune modifiche, quindi, il Consiglio espresse parere favorevole all'approvazione del progetto di legge,

con la raccomandazione [...] di voler considerare nel detto Regolamento i complessi problemi relativi:

- a) ai rapporti tra gli istituti autorizzati alla produzione delle specialità medicinali e i servizi preposti alle attività trasfusionali, specie per quanto attiene alla produzione dei derivati del sangue e alla loro distribuzione;
- b) ai rapporti tra i centri provinciali e gli ospedali presso i quali i centri stessi saranno istituiti;
- c) alla gestione dei centri, anche agli effetti di stabilire le modalità delle prestazioni.²⁸

Un altro tema di notevole importanza su cui l'Alto Commissario chiedeva che il Consiglio Superiore di Sanità si esprimesse nella stessa data è il "Disegno di legge per l'ammissione delle infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana al 2° anno di corso delle scuole-convitto professionali per infermiere". Si è già accennato all'importanza della questione negli anni dell'immediato dopoguerra, e quello della qualificazione dei paramedici sarà un tema che caratterizzerà la sanità italiana fino ad anni molto recenti.²⁹ In questo caso, il Consiglio veniva chiamato a pronunciarsi in proposito di tre schemi di provvedimento, predisposti dall'Alto Commissariato: il primo apportava delle modifiche al Testo Unico delle Leggi Sanitarie, sulla disciplina delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie. Nei nuovi testi, sosteneva il relatore, si trovava l'enunciazione di un più moderno elenco di arti sanitarie tra le quali "primeggia per importanza tecnica e sociale ed anche per discutibilità l'arte di infermiere generico"³⁰. Il secondo invece definisce le norme di acquisizione del titolo, i programmi e gli esami necessari; infine un terzo schema istituiva, presso ospedali o altri enti, nuove scuole per infermieri generici, sia uomini che donne. Il relatore osservava che:

Non occorre far rilevare il carattere consequenziale che unisce questi tre schemi e ne fa un complesso di importanza capitale nello svolgimento dell'attività sanitaria nazionale;

Milano. Uno dei protagonisti delle battaglie del dopoguerra per l'attuazione di uno schema sanitario pubblico che prendesse spunto dal piano Beveridge, preparò un famoso vaccino contro il tifo e il paratifo che va sotto il nome di vaccino di Giovanardi.

²⁶ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 41, *Discussione sui derivati del sangue umano*, p. 143.

²⁷ Ibidem.

²⁸ Ministero della Sanità, Consiglio della Sanità, Verbali, b. 41, *Adunanza generale del 25 ottobre 1950*, p. 108.

²⁹ F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*, Il pensiero scientifico, Roma 2009, p. 98.

³⁰ Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 41, *Verbale dell'assemblea generale del 25/10/1950*, p. 67.

ma prima di addentrarsi nell'esame dei singoli provvedimenti e della loro struttura, occorre puntualizzare due aspetti caratteristici di essi, e cioè:

- 1) la definizione giuridica e tecnica di nuove arti sanitarie è conseguenza dell'evoluzione delle scienze mediche che ha creato specialità e manovre aventi caratteristiche originali e proprie; sotto questo punto di vista l'elenco delle arti sanitarie deve considerarsi aperto per inserirvi gli esecutori di nuove tecniche: così come viene saggiamente proposto dal progetto in esame;
- 2) la rinascita di un'attività (quella degli infermieri generici maschi e femmine), che avrebbe dovuto essere sostituita da quella delle infermiere professionali diplomate, viene proposta come inevitabile soluzione di un problema ormai urgentissimo: quello di assicurare ai malati, non sufficientemente assistiti dal valentissimo ma sparuto gruppo delle infermiere professionali, l'opera di un compatto esercito di infermieri generici meglio preparati dei vecchi infermieri autorizzati e degli abusivi creati in modo incontrollato da corsi dilettantistici e dalla frequenza per umili servizi di ambulatori, studi, case di salute e perfino ospedali.³¹

Già nella prima seduta del ricostituito CSS, veniva richiesto un parere a proposito delle professioni paramediche: la necessità di un aggiornamento in merito era fortemente avvertita, e ve ne era consapevolezza sia presso l'Alto Commissariato sia presso il Consiglio. Nel nuovo disegno di legge venivano inoltre riconosciuti tre nuovi tecnici specialisti, ovvero il radiologo, il chimico igienista e il laboratorista clinico³². Il CSS plaudeva al riconoscimento di tali figure, raccomandando il giusto riconoscimento, anche economico, a questi tecnici non laureati e auspicando che lo stesso trattamento venisse riservato all'ottico, il quale, sebbene sotto la responsabilità del medico, svolgeva una imprescindibile funzione assistenziale. Il Consiglio suggeriva anche che venisse valorizzata la funzione dell'odontotecnico, permettendogli di eseguire delicate operazioni di meccanica e di aggiustaggio richieste dalla messa in opera degli apparecchi di protesi, mentre suscitava perplessità la definizione, suggerita dal disegno di legge, di "tecnico di estetica e di cosmesi". La figura è collegata ai primi passi dell'industrializzazione dell'estetica, e risponde alle esigenze di una società che, progressivamente, cominciava a migliorare le proprie condizioni socio-economiche. Già nel 1950, il CSS sosteneva che un tecnico di questo tipo usava nella sua attività "calore secco ed umido, luci, radiazioni, energia meccanica, corrente elettrica e prodotti chimici di ogni genere, quasi tutti ai confini della tossicità o francamente velenosi"³³. Secondo l'opinione del Consiglio, era quindi molto saggio inserire la figura del tecnico di cosmesi ("che va dal parrucchiere con un salone dotato di caschi della permanente elettrica, il depilatore, il massaggiatore, il callista...") nell'alveo della vigilanza sanitaria, sebbene riconoscesse la necessità di una definizione più precisa di tale arte. Analoghe osservazioni riguardavano la figura della puericultrice, "oggi annebbiata da stuoli di praticone e da certificati della più svariata estensione e provenienza"³⁴. Il relatore consigliava invece

³¹ Ivi, p. 69.

³² Ibidem.

³³ Ivi, p. 70.

³⁴ Ivi, p. 71. Per un inquadramento generale sul tema fino al periodo fascista, cfr. A. Gissi, *Le segrete manovre delle*

che nei consultori in generale, e in particolare in quelli dell'ONMI, risultasse più chiaro il rapporto gerarchico di dipendenza dalle infermiere professionali, sia per una differenza di studio e preparazione sia per la facilità di sconfinamento della puericultrice in funzioni assistenziali e sanitarie che andavano oltre le sue competenze, a partire dalla dieta e dai disturbi neonatali. Alta era l'attenzione riservata dal Consiglio Superiore alla figura dell'infermiere generico, già da queste prime sedute. Nel disegno di legge, la questione non veniva affrontata poiché regolata da altre disposizioni; all'ordine del giorno vi era un apposito punto, riguardante l'istituzione di nuove scuole per infermieri generici presso gli ospedali ed altri Enti idonei. Così commentava il Consiglio:

Per quanto riguarda la *vexata quaestio* degli infermieri generici, ricordate le premesse sullo stato di necessità in cui versano ospedali e luoghi di cura, e rammentato anche che l'ottimo è nemico del bene, il progetto di legge proposto appare del tutto adeguato e rispondente all'urgenza di creare un maggior numero di infermieri di cultura tecnica migliorata in confronto a quella degli infermieri attualmente disponibili.

Non bisogna nascondersi, afferma il relatore, che il miglioramento sarà scarso per la massa degli abusivi attualmente in corso, perché il corso semestrale di cui alle disposizioni transitorie del progetto di legge non produrrà effetti risolutivi su elementi eterogenei che variano dai ben preparati sott'ufficiali di sanità agli infermieri coloniali, ai praticoni di ambo i sessi, con livelli di cultura generale spesso lamentevoli.

Ravvivare le scuole per infermiere professionali coesistenti con quelle dell'infermiere generico sarà molto difficile: il numero delle diplomate sarà scarso e per evitare la difficile posizione che si crea negli ospedali per loro, una buona parte affronterà il corso per assistente sanitaria visitatrice. [...]

Occorre, in altre parole, che la funzione di caposala deve essere resa organica ed affidata all'infermiera professionale, che non vi debbono essere serventi autorizzate nei reparti e che tutta l'assistenza del malato sia affidata a gruppi di generiche sorvegliate e comandate da una infermiera diplomata.³⁵

Una nota viene fatta, come è evidente dalla citazione precedente, anche in merito al genere degli infermieri. Si dice infatti che per evitare incidenti è bene tenere in mente una "esperienza ormai codificata": le infermiere avrebbero una maggiore idoneità all'assistenza diretta del malato, mentre l'attitudine maschile è maggiore per alcune funzioni accessorie e complementari³⁶. Si riteneva tra l'altro che gli infermieri generici debbano essere in possesso almeno della licenza elementare.

Lo svolgimento di tali discussioni si era avuto nel corso di poche delle prime sedute del ricostituito Consiglio Superiore di Sanità, nella seconda metà del 1950. Per permettere una maggiore fruibilità degli argomenti trattati, si è pensato di raggrupparli per temi, lungo un arco di tempo che va dal 1950 al 1960. Ciò permetterà di mantenere una maggiore coerenza della discussione, ed anche di seguire le evoluzioni delle questioni secondo una progressione

donne. *Levatrici in Italia dall'Unità al fascismo*, Biliblink, Roma 2006.

³⁵ Ivi, p. 74.

³⁶ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, b. 41, *Schema di disegno di legge riguardante le scuole per infermieri generici*, Seduta del 25/10/1950, p. 56.

cronologica.

2.2 Farmaci, vaccini, stupefacenti

Secondo il Testo Unico delle leggi sanitarie del 1934, il voto del CSS era obbligatorio su alcune questioni: su tutti i regolamenti generali, predisposti da qualsiasi amministrazione centrale, che interessassero l'igiene e la sanità pubblica; sull'elenco dei coloranti nocivi; su particolari prodotti per la cura della malaria, come il chinino; sulla determinazione dei lavori pericolosi, troppo faticosi o insalubri, del lavoro delle donne e dei bambini; sulle norme igieniche del lavoro; sulle opere di pubblica utilità che interessassero la sanità pubblica e le questioni igieniche; sui brevetti farmaceutici, sui cambiamenti nell'elenco degli stupefacenti. In più, il parere del Consiglio poteva essere richiesto in tutti i casi in cui l'Alto Commissario lo ritenesse opportuno.

Uno dei più importanti capitoli discussi dal CSS nel corso del suo lavoro era quello sui farmaci e sui vaccini. Dal punto di vista dell'innovazione farmaceutica, il Consiglio aveva la possibilità di considerare problemi e passi in avanti della farmaceutica italiana, grazie al parere che doveva esprimere sulle specialità medicinali di nuova introduzione sul mercato. Una delle prime discussioni del ricostituito Consiglio Superiore di Sanità sull'argomento, come anticipato, fu l'opportunità di ricondurre alcuni farmaci fondamentali nel contesto della produzione di Stato³⁷. La proposta di legge, risalente ai primi anni Cinquanta e di iniziativa parlamentare socialista, rispondeva alla percezione dei costi eccessivamente alti del settore farmaceutico per larghe fasce di popolazione, di una "moralità" maggiore dell'opzione del controllo pubblico e di maggior tutela della salute generale³⁸. Il modello di questo tipo di organizzazione era quello realizzato con il chinino nel caso della malaria³⁹, e il senso era quello di consentire alle classi meno abbienti l'acquisto di farmaci spesso economicamente fuori dalla loro portata; anche ospedali, casse mutue ed enti pubblici si sarebbero dovuti rifornire dallo Stato, e non direttamente dalle aziende, in modo da abbattere i costi di questi enti.

Una delle caratteristiche di lungo periodo del mercato farmaceutico italiano era rappresentato dall'impossibilità di brevettare le specialità medicinali, sancita dal R.D. 29 giugno 1949, n. 1127.⁴⁰ L'intento di questa legge era quello di proteggere il consumatore, evitando che i brevetti favorissero situazioni di monopolio e la possibilità per le aziende farmaceutiche di tenere alti i prezzi. Nonostante

³⁷ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 45, *Provvedimenti per la preparazione, il controllo e la distribuzione a prezzo equo, a cura dello Stato, dei prodotti farmaceutici fondamentali di largo consumo*, novembre 1950.

³⁸ Atti parlamentari, Senato della Repubblica, I legislatura, Discussione del disegno di legge di iniziativa dei senatori Pieraccini ed altri: *"Provvedimenti per la preparazione, controllo e distribuzione a prezzo equo, a cura dello Stato, dei prodotti farmaceutici di largo consumo"*, 12 novembre 1951, p. 28093.

³⁹ Cfr. F. M. Snowden, *La conquista della malaria. Una modernizzazione italiana. 1900-1962*, Einaudi, Torino 2008.

⁴⁰ V. A. Sironi, *Le officine della salute. Storia del farmaco e della sua industria in Italia*, Laterza, Bari 1992, p. 187. La brevettabilità dei farmaci verrà resa possibile da una sentenza della Corte costituzionale del marzo 1978.

ciò, una delle più grandi preoccupazioni di questi anni era rappresentata dall'alto costo dei farmaci per gli ospedali e per le casse mutue; i 12 miliardi spesi dall'INAM per le specialità farmaceutiche nel 1948⁴¹ incidevano sulle preoccupazioni di alcuni parlamentari, che proponevano, come soluzione, di riformare la legge sulle farmacie in modo che questi enti le potessero gestire direttamente, oppure che potessero acquistare i medicinali a prezzo di costo. Il problema faceva parte delle questioni che si ponevano alla giovane Repubblica italiana come alternative di politica sanitaria, ed infatti, nonostante il parere negativo del CSS⁴², il dibattito sulla nazionalizzazione dei farmaci continuò a lungo sia alla Camera sia al Senato. Alla fine della I legislatura si giunse a un compromesso tra le parti: lo Stato avrebbe prodotto, in concorrenza con le industrie private, farmaci di largo consumo, e così avrebbe potuto esercitare una funzione calmieratrice e di controllo su tutto il mercato dei medicinali⁴³, lasciando alle aziende farmaceutiche le funzioni di ricerca e di possibilità di monetizzare sui prodotti di fascia più alta. Alla fine della legislatura il Parlamento fu però monopolizzato nella questione della "legge truffa"⁴⁴, e il provvedimento non divenne legge; la questione però non si esaurì, e proposte simili vennero presentate più volte negli anni successivi, legandosi alla questione della gratuità dei farmaci distribuiti dalle casse mutue ai propri assistiti.

Prefigurando le conseguenze, tuttavia, la proposta di legge di Pieraccini procurò viva preoccupazione negli addetti ai lavori, con timori di nazionalizzazione indiretta anche del ristretto numero delle imprese medio-grandi, che trainavano innovazione e nuovi sviluppi nel settore farmaceutico italiano. Il rischio che si vedeva in questo tipo di proposte era quello di incentivare ulteriormente le già numerose realtà produttive di piccole e piccolissime dimensioni, i molti farmaci simili per composizione e posologia, la scarsa propensione all'innovazione che rappresentavano gli effetti collaterali dell'assenza di brevetto che caratterizzava il settore.⁴⁵ In effetti, fu in parte quello che accadde negli anni successivi (il primo prontuario INAM, che conteneva un elenco di farmaci erogati gratuitamente dalla cassa ai mutuatati, era del 1959 e contribuì all'incancrenirsi di alcune di queste dinamiche).⁴⁶

⁴¹ Atti parlamentari, Senato della Repubblica, I legislatura, *Discussione del disegno di legge di iniziativa dei senatori Pieraccini ed altri: "Provvedimenti per la preparazione, controllo e distribuzione a prezzo equo, a cura dello Stato, dei prodotti farmaceutici di largo consumo"*, 13 novembre 1951, p. 28140.

⁴² Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 45, *Parere del Consiglio Superiore di Sanità sulla proposta di legge di iniziativa dei senatori Pieraccini ed altri: "Provvedimenti per la preparazione, controllo e distribuzione a prezzo equo, a cura dello Stato, dei prodotti farmaceutici di largo consumo"*.

⁴³ Atti parlamentari, Camera dei deputati, II legislatura, *Provvedimento per la preparazione, il controllo e la distribuzione a prezzo equo, a cura dello Stato, dei prodotti farmaceutici di largo consumo*, seduta del 19 gennaio 1955, p. 16025.

⁴⁴ La nuova legge elettorale del 1953 (legge 31 marzo 1953, n. 148) si sostituiva a quella risalente al 1946, introducendo un premio di maggioranza consistente nell'assegnazione del 65% dei seggi della Camera dei deputati alla lista o al gruppo di liste che avessero superato il 50% dei voti. La relativa proposta di legge, avanzata dal governo di De Gasperi, andò incontro a un forte ostruzionismo da parte delle opposizioni, e si concluse con l'apposizione della fiducia sulla legge, che fu infine approvata. La questione politica era legata al tentativo della Democrazia Cristiana di approfittare del vantaggio elettorale per assicurarsi una notevole maggioranza parlamentare.

⁴⁵ N. Martinelli, *L'industria farmaceutica italiana, 1945-1978. Una storia economica*, Il Mulino, Bologna 2022, pp. 74-75.

⁴⁶ V. A. Sironi, *Le officine della salute*, Laterza, Bari 1992, p. 187.

Oltre all'XI Commissione parlamentare e al Parlamento nel suo complesso, le questioni relative ai farmaci occupavano anche i lavori del CSS. L'anno dopo, infatti, il Consiglio si occupava del disegno di legge n. 264 del 16 novembre 1950, che riguardava i barbiturici, che aveva anch'esso provocato non poche polemiche negli ambienti industriali.⁴⁷ I barbiturici, precursori delle moderne benzodiazepine, sono stati usati a lungo come ansiolitici e ipnotici, come anticonvulsivanti, come trattamento di elezione di alcune forme di epilessia e come anestetici generali⁴⁸. Il loro sovradosaggio è estremamente pericoloso, se assunto in dosi eccessive è mortale e viene analizzato in questo progetto di legge come "facile arma di suicidio"⁴⁹ da parte della popolazione durante questi anni. Il tentativo dei deputati democristiani che avevano proposto la legge era infatti quello di "porre un freno al pauroso dilagare di suicidi per ingestione di barbiturici", la cosiddetta "morte bianca", che rappresentava un problema morale per il partito cattolico⁵⁰. L'esito legislativo di questa proposta era però un'assimilazione dei barbiturici agli stupefacenti. I componenti del CSS evidenziavano le problematiche di un'interpretazione del genere, poiché

Il controllo sulla produzione non appare possibile in quanto i barbiturici non si ricavano, come gli stupefacenti, da una materia prima di cui si controlla l'entrata in fabbrica (carico) e della quale è noto a priori il titolo e quindi la quantità dei derivati (scarico); ma essi vengono sintetizzati partendo da sostanze che sono largamente e liberamente in commercio, in quanto servono anche per altri scopi, oltre che per la produzione di barbiturici. [...]

Inoltre, mentre per quanto riguarda gli stupefacenti il controllo sulla produzione si estende a pochissime fabbriche autorizzate (cinque), quello sui barbiturici dovrebbe esercitarsi su un numero considerevole di fabbriche, il che riuscirebbe invero disagiata e non renderebbe raggiungibili le necessarie garanzie di sicurezza sulle preparazioni.

La legge sugli stupefacenti prevede inoltre una regolamentazione rigorosa anche nella concessione delle licenze, condizionata a severi accertamenti sui precedenti penali e sulla condotta morale dell'intestatario della licenza, regolamentazione che, se giustificata nel caso specifico degli stupefacenti, in quanto deve essere garantita l'onestà e probità del produttore, in relazione alle caratteristiche delle sostanze stupefacenti, il più spesso cercate a scopo di vizio che a fini terapeutici, non pare al contrario giustificata nei confronti dei produttori di barbiturici non alimentano alcun vizio.⁵¹

In conseguenza del fatto che i barbiturici in combinazione con un altro composto (un pirazolo, il piramidone, usato come analgesico) perdono leggermente di tossicità, poi, l'Alto Commissariato si

⁴⁷ Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 43, *Relazione al Consiglio superiore di sanità da parte della Direzione dei servizi di vigilanza della produzione e del commercio dei medicinali*, seduta del 20/11/1951, p. 393.

⁴⁸ L. S. Goodman, A. Gilman, *Le basi farmacologiche della terapia*, vol. I, Zanichelli, Bologna 2019, pp. 672-3.

⁴⁹ Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 43, *Relazione al Consiglio superiore di sanità da parte della Direzione dei servizi di vigilanza della produzione e del commercio dei medicinali*, seduta del 20/11/1951, p. 392.

⁵⁰ Atti parlamentari, Proposta di legge di iniziativa parlamentare dei deputati Bartole, Zaccagnini, Lucifredi, Tommasi e Riva, Testo C. 1758, annunciato l'11 gennaio 1951 e discusso nell'XI Commissione parlamentare alla Camera il 2 febbraio 1951.

⁵¹ Ivi, p. 396.

era riservato nella stessa proposta di legge di escludere i barbiturici associati a questa sostanza dalla proposta di legge in questione. Il CSS osservava però che a quel punto sarebbe stato semplicissimo eludere le disposizioni di legge con l'aggiunta di un pizzico di piramidone a una preparazione a base di barbiturico; inoltre, la legge avrebbe provocato delle ripercussioni preoccupanti nel campo dell'esportazione dei prodotti farmaceutici italiani all'estero.⁵² Se le preparazioni con barbiturici fossero state assimilate, infatti, agli stupefacenti, la produzione farmaceutica italiana sarebbe stata svantaggiata nelle esportazioni, in quanto soggetta a più norme, controlli e problemi di natura legale. Gli industriali fecero quindi richiesta all'Alto Commissariato di un regolamento per normare meglio la legge 4 novembre 1951, n. 1169 per la disciplina farmaceutica dei barbiturici, che fornisse una soluzione a tali problemi. Il CSS, per tutta risposta, interpellato in proposito, espresse un parere a tutto vantaggio degli industriali, facendo voti che venissero al più presto studiati e approvati nuovi provvedimenti di legge per regolare adeguatamente la vendita dei barbiturici nel quadro di un disciplinamento generale, bocciando di fatto la proposta parlamentare in merito⁵³.

La questione degli stupefacenti è stata indagata poco dalla storiografia italiana⁵⁴. Dai dati a disposizione, ciò che si può dire è che, nella prima metà del XX secolo, l'Italia era parte della rete di contrabbando di sostanze illegali che caratterizzavano la gran parte dei Paesi industrializzati. Tuttavia, non essendo né un Paese produttore, né un Paese di raffinazione di molecole stupefacenti (come la Francia e soprattutto la Germania), si poneva in una condizione di terzietà nelle conferenze internazionali: alla Conferenza dell'Aja del 1912, ad esempio, sfruttò l'occasione per offrire il suo disinteressato contributo alla lotta al traffico internazionale, e quindi per aumentare il proprio prestigio.⁵⁵

Nell'Italia di inizio Novecento, le prime iniziative contro la circolazione delle droghe erano state prese nel 1923, con la legge n. 396/1923, "Provvedimenti per la repressione dell'abusivo commercio di sostanze velenose aventi azione stupefacente", che puniva, con pene detentive brevi, la vendita, la somministrazione e la detenzione di tali sostanze da parte di persone non autorizzate nonché, con una multa, la partecipazione a "convegni in fumerie" adibite all'uso di stupefacenti. Fino a questo momento, tutte le sostanze potevano essere reperite dai farmacisti senza particolari noie, specialmente

⁵² Ibidem.

⁵³ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità pubblica, Verbali, b. 43, *Discussione sul progetto di legge per disciplinare e normare la vendita dei barbiturici*, 1951, p. 237.

⁵⁴ In italiano, e non tutti di impianto strettamente storiografico: U. Leonzio, *Il volo magico, storia generale delle droghe*, Il saggiatore, Milano 2020; C. Cappuccino, *Felicità chimica. Storia delle droghe*, Stampa alternativa, Roma 2004; P. Nencini, *La minaccia stupefacente. Storia politica della droga in Italia*, Il Mulino, Bologna 2017. Tra i principali testi stranieri che si sono occupate del tema: J. M. Pelt, *Le droghe. Storia, classificazione, diffusione ed effetti*, Vallardi, Milano 1984; W. Schivelbusch, *Storia dei generi voluttuari: spezie, caffè, cioccolato, tabacco, alcol e altre droghe*, Mondadori, Milano 2000; H. Margaron, *Le stagioni degli dei. Storia medica e sociale delle droghe*, Raffaello Cortina editore, Milano 2000; A. Escobedo, *Piccola storia delle droghe. Dall'antichità ai giorni nostri*, Donzelli editore, Roma 2008; P. Gootenberg (ed.), *The Oxford handbook of global drug history*, Oxford University Press, Oxford 2022.

⁵⁵ P. Nencini, *La minaccia stupefacente. Storia politica della droga in Italia*, op. cit., p. 130.

se ne erano diffusi gli usi terapeutici, come nel caso della cocaina.⁵⁶ Successivamente, la legge n. 1145 /1934 contenente “Nuove norme sugli stupefacenti” introdusse il “ricovero coatto” dei tossicomani in “case di salute”. Il Consiglio superiore di sanità si era occupato della questione negli anni Venti, nel dibattito relativo all’approvazione di tale legge restrittiva, in una situazione in cui sempre più frequentemente la cronaca nera si occupava di casi di farmacisti (ma anche grossisti e intermediari) colti sul fatto nello spacciare cocaina. La legge del ’23 si proponeva di sanzionare tutti coloro che, senza esserne autorizzati, detenessero, vendessero o somministrassero sostanze stupefacenti, punendo ancor più gravemente i farmacisti.

Questa era la normativa in vigore ancora all’inizio degli anni ’50, mentre novità rilevanti furono apportate dalla legge n. 1041/1954 “Disciplina della produzione e dell’impiego degli stupefacenti”, che prevedeva un inasprimento delle sanzioni penali per chiunque detenesse sostanze psicotrope, ma non prevedeva alcuna distinzione tra commercio e uso personale.

Nel corso degli anni ’50 e, soprattutto, ’60 vi fu una rapida diffusione delle droghe nel mondo giovanile, alimentata sia da motivi culturali⁵⁷ che da logiche di mercato particolarmente allettanti per i narcotrafficienti; la documentazione del Consiglio Superiore di Sanità reca traccia delle prime avvisaglie di questi fenomeni. Nel 1952, infatti, l’Alto Commissariato per l’Igiene e la Sanità Pubblica comunica al CSS che

Nel marzo del 1950 veniva fatto presente al Governo italiano che, secondo le informazioni in possesso del Comitato Speciale Permanente dell’Oppio e dell’Organo di controllo degli stupefacenti delle Nazioni Unite, si era constatato in alcuni Paesi un incremento del consumo di eroina e che la contestazione dei casi di tossicomania determinato di detta droga inducevano ad adottare dei provvedimenti per stroncare le gravi conseguenze che l’uso di detto stupefacente provocava.⁵⁸

Nello stesso documento si legge che il Direttore generale dell’Organizzazione mondiale di Sanità sosteneva che già nel 1949 ben ventiquattro nazioni aderenti alla Convenzione di Ginevra avevano abolito l’uso della morfina, e chiedeva di riflettere sulla possibilità di abolirla anche in Italia. L’atto con cui questo tentativo veniva sancito, risalente al 1931, rappresentava un accordo internazionale di limitazione della fabbricazione degli stupefacenti per garantirne esclusivamente gli usi medicinali e scientifici, regolandone la distribuzione. Erano i primi esperimenti di regolamentazione internazionale delle droghe, sostenuti dagli Stati Uniti; i primi due incontri, firmati a L’Aja nel 1912

⁵⁶ Ivi, p. 223.

⁵⁷ Tra queste, il costituirsi sempre più forte di una cultura giovanile separata rispetto al mondo degli adulti, anche nelle logiche di consumo, che attraversò questi decenni: cfr. in merito, ad esempio, G. Crainz, *Storia del miracolo italiano. Culture, identità, trasformazioni fra anni Cinquanta e Sessanta*, Donzelli, Roma 2005, pp. 103-110; per un’analisi del fenomeno in prospettiva europea, T. Judt, *Dopoguerra. Come è cambiata l’Europa dal 1945 a oggi*, Mondadori, Milano 2007, pp. 232-254.

⁵⁸ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 48, *Relazione al Consiglio Superiore di Sanità sulla questione della diacetilmorfina*, seduta del 4 dicembre 1952, p. 248.

e a Ginevra nel 1925, avevano preso il nome di Convenzione internazionale sull'oppio⁵⁹. L'iniziativa, partita dal Presidente Roosevelt come tentativo di protezione del Paese dal flagello dell'importazione illegale di stupefacenti soprattutto dalla Cina e dalle Filippine, ebbe il merito di portare la questione delle droghe e della loro regolamentazione sul piano del diritto internazionale. Tale lotta era arrivata già nel 1925 a delle misure abbastanza restrittive: si era avuta l'istituzione di un Comitato Centrale Permanente dell'oppio presso la Società delle Nazioni; la creazione di un sistema di autorizzazioni per l'importazione verso altri Stati; e restrizioni nel commercio di nuove sostanze. Nel 1931 le misure proposte erano diventate ancora più restrittive, e si ebbe la determinazione del fabbisogno di stupefacenti di ciascuno Stato per usi medicinali e scientifici e la loro fabbricazione limitata a tale fabbisogno; la ripartizione del quantitativo strettamente necessario fra i Paesi produttori; la distribuzione del prodotto a ogni Paese consumatore per gli usi leciti. Sia la morfina che l'eroina, suo derivato, venivano classificate come sostanze stupefacenti, ma in Italia erano ancora largamente usate come anestetici e farmaci per la terapia del dolore. Secondo la documentazione del CSS in merito, il rappresentante dell'OMS richiedeva al Governo di far sapere se i medici italiani ritenessero di poter fare a meno dell'eroina. La convinzione era infatti che l'Italia non avesse svolto azioni veramente efficaci per stroncare l'illecito traffico di sostanze psicotrope, che tali droghe potevano essere sostituite da altre sostanze meno tossiche per uso analgesico sui malati cronici, e che l'interdizione totale di fabbricare l'eroina nel mondo avrebbe grandemente facilitato il successo della lotta contro il traffico illecito. In proposito, l'invito dell'OMS per l'Italia era quello di ridurre la produzione di eroina da circa 300 a 50 kg. annui, e di sospendere la produzione della droga fino al totale esaurimento delle scorte esistenti nel Paese. In effetti, secondo l'intervento del farmacista e deputato Carlo Bianchi alla Camera, almeno il 30% delle specialità farmaceutiche al 1930 conteneva morfina, cocaina o codeina: la morfina entrava nella formulazione di supposte, pillole, globuli, balsami e sciroppi.⁶⁰ L'Alto Commissariato riportava al CSS che nel 1951 veniva sospesa la produzione dell'eroina; ma notificava anche la resistenza dei medici italiani, dei sanatori e degli ospedali, che sostenevano invece la necessità di non sopprimere la produzione e l'impiego della droga perché ritenuta indispensabile, e quindi non sostituibile, nella terapia di alcune forme cliniche sia di natura specifica che neoplastica e, in particolare, per le terapie del dolore⁶¹. L'uso voluttuario della cocaina, poi, era ormai filtrato e aveva attecchito largamente in Italia nei decenni tra le due guerre mondiali; sebbene caratterizzata da un consumo socialmente marginale, fu comunque sufficiente a stimolare un mercato ulteriore rispetto a quello delle farmacie, ovvero un mercato nero in mano alla criminalità e alimentato dal

⁵⁹ M. R. Pembleton, *The globalization of US drug enforcement*, in P. Gootenberg, *The Oxford Handbook of global drug history*, Oxford University Press, Oxford 2022, pp. 433-450; *Stupefacenti* in "Enciclopedia Italiana", su www.treccani.it, URL consultato il 14/02/2023.

⁶⁰P. Nencini, *La minaccia stupefacente. Storia politica della droga in Italia*, Il Mulino, Bologna 2017, p. 235.

⁶¹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 48, *Relazione al Consiglio Superiore di Sanità sulla questione della diacetilmorfina*, seduta del 4 dicembre 1952, p. 252.

contrabbando, anche nell'ottica di transito verso altri Paesi⁶². Ciò contribuì al notevole impegno diplomatico italiano a livello internazionale; nella prima metà del XX secolo, in particolare, l'Italia aveva sviluppato un'importante collaborazione con gli Stati Uniti, che erano preoccupati per la collocazione geografica italiana che la predisponesse a rappresentare un luogo di transito per il contrabbando internazionale.⁶³ La posizione italiana in questi consessi internazionali si caratterizzò per una severa intransigenza, a volte anche in contrapposizione rispetto alle opinioni degli organismi sanitari nazionali, ad esempio sulla necessità dell'eroina per usi clinici, votata a sfruttare queste vetrine internazionali per l'accrescimento della propria influenza, secondo le sue aspirazioni di grande potenza che precedettero la disfatta della Seconda Guerra Mondiale.⁶⁴

Nella seduta del Consiglio Superiore del 1952 in cui si discuteva della questione, il primo elemento chiaro è il disappunto, da parte di alcuni componenti, dell'ingerenza sovranazionale rispetto ai responsabili della sanità italiana. Ad esempio Pietro Di Mattei, farmacologo, medico e chimico, proponeva di non aderire alla raccomandazione ufficiale estera di vietare la produzione e la vendita della sostanza, rimandando il problema alla stesura della successiva Farmacopea Ufficiale, l'elenco dei farmaci inclusi o esclusi dalla produzione e vendita nei confini nazionali. Secondo Vincenzo Daconto, ispettore generale del Servizio Farmaceutico dell'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica, il problema era che negli Stati Uniti vi era la convinzione che l'Italia fosse un Paese di forte consumo di eroina. In effetti, questa opinione era abbastanza corretta: uno dei motivi per cui oltreoceano circolava tale idea era la presenza in quel Paese di mafiosi italoamericani che proprio dello spaccio di stupefacenti, e di eroina in particolare, avevano fatto la loro attività principale. Il più importante tra questi era sicuramente Lucky Luciano, estradato in Italia nel 1946 ma in grado di controllare i flussi di eroina da Cuba fino al 1962, anno della sua morte.⁶⁵ L'Italia era individuata, insomma, come un importante anello della catena del contrabbando di eroina verso gli Stati Uniti, da cui le pressioni per la diminuzione della produzione e del consumo.

Secondo Daconto, invece, la realtà era che il consumo italiano era inferiore ai 50 kg, e per la maggior parte si trattava di consumo medico; si associava quindi, nel dibattito consiliare, al parere del Relatore di limitare l'uso dell'eroina, ma non di sopprimerlo; questo sia per non scoraggiare gli usi medici, sia per "affermare l'autonomia del nostro giudizio"⁶⁶. Saladino Cramarossa, professore di Igiene applicata all'ingegneria, direttore del sanatorio antimalarico Ettore Marchiafava e della Direzione generale dei Servizi medici dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica, assumeva una posizione più possibilista. Non riteneva infatti che fosse il caso di parlare di prestigio nazionale in

⁶² P. Nencini, *La minaccia stupefacente. Storia politica della droga in Italia*, op. cit., p. 241.

⁶³ P. Nencini, *La minaccia stupefacente. Storia politica della droga in Italia*, Il Mulino, Bologna 2017, p. 235.

⁶⁴ Ivi, pp. 260-263.

⁶⁵ Ivi, pp. 298-299.

⁶⁶ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 48, *Relazione al Consiglio Superiore di Sanità sulla questione della diacetilmorfina*, seduta del 4 dicembre 1952, p. 228.

una materia regolata da accordi internazionali; suggeriva di limitare l'uso dell'eroina, ma non di sopprimere la droga, "esponendo il punto di vista dei medici fautori dell'eroina per sedare la tosse dei tubercolosi ed evitarne il vomito"⁶⁷. Il parere finale del Consiglio fu alla fine quello di ridurre la produzione e il consumo di eroina "nei limiti compatibili delle esigenze terapeutiche attuali"⁶⁸; contestualmente, a causa della loro capacità di causare tossicomania, vennero introdotti nell'elenco degli stupefacenti due oppioidi, i sali della diidrocodeina e dell'acetildiidrocodeina, con la motivazione di essere anch'essi in grado di generare tossicomania.

Nel 1953, il Consiglio Superiore di Sanità discuteva nuovamente la questione dell'eroina,

divenuta ormai "malfamata" al punto che un movimento internazionale l'ha ormai presa di mira, tanto da esigere che sia depennata dal nostro codice farmaceutico, cioè dalla nostra Farmacopea, e sparisca dall'uso terapeutico in vista dei gravi inconvenienti che le si attribuiscono.

In detta seduta egli stesso [Di Mattei, ndr.] ritenne che il Consiglio non potesse formulare un parere senza sentire la Commissione della Farmacopea Ufficiale. Gli Uffici dell'ACIS ripropongono ora la questione al Consiglio perché l'Organizzazione Mondiale della Sanità, avendo riconosciuto che la Diacetilmorfina non è insostituibile nella pratica medica, ha invitato gli Stati ad essa aderenti, che non lo avessero ancora fatto, ad impedire l'uso di tale sostanza.

Il R. soggiunge che, mentre la pressione morale è grande per la soppressione della droga, egli non ha la convinzione che il farmaco sia sostituibile: medici autorevoli sostengono che i malati ottengono buoni vantaggi dal suo uso. [...] Per i bisogni del medico, il R. non vede la necessità della sparizione totale di detta sostanza.⁶⁹

La maggior parte dei componenti del Consiglio si dichiarava contraria alla scomparsa totale di tale droga, soprattutto perché la sua esclusione dalla Farmacopea Ufficiale non avrebbe significato la scomparsa della sua vendita. Veniva proposto che lo Stato controllasse la produzione e la distribuzione alle farmacie di un determinato quantitativo di eroina, commisurato strettamente al fabbisogno; la soppressione non sembrava infatti una via utile alla soppressione del traffico di stupefacenti, e il desiderio estero che l'eroina venisse depennata dall'elenco dei medicinali d'uso nei singoli Stati non incontrava il favore del Consiglio, poiché veniva percepito come una conquista formale. Alcuni membri del Consiglio avevano anche preso parte

all'ultima assemblea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità; ora in quest'assemblea la maggior parte dei 63 Stati aderenti – fra cui Australia, Belgio, Canada, Francia, Italia, Nuova Zelanda, Olanda ed Inghilterra – si è dichiarata non favorevole all'abolizione di detta produzione. Gli Stati Uniti e la Svezia figurano tra i partigiani della soppressione, però il direttore della Sanità svedese ebbe a scrivere: "noi stiamo studiando perché sia limitata per ora l'esportazione e la fabbricazione dell'eroina e per trovarne la sostituzione; speriamo che questi studi vengano portati a termine felicemente".⁷⁰

⁶⁷ Ivi, p. 229.

⁶⁸ Ivi, p. 231.

⁶⁹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 50, *Seduta del 21 luglio 1953*, p. 119.

⁷⁰ Ivi, p. 121.

Alla fine del dibattito, il Consiglio Superiore di Sanità faceva voto affinché l'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica studiasse e ponesse in atto un piano di distribuzione diretta alle farmacie di un quantitativo di diacetilmorfina (precursore chimico dell'eroina) "detenuto dallo Stato e adeguato alle controllate esigenze terapeutiche, esclusa ogni altra attività di fabbricazione, di distribuzione e vendita della suddetta droga da parte di enti e privati".⁷¹

Gli anni Cinquanta videro importanti dibattiti relativi alla regolamentazione degli stupefacenti, parallelamente, anche nelle Commissioni parlamentari Lavoro, previdenza sociale e sanità pubblica. L'XI Commissione igiene e sanità pubblica iniziò a dibattere sul tema il 17 marzo 1954, su invito della IX Commissione Industria, Commercio interno, estero e turismo⁷², riconoscendo che fosse necessario disciplinare in modo organico la materia. Immediatamente venne data l'approvazione all'istituzione dell'Ufficio centrale stupefacenti presso l'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica e di un nucleo specializzato di agenti da crearsi presso la Guardia di finanza. Secondo alcuni senatori, alcuni reparti di agenti, ufficiali e sottufficiali, con particolare conoscenza degli stupefacenti, avrebbero dovuto essere alle dirette dipendenze dell'Alto Commissariato.

Il 31 marzo 1954 il Ministro di Grazia e Giustizia del governo Scelba, Michele De Pietro, intervenne nel dibattito dell'XI Commissione a proposito della volontà da parte di alcuni membri di stabilire l'arresto immediato e l'aumento dei tempi di reclusione in caso di commercio clandestino o fraudolento di sostanze stupefacenti. Il Ministro si dichiarava abbastanza restio nel modificare delle norme contenute nel Codice penale⁷³; tuttavia, il Presidente di Commissione democristiano Luigi Benedetti, medico chirurgo e Presidente nazionale dell'Associazione medici dentisti italiani, sostenne la necessità di supplire a una carenza della legislazione:

Ci troviamo di fronte ad una situazione particolarmente grave; gli Stati esteri ci accusano, a torto o a ragione, di essere fabbricanti e smerciatori di stupefacenti. Con questa legge abbiamo la possibilità di irrogare pene che lo stesso Ministro ha detto prima di volere aspre, per cercare di stroncare questa attività. Perché non dovremmo farlo?⁷⁴

In effetti, nella prosecuzione del dibattito venne accettato l'inasprimento di quasi tutte le pene. Venne inoltre discusso anche il tema delle officine di produzione e delle loro autorizzazioni. Anche in questo caso intervenivano problemi di legislazione internazionale. In questo senso, veniva permessa la produzione, all'interno della Repubblica italiana, della produzione o lavorazione massima di 20mila chili di oppio grezzo⁷⁵; e nel 1953 ne erano stati prodotti appena 12mila chili. Le ditte produttrici sul

⁷¹ Ibidem.

⁷² Atti parlamentari, II Legislatura, XI Commissione (Igiene e sanità) del Senato, Verbali, Seduta del 17 marzo 1954, *Discussione del disegno di legge: "Disciplina della produzione, del commercio e dell'impiego degli stupefacenti"*, p. 70.

⁷³ Atti parlamentari, II Legislatura, XI Commissione (Igiene e sanità) del Senato, Verbali, Seduta del 31 marzo 1954, *Discussione del disegno di legge: "Disciplina della produzione, del commercio e dell'impiego degli stupefacenti"*, p. 89.

⁷⁴ Ibidem.

⁷⁵ Atti parlamentari, II legislatura, XI Commissione (Igiene e sanità) del Senato, Verbali, Seduta del 7 aprile 1954,

territorio nazionale erano state quattro fino al 1941, poi erano diventate cinque; di queste, due erano state coinvolte in processi di illegalità. Secondo la Commissione per gli alcaloidi dell'Organizzazione Mondiale di Sanità, in Italia le aziende autorizzate alla produzione di sostanze stupefacenti erano troppe. La Commissione proponeva che l'Alto Commissariato studiasse un piano di concentrazione degli stabilimenti di elaborazione dell'oppio grezzo e derivati nel Laboratorio chimico-militare di Firenze, che dava tutte le garanzie tecniche e amministrative necessarie, previa autorizzazione del Ministero della Difesa⁷⁶; nel frattempo auspicava che le autorizzazioni alla fabbricazione degli alcaloidi rimanessero alle ditte che avevano dato prova di affidabilità negli anni, senza concederne altre.

Dopo il dibattito e l'approvazione di una prima proposta del regolamento sugli stupefacenti al Senato, la Commissione XI della Camera riprendeva il dibattito il 13 ottobre 1954. In questa occasione si ricordavano degli incidenti che probabilmente avevano risuonato nell'opinione pubblica e avevano in parte influenzato l'interessamento internazionale al caso italiano:

E' certamente noto che dopo gli scandali verificatisi a Trieste nel 1950 (in cui furono coinvolte le ditte Ramsa, Baccarani-Calascibetta) e specie dopo quello di proporzioni tanto maggiori di cui si è reso responsabile il professor Migliardi, direttore della società omonima Schiapparelli di Torino nel 1953 (onde l'Alto Commissariato doveva pubblicamente dichiararmi che la Guardia di Finanza aveva stabilito in 400 chili l'eroina illecitamente fabbricata e commerciata, rettificando poi, in risposta al senatore Alberti, l'entità della frode in chilogrammi 127,93 di eroina, cifra pur sempre ragguardevolissima), il nostro Paese venne direttamente incriminato all'O.N.U. sia in occasione della V Sessione della Commissione degli stupefacenti tenutasi a Lake Success dal 1° al 15 dicembre 1950, e sia in occasione della VIII Sessione tenutasi il 14 e 15 aprile 1953 a New York dove si è trattato del traffico illecito di eroina in Italia.⁷⁷

La Commissione nella stessa giornata approvò il disegno di legge, stabilendo in 26 articoli un perfezionamento delle norme pregresse sugli stupefacenti nel senso di una maggiore disciplina e controllo nell'uso delle droghe, sia per la produzione sia per lo smercio e il transito.

Nel 1955 il Consiglio Superiore di Sanità si occupò di un tema correlato, in relazione alla questione dei diuretici mercuriali⁷⁸. I diuretici sono una classe di farmaci che determina un aumento del drenaggio di liquidi orientati all'escrezione; vengono utilizzati in casi di edema, ipertensione, o insufficienza cardiaca. Questi farmaci furono introdotti in terapia negli anni '20 del Novecento, ma alcuni di questi, derivati del mercurio, furono successivamente abbandonati a causa della loro tossicità a carico del Sistema Nervoso Centrale. A partire dagli anni Quaranta vennero introdotte nuove classi

Discussione del disegno di legge: "Disciplina della produzione, del commercio e dell'impiego degli stupefacenti", p. 104.

⁷⁶ Ivi, p. 105.

⁷⁷ Atti parlamentari, II legislatura, XI Commissione Lavoro – Emigrazione – Cooperazione – Previdenza e assistenza sociale – Assistenza post-bellica – Igiene e sanità pubblica, *"Discussione del disegno di legge: Disciplina della produzione, del commercio e dell'impiego degli stupefacenti"*, 13 ottobre 1954, p. 366.

⁷⁸ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 52, *Seduta del 24 febbraio 1955*, p. 59.

di farmaci con differente meccanismo d'azione e minore tossicità⁷⁹. In questo dibattito del CSS, la loro posizione era ancora incerta e da normare. In alcuni casi, infatti, questi farmaci erano inseriti negli elenchi dei veleni, in altri in quelli dei farmaci da far prescrivere esclusivamente al medico. Nella legislazione del periodo, le possibilità per un caso del genere erano tre: l'inclusione del farmaco nell'elenco dei veleni; l'inclusione del farmaco nell'elenco degli stupefacenti; rilasciare il farmaco dietro ricetta medica, in taluni casi non ripetibile. Quest'ultima opzione venne in effetti approvata per questa classe di farmaci dal Consiglio Superiore di Sanità⁸⁰.

Diversa decisione venne presa dal Consiglio per un farmaco oppioide, il laudano, un narcotico con effetti antidolorifici e antispastici il cui uso si diffuse in epoca moderna. Il Comitato Centrale dell'Oppio delle Nazioni Unite aveva approvato l'eliminazione di questo farmaco da quelli autorizzati; il relatore sul tema Giuseppe Daconto⁸¹, nella riunione del Consiglio, lamentava il fatto che il rappresentante italiano al Comitato non fosse un tecnico, motivo per cui le osservazioni sulle nuove proposte non venivano mai fatte tempestivamente, ma soltanto quando ormai erano già state approvate. A questo proposito, veniva considerato inadeguato l'inserimento del laudano nell'elenco, pur lasciando la facoltà al farmacista di venderne 2 grammi senza ricetta nei casi d'urgenza. L'approvazione dell'elenco tuttavia non poteva essere messo in discussione, a causa della ratifica internazionale già avvenuta.⁸²

Vennero fatte invece delle osservazioni: la gravità delle sanzioni per irregolarità nello smercio degli oppiacei, compreso il carcere per il possesso di un chilogrammo di paglia di papavero; la possibilità di fornire tintura di oppio e, appunto, laudano in quantità troppo basse, ovvero non superiori a 2,5 grammi. Daconto osservava che la drasticità delle disposizioni nel campo internazionale rispecchiava la preoccupazione di impedire la trasformazione dei prodotti già formati per tornare a quelli di base: gli americani, in particolare, si preoccupavano della possibilità di tornare dalla codeina alla morfina.⁸³ Le comunicazioni e le decisioni degli organismi sovranazionali causavano spesso un certo dibattito nelle discussioni del CSS. A questo proposito, si osservava che

Si approva il principio supernazionale che ha portato alla firma di una convenzione che impegna tutti gli Stati firmatari, ma si domanda se non c'è la possibilità di qualche adattamento della medesima nella nostra legislazione pur senza provocare riflessi sui controlli internazionali. Daconto accenna all'organizzazione del Comitato permanente dell'oppio; un sottocomitato studia i prodotti nuovi e li propone al Comitato Centrale, il quale a sua volta segnala le nuove proposte ai vari aderenti all'organizzazione stessa per le eventuali osservazioni. La decisione finale è però determinata soltanto da pochi elementi in quanto gli altri sono inattivi. L'Italia non ha fatto le sue osservazioni al momento opportuno; il farle a posteriori non risolve nulla; serve soltanto a farle rimanere agli atti, come è successo per la nostra contrarietà al divieto di produrre e distribuire

⁷⁹ Trovare una storia dei farmaci?

⁸⁰ Ivi, p. 61.

⁸¹ Ispettore generale del Servizio Farmaceutico dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità Pubblica.

⁸² ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 52, *Seduta del 24 febbraio 1955*, p. 61.

⁸³ Ivi, p. 62.

l'eroina.⁸⁴

Il principale disappunto dei membri del CSS in proposito era costituito dal fatto che l'Italia non era rappresentata da tecnici negli organi internazionali. L'approvazione degli elenchi raccomandati dall'ONU venne alla fine accettata dal CSS; si prendeva atto dell'impossibilità del CSS di rifiutarsi di applicare le decisioni prese in contesto internazionale e di non avere nemmeno dei delegati utili in quelle sedi. Di fatto gli organi sanitari italiani venivano scavalcati, poiché partecipavano ai contesti internazionali dei politici che non avevano presente il parere degli organi sanitari, nemmeno quelli consultivi.

Nel 1959 la situazione si presentava immutata. Di Mattei introduce una nuova discussione su una modifica all'elenco stupefacenti in questo modo:

Il Relatore premette che l'Italia ha perduto l'indipendenza scientifica in materia, a norma di convenzioni internazionali. Nella Commissione per gli stupefacenti ci sono i rappresentanti dell'Egitto e dell'Olanda, ma nessun italiano. Noi, dice Di Mattei, non abbiamo libertà di scelta.⁸⁵

Antonio Perrino, senatore, farmacista e dottore in chimica, durante la stessa seduta richiamava l'attenzione del Consiglio sul problema degli stupefacenti, perché la legislazione corrente preoccupava, secondo lui, medici e farmacisti. La sua opinione era che occorresse trovare una soluzione per l'uso legale degli stupefacenti di utilità degli ammalati che se ne dovevano servire. Un farmacista di Foggia, notando che certi individui, con regolare ricetta medica, ritiravano i suddetti prodotti, richiamò l'attenzione del medico provinciale per una ispezione alle farmacie. Un farmacista, per aver dato queste sostanze su ricetta, cui mancava la data, fu condannato a sei mesi di reclusione; in effetti, le farmacie più piccole avevano iniziato a non voler più trattare gli stupefacenti, troppo pericolosi. Perrino sottolineava uno stato di psicosi legato alla vendita di stupefacenti⁸⁶. Secondo Perrino, andava proposta al Ministero della Sanità una eventuale modifica della legge, anche per chiarire la posizione di medici e farmacisti. La posizione generale del Consiglio nella discussione successiva era a difesa dei farmacisti, che potevano essere truffati da falsificazioni di ricette e finire incriminati.

Un'altra questione importante per la sanità nazionale affrontata dal Consiglio in questi anni fu quella dei vaccini e delle campagne di vaccinazione contro malattie infettive ancora molto diffuse. Nel 1953 venne presentato al Consiglio Superiore di Sanità un piano sanitario del Paese, rapporto prodotto periodicamente dall'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica per fare il punto sulle attività svolte dall'amministrazione sanitaria e progettare le successive. Giuseppe Mazzetti, direttore

⁸⁴ Ivi, pp. 64-65.

⁸⁵ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 68, *Modifica all'elenco degli stupefacenti*, Seduta del 7 aprile 1959, p. 31.

⁸⁶ Ivi, p. 32.

dell'istituto di igiene dell'Università di Firenze, si occupava di trattare l'argomento delle vaccinazioni.⁸⁷

Non ha sentito alcun collega toccare il problema della vaccinazione probabilmente perché l'utilità di tale classico metodo di prevenzione è fuori discussione. In tale caso desidera ricordare che sia alle Camere come all'ACIS esiste un progetto per introdurre la vaccinazione antitetanica come obbligatoria.⁸⁸

Il tetano in questo periodo, prima delle campagne di vaccinazione generale che caratterizzarono gli anni Cinquanta, aveva una letalità molto alta (ovvero dell'80%) che faceva trovare spesso il medico davanti "alla più tragica impotenza terapeutica"; Mazzetti osservava invece che le campagne di vaccinazione dell'esercito avevano dato degli ottimi risultati. Si auspicava in effetti che la vaccinazione antitetanica fosse resa obbligatoria, possibilmente associandola alla già obbligatoria vaccinazione antidifterica, "rammentando che l'immunità antitetanica ha una lunga durata e che una grossa frazione della popolazione (i militari) potrà essere rivaccinata all'età della leva".

Nella stessa circostanza intervenne anche l'avvocato e deputato democristiano Tiziano Tessitori, Alto Commissario per l'Igiene e la Sanità pubblica dal 1953 al 1957. Uno dei problemi indicati per le campagne di vaccinazione, e in generale per le attività sanitarie da organizzare sotto la tutela dell'Alto Commissariato, è quello dei finanziamenti:

Poco fa il nuovo Alto Commissario, nel rivolgerci il suo saluto e nel manifestarci propositi tanto nobili quanto equilibrati, ci ha detto che la predisposizione dei mezzi deve essere fatta in funzione di criteri generali. Siamo d'accordo; ma penso che dal Consiglio Superiore di Sanità deve levarsi una voce, autorevole ed energica, che giunga agli organi responsabili – politici e amministrativi – della Nazione. All'Amministrazione sanitaria bisogna venire incontro con sufficiente larghezza perché le spese che si fanno nel campo della sanità e specialmente in quello della medicina sociale e precipuamente per l'assistenza all'infanzia e per la prevenzione contro la tubercolosi e le malattie infettive, sono le spese più produttive che esistano. Purtroppo gli stanziamenti sono del tutto insufficienti e questa insufficienza è molto pericolosa.⁸⁹

Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, si richiamava l'attenzione dell'Alto Consesso sul fatto che in Italia sui 9.000 comuni, oltre 2.000 erano sforniti di farmacia. E anche in questo caso, viene detto che il problema principale era il reperimento dei mezzi:

Il Tesoro dia i fondi che favoriscano l'estensione delle farmacie rurali specialmente in quei centri distanti da altre farmacie e contribuirà così progressivamente all'estensione capillare dell'assistenza farmaceutica.⁹⁰

Il 26 giugno 1954, in Parlamento, veniva in effetti discusso il progetto di legge relativo alla

⁸⁷ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 50, *Relazione sullo Stato sanitario del Paese 1951-52*, p. 278.

⁸⁸ Ivi, p. 279.

⁸⁹ Ivi, p. 251.

⁹⁰ Ivi, p. 256.

vaccinazione antitetanica obbligatoria, per iniziativa del senatore socialista Giuseppe Alberti. Le spese relative alla copertura obbligatoria dei lavoratori più esposti all'infezione venivano coperte al 60% dall'INAIL, per un 5% alle casse mutue cui afferivano eventualmente i lavoratori, oppure ai Comuni per gli iscritti alle liste dei poveri; per il restante 30% facendone carico all'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica, sul capitolo "profilassi delle malattie infettive"⁹¹. Il provvedimento fu approvato dal Senato, ma i lavori alla Camera furono ancora lunghi, protraendosi fino alla legislatura successiva. Nel 1954, veniva sentito in merito a questo disegno di legge anche il Consiglio Superiore di Sanità: nella seduta del 22 dicembre, Giovanardi discuteva il punto all'ordine del giorno "Inclusione del tetano fra le malattie soggette a denuncia obbligatoria". Innanzitutto questo tipo di denuncia si caratterizzava per permettere una migliore raccolta dei dati, che in alcune città veniva definita come "sconcertante"⁹². Cramarossa spiegava che il motivo della consultazione del CSS era proprio il disegno di legge approvato dal Senato sulla vaccinazione antitetanica obbligatoria di alcune categorie di lavoratori particolarmente esposti all'infezione. Tuttavia, secondo lui, l'Ispettorato medico del lavoro non aveva potuto trovare, nei dati a disposizione, elementi che lo giustificassero. Né li aveva potuti fornire l'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica, in quanto dei 500-600 morti di tetano che si registravano all'anno, 200 erano neonati (che contraevano il tetano in seguito al taglio del cordone ombelicale) e gli altri 400 appartenevano a categorie professionali varie, come la casalinga.⁹³ Secondo il relatore, la Francia era l'unico paese che aveva reso obbligatoria la vaccinazione antitetanica, e vi erano forti correnti che la volevano rendere obbligatoria anche in Italia, dove al 1954 era limitata ai soli militari. A questo proposito, veniva sollevata la necessità di valutazione da parte del Consiglio, che avrebbe dovuto espressamente esaminare in qualche seduta i risultati delle vaccinazioni obbligatorie (antivaiolosa, antidifterica e antitifida), poiché era in gioco una spesa di centinaia di milioni di lire per lo Stato. Nonostante questo buon proposito, non si ritrova nei verbali successivi una effettiva discussione in merito: questo permetteva di dedurre una debolezza nei processi di controllo dei risultati delle vaccinazioni effettuate, date anche le numerose difficoltà che venivano lamentate nel processo di raccolta dei dati. Il Consiglio si limitò ad accettare la proposta dell'inclusione del tetano tra le malattie soggette a denuncia obbligatoria.⁹⁴

L'argomento venne affrontato nuovamente dal Consiglio nella seduta del 15 giugno 1962.⁹⁵ In questa circostanza il relatore, Giuseppe Mazzetti, chiedeva al Consiglio di esprimere un parere

⁹¹ Atti parlamentari, Camera dei deputati, legislatura II, Proposta di legge d'iniziativa del senatore Alberti approvata dal Senato della Repubblica nella seduta del 25 giugno 1954, *Vaccinazione antitetanica obbligatoria*.

⁹² ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, b. 51, Seduta del 22 dicembre 1954, *Inclusione del tetano fra le malattie soggette a denuncia obbligatoria*, p. 197.

⁹³ Ivi, p. 199.

⁹⁴ Ibidem.

⁹⁵ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, b. 92, Seduta del 15 giugno 1962, *Obbligatorietà della vaccinazione antitetanica*, p. 352.

sull'obbligatorietà di tale vaccinazione, in occasione della discussione del relativo progetto di legge in Senato. La sollecitazione era venuta dal Ministro della sanità democristiano Angelo Raffaele Jervolino, anche per conoscere il parere del Consiglio "sulla reale efficacia, il vero vantaggio e la metodica applicativa più idonea per proteggere la popolazione"⁹⁶. Tra la documentazione del CSS si trova infatti anche la Relazione al CSS della Direzione generale dei Servizi dell'Igiene pubblica ed ospedali, Divisione II:

Il nuovo disegno di legge n. 1719, presentato dal senatore Alberti alla Presidenza del Senato della Repubblica in data 13.10.1961, considera opportunamente la vaccinazione antitetanica sotto l'aspetto della protezione sia di tutta la popolazione, che di alcune categorie di lavoratori, peraltro non precisate, più esposte al rischio dell'infezione tetanica. Questa Direzione Generale è del parere che il problema della difesa antitetanica interessa, più che particolari categorie professionali, la popolazione nel suo complesso.

Dai dati relativi all'andamento della morbosità e della mortalità per tetano nel nostro Paese, si rileva infatti che:

- a) il 5% circa dei casi si registra nel 1° anno di vita, in dipendenza soprattutto di una non corretta assistenza ostetrica;
- b) il 25% circa dei casi si verificano in età scolare, ed è quindi da mettersi in rapporto con lesione prodottesi per mera accidentalità;
- c) il 57% circa dei casi interessa le età lavorative, ma senza evidenti specifiche causalità professionali, ché non pochi sono i casi che riguardano disoccupati, studenti, casalinghe, inabili, benestanti, ecc.;
- d) il rimanente 14% circa riguarda i gruppi di età senile.

Se si considera però che i lavoratori vanno soggetti a lesioni traumatiche con frequenza e che in tali circostanze sorge inevitabilmente il quesito dell'opportunità o meno della sieroprofilassi e che l'obbligo per i lavoratori e per i soggetti adulti si esaurirà dopo i primi 15 anni di applicazione della legge, in quanto le nuove leve del lavoro risulteranno vaccinate già dalla prima infanzia, questa Direzione Generale ritiene che la proposta sia da accettare.⁹⁷

Un parere era necessario anche ai fini amministrativi per calcolare il relativo onere di bilancio. Viene notato dal relatore che dal 1955, anno in cui fu istituito l'obbligo di denuncia, al 1959 erano stati registrati soltanto 3521 casi, e nello stesso periodo 2572 morti, con una letalità del 70,5%. I dati ufficiali sulla letalità per tetano oscillavano invece tra il 40 e il 50%. Ciò faceva supporre al relatore che larga parte dei casi di tetano non venisse denunciata, nonostante l'obbligatorietà. Molti autori stimavano la reale morbosità per tetano intorno ai 1300-1500 casi annui, e un danno alle casse del Paese provocato dalla malattia di circa 1200 milioni di lire.⁹⁸ Secondo i relatori del CSS, in seguito a questi dati, il disegno di legge in discussione al Senato poteva essere approvato, purché venisse determinato un calendario delle vaccinazioni tale da garantire a tutta la popolazione una adeguata copertura dalla malattia, da risvegliare al momento opportuno con delle dosi di richiamo. Il primo

⁹⁶ Ivi, p. 353.

⁹⁷ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, b. 92, Direzione generale dei servizi dell'igiene pubblica ed ospedali – Divisione II del Ministero della Sanità – *Relazione al CSS: Obbligatorietà della vaccinazione antitetanica*, pp. 379-381.

⁹⁸ Ivi, p. 354.

quesito tecnico su cui il Consiglio veniva chiamato a pronunciarsi era se convenisse rendere obbligatoria la vaccinazione antitetanica associata a quella antidifterica. I relatori proponevano una risposta affermativa; tuttavia veniva espresso un parere negativo riguardo all'associazione con la vaccinazione antipertossica e antipoliomielitica, poiché la popolazione italiana era già sensibilizzata alla necessità di tali vaccinazioni. Gli enti più adeguati alla somministrazione e la distribuzione di vaccini erano, secondo il CSS, la Provincia e gli Uffici sanitari Provinciali. Secondo alcuni relatori, invece di prescrivere un obbligo generico, la legge avrebbe dovuto stabilire delle norme a seconda delle categorie da vaccinare: ad esempio, non ammettere i ragazzi a scuola senza certificato di vaccinazione, così per gli operai da assumere al lavoro. Il Consiglio, comunque, si dichiarava in generale favorevole alla vaccinazione antitetanica obbligatoria, e generalmente indicava che questa vaccinazione venisse associata ad altre vaccinazioni obbligatorie. A una serie di difficoltà di gestione dei vaccinati dal punto di vista numerico e organizzativo da parte delle sedi provinciali, Mazzetti proponeva che ad occuparsi della vaccinazione delle classi lavoratrici fossero gli enti assistenziali, che in definitiva beneficiavano della legge e che avevano una organizzazione sufficiente per attuare la vaccinazione su scala nazionale e fornire al bisogno la documentazione necessaria. Questo, nell'ottica del relatore, permetteva allo Stato di risparmiare l'onere della vaccinazione di una parte della popolazione.

È stata sollevata l'obiezione che il disegno di legge non è perfetto perché mancano le sanzioni. Ma come si possono stabilire delle pene se la legge stessa prevede il rifiuto della vaccinazione? Bozzi fa presente che il Consiglio deve dare il parere sulla proposta di legge, non sull'opportunità della legge che è di iniziativa parlamentare. Il tetano non è una malattia altamente contagiosa e i dati statistici lo dimostrano, ma preoccupa per il modo in cui si manifesta e per l'alta letalità. Egli reputa che si possa dare parere favorevole alla legge anche se l'iniziativa non gli sembra del tutto felice.⁹⁹

Cramarossa, invece, faceva presente che la vaccinazione antitetanica era già stata oggetto di diversi progetti di legge. Un primo progetto la considerava sotto il punto di vista tipicamente professionale, e su questo progetto il Ministero del Lavoro, sentito il suo ispettorato medico, si pronunciò negativamente, sostenendo che non esisteva un tetano professionale. Lo stesso parere fu espresso dal Ministero della sanità, che specificamente chiamato in causa suggerì al proponente di considerare il problema sotto il punto di vista sociale. Ciò significava, secondo lui, che non si voleva considerare il tetano una malattia professionale, ma che era necessario immunizzare gli individui più esposti alla malattia per arrivare poi a una copertura totale della popolazione. Pietro Didonna, ispettore generale del Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, riportava il caso dei medici di fabbrica che, assillati nel momento del pronto soccorso dal problema dell'attuazione o meno della immunoprofilassi, avevano più volte prospettato la necessità dell'obbligo della vaccinazione

⁹⁹ Ivi, p. 361.

antitetanica e in molte fabbriche l'avevano già attuata, tanto che il 54% degli operai risultava già vaccinato contro il tetano.¹⁰⁰ Altri relatori si dichiaravano favorevolmente impressionati dai fatti esposti dal professore Didonna, che dimostravano come molte industrie già vaccinavano spontaneamente i propri dipendenti¹⁰¹. Raccomandavano anzi, se ci fosse stata la possibilità, a tutte le fabbriche con più di 100 operai la vaccinazione obbligatoria. Virginio Savoini, presidente dell'INAM, riassumeva dicendo che dalla discussione era risultato necessario istituire una vaccinazione di base, che doveva essere nel tempo integrata con inoculazioni di richiamo. Se la legge non stabiliva categoricamente l'obbligo di detto richiamo e delle modalità da adottare, non delimitava nemmeno le responsabilità di chi doveva attuarla. A suo avviso, la legge avrebbe dovuto considerare la vaccinazione generale nella prima infanzia; la vaccinazione e l'eventuale richiamo per tutte le categorie dei lavoratori; il trattamento preventivo antitetanico per i traumatizzati, gli operandi e le gestanti. Lo schema in esame poteva essere meglio formulato affermando che è resa obbligatoria la vaccinazione antitetanica nella prima infanzia; per quanto riguardava il resto della popolazione, invece, ci si poteva rimettere a una formulazione del Ministero della Sanità per stabilire le categorie non di lavoratori, ma di persone che dovevano essere assoggettate tempestivamente alla vaccinazione antitetanica obbligatoria. Dopo lunga discussione,

Il Consiglio fa propria la relazione del prof. Mazzetti ed esprime parere favorevole per l'obbligatorietà della vaccinazione antitetanica, secondo il citato disegno di legge, perché si determini un calendario delle vaccinazioni, associata o fatta contemporaneamente, tale da dare a tutta la popolazione una sicura immunità di base contro il tetano e altre malattie, immunità da risvegliare al momento opportuno con iniezioni di richiamo.¹⁰²

Nell'ambito della discussione presso la Commissione permanente igiene e sanità della Camera, l'11 gennaio 1963, veniva confermata l'assoluta utilità e carenza di rischi del vaccino antitetanico; ciò in particolare per permettere la copertura dei neonati, delle cui morti per tetano l'Italia deteneva il record europeo: 9,4 su un milione di abitanti su popolazione generale, tra cinquecento e settecento neonati morti per tetano. La Commissione Bilancio aveva espresso però un giudizio negativo relativo al titolo di spesa, che riteneva eccessivo per le finanze dello Stato; si tendeva a voler coprire infatti con questo disegno di legge le categorie lavorative più esposte alla malattia, che erano poi di fatto molto numerose: agricoltori, muratori, manovali, operai, falegnami, metallurgici e meccanici, cocchieri e stallieri, conciatori di pelli.¹⁰³

¹⁰⁰ Ivi, p. 363.

¹⁰¹ Nell'ambito di quel mutualismo industriale che si era sviluppato nelle regioni del Nord industriale a partire dai primi anni del Novecento, e che però riguardava quindi ristrette fasce di popolazione. Per approfondimenti cfr. A. Cherubini, *Storia dello Stato sociale in Italia (1860-1890)*, Editori riuniti, Roma 1977.

¹⁰² ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, b. 92, Direzione generale dei servizi dell'igiene pubblica ed ospedali – Divisione II del Ministero della Sanità – *Relazione al CSS: Obbligatorietà della vaccinazione antitetanica*, p. 371.

¹⁰³ Atti parlamentari, Commissioni in sede legislativa, III legislatura, XIV Commissione Igiene e sanità, *Disegno di legge sull'obbligatorietà del vaccino antitetanico*, 11 gennaio 1963, p. 746.

La legge 5 marzo 1963, n. 262 rendeva la vaccinazione antitetanica obbligatoria per le categorie di lavoratori più esposti ai rischi della contrazione della malattia, e per gli sportivi all'atto dell'affiliazione alle federazioni del CONI. Il CSS discusse il regolamento attuativo di questa legge durante la seduta del 28 ottobre 1964.¹⁰⁴ La discussione si concentrò particolarmente su chi avesse la responsabilità della vaccinazione, se enti assicurativo-mutualistici (INAM, INAIL) o il datore di lavoro. Venne suggerito di non trascurare uno dei mondi più colpiti dall'infezione del tetano, quella giovanile, associando l'obbligo di vaccinazione alla vita lavorativa. Virginio Savoini, avvocato e direttore generale dell'INAM, ricordava che il Consiglio non era stato interpellato dall'Alto Commissariato sulla legge, ma sul regolamento attuativo: le osservazioni del Consiglio giungevano quindi tardivamente, e non potevano più essere prese in considerazione. Anche in questo caso si perdeva l'occasione di sfruttare l'organo consultivo nel pieno delle sue potenzialità. La discussione dell'argomento viene rimandata alla seduta del 19 novembre 1964, in cui veniva tra le altre cose letta una lettera del ministro della Sanità Mariotti, che pregava che si giungesse a un voto conclusivo sull'argomento¹⁰⁵; a questo proposito, il presidente della seduta ricordava la difficoltà di predisporre il regolamento a motivo di alcune imperfezioni della legge; "d'altra parte", affermava, "non si può certo lasciare la legge inoperante"¹⁰⁶. Osservava quindi che era necessaria la redazione del regolamento migliore possibile, con la riserva di proporre una modifica alla legge allo scopo di semplificare la vaccinazione antitetanica e di inserirla nel programma delle vaccinazioni obbligatorie in Italia. Veniva quindi invitato a riferire il relatore Vittorio Del Vecchio, professore ordinario di Igiene edilizia dell'Università di Roma, che riportava l'opinione della commissione ristretta che si era incaricata di discutere l'argomento:

Dice che i relatori concordano in pieno con l'auspicio del Presidente circa una revisione della legge, anzi dell'emanazione di una nuova legge. Ma rileva che il CSS ha il dovere di salvare il regolamento.¹⁰⁷

Uno dei motivi di scetticismo era che la legge rendeva obbligatoria la vaccinazione antitetanica per: lavoratori dei due sessi più esposti al rischio di contagio, a partire dalle nuove leve di lavoro (persone che avevano conseguito per la prima volta un'occupazione e che avevano compiuto 12 anni di età se occupati nell'agricoltura, 15 anni se occupati nelle industrie o nei servizi); sportivi; neonati. Secondo il parere del CSS, le categorie coinvolte erano insufficienti.

Sebbene il Regolamento debba limitarsi a disciplinare quanto sancito dalla legge, si ritiene opportuno attirare l'attenzione sulle distribuzioni dei morti per tetano nel triennio 1960-62, che figurano nel prospetto dell'allegato 2.

Da tale prospetto si rileva come i morti per tetano in età lavorativa (15-16 anni)

¹⁰⁴ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 108, *Seduta del 28 ottobre 1964*, p. 288.

¹⁰⁵ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 109, *Seduta del 19 novembre 1964*, p. 220.

¹⁰⁶ Ivi, p. 221.

¹⁰⁷ Ibidem.

rappresentano solo il 50% del totale. Inoltre in tale classe di età il numero maggiore di morti è fornito dalle femmine, che -com'è noto- sono in gran parte casalinghe.

Pertanto se ne può dedurre che la mortalità per tetano interessa prevalentemente la popolazione non attiva, la qual cosa trova conferma nei quozienti specifici di mortalità (cioè il numero di morti per 100.000 persone della stessa classe di età), anch'essi riportati nel prospetto.

Detti quozienti, infatti, assumono i valori più elevati con riferimento, di norma, alle persone in età non lavorativa (oltre 65 anni e fino a 15 anni), persone che rientrano per la quasi totalità nella popolazione non attiva. Tale fatto è messo particolarmente in evidenza dai quozienti relativi ai maschi.

[...] Colarizi chiede di conoscere se nelle suddette categorie siano comprese le massaie rurali¹⁰⁸. Ci si preoccupa tanto anche dei possibili tetani dei neonati, ci si preoccupa di tutte le categorie dei lavoratori, ma fra le persone esposte al tetano ci sono le massaie rurali. Se queste fossero comprese nell'obbligo di vaccinazione, si potrebbero proteggere in gran parte anche i neonati.¹⁰⁹

Il Consiglio, in conseguenza di queste osservazioni, si dichiarava unanime nel sostenere la necessità di correggere la legge in questione, anche a costo di rimandarla: dopotutto, dichiaravano, il Consiglio Superiore di Sanità “è un consesso tecnico, e occorre che faccia qualcosa sull'argomento”¹¹⁰. Il Presidente tuttavia propose una soluzione di compromesso, in cui si accettava la legge in questione ma si proponeva la copertura per alcune ulteriori categorie; in questo modo non si rallentava l'iter, ma si correggevano alcune distorsioni. In seguito a tutte queste osservazioni, veniva presentata una mozione di rifiuto con queste motivazioni:

La sezione 1° del Consiglio Superiore di Sanità ritiene che la legge concernente la vaccinazione antitetanica è inadeguata ad affrontare ed a risolvere i gravi problemi dell'infezione tetanica nel Paese. La legge, infatti, limita l'obbligatorietà della profilassi solo ad alcune categorie di lavoratori, e non prende in considerazione altri strati della popolazione tra i quali i bambini che, purtroppo, secondo i rilievi statistici, presentano una notevole incidenza di casi di questa malattia.

La 1° sezione del Consiglio stesso, consapevole delle gravi ripercussioni che la deficienza della suddetta legge inevitabilmente comporta sulla salute della popolazione, auspica che essa venga opportunamente modificata in modo da consentire che la vaccinazione venga effettuata non solo a tutte le categorie di lavoratori esposte all'infezione tetanica, ma anche e soprattutto ai bambini.

La mozione viene approvata all'unanimità.¹¹¹

Il 7 luglio 1965 veniva infatti presentata alla Camera una proposta di modifica alla legge del 1963, da parte del deputato Antonino Spinelli, medico democristiano, che proponeva la copertura per la totalità della popolazione. Con la legge 20 marzo 1968, n. 419, che recava modifiche alla legge 5 marzo 1963, n. 292, si aggiungeva alle vaccinazioni obbligatorie quella per i nuovi nati, per i quali si

¹⁰⁸ Termine desueto dal punto di vista legislativo, riferito a un inquadramento sindacale del periodo fascista: si trattava delle lavoratrici dell'agricoltura, che erano state incluse nell'assicurazione malattia per i contadini con la legge Bonomi nel 1954.

¹⁰⁹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 109, *Seduta del 19 novembre 1964*, pp. 230-235.

¹¹⁰ Ivi, p. 235.

¹¹¹ Ivi, p. 238.

stabilivano tre somministrazioni di anatossina antitetanica di cui la prima al terzo mese di vita, la seconda dopo 6-8 settimane e la terza al decimo-undicesimo mese di vita.

Un'altra vaccinazione su larga scala di cui il CSS si trovò a discutere in questi anni era quella antipoliomielitica. Nel 1965, la Commissione Igiene e Sanità del Senato discuteva della necessità di raggiungere l'80% di copertura vaccinale contro la poliomielite, malattia virale altamente contagiosa particolarmente temuta per la paralisi dei neuroni motori del midollo spinale, soprattutto nei bambini¹¹². Un primo vaccino antipolio era stato sviluppato nel 1950, ma i due vaccini più efficaci e celebri furono scoperti proprio in questi anni: nel 1955 quello a virus inattivato (ovvero ucciso) sviluppato da Jonas Salk, e un altro a virus vivo attenuato sviluppato da Albert Sabin e commercializzato a partire dal 1961¹¹³.

La storia del controllo della poliomielite si basa sullo sviluppo di due vaccini, uno a vaccino ucciso e uno attenuato, avvenuto in entrambi i casi dopo il 1950, che dal nome dei due scienziati che li scoprirono si chiamano rispettivamente di Salk e di Sabin. Salk lavorò allo sviluppo del vaccino antipoliomielitico inattivato, ovvero in cui il virus era morto; Sabin invece sviluppò un vaccino attenuato, ovvero tentò di produrre in laboratorio un virus vivo che mantenesse il potere immunizzante del virus naturale, senza la capacità di infettare il midollo spinale. Ovviamente questa seconda opzione presentava più rischi, poiché era più probabile che producesse una vera infezione; allo stesso tempo, però, era più probabile anche l'immunizzazione completa¹¹⁴. Nel 1955 si ebbe negli Stati Uniti la prima vaccinazione dichiarata efficace, per mezzo di un esperimento organizzato dal dipartimento di epidemiologia dell'università del Michigan, che coinvolse 1.800.000 bambini.¹¹⁵

Nell'Italia degli anni Cinquanta il problema della poliomielite era tutt'altro che risolto. I casi denunciati in Italia variavano da una media annuale di 1,5 casi per 100.000 abitanti tra il 1921 e il 1930, a 8,3 tra il 1961 e il 1970¹¹⁶; non era tuttavia una malattia ad alta mortalità nel nostro Paese, forse anche perché veniva diagnosticata solo nelle sue fasi gravi. A partire dal 1955 si cominciò a discutere dell'introduzione della vaccinazione anche in Italia.

Secondo il parere della Commissione parlamentare Igiene e sanità della Camera andava introdotta l'obbligatorietà vaccinale al primo anno di vita, a partire dal terzo mese. Al Ministro della sanità viene lasciata la facoltà di determinare il tipo di vaccino da usare, sentito il CSS¹¹⁷; dato che non vi era

¹¹² Atti parlamentari, Senato della Repubblica, IV Legislatura, XI Commissione Igiene e Sanità, "Obbligatorietà della vaccinazione antipoliomielitica", p. 646.

¹¹³ World Health Organization, Polio vaccines: WHO position paper – June 2022. Weekly Epidemiological Record, 97, pp. 277-300.

¹¹⁴ B. M. Assael, *Il favoloso innesto. Storia sociale della vaccinazione*, Laterza, Bari 1995, p. 234.

¹¹⁵ Esperimento rimasto tristemente noto per il fatto che circa 200 persone svilupparono la poliomielite dopo l'iniezione del vaccino. Tuttavia, la causa di tale incidente fu un errore tecnico nella preparazione di un lotto di vaccino e a insufficienti controlli.

¹¹⁶ Istat, *Annuario di statistiche sanitarie: anni 1951-1981*, Roma 1986, p. 72.

¹¹⁷ Atti parlamentari, Senato della Repubblica, IV Legislatura, XI Commissione Igiene e Sanità, "Obbligatorietà della vaccinazione antipoliomielitica", p. 649.

alcun piano vaccinale predisposto dall'autorità pubblica, il Consiglio ne discusse approfonditamente in più sedute nel 1955, innanzitutto richiedendo la registrazione del vaccino ed ascoltando i pareri di una Commissione appositamente predisposta¹¹⁸. La Commissione relatrice, presieduta dal professor Mazzetti, direttore dell'Istituto per l'igiene di Firenze, riportava indecisione e perplessità nell'accordare la registrazione di questi vaccini per due motivi: la mancata documentazione prodotta dalle aziende che comprovasse l'efficacia di questi prodotti sull'uomo e la mancanza di un meccanismo, da parte dello Stato, che controllasse le partite di vaccino in arrivo. Inoltre la Commissione non ravvisava opportuno prendere una decisione affrettata, perché non si era lontani dalla recrudescenza stagionale della poliomielite e non ci sarebbe comunque stato il tempo di mettere in atto un programma di vaccinazione. La Commissione era propensa a sospendere il parere, mentre Giovanardi, che aveva ricevuto documentazione da parte degli esperimenti di vaccinazione in corso in quegli anni negli Stati Uniti, e che cominciavano a dimostrare l'efficacia di questa vaccinazione, riteneva questo parere troppo prudente.¹¹⁹ Antonino Papaldo, Presidente di sezione del Consiglio di Stato,

richiama l'attenzione del Consiglio sull'opportunità di studiare la questione sotto un duplice aspetto: uno è quello che si riferisce alla Legge sull'autorizzazione a smerciare e produrre determinati prodotti (T.U. delle Leggi Sanitarie e regolamento del 1905, nonché tutta una serie di disposizioni del Ministero dell'Interno prima, dell'ACIS poi, che regolano i controlli di taluni vaccini). L'altro aspetto, che si dovrebbe studiare per l'avvenire è proprio quello della vaccinazione in sé. Quando noi ci saremo preoccupati, egli dice, del controllo che dovrebbe fare l'autorità per la produzione e lo smercio di questi prodotti, non avremo finito di compiere il nostro dovere, in quanto in un secondo momento sarà opportuno studiare se non si debba emanare una legge, come per la vaccinazione antidifterica, per rendere obbligatoria la vaccinazione antipoliomielitica ad esempio per l'immissione agli esami o al lavoro.¹²⁰

Il Consiglio riportava anche una certa diffusione mediatica della notizia della diffusione del vaccino: la stampa aveva riportato la notizia che era in discussione al Consiglio l'importazione di vaccini antipoliomielitici, quindi si dibatteva anche di prendere una posizione pubblica, in particolare in caso di sospensione dell'autorizzazione, poiché "l'attesa di questo vaccino è spasmodica"¹²¹. Un altro tema di dibattito molto importante per questo tipo di preparazioni sono le modalità di trasporto e conservazione, in particolare in caso di importazione. Secondo alcuni dei veterinari presenti al Consiglio, le preparazioni di queste cinque ditte si avvicinano ad alcuni vaccini veterinari, che mantengono l'azione immunizzante a seconda delle temperature a cui venivano conservati; era necessario quindi che si parlasse più approfonditamente di modalità di conservazione. Ciò aveva delle

¹¹⁸ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 52, *Registrazione del vaccino antipoliomielitico*, 12 maggio 1955, p. 382.

¹¹⁹ Ivi, p. 384.

¹²⁰ Ibidem.

¹²¹ Ivi, p. 385.

ripercussioni anche sull'innocuità: in alcune preparazioni che queste aziende dichiarano, si è constatata la sopravvivenza del virus in alcuni vaccini veterinari. Vengono quindi approvati i seguenti pareri:

Il Consiglio, considerando la grande importanza del nuovo metodo di profilassi della poliomielite, che tante aspettative ha destato anche nel pubblico italiano; esprime parere favorevole all'emissione di un decreto ACIS che inserisca i vaccini antipoliomielitici fra quelli da sottoporre al controllo dell'Istituto Superiore di Sanità ai sensi e per gli effetti dell'articolo 180 del Testo Unico delle Leggi sanitarie;
fa voti

che, ai fini della concessione delle autorizzazioni già richieste per la produzione e l'impiego di simili vaccini ed in attesa di poter disporre di una più completa documentazione ufficiale dei risultati annunziati, i controlli previsti dalla legge siano compiuti con la sollecitudine compatibile con le esigenze tecniche, che nel caso specifico implicano metodi molto delicati e complessi.

Il Consiglio, considerando le eventualità che l'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica possa ricorrere all'impiego di vaccino antipoliomielitico nell'attesa delle registrazioni ai sensi di legge, esprime parere che, nel frattempo, l'Alto Commissariato possa, agli effetti dell'art. 184 delle Leggi Sanitarie, autorizzare l'importazione di quei vaccini che esso stabilirà ai fini esclusivi del loro impiego negli istituti previsti dal citato articolo e con le modalità in esso contemplate.¹²²

La prudenza del CSS nell'approvare i vaccini antipoliomielitici venne ricordata nella seduta successiva: il professor Vittorio Puntoni, preside della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'università di Roma, affermava infatti che il comportamento del Consiglio era stato molto adeguato agli sviluppi successivi.¹²³ "Il Consiglio, in fondo" dice Puntoni "seguì una linea di condotta eccezionalmente cauta e gli avvenimenti hanno dato ragione, perché si è visto che tanto negli Stati Uniti d'America quanto negli stati scandinavi si sono verificati casi di malattia nei vaccinati, non numerosi, tanto da destare un po' di apprensione"¹²⁴. Si era verificato che, tra i bambini vaccinati negli Stati Uniti con i primi sieri disponibili, alcuni avessero sviluppato il morbo e avessero sviluppato la paralisi dovuta alla malattia.¹²⁵ In questa circostanza, molti giornali avevano riportato la notizia, scatenando molti dubbi nel pubblico. Alcuni di questi articoli sostenevano che il vaccino non si poteva controllare, che non si poteva stabilire se il virus fosse vivo o morto. A questo proposito, osservava Giovanardi, sarebbe stato meglio se gli organi scientifici americani e non americani avessero taciuto fin dal principio, poiché probabilmente questi incidenti erano dovuti a qualche errore di procedura nella preparazione del vaccino¹²⁶.

Nel 1957 venne respinta dal CSS un'altra domanda di registrazione di vaccino antipoliomielitico, proveniente dalla ditta Ravizza di Milano, ma in nome e per conto della "Cutter Laboratories" con

¹²² Ivi, pp. 386-388.

¹²³ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 52, *Registrazione del vaccino antipoliomielitico – seguito della discussione*, 28 giugno 1955, p. 134.

¹²⁴ Ibidem.

¹²⁵ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 52, *Specialità medicinale "Prelina" della ditta C. Erba indicata nella terapia e profilassi della malaria*, 8 luglio 1955, p. 68.

¹²⁶ Ibidem.

sede in Berkeley, negli Stati Uniti¹²⁷, per assenza di certificato dell'autorità sanitaria del paese di provenienza, attestante che la ditta produttrice era regolarmente autorizzata a produrre vaccino antipoliomielitico inattivato. La seduta del 24 luglio 1968, poi, venne completamente dedicata al problema della vaccinazione antipoliomielitica. L'esame della questione era stato sollecitato da una lettera dell'Alto Commissario per l'Igiene e la Sanità pubblica, e conteneva dei quesiti specifici: se il CSS riteneva utile ed opportuna un'applicazione controllata, a tutto carico dello Stato, della vaccinazione antipoliomielitica di tipo Salk; se sì, se il CSS riteneva che una prima applicazione dovesse essere effettuata in zone territoriali diverse, limitatamente ai bambini di 4 anni di età che si pensava di attuare nel successivo periodo di ottobre-marzo; se si ritenesse opportuno fornire le farmacie che davano garanzia di conservazione adeguata del vaccino di tipo Salk per il suo libero impiego nella pratica privata.¹²⁸ Saladino Cramarossa, tra i decani del CSS, direttore del sanatorio antimalarico Ettore Marchiafava e della Direzione Generale dei Servizi Medici dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica, si occupava di illustrare la situazione epidemica della malattia: contagi caratterizzati da tendenze di aumento, l'80% dei casi si riscontrava entro i 4 anni di vita, la distribuzione in Italia non era sistematica e i focolai sorgevano in modo non prevedibile. Le province più colpite dal ricorso stagionale erano Bari, Napoli e Cagliari; l'Alto Commissariato aveva predisposto negli ultimi anni diversi centri epidemiologici per la raccolta dati, con sedi a Padova, Milano, Ferrara, Genova, Bologna e Roma¹²⁹. Augusto Giovanardi, igienista e inventore in prima persona di un vaccino contro il tifo, riportava le opinioni della Commissione relatrice che si era occupata del tema: e l'opinione predominante era che

Solo raggiungendo un certo traguardo noi possiamo vedere un effetto epidemiologico, cioè possiamo avere un effetto concreto, anche valutabile economicamente. Da calcoli fatti risulta che per vedere diminuire di un terzo la morbosità per poliomielite, dobbiamo raggiungere come limite un milione e mezzo di vaccinazioni all'anno nell'età che va da 1 a 3 anni. [...] Quando parliamo di vaccinazioni ci riferiamo in questo momento al vaccino di tipo Salk, unico vaccino entrato nella pratica. L'avvenire certamente metterà a disposizione altri tipi di vaccino. [...] Per quanto riguarda la vaccinazione controllata, Milano può offrire degli elementi utili sull'organizzazione dei relativi servizi. Nel controllo si comprende anche la valutazione degli effetti della vaccinazione (reazioni, immunità). I valori statistici discendono appunto dal gran numero di vaccinati. [...] Si solleva una riserva nell'affidare il vaccino alle farmacie in questa fase in cui s'intende attuare la vaccinazione controllata, a causa della possibilità di cattiva conservazione del prodotto. Non meno importante è il controllo dei vaccinati e sul loro destino: ciò si può fare soltanto se la distribuzione del vaccino avviene direttamente e sotto il controllo della Sanità Pubblica.¹³⁰

¹²⁷ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 59, *Vaccino antipoliomielitico della ditta Cutter, rappresentata in Italia dalla ditta Ravizza di Milano*, 7 aprile 1957.

¹²⁸ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 63, *Seduta del 24 luglio 1958*, p. 399.

¹²⁹ Ivi, p. 400.

¹³⁰ Ivi, pp. 403-404.

Carlo Alberto Ragazzi, ufficiale sanitario del comune di Milano, riportava la situazione della sua città:

Egli informa che il sindaco di Milano ha propugnato la vaccinazione nelle scuole per 10/12 mila bambini. Il programma comunale di vaccinazione comprenderà 50mila soggetti con tutte le relative spese e responsabilità, pur lasciando liberi i medici di praticarla per proprio conto. Attualmente negli asili di infanzia e nelle prime classi elementari, tra maggio e giugno, si sono fatte 12.000 vaccinazioni col vaccino Salk (1° e 2° inoculazione; la terza verrà fatta dopo 6 mesi). Non si è avuto nessun caso di poliomielite e quindi il periodo cruciale si è svolto senza inconvenienti. Risultato degno di nota: il 98% dei bambini ha subito sia la prima che la seconda inoculazione.

L'opinione pubblica ha risposto in pieno: tutti si sono precipitati nei centri di vaccinazione, talché si sono avute serie difficoltà per contenere l'afflusso del pubblico entro determinati limiti, soprattutto rispetto alla stagione non propizia per la vaccinazione. Questo orientamento favorevole della popolazione (i medici hanno vaccinato i loro figli) non si verifica per altre vaccinoprofilassi, specialmente per quella antitubercolare.¹³¹

La città di Milano aveva attuato questo tipo di organizzazione sull'esempio della vicina Svizzera, dove erano stati vaccinati tutti gli individui al di sotto dei 25 anni di età, e da notizie recenti si era saputo che non si era avuto un solo caso di poliomielite nel 1958. L'amministrazione di Milano aveva trovato opportuno fare questo esperimento investendo 10 milioni di lire¹³², e il consiglio comunale era stato immediatamente d'accordo. Alla discussione partecipava anche Giovanni Petragani, igienista e un altro esperto di vaccini: tra i suoi studi più significativi vi erano la coltura dei bacilli di Koch (agenti eziologici della tubercolosi), sui fenomeni allergici e anafilattici e sulla preparazione dei vaccini antitubercolari, con lo sviluppo di una proteina detta anatubercolina Petragani. Ex rettore dell'università di Siena (1932-1935) e direttore generale della Sanità pubblica dal 1935 al 1943, egli si dichiarava d'accordo con quanto detto dalla Commissione relatrice. Poiché la vaccinazione era fatta a spese dello Stato e parte del vaccino doveva essere importato, dichiarava però importante che l'Alto Commissariato impartisse una disciplina molto chiara in merito, sia per il controllo sia per la distribuzione del prodotto. Diverse partite del vaccino non erano infatti state ammesse in Italia per inefficacia; Cramarossa chiariva però che le regole erano in realtà già molto chiare. Per legge, infatti, tutti i vaccini stranieri, prima di essere autorizzati, venivano sottoposti al controllo dell'Istituto Superiore di Sanità. Un decreto dell'Alto Commissariato stabiliva in modo preciso quale fosse il metodo di controllo, il quale era differente a seconda dei vaccini. Tuttavia, oltre a questo controllo detto "a posteriori", c'era un controllo fatto con prelievi disposti durante la preparazione, che non poteva essere fatto per i vaccini preparati all'estero. Dunque, anche se i vaccini venivano effettivamente adoperati solo quando la risposta dell'Istituto Superiore di Sanità era favorevole, c'era una differenza di controllo notevolissima fra i prodotti preparati in Italia e quelli preparati all'estero. Per quanto riguardava la vaccinazione, Cramarossa faceva presente che un Comitato provinciale

¹³¹ Ivi, p. 405.

¹³² Ivi, p. 407.

composto di igienisti e di pediatri era stato costituito in ogni provincia col compito di dettare le norme di controllo. Era la prima volta, egli notava, che una vaccinazione discendeva dall'alto: i medici per primi hanno vaccinato i loro figli, la "vaccinazione libera" ha superato quella fatta nei pubblici servizi. Cramarossa invitava il Consiglio a soffermarsi su alcuni punti sollevati nel corso della discussione: anzitutto quale doveva essere il periodo di tempo in cui effettuare la vaccinazione. Secondo lui, questo elemento era irrilevante e la vulgata secondo la quale dovesse essere fatto nel periodo della ripresa stagionale aveva un valore solo psicologico. Su questo punto, riportava i dati provenienti da alcune province: a Verona non si ebbero, nell'anno precedente, episodi epidemici degni di rilievo, perché vi fu un largo impiego del vaccino nei reparti militari lì dislocati. In conseguenza, le autorità locali sollecitarono la vaccinazione anche per la popolazione civile. Vicenza, Firenze e Torino erano all'avanguardia del movimento vaccinale. Venivano poi riportate le "grandi esperienze di Honolulu e di Chicago"¹³³, oltre a quella della Svizzera, dove non si aveva avuto alcun caso di malattia. Queste esperienze facevano dedurre che si poteva vaccinare in qualsiasi periodo senza nessuna preoccupazione; ma si voleva, per questo punto, sentire l'opinione del Consiglio. Allo stesso modo, se ne sollecitava il parere per la questione dell'intervallo di tempo più adeguato; e anche per quanto riguardava l'onere della spesa per la vaccinazione dei poveri. In questo senso, veniva fatta notare dal Consiglio la spesa notevole per il vaccino, come pure le difficoltà di approvvigionamento. Una proposta era quella di scegliere delle zone dove condurre la vaccinazione in maniera intensa e sostenere le relative spese, per ottenere una campagna di massa alla portata di tutti, specialmente dei non abbienti. Petraghani era propenso a interessare i medici condotti; suggeriva che, più che l'ONMI che aveva un limitato bacino di utenza, trovava più utili scelte sedi provinciali e comunali, e che i vaccinati fossero seguiti nelle fasi successive; si proponeva di vaccinare i 300 bambini del brefotrofo di Catania che dirigeva e di seguirne le reazioni immunitarie. Giulio Raffaele, professore di parassitologia e malariologia e responsabile dell'Istituto di malariologia del policlinico Umberto I di Roma, riportava di aver parlato con Salk, autore del vaccino in questione, e che lui aveva escluso in modo assoluto che potesse essere determinato un mese o una stagione precisa per raccomandare la vaccinazione. Suggeriva inoltre che la questa potesse essere effettuata dagli enti mutualistici, per i figli dei mutuati, assumendone le relative spese. Dalle molte opinioni espresse, si può dire che la maggioranza riteneva necessario che la vaccinazione fosse a carico dello Stato in quelle zone in cui l'incidenza ne consigliava l'intervento, e la disponibilità del vaccino nelle farmacie delle zone stesse. Inoltre la tempistica che risultava maggiormente convincente per la vaccinazione era entro il primo anno di vita per la prima dose; secondo Giovanardi, la caduta degli anticorpi materni avveniva dopo il sesto mese di vita, quindi la prima vaccinazione era consigliabile tra i sei mesi di vita e un anno.

¹³³ Ivi, p. 409.

Alla fine, il parere approvato sulla questione era:

Il Consiglio, considerati i positivi risultati ottenuti in altri Paesi in seguito alla vasta applicazione della vaccinazione antipoliomielitica, sia per quanto riguarda l'innocuità che l'efficacia e considerando altresì il favore con il quale la popolazione italiana va accogliendo questa pratica immunitaria:

- a) auspica che l'applicazione della vaccinazione antipoliomielitica, che ha già ricevuto, per iniziativa dell'ACIS, una prima concreta attuazione nel nostro Paese, abbia ad estendersi;
- b) conviene sull'utilità e opportunità che si proceda ad una applicazione controllata della vaccinazione ai fini della organizzazione dei servizi relativi e della conoscenza dei dati d'interesse epidemiologico e profilattico in rapporto con la vaccinazione materna;
- c) ritiene che la detta applicazione, per conseguire un concreto effetto profilattico epidemiologicamente valutabile, debba riguardare un numero sufficientemente elevato di soggetti di età compresa dal II trimestre al 3° anno di vita, possibilmente in numero non inferiore ai 100mila, appartenenti ad aree scelte in rapporto all'incidenza della malattia negli ultimi anni, senza pregiudizio della prassi in atto relativa alla distribuzione del vaccino ai poveri;
- d) ritiene inoltre indispensabile che a lato dell'applicazione di cui innanzi venga favorita la disponibilità del vaccino per il pubblico attraverso farmacie attrezzate per la conservazione da +2 a +5 e per il libero impiego nella pratica privata;
- e) raccomanda che venga tenuta esatta e completa registrazione anche delle vaccinazioni eseguite a cura dei medici liberi esercenti; all'uopo si suggerisce che l'ACIS, tra l'altro, inviti gli Istituti produttori a includere nella confezione del vaccino un foglietto-scheda secondo il modello redatto dall'ACIS;
- f) mentre plaude all'azione promossa dall'ACIS nel campo della profilassi immunitaria antipoliomielitica, fa voti che vengano messi a disposizione i fondi necessari per una maggiore estensione della vaccinazione.¹³⁴

2.3 Malattie sociali e assistenza

Secondo la bibliografia storica e politologica, gli anni Cinquanta e Sessanta sono stati i decenni dell'ampliamento della fruizione dei diritti sociali da parte di strati della popolazione che ne erano precedentemente esclusi.¹³⁵ Nella prima metà del XX secolo, i passi iniziali della copertura sanitaria nazionale erano avvenuti in subordine all'attività lavorativa¹³⁶: le casse mutue, l'assicurazione contro gli infortuni, INAIL, INPS e INAM, le casse industriali private rappresentavano delle modalità assicurative il cui accesso era garantito dalla condizione di lavoratore dipendente, mentre la sanità della popolazione inattiva era demandata a comuni ed enti pubblici che si occupavano principalmente di alcune categorie particolarmente fragili, come l'ONMI per la maternità e l'infanzia e le liste comunali dei poveri per i non abbienti.¹³⁷ Il primo nucleo legislativo del welfare italiano era quindi

¹³⁴ Ivi, pp. 423-424.

¹³⁵ Cfr. fra gli altri M. Ferrera, *Le politiche sociali*, Il Mulino, Bologna 2019; M. Ferrera, V. Fargion, M. Jessoula, *Alle radici del welfare all'italiana: origini e futuro di un modello sociale squilibrato*, Marsilio ed., Venezia 2012; F. Conti, G. Silei, *Breve storia dello stato sociale*, Carocci, Roma 2022; U. Ascoli (a cura di), *Welfare state all'italiana*, Il Mulino, Bologna 1984.

¹³⁶ S. Musso (a cura di), *Storia del lavoro in Italia, Il Novecento, 1846-1945: Il lavoro nell'età industriale*, Lit edizioni, Roma 2015, p. 453.

¹³⁷ L. Conti, *L'assistenza e la previdenza sociale. Storia e problemi*, Feltrinelli, Milano 1958, pp. 85-89.

un sistema pensato per la tutela del lavoro dipendente, sia nel pubblico sia nel privato: la malattia era un rischio da cui si era protetti in modo subordinato al lavoro ed erano i singoli enti ad elargire i trattamenti previdenziali in modo differenziato sia in base ai propri regolamenti, sia in base allo specifico contratto del lavoratore. I tentativi di unificazione erano naufragati a causa di un insieme di fattori: lo scoppio della Seconda Guerra Mondiale, la caduta del regime fascista, la paura della perdita di una posizione privilegiata da parte di alcune categorie, il mercato del lavoro italiano, caratterizzato da alti livelli di lavoro stagionale, lavoro sommerso e disoccupazione cronica.¹³⁸

Nel dopoguerra si pose il problema dell'allargamento di quello che era ormai stato sancito costituzionalmente come un diritto anche per chi non rientrava nella categoria di lavoratore dipendente.¹³⁹ Nel 1949 Fanfani, nell'ottica di dare un seguito alle proposte della Commissione d'Aragona¹⁴⁰, la prima commissione del dopoguerra a proporre una riforma complessiva della previdenza¹⁴¹, e di permettere una reale applicazione dell'articolo 38 della Costituzione, propose un progetto di riforma della materia previdenziale e assistenziale che però escludeva artigiani, mezzadri, affittuari, coloni, piccoli commercianti, industriali, imprenditori e liberi professionisti, a testimonianza della problematicità dell'inserimento dei lavoratori autonomi in un sistema pubblico di tutela, anche per via dell'opposizione del fronte degli industriali¹⁴², proseguendo una tendenza in linea con la politica economica che aveva caratterizzato le fasi precedenti dell'Italia unita: la predominanza di principi "liberisti" e "privatisti", che non potevano che comprimere le politiche previdenziali.¹⁴³

Alla tutela di una di queste categorie, quella dei coltivatori diretti, doveva provvedere la proposta Bonomi, che diventerà la legge n. 1136 del 22 novembre 1954¹⁴⁴. Il motivo di questo allargamento

¹³⁸ S. Musso, *Le regole e l'elusione. Il governo del mercato del lavoro nell'industrializzazione italiana (1888-2003)*, op. cit., pp. 322-324; C. Giorgi, *La previdenza del regime. Storia dell'INPS durante il fascismo*, Il Mulino, Bologna 2004.

¹³⁹ Art. 32: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge." Nell'immediato dopoguerra, diverse commissioni (per lo studio sui problemi del lavoro, per la riforma della previdenza sociale) tentarono di costruire un sistema riformato rispetto a quello del fascismo, che garantisse i nuovi diritti sanciti nella Costituzione; tuttavia, l'approccio ideologico e propagandistico ai temi sociali nei decenni precedenti aveva provocato una carenza di competenze professionali specifiche sullo stato sociale. Inoltre, sia i partiti sia i maggiori enti previdenziali reputavano estremista e non auspicabile l'estensione dei diritti sociali a tutta la cittadinanza, come nel modello inglese: secondo le parole di Fanfani, "non c'è sistema di sicurezza sociale più efficiente del lavoro". Cfr. I. Pavan, "These new rights": *social security in the postwar Italian debate*, *Journal of modern Italian studies*, 22;2, pp. 175-193.

¹⁴⁰ Cfr. I. Pavan, *Un progetto "clandestino" di riforma. Fanfani e la previdenza sociale*, *Contemporanea*, I, marzo-aprile 2015, pp. 91-114.

¹⁴¹ Di Nucci, Loreto, *Alle origini dello stato sociale nell'Italia repubblicana. La ricezione del Piano Beveridge e il dibattito nella Costituente*, in Sorba, C. (a cura di), *Cittadinanza. Individui, diritti sociali, collettività nella storia contemporanea. Atti del convegno annuale SISSCO, Padova, 2-3 dicembre 1999*, 2002.

¹⁴² I. Pavan, *Un progetto "clandestino" di riforma. Fanfani e la previdenza sociale*, in *Contemporanea* 18, n. 1, 2015, pp. 91-118.

¹⁴³ M. Ferrera, V. Fargion, M. Jessoula, *Alle radici del welfare all'italiana. Origini e futuro di un modello sociale squilibrato*, op. cit., p. 43.

¹⁴⁴ Estensione dell'assistenza malattia ai coltivatori diretti. Art. 1: L'assicurazione malattia è resa obbligatoria per i

dell'assistenza alla classe contadina fu in larga parte politico: nell'immediato dopoguerra, sulla scia delle grandi riforme sociali operate dal partito laburista inglese, la Democrazia cristiana non voleva lasciare ai socialisti e ai comunisti la questione della "povera gente", come definita da La Pira, e tra maggio e giugno 1950 diede il via alla serie di tre decreti che vengono ricordati nel loro insieme come riforma agraria¹⁴⁵. Il provvedimento più importante riguardò l'esproprio di una parte dei grandi latifondi e la relativa redistribuzione ai contadini; la redistribuzione della terra espropriata avveniva tramite appositi enti, che fin dall'inizio furono dei solidi centri di potere democristiano¹⁴⁶. Troppo burocratici e potenti, risucchiavano la maggior parte delle risorse messe a disposizione per l'attuazione della riforma, e spesso i grandi proprietari terrieri meridionali riuscirono a collocarvi i loro uomini di riferimento¹⁴⁷. In ogni caso, fu senza dubbio il primo tentativo serio di riorganizzare la grande proprietà meridionale e di modificare i rapporti di potere esistenti nelle campagne del Sud, proponendo la Democrazia Cristiana come partito di riferimento del Mezzogiorno agricolo a discapito delle vecchie élites agrarie. L'istituzione di fondi statali a favore delle necessità dei contadini, ad esempio della possibilità di prendere in prestito denaro per l'acquisto di terreni, o la gestione dei contributi statali per le zone agricole attraverso la Coldiretti, che si trovava proprio sotto la direzione di Bonomi, garantirono alla DC un saldo controllo e ampi consensi nel Meridione. L'inserimento dei contadini nel sistema assistenziale e previdenziale del Paese faceva parte di questo stesso coerente progetto di "uso e abuso"¹⁴⁸ delle risorse statali in un'ottica di acquisizione e mantenimento dei consensi a discapito dei partiti rivali, in particolare del partito comunista, e di contrasto al suo progetto di unificazione dei contadini come classe sociale intorno a programmi di cooperazione ed egualitarismo. Molto è stato scritto sul clientelismo e l'uso politico delle risorse pubbliche erogate, oltre che ai contadini, anche agli artigiani, ai lavoratori autonomi, ai commercianti¹⁴⁹; in ogni caso, non c'è dubbio che in questi anni l'accesso di queste categorie ai servizi pubblici in generale, e alla sanità in particolare, aumentò. Sarebbe anche da discutere quanto l'interpretazione del clientelismo sia adatta a descrivere una situazione di questo genere, e quanto invece si tratti di un processo di allargamento di diritti previdenziali e assistenziali in linea con le politiche europee del XX secolo in generale¹⁵⁰; forse sarebbe più appropriato parlare di modalità clientelari, ma la questione in Italia assume delle caratteristiche particolari. Il Paese, arrivato in ritardo

proprietari affittuari, enfiteuti, usufruttuari, che direttamente e abitualmente si dedicano alla manuale coltivazione [...]

¹⁴⁵ P. Ginsborg, *Storia d'Italia dal dopoguerra a oggi, 1943-1986*, Einaudi, Torino 2006, p. 161.

¹⁴⁶ G. Galli, *Storia della DC*, op. cit., p. 135.

¹⁴⁷ P. Ginsborg, *Storia d'Italia dal dopoguerra a oggi, 1943-1986*, op. cit., p. 177.

¹⁴⁸ *Ibidem*.

¹⁴⁹ M. Ferrera, *Alle radici del welfare all'italiana: origini e futuro di un modello sociale squilibrato*, op. cit., pp. 123-154.

¹⁵⁰ T. Judt, *Dopoguerra. Com'è cambiata l'Europa dal 1945 a oggi*, op. cit., p. 226-245.

all'acquisizione dei diritti sociali, con un retaggio liberale e poi corporativo, viveva un conflitto: la consapevolezza abbastanza diffusa della necessità di ampliamento della platea di alcuni diritti sociali, le cui basi erano state poste durante il fascismo; il ritardo e la velocità dello sviluppo economico; la consapevolezza della scarsità di risorse disponibili. In questo contesto, i mediatori tra Stato e cittadini furono i partiti, veri protagonisti dei decenni postbellici¹⁵¹: comprensibilmente, anche questi diritti entrarono a far parte delle armi elettorali a disposizione, in una progressiva presa di coscienza del fatto che non si trattava di concessioni, ma di elementi fondamentali per uno Stato avanzato. Questa consapevolezza venne sacrificata alle ragioni economiche negli anni Cinquanta, ebbe il suo momento di legittimazione durante il governo del centro-sinistra¹⁵² e raggiunse il suo apice negli anni Settanta. Il CSS si occupò comunque di discutere alcuni passaggi di questi processi, dal punto di vista sanitario. Il 31 luglio 1956 discusse un provvedimento concernente l'estensione dell'assicurazione contro le malattie professionali al settore dell'agricoltura.¹⁵³ Lo spettro delle malattie professionali coperte da assicurazione in questi anni era molto limitato; per di più si trattava di una condizione che riguardava solo i lavoratori dell'industria, secondo una prassi ereditata dal periodo fascista (non era compreso in questo breve elenco nemmeno la malaria)¹⁵⁴.

Il relatore sull'argomento, Michele La Torre, presidente di sezione del Consiglio di Stato, ricordava che l'aspirazione dei contadini all'estensione del sistema dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali era legittima, tanto più che nel 1954 tale assicurazione per i lavoratori dell'industria si era ampliata, essendo stato elevato delle malattie assicurate da 6 a 40.¹⁵⁵ Il Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale riconosceva però per il caso dell'agricoltura dei problemi in più rispetto alla situazione dell'industria, poiché "la massa assicurata, e da assicurare, non è per la maggior parte concentrata in popolosi stabilimenti, ma è disseminata in tutto il Paese."¹⁵⁶ Si predisponavano quindi inizialmente pochi casi che sarebbero stati coperti da assicurazione nel caso dell'agricoltura: l'anchilostomiasi, derivante da lavoro su terreni irrigui o argillosi, nel caso in cui la possibilità lavorativa fosse ridotta di almeno il 20%; e le malattie causate da manipolazione e impiego di sostanze tossiche nel lavoro agricolo, e propriamente arsenico, mercurio, solfuro di carbonio e

¹⁵¹ P. Scoppola, *La Repubblica dei partiti*

¹⁵² A. Giovagnoli, *La repubblica degli italiani. 1914-2016*, Laterza, Bari 2016, p. 68: "Particolare importanza ha avuto l'estensione del sistema previdenziale, iniziata alla fine degli anni Sessanta, e che si è poi realizzata in modo sempre più ampio e generalizzato negli anni Settanta. Da un lato tale estensione rappresentava una necessità storica ineludibile davanti alle comprensibili attese suscitate in milioni di italiani dalle enormi trasformazioni indotte dal miracolo economico. Dall'altro, però, è stata gestita in modo sempre più indipendente dal reperimento delle risorse necessarie a sostenerla." Il discorso assume caratteri simili anche per quanto riguarda la questione sanitaria.

¹⁵³ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 55, *Schema di disegno di legge concernente l'estensione dell'assicurazione contro le malattie professionali al settore dell'agricoltura*, Seduta del 31 luglio 1956, p. 240.

¹⁵⁴ C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello Stato sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna 2021, p. 161.

¹⁵⁵ *Ivi*, p. 241.

¹⁵⁶ *Ibidem*.

fosforo, e composti relativi. La Torre riconosceva come il disegno di legge fosse riduttivo, e che escludeva molte altre malattie gravi che colpivano spesso i contadini: brucellosi, actinomicosi, il carbonchio, il tetano, la morva (una malattia infettiva trasmessa dagli equini). Il disegno di legge era concentrato essenzialmente sull'anchilostomiasi, una parassitosi particolarmente frequenti tra contadini e minatori in aree caratterizzate da clima caldo-umido, come il bacino del Mediterraneo, che provocava grave anemia.

Il lungo dibattito seguente, relativo a cavilli di classificazione delle malattie in ambiti giuridici (malattie professionali, infortuni da lavoro, problemi profilattici o problemi terapeutico-assistenziali) dimostra come spesso i processi di attribuzione di diritti e fondi fosse cavilloso nei suoi passaggi giurisprudenziali, tanto da far affermare a Petraghani che "l'Italia è il Paese più complicato del mondo"¹⁵⁷. Anche altri componenti si dichiaravano contrari a tante finzze giuridiche; L'Eltore, ad esempio, riconduceva il nocciolo del problema a questioni di bilancio:

L'Eltore premette che gli istituti assicuratori nel formulare progetti sanno fare bene i loro calcoli al fine di ottenere avanzi di bilancio.

Egli, come medico, vede i problemi nel quadro più ampio possibile e si associa a Cramarossa nel cercare un punto di incontro col Ministero del Lavoro per quanto riguarda il problema profilattico. Gli istituti assicuratori, secondo lui, dovrebbero essere interessati a tale problema. Il 30-40% delle entrate, nel campo specifico, dovrebbe essere devoluto alla profilassi, da predisporre d'intesa con l'ACIS, così come è stato richiesto per la lotta antitubercolare. La profilassi, a sua volta, farà diminuire l'incidenza dei casi di malattia, con vantaggio economico degli istituti assistenziali.¹⁵⁸

L'ACIS, nella relazione allegata al Consiglio, notava però un dato importante, ovvero il fatto che si trattava delle prime provvidenze a favore dei lavoratori dell'agricoltura nel campo delle malattie professionali, e auspicava che queste provvigioni potessero essere seguite a breve scadenza da altre misure a favore della categoria dei lavoratori agricoli, che rappresentava una cospicua aliquota della popolazione italiana¹⁵⁹. Secondo l'Alto Commissariato, però, questo tipo di provvedimento rendeva ancora più difficoltosa e frammentaria la situazione dell'assistenza e della profilassi nelle zone rurali; proponeva piuttosto un provvedimento apposito per l'anchilostomiasi. Sia l'ACIS che il CSS trovavano molti difetti nel disegno di legge in discussione; concordavano però nella necessità che parte del gettito dell'assicurazione doveva essere devoluta all'organizzazione e all'attività di profilassi e di disinfestazione. Consideravano equo anche un ricorso allo Stato per le attività di bonifica, poiché l'anchilostomiasi non era solo una malattia professionale, ma anche ambientale: non sembrava quindi equo procedere ad operazioni di bonifica ambientale a carico esclusivo della classe

¹⁵⁷ Ivi, p. 244.

¹⁵⁸ Ivi, p. 247.

¹⁵⁹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 55, *Relazione dell'ACIS al Consiglio Superiore di Sanità sul disegno di legge concernente l'estensione della tutela assicurativa contro le malattie professionali al settore dell'agricoltura*, p. 267.

contadina.

Negli stessi anni, il Consiglio discusse anche delle modifiche riguardanti l'assicurazione per la silicosi e l'asbestosi, malattie respiratoria correlate alla respirazione di polvere di quarzo e di amianto, particolarmente diffuse tra i minatori e gli operai di alcuni settori industriali. Si tratta di malattie particolarmente studiate nei primi anni del Novecento, che diedero particolare impulso alla nascita della medicina del lavoro. La legge 12 aprile 1943, n. 455, "Estensione dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali della silicosi e dell'asbestosi", aveva introdotto queste malattie nel novero delle malattie professionali tutelate dallo Stato. Questa legge trattava di queste malattie in modo specifico perché si caratterizzavano per periodi di insorgenza molto lunghi, e dal fatto che gli accertamenti potevano dover essere disposti anche a distanza di 15 anni. Ma il vero problema della modifica della legge consisteva nell'incertezza delle definizioni delle due malattie, e nella vaghezza delle definizioni radiologiche nel descrivere l'aspetto del polmone affetto. Uno dei relatori, Enrico Vigliani, dal 1940 medico del lavoro presso l'Università di Siena, il cui curriculum accademico presentava almeno due pubblicazioni relative proprio all'asbestosi, era scettico sulle modalità di accertamento della malattia prescritte dalla legge in questione. A causa della non uniformità dei referti radiologici di chi contraeva l'asbestosi, soprattutto nelle prime fasi, secondo Vigliani era "lasciata un po' all'arbitrio di chi fa gli accertamenti, e alla opinione e alla abilità dialettica delle due parti in causa durante la visita collegiale del lavoratore"¹⁶⁰. Eugenio Morelli, medico, docente di pneumologia e senatore nell'ultima legislatura del regno d'Italia, dal 1939 al 1943, si espresse sul tema. La sua competenza in ambito di malattie polmonari era fuori discussione, in quanto allievo di Carlo Forlanini, inventore dello pneumotorace artificiale per la cura della tubercolosi, di cui Morelli elaborò una versione portatile, particolarmente in uso durante la Prima Guerra Mondiale. Morelli evidenziava le difficoltà della diagnosi differenziale fra molte forme tubercolari e la silicosi. In generale, l'opinione prevalente del Consiglio era quella che, dato che gli istituti assicurativi avevano la possibilità di fare accertamenti in centri con esperienza, sarebbe stato preferibile non accettare la proposta di legge e demandare agli esperti lo studio di una definizione più precisa di queste malattie, lamentando sempre la molteplicità degli istituti nel campo della previdenza e dell'assistenza¹⁶¹. Alla fine, il parere accettato dal CSS era che il problema della definizione di tali malattie fosse approfondito da parte degli organi competenti, allo scopo di giungere ad una definizione che garantisse una più ampia tutela dei lavoratori colpiti dalla malattia.

Questo parere doveva servire a definire meglio il decreto del Presidente della Repubblica 20 marzo 1956, n. 648, e in particolare l'art. 10 che disciplinava le entrate e le erogazioni dei sussidi del fondo

¹⁶⁰ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 57, *Modifica della legge 12 aprile 1943, n. 455 sull'assicurazione obbligatoria contro l'asbestosi e la silicosi*, 8 novembre 1957, p. 371.

¹⁶¹ Ivi, p. 376.

speciale infortuni e lavoratori affetti da silicosi ed asbestosi; ancora nel 1959 due interrogazioni parlamentari in proposito evidenziano come non ci fosse stata applicazione di tale decreto, sottolineando i lunghi periodi di attesa cui era sottoposto “l’ingente numero di invalidi che attendono ormai da lungo tempo la risoluzione dei loro singoli casi”¹⁶². Il 15 giugno 1961 l’argomento veniva affrontato nuovamente nella Commissione Lavoro della Camera, evidenziando tra i vari problemi un conflitto tra INAIL e INPS, con il risultato che questo genere di patologie venivano poi gestite dai Consorzi provinciali antitubercolari anche senza necessità di una contemporanea tubercolosi in atto. In questi termini si esprimeva il deputato, operaio socialista ed ex partigiano Mario Bettoli:

Non possiamo limitarci a dire che in questo caso votiamo per una legge che favorisce i lavoratori; dobbiamo anche aggiungere che ci preoccupa la frammentarietà della legislazione in materia. Noi nel giro di un anno abbiamo già preso in considerazione tre o quattro volte la silicosi e l’asbestosi [...] È tempo che il Governo si convinca che le norme che riguardano gli infortuni e le malattie professionali devono essere revisionate dalla base, perché allo stato attuale della legislazione infortunistica, e per conseguenza anche della legislazione delle malattie professionali, chi ci capisce qualcosa è veramente bravo. [...] Noi continuamente diciamo di voler andare verso il sistema della sicurezza sociale, ma piuttosto si va verso il sistema della paralisi dell’attuale struttura degli istituti assicuratori. Mi domando come fanno questi ogni anno a fare dei bilanci preventivi (a parte il fatto che facciamo fatica a vedere anche i loro bilanci consuntivi) con tutte le norme, piccole e grandi, che per il 70 per cento sono regolate da decreti, e che in definitiva gli uffici possono attuare soltanto attraverso circolari che tendono a unificare in qualche modo il sistema.¹⁶³

Uno degli argomenti nei confronti del quale la Commissione era abbastanza unanimemente in disaccordo era proprio lo stanziamento di fondi per uno studio più approfondito della questione da parte di organi competenti, come aveva suggerito il CSS; perché, si sosteneva, erano già stati stanziati, appena un anno prima, dei fondi per lo stesso motivo (cioè sempre per lo studio della silicosi e dell’asbestosi) a favore di un organo tecnico scientifico che affiancasse l’INAIL. L’opinione concorde era che questi finanziamenti, data la frammentarietà della legislazione in materia, finivano per essere discussi separatamente e per disperdersi in mille rivoli, facendo quindi spendere alle amministrazioni pubbliche cifre considerevoli in maniera inefficiente.¹⁶⁴ Tutto ciò senza considerare la confusione che vigeva per la gestione delle spese per le cure di questi malati tra le varie casse mutue, a seconda dell’entità dei contributi, del tipo di comorbilità, della professionalità del lavoratore...¹⁶⁵

È solo nel 1963, con una proposta di legge di iniziativa parlamentare, *Modifiche alla legge 12 aprile*

¹⁶² Atti parlamentari, Camera dei deputati, III legislatura, seduta pomeridiana del 13 maggio 1959, p. 7050; l’altra interrogazione aveva avuto luogo nella seduta pomeridiana di mercoledì 29 aprile 1959, p. 6802.

¹⁶³ Atti parlamentari, Camera dei deputati, III legislatura, XIII Commissione Lavoro e previdenza sociale, seduta del 15 giugno 1961, p. 369.

¹⁶⁴ Ivi, p. 370.

¹⁶⁵ Si permetta a questo proposito di rimandare a S. Leo, *Una storia di debiti. INAM, ospedali e casse mutue tra gli anni Cinquanta e gli anni Settanta*, in *Italia contemporanea* n. 301, aprile 2023, FrancoAngeli, Milano, pp. 43-70.

1943, n. 455, e al Decreto del Presidente della Repubblica 26 marzo 1956, n. 648, sull'assicurazione obbligatoria contro l'asbestosi e la silicosi, che il problema evidenziato dal Consiglio Superiore di Sanità sulla difficoltà di diagnosi radiologica di queste malattie polmonari viene ripreso in considerazione, in seguito alle perplessità che l'applicazione della legge poneva e che erano state evidenziate in riviste di settore:

La definizione di malattia è restata sempre la stessa, cioè la legge parla di un quadro radiologico di disseminazione diffusa di ombre nodulari confluenti e non, e con manifestazioni cliniche di bronchite ed enfisema e ripercussioni sull'apparato circolatorio. Cioè resterebbero escluse in pratica dalla indennizzabilità tutte le forme di reticolazione con enfisema e non, con o senza micronodulazione. Vero è che probabilmente il legislatore non ha voluto dare una definizione con quelle parole, ma solo una esemplificazione, perché ad esse è premessa la parola "particolarmente". In realtà però ci si attiene di regola a quella dizione del giudizio di silicosi, dal che nasce la notevole discrepanza di valutazioni tra istituti assicuratori e interessati.¹⁶⁶

Anche questa volta, tuttavia, il progetto di legge resta senza effetti, venendo ritirato dai deputati proponenti a causa dello scioglimento dei due rami del Parlamento in seguito alle dimissioni del IV governo Fanfani nel maggio 1963. Il politico aretino aveva fatto elettoralmente le spese dell'estenuante processo di avvicinamento tra DC e PSI che stava avendo luogo in quegli anni, in un contesto di profondi cambiamenti economico-sociali¹⁶⁷. Anche il settore previdenziale e sanitario fece le spese dei cauti e macchinosi processi politici che caratterizzarono quegli anni e che non furono in grado di tradurre in efficaci riforme un contesto che era in un tumultuoso cambiamento e che avrebbe avuto bisogno di essere governato.

La legge contenente le raccomandazioni del Consiglio Superiore di Sanità arrivava così in Gazzetta Ufficiale a inizio 1976, con un quadro medico-scientifico e previdenziale completamente cambiato: la silicosi e l'asbestosi vengono associate ai regolamenti vigenti per le altre malattie professionali, e l'accertamento della malattia del lavoratore, in caso di dubbio, era richiesto a un istituto di medicina del lavoro o a una clinica specializzata, a parere vincolante per la concessione dei benefici.¹⁶⁸

Particolare attenzione venne dedicata dal Consiglio in questi anni alla questione dei tumori, in conseguenza della crescita dell'incidenza di queste malattie, insieme a quelle cardiocircolatorie, nella popolazione italiana. La frequenza dei tumori maligni dal 1931 al 1951 era andata aumentando con un "crescendo impressionante", passando, in Italia, dal sesto al terzo posto nella graduatoria delle cause di morte¹⁶⁹. Negli anni Cinquanta il tumore maligno aveva superato come causa di morte la

¹⁶⁶ Atti parlamentari, Camera dei deputati, IV legislatura, Documenti e disegni di legge, *Modifiche alla legge 12 aprile 1943, n. 455, e al Decreto del Presidente della Repubblica 26 marzo 1956, n. 648, sull'assicurazione obbligatoria contro l'asbestosi e la silicosi*, presentata il 26 settembre 1963, p. 2.

¹⁶⁷ A. Di Michele, *Storia dell'Italia contemporanea. 1948-2008*, Garzanti, Milano 2008, p. 154; G. Formigoni, *Aldo Moro. Lo statista e il suo dramma*, Il Mulino, Bologna 2016, pp. 164-169.

¹⁶⁸ Atti parlamentari, Camera dei deputati, VI legislatura, Disegni di legge e relazioni, *Modifica alle norme sulla prevenzione e l'assicurazione obbligatoria contro la silicosi e l'asbestosi*, presentata il 12 giugno 1972, p. 4.

¹⁶⁹ A. Seppilli, A. Candeli, *Indagini statistiche sulla mortalità per tumori maligni in Italia*, Annali della Sanità pubblica,

tubercolosi, e di conseguenza l'Alto Commissariato aveva ottenuto un aumento dei fondi stanziati contro questa malattia: da tre milioni del 1943-44 a 330 milioni nell'esercizio 1951-52 a 500 milioni nel 1952-53.¹⁷⁰ La lotta contro i tumori negli anni '50 era basata sull'attività dei tre Istituti per lo studio clinico e sperimentale dei tumori e sui Centri per la lotta contro i tumori. Gli Istituti Nazionali di Roma, di Milano e di Napoli vennero potenziati nelle loro attrezzature scientifiche e cliniche. L'Alto Commissariato dichiarava che, essendo fondamentale nella lotta contro i tumori maligni un serio lavoro di ricerca, per evitare dispersione di mezzi e diminuzione della qualità del lavoro dei ricercatori si preferiva finanziare pochi, grandi istituti con personale altamente specializzato e attrezzature di ricerca specifiche¹⁷¹. A livello locale, la lotta contro i tumori si poggiava su una rete locale a carattere provinciale, che faceva capo ai "Centri per la lotta contro i tumori". Questi, finanziati dall'Alto Commissariato, erano circa trenta, con compiti strettamente di cura; altri venti invece erano dedicati a un'azione di screening sulla popolazione per favorire la diagnosi precoce.

Non sempre, tuttavia, le buone intenzioni dell'Alto Commissariato trovavano applicazione. I centri di ricerca sui tumori, ad esempio, spesso si trasformavano almeno in parte in centri ospedalieri: questo era il caso dell'Istituto Santa Margherita di Roma che, "creato per sole finalità di studio e di ricerche, da tempo ha assunto anche le caratteristiche di un istituto ospedaliero"¹⁷².

Anche l'Istituto nazionale per la cura e la ricerca sui tumori a Milano discusso dal CSS il 16 aprile 1959¹⁷³ viene discusso come un progetto di costruzione ospedaliera e non viene fatto riferimento alle sue precipue funzioni di ricerca. Il Consiglio infatti espresse un parere dubbioso in merito alle disponibilità di spazio dell'area prescelta al centro di Milano, e anche circa la necessità – tenuta presente la disponibilità complessiva di posti-letto ospedalieri della città di Milano – di accrescere notevolmente la capacità ricettiva dell'Istituto per lo studio e la cura dei tumori, snaturandone la sua particolare fisionomia¹⁷⁴.

Correlato al problema tumorale, vi era il problema del fumo. La consapevolezza che questa abitudine provocasse un aumento del rischio di alcuni tipi di cancro era un'acquisizione abbastanza recente in quegli anni. Il nesso tra fumo e malattie fu stabilito con certezza dalla ricerca medica negli anni Cinquanta.¹⁷⁵ Nel 1952, l'amministrazione dei Monopoli di Stato sottopose al CSS l'aggiunta di una sostanza speciale atta ad attenuare gli effetti del fumo di tabacco; in particolare, si trattava di aggiungere alla sigaretta dell'acido nicotinico allo scopo di neutralizzare alcuni effetti della nicotina,

n. XII, maggio 1954, p. 1458.

¹⁷⁰ ACS, Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica, b. 16, *Lotta contro i tumori in Italia*, 28 ottobre 1953, p. 2.

¹⁷¹ *Ibidem*.

¹⁷² ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 42, *Progetto per l'ampliamento dell'Istituto "Regina Elena" per la cura dei tumori*, 1951.

¹⁷³ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 68, *Milano: Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori*, 16 aprile 1959, p. 14.

¹⁷⁴ *Ivi*, p. 16.

¹⁷⁵ C. Ipsen, *Fumo. La storia d'amore tra gli italiani e la sigaretta*, Le Monnier, Firenze 2019, p. 45.

deducendo questo da alcuni studi di settore.¹⁷⁶ Il Consiglio si pronunciò contrario, per l'incertezza degli effetti e perché considerava pericoloso un precedente in cui si ammetteva un additivo a una sostanza che generalmente veniva venduta pura; il Consiglio aveva competenze anche sulle produzioni di molte sostanze alimentari e si poneva quindi il problema di cosa sarebbe potuto accadere nel caso, ad esempio, delle farine, dello zucchero, delle carni...

2.4 Opere igieniche, acquedotti, fognature

Larga parte del lavoro del CSS era costituito in questi anni dall'approvazione di progetti e studi per la realizzazione di acquedotti, fognature, macelli e ospedali nei diversi comuni italiani. La fase che va dal 1950 al 1960 si caratterizza per un'attività più intensa in questo settore rispetto alla successiva, probabilmente anche a causa della maggiore attività edilizia in concomitanza alla ricostruzione post-bellica. Dal 1953 in poi, i progetti delle opere igieniche locali sono sottoposti, oltre che ai pareri del Consiglio Superiore di Sanità, anche a quello dei Lavori Pubblici.

Uno dei primi problemi relativi alle costruzioni igienico-sanitarie sottoposto all'attenzione del Consiglio fu quello dei sanatori antitubercolari. Nel 1951 venne votata l'istituzione di una Commissione, della quale facevano parte alcuni membri del Consiglio, per stabilire i criteri per le nuove costruzioni a carattere antitubercolare. Nel 1953, con 14 sanatori antitubercolari in costruzione sul territorio italiano, Gennaro Costantini, presidente della Federazione italiana per la lotta alla tubercolosi, lamentava che la Commissione non era mai stata convocata.¹⁷⁷ Costantini sosteneva anche che alcuni sanatori non erano all'altezza del loro compito e andavano chiusi, così come certi reparti sanatoriali degli ospedali. Sconsigliava anche la costruzione di nuovi edifici sanatoriali, anche in conseguenza dell'avvento degli antibiotici che a suo parere implementavano la possibilità di cura domiciliare e diminuivano la necessità di posti-letto; dissentiva sensibilmente in questo da Luigi Busca, medico chirurgo, ispettore generale e reggente della divisione Assistenza sanitaria del Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, che sosteneva che la lotta antitubercolare fosse una priorità e che non fosse il caso di diminuire gli investimenti su questo, anzi al massimo c'era la necessità di aumentare le risorse a disposizione.

Quella della tubercolosi fu una situazione particolarmente complessa fino agli anni del boom economico, con alcuni focolai che continuavano a scoppiare anche oltre. Nei volumi che si sono occupati di storia della sanità italiana del Novecento, una sezione dedicata a questa malattia è sempre presente, a testimonianza dei suoi numeri e della sua importanza come malattia sociale, dettata da

¹⁷⁶ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, b. 48, Amministrazione Monopoli di Stato: proposta di aggiunta di sostanza speciale atta ad attenuare gli effetti del fumo del tabacco, 4 dicembre 1952, p. 242.

¹⁷⁷ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore per la Sanità Pubblica, Verbali, b. 41, *Adunanza generale del 22 luglio 1953*, p. 263.

povere condizioni igienico-sanitarie e abitative, soprattutto (ma non solo) urbane.¹⁷⁸ Nella seduta in questione, venne fatto il punto sulla situazione dell'assistenza antitubercolare, dei suoi problemi e delle possibili soluzioni. A questo proposito, l'intervento più significativo fu quello di Rodolfo Biancorosso, un membro del CSS che cumulava una serie di incarichi istituzionali nell'amministrazione sanitaria: era anche segretario generale dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica, membro della sezione edilizia dello stesso Alto Commissariato, della sezione opere igieniche, idrauliche e forestali, bonifiche e irrigazioni, opere marittime del Ministero dei Lavori Pubblici; infine, membro effettivo del Consiglio di amministrazione degli Istituti di previdenza del Ministero del Tesoro. In questa seduta, parlando come esponente dirigenziale dell'Alto Commissariato, si esprimeva in questi termini:

Le difficoltà in cui noi ci dibattiamo giorno per giorno sono note e costituiscono dura fatica per me e per i funzionari direttivi che vedono tarpate le loro iniziative, che non sono in grado di provvedere alle varie, spesso imprescindibili esigenze della salute pubblica. Ed il mestiere è particolarmente ingrato per me che ad ogni istante devo ricordare questo doloroso stato di cose ai colleghi addetti ai servizi tecnici.¹⁷⁹

Chiaramente, il primo motivo da cui discendeva questa situazione era rappresentato dal bilancio dell'Alto Commissariato, per cui, decurtate le diverse voci di spesa, rimanevano per i servizi effettivi di servizio medico, veterinario e dei medicinali circa 3 miliardi. Per l'assistenza antitubercolare, informa Biancorosso, ne venivano stanziati "insufficientemente" 14. Questa situazione, che "poteva portare facilmente al collasso e alla bancarotta"¹⁸⁰, secondo Biancorosso era deficitaria di 10 miliardi soltanto per l'assistenza antitubercolare: in parte per i sussidi post-sanatoriali ai dimessi; in parte per la possibilità data ai figli dei tubercolotici assistiti all'invio gratuito in colonia dall'anno in cui si diagnosticava la tubercolosi all'anno successivo a quello in cui cessava. Biancorosso lamentava la mancanza di coperture finanziarie per queste disposizioni, essendo al 1953 circa 60-70mila il numero dei bambini aventi diritto annualmente a tale forma di assistenza. Si trattava in gran parte di bambini che avevano una predisposizione, in quanto avevano vissuto in ambienti insalubri; per essi era necessaria un'assistenza medica più continua, più sollecita di quella che comunemente si dava nelle colonie; più medicinali, alimentazione speciale, con spese complessive che raggiungevano facilmente l'ordine dei miliardi di lire.

¹⁷⁸ Tra gli altri, T. Detti, *Stato, guerra e tubercolosi* (1915-1922) e D. Preti, *La lotta antitubercolare nell'Italia fascista*, in *Storia d'Italia. Annali. Malattia e medicina*, n. VII, Torino 1984, pp. 879-953 e pp. 955-1020; M. Paniga, *L'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica. Storia e documenti (1945-1958)*, Francoangeli, Milano 2020, pp. 42-51; C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello Stato sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna 2021; S. Luzzi, *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, Donzelli, Roma 2004.

¹⁷⁹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità pubblica, Verbali, b. 41, *Seduta del 13 luglio 1953*, p. 289.

¹⁸⁰ Ivi, p. 290.

Biancorosso affrontò anche il problema dei sanatori, contraddicendo l'idea secondo la quale non fosse necessaria la costruzione di nuovi sanatori. Infatti, l'opinione del CSS era che il numero di posti-letto nei luoghi di cura per tubercolotici non eccedesse il 2 per mille; tenendo conto del complesso nazionale, non si raggiungeva questa percentuale, in particolare dalla Toscana in giù. L'Alto Commissariato disponeva di alcuni grandi sanatori, tra i quali spiccava quello di Sondalo, in provincia di Sondrio; interessante a questo proposito un'osservazione sul "carattere dei popoli", che impediva ai meridionali di avvantaggiarsi di queste strutture:

È noto che i tubercolotici sono ammalati che difficilmente si allontanano dalle loro famiglie; non possiamo mandarli da Agrigento o da Potenza a Sondalo; possiamo inviarne qualcuno fra i più spensierati o intelligenti, ma in genere i meridionali sono attaccati ai loro affetti familiari e alla loro terra.¹⁸¹

Biancorosso non era d'accordo, quindi, con il fatto che non fosse necessaria la costruzione di nuove strutture antitubercolari. Tuttavia era necessario coordinarle meglio: ricordando la riunione del 27 aprile 1951, infatti, auspica una sistematizzazione coerente dal punto di vista regionale. In quella data, infatti, erano stati presentati al Consiglio progetti per la costruzione o l'ampliamento di sanatori, senza che venissero documentate le necessità in materia dalle varie provincie, e soprattutto senza che questi progetti si incardinassero in un piano generale predefinito e coerente.¹⁸² Nei casi analizzati in quella data, ad esempio, Belluno e Rovigo presentavano il progetto di un sanatorio quando il Veneto aveva già una disponibilità di 5 posti-letto per 1000 abitanti. La necessità si ravvisava invece per Taranto, che non presentava alcun progetto. Il CSS sollecitava l'Alto Commissariato a esercitare una reale funzione di coordinamento e gestione razionale delle risorse. Ci si chiedeva anche, comunque, come potesse impedirsi, a provincie che ne avevano la possibilità economica, di migliorare la loro attrezzatura; tuttavia, veniva fatto presente anche che il numero di posti-letto era soltanto uno degli elementi coinvolti nella lotta antitubercolare. Nelle regioni più ricche, invece di costruire nuovi sanatori sarebbe stato opportuno migliorare la rete dei dispensari (luoghi di prevenzione e analisi, la cui funzione era individuare i sintomi e diagnosticare i primi segni di tubercolosi tramite, in questi anni, schermografia). La proposta che riceveva il maggior numero di consensi era quella di predisporre un piano riguardante tutta la nazione, nel quale venissero definite le necessità degli strumenti di lotta antitubercolare per le singole regioni.

Tornando alla riunione del 1953, una delle raccomandazioni che il CSS fa all'Alto Commissariato è proprio quella di avviare un piano nazionale, di cui non c'era ancora traccia in quella data. Auspicava inoltre la graduale, progressiva estensione dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi; un incremento della schermografia di massa e dell'azione dei dispensari, in modo da individuare sulla

¹⁸¹ Ivi, p. 292.

¹⁸² ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 42, *Verbale della seduta del 27 aprile 1951*, p. 13.

popolazione i primi sintomi in modo tempestivo; l'aumento dei contributi finanziari dell'ACIS ai consorzi provinciali antitubercolari, molti dei quali non erano in grado di assicurare il ricovero degli infermi di tubercolosi non assicurati per mancanza di mezzi finanziari; richiede un potenziamento delle scuole per assistenti sanitarie, largamente deficitarie rispetto alle necessità. Rispetto al tema dei sanatori, l'opinione espressa era:

Fa presente che il problema della cura sanatoriale non è più ormai un problema di "costruzioni", ma problema di perfezionamento tecnico e organizzativo e di migliore utilizzazione degli istituti esistenti.¹⁸³

Tuttavia, non risulta che in questi anni ciò accada; il Consiglio negli anni continuò ad approvare progetti sanatoriali presentati singolarmente, senza traccia di un coordinamento generale. Spesso questi progetti venivano respinti dal Consiglio una o due volte a causa della previsione di spese eccessive, o di una organizzazione che presentava delle importanti pecche organizzative.¹⁸⁴

Nel 1952, un esempio particolarmente illuminante: veniva sottoposto al CSS il progetto di ristrutturazione dell'ospedale sanatoriale della Misericordia di Terranova Bracciolini, in provincia di Arezzo: il relatore Gennaro Costantini, ingegnere e presidente della federazione italiana per la lotta alla tubercolosi, faceva notare che l'INPS non riusciva a occupare tutti i posti-letto disponibili nei suoi numerosi sanatori, per cui gli sembrava superflua la costruzione di nuovi istituti del genere. Nel progetto in esame, invece, il Relatore osservava che gran parte della spesa prevista, circa 123 milioni di lire, sarebbe servita per costruire il cinema, la chiesa, il campanile, ecc. Tutto ciò gli sembrava eccessivo per un piccolo sanatorio che avrebbe voluto aumentare i suoi letti da 70 a 170. Si osservava "una tendenza ad una certa grandiosità nelle costruzioni ospedaliere, grandiosità che poi incide sfavorevolmente sulla spesa di esercizio"¹⁸⁵.

Anche il dispensario antitubercolare di Verona, la cui costruzione veniva discussa in una seduta successiva¹⁸⁶, il progetto veniva criticato, poiché "venivano previsti due settori distinti per sesso, con duplicazione di servizi ed enorme dispendio di locali, e un intero piano destinato ad alloggio del personale per una spesa di circa 200 milioni di lire"¹⁸⁷. Un'altra lamentela del Consiglio relativa alle costruzioni sanatoriali era dovuta al fatto che nessun ente si uniformava alle norme sulle costruzioni ospedaliere, che prescrivevano prima di elaborare il progetto la formulazione del relativo programma

¹⁸³ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 41, *Seduta del 13 luglio 1953*, p. 314.

¹⁸⁴ Ad esempio, ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, b. 43, *Seduta del 27 novembre 1951, Cosenza – reparto tbc dell'ospedale civile; Taranto – progetto ampliamento sanatorio Grottaglie*, pp. 460-467: sul sanatorio di Grottaglie: "l'ing. Lenzi riferisce sul progetto di ampliamento del sanatorio di Grottaglie (Taranto) facendo presente che l'elaborato non si basa sulle esigenze dei servizi: non è curato il disimpegno del refettorio per quanto riguarda la separazione dei sessi; la Cappella è male ubicata; le docce non sono direttamente areate dall'esterno ed il locale per la biancheria pulita non ha il montacarichi: si vorrebbe smaltire i liquidi in una voragine che assorbe già da tempo le acque cloacali del primo sanatorio."

¹⁸⁵ Ivi, p. 468.

¹⁸⁶ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 52, *Seduta del 6 settembre 1955*, p. 45.

¹⁸⁷ Ivi, p. 46.

finanziario.

Molto ampia tra le carte del CSS è la documentazione relativa all'approvazione o al rifiuto di progetti di acquedotti e di piani di approvvigionamento idrico di valli, città, aree geografiche più o meno ampie. Infatti, sebbene il momento di slancio della copertura idrica italiana fosse stato il 1880-1920, il processo conobbe una ripresa nel secondo dopoguerra, in consonanza con il diffondersi di politiche pubbliche di natura keynesiana.¹⁸⁸ Nel 1951, solamente il 7% o poco più delle abitazioni usufruiva di acqua potabile, energia elettrica e servizi igienici; solo una metà circa delle case italiane (il 52%) era provvista di acqua corrente e circa un quarto (il 27%) di gabinetto.¹⁸⁹ La situazione non era tale soltanto nelle regioni del Sud: a Milano, negli anni del boom economico (1958-1963) il 13% delle abitazioni non era allacciato all'acquedotto e il 24% non aveva servizi igienici con acqua corrente.¹⁹⁰ Ciononostante, le regioni del meridione erano particolarmente bisognose di interventi in questo senso. In effetti negli anni Cinquanta, oltre agli organi sanitari della Repubblica, anche la Cassa del Mezzogiorno era occupata in una politica di opere pubbliche nel sud del Paese (che copriva più del 40% del territorio nazionale e ospitava il 36% della popolazione italiana), sia come innesco dello sviluppo nelle regioni meridionali, sia come obiettivo umanitario, con finalità morali e civili.¹⁹¹ Le carenze di approvvigionamento idrico in molti comuni meridionali erano tali che la popolazione si riforniva in gran parte grazie a raccolte di acqua piovana costruite presso le abitazioni o dalle fontane delle piazze comunali, percorrendo a volte chilometri e senza garanzie riguardo l'inquinamento e la contaminazione; una delle sezioni della Cassa era denominata proprio Sezione acquedotti e fognature, e l'11% del bilancio della Cassa stessa era stanziato per la rete fognaria e gli acquedotti, oltre che per i progetti riguardanti opere come dighe e bacini artificiali, canalizzazione, bonifiche e rimboschimenti, per contenere i pericoli di dissesto idrogeologico.¹⁹²

I progetti presentati al Consiglio Superiore durante gli anni Cinquanta erano numerosi e spesso andavano a coprire delle zone precedentemente non servite da alcun servizio idrico. I motivi più frequenti per i quali il CSS respingeva dei progetti in questi anni erano: la qualità delle acque¹⁹³, i materiali usati per le costruzioni (un dibattito che si protrasse per anni al Consiglio riguardava il possibile uso o meno di condotte di rame per il trasporto dell'acqua¹⁹⁴); il non prendere sufficientemente in considerazione il resto della rete e la mancata coordinazione tra i servizi di aree

¹⁸⁸ G. Bigatti, *Da bere per tutti. Servizi idrici e politiche dell'acqua in Italia tra Otto e Novecento. Uno sguardo di sintesi*, in TST rivista, marzo 2014, n. 26, pp. 110-127.

¹⁸⁹ A. Bagnasco, *L'Italia in tempi di cambiamento politico*, Il Mulino, Bologna 1996, p. 17.

¹⁹⁰ M. Doria, *L'acqua e la città. Storia degli acquedotti genovesi De Ferrari Galliera e Nicolay (secoli XIX-XX)*, Francoangeli, Milano 2008, p. 15.

¹⁹¹ L. Scoppola Iacopini, *La cassa per il Mezzogiorno e la politica. 1950-1986*, Laterza, Bari 2019, p. 54.

¹⁹² Ivi, p. 81.

¹⁹³ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 48, *Castelfranco Emilia (Modena) – acquedotto; Padova – acquedotto*; Seduta del 3 dicembre 1952, p. 137.

¹⁹⁴ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 48, *Condotte di rame*, Seduta del 17 dicembre 1952, p. 82.

geografiche contigue¹⁹⁵. Proprio di quest'ultimo problema si prendeva coscienza nel 1956; non era più sufficiente fornire le zone, ma occorreva armonizzare le esigenze: bisognava tenere conto delle necessità di alimentazione idrica dei centri urbani, ma anche dei bisogni dell'agricoltura, delle applicazioni idroelettriche, delle esigenze delle industrie esistenti o di cui si prevedeva l'impianto. Un tipo di organizzazione di questo genere necessitava però di un gestore unico, che assicurasse funzionalità e rendimento anche per conseguire la sicurezza e l'economia dell'esercizio. In questo senso andava la proposta di delega al Governo per la costituzione di enti per la costruzione e gestione degli acquedotti, predisposta dal Ministero dei Lavori pubblici: si progettava la creazione di appositi enti gestori, sia per la costruzione di acquedotti e fognature sia per la manutenzione e l'esercizio di tali opere, sia per rilevare impianti comunali o consorziali già esistenti, al fine di gestirli. Il Consiglio, nella seduta di discussione del progetto di legge, riteneva di doversi esprimere soprattutto in merito alle esigenze igieniche di cui era necessario tenere conto nell'approvazione di questo progetto:

La situazione dell'approvvigionamento idrico in Italia presenta tutt'ora degli aspetti che a ben ragione debbono essere considerati insoddisfacenti. Assai istruttivi al riguardo sono i risultati di una inchiesta condotta dall'ACIS nel 1950 [...]: in tale inchiesta, risultò che dei 7570 centri urbani censiti, con popolazione complessiva di circa 31 milioni di abitanti, solo 5297 (il 70% circa) con popolazione di 27 milioni di abitanti (l'87,9% circa) erano provvisti di acquedotto; i rimanenti 2273 centri ricorrono per l'approvvigionamento: il 68% a pozzi, il 21,6% a sorgenti non condottate, l'8,8% a cisterne, l'1,8% ad acque superficiali. [...]

La deficienza di regolare adduzione d'acqua è particolarmente spiccata nei comuni minori, giacché risulta dall'inchiesta predetta che mentre nessun comune di popolazione superiore a 50mila unità era sprovvisto di acquedotto, erano nella condizione contraria il 4% dei comuni con popolazione fra 50 e 20mila unità, il 14% di quelli con popolazione tra 20 e 10mila unità, e il 34% di quelli con popolazione inferiore a 5mila unità.

Ancor più chiaro diviene il quadro dello stato di approvvigionamento idrico alla luce di altri aspetti del servizio. I comuni dotati di acquedotto distribuiscono in genere l'acqua potabile solo ad una parte, spesso assai bassa, della popolazione. [...]

Purtroppo è ancora da aggiungere una gravissima preoccupazione relativamente allo stato di opere, al funzionamento e alle caratteristiche igieniche del servizio di un gran numero di acquedotti. Risulta dall'indagine citata che di 8.090 acquedotti censiti solo 2618 erano ritenuti in stato di funzionamento normale senza bisogno di opere di miglioramento; le condizioni igieniche erano indicate buone per soli 3.616, mediocri per 2.943 e cattive per 1.208. [...]

Se lo sguardo d'insieme sull'entità degli acquedotti nei comuni italiani in rapporto agli elementi di confronto con i paesi europei più progrediti – è osservato nella relazione dell'inchiesta preaccennata – potrebbe farci considerare confortante la situazione, gli altri dati sopra richiamati ci avvertono che nella maggioranza dei comuni italiani esistono numerosi elementi negativi che rendono igienicamente e quindi socialmente precaria tale situazione. La situazione delle fognature, devesi aggiungere, benché non illustrata da dati statistici, è sicuramente ancor più preoccupante.¹⁹⁶

¹⁹⁵ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 49, *Seduta del 27/4/1953*, p. 250;

¹⁹⁶ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 55, *Seduta del 15 novembre 1956*, pp. 243-245.

Secondo il Consiglio, tra le cause di questa situazione in Italia vi era il “concetto dell’interesse locale delle opere”¹⁹⁷: della gestione di queste costruzioni, infatti, si occupavano le amministrazioni comunali, “senza preliminare formazione o adeguamento al progresso della sensibilità igienica, tecnica ed economica”¹⁹⁸. L’azione dello Stato, infatti, secondo il Consiglio si limitava al controllo generico in campo sanitario ed amministrativo, e alle contribuzioni finanziarie. In questo modo, erano mancati i controlli di gestione, esercizio e conservazione delle opere. Parallelamente, i finanziamenti dello Stato in questo ambito erano cresciuti sull’onda della straordinarietà delle iniziative:

Particolari regioni, zone o comuni hanno potuto così fruire per leggi generali o speciali ove del completo carico allo Stato degli interessi sulle opere di costruzione, ove dell’anticipazione della spesa senza interessi, ove del parziale o totale carico allo Stato della spesa: si ricordino le provvidenze per la Basilicata, Calabria, Sardegna, Sicilia e quelle per il Monferrato, per i comuni vesuviani, per Grosseto e Comacchio, quelle per la costruzione del grande acquedotto Pugliese e più recentemente di quello per l’Alta Irpinia.¹⁹⁹

Con le leggi 3 agosto 1949, 10 agosto 1950, n. 646 e 647, poi, erano stati posti a totale carico dello Stato gli acquedotti delle regioni meridionali e delle zone riconosciute “deprese”. Secondo il Consiglio, la pecca di questa organizzazione era rappresentata dal disinteresse nei confronti delle iniziative di costruzione e miglioramento di acquedotti e fognature salvo che nelle regioni tutelate dalla Cassa per il mezzogiorno, e dalle carenze generali circa l’amministrazione, l’esercizio e la manutenzione delle opere. Per questi motivi, il Consiglio approvava senza esitazione la creazione di enti che superassero i limiti comunali, dotati di sufficiente autonomia ed adeguatamente attrezzati per il compito di costruzione e gestione di acquedotti e fognature entro limiti territoriali da stabilire di volta in volta, a seconda della conformazione dei territori. Allo stesso tempo però notava alcune pecche nel progetto di legge: proponeva di non disgiungere gli sforzi per gli acquedotti da quelli per le fognature, fondamentali per garantire la salubrità dei territori; richiedeva la presenza di rappresentanti dell’Alto Commissariato per l’igiene e la sanità pubblica tra le autorità proponenti gli effettivi decreti legislativi; si sottolineava anche la necessità di un distretto abbastanza ampio, con un numero minimo di abitanti, per giustificare la necessità di un ente apposito.

L’anno successivo, nella seduta del 17 aprile 1957, il Ministero dei Lavori pubblici sentì la necessità di controbattere ai rilievi mossi dal Consiglio: il rappresentante di quel Ministero sostenne che la genesi di questa legge delega era stata molto lunga (cinque anni), che il suo intento era quello di semplificare degli iter amministrativi che fino a quel momento avevano fatto spendere fino a 135 miliardi in piccoli acquedotti. Con questa legge veniva invece studiata una razionale pianificazione delle sorgenti, ad opera della Cassa del Mezzogiorno e del Ministero dei Lavori pubblici stesso, per

¹⁹⁷ Ivi, p. 246.

¹⁹⁸ Ibidem.

¹⁹⁹ Ivi, p. 247.

gettare delle migliori basi per il servizio di distribuzione idrica alla popolazione. Poiché le acque sono demaniali, e non comunali, era giusto che la questione dei finanziamenti fosse di pertinenza dello Stato, e non dei comuni:

I due ministri della Cassa per il Mezzogiorno e dei Lavori pubblici sono vivamente preoccupati a chi consegnare questi grandi complessi (l'acquedotto campano e molisano costerà 20 miliardi; quello di Ascoli Piceno, 7-8 miliardi; quello della Maremma, 8 miliardi). [...] Si è pensato ad una legge atta a salvaguardare questi grandi complessi. Si tenga poi conto che si tratta di enti pubblici e non di consorzi. Si pensi alla vita che avrebbero dei Consorzi rappresentanti 300 Comuni, come sarebbe il caso dell'acquedotto campano-molisano.²⁰⁰

Il Ministero dei Lavori pubblici rivendicava però il diritto di scegliere quando e dove costituire questi enti, vagliandone caso per caso la necessità; la proposta del CSS di far riferimento a un limite numerico di comuni o di popolazione veniva rigettata come inutilmente macchinosa. In generale il Ministero dei Lavori pubblici e i suoi rappresentanti, dai loro interventi nella seduta, si dimostravano restii ad accettare ingerenze della sanità nel settore:

Questo provvedimento, imposto da una certa situazione è stato fatto di concerto col Tesoro per la parte finanziaria; e col Ministro dell'Agricoltura per la parte concernente l'irrigazione; non siamo venuti meno all'ossequio per l'ACIS se, data la finalità organizzativa e funzionale degli enti in parola, non è sembrata cosa essenziale il "concerto" con la sanità.²⁰¹

Il Ministero dei Lavori pubblici si mostrava in qualche modo risentito delle ingerenze dell'Alto Commissariato e del CSS sul tema, tanto da costringere i consiglieri a giustificare l'interesse sanitario nella gestione del tema degli acquedotti e delle fognature. La cattiva gestione di un acquedotto infatti, veniva ricordato, non rappresenta soltanto un danno economico, ma anche un pericolo per la salute pubblica: in questo senso, il Consiglio non si poteva occupare soltanto della buona conservazione degli acquedotti, ma doveva avere una vasta visione sanitaria di tutto il problema. Veniva rivendicato che il parere del CSS doveva superare le autonomie locali, perché interessava la collettività nazionale. Altra questione fondamentale ribadita era l'impossibilità di disgiungere la gestione degli acquedotti dalla gestione delle fognature; il rappresentante del Ministero dei Lavori pubblici si dichiarava formalmente d'accordo, ma "quando i fondi sono quelli che sono, bisogna sacrificare alle volte qualche servizio igienico"²⁰².

Il documento che il Ministero dei Lavori pubblici emana in merito alla questione degli acquedotti sostanzialmente respinge tutte le questioni sollevate dal CSS, "in quanto la costituzione di enti per la costruzione e gestione di acquedotti investe unicamente un problema di organizzazione

²⁰⁰ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 56, *Seduta del 17 aprile 1959*, p. 267.

²⁰¹ Ivi, p. 268.

²⁰² Ivi, p. 270.

amministrativa, tecnica e finanziaria”²⁰³. Anche l’esigenza di far andare di pari passo la costruzione di acquedotti con quella delle fognature, fondamentale secondo gli organi sanitari per evitare il ristagno di acque malsane e quindi il possibile scoppio di focolai di malattie infettive, veniva rigettata dal Ministero dei Lavori pubblici:

Siccome gli enti devono prevalentemente occuparsi della costruzione e gestione degli acquedotti, sui quali, per precise direttive dei Comitati dei Ministri per il Mezzogiorno e per il Centro-Nord, è stato concentrato lo sforzo finanziario dello Stato, non sembra il caso di inserire l’esplicito richiamo delle “fognature”, delle quali, peraltro, è cenno nelle norme del provvedimento.²⁰⁴

Tuttavia, quando nel 1963 si discuteva alla Camera un nuovo piano regolatore generale degli acquedotti²⁰⁵, la situazione non sembrava migliorata sensibilmente: secondo i dati riportati, su 23mila dei centri abitati partecipanti all’indagine Istat del 1956 sulla gestione delle acque, 9.348 risultavano sprovvisti di acquedotti e 17.088 erano sprovvisti di fognature (i numeri confermano quello che era il timore del CSS, ovvero un disinteresse per le reti fognarie rispetto agli acquedotti); nel Mezzogiorno, secondo una indagine condotta nel 1958-59, il 23% dei comuni era privo di acquedotto. La situazione del Centro-nord, inoltre, presentava delle sacche di arretratezza e ritardo non lontane da alcune situazioni del Sud, sebbene di estensione minore.²⁰⁶ Il relatore per il disegno di legge, Giuseppe Alessandrini, medico, riconosceva l’insufficienza degli enti che avrebbero dovuto occuparsi della gestione degli acquedotti negli anni precedenti; il deputato Franco Busetto, ingegnere napoletano del gruppo comunista, riportava l’opinione del proprio gruppo politico, assolutamente favorevole a favorire lo sviluppo di un piano di questo genere, ma, allo stesso tempo, molto critico sull’operato delle precedenti classi dirigenti e degli enti preposti:

A tal proposito, sarebbe interessante avere dal ministro un consuntivo circa l’attuazione di ben 79 acquedotti, tra grandi e medi, predisposti da altrettanti consorzi, per un complesso di 942 comuni delle zone depresse del centro-nord. [...]
È bene ricordare che i progetti approntati da questi consorzi peccano quasi tutti per insufficienza di previsioni in merito alle dotazioni d’acqua che sono necessarie: perché, come ho detto prima, vi è stato uno squilibrio fra le previsioni e i grandi movimenti migratori cui sono state costrette le masse contadine, con il conseguente fenomeno dell’addensamento nei grandi centri e con una crescita del volume dei servizi il cui costo sociale viene fatto pagare ai lavoratori.²⁰⁷

La proposta del gruppo comunista sarebbe stata quella di demandare l’organizzazione della fornitura idrica alle regioni: Busetto lamentava che l’impossibilità di attuare tale proposta, la più razionale, era

²⁰³ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore per la Sanità pubblica, Verbali, b. 56, *Ministero dei Lavori Pubblici, Ufficio studi e legislazione – Schema di disegno di legge recante delega al Governo per la costituzione di enti per la costruzione e gestione di acquedotti*, p. 289.

²⁰⁴ Ivi, p. 292.

²⁰⁵ Atti parlamentari, Camera dei deputati, III legislatura, *Piano regolatore generale degli acquedotti e delega al Governo ad emanare le relative norme di attuazione*, seduta di martedì 22 gennaio 1963.

²⁰⁶ Ivi, p. 37058.

²⁰⁷ Ibidem.

dovuta all'opposizione della DC rispetto all'attuazione delle regioni a statuto ordinario, previste nel dettato costituzionale, e al lento riformismo che caratterizzava i governi democristiani. L'implementazione delle regioni (che rappresenteranno anche il fulcro della nuova organizzazione sanitaria del 1978) era in effetti uno dei punti che provocava forti tensioni tra DC e PSI, che nei primi anni Sessanta erano impegnati nel processo di convergenza che avrebbe caratterizzato a lungo la politica interna italiana. La DC, dal 1959 guidata da Aldo Moro, era attraversata in questi anni da forti tensioni interne e soggetta a pressioni esterne perlomeno da parte statunitense ed ecclesiastica. Nel 1960 ne era risultato un governo dalla denominazione fantasiosa: il segretario democristiano definiva infatti il governo Fanfani III delle "convergenze di non opposizione", Eugenio Scalfari su "L'Espresso" coniò la storica espressione delle "convergenze parallele". La maggioranza di questo governo fu raggiunta faticosamente ed era costituita da tutti i leader delle minoranze democristiane, con le "parallele" astensioni socialista e monarchica, dopo che i precedenti tentativi di inclusione del partito socialista erano andati falliti, così come la breve esperienza del governo Tambroni I, con l'appoggio esterno del MSI²⁰⁸.

L'apertura a sinistra era vista dal segretario democristiano come il mezzo per realizzare diversi obiettivi, dopo la dissoluzione del centrismo degli anni Cinquanta: favorire il processo di redistribuzione dei benefici della crescita economica, che appariva ormai impetuosa; esprimere l'intenzione politica di consolidare l'alternativa al partito comunista sul piano democratico; rispondere al problema del riconoscimento delle classi popolari nelle istituzioni, allargando così la sfera della democrazia italiana.²⁰⁹ Nel percorso di avvicinamento al PSI, era necessario cercare di incontrare alcuni dei punti sollecitati da Nenni già da tempo: nazionalizzazione dell'industria elettrica, scuola, regioni. Erano però proprio tre argomenti sui quali nei gruppi parlamentari democristiani al momento della costituzione del governo si erano sollevate perplessità e remore.²¹⁰ Sugli attesi provvedimenti attuativi delle regioni a statuto ordinario si registrò un vero e proprio braccio di ferro tra il 1962 e il 1963: Nenni, socialdemocratici e repubblicani decisero di spingere per ottenerne l'attuazione, e queste pressioni, come scriveva La Malfa a Moro, irrigidivano la DC, soprattutto a causa della questione delle "giunte rosse" locali Psi-Pci, che si sarebbero trovate a gestire in modo abbastanza autonomo territori ampi e strategici per la nazione.²¹¹

L'attuazione o meno delle regioni tuttavia, così come le leggi sulla scuola, sull'urbanizzazione e gli altri temi oggetto di tergiversazione e scambio politico tra i partiti, avevano degli effetti nella realtà sociale del Paese: in questo caso, l'impossibilità di una gestione intermedia tra comuni e Stato nella

²⁰⁸ G. Formigoni, *Aldo Moro. Lo statista e il suo dramma*, Il Mulino, Bologna 2016, pp. 143-144.

²⁰⁹ G. Galli, *Storia della DC*, Laterza, Bari 1978, pp. 207-216.

²¹⁰ P. Pombeni, *L'apertura. L'Italia e il centrosinistra (1953-1963)*, Il Mulino, Bologna 2022, pp. 165-167; G. Formigoni, *Aldo Moro. Lo statista e il suo dramma*, op. cit., p. 158.

²¹¹ Ivi, p. 162.

realizzazione di opere igieniche. In Senato, le critiche a una proposta di questo genere erano venute soprattutto dal democristiano Sullo, in questo periodo ministro dei lavori pubblici, con la motivazione di un facile condizionamento elettoralistico delle assemblee regionali.²¹²

Un altro tema che emerse nel dibattito parlamentare era quello relativo a all'industria elettrica, che era interessata alle riserve e ai corsi d'acqua per la derivazione di forza motrice: oltre all'immediato esempio dell'Enel, anche nel settore delle acque potabili numerose aziende quotate in borsa erano entrate nella gestione delle fonti. Quelle quotate in borsa erano la Società dell'acqua pia antica marcia di Roma, l'acquedotto De Ferrari-Galliera, la Società italiana condotte acque di Roma, l'acquedotto Nicolay di Genova, la Società azionaria per la condotta di acque potabili di Torino. Busetto, a questo proposito, si augurava che l'implementazione di un piano generale per le acque che tutelasse la popolazione attraverso una fornitura pubblica di acqua potabile, e che non si piegasse agli interessi di gruppi privati.

La preoccupazione di Vincenzo Rivera, botanico e accademico democristiano, era invece sulla limitatezza del progetto di legge alle acque sorgive. Ci si illudeva infatti che queste risorse sarebbero state sufficienti per le forniture igieniche delle città e dei comuni, che però, in questi anni, si dimostravano spesso in carenza d'acqua²¹³. Andava inoltre tenuto conto del fatto che alcune zone italiane erano particolarmente aride, e necessitavano di forniture da notevoli distanze: era stato il caso dell'Acquedotto Pugliese, realizzato dalla Cassa per il Mezzogiorno. Per queste ragioni, un progetto di realizzazione di acquedotti sembrava limitativo: in un Paese cronicamente povero d'acqua, soprattutto in alcune aree, sarebbe stato bene razionalizzare tutte le fonti d'acqua e, anzi, organizzare un sistema di raccolta di acque piovane, che invece venivano lasciate libere di defluire verso il mare. Le carenze d'acqua, infatti, non riguardavano soltanto le forniture delle città: le eccedenze avrebbero potuto essere sfruttate anche per fini industriali o agricoli.

2.5 Ospedali, istituti privati di cura, istituti per malattie specifiche e sociali

Il fulcro dell'assistenza medico-sanitaria italiana nel dopoguerra, come da secolare tradizione²¹⁴, era rappresentato dalla rete ospedaliera nazionale. Tuttavia, i livelli di copertura e di assistenza erano lontani dall'essere omogenei. Gli ospedali italiani erano infatti inegualmente distribuiti tra città e campagna e tra Nord e Sud: secondo l'opinione di Franco della Peruta, uno dei pochi studiosi della rete ospedaliera del periodo fascista, poco prima della Seconda guerra mondiale la densità ospedaliera

²¹² Atti parlamentari, Camera dei deputati, III legislatura, *Piano regolatore generale degli acquedotti e delega al Governo ad emanare le relative norme di attuazione*, seduta di martedì 22 gennaio 1963, p. 37060.

²¹³ Ivi, p. 37064.

²¹⁴ A. J. Davis, *The medieval economy of salvation: charity, commerce and the rise of the hospital*, Cornell University Press, Ithaca, New York, 2019; J. Henderson, *The impact of hospitals 300-2000*, Peter Lang Pub. Inc., Pieterlen, 2007; G. B. Risse., *Mending bodies, Saving souls: a history of hospitals*, Oxford University Press, Oxford 1999.

tra Nord e Sud non era paragonabile, così come “mentre al Centro e al Nord la voce ospedale identificava il più delle volte delle unità tecnico-sanitarie di una certa rilevanza, nel Mezzogiorno, al di là di alcune rare strutture concentrate quasi esclusivamente nelle grandi capitali regionali, essa fa riferimento niente più che ad infermerie nelle quali la funzione assistenziale, di mero ricovero, prevale nettamente su quella sanitaria”²¹⁵. L’inflazione conseguente alla Prima e alla Seconda guerra mondiale aveva pesantemente svalutato i patrimoni ospedalieri²¹⁶, che perlomeno fino alla fine degli anni Cinquanta venivano descritti come disorganizzati, inadeguati in quanto ad attrezzatura, isolati dal punto di vista professionale e gelosi della propria autonomia.²¹⁷ Per di più, si trovavano immobilizzati nelle loro capacità di sviluppo, a causa di una strutturale sottocapitalizzazione che impediva di investire in ammodernamento tecnologico e ricerca. Il CSS si occupò in questi anni di dare dei pareri sull’edificazione, lo smantellamento o la ristrutturazione di ospedali su tutto il suolo nazionale: tuttavia, la gestione amministrativa degli ospedali era frammentata tra Alto Commissariato per l’igiene e la sanità pubblica, Ministero dei Lavori pubblici e Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale. [?] CONTROLLARE Questa frammentazione di competenze impediva un controllo reale sulla rete ospedaliera nazionale da parte di un’autorità pubblica. Ciò creò proprio durante questi anni dei seri problemi di gestione e di finanziamento, che si trascinarono per decenni senza essere risolti, e che trovarono un termine solo nel 1978, lasciando tuttavia in eredità dei pesanti problemi debitori. Questo tipo di gestione obbligava a un approccio riduzionista ai problemi da parte degli ospedali, impegnando le strutture ospedaliere in riscossioni di crediti per le spese correnti, rendendo molto difficile la programmazione di attività di ricerca o di prevenzione.

Il finanziamento dell’attività clinica e della pratica ambulatoriale ospedaliera non era migliore di quello per la ricerca scientifica. Durante questi anni e fino al 1978, infatti, la situazione era definita soprattutto dall’insolvenza degli enti mutualistici e, in misura minore, dei comuni, cui era demandato rispettivamente il finanziamento della sanità dei lavoratori e dei poveri²¹⁸. Né le prime né i secondi, lungo il corso degli anni dal 1950 al 1978, riuscivano infatti a pagare pienamente e regolarmente le rette di degenza, principale fonte di finanziamento degli ospedali. La dinamica cui si andò incontro durante i decenni dell’immediato dopoguerra era quella di un’impennata dei costi, che le casse mutue si dichiaravano incapaci di pagare. Spesso, ad esempio, le mutue intentavano cause legali per rivendicare il fatto che non dovessero risarcire i costi dell’ammodernamento delle strutture ospedaliere e delle tecnologie sanitarie, ma che fosse di loro competenza soltanto il costo netto di cura dell’assistito: una situazione che, spingendo le amministrazioni ospedaliere a doversi

²¹⁵ D. Preti, *La questione ospedaliera nell’Italia fascista (1922-1940): un aspetto della “modernizzazione corporativa”*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d’Italia, Malattia e medicina* (vol. 7), p. 379.

²¹⁶ F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia. Il Servizio sanitario nazionale in una prospettiva storica*, Il pensiero scientifico, Roma 2009, p. 139.

²¹⁷ P. Foltz, *L’assistenza ospedaliera nell’ordinamento sanitario*, in *Annali della Sanità pubblica* 1947, p. 112.

²¹⁸ F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia. Il Servizio sanitario nazionale in una prospettiva storica*, op. cit., p.

preoccupare dei problemi di copertura economica corrente, contribuì al mantenimento della situazione di sottofinanziamento e di arretratezza del sistema sanitario e alla sua scarsa propensione all'innovazione²¹⁹.

Nel corso degli anni Cinquanta, i principali appunti del CCS ai progetti di ospedali presentati erano relativi a mancate precauzioni igieniche, divisioni inadeguate degli spazi, esposizioni non corrette al sole o al vento; in questa fase, venivano edificate nuove strutture e ci si preoccupava di renderle più vivibili, di far rispettare le norme igieniche, di rendere gli ospedali e gli ambulatori, se non più moderni, per lo meno più sani. Il CSS spesso discuteva dell'inadeguatezza delle strutture, ma altrettanto spesso accettava alcuni progetti con modifiche invece di respingerli, riflettendo sulla scarsità di posti-letto disponibili, specialmente in alcune aree²²⁰.

Ad esempio, per quanto riguardava il progetto per la costruzione dell'Istituto di Patologia chirurgica di Roma, il CSS notava che nel piano seminterrato mancava un disimpegno per la biancheria sporca; si facevano degli appunti su una eccessiva esposizione al sole che avrebbe reso la temperatura insopportabile durante il periodo estivo²²¹. A volte venivano fatti appunti sullo smaltimento dei liquami, non essendo sempre presenti o operative le fognature cittadine²²². In alcuni casi, le nuove tecnologie sanitarie richiedevano dei nuovi spazi: è il caso della schermografia di massa per i dispensari antitubercolari²²³, che richiedeva dei locali appositi da ricavare nelle strutture preesistenti o da edificare in quelle nuove. Anche nel settore delle strutture vigeva una certa incertezza riguardo le competenze: la commissione nominata nel 1951 per definire il numero di posti-letto necessari nei sanatori antitubercolari non si era mai riunita e quindi il Consiglio non disponeva di dati sulla base dei quali poter consigliare l'edificazione o meno, l'INPS da parte sua non riusciva a occupare tutti i posti-letto disponibili nelle sue strutture²²⁴. Il Consiglio notava però, a fronte di tutti questi problemi, la tendenza a una "certa grandiosità" nelle costruzioni ospedaliere, che poi incideva sfavorevolmente sulle spese di esercizio²²⁵.

La scelta dei luoghi nei quali edificare le nuove strutture era spesso soggetta a vincoli come la presenza di acquedotti e fognature²²⁶; inoltre, la capacità di ammortizzazione delle spese e di

²¹⁹ F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva comparata*, Il Pensiero scientifico, Roma 2009, p. 126.

²²⁰

²²¹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 44, *Seduta dell'11 gennaio 1952*, p. 23.

²²² ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 44, *Seduta del 16 ottobre 1951*, p. 134;

ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 51, *Ospedale di Cosenza: piano regolatore*, 2 febbraio 1954, p. 1.

²²³ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 48, *Verona – dispensario antitubercolare*, 18 ottobre 1952, p. 6.

²²⁴ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 48, *Terranova Bracciolini (Arezzo) – Ospedale sanatoriale della Misericordia, progetto di sistemazione*, 18 ottobre 1952 p. 2.

²²⁵ Ibidem.

²²⁶ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 48, *Bologna – Ospedale maggiore*, 3 dicembre 1952, p. 134.

innovazione erano spesso limitate dalla lentezza nell'attuazione dei progetti:

Lenzi soggiunge che sulle costruzioni ospedaliere italiane grava una tendenza che non è il caso di favorire: quella della monumentalità.

Non per nulla il Consiglio sanitario belga non esita ad affermare che gli ospedali debbono essere progettati col criterio di poter ammortizzare le spese in 20 anni di funzionamento.

In Italia, invece, non v'è ospedale, si può dire, che non sia stato progettato venti anni prima della sua attuazione.²²⁷

La rete assistenziale italiana non era tuttavia costituita soltanto di ospedali. Negli anni Cinquanta le case di cura private avevano sviluppato un'ampia copertura territoriale, e non servivano più soltanto gli strati sociali più abbienti della popolazione²²⁸. A questo proposito, nel 1952 il CSS discuteva un disegno di legge sul regolamento delle case di cura: queste infatti non presentavano norme adeguate per quanto riguardava l'ubicazione, i locali, l'attrezzatura, il personale, i servizi e gli impianti igienico-sanitari²²⁹. L'apertura di una casa di cura privata all'altezza degli anni Cinquanta era ancora normata dall'art. 193 del T.U. delle Leggi sanitarie, che assoggettava alle stesse norme anche gli ambulatori, le pensioni per gestanti e i gabinetti per le analisi cliniche. Questo articolo era particolarmente vago per quanto riguardava le norme da rispettare: veniva richiesta per l'apertura l'autorizzazione del prefetto, ma non vi era alcun accenno all'ordinamento del personale né alle caratteristiche ed all'attrezzatura tecnica di tali enti. L'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica commentava in questo modo la situazione:

Nel 1934, epoca a cui rimonta il T.U. delle leggi sanitarie, forse la norma contenuta nel già citato articolo 193 poteva ritenersi sufficiente a disciplinare un'attività sanitaria che trovava la sua attuazione soprattutto nelle grandi città, ma dal 1934 ad oggi la situazione è profondamente cambiata e nuove case di cura ed ambulatori sono sorti e continuano a sorgere in numero rilevante, non limitandosi i detti organismi a prosperare nelle grandi città, ma estendendosi anche ai più piccoli centri.

L'iniziativa dei privati in tale campo viene ad affiancare l'azione delle autorità preposte all'assistenza, volta all'incremento della disponibilità di posti-letto nel territorio nazionale, ma ciò non esclude la necessità di porre, nell'interesse degli infermi, una disciplina uniforme al fiorire di tante apprezzabili iniziative nel campo assistenziale.²³⁰

In questa occasione, emergevano anche particolari convenienze economiche che guidavano la scelta di queste strutture private: erano ormai ammessi nelle case di cura anche pazienti non paganti, in caso di mancanza di disponibilità di posto negli ospedali, che andavano soggetti a rimborsi delle proprie casse mutue o del comune o di altri enti, a seconda del tipo di tutela cui erano soggetti²³¹.

²²⁷ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 49, *Bologna – Nuovo ospedale maggiore*, 28 gennaio 1953, p. 7.

²²⁸ M. Malatesta; Tarozzi? **Controllare.**

²²⁹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 44, *Schema di disegno di legge sulla disciplina delle case di cura private*, Seduta del 16 gennaio 1942, pp. 122-126.

²³⁰ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 44, *Relazione per il CSS dall'Alto Commissariato per l'igiene e sanità pubblica*, p. 272.

²³¹ Ivi, p. 273.

Nel dibattito del Consiglio, Gennaro Costantini, presidente della Federazione italiana per la lotta alla tubercolosi, riconoscendo la necessità di una normativa chiara su questo tema, richiedeva però che venissero stabiliti maggiori controlli sul funzionamento, sia dal punto di vista igienico-sanitario che per impedire uno spostamento della specializzazione della casa di cura verso l'assistenza ai tubercolotici, per motivi di convenienza economica (evidentemente i rimborsi statali o dell'INPS in questo caso erano più alti).

Attili, radiologo primario dell'ospedale San Camillo De Lellis di Roma, riportava le preoccupazioni dei medici ospedalieri nei riguardi dell'eccessivo e incontrollato sviluppo delle case di cura private, chiedendo che venissero assicurati dalla legge maggiori controlli, soprattutto per tutelare gli ammalati che, secondo lui, venivano instradati sempre più frequentemente verso queste istituzioni. Confrontando la situazione con quella degli ospedali civili, faceva presente che ai medici delle case private non si richiedeva la garanzia del concorso pubblico e la prova di alcuna capacità professionale. La classe medica si dichiarava a favore di una uniformazione dei requisiti richiesti al personale statale rispetto a quello privato, e un maggior controllo al momento dell'edificazione delle case di cura, che per larga parte non rispettavano le norme igieniche in vigore.

Analoghe osservazioni venivano sollevate per i laboratori di analisi cliniche, che sorgevano "un po' ovunque" senza regolamentazione, e degli ambulatori di fabbrica degli enti mutualistici. Cramarossa, tuttavia, ricordava la necessità dell'approvazione di questo schema di legge, data la necessità di offrire una regolamentazione chiara a un settore assistenziale che aveva ormai la sua rilevanza nel Paese; il progetto veniva quindi approvato dal CSS.

Anche nella relazione sullo stato sanitario del Paese per il biennio 1951-1952 il problema delle strutture ricopriva una certa importanza: innanzitutto si riconosceva il basso livello degli ospedali italiani rispetto a quelli del Centro e del Nord Europa. Ciò era dovuto a rette ospedaliere troppo basse, insufficienti a permettere un'organizzazione adeguata di tutti i servizi e una manutenzione e un rinnovamento sufficiente dell'attrezzatura scientifica²³². Il relatore per l'argomento, il medico ospedaliero Emilio Vigliani, riferiva che:

La maggior parte dei medici che prestano servizio negli ospedali non viene retribuita; gli infermieri e le infermiere hanno generalmente una istruzione professionale insufficiente; mancano nella maggior parte degli ospedali buoni servizi di terapia fisica; mancano tecnici e tecniche di laboratorio e in genere vi è grande scarsità di personale tecnico. Tutto ciò conduce facilmente ad un prolungamento della degenza media degli ammalati negli ospedali, per cui vi è da chiedersi se non si risparmierebbe di più a fissare le rette ad una altezza proporzionata al costo reale di tutti i servizi, mantenendo la degenza nella più corta durata possibile.²³³

²³² ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 50, *Stato sanitario del Paese 1951-1952*, p. 283.

²³³ Ivi, p. 283.

Nella stessa occasione Carbonara, professore di architettura ed esperto di edilizia sanitaria, chiedeva una maggiore attenzione ai regolamenti in vigore. Secondo la sua opinione, il regolamento edilizio sanitario vigente in Italia era molto buono, ma sprovvisto di un corredo di “esempi” sul genere di quelli già fatti in altri Paesi, come gli Stati Uniti²³⁴. Per rendere sempre più immediata ed efficace l’azione dell’Alto Commissariato nel campo delle costruzioni sanitarie, egli consigliava l’istituzione di un “Centro di studi e di ricerche per l’edilizia sanitaria”, di cui però non si trova riscontro nella documentazione dell’Alto Commissariato.

²³⁴ Ivi, p. 286.

Capitolo 3

Il lavoro del CSS: 1960-1970

3.1 Le attività

Durante gli anni 1960-1970, il lavoro del CSS si intensificò rispetto al decennio precedente. La documentazione diventa più corposa, le questioni trattate occupano più pagine di verbale, segno che i temi oggetto di discussione venivano approfonditi maggiormente o riportati più accuratamente: i membri del Consiglio prendevano familiarità con le forme e le procedure dell'organo dopo la fase di sospensione, e il neocostituito ministero della Sanità, nato nel 1958, dovendo prendere decisioni su importanti questioni relative ai cambiamenti socio-sanitari di questi anni nella società italiana, si rivolgeva frequentemente agli esperti del Consiglio.

Dal punto di vista legislativo, durante questo decennio la struttura del CSS venne rivista e riorganizzata in un paio di occasioni: innanzitutto, con il decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 257, *Disciplina degli organi consultivi del Ministero della sanità e dell'ufficio medico-legale*. Il processo di rinnovamento del settore sanitario aveva conosciuto infatti nel 1958 un elemento di progresso: la costituzione del Ministero della sanità, a lungo rimandata a causa della confusa gestione della materia assistenziale nell'immediato dopoguerra e della scarsa predisposizione alla cessione di competenze da parte di altri organi amministrativi dello Stato¹. In seguito all'accorpamento delle funzioni sanitarie in un unico dicastero (oltre al ministero dell'Interno, circa dieci erano gli altri enti ministeriali le cui competenze comprendevano qualche forma di gestione sanitaria, che opposero resistenza alla privazione di queste prerogative²), il Presidente del Consiglio, di concerto con il ministro della Sanità e il ministro del Tesoro, proponeva dei piccoli cambiamenti anche nel CSS. Si trattava del governo Fanfani III, detto delle "convergenze parallele": era appena iniziato il faticoso processo di apertura ai socialisti e dei governi di centro-sinistra, per i quali l'implementazione di un riordinamento assistenziale del Paese rappresentava uno tra gli obiettivi di

¹ S. Luzzi, *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, Donzelli, Roma 2004, pp. 181-193. La legislazione sanitaria italiana veniva definita "un pezzo di Ottocento inserito nel nuovo secolo" e l'assenza di un dicastero per la tutela della salute "una grave deficienza della struttura dello Stato". Esperimenti di nuova gestione sanitaria, più centrata sul territorio, erano stati introdotti dall'*Allied Control Commission* (ACC) in Sicilia. Il 9 settembre 1943 nell'isola vennero istituiti gli Uffici provinciali di sanità pubblica, con il compito di promuovere le attività di igiene e profilassi e di coordinare i servizi sanitari locali, ma questa esperienza non avevano trovato seguito nel periodo della ricostruzione. Si preferì invece affidare la gestione della sanità all'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica (ACIS), in linea con la gestione emergenziale e parapubblica di molti settori assistenziali, che mantenevano però inalterate le carenze del settore. Per approfondimenti, cfr. F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in prospettiva storica*, Il pensiero scientifico, Roma 2009, pp. 54-56; M. Paniga, *L'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica. Storia e documenti (1945-1958)*, Franco Angeli, Torino 2020; M. Patti, *La Sicilia e gli alleati tra occupazione e Liberazione*, Donzelli, Roma 2013, pp. 101-103.

² S. Luzzi, *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, op. cit., p. 182.

riforma più significativi. Con la nuova legge, entravano a far parte del CSS i direttori generali del neocostituito Ministero della Sanità, cinque membri designati dal Ministero di grazia e giustizia, dell'industria, del commercio e dell'artigianato, della marina mercantile, della pubblica istruzione e dell'Istituto centrale di statistica; aumentava il numero dei medici, da quattordici a ventisette, scelti necessariamente nella categoria dei professori universitari, ed anche delle discipline rappresentate nella composizione dell'organo³; cinque docenti universitari di materie non mediche (chimica, chimica farmaceutica, farmacologia, biochimica e fisica); due presidenti di amministrazione ospedaliera; due direttori sanitari di ospedale regionale.

Le ulteriori modifiche apportate all'organo nel 1968⁴ aggiungevano a questa composizione un rappresentante dell'INPS, uno dell'INAIL e uno dell'INAM, testimoniando una maggiore consapevolezza del legame tra sanità in senso ampio e organi erogatori dell'assistenza. Una delle maggiori obiezioni sollevate in questa occasione durante il dibattito nella XI Commissione del Senato era relativa alla scelta di selezionare i componenti del CSS esclusivamente tra i professori universitari⁵, una questione che aveva creato dibattito già durante gli anni Cinquanta e nei primi anni Sessanta. Secondo Giovanni D'Errico, medico e libero docente di patologia chirurgica all'università di Napoli, senatore eletto nelle fila del PLI, era necessario iniziare a dare il giusto rilievo ad altre categorie, come quella degli ospedalieri (fra i quali erano esclusi anche i primari), dei ricercatori dipendenti di istituti privati, e anche liberi docenti come lui. La questione era sentita tra gli addetti ai lavori perché il livello di qualificazione per ruolo ricoperto all'interno degli ospedali era tradizionalmente alto⁶, a causa delle gerarchie ospedaliere e sanitarie bloccate, o molto lente, in termini di carriera nei decenni del dopoguerra⁷. Comunque la questione veniva presentata in Senato

³ Alle discipline del 1949 si aggiungevano: neuropsichiatria, virologia, radiologia, idroclimatologia, oculistica, otorinolaringoiatria, medicina legale e delle assicurazioni, stomatologia, endocrinologia, oncologia, microbiologia, statistica sanitaria.

⁴ Legge 14 marzo 1968, n. 203. Modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 257, sulla composizione e sull'ordinamento del Consiglio Superiore di Sanità.

⁵ Atti parlamentari, IV legislatura, Senato della Repubblica, XI Commissione Igiene e sanità, Discussione e approvazione del disegno di legge d'iniziativa dei senatori Ferroni ed altri: *"Modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 257, sulla composizione e sull'ordinamento del Consiglio superiore di sanità"*, 21 febbraio 1968, pp. 1130-1131.

⁶ Questa si configura come una delle rimostranze più frequenti nell'ambiente dei dipendenti ospedalieri e dei medici che ambivano a percorrere le tappe della carriera accademica: riportavano di essere costretti in ruoli di inquadramento e di salario inferiore alle proprie qualifiche per lunghi anni, a causa del lento ricambio e del forte verticismo che caratterizzavano queste carriere fino alle riforme degli anni Sessanta e Settanta. Cfr. ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 115, Stato sanitario del paese e attività dell'amministrazione sanitaria del periodo 1959-1964: a proposito delle carriere dei sanitari veniva osservata una "grave carenza della carriera dei sanitari: la facoltà medica non solo non prepara i medici alle funzioni di sanità pubblica, ma in un certo senso li allontana da esse. È già tanto se, malgrado ciò, si riescono ad attirare dei laureati nell'amministrazione, i quali però poi si presentano scontenti dalle carriere che si presentano loro attualmente...", p. 112.

⁷ ACS, ACIS, b. 107, Schema di disegno di legge recante aggiornamenti all'ordinamento generale dei servizi ospedalieri e del personale sanitario degli ospedali, 13 settembre 1960, p. 2: tra le prime discussioni della nuova normativa sugli ospedali, il Ministero dell'Interno scriveva al Ministero della sanità e alla Presidenza del Consiglio dei ministri delle proposte una proposta di riorganizzazione delle carriere ospedaliere con questa motivazione: "le nuove norme sono rivolte anzitutto ad assicurare equamente al personale medico degli ospedali un minimo di carriera, con una maggiore stabilità nel posto e un trattamento di quiescenza adeguato.

come urgente, e il ministro della sanità Mariotti⁸, presente in Commissione in occasione di questo dibattito, assicurò che il Governo avrebbe tenuto in considerazione le proposte principali: l'aggiunta di un rappresentante per la neurochirurgia, e la possibilità di accogliere nel Consiglio anche primari ospedalieri e liberi docenti.⁹ Il dibattito alla Camera ripercorreva le novità proposte dal disegno di legge:

Innanzitutto si vuole inserire un secondo giurista in seno al Consiglio [...] Si prevede inoltre l'inserimento di un professore di chimica biologica accanto ai professori di chimica, chimica farmaceutica e farmacologica, già previsti. Poiché la chimica biologica è una disciplina base nell'attuale concezione della medicina, questo riferimento mi sembra essenziale. Ugualmente essenziale sembra la presenza di un professore di fisica, che attualmente manca. Basta pensare al problema delle radiazioni ionizzanti, all'applicazione della fisica alla medicina, ai rapporti del settore dell'industria con l'attività sanitaria per rendersi conto dell'importanza di questo inserimento. [...]

Si prevede poi l'inserimento di un altro sovrintendente o direttore sanitario di ospedale in aggiunta all'unico già previsto; ciò è in rapporto con lo sviluppo della rete sanitaria ospedaliera del paese e alla funzione nuova che gli ospedali vengono ad assumere anche per effetto della legge recentemente approvata.

È poi previsto l'inserimento di altri due membri scelti tra coloro che sono esperti di sanità pubblica. Mi sembra che questa innovazione possa dare la possibilità di scegliere più largamente nella vasta gamma degli esperti in questo settore.

L'ottava innovazione è quella relativa alla soppressione dell'attuale comitato unico per ogni sezione e la sua sostituzione con commissioni di sezione, composte da elementi competenti nelle materie da trattare. [...]

L'ultima proposta è quella relativa alla ristrutturazione della segreteria del Consiglio superiore di sanità con la previsione di affidare la direzione della segreteria stessa ad un segretario generale, cioè ad un organismo di riferimento quanto mai essenziale per l'importanza della funzione che questo massimo consesso sanitario del paese svolge.¹⁰

Interessante, in questo contesto, anche l'intervento del deputato comunista Ado Guido Di Mauro¹¹, che faceva notare l'assenza di una relazione riassuntiva che informasse periodicamente delle attività del CSS, e della situazione relativa alle eventuali lacune riscontrate nel periodo di lavoro precedente. La posizione comunista era favorevole all'ampliamento a quattro igienisti; posizione comprensibile, dato che si erano dimostrati negli anni tra gli specialisti più sensibili alle istanze della protezione della salute. Molti igienisti durante questi decenni che vanno dal secondo dopoguerra all'istituzione del SSN erano anche i più vicini alle questioni della medicina sociale e alle idee del PCI in merito di

⁸ Luigi Mariotti (1912-2004), fiorentino e socialista, quattro volte ministro della sanità; la legge di riforma ospedaliera del 1968, che ammodernò il comparto ospedaliero italiano, porta il suo nome.

⁹ Atti parlamentari, IV legislatura, Senato della Repubblica, XI Commissione Igiene e sanità, Discussione e approvazione del disegno di legge d'iniziativa dei senatori Ferroni ed altri: *“Modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 257, sulla composizione e sull'ordinamento del Consiglio superiore di sanità”*, 21 febbraio 1968, p. 1132.

¹⁰ Atti parlamentari, IV legislatura, Camera dei deputati, XIV Commissione igiene e sanità, *Discussione della proposta di legge di iniziativa dei senatori Ferroni ed altri: Modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 257, sulla composizione e sull'ordinamento del Consiglio superiore di sanità*, 6 marzo 1968, pp. 1152-1153. Il relatore per la proposta di legge era Davide Barba (Napoli, 1926-1992), medico, deputato per la DC.

¹¹ Abruzzese, medico, nato nel 1922, firmatario della legge per l'istituzione del servizio di medicina del lavoro; contrario all'intervento sovietico in Ungheria, pur restando iscritto al PCI; deputato tra il 1963 e il 1972.

riforme e avanzamenti nel settore pubblico italiano.¹²

Di Mauro si dichiarava invece contrario a un'altra questione di particolare interesse: la conservazione, nella composizione del CSS, dei rappresentanti degli enti previdenziali mutualistici. Il PCI contestava così la capacità, da parte di questi ultimi, di dare un contributo alle politiche di indirizzo della tutela sanitaria in Italia, e inoltre dichiarava il timore che la loro partecipazione segnasse un punto a vantaggio dei sostenitori della permanenza in atto di questi istituti:

Riteniamo che questo inserimento dei rappresentanti degli enti mutualistici si aggiunga ad altri fatti, che considerati nel loro insieme diventano preoccupanti. Vi è un decreto che stanziava 476 miliardi per questi istituti fino al 1972 (quindi fino a tale data questi istituti rimarranno in piedi); nel modificare i componenti del Consiglio superiore di sanità manteniamo inclusi questi rappresentanti, quindi istituzionalizziamo la loro presenza. Se invece la volontà politica della maggioranza fosse diretta secondo il programma che essa stessa ha formulato, questa sarebbe allora la gradualità. Sarà pur necessario cominciare a salire qualche gradino di questa scala!¹³

Il tema della contraddizione esistente tra la legge in approvazione e il progetto di riforma complessivo della sanità veniva sottolineato anche da altri deputati comunisti, che riscontravano troppa somiglianza tra questa impostazione e quella del 1961, auspicando invece cambiamenti più significativi. Sembra utile riportare uno scambio tra il deputato comunista Pasqualicchio e il ministro della sanità, anche in questo caso presente in Commissione:

PASQUALICCHIO: Noi abbiamo una struttura sanitaria nazionale che avrebbe dovuto essere modificata secondo il piano quinquennale; un primo passo avrebbe dovuto essere quello della riforma ospedaliera.

Ora, come si può conciliare questo orientamento con la legge oggi al nostro esame? Con questo provvedimento non si fa altro che trapiantare nel Consiglio Superiore di sanità il concetto di direzione, di autorità universitaria, senza tenere conto minimamente della struttura sanitaria nazionale. Guardiamo un momento la composizione del Consiglio [...]

MARIOTTI: Ma questi erano già previsti nella legge precedente.

PASQUALICCHIO: Ma allora vogliamo mantenere sempre le stesse strutture! [...] Il ministro ha detto "c'erano già". Ma questo che cosa significa? Allora ve li lasciamo per sempre? [...] La legge di riforma ospedaliera istituisce enti ospedalieri e non se ne tiene alcun conto nella costituzione del Consiglio superiore. Per la verità non mi sentirei di approvare questo disegno di legge nella sua attuale stesura; tuttavia darò la mia approvazione in quanto si intende dare, in questo scorcio di legislatura, una composizione al Consiglio che in una certa misura risponda alle attuali esigenze.¹⁴

¹² Si pensi, a questo proposito, all'esperienza politica e di ricerca dell'igienista Giovanni Berlinguer, deputato PCI che fu tra i protagonisti delle elaborazioni teoriche che portarono alla riforma del 1978; alle elaborazioni di proposte di riforma della sanità italiana a firma degli igienisti Augusto Giovanardi e Alessandro Seppilli, o ai punti di contatto tra società civile e istanze di riforma, come quelle di Medicina Democratica, fondata da Giulio Alfredo Maccacaro. Cfr. C. Giorgi, I. Pavan, *Le lotte per la salute in Italia e le premesse della riforma sanitaria. Partiti, sindacati, percorsi biografici (1958-1978)*, in *Studi Storici*, 60, aprile-giugno 2019 (2), pp. 417-455.

¹³ Atti parlamentari, IV legislatura, Camera dei deputati, XIV Commissione igiene e sanità, *Discussione della proposta di legge di iniziativa dei senatori Ferroni ed altri: Modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961*, n. 257, sulla composizione e sull'ordinamento del Consiglio superiore di sanità, 6 marzo 1968, p. 1155.

¹⁴ Ivi, p. 1156.

Mariotti riconosceva la fondatezza di alcune obiezioni, ma osservava anche che non era possibile smantellare un organo “che si era sempre dimostrato all’altezza della situazione, ogni volta che gli abbiamo chiesto dei pareri”¹⁵, con scopi che il ministro definiva punitivi. Un’opera del genere poteva essere portata avanti soltanto nel quadro di una ristrutturazione generale; egli individuava il momento opportuno per un rinnovamento nell’avvio della riforma sanitaria, o perlomeno nella smobilitazione degli enti previdenziali. Prima, sosteneva, sarebbe stato dannoso per il Paese stesso non recepire tutta l’esperienza dei medici di quegli enti, che invece addirittura reclamavano più autonomia funzionale rispetto agli amministrativi. La proposta di legge, così come presentata, venne poi approvata a scrutinio segreto, con un solo contrario.

Le spinte verso la modernizzazione dell’organo cominciavano quindi, in questo decennio, ad essere più pressanti, in coerenza con i progressi del Paese verso una condizione di modernità e con il senso di urgenza di riforme che caratterizzò il decennio degli anni Sessanta ma che troveranno effettivamente espressione, soprattutto per la componente sociale e assistenziale, nei Settanta¹⁶. Il centrismo e il dominio assoluto della DC appartenevano al decennio precedente, quando il contesto internazionale, irrigidendosi, aveva assunto le caratteristiche della Guerra fredda¹⁷; gli anni Sessanta furono invece in Italia un decennio di cambiamenti, e il PSI si propose come partito più adeguato a interpretarli, per mezzo di un ambizioso programma di riforme. La combinazione di diversi elementi storico-politici creò infatti, a partire dal 1960 e ancor più dal 1962, condizioni favorevoli alla partecipazione dei socialisti al governo: innanzitutto l’esclusione del maggior partito di sinistra italiano, il PCI, da qualsiasi aspirazione governativa a causa di vincoli internazionali, come è noto¹⁸. Ma anche il calo di consensi registrato dalla Democrazia Cristiana nelle elezioni del ’63; la grande trasformazione sociale, economica e culturale in atto nel Paese, che rendeva sempre più evidente la necessità di allargare al mondo del lavoro le basi del consenso; uno scenario internazionale più morbido nei confronti dei partiti di sinistra, con gli esempi emblematici dell’insediamento alla Casa Bianca del democratico John Fitzgerald Kennedy e dall’elezione di Giovanni Paolo II al soglio

¹⁵ Ibidem.

¹⁶ S. Colarizi, *Storia politica della Repubblica. 1943-2006: Partiti, movimenti e istituzioni*, Laterza, Bari 2007, versione e-book; P. Mattera, *Welfare in the Seventies: rise or fall?*, *Journal of Modern Italian Studies*, 25(1), pp. 54-76: importante l’osservazione che il nuovo framework di diritti e servizi sociali, con le conseguenti conquiste materiali, diminuirono negli anni Settanta il senso di alienazione nei confronti dello Stato da parte del proletariato, che aveva accompagnato il periodo del miracolo economico, e permisero contemporaneamente alla classe media di beneficiare della diminuzione delle tensioni sociali e delle nuove prestazioni assistenziali. Il welfare state viene considerato, in questo modo, un elemento di crescita democratica del Paese.

¹⁷ Per un’esaustiva analisi delle dinamiche internazionali e dei vincoli che governarono i processi di governo in Italia negli anni Cinquanta, cfr. G. Formigoni, *Storia d’Italia nella guerra fredda (1943-1978)*, Il Mulino, Bologna 2016; A. Varsori, *L’Italia nelle relazioni internazionali dal 1943 al 1992*, Laterza, 1998.

¹⁸ Questa stessa espressione risale agli anni Sessanta e alle riflessioni del giurista e presidente della Corte Costituzionale Leopoldo Elia (1925-2008), che definì la democrazia italiana di fatto “bloccata” poiché l’alternanza di governo era impedita dalla presenza in Italia del più grande partito comunista occidentale. In ogni caso, l’appoggio dell’URSS al partito italiano sarebbe stato probabilmente meno significativo dei timori statunitensi e democristiani in merito. Per approfondimenti, cfr. S. Pons, *L’impossibile egemonia. L’URSS, il PCI e le origini della guerra fredda (1943-1948)*, Carocci, Roma 1999, pp. 220-227.

pontificio¹⁹. Per di più, negli anni Sessanta il PSI era nel pieno della sua attività intellettuale, e le analisi interne della situazione italiana puntavano verso un obiettivo molto ambizioso: usare le risorse create dal boom economico per “guidare lo sviluppo”, ovvero razionalizzare in un progetto governativo concreto le forze spontanee che si stavano liberando all’interno della società²⁰, attraverso un tipo di pianificazione politico-economica che venne definita programmazione²¹. Tra i temi particolarmente a cuore ai socialisti vi era la riorganizzazione dell’attività assistenziale²², e infatti questo decennio portò alla riforma ospedaliera del ’68 e pose le basi, non solo concrete ma anche di elaborazione politica, della necessità di una riforma sanitaria complessiva.

Il CSS espresse in tutto l’arco del decennio delle opinioni relative a questi cambiamenti, rivendicando un’indipendenza rispetto ad alcune decisioni ministeriali e del Parlamento. In particolare, la questione più discussa in merito alla sua riorganizzazione interna fu quella dell’istituzione in seno all’organo di una Segreteria generale, diretta dal segretario generale del CSS, appartenente alla carriera direttiva del ministero. Il CSS aveva avuto, fino a questo momento, un Segretario generale, ma si trattava di una carica interna, come quella del presidente e del vicepresidente; questa nuova figura veniva invece percepita come l’imposizione di un controllo esterno. La prima rimostranza era relativa all’inamovibilità del posto; inoltre, si metteva in discussione il fatto di aver previsto un solo segretario generale, cosa che rendeva impossibile la scelta o la sostituzione della persona cui era affidato l’incarico stesso. La proposta del consiglio era quindi quella di ampliare la carica a due responsabili, proponendo al ministro di voler accogliere come seconda carica Filippo Bellanti, già segretario nel corso del triennio 1967-1969.²³ Tuttavia, il segretario rimase uno solo fino al 1978: probabilmente il ministro non accettò la proposta del CSS, preferendo indicare una persona che proveniva dalla

¹⁹ L’alleanza di centro-sinistra in Italia fu certamente favorita dal clima internazionale, ma insieme a un’apertura nei confronti del PSI si verificarono delle forti resistenze nel partito democristiano e nella sua dirigenza; la storiografia concordemente attribuisce l’apertura al centro-sinistra degli anni Sessanta come un frutto dell’attenta politica mediatrice di Aldo Moro. In riferimento a queste questioni e per approfondimenti sul clima politico che favorì la nascita dei governi di centro-sinistra, cfr. P. Pombeni, *L’apertura. L’Italia e il centrosinistra (1953-1963)*, Il Mulino, Bologna 2022; G. Formigoni, *Aldo Moro. Lo statista e il suo dramma*, Il Mulino, Bologna 2023.

²⁰ P. Mattera, *Storia del PSI: 1892-1994*, Carocci, Roma 2010, p. 182.

²¹ V. Strinati, *La sinistra italiana di fronte alle trasformazioni del capitalismo (1953-1963)*, Studi Storici, 33, n. 2/3, aprile-settembre 1992, pp. 552-582: il problema della necessità di uno sviluppo equilibrato venne affrontato nel convegno del 1959 sulle partecipazioni statali organizzato dal PSI da Riccardo Lombardi, che formalizzava una delle prime volte la necessità di governare gli “spiriti animali” del capitalismo attraverso la programmazione e il controllo degli investimenti “rispetto a un’azione frammentata nelle singole aziende, confermando la priorità di un’azione indirizzata al controllo sull’allocazione delle risorse” (p. 573).

²² La progettazione e l’attuazione del centro-sinistra organico ebbe tra i suoi principali artefici Moro e Nenni, che ne immaginarono anche la gradualità. Tuttavia, nelle carte di Nenni dei primi anni Sessanta già compaiono le priorità dell’alleanza di governo: l’attuazione dell’ordinamento regionale, la riforma della legislazione sulla pubblica sicurezza, l’eliminazione delle discriminazioni tra cittadini, il potenziamento della scuola pubblica, la riduzione degli squilibri Nord-Sud, il varo della riforma urbanistica e della riforma sanitaria. Cfr. M. Frazinelli, A. Giaccone (a cura di), *Il riformismo alla prova. Il primo governo Moro nei documenti e nelle parole dei protagonisti (ottobre 1963-agosto 1964)*, Annali della Fondazione Feltrinelli, Feltrinelli, Milano 2012, p. XIII.

²³ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 140, Seduta del 12 novembre 1969, *Schema di disegno di legge che modifica l’art. 4 della legge 14 marzo 1968, n. 203, recante modifiche al D.P.R. 11 febbraio 1961, n. 257 sulla composizione e sull’ordinamento del Consiglio Superiore di Sanità*, pp. 37-41.

carriera ministeriale per questa carica²⁴.

3.2 Stupefacenti, farmaci, vaccini

Le questioni relative alla farmaceutica, ai piani di vaccinazione nazionale e alle privative industriali (il diritto di esclusiva conferito a un soggetto su un asset industriale²⁵) occupano una grossa parte della documentazione del CSS relativa agli anni Sessanta. In gran parte, ciò era dovuto all'impostazione della legislazione relativa al brevetto farmaceutico, in grave ritardo in Italia anche perché oggetto di importanti divergenze politiche dei partiti. Schematizzando, si può dire che la priorità delle sinistre era calmierare e mantenere basso il prezzo dei farmaci, mentre la Democrazia cristiana tendeva a cercare un compromesso tra interessi delle aziende ed esigenze sociali²⁶; il tutto veniva complicato però dal fatto che il fronte degli industriali non era uniformemente schierato contro o a favore di un rinnovamento della legislazione in materia²⁷, poiché le piccole aziende beneficiavano del ritardo dell'istituzione del brevetto farmaceutico attraverso la possibilità di riprodurre i risultati di ricerche estere o di aziende più grandi copiandone le formule.²⁸ Un forte potere sul settore era esercitato anche dalle casse mutue e dai loro prontuari, che direzionavano significativamente le scelte delle aziende: il poter collocare un farmaco di propria produzione nel prontuario INAM garantiva infatti guadagni ingenti e continuativi²⁹. In questo senso, negli anni Sessanta la nomina alla sanità di un ministro socialista, Luigi Mariotti, ebbe come risultato anche il tentativo di inserire il prezzo dei farmaci in un quadro di revisione generale, che suscitò forti reazioni nell'ambiente dell'industria farmaceutica.³⁰ Anche il dibattito sugli stupefacenti trova il suo spazio nei verbali relativi agli anni

²⁴ Questa informazione è dedotta dalla composizione del CSS riportata in calce ai verbali delle riunioni del Consiglio e agli elenchi dei consiglieri riportati nei volumi delle guide Monaci dal 1968 al 1978.

²⁵ Nel caso dei farmaci, il CSS esprimeva parere sulle privative industriali anche a causa della nota assenza del brevetto industriale nell'ordinamento italiano, che durò fino agli anni Settanta; cfr. N. Martinelli, *Una "questione marginale"? L'epopea del brevetto dei farmaci in Italia*, in "Bollettino dell'archivio per la storia del movimento sociale cattolico in Italia", 45, 2010, n. 2-3, pp. 341-383.

²⁶ Camera dei deputati, Proposta di legge n. 753 d'iniziativa dei deputati Pieraccini, De Pascalis et al., presentata il 22 dicembre 1958, *Produzione e commercio delle sostanze medicinali e dei prodotti medico-chirurgici*.

²⁷ N. Martinelli, *L'industria farmaceutica italiana, 1945-1978. Una storia economica*, Il Mulino, Bologna 2022, p. 19.

²⁸ Ivi, p. 22.

²⁹ A questo proposito, in una delle riviste di riferimento degli industriali farmaceutici italiani (*Assofarma. Problemi ed informazioni dell'industria farmaceutica*) spesso si legge come le proposte di alcuni ministri e del governo nel tentare di risanare i bilanci degli enti mutualistici attraverso un diverso sistema di pagamento dei farmaci venga rifiutato, con la motivazione che ciò causerebbe la crisi della già non florida industria italiana; cfr. ad esempio Assofarma. Problemi ed informazioni dell'industria farmaceutica, *Una smentita a proposito di "forniture dirette" agli enti mutualistici*, gennaio 1967, n. 1, pp. 12-14.

³⁰ Cfr. Assofarma. Problemi ed informazioni dell'industria farmaceutica, *I problemi farmaceutici nel pensiero e nei propositi del ministro della sanità Mariotti*, marzo 1967, n. 3, pp. 4-8; *Le posizioni del Ministero del lavoro e del Ministero della sanità sul problema mutualistico attraverso due interessanti documenti*, marzo 1967, n. 3, pp. 18-20: si tratta essenzialmente di dichiarazioni da parte del ministro socialista di inserire la calmierazione del prezzo dei farmaci nella programmazione per gli anni successivi attraverso accordi tra produttori, farmacie e casse mutue; interessante il disaccordo riportato in merito tra Mariotti e il ministro del Lavoro e delle politiche sociali Giacinto Bosco, democristiano, sensibile alle preoccupazioni degli industriali in merito alla questione, "problema permanente del nostro settore, destinato a mantenerci sempre in allarme con le sue alternative, purtroppo in ogni momento condizionate agli indirizzi politici prevalenti nella sfera governativa", cfr. Assofarma, *Assemblea – la relazione del presidente dottor Bracco*, 6, giugno 1966,

Sessanta.

3.2.2 Gli stupefacenti

La questione dell'esclusione dell'Italia dai centri decisionali internazionali che si occupavano di normare gli stupefacenti ritornava tra le preoccupazioni del Consiglio Superiore di Sanità nel 1961. La stessa normativa nazionale sugli stupefacenti era abbastanza recente. La prima disciplina in cui il tema compare nel diritto italiano è la legge 18 febbraio 1923, n. 396: le sostanze erano classificate in appositi elenchi, il consumatore non veniva punito e vi era una netta esiguità delle pene previste per il traffico e la distribuzione illecita. Già in questo primo nucleo di legislazione nazionale si avvertono le influenze internazionali: si trattava infatti della ratifica italiana della Conferenza dell'Aja del 1917, un primo trattato internazionale in cui alcuni Paesi, in particolare gli Stati Uniti, tentavano di limitare la circolazione degli stupefacenti a causa della grande diffusione degli oppiacei in Europa e Nord America in vari strati della popolazione; la convenzione ottenne validità mondiale in quanto nel 1919 venne inclusa nel Trattato di Versailles³¹. L'applicazione di tale direttiva fu però generalmente blanda, e l'Italia non fece eccezione: la legge del 1923 si caratterizzava per la classificazione delle sostanze in tabelle specifiche, ma anche per la non punibilità del consumo individuale e per l'esiguità delle pene per il traffico e lo spaccio delle sostanze.³² Più severa fu la legge 22 ottobre 1954 n. 1041, che attribuiva il controllo della produzione, del commercio e dell'impiego delle sostanze stupefacenti all'Ufficio centrale stupefacenti istituito presso l'Alto commissariato per l'igiene e la sanità pubblica e, a livello locale, ai prefetti. Questa norma introdusse l'incriminazione della detenzione, anche per uso personale; il tossicodipendente veniva equiparato al produttore e allo spacciatore, recependo dei precedenti del codice penale fascista del 1931.³³

Tuttavia, sugli stupefacenti l'influenza internazionale continuava ad essere predominante rispetto ai centri decisionali nazionali, frustrando il personale ministeriale in teoria deputato a normare questo settore. Per aumentare l'influenza italiana, il professore di farmacologia Pietro Di Mattei, direttore dell'Istituto di Farmacologia sperimentale, nella seduta del Consiglio Superiore di Sanità del 7 aprile del 1961 chiedeva che gli studi a riguardo fossero fatti di concerto con gli altri Paesi interessati ma non inclusi nella Commissione dell'ONU, o perlomeno che in Italia fossero aumentati i centri di ricerca e gli istituti per le ricerche sugli stupefacenti, "al fine di richiamare al rispetto delle altre nazioni il valore tradizionale della scienza italiana"³⁴. Pertanto proponeva di raccomandare al

p. 4.

³¹ A. Pazzini, G. Gabbrielli, G. Vidoni, *Stupefacenti*, in *Enciclopedia italiana* (1936), https://www.treccani.it/enciclopedia/stupefacenti_%28Enciclopedia-Italiana%29/, consultato il 6/02/2023.

³² F. De Ferrari, C. A. Romano, *Sistema penale e tutela della salute*, Giuffrè, Milano 2003, p. 29.

³³ Ivi, p. 35-48.

³⁴ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 88, Seduta del 7 aprile 1961, *Modifica all'elenco degli stupefacenti*, p. 98.

Ministro della sanità di incoraggiare e sostenere istituti qualificati, che potessero collaborare con l'O.M.S. nell'accertamento delle proprietà stupefacenti di nuovi prodotti chimici.

Remo De Fazi, membro anche del Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione, sollevava nella stessa seduta la questione della modifica della legge sugli stupefacenti, in quanto il rigore esplicito ai sensi delle norme metteva “in particolare disagio” sia i medici che i farmacisti. Gino Bergami, professore di fisiologia umana ed ex Alto Commissario per l'Igiene e la Sanità pubblica (1945-1948), concordava sul fatto che il problema fosse molto sentito dalla classe sanitaria; il vero motivo però per cui il Consiglio doveva interessarsi del tema non era tanto l'orgoglio nazionale, ma il fatto che nei casi in cui sarebbe stato necessario usare sostanze che risultavano negli elenchi degli stupefacenti, medici e farmacisti ne ritardavano o sconsigliavano la somministrazione a causa di possibili ripercussioni legali³⁵.

Negli anni Cinquanta, la preoccupazione dei sanitari rispetto all'abuso e all'assuefazione delle droghe era stata tutto sommato bassa, a causa della scarsa diffusione del loro uso ricreativo: secondo Nencini, “fino al fatidico 1968 l'Italia, o, diciamo meglio, l'Europa intera, non conobbe quella che Courtwright definisce *l'autonomous youth culture that romanticized drug use*”³⁶; l'uso giovanile generalizzato e di massa delle droghe emerse in effetti come problema sociale tra la fine degli anni Sessanta e l'inizio degli anni Settanta, mentre era rimasto relegato ad ambienti difficili e minoritari negli anni precedenti. Il problema della droga non veniva quindi percepito, in Italia, come prioritario perlomeno fino agli anni Settanta, nonostante la situazione del Paese avesse attirato l'attenzione internazionale per problemi connessi, più che altro, al percepito ruolo italiano nel contrabbando verso altre nazioni occidentali.

Il 1961 fu l'anno di un importante trattato internazionale, la Convenzione unica sugli stupefacenti, che vietava la produzione e il commercio di un elenco di molecole considerate narcotiche; il trattato fu approvato dalle Nazioni Unite e venne sottoscritto da 183 paesi. I trattati precedenti (e in particolare il più importante trattato internazionale in merito, la Convenzione di Ginevra) avevano controllato solo l'oppio, la coca e i loro principali derivati; nel frattempo si erano diffuse una serie di sostanze sintetiche con effetti diversi. Tuttavia, questo trattato ebbe bisogno di un aggiornamento appena dieci anni dopo: la Convenzione sulle sostanze psicotrope venne firmata nel 1971, con l'obiettivo di controllare la circolazione di sostanze stimolanti di recentissima produzione, come le anfetamine, i barbiturici, le benzodiazepine e sostanze psichedeliche che si diffusero nel decennio degli anni Sessanta e che erano rimaste fuori dalla convenzione del '61³⁷.

Nel 1967, il CSS discusse l'inclusione nell'elenco degli stupefacenti, su proposta del Ministero,

³⁵ Ivi, p. 99.

³⁶ P. Nencini, *La minaccia stupefacente. Storia politica della droga in Italia*, op. cit., pp. 318-319.

³⁷ A. Armenta, M. Jelsma, *The UN drug control conventions*, in Transnational institute website, 8 dicembre 2015, <https://tni.org/en/publication/the-un-drug-control-conventions#4>, consultato il 23/06/2023.

alcune tra queste nuove droghe più legate all'uso ricreativo che a quello medico: l'acido lisergico e i suoi sali, il peyotol e i suoi derivati, funghi aventi attività psichedeliche, in particolare quelli dei generi *stropharia*, *conocyba* e *psilocyba* e altre sostanze minori.³⁸ Tra queste sostanze ve ne sono alcune con forti proprietà allucinogene, prime fra tutte l'acido lisergico e la mescalina. Dall'acido lisergico, infatti, si può sintetizzare la famosa LSD o lisergamide, scoperta per la prima volta nel 1938 da Albert Hofmann, chimico svizzero, mentre lavorava in un laboratorio farmaceutico di Basilea su piante medicinali e alcuni tipi di funghi, come l'ergot, con l'obiettivo di studiarne gli alcaloidi. Questo fungo in particolare era noto da secoli nelle comunità contadine europee, perché ha la capacità di infettare numerose piante e diversi tipi di cereali, producendo delle escrescenze a forma di corna; da qui il nome di segale cornuta per indicare il cereale della segale infetto, noto tra i medievisti e i modernisti per alcuni episodi di intossicazione alimentare. La segale era stata infatti l'ingrediente principale in queste epoche per il pane di segale, consumato soprattutto in contesti contadini poveri, dato il costo inferiore rispetto al grano; il suo consumo provocò nei secoli intossicazioni, gangrene, e forse, alcuni episodi di religiosità popolare e allucinazioni collettive³⁹. L'obiettivo di Hoffman era, attraverso lo studio dell'ergot e delle sostanze da esso prodotte, di ottenere una molecola in grado di stimolare il sistema respiratorio e circolatorio; resosi conto ben presto che la molecola aveva potenti effetti psicoattivi, pensò di dirottare la sua ricerca verso l'ambito psichiatrico: l'LSD fu commercializzato nel 1947 con il nome di Delysid⁴⁰, e nel 1949 l'azienda farmaceutica svizzera Laboratori Sandoz decise di iniziare a commercializzarla anche negli Stati Uniti, fiduciosa dei futuri sviluppi nella terapia psichiatrica⁴¹. Negli anni Cinquanta la molecola venne assunta a fini sperimentali e clinici da oltre 4000 persone, tra i quali molti studenti di psicologia, poiché gli effetti erano considerati promettenti di ulteriori sviluppi terapeutici tra i quali la cura dell'alcolismo; la sua diffusione fu incentivata da personalità come quella di Timothy Leary, ricercatore di psicologia ad Harvard, tra i pionieri dello studio accademico degli allucinogeni e figura legata alla controcultura americana degli anni Sessanta.⁴²

Dagli anni '40 agli anni '70 la molecola suscitò l'interesse di psichiatri e farmacologi, ma anche di artisti e scrittori, stimolati dalla possibilità di espansione delle sue capacità creative; della CIA, interessata alla possibilità di usarla come arma di controllo mentale; dalla popolazione in generale e in particolare dalla cultura *beat*, per i suoi fini ricreativi. La sostanza venne dichiarata illegale nei primi stati statunitensi nel 1966, e in Italia nel 1967, passando attraverso l'approvazione del CSS.

³⁸ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 126, *Inclusione nell'elenco degli stupefacenti di nuove sostanze*, 19 luglio 1967, pp. 179-182.

³⁹ C. Gelmetti, *Il fuoco di Sant'Antonio. Dai misteri eleusini all'LSD*, Springer-Verlag Italia, Milano 2010, pp. 160 e seguenti.

⁴⁰ S. J. Novak, *LSD before Leary. Sidney Cohen's critique of 1950s psychedelic drug research*, Isis, Chicago University Press, 88 (1), marzo 1997, pp. 87-110, DOI: 10.1086/383628.

⁴¹ Ibidem.

⁴² J. Higgs, *I have America surrounded. The life of Timothy Leary*, Harper Collings, New York 2009.

Anche la mescalina fa parte della categoria degli alcaloidi psichedelici, meno diffusa e, soprattutto, soppiantata dalla scoperta della più potente LSD; viene tradizionalmente ricavata da un tipo di cactus particolarmente diffuso nel deserto del Messico. Ottenne comunque una certa diffusione negli anni Cinquanta e Sessanta, legandosi a nomi quale quello dello scrittore Aldous Huxley e alla cultura psichedelica e hippie. Divenne illegale negli Stati Uniti nel 1970⁴³ con il *Comprehensive drug abuse prevention and control act*, e a livello internazionale nel 1971, con la *Convenzione sulle sostanze psicotrope* dell'ONU⁴⁴.

Il relatore del tema al CSS, il professore universitario di farmacologia e direttore dell'Istituto di farmacologia sperimentale di Roma Di Mattei, riteneva di escludere l'acido lisergico dall'elenco proposto per aggiornare il decreto legge del 20 novembre 1964⁴⁵, perché la sanzione doveva secondo il suo parere applicarsi solo ai suoi derivati che avevano dimostrato attività psichedelica. Riteneva inoltre inutile inserire nell'elenco il peyotl, ovvero la pianta cactacea da cui si estrae la mescalina, perché essa era di difficile reperimento in Italia: bastava includere nell'elenco la molecola e i suoi sali. Le modifiche di Di Mattei andavano nella direzione di uno snellimento e di una maggiore chiarezza nella terminologia e nella formulazione dell'elenco: il CSS accettò le sue proposte⁴⁶, ma in gazzetta queste modifiche non arrivarono mai. La Direzione generale del servizio farmaceutico del ministero della sanità, infatti, sottopose nuovamente la questione al CSS, che la discusse nella seduta del 22 novembre 1967, comunicando che, in ottemperanza agli accordi internazionali, era necessario includere negli elenchi anche le materie prime da cui si estraevano le molecole psicotrope:

Questa norma ha una sua ragione pratica, in quanto, se le materie prime non fossero dichiarate stupefacenti, si potrebbero eludere le norme di controllo sui trasporti della droga, semplicemente trasportandole come materia prima.⁴⁷

Inoltre, si aggiungevano agli elenchi due nuove molecole, nicodicodina e la codoxima, due oppioidi e analgesici, “espressamente segnalate dal segretario delle Nazioni Unite affinché vengano incluse negli elenchi nazionali da parte degli stati firmatari delle convenzioni internazionali sugli stupefacenti”⁴⁸.

Nel corso degli anni Sessanta, quindi, il CSS si limitò per larga parte ad approvare le modifiche agli elenchi di stupefacenti decise in ambito internazionale, con rimostranze da parte dei farmacologi per

⁴³ United States Department of Justice, Drug scheduling, <http://www.usdoj.gov/dea/pubs/scheduling.html>

⁴⁴ L. Marini, *Il traffico di droga nel diritto internazionale*, Comitato nazionale per la bioetica, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma, in *Annuario Istituto Superiore di Sanità*, 2002, 38 (3), pp. 323-330.

⁴⁵ D.M. 20 novembre 1964, pubblicato in G.U. il 19 gennaio 1965, n. 15, *Elenco delle sostanze, loro sali e preparazioni, sottoposte alle disposizioni di legge sugli stupefacenti*.

⁴⁶ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore di Sanità, Verbali, b. 126, *Inclusione nell'elenco degli stupefacenti di nuove sostanze*, 19 luglio 1967, pp. 179-182.

⁴⁷ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore di Sanità, Verbali, b. 128, *Elenco stupefacenti – proposte di inclusione di nuovi stupefacenti e di alcune droghe allucinogene*, 22 novembre 1967, pp. 88-90.

⁴⁸ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore di Sanità, Verbali, b. 128, *Relazione all'on. ministro della sanità per il CSS – Elenco stupefacenti: proposta di inclusione di nuovi stupefacenti e di alcune droghe allucinogene*, pp. 139-140.

la limitatezza delle loro possibilità decisionali.⁴⁹

3.2.3. Farmaceutica

Per quanto riguarda invece le questioni relative ai nuovi farmaci, il decennio degli anni Sessanta portò discussioni in merito ad alcune innovazioni importanti. Prima fra tutte, quella sui farmaci anticoncezionali: il problema venne discusso sistematicamente per la prima volta al Consiglio nel 1966, quando la Direzione generale dei servizi di igiene pubblica e ospedali richiese che il CSS studiasse il problema dell'impiego dei farmaci anticoncezionali, e in particolare della recente pillola anticoncezionale, in relazione alla sanità pubblica della popolazione italiana⁵⁰. Il ministero aveva predisposto una relazione in merito in concomitanza di alcune proposte di legge in discussione in Parlamento nel corso della IV e V legislatura, con l'obiettivo di "favorire la pianificazione delle nascite [...], proporre l'apertura di consultori di istruzione demografica, e fare obbligo a determinate categorie di sanitari (medici condotti, pubblici servizi sanitari) di fornire indicazioni in materia di istruzione demografica, di prestare consulenza e assistenza medica per la regolazione delle nascite"⁵¹. Il disegno di legge più completo su questi argomenti venne presentato alla Camera dal deputato comunista Franco Coccia⁵² il 16 dicembre 1968, portava anche le firme di Nilde Iotti e Luigi Pintor e riguardava la modifica di una serie di norme del codice penale, di alcune leggi di pubblica sicurezza e di regi decreti relativi ai divieti dell'informazione e divulgazione dei mezzi anticoncezionali, nell'ottica di allentare il controllo su questo tipo di prodotti.⁵³ Due degli articoli principali che venivano messi in discussione erano il 552 e il 553 del codice penale, che riguardavano la regolamentazione relativa alla procreazione. Il codice in questione era andato in vigore il primo luglio 1931; era noto, dal nome del ministro di grazia e giustizia del governo Mussolini in carica, come

⁴⁹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 108, *Nuovo elenco stupefacenti*, pp. 16-17; ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore di Sanità, Verbali, b. 126, *Inclusione nell'elenco degli stupefacenti di nuove sostanze*, 19 luglio 1967, pp. 179-182; ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 88, Seduta del 7 aprile 1961, *Modifica all'elenco degli stupefacenti*, p. 98-99.

⁵⁰ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 122, *Impiego degli anticoncezionali e problemi che ne derivano per la sanità pubblica*, seduta del 3 dicembre 1966, pp. 51-52.

⁵¹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 124, *Direzione generale igiene pubblica e ospedali del Ministero della sanità: relazione al CSS, impiego degli anticoncezionali e problemi che ne derivano per la sanità pubblica*, 18 novembre 1966, p. 536.

⁵² Franco Coccia (Parigi 1929 – Roma 2017), originario della provincia di Rieti, nacque a Parigi per via dell'esilio della sua famiglia durante il regime fascista a causa dell'impegno politico del padre, Ugo Coccia, che fu segretario del PSI dal 1926 al 1928 e del PSI-Sezione dell'IOS (Internazionale Operaia Socialista) dal 1930 al 1932. Franco Coccia, avvocato e civilista del lavoro, si iscrisse al PCI nel 1946 e fu deputato dal 1963 al 1979; alla Camera propose riforme importanti, come quella del processo del lavoro e dell'ordinamento penitenziario nel 1976.

⁵³ Atti parlamentari, Camera dei deputati, V legislatura, Annunzio e deferimento in sede referente: Coccia ed altri: *Modifica dell'art. 552 e abrogazione dell'articolo 553 del codice penale, modifiche agli articoli 112 e 114 del T.U. delle leggi di pubblica sicurezza approvato con R.D. 18 giugno 1931, n. 773, modifica della lettera f) dell'articolo 103 del R.D. 27 luglio 1934, n. 1265, modificato con la legge 12 marzo 1942, n. 477, e modifica dell'art. 2 del R.D. legislativo del 31 maggio 1946, n. 561, per quanto riguarda i divieti all'informazione e divulgazione dei mezzi anticoncezionali*, Seduta di lunedì 16 dicembre 1968, p. 3121.

codice Rocco, ed era ovviamente molto influenzato dalle idee e dal clima culturale dell'epoca. La sezione in cui questi articoli erano inseriti riguardava "i delitti contro l'integrità e la sanità della stirpe"; il primo, il 552, rendeva praticamente illegali le pratiche anticoncezionali, punendo con la reclusione da sei mesi a due anni, o con una multa da cinquanta a duecentomila lire, "chiunque compie, su una persona dell'uno o dell'altro sesso, col consenso di questa, atti diretti a renderla impotente alla procreazione [...] Alla stessa pena soggiace chi ha consentito al compimento di tali atti sulla propria persona"⁵⁴. Il secondo riguardava potenzialmente più da vicino la classe medica e sanitaria, in quanto condannava alla reclusione fino ad un anno, o a una multa fino a quattrocentomila lire, chiunque pubblicamente incitasse a pratiche contro la procreazione o facesse propaganda a favore di esse⁵⁵. Negli anni Sessanta, i mutamenti del clima culturale e sociale iniziavano a rendere necessarie delle modifiche alle norme sul buon costume e le scelte individuali dei cittadini, e il dibattito sugli anticoncezionali raggiunse così, attraverso il ministero della sanità, il CSS, cui veniva chiesta un'opinione sulla sicurezza dell'uso delle tecniche più note.

La relazione che il Ministero della sanità forniva al CSS come base di dibattito si concentrava su tre aspetti, che coinvolgevano particolarmente la competenza della sanità pubblica: il confronto e identificazione dei mezzi e metodi più idonei ai fini anticoncezionali; la valutazione dei rischi per la salute legati all'uso di questi mezzi; l'individuazione delle strutture e dei servizi atti a guidare la popolazione nel corretto uso di tali metodi.⁵⁶ La relazione si concludeva con una valutazione incerta sul disegno di legge, con un teorico accordo su delle norme relative alle pratiche anticoncezionali meno rigide, ma con l'invito al CSS di costituire un gruppo di studio interno in merito alla questione⁵⁷. Il giudizio finale che il ministero voleva dal CSS era relativo ai rischi legati all'uso degli anticoncezionali, specie nel caso di un impiego di massa e per tempi prolungati. Alessandro Seppilli⁵⁸, presidente della seduta, esprimeva il timore che il problema fosse troppo ampio per avere una

⁵⁴ Codice penale del 19/10/1930, art. 552: Procurata impotenza alla procreazione, titolo abrogato dall'art. 22, legge 22 maggio 1978, n. 194, <https://www.brocardi.it/codice-penale/libro-secondo/titolo-x/art552.html#:~:text=Articolo%20552%20Codice%20Penale&text=22%2C%20L.,da%20lire%20cinquantamila%20a%20duecentomila>.

⁵⁵ Codice penale del 19/10/1930, art. 553: Incitamento a pratiche contro la procreazione, articolo abrogato dall'art. 22, legge 22 maggio 1978, n. 194, <https://www.brocardi.it/codice-penale/libro-secondo/titolo-x/art553.html>

⁵⁶ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore di Sanità, Verbali, b. 124, *Direzione generale igiene pubblica e ospedali del Ministero della sanità: relazione al CSS, impiego degli anticoncezionali e problemi che ne derivano per la sanità pubblica*, 18 novembre 1966, p. 537.

⁵⁷ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 122, *Impiego degli anticoncezionali e problemi che ne derivano per la sanità pubblica*, seduta del 3 dicembre 1966, pp. 306-307.

⁵⁸ Alessandro Seppilli (Trieste 1902 – Perugia 1995), sindaco di Perugia dal 1953 al 1964, laureatosi in medicina all'Università di Firenze, specializzatosi in Igiene iniziò la carriera accademica a Padova, poi a Modena, e fu costretto ad abbandonare la facoltà nel 1938 a causa delle leggi razziali. Socialista, nel 1949, rientrato in Italia dal Brasile, divenne ordinario all'Università di Perugia. Nel 1954 creò a Perugia un innovativo centro sperimentale per l'educazione sanitaria della popolazione, in collaborazione con l'OMS, che nel 1958 diventerà la Scuola per l'educazione sanitaria. Ebbe una prolifica produzione scientifica, fondando e dirigendo riviste come *Educazione sanitaria* e *Promozione della salute*. Fu uno dei più attivi sostenitori della necessità di modificare l'organizzazione sanitaria italiana, studiandone delle possibili riforme insieme a Giovanni Berlinguer e dirigendo insieme a quest'ultimo la collana *Società e salute* per Il pensiero scientifico.

soluzione, richiedendo delle ricerche analitiche “probabilmente senza fine, visto che di tali mezzi ne sorgono continuamente di nuovi”⁵⁹. Seppilli delimitava quindi il lavoro del CSS su quattro punti precisi, tentando di circoscrivere il campo: a) se la liberalizzazione dell’informazione sulle pratiche anticoncezionali ed il controllo delle nascite appariva opportuna sotto il profilo sanitario; b) se la produzione e il commercio di presidi e di preparati farmaceutici per uso anticoncezionale dovessero essere controllati e regolamentati o meno; c) se la vendita ne dovesse essere ammessa soltanto dietro prescrizione medica o meno; d) se fosse opportuna l’istituzione e l’incentivazione di consultori specialistici in tale campo, sia ad opera di servizi sanitari pubblici, sia di enti qualificati eventualmente autorizzati dal ministero della sanità. Secondo il relatore, la risposta a questi quattro quesiti era la prima questione preliminare per orientare “l’atteggiamento che dovrà essere assunto in sede parlamentare dai responsabili della sanità pubblica”⁶⁰, ovvero per determinare l’orientamento delle politiche pubbliche in merito. Il Ministero della sanità, infatti, valutava importante l’argomento, molto dibattuto in ambito internazionale, per alcune conseguenze legate al controllo delle nascite: eventuale miglioramento del tenore di vita per un più favorevole rapporto tra popolazione e risorse, diminuzione degli aborti provocati, legittimi e criminosi; riduzione della morbosità e mortalità per gravidanze ripetute specie in età avanzata, eliminazione delle turbe psichiche nei figli non desiderati, motivi eugenetici in gravi casi di malformazione o salute incerta della madre, alcolismo, malattie genetiche eccetera.⁶¹ Il ministero prendeva atto della situazione nazionale e internazionale:

Per questi motivi, soprattutto, [gli anticoncezionali] hanno avuto una enorme diffusione. In Svezia le pillole anticoncezionali sono utilizzate da 180.000 donne (il 7% delle donne in età feconda), in Inghilterra 350.000 donne (il 10% delle donne sposate) hanno consultato i servizi di pianificazione familiare. In USA da 7,5 a 8.000.000 di donne hanno utilizzato i contraccettivi orali e 3.500.000 li impiegano regolarmente (il 9,1% delle donne in età feconda). In Russia, invece, i contraccettivi non incontrano largo favore. Lo Stato mette a disposizione gratuitamente quattro tipi di anticoncezionali, due meccanici (otturatori e diaframmi) e due chimici (gel e ovuli) da applicarsi localmente. Anche in Italia l’impiego di tali farmaci è superiore a quanto non si ritenesse ed è in continuo aumento.

Bisogna precisare che le conoscenze, persino sui soli prodotti attuali, sono ancora recenti, incomplete e, su molti punti importanti, incerte.⁶²

Per questo motivo, secondo Francesco Scanga⁶³, che nelle sedute del CSS su questo argomento portava il punto di vista ministeriale, oltre ai quesiti su cui il CSS era stato chiamato a esprimersi era necessario aggiungerne perlomeno un altro, relativo ai pericoli connessi all’impiego di massa e per

⁵⁹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore di Sanità, Verbali, b. 122, *Relazione del Ministero della sanità sull’impiego degli anticoncezionali e sui problemi che ne derivano per la sanità pubblica*, p. 606.

⁶⁰ Ivi, p. 607.

⁶¹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore di Sanità, Verbali, b. 124, *Direzione generale igiene pubblica e ospedali del Ministero della sanità: relazione al CSS, impiego degli anticoncezionali e problemi che ne derivano per la sanità pubblica*, 18 novembre 1966, p. 537.

⁶² Ivi, p. 539.

⁶³ Direttore della Direzione generale dei servizi di igiene pubblica del Ministero della sanità, Direttore della Direzione generale degli ospedali del Ministero della sanità, membro del Consiglio Superiore dei lavori pubblici oltre che del CSS.

tempi prolungati degli anticoncezionali: anche se non era possibile fornire un parere definitivo sull'argomento, si trattava di una questione molto importante per il ministero, e si sarebbe potuto perlomeno tentare di esprimere un giudizio di massima che facesse il punto della situazione fino a quel momento. La questione della differenza di conoscenza sui diversi anticoncezionali poneva sicuramente delle difficoltà, ma il problema dei rischi connessi al loro uso investiva direttamente le competenze dell'amministrazione sanitaria e doveva essere assolutamente argomento di discussione da parte del CSS, anche per motivi indiretti, come quello della pianificazione delle nascite:

Spetta ai colleghi medici internisti e specialisti pronunciarsi sui motivi diretti, più o meno gravi, per cui l'impiego dei rimedi anticoncezionali abbia valore strettamente profilattico, o curativo, o eugenetico⁶⁴.

A parlare era Michele Mitolo, direttore dell'istituto di fisiologia umana dell'università di Bari, che quindi sottolineava la possibilità del CSS di interrogarsi anche sulle finalità dell'uso dei contraccettivi; ai fisiologi invece, dei quali faceva parte, competeva l'obbligo della valutazione dei rischi legati all'uso di questi mezzi. Una prima distinzione era quindi quella tra "l'insieme dei metodi fisici (diaframmi intravaginali, pessari occlusivi, tamponi vaginali di vario tipo, uso di condoms) i quali tendono ad impedire all'agente fecondante di penetrare nella cavità uterina"⁶⁵. Più attenzione si doveva porre invece ai quei metodi che turbavano la produzione ormonale femminile, che Mitolo definiva "antifisiologici": tutto ciò che interrompe la catena del "meccanismo feedback rigenerativo, a circuito chiuso, che interessa le gonadi, l'ipotalamo, l'area pre-ottica, la preipofisi, ed il seguito il follicolo e il corpo luteo ovarici". Ciò che interrompeva questa catena doveva essere posto sotto un controllo più stretto, perché entrava nel meccanismo della produzione di un ovulo maturo dall'interno, "nell'ingranaggio di complessi sistemi funzionali, che per di più sono tra loro collegati"⁶⁶, e non semplicemente bloccando una delle sue parti.

In questo senso, particolare sospetto suscitava nel fisiologo barese il meccanismo di funzionamento della pillola anticoncezionale, che mimava artificialmente il ciclo ormonale mensile che avviene nell'organismo femminile, ma somministrando estrogeni e progestinici sintetici ad azione molte volte più potente di quelli naturali, o in dosi molto più elevate di quelle normalmente elaborate: in questo modo si poteva produrre un normale ciclo mestruale, pur impedendo la formazione di un follicolo. Mitolo si era già espresso in proposito in due sedute precedenti⁶⁷, e aveva sostenuto che la somministrazione, anche orale, di questo tipo di sostanze poteva portare a squilibri ormonali potenzialmente dannosi per il futuro della donna. Tuttavia, nel CSS si riconosceva la scarsità di studi

⁶⁴ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore di Sanità, Verbali, b. 122, *Relazione del Ministero della sanità sull'impiego degli anticoncezionali e sui problemi che ne derivano per la sanità pubblica*, p. 608.

⁶⁵ Ivi, p. 609.

⁶⁶ Ivi, p. 611.

⁶⁷ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore di Sanità, Verbali, b. 90, *Seduta del 29 novembre 1962*, pp. 10-13; ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore di Sanità, Verbali, b. 114, *Seduta del 9 luglio 1965*, p. 123.

fisiologici rigorosi e approfonditi in materia, che dovrebbero comunque “precedere ogni tipo di provvedimento legislativo tendente all’abolizione delle norme restrittive che attualmente regolano la vendita e l’uso di tali prodotti”.⁶⁸ I dati relativi all’uso continuativo di queste sostanze, infatti, risalivano soltanto agli ultimi dieci anni, non permettendo di trarre conclusioni su un uso più lungo, né sulle conseguenze in termini di decenni; tuttavia, si registravano dati rassicuranti di ripresa del ciclo mestruale in media un mese dopo l’arresto del trattamento. Le conclusioni di Mitolo sull’argomento furono comunque molto caute:

Per l’incompletezza delle nostre informazioni scientifiche sui meccanismi d’azione dei singoli farmaci contraccettivi, per le varie controindicazioni del loro uso, per gli eventuali effetti dannosi specie se tale uso si prolunga nel tempo, per i pericoli che offre l’impiego inadeguato, indiscriminato e quindi più facilmente disfunzionale di dette sostanze anticoncezionali, ritengo che, prima di abolire le norme restrittive attualmente vigenti, si debba provvedere opportunamente ad una propaganda educativa, organizzata in appositi consultori ed esercitata da personale sanitario qualificato; e che, inoltre, l’eventuale uso di tali sostanze contraccettive abbia luogo sempre sotto controllo medico.

Tutte le riserve elencate mi portano alla conclusione che i tempi non sono ancora maturi per la libera vendita ed il libero uso di questi anticoncezionali; ma che la vendita stessa debba effettuarsi ancora con la cautela offerta dai freni legali, quali l’obbligo della “ricetta medica non ripetibile, da rinnovarsi volta per volta” e l’avvertenza sugli stampati “da usarsi sotto il personale controllo del medico”.⁶⁹

Tuttavia secondo Giuseppe Tesauo, rettore dell’università di Napoli e direttore della Clinica ostetrica ginecologica della stessa accademia, le disposizioni di legge esistenti, che proibivano la propaganda e la vendita degli anticoncezionali, erano ormai superate ed anacronistiche. Ciò generava delle situazioni paradossali, come la vendita vietata della pillola come contraccettivo, e contemporaneamente l’uso propagandato e diffuso come farmaco:

Queste disposizioni di legge evidentemente sono valide... per uno Stato ideale! È superfluo sottolineare che la vendita delle pillole per scopi terapeutici – invero molto limitati – costituisce il cavallo di Troia per la volgarizzazione e diffusione indiscriminata di mezzi anticoncezionali per via orale. A mio avviso, è indispensabile affrontare e riesaminare le norme legislative sulla liceità o meno della vendita dei prodotti anticoncezionali, non tanto in funzione dei gravi problemi della sovrappopolazione, della fame e della miseria, che sono di competenza dei sociologi, politologi, ecc., ma principalmente in funzione dei problemi sanitari.⁷⁰

Seguendo l’esempio dei rapporti OMS, poi, era necessario analizzare anche le questioni relative agli anticoncezionali non orali, come i dispositivi intrauterini e i mezzi meccanici. Erano già note negli anni Sessanta le principali controindicazioni dell’uso degli anticontraccettivi orali, principalmente

⁶⁸ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore di Sanità, Verbali, b. 122, *Relazione del Ministero della sanità sull’impiego degli anticoncezionali e sui problemi che ne derivano per la sanità pubblica*, p. 612.

⁶⁹ Ivi, p. 614.

⁷⁰ Ivi, p. 615.

ormonali, digestive e vascolari, in rari casi anche mortali. Rimaneva aperta la questione dei danni a lungo termine provocati da un uso della pillola per numerosi anni della vita di una donna. Erano ancora troppo scarsi anche i dati relativi ai primi casi di uso della pillola del giorno dopo, che modificava l'endometrio impedendo l'attecchimento dell'ovulo fecondato dopo il rapporto sessuale. Le testimonianze che se ne avevano in Italia venivano da alcuni congressi statunitensi e da alcune esperienze che si stavano ottenendo in Israele, anche in questo caso sperimentando su sostanze derivate dalla segale cornuta.⁷¹

Veniva inoltre accordato dal CSS grande credito al metodo Ogino-Knaus o, in generale, a tutti i metodi dell'astinenza periodica, in particolare nei giorni di ovulazione femminile. Si riconosceva però la difficoltà di un calcolo accurato di questo tipo per le coppie che volevano seguire questo metodo, che era anche il più propagandato, tra l'altro, dalla religiosità cattolica. Anche se il CSS non si sbilanciava su osservazioni di natura morale, questo metodo veniva comunque definito "il più fisiologico, innocuo e lecito"⁷² e si osservava, che per ovviare a questo problema, era possibile servirsi di tanti test per accertare con precisione il tempo dell'ovulazione (vennero elencati i test della temperatura basale, fern test ed esame colpocitologico). Inoltre, si sottolineava che era necessario che si dessero al pubblico ampie informazioni relativamente ai metodi anticoncezionali prospettando con chiarezza e responsabilità i vantaggi e i pericoli di ciascuno di essi, ma sempre "nell'ambito del matrimonio ovviamente"⁷³.

Un problema importante su cui il dibattito sulla questione trovava difficoltà era quello relativo alla scarsità di dati registrati sulla popolazione italiana, a causa dell'illegalità dell'uso dei contraccettivi. La necessità era quindi quella di rifarsi ai dati dell'abbondante letteratura straniera; basandosi su dati raccolti dai professionisti italiani, i risultati non sarebbero potuti arrivare se non prima di dieci anni. Poiché non si poteva pensare di aspettare un decennio, dai dati stranieri si poteva dedurre che il metodo più efficace era la pillola anticoncezionale, seguita dai dispositivi intrauterini, poi i diaframmi, il coito interrotto, i test relativi al tempo di ovulazione, e infine le lavande vaginali.⁷⁴ Quindi si riteneva che il mezzo principale sui cui era necessario esprimere una valutazione era proprio la pillola anticoncezionale, sulla cui sicurezza era però molto difficile esprimersi.

Ma quali effetti era possibile aspettarsi nella società in conseguenza dell'abolizione delle norme che ne vietavano uso e propaganda? Secondo l'opinione del CSS, l'uso di dispositivi anticoncezionali era già in atto nella popolazione; si poteva quindi optare per una liberalizzazione completa di alcuni mezzi, come la spirale e il diaframma, e attendere per quanto riguardava invece gli anticoncezionali di uso

⁷¹ Ivi, p. 617.

⁷² Ibidem.

⁷³ Ivi, p. 618.

⁷⁴ Ivi, p. 620.

orale, “i quali in pratica si useranno lo stesso, come già si stanno usando, anche in Italia”⁷⁵. Il problema, oltre che le conseguenze non chiare per la salute della donna, riguardava anche il meccanismo d’azione della pillola, che, impedendo l’impianto di un ovulo fecondato, veniva paragonato da alcuni membri del CSS a un aborto precoce piuttosto che a una contraccezione. Si tratta di un punto fondamentale nella distinzione tra anticoncezionale e abortivo: la cosiddetta “pillola del giorno dopo” subì a lungo sospetti da questo punto di vista, poiché la posizione della Chiesa cattolica e quella della scienza divergono tradizionalmente sul momento di inizio di una gravidanza. Secondo la medicina, infatti, una donna non può essere definita incinta prima dell’impianto dell’ovulo fecondato nella parete uterina: ciò avviene circa sei giorni dopo la fecondazione. I metodi che impediscono l’ovulazione, rallentano l’attività degli spermatozoi e modificano i tessuti uterini prima di questo evento non possono quindi essere definiti abortivi; per la Chiesa cattolica, invece, il momento della fecondazione, ovvero la fusione di ovulo e spermatozoo, che avviene tra le 12 e le 72 ore dopo un rapporto sessuale, rappresenta il punto di inizio di una nuova vita, e per questo motivo la pillola del giorno dopo viene considerata un metodo abortivo chimico.

Su questo punto intervenne anche il ministro della sanità, che si presentò per alcuni minuti a questa seduta del Consiglio. Sembra utile riportare sue parole, poiché testimoniano l’interesse ministeriale e politico rispetto a questi temi:

Il ministro dichiara di essersi deciso a costituire questa commissione non soltanto per trovare il modo di consentire al Ministero della sanità di effettuare un controllo che per il momento gli sfugge, ma anche per conoscere a fondo gli inconvenienti legati a tali pratiche: il motivo è quindi quello della tutela della salute pubblica, cui il ministero deve assolutamente pensare.

Le conclusioni cui giungerà il comitato daranno un indirizzo a coloro che reggono le sorti del Paese, e che sono i responsabili del benessere spirituale e materiale della popolazione. [...]

Oggi infatti, con la riduzione della mortalità, si comincia ad avvertire veramente, negli stati moderni, uno squilibrio tra numero degli abitanti e risorse economiche; ciò malgrado i sorprendenti progressi nel campo tecnologico. Tale problema assume poi aspetti drammatici in altri Paesi, specialmente asiatici. Si rende quindi necessario lo studio del ritorno ad un certo equilibrio tra risorse disponibili e popolazione [...] Le conclusioni di carattere medico-scientifico cui giungerà la commissione daranno agli organi politici responsabili gli elementi atti a giudicare quale sia la via migliore da seguire.

Lo stesso Vaticano si è dimostrato sensibile a questo problema: anzi il ministro ha ritardato ad insediare questa commissione proprio in attesa che il Vaticano esprimesse il proprio punto di vista sull’argomento. E può dire ora che il Vaticano invierà presso la Commissione un proprio rappresentante di cui presto si saprà il nome. Basti questo a dimostrare l’interesse che si polarizza su questo comitato, sui cui lavori sul piano tecnico-scientifico verrà costruito tutto un indirizzo di politica sociale che invertirà molti aspetti della coscienza umana e quindi anche della vita dell’intera collettività.⁷⁶

⁷⁵ Ivi, p. 621.

⁷⁶ Ivi, pp. 623-624.

Che si fosse in tempi in cui questi temi assumevano importanza, anche in relazione ai cambiamenti di abitudini e culturali che interessavano la società italiana, era sempre più chiaro a tutti: la mutazione antropologica del periodo del miracolo economico, che avrebbe profondamente modificato la cultura contadina tradizionale delle masse italiane, era in pieno svolgimento, e anzi le istituzioni religiose ne sottovalutarono la portata anche di più di quelle politiche⁷⁷. Anche i medici percepivano dei cambiamenti nel proprio ruolo professionale in relazione ai tradizionali valori cattolici: in un sondaggio già del 1957, il 71% dei medici pugliesi era sfavorevole all'eutanasia, ma il 64% non era sfavorevole all'aborto terapeutico e il 44% all'uso degli antifecondativi.⁷⁸ Il 25 luglio 1968 veniva pubblicata l'ultima enciclica di Paolo VI, *Humanae vitae*, dedicata proprio a famiglia, matrimonio e procreazione:

In conformità con questi principi fondamentali della visione umana e cristiana sul matrimonio, dobbiamo ancora una volta dichiarare che è assolutamente da escludere, come via lecita per la regolazione delle nascite, l'interruzione diretta del processo generativo già iniziato, e soprattutto l'aborto diretto, anche se procurato per ragioni terapeutiche. È parimenti da condannare, come il magistero della Chiesa ha più volte dichiarato, la sterilizzazione diretta, sia perpetua che temporanea, tanto dell'uomo che della donna.⁷⁹

L'interesse del Vaticano su questi temi era effettivamente alto: Paolo VI istituì anche una commissione di studio su questi temi, che ebbe un giudizio in realtà positivo sulla possibilità di un'apertura all'uso di alcuni metodi contraccettivi in determinate circostanze. In linea con alcune aperture del Concilio Vaticano II, avvenuto pochi anni prima, la commissione si dimostrò aperta all'idea di "paternità responsabile" e "genitorialità responsabile", e si espresse anche a favore della cosiddetta "pillola cattolica"⁸⁰ nel caso di coppie credenti che affrontavano reali difficoltà di natura materiale. Paolo VI, tuttavia, con la pubblicazione della sua enciclica del 1968 confermò la tradizionale dottrina cattolica in merito e le disposizioni contenute nella precedente *Casti connubii* del 1930, decretando l'illiceità dei mezzi anticoncezionali e, ovviamente, antiabortivi, di natura

⁷⁷ Cfr. per A. Lepre, *Storia della Prima Repubblica. L'Italia dal 1942 al 1992*, Il Mulino 1993, pp. 145-151: "L'accettazione da parte della DC (ma non da parte della Chiesa) del "sogno americano" si ebbe verso il 1948. [...] Altro elemento di differenza tra cultura della Chiesa e cultura democristiana fu dato dall'atteggiamento verso la secolarizzazione. Mentre la Chiesa avrebbe atteso il Concilio Vaticano II e Paolo VI per accettare la secolarizzazione (cioè il riconoscimento dell'autonomia dello spazio della società civile), pur continuando a respingere il secolarismo (cioè il rifiuto di ogni riferimento a una visione trascendente della vita), la cultura democristiana avrebbe visto nella secolarizzazione, già negli anni Cinquanta, uno spazio autonomo della Chiesa che poteva essere occupato attraverso strumenti economici e politici; nello stesso tempo una parte consistente della DC avrebbe spesso adottato comportamenti pratici che possono essere fatti rientrare nell'ambito del secolarismo. Cfr. anche G. Crainz, *Storia del miracolo italiano. Culture, identità, trasformazioni tra anni Cinquanta e Sessanta*, Donzelli, Roma 2005.

⁷⁸ F. Di Raimondo, O. Schiraldi, *Umanità e spiritualità del medico di oggi. Osservazioni sui risultati di un'inchiesta svolta tra i medici della provincia di Bari*, in *Atti del VII Convegno Nazionale dell'Associazione Medici Cattolici Italiani*, I rapporti umani nella professione medica, Bari 6-9 maggio 1957, Orizzonte Medico, Roma 1957, pp. 95-97.

⁷⁹ M. Scoohyans, *La profezia di Paolo VI: l'enciclica Humanae vitae (1968)*, Cantagalli, Siena 2008, p. 14.

⁸⁰ G. Marengo, *La nascita di un'enciclica. Humanae vitae alla luce degli Archivi Vaticani*, Libreria editrice vaticana, Roma 2018, pp. 120-132.

chimica o meccanica, escludendo soltanto il metodo dell'astinenza periodica.⁸¹

Il Consiglio, a maggior ragione in seguito all'intervento del ministro, si preoccupava dei limiti sulle conoscenze dei meccanismi di azione che ancora riguardavano questi farmaci: questo limitava le valutazioni possibili sulla loro natura antiabortiva o meno, ma anche sui potenziali danni genetici che potevano avere sul feto. La scoperta del Dna risaliva agli anni Cinquanta, era quindi ancora relativamente recente: le conseguenze dell'uso della pillola sul processo di embriogenesi era ignoto, e questa rappresentava la principale remora del Consiglio dal punto di vista medico-scientifico.⁸²

Il lavoro successivo venne organizzato in quattro sottocommissioni: ognuna si sarebbe occupata di determinate risposte ai quesiti ministeriali posti al CSS. Il 13 aprile 1967 riferiva in Consiglio la seconda sottocommissione, che si era occupata del secondo quesito: quale erano i metodi anticoncezionali più idonei, in relazione alle reali possibilità di impiego. Queste le conclusioni:

La sottocommissione ha espresso parere favorevole alla liberalizzazione della vendita della "pillola" purché sia accompagnata da una completa informazione sugli inconvenienti, l'utilità e i limiti di tale metodo nei confronti degli altri contraccettivi e la terapia venga condotta sotto controllo medico. Tale controllo dovrebbe essere eseguito alla fine di ogni semestre di trattamento e anche più frequentemente nei casi che richiedono una particolare prudenza nell'uso della "pillola". Inoltre, in considerazione del divario tecnologico esistente sul piano della ricerca fra i centri italiani e stranieri la sottocommissione richiede al ministero un pronto e programmato finanziamento di ricerche nel settore del controllo della riproduzione, raccomandando che queste ricerche siano effettuate nella specie umana.⁸³

Venne auspicata l'organizzazione di centri di studio sui contraccettivi da parte del ministero, in particolare venne proposto il reparto di Clinica ostetrica e ginecologica dell'Università di Firenze, fornita di attrezzature adeguate e di personale qualificato; venne proposto anche l'Istituto di patologia medica dell'università di Firenze, diretto da uno dei componenti della sottocommissione, Teodori. Interessanti i commenti dell'assemblea su alcuni punti, ad esempio sull'opportunità di adattare l'uso dei contraccettivi alle diverse zone d'Italia:

[Valle] ha qualche perplessità sulla graduatoria [di usabilità, n.d.r.] dei mezzi anticoncezionali, specialmente in relazione al diverso grado di educazione e autodisciplina delle popolazioni delle diverse zone d'Italia. L'oratore dubita che nelle zone meno sviluppate (meridionali) le donne si ricordino di prendere la pillola tutti i giorni. Pertanto l'oratore è convinto che i dispositivi intrauterini (I.U.D.) non siano affatto da scartare almeno in tali zone. In tali zone del resto non è neanche possibile applicare correttamente il metodo di Ogino-Knaus, visto che la popolazione in genere non riesce neanche a registrare correttamente una curva termica.⁸⁴

Queste affermazioni nonostante un altro relatore, Tesauro, riconoscesse che "la maggior parte dei dati

⁸¹ Ivi, p. 134.

⁸² ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore di Sanità, Verbali, b. 122, *Relazione del Ministero della sanità sull'impiego degli anticoncezionali e sui problemi che ne derivano per la sanità pubblica*, p. 625.

⁸³ Ivi, p. 168.

⁸⁴ Ivi, p. 170.

sull'efficacia del metodo di Ogino-Knaus sono inficiati dal fatto che la maggior parte delle persone che applicano tale metodo lo applicano irrazionalmente, senza la preventiva registrazione della temperatura basale”, a prescindere da ogni notazione geografica⁸⁵. In linea di massima, comunque, il CSS si dimostrava soddisfatto della relazione, e vi aggiungeva soltanto l'indicazione delle controindicazioni all'uso dei contraccettivi orali, essenzialmente riassumibili in tromboflebiti e manifestazioni vascolari di natura trombotica; itteri e gravi epatopatie; accertata o sospetta neoplasia mammaria o genitale, e metrorragia a causa ignota. Si trattava di un quadro molto ragionevole e abbastanza simile a quelle che effettivamente poi rimasero, anche negli anni successivi, le controindicazioni nell'uso della pillola anticoncezionale. Nella veste di referente del Ministero della sanità, Scanga si riteneva soddisfatto di queste risposte, ricordando che il ministero intendeva soltanto liberalizzare l'informazione e il commercio degli anticoncezionali, e non pianificare le nascite; per quanto riguardava i centri proposti, temeva difficoltà di natura economica. La relazione della II sottocommissione venne quindi approvata.

La III sottocommissione proseguì nel relazionare, a partire dall'ipotesi che venissero abolite le norme restrittive in vigore. Queste le conclusioni:

L'informazione e le indicazioni sulla scelta del metodo o mezzo più adeguato al singolo soggetto da trattare [dovrebbero essere] compito esclusivamente medico, riconoscendo la necessità di un giudizio basato, caso per caso, sul diretto rapporto tra il medico e l'interessato. La trasmissione delle informazioni, tuttavia, potrà essere effettuata, secondo i dettami di una moderna politica sanitaria, anche nel settore applicativo della medicina preventiva, per mezzo dell'opera fiancheggiatrice di personale sanitario ausiliario autorizzato e convenientemente preparato. [...] Si rileva inoltre la necessità che il Ministero della sanità incentivi l'istituzione di idonei organismi deputati alla trasmissione alla popolazione delle informazioni necessarie in tale campo e potenzi quelle esistenti, anche privati, purché non abbiano fine di lucro [...]. Il ministero, inoltre, dovrà favorire l'approfondimento delle conoscenze su tale argomento da parte dei medici e dovrà incoraggiare ad incrementare ricerche scientifiche in istituti qualificati, onde chiarire i molti problemi ancora insoluti riguardanti l'uso degli anticoncezionali [...] La sottocommissione rileva altresì l'opportunità di prendere in considerazione il problema dell'educazione sessuale nelle scuole [...].⁸⁶

La maggior parte del CSS si riteneva d'accordo con le tesi espresse; si ebbero alcune reticenze solo sul tema dell'educazione sessuale nelle scuole che, per quanto necessario, poneva il problema degli insegnanti e della competenza del Ministero della pubblica istruzione in merito. Vi erano, inoltre, alcune resistenze di ordine morale: Gino Bergami, ex alto commissario per l'igiene e la sanità pubblica, temeva che un insegnamento a sé stante in questi temi potesse assumere un carattere di “morbosità”, e come primo passo proponeva di inserirlo in un insegnamento di igiene fisiologica. Riportava anche un'inchiesta nella quale si dichiarava che la maggior parte della popolazione non

⁸⁵ Ibidem.

⁸⁶ Ivi, p. 175.

riteneva opportuno che venissero fornite informazioni sui contraccettivi alle giovani di età inferiore ai 20 anni⁸⁷. In generale, le conclusioni della III sottocommissione venivano accettate, con l'aggiunta di due esigenze: la necessità di introdurre l'educazione sanitaria nelle scuole e la necessità di potenziare gli enti privati operanti nel settore dell'educazione demografica.

La questione della regolamentazione dei prodotti anticoncezionali per uso orale venne esaminata dalla quarta sottocommissione, comparando dosaggi e formulazioni esistenti in altri Paesi, la questione della propaganda, la regolamentazione per il pubblico e per i medici. La conclusione più rilevante di questa sottocommissione era quella relativa al fatto che le nove registrazioni concesse in Italia fino a quel momento presentassero un dosaggio di progesterone più elevato che negli altri Paesi, suggerendo la possibilità di abbassarlo. Veniva inoltre deciso che, per ogni nuovo inserimento di un nuovo prodotto anticoncezionale, si dovesse sentire la costituenda commissione presso il Ministero della sanità.

Infine, la I sottocommissione aveva rivisto tutta la legislazione sull'argomento. Il contributo più rilevante era la proposta di abrogare l'articolo 552 del codice Rocco, nonostante i dubbi, in tal caso, di autorizzare anche metodi chirurgici o radiologici di sterilizzazione.

Le decisioni definitive della commissione, quindi, andarono nella direzione di una liberalizzazione dell'uso degli anticoncezionali, sempre sotto controllo medico e perseguendo un continuo approfondimento della questione grazie a organi preposti, coordinati dal ministero⁸⁸. Infine, la politica della propaganda anticoncezionale doveva essere dipendente dall'andamento demografico e doveva quindi essere affidata al ministero per la sanità, o al governo, che poteva seguire tale andamento con provvedimenti contingenti e non al Parlamento, che avrebbe "cristallizzato il problema in una norma di legge rigida"⁸⁹.

Ma né il Parlamento né il Governo raggiunsero un consenso interno tale da approvare una norma per cui c'erano state otto proposte di legge dal 1952 e a cui il CSS aveva allegato parere positivo, viste anche le posizioni dell'OMS e dell'ONU e la situazione internazionale. Fu necessario attendere una sentenza della Corte Costituzionale il 10 marzo 1971, che dichiarava che "la norma impugnata" nel caso in questione, ovvero l'art. 553 del codice penale,

ispirata a suo tempo dalla politica che si riassumeva nel motto "il numero è potenza", non trova giustificazione nella difesa del buon costume, che, per quanto riguarda la propaganda anticoncezionale, è tutelato da altre norme del codice penale. D'altronde la nozione di buon costume si evolve coi tempi e i mutamenti nel modo di considerare il problema non consentono oggi di considerare illecita questa propaganda.⁹⁰

⁸⁷ Ivi, p. 179.

⁸⁸ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 124, *Seduta del 21 aprile 1967*, pp. 422-490.

⁸⁹ Ivi, p. 448.

⁹⁰ Sentenza 49/1971, Giudizio di legittimità costituzionale in via incidentale, *Sentenza 10 marzo 1971*, pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale* n. 74 del 24 marzo 1971, presidente Branca, relatore Chiarelli:

La questione degli anticoncezionali, dunque, si aggiunge a quelle istanze che trovarono una loro concretizzazione negli anni Settanta, ma i cui germi circolavano nella società italiana da ben prima: come in molti casi, le istituzioni e i centri decisionali si mossero con ritardo e si dimostrarono di rincorsa rispetto alle istanze di modernizzazione sociale⁹¹. La posizione cattolica è stata in questo caso sicuramente condizionante, come dimostrano anche i casi politico-istituzionali del divorzio e dell'aborto e la posizione democristiana in merito⁹²; inoltre, non si trova nella documentazione riferimento alle riunioni con l'inviato vaticano che era stato annunciato dal ministro. L'arricchimento e l'aspirazione a nuovi stili di vita e diritti da parte di molti italiani, insieme ai movimenti migratori e di inurbamento, causarono una messa in discussione dei presupposti culturali cui l'ordine sociale si era ispirato fino a questo momento che vennero colti con ritardo da molte cariche politiche e istituzionali. Il progetto del centro-sinistra, che nasceva per rispondere a queste spinte con un progetto riformista, fu oggetto di forti resistenze prima della sua attuazione, e

La Dc era senz'altro, in quella fase evidente di eutanasia dell'iniziale progetto riformatore del centro-sinistra, il partito che paralizzava gli indispensabili processi di modernizzazione del paese, specie nella sfera pubblica [...]⁹³

Era come se si pensasse che la posizione dominante acquisita dai cattolici nello Stato potesse di per sé essere garante di continuità e non richiedesse ulteriori approfondimenti di principi e di idee. In realtà la DC nascondeva il suo conservatorismo attraverso la sua disponibilità a dividere il potere con altri, nelle forme e nei modi che le convenivano. Ma il modello di rapporti tra società e Stato, di cui si era fatta tramite ed arbitra, era statico ed inerte e non consentiva che quest'ultimo fosse il perno essenziale di un disegno coerente di modernizzazione. Così era proprio il ruolo dello Stato ad indebolirsi per primo. Ma con ciò non ne conseguiva affatto una conservazione in senso tradizionale dei rapporti sociali, ma piuttosto una loro tumultuosa e confusa trasformazione.⁹⁴

Alcuni indirizzi di politica sanitaria risentirono evidentemente di queste tare, nonostante la consultazione degli organi tecnici esprimesse, come in questo caso, delle opinioni abbastanza avanzate, anche alla luce delle acquisizioni successive.

La documentazione degli anni Sessanta permette poi di notare un ampliamento delle richieste di registrazione di sostanze medicinali: come anticipato, ciò è per larga parte riconducibile alla mancanza della brevettabilità dei farmaci da parte della legislazione italiana, che veniva riconosciuta nel settore anche come il principale motivo del ritardo della ricerca farmaceutica del paese rispetto alle aziende estere⁹⁵. Contavano anche in questo ambito la relativa arretratezza e le piccole dimensioni

<https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=1971&numero=49>

⁹¹ Questo elemento di riflessione è generalmente molto condiviso nelle storie della Repubblica: si ricordino qui perlomeno P. Ginsborg, *Storia d'Italia dal dopoguerra a oggi*, Einaudi 2006, p. 336-340; G. Crainz, *Il paese mancato. Dal miracolo economico agli anni Ottanta*, Donzelli, Roma 2005, pp. 175-179; A. Giovagnoli, *La repubblica degli italiani. 1946-2016*, Laterza, Bari 2016, pp. 81-86.

⁹² P. Craveri, *Storia d'Italia. La Repubblica dal 1958 al 1992*, Utet, Torino 1995, pp. 209-242.

⁹³ Ivi, p. 212.

⁹⁴ Ivi, pp. 239-240.

⁹⁵ N. Martinelli, *L'industria farmaceutica italiana, 1945-1978. Una storia economica*, op. cit., pp. 20-21.

dell'industria farmaceutica del Paese⁹⁶, che prendeva storicamente origine dal modello dell'officina dello speziale⁹⁷ e che ancora nei primi anni del Novecento, nonostante alcuni esempi imprenditoriali brillanti, era ben lontano dalla qualifica di industriale e non era in grado di colmare le esigenze interne. Nel secondo dopoguerra, uno dei motivi che avevano favorito il persistere dell'assenza del brevetto in territorio italiano era anche la possibilità di avvantaggiarsi delle preparazioni straniere, e il tentativo di dare impulso all'asfittico mercato nazionale⁹⁸. Tuttavia, “in assenza di una legislazione che regoli le scoperte e i procedimenti di fabbricazione e in presenza di uno Stato che stabilisce i prezzi e assorbe, attraverso gli enti mutualistici, una grande fetta del mercato [...]”, nei decenni dei Cinquanta e Sessanta l'industria farmaceutica italiana si ripiega su sé stessa più di quanto la sua tradizione lasciava presagire⁹⁹. In un settore tendenzialmente votato alle esportazioni come quello farmaceutico, infatti, esportava poco più del 10% della sua produzione, mentre gli altri grandi paesi produttori almeno il 20-25%; l'Italia inoltre era il solo paese a non realizzare un attivo consistente alle soglie dei processi di integrazione europea del settore¹⁰⁰.

Il CSS si rendeva conto della crescita disordinata delle domande di privative industriali, e registrava i problemi di tale situazione (è da considerare anche il fatto che gli acquisti di farmaci da parte degli enti mutualistici erano soggetti a sconti, cui le aziende erano praticamente obbligate a sottostare):

Infine egli fa presente che oggi il medico, e specialmente il medico pratico, dovrebbe portare con sé un volume con l'elenco delle specialità come fa l'INAM per le 15.000 specialità prescrivibili ai suoi assistiti. I medici si sono ribellati di fronte al numero esorbitante di specialità e perciò è necessario opporsi all'immissione in commercio di altri prodotti. La Commissione, così egregiamente presieduta dal prof. Marotta, faccia pure registrare quelle specialità che giudica in piena coscienza efficaci e innocue; per le centinaia e centinaia di nuove specialità che non sono urgenti e che non hanno la ventura di essere dei toccasana, si chiedi una valida documentazione farmacologica e clinica, perché la salute pubblica non debba attendere prodotti che prima vengono messi in

⁹⁶ V. Sironi, *Le officine della salute. Storia del farmaco e della sua industria in Italia dall'unità al mercato unico europeo (1861-1992)*, Roma-Bari, Laterza, 1992, p. 28. A margine di questa affermazione bisogna però citare alcune notevoli eccezioni, ad opera di alcuni imprenditori ottocenteschi: Giovanni Battista Schiapparelli (che fondò la Società Anonima Stabilimenti Chimici Schiapparelli, una delle prime fabbriche di prodotti chimico-farmaceutici in Italia); Carlo Erba, fondatore dell'omonima azienda milanese, una delle principali industrie farmaceutiche italiane fino agli anni Novanta; Lodovico Zampeletti, anch'egli imprenditore milanese. Alla fine del XX secolo, tuttavia, questa vivacità non riuscì a trovare una collocazione nel nuovo contesto della globalizzazione, e molta dell'industria farmaceutica italiana venne inglobata dalle multinazionali del settore.

⁹⁷ Al contrario del modello tedesco, in cui l'industria farmaceutica nasce come continuazione o filiazione dell'industria chimica, in particolare quella dei coloranti.

⁹⁸ A. Cherubini, *Il brevetto del farmaco in Italia*, in Enpas, settembre-ottobre 1967, n. 5, p. 632.

⁹⁹ V. Sironi, *Le officine della salute. Storia del farmaco e della sua industria in Italia dall'unità al mercato unico europeo (1861-1992)*, op. cit., p. 187. Il mercato mutualistico viene indicato come un importante fattore che caratterizza lo sviluppo del mercato farmaceutico italiano nel secondo dopoguerra: il peso crescente delle vendite alle casse mutue modella le caratteristiche del settore. Tra il 1948 e il 1959 il peso del sistema mutualistico nel mercato farmaceutico passa dal 16,8% al 37,6% del mercato, tra gli anni Sessanta e Settanta supera il 50%; mentre la popolazione assistita dall'INAM si moltiplica per 3,7 in un trentennio, il numero delle prescrizioni farmaceutiche erogate annualmente dall'Istituto cresce 65 volte. Molte fonti indicano infatti nell'assistenza farmaceutica una delle principali cause del dissesto finanziario degli enti mutualistici. Per i dati, cfr. N. Martinelli, *L'industria farmaceutica italiana, 1945-1978. Una storia economica*, op. cit., pp. 83-86.

¹⁰⁰ Assofarma, La relazione del prof. Augusto Venturi, Assemblea generale ordinaria, Milano, 16 luglio 1970, supplemento al n. 10; N. Martinelli, *L'industria farmaceutica italiana, 1945-1978*, op. cit., p. 98.

commercio poi debbono essere ritirati perché inefficaci e dannosi. In questo modo si salverebbe anche l'industria farmaceutica. Il pullulare di medicinali, conclude Tremiterra, porta disorientamento sia nella classe medica che nella classe dei farmacisti.¹⁰¹

Anche Gino Bergami notava che ogni volta che il Consiglio si trovava a occuparsi di un problema correlato ai medicinali, in questo periodo, la discussione si orientava verso il problema generale della brevettazione. Secondo la maggior parte dei membri, il processo della registrazione era “vecchio, superato e non adatto ai tempi”¹⁰²; per di più, le motivazioni per respingere le specialità erano poche e vaghe (proprietà terapeutiche ingiustificate, composizione non corrispondente al dichiarato, prodotto farmaceutico “pari”, ovvero già esistente). Confrontando i dati di Francia e Stati Uniti, il Consiglio notava che in Italia i ritmi di registrazione in Italia erano almeno doppi:

La nostra Commissione fa un lavoro davvero ammirevole, perché con quelle sole tre motivazioni della legge riesce a far bocciare un alto numero di specialità.¹⁰³

Questo tipo di affermazioni, disseminate nel testo, rendono evidente la necessità per i tecnici e gli esperti di dover trovare degli espedienti per sopperire all'arretratezza e alla carenza legislativa. Le aziende farmaceutiche più piccole, nel frattempo, cercavano invece dei modi per far passare la registrazione di ancora più specialità associando a un farmaco altre sostanze abbastanza irrilevanti sull'effetto farmacologico finale, solo per far venir meno la definizione di prodotto “pari”. Tra gli anni Sessanta e Settanta, infatti, l'industria farmaceutica italiana conobbe un importante processo di concentrazione ed espulsione dal comparto delle imprese di minori dimensioni, in particolare quelle sprovviste di laboratori di sintesi.¹⁰⁴ Il Consiglio si espresse quindi nell'ottica di limitare il più possibile le associazioni, riconoscendo che fosse consigliabile adottare criteri più restrittivi nella registrazione di nuove specialità¹⁰⁵, evento che ebbe luogo soltanto nel 1978 con l'approvazione del principio di brevettabilità nel settore farmaceutico.

3.2.4 Campagne vaccinali

Per quanto riguarda invece i vaccini e le campagne vaccinali, nel 1962 il parere del CSS sul tema veniva nuovamente richiesto a proposito dello stato della immunoprofilassi antipoliomielitica e dell'impiego di vaccini vivi attenuati. Tra la fine degli anni Cinquanta e i primi Sessanta, infatti, erano

¹⁰¹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio superiore della sanità, Verbali, b. 84, *Specialità contenenti clorotiazide e derivati associati ad agenti ipotensivi o ad altre sostanze*, Seduta del 19 febbraio 1960, p. 26.

¹⁰² Ivi, p. 27.

¹⁰³ Ivi, p. 29.

¹⁰⁴ N. Martinelli, *L'industria farmaceutica italiana, 1945-1978. Una storia economica*, op. cit., p. 76: delle 770 imprese con laboratorio registrate nel 1962, cinque anni dopo ne rimangono 665, scese a 531 dopo un decennio. Nel 1977 se ne registrano 452, passata a 348 nel 1982, un valore più che dimezzato rispetto a quello iniziale.

¹⁰⁵ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio superiore della sanità, Verbali, b. 84, *Relazione per il CSS dalla Direzione generale del servizio farmaceutico del Ministero della sanità: specialità contenenti clorotiazide e derivati associati ad agenti ipotensivi o ad altre sostanze*, p. 51.

state vaccinate oltre 9 milioni di persone, per lo più bambini di meno di 6 anni¹⁰⁶, tuttavia, a causa della necessità di numerosi cicli, poche avevano in realtà completato la vaccinazione. Secondo Augusto Giovanardi, direttore dell'istituto di igiene milanese, l'uso di questo tipo di vaccino non era riuscito tuttavia a modificare l'incidenza della poliomielite in maniera significativa. Il Ministero della sanità, quindi, iniziò a vagliare delle alternative, avvalendosi anche del parere del CSS.

Il relatore sul tema, Giuseppe D'Alessandro, riportava il preventivo parere già elaborato da una commissione di esperti, riunita dal Sottosegretario alla Sanità, il chirurgo democristiano Natale Santero¹⁰⁷. Basandosi sulle tabelle fornite dal Ministero della Sanità sulle persone vaccinate, D'Alessandro rilevava che la vaccinazione di Salk, nonostante gli apporti veramente ragguardevoli di vaccino messo a disposizione della popolazione da parte degli organi sanitari, non era ancora stata completata che nel 16% circa degli individui; un'altra tabella riportava l'effettiva efficacia della vaccinazione, ovvero il numero di persone che avevano contratto la malattia nei vaccinati e nei non vaccinati:

Dal 1959 al 1961, in Italia, si sono avuti 11.095 casi di poliomielite paralitica. Di questi il 91,51% erano soggetti non vaccinati o insufficientemente vaccinati (1-2 iniezioni di vaccino), il 7,37% avevano ricevuto tre dosi e l'1,12% quattro dosi.

Inoltre si rileva che anche tra i vaccinati con tre dosi c'è stato un aumento dei casi nel triennio 1959-1961; nel 1959 si sono avuti 120 casi; nel 1960, 295; nel 1961, 403.

Dai risultati esposti si desume che bisogna insistere affinché la vaccinazione antipoliomielitica venga effettuata con 4 inoculazioni e venga iniziata dal IV mese di vita.¹⁰⁸

Il relatore riportava anche che, dopo una prima fase sperimentale, alcuni Paesi avevano impiegato i vaccini vivi attuando campagne vaccinali che avevano coperto tutta la popolazione esposta. In genere, si affermava che i due vaccini funzionavano diversamente, ovvero che mentre il vaccino di Salk avrebbe determinato un'attività antigene-sierologica, il vaccino vivo determinava non solo la formazione di anticorpi a livello ematico ma anche una resistenza intestinale. Il vaccino vivo, più che un problema di sicurezza sull'organismo, era ritenuto dubbio riguardo alla sua stabilità genetica, ovvero alla possibilità di mutazioni in caso di contagi interumani ripetuti. In generale, comunque, le conclusioni a cui era giunta la Commissione convocata dal Sottosegretario alla Sanità erano: che i risultati ottenuti con il vaccino di Salk in Italia e in altre nazioni dovevano essere considerati soddisfacenti; che il larghissimo impiego in campo pratico del vaccino di Sabin dava garanzie della sua innocuità ed efficacia; che il fenomeno dell'interferenza (ovvero dell'interazione con altri virus vaccinali nella stessa somministrazione) poteva incidere sensibilmente, con differenze regionali, sull'efficacia del vaccino vivo. Secondo la Commissione, poi, non era necessario rendere obbligatoria

¹⁰⁶ B. M. Assael, *Il favoloso innesto. Storia sociale della vaccinazione*, Laterza, op. cit., p. 240.

¹⁰⁷ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 93, Seduta del 25 luglio 1962, *Stato della immunoprofilassi antipoliomielitica in Italia e richiesta del parere circa l'impiego dei vaccini vivi attenuati*, p. 445.

¹⁰⁸ Ivi, p. 447.

la vaccinazione antipolio, ma ottenere la più larga adesione possibile da parte della popolazione. In ogni caso il trattamento immunizzante doveva essere esteso a tutto il nucleo familiare del vaccinando; la relazione si concludeva con delle raccomandazioni sulle quantità e sulle modalità di somministrazione¹⁰⁹.

Giovanni Petragani¹¹⁰ commentava i punti in discussione, dicendo che erano già state troppe le discussioni sostenute dagli stessi esperti circa la vaccinazione antipolio. Egli ricordava che alcuni anni prima era stato stabilito dall'Associazione Italiana per l'Igiene, riunitasi a Roma, di richiamare l'attenzione del Ministro per la Sanità dell'epoca, il senatore Giardina, circa l'usabilità del vaccino antipolio vivo. Nel frattempo la vaccinazione Salk era continuata, il numero dei casi di poliomielite paralitica era aumentato in Italia, ma nessuna determinazione era stata presa a riguardo. Anche le modalità di somministrazione del vaccino Salk non erano chiare: si era parlato inizialmente di una inoculazione, poi di tre iniezioni, quindi di una quarta e quinta dose da somministrare annualmente. Tuttavia, non essendoci un'idea chiara della durata dell'immunizzazione, si chiedeva come si poteva parlare di dosi di richiamo. A riguardo, per Petragani la questione era chiara: dopo un anno di discussioni e di confermata insufficienza profilattica, proponeva che non si facessero troppi elogi al vaccino Salk ma si permettesse l'uso anche del vaccino Sabin. Egli riteneva che in Italia, così come in altre nazioni, si sarebbe potuta benissimo effettuare la vaccinazione con vaccino vivo, avvalendosi della collaborazione delle amministrazioni provinciali, dei laboratori provinciali di igiene, delle facoltà mediche universitarie e di tutto il personale sanitario nazionale.

Giovanardi si dichiarava d'accordo con quanto sostenuto da Petragani e con la relazione generale di D'Alessandro. Egli notava come, pur essendoci un aumento del numero dei casi di poliomielite in Italia, la malattia era sempre rimasta circoscritta in generale ai primi 3-4 anni di vita, e gli episodi epidemici erano rimasti sempre confinati a piccole comunità. Riteneva però che ci fossero buoni motivi per credere che la vaccinazione con virus morto fosse affidabile solo se ripetuta annualmente; così stando le cose, il vaccino Salk dimostrava un'indubbia efficacia, ma di portata limitata. Inoltre era necessario effettuare tre inoculazioni per ottenere una buona protezione, ottenendo una immunità dopo 7-8 mesi dall'inizio della vaccinazione. Sulla diversa azione dei due vaccini, Giovanardi sosteneva che, mentre il vaccino vivente si insediava nell'intestino e lì si moltiplicava, dando luogo a una resistenza intestinale all'infezione ma anche ad una immunità umorale (ovvero l'effettiva produzione anticorpale prodotta nelle cellule dei linfociti B grazie al legame con gli antigeni virali),

¹⁰⁹ Ivi, p. 452.

¹¹⁰ Igienista, direttore generale della Sanità Pubblica dal 1935 al 1943. Sulla vaccinazione antipoliomielitica a favore del vaccino inattivato di Sabin, per quanto riguarda invece il vaccino antitubercolare era stato contrario all'importazione in Italia del vaccino più efficace, quello francese BCG, convinto della maggiore efficacia dei vaccini "all'italiana" (il vaccino a micobatteri uccisi sviluppato dalla scuola di Edoardo Maragliano all'università di Genova, l'anatubercolina integrale Petragani, ad opera dello stesso igienista presso l'università di Siena e il diffondente antitubercolare Salvioli, preparato all'università di Bologna).

il vaccino ucciso determinava invece un movimento anticorpale specifico, che conferiva, al massimo, esclusivamente una resistenza intestinale. Il virus poliomiolitico è infatti un enterovirus, e si diffonde principalmente per via oro-fecale.

Giovanardi comunicava al Consiglio di essersi occupato direttamente della presenza degli anticorpi nell'intestino notando che essi compaiono quando il loro titolo nel sangue è molto elevato, ma sempre piuttosto raramente. Erano già note in pediatria le ricerche sull'eliminazione delle gammaglobuline attraverso la parete intestinale. Esse erano state ricollegate con la questione degli anticorpi e personalmente Giovanardi aveva condotto esperienze su bambini allevati al seno e allevati con allattamento artificiale. Egli aveva visto che gli anticorpi nell'intestino si trovavano regolarmente e continuativamente solo quando il bambino era attaccato al seno e quando il bambino aveva ricevuto una carica di anticorpi notevole dal colostro e dal latte materno. La presenza di anticorpi nell'intestino era indipendente dal titolo degli anticorpi nel sangue: ciò voleva dire che il bambino viene protetto da questi anticorpi, almeno nei primi mesi.

Vi era poi un problema relativo alla contaminazione del vaccino, Salk o Sabin non faceva differenza, con virus non polio:

Circa la presenza dei virus scimmieschi nel vaccino Sabin, Giovanardi dice che questi virus sono presenti anche nel vaccino Salk. È stata sorprendente la segnalazione della presenza del virus SV40 nel vaccino di Sabin, ma più sorprendente è il fatto che si è vaccinato con il vaccino Salk contenente SV40 centinaia di migliaia di persone. È noto che il vaccino SV40 non viene inattivato completamente dal trattamento con formaldeide. Quindi la possibilità della presenza di virus estranei esiste sia nei vaccini vivi che uccisi. È comunque indispensabile che dai vaccini venga esclusa la presenza di virus non polio ma l'eventuale presenza dell'SV40 non deve essere l'elemento principale per non adottare il vaccino di Salk o Sabin. Bisogna poi considerare le proprietà oncogene del virus S40 denunciate da alcuni ricercatori. [...] Il problema è complesso e di non facile soluzione: tutti però sono del parere che l'SV40 non deve essere presente nei vaccini.¹¹¹

L'SV40, Simian virus 40, è un piccolo virus a DNA potenzialmente oncogenico, che spesso permane all'interno dell'ospite in una forma latente che non causa nessuna patologia ma che potrebbe portare alla formazione di tumori in ospiti di specie diverse, come l'essere umano, ma anche la scimmia. La scoperta di questo virus avvenne negli anni '60 negli Stati Uniti, quando si scoprì che il 10% dei vaccini contro la poliomielite era contaminata da questo virus.¹¹² La contaminazione era dovuta al fatto che la produzione dei vaccini era ancora legata all'uso di organismi ospite, come le scimmie appunto, per la riproduzione dell'ambiente biologico: il problema è stato risolto con la progressione dell'ingegneria genetica, ma è stato ipotizzato che tra gli anni Cinquanta e Sessanta questo virus abbia infettato una decina di milioni di persone a causa delle contaminazioni proprio del vaccino antipolio.¹¹³

¹¹¹ Ivi, pp. 456-457.

¹¹² Sweet Bh., Hilleman Mr., *The vacuolating virus, S.V. 40*. Proc. Soc. Exp. Biol. Med., Nov. 1960, 105; pp. 420-427.

¹¹³ SV40 (sigla di Simian Virus 40), Dizionario di medicina, Treccani, 2010, <https://www.treccani.it/enciclopedia/virus->

Il Tenente Generale medico dell'esercito Gerardo Mennonna faceva presente poi che l'endemia poliomielitica in Italia non interessava soltanto la prima infanzia, come gli era sembrato venisse lasciato intendere dalla discussione. Infatti, mentre tra i richiamati alle armi nel quinquennio 1952-1956 si era avuto un solo caso non grave di poliomielite paralitica, nel quinquennio 1957-1961 si erano verificati 11 casi di poliomielite, dei quali 4 con esito letale; nell'Aeronautica 3 casi mortali; nella Marina, 1 caso mortale. Questo dimostrava che un certo spostamento nell'endemia poliomielitica c'era anche nei riguardi delle età. Di fronte a questi fatti si poneva il problema se introdurre nelle forze armate la vaccinazione antipolio obbligatoria. Durante gli anni Cinquanta, data la disponibilità del solo vaccino morto, era difficile poter attuare la vaccinazione di tutti i giovani militari data la complessità della metodica vaccinale, ma in caso di approvazione dell'uso dei vaccini vivi attenuati proponeva di vaccinare tutti i giovani chiamati alle armi, in maniera da proteggere un ampio strato della popolazione eventualmente sfuggita alla vaccinazione della prima infanzia.¹¹⁴

Infine, prendeva la parola Cramarossa, confermando l'aumento reale dei casi di poliomielite e notando come le punte epidemiche, in passato molto distanziate (la prima epidemia dopo quella del 1939 era stata quella del 1953) si presentavano negli ultimi tempi più ravvicinate; non era vero che la malattia si sviluppava in focolai solo in piccole comunità; colpiva purtroppo tutta la popolazione. Quale Direttore Generale dei Servizi dell'igiene pubblica degli ospedali non voleva mettere a confronto i due tipi di vaccino, ma desiderava porre il problema dell'usabilità dei vaccini antipolio per la protezione di massa della popolazione italiana, considerando di impiegare in Italia, a prescindere dal meccanismo d'azione, vaccini che avessero già dato una buona prova d'uso in altri Paesi:

Egli non vuole entrare nella discussione, ma prega il Consiglio di voler dare all'Amministrazione Sanitaria delle direttive precise sulla condotta da tenere per la vaccinazione antipolio di massa. Nella relazione degli Uffici è chiaramente delineato che il Ministero vuole inserire i vaccini vivi tra i farmaci disponibili per la profilassi contro la poliomielite; anche questo tipo di vaccino sarà impiegato nei programmi di vaccinazione di Stato, che in un primo momento potrebbe essere totalitaria, non per tutto il territorio nazionale, ma per determinate regioni o provincie; ciò dipenderà dalla possibilità di poter fruire della collaborazione di alcuni centri di studio e di adeguati mezzi per controllare dal punto di vista biologico l'andamento della protezione della popolazione trattata.¹¹⁵

Alla fine del dibattito, il Consiglio esprimeva il parere che i risultati ottenuti con il vaccino di Salk in Italia ed in altre nazioni dovevano considerarsi soddisfacenti e che tale vaccinazione venisse portata avanti; che il larghissimo impiego del vaccino Sabin era garanzia della sua efficacia; che il fenomeno

[sv40_%28Dizionario-di-Medicina%29/](#), consultato il 14/02/2023.

¹¹⁴ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 93, Seduta del 25 luglio 1962, *Stato della immunoprofilassi antipoliomielitica in Italia e richiesta del parere circa l'impiego dei vaccini vivi attenuati*, p. 458.

¹¹⁵ Ivi, p. 464.

dell'interferenza poteva incidere sensibilmente, con differenze regionali, sull'attecchimento e quindi sull'efficacia del vaccino vivo e che pertanto si riteneva opportuno l'accertamento dell'entità della circolazione interumana degli enterovirus, ed auspicava che il Ministero della Sanità determinasse sollecitamente le condizioni opportune per l'applicazione estensiva con vaccini a virus vivo a tutta la popolazione.¹¹⁶

Il 15 gennaio 1964, in adunanza generale, il CSS discuteva dei problemi relativi alla vendita al pubblico dello stesso vaccino¹¹⁷. La II Divisione del Ministero della Sanità, ovvero la Direzione generale servizi di Igiene pubblica e ospedali, aveva approntato per il Consiglio Superiore una relazione su questa vaccinazione in Italia, in cui si sosteneva che, malgrado lo sforzo compiuto negli anni precedenti per l'esecuzione della vaccinazione con il vaccino di tipo Salk in Italia, il numero dei casi di malattia paralitica accennava soltanto lievemente a diminuire, mentre si era ridotto in quasi tutti i Paesi europei a poche decine e negli Stati Uniti a qualche centinaio.¹¹⁸ La causa del mancato raggiungimento dei risultati previsti, e un numero di casi troppo alto nella finestra temporale 1959-1962, veniva attribuito "a causa della parziale e tardiva immunizzazione della popolazione infantile"¹¹⁹. I casi (14.338) si erano verificati quasi esclusivamente in soggetti non vaccinati o incompletamente vaccinati: solo un migliaio si erano infatti verificati in soggetti che avevano subito tre o quattro iniezioni di vaccino Salk. Si riponevano maggiori speranze nell'impiego del vaccino di tipo Sabin, per cui il ministero aveva

predisposto il piano di organizzazione di una vaccinazione di massa, per condurre una più ampia e rapida azione di lotta contro la malattia, che ancora colpisce troppi bambini italiani. Si è proceduto ad accreditare ai medici provinciali adeguate somme per le spese da sostenersi localmente, ad acquistare frigoriferi, a reperire la somma occorrente per l'acquisto del vaccino (che è in corso), nonché a predisporre una idonea azione di propaganda.

Le grandi difficoltà inerenti a tale lavoro di organizzazione non hanno consentito di dare finora inizio alle operazioni di vaccinazione, alle quali si ritiene di poter dare il via soltanto ai primi di marzo p.v. Circa i gruppi di età da sottoporre a vaccinazione, in conformità del parere espresso da codesto CSS, il Ministero della Sanità ha disposto che sia vaccinata tutta la popolazione fino a 20 anni di età, dando la preferenza ai soggetti in età dal 3° mese compiuto al 5° anno.

In proposito si fa presente che questo Ministero ha potuto procedere all'acquisto di 5 milioni di dosi per ciascun tipo di vaccino, e pertanto in questa prima fase della campagna risulta largamente coperto il fabbisogno del gruppo più esposto alla malattia.

Naturalmente i Centri di vaccinazione continueranno a disporre di congrui quantitativi di vaccino Salk, per tutti coloro che desiderano vaccinarsi o rivaccinarsi con detto vaccino.¹²⁰

¹¹⁶ Ivi, pp. 470-471.

¹¹⁷ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, b. 104, *Adunanza generale del 15 gennaio 1964*, p. 3.

¹¹⁸ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, b. 104, *Relazione per il Consiglio Superiore della Sanità sulla vaccinazione antipoliomielitica per via orale*, p. 251.

¹¹⁹ Ibidem.

¹²⁰ Ivi, p. 252.

Il Ministero della Sanità desiderava conoscere il parere del Consiglio Superiore in merito al programma che era stato in questi termini predisposto. Allo stesso modo, il Ministero aveva predisposto un altro quesito per il CSS: in adempimento al parere espresso dal Consiglio, infatti, il ministero comunicava di aver predisposto la vendita al pubblico del vaccino Sabin. La Federazione Nazionale dell'Ordine dei Farmacisti, tuttavia, aveva lamentato le difficoltà di attenersi alle disposizioni impartite con la relativa circolare, per l'impossibilità di reperire entro breve tempo, sul mercato nazionale, un numero di impianti refrigeranti a -20° C, forniti di apparecchio registratore, sufficiente a soddisfare le richieste dei farmacisti, chiedendo che, nel frattempo, fossero diramate disposizioni di carattere temporaneo per consentire la vendita al pubblico del vaccino.¹²¹ Il Ministero aveva così disposto delle norme di carattere transitorio che consentiva la vendita del vaccino anche alle farmacie non provviste del refrigeratore con registratore della temperatura (si trattava in effetti di uno dei timori del CSS in fase di dibattito, quando si decideva se garantire o meno alle farmacie questa possibilità); chiedeva però al Consiglio di esprimersi su queste norme transitorie.

Il Consiglio, affidata la trattazione dell'argomento a Giuseppe Mazzetti, igienista, innanzitutto prendeva atto del fatto che un piano di vaccinazione di massa, particolarmente con un vaccino del tipo Sabin, era una pratica laboriosissima, e non doveva quindi meravigliare se l'organizzazione di tale vaccinazione avesse richiesto sforzi notevoli da parte del Ministero della Sanità. Angela Gotelli, ex partigiana e laureata in filosofia, insegnante e politica, sottosegretario di Stato del Ministero della Salute tra il 1958 e il 1960 e del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali tra il 1959 e 1960 e in questi anni presidente dell'ONMI, ricordava la funzione che quest'ente poteva svolgere nell'ottica di un'implementazione della vaccinazione antipoliomielitica. Ricordava infatti le competenze del personale dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia dal punto di vista del personale specializzato sulla prima infanzia, e soprattutto la rete capillarizzata dei suoi consultori¹²². Ricordava anche le migliaia di pediatri, le 1400 assistenti sanitarie, e chiedeva formalmente che il Ministero della Sanità si ricordasse della struttura dell'ONMI e del suo personale come strumento di persuasione dell'opinione pubblica, di attuazione delle vaccinazioni, di realizzazione della campagna. Per quanto riguardava la propaganda, il CSS approvava gli accordi dell'Ufficio per le relazioni internazionali e culturali del Ministero della Sanità con la Rai per le attività di propaganda da svolgere sulla vaccinazione. Cramarossa osservava però che quasi sicuramente i fondi stanziati (un milione di lire) non sarebbero stati sufficienti. Si accettava la richiesta dell'ordine dei farmacisti, purché venissero predisposti adeguati controlli sotto la vigilanza del Medico Provinciale; si raccomandava anche che

¹²¹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, b. 104, *Relazione per il CSS – Vendita al pubblico del vaccino poliomiolitico preparato con virus attenuati viventi (Sabin)*, 10 gennaio 1964, p. 255.

¹²² ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, b. 104, *Adunanza generale del 15 gennaio 1964*, p. 42.

la circolare contenente le istruzioni per l'organizzazione del servizio di vaccinazione venisse diramata immediatamente, e che ad essa facesse seguito il più rapidamente possibile l'indicazione per l'organizzazione dell'opera di propaganda, per la quale, secondo il Consiglio, doveva essere data preminenza ai servizi televisivi. L'anno dopo, il CSS respingeva le richieste delle ditte Pfizer e Wellcome Foundation di Londra di porre in commercio in Italia il vaccino di Sabin, a causa di discrepanze nel processo di controllo della preparazione di prodotti farmaceutici nella legislazione dei due Stati; in particolare, in Inghilterra il processo di controllo era delegato alle aziende farmaceutiche, mentre in Italia era necessaria un'approvazione di Stato.¹²³ Il CSS, rifiutando questa autorizzazione, si compiaceva della possibilità dei maggiori controlli vigenti in Italia, che “hanno permesso di evitare molti incidenti verificatisi in altri Paesi caratterizzati da controlli meno rigidi, ad esempio gli Stati Uniti.”¹²⁴ Si confermava quindi l'idea dei tecnici di questo alto consesso di voler preservare la tradizione amministrativa e di controllo italiana, più stringente ma che permetteva di evitare un maggior numero di errori, anche a discapito di maggiore dinamicità e velocità dei processi. In ogni caso, la campagna di vaccinazione di massa ebbe avvio nella primavera del 1964; entro la fine di maggio 1965 erano stati vaccinati oltre 3 milioni di bambini e 4 milioni di persone di 6-21 anni, con una copertura in molte regioni superiore all'80%, specialmente al Nord del paese. I casi di malattia denunciati si ridussero in maniera immediata. Nel secondo semestre del 1965 furono dichiarati 212 casi, contro i 1800 e i 2300 dello stesso periodo degli anni precedenti.¹²⁵

3.3 Malattie sociali e assistenza

Nel 1961, il Consiglio Superiore di Sanità affrontò un lungo dibattito per determinare le patologie da includere nell'elenco delle malattie sociali, considerate di particolare interesse pubblico. Insieme all'acquisizione della possibilità di essere trattate in specifici “Centri per le malattie sociali”, la ricerca sull'incidenza e sulle terapie di queste malattie veniva finanziata con una contribuzione specifica da parte del Ministero della Sanità. Anche in questo caso, come per altre questioni precedenti, il CSS vedeva in queste forme di contribuzione il rischio di frammentare ulteriormente i finanziamenti: alcune tra queste patologie che avevano particolari ripercussioni sociali ed economiche, infatti, erano già regolate da apposite disposizioni di legge e fruivano già di specifici interventi dello Stato¹²⁶. Questo andava a peggiorare la già nota frammentazione dovuta alla

¹²³ Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, b. 110, *Ditta Wellcome Foundation e Pfizer di Londra. Richiesta di porre in commercio in Italia vaccino antipoliomielitico preparato con germi vivi attenuati per uso orale*, Verbale della seduta del 23 gennaio 1965, pp. 195-198.

¹²⁴ Ivi, p. 199.

¹²⁵ B. M. Assael, *Il favoloso innesto. Storia sociale della vaccinazione*, op. cit., pp. 240-241.

¹²⁶ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 89, *Seduta del 5 dicembre 1961*, p. 41. Per la frammentazione dei contributi statali per malattia, cfr. L. Conti, L. Conti, *L'assistenza e la previdenza sociale. Storia e problemi*, op. cit., pp. 172-173.

sovraabbondanza degli enti parapubblici e alla confusione del sistema assistenziale italiano in merito alle singole malattie¹²⁷. Tra queste, venivano ricordate la tubercolosi, il tracoma, le malattie veneree, la lebbra, la poliomielite. Il Ministero stesso, dimostrando una certa consapevolezza della necessità di diversificare il proprio intervento, propose così al CSS un nuovo gruppo di malattie sociali da tutelare: i tumori; le malattie reumatiche; le malattie cardiovascolari; il diabete e gli stati dismetabolici; le microcitemie, e le tossicosi da stupefacenti.

Il CSS concordava nell'individuazione di queste malattie come sociali, suggerendo solo alcune modifiche, poi accolte: da "diabete e stati dismetabolici" si passò a "stati disendocrini e dismetabolici", includendo un più ampio spettro di disturbi del sistema endocrino (tra questi l'ipo e l'ipertiroidismo, le tiroiditi, il gozzo, ma anche deficit di ormone della crescita, iperprolattinemia, acromegalia...), e l'aggiunta dell'anemia microsferocitica, un'anemia rara ereditaria, tra le microcitemie.

Nel 1965, il Consiglio si trovò a discutere l'inclusione di alcune malattie visive nel novero delle malattie sociali, con la finalità di ottenere più diagnosi precoci e l'adozione di misure preventive. Questo tipo di sensibilità era emersa nel 1964 al primo convegno di oftalmologia sociale tenutosi a Napoli, anche in correlazione alla riduzione o perdita della vista che alcune di queste malattie provocavano, e alla conseguente diminuzione della capacità lavorativa del soggetto colpito. Le malattie proposte per una maggiore tutela erano il glaucoma, le ametropie e le loro complicanze, il distacco di retina, le alterazioni degenerative della retina e del nervo ottico a carattere ereditario-familiare.¹²⁸

Il glaucoma, malattia cronica progressiva a carico del nervo ottico che può portare alla perdita della vista, se curata regredisce facilmente: gli oftalmologi proponevano quindi una idonea propaganda, l'applicazione estensiva della tonometria di massa, la creazione di Centri specializzati. La prevenzione è efficace anche sulle ametropie (ovvero i difetti di rifrazione: miopia, ipermetropia, astigmatismo), nei riguardi della terapia precoce nei confronti dello strabismo e delle sue complicanze. In questo caso, veniva suggerita un'efficace collaborazione organizzativa tra i centri preventivi e i soggetti di età prescolastica e scolastica, per assicurare l'accertamento di tutti gli stati

¹²⁷ Esemplare a questo proposito la tubercolosi, malattia che rappresenta negli studi di settore l'emblema del caos assistenziale degli enti parapubblici italiani. Si trattava di una condizione legata a condizioni di disagio socio-economico, in particolare ad ambienti abitativi malsani. Oggetto di misure sociali durante il periodo del primo conflitto mondiale, quando la malattia aveva avuto un'impennata di casi, e durante il fascismo, come simbolo della lotta del regime del degrado urbano, nel secondo dopoguerra si tentò di normare più precisamente la questione, con risultati deludenti. Nel 1959 solo il 45% dei malati aveva un'assicurazione contro la tubercolosi tramite l'Inps, mentre il 55% si doveva rivolgere al sistema assistenziale comunale, giudicato spesso insufficiente; necessitava infatti spesso di integrazioni da parte degli Eca, come riportato negli *Atti della Commissione parlamentare d'inchiesta sulla miseria in Italia e sui mezzi per combatterla*, vol. 1: relazione generale, Roma, Camera dei deputati 1953, p. 189. Per i periodi precedenti, cfr. T. Detti, *Salute, società e Stato nell'Italia liberale*, Francoangeli, Torino 1994; D. Preti, *Tubercolosi e lotta antitubercolare nell'Italia fascista*, in F. Della Peruta (a cura di), *Malattia e medicina*, Storia d'Italia (7), Einaudi, Torino 1984; C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello stato sociale*, Il Mulino, Bologna 2021.

¹²⁸ ACS, Ministero della sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 112, *Malattie sociali – Proposta di determinazione di malattie sociali ai fini dell'applicazione del D.P.R. 11 febbraio 1961, n. 249, 5 maggio 1965*, p. 419.

di alterata funzionalità visiva per evitare, anche in questo caso, conseguenze invalidanti. Condizione tra le più gravi tra quelle proposte, poi, quella del distacco di retina: questa manifestazione, se lasciata a sé stessa, conduce inesorabilmente alla perdita della visione. Le misure preventive erano suggerite principalmente per evitare quei casi in cui l'intervento chirurgico non aveva esito favorevole. Per lo stesso motivo, e per consentire consigli utili in campo genetico, si suggeriva l'inserimento delle alterazioni degenerative della retina e del nervo ottico a carattere eredo-familiare. Il dibattito del Consiglio in merito non è stato conservato, ma il D.M. 5 novembre 1965, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale il 19 febbraio 1966, n. 44, includeva tutte le malattie sopra citate nel novero delle malattie sociali.

In teoria, il Ministero della sanità avrebbe dovuto aggiornare questo elenco ogni cinque anni, poiché le malattie sociali, proprio per tale loro caratteristica, mutano a seconda delle diverse epoche e sono strettamente collegate alle innovazioni scientifiche e tecnologiche. In realtà, ciò non avvenne: l'aggiunta dell'epilessia risale agli anni Settanta e dell'AIDS agli anni Novanta, ma non vi fu, in questo, la regolarità prevista dalle disposizioni di legge.

Un ultimo tra i temi più interessanti relativi alla protezione collettiva della salute di cui il CSS si occupò in questi anni fu quello sulla tutela della popolazione contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti provenienti dall'uso pacifico dell'energia nucleare¹²⁹. L'Italia è stata, infatti, uno dei primi Paesi occidentali ad intraprendere, all'inizio degli anni Cinquanta, un programma di sviluppo dell'energia nucleare a scopi commerciali¹³⁰.

Nel dopoguerra, infatti, uno degli elementi che la classe dirigente italiana considerava essenziale per il decollo industriale della penisola dopo le devastazioni della Seconda Guerra Mondiale era la disponibilità di energia¹³¹. L'Italia, tradizionalmente povera di risorse energetiche, era caratterizzata da scarsa presenza di materie prime nel territorio nazionale, domanda energetica in crescita e da una rete distributiva inadeguata; accanto ai tipi di centrali tradizionali per la produzione di energia elettrica, ovvero le centrali idroelettriche e termoelettriche (con gli investimenti in olio combustibile e carbone, e il conseguente aggravio sulla bilancia dei pagamenti), si andava diffondendo la prospettiva della produzione di energia elettrica attraverso il nucleare.¹³² Il contesto internazionale era in questi anni estremamente favorevole all'investigazione degli sviluppi di questo genere di

¹²⁹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 104, *Discussione sullo schema di D.P.R. concernente la sicurezza degli impianti nucleari e la protezione sanitaria dei lavoratori e della popolazione contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti derivanti dall'impiego pacifico dell'energia atomica*, seduta del 14 gennaio 1964, p. 4.

¹³⁰ B. Curli, *Il progetto nucleare italiano (1952-1964)*. Conversazioni con Felice Ippolito, Rubbettino editore, Catanzaro 2000, p. 19.

¹³¹ F. Parozzi, *Gli anni dell'atomo: storia dell'industria elettronucleare in Italia*, Biblion editore, Milano 2021, pp. 22-26.

¹³² A. R. Rigano, *La Banca d'Italia e il progetto ENSI. Fonti per la storia dello sviluppo energetico italiano degli anni Cinquanta nelle carte dell'Archivio della Banca d'Italia*, in Banca d'Italia – Quaderni dell'Ufficio Ricerche storiche, Numero 4, Giugno 2002, p. 2.

tecnologie: nel 1953, il Presidente degli Stati Uniti Eisenhower rendeva noto in un discorso all'ONU il suo programma "Atoms for Peace" destinato a tutti i Paesi che avessero voluto accedere all'uso del nucleare, a patto di rinunciare agli impieghi militari. Nel 1954, a pochi mesi di distanza, il monopolio americano sull'uso dell'energia atomica si indeboliva con la modifica dell'Atomic Energy Act. L'Italia fu uno dei primi Paesi ad aderire alla proposta statunitense: i primi accordi bilaterali per la ricerca sul nucleare furono firmati nella primavera del 1955¹³³; ad agosto, le Nazioni Unite promuovevano la prima di una serie di conferenze internazionali sull'applicazione pacifica del nucleare, cui aderirono 73 nazioni, fra cui l'Italia. Questo percorso avrebbe portato, nel 1957, alla firma del trattato Euratom, a Roma, e alla nascita dell'agenzia europea per l'energia nucleare (Enea). Le applicazioni dell'energia nucleare in ambito sanitario sono molte, e riguardano in gran parte il settore della radiologia, della diagnostica per immagini e della radioterapia. In un periodo in cui si facevano i primi tentativi di regolamentazione legislativa della questione¹³⁴, nel 1963 il Ministero della Sanità istituì una Commissione composta da esperti nel campo della radiologia e da propri funzionari, con lo scopo di redigere uno schema di disegno di legge per la disciplina degli impianti di radiologia, radioterapia e "tutte le attività in corso di sviluppo nel nostro Paese"¹³⁵. Vi è da considerare che, durante questi anni, il settore era quasi completamente da indagare anche per gli specialisti e i tecnici dell'energia, e i risvolti sanitari sulla popolazione erano largamente ignoti:

Il settore nucleare si configurò fin dall'inizio come un settore ad alta intensità di intervento statale e di cooperazione (e rivalità) internazionale. Tali caratteristiche erano dovute alle sue origini militari, agli elevati costi e alla natura strategica della ricerca e degli investimenti, ai requisiti di sicurezza e all'enorme divario in termini di conoscenze e applicazioni che separava gli aspiranti Paesi atomici occidentali dagli Stati Uniti e, in misura minore, dalla Gran Bretagna.¹³⁶

Per quanto riguardava i requisiti di sicurezza, il CSS venne più volte consultato in merito alle ripercussioni sanitarie dell'uso dell'energia nucleare. Innanzitutto, tra la fine degli anni Cinquanta e i primi anni Sessanta il ministero della Sanità istituì una commissione composta da esperti nel campo della radiologia e propri funzionari, con l'incarico di redigere uno schema di disegno di legge "per la disciplina degli impianti di radiologia, radiumterapia e di tutte le nuove attività nucleari in corso di sviluppo nel nostro Paese"; la Commissione divenne rapidamente una Commissione interministeriale, in cui i ministeri della Difesa, dell'Industria e del Commercio, del Lavoro e della previdenza sociale, sotto la coordinazione del ministero della Sanità, lavoravano ai diversi aspetti della questione. Tale

¹³³ Ivi, p. 12.

¹³⁴ La principale legge in materia è stata per lungo tempo la legge 31 dicembre 1962, n. 1860, *Impiego pacifico dell'energia nucleare*, e venne modificata nel 1974 solo in conseguenza di convenzioni internazionali in merito (Bruxelles, 31 gennaio 1963 e Parigi, 28 gennaio 1964).

¹³⁵ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio superiore della sanità, Verbali, b. 100, *Discussione sullo schema di disegno di legge per la protezione dalle radiazioni ionizzanti*, 11 giugno 1963, p. 5.

¹³⁶ B. Curli, *Il progetto nucleare italiano (1952-1964). Conversazioni con Felice Ippolito*, op. cit., p. 21.

commissione era presieduta da Saladino Cramarossa¹³⁷, sia direttore del ministero della Sanità sia membro di lunga data del CSS, che tenne frequentemente aggiornato il Consiglio sulle discussioni che avevano luogo nella commissione interministeriale.

Una delle prime proposte che coinvolgeva la sanità italiana suggeriva, in conseguenza dei rischi della radiologia a danno degli operatori, ma anche dei pazienti, che tutti gli ospedali, le cliniche specialistiche ma soprattutto gli istituti mutualistici disponessero di personale medico specializzato in campo radiologico. Si notava, ad esempio, che spesso i rischi connessi alle radiazioni non venivano ridotti a sufficienza per mezzo delle adeguate precauzioni a causa della scarsa specializzazione del personale, o che venissero eseguite radiografie inutili in conseguenza del fatto che l'esame clinico veniva fatto affrettatamente. Si proponeva anche che il Ministero della Pubblica Istruzione allungasse da due a cinque anni il periodo necessario alla specializzazione in radiodiagnostica e terapia radiologica.

Un altro elemento considerato dalla proposta di legge fu la nascita e lo svilupparsi della cosiddetta medicina nucleare, che ha determinato il sorgere di numerosi centri con sorgenti radioattive. Ciò rese indispensabile fare un censimento dei gabinetti e dei laboratori con radioisotopi diretti da un isotopista; ma non sempre questi isotopi, estremamente pericolosi per chi li adopera, erano affidati a persone che conoscevano le basi della radiobiologia:

Ora, come possiamo tutelare la sanità nel nostro Paese se si consente a un esercito di medici, di ricercatori, di personale non qualificato di maneggiare gli isotopi radioattivi artificiali e naturali senza conoscere le basi della radiologia? È indispensabile che nei corsi universitari si introduca anche l'insegnamento di questa materia e si preveda nei corsi post-universitari la specializzazione in radiodiagnostica e medicina nucleare.¹³⁸

Si raccomandava quindi l'uso delle sostanze radioattive solo ad alcuni istituti universitari o ospedalieri qualificati, non a qualsiasi struttura sanitaria né alle strutture ambulatoriali delle casse mutue; potevano maneggiarli anche laboratori con fini esclusivamente sperimentali annessi ad istituti di farmacologia, chimica farmaceutica, patologia generale, fisica ai quali bisognava però riconoscere la qualità della ricerca, effettuata con personale. All'istituzione di questi centri era però collegato il problema della bonifica dei rifiuti contenenti sostanze radioattive. Considerando che in Italia erano in piena attività diversi istituti, perlomeno a Pisa, Padova, Genova, Milano e Torino, e che nel laboratorio diretto da Cramarossa in un anno si producevano rifiuti per circa 2,5 curie (l'unità di misura dell'attività radioattiva precedente il becquerel), si poteva ipotizzare un'attività abbastanza intensa di produzione di materiali radioattivi di scarto; tutto ciò senza l'esistenza di una disciplina

¹³⁷ Oltre a queste cariche, Saladino Cramarossa fu professore di igiene applicata all'ingegneria all'Università di Torino, autore di diversi studi sul legame tra urbanistica e tubercolosi e Cavaliere di gran croce ordine al merito della Repubblica italiana nel 1963.

¹³⁸ Ivi, p. 8.

che regolasse la materia, con il rischio ambientale di contaminazione idrica, ittica ed agricola¹³⁹.

Secondo il Consiglio, questo tipo di supervisione richiedeva degli stanziamenti consistenti al Ministero, insieme all'assunzione di un numero adeguato di fisici, tecnici specializzati e la costruzione di laboratori adatti; non si poteva infatti pretendere che una mansione tanto delicata venisse affidata al solo medico provinciale, già sovraccarico di compiti tecnici disparati. Perlomeno bisognava disporre che fosse affiancato da un fisico, che desse il suo parere al consiglio provinciale di sanità, che andasse a ispezionare i moderni apparecchi per radiologia e radioterapia, che controllasse le sorgenti di sostanze radioattive e lo smaltimento delle loro scorie, e che venisse retribuito adeguatamente¹⁴⁰.

Virginio Savoini, direttore dell'INAM, specificò che l'ente non si occupava e non si sarebbe occupato in futuro di radioterapia e isototerapia perché tali erano state le direttive prese dalla sezione scientifica, che per interventi del genere faceva capo a centri ospedalieri debitamente attrezzati ed autorizzati. Per quanto riguardava invece la ripetizione inutile degli esami radiologici, il direttore dell'ente faceva presente l'indirizzo dell'INAM, che prescriveva la consulenza di un internista prima di ripetere tali indagini. Riportava che così era stato possibile ridurre del 50-60% l'esposizione ai raggi X senza svantaggi diagnostici; si analizzeranno comunque nel capitolo V più specificamente le misure prese dall'INAM durante questi anni, anche in merito alle questioni dell'energia nucleare.

Un'osservazione interessante era quella in cui si proponeva di porre particolare attenzione alle precauzioni da prendere nei confronti delle donne incinte e dei bambini: era stata osservata una correlazione tra gli esami radiologici e i rischi di sviluppare delle variazioni cromosomiche fino a quel momento non ben approfondita¹⁴¹. Si cominciava a parlare di schermature di piombo per le gestanti e le giovani, in particolare a protezione delle ovaie e dell'utero, ed in questa fase non tutti i medici del Consiglio sembravano convinti che fosse utile adottare tali precauzioni¹⁴².

Venne predisposto anche uno schema di regolamento per ottenere l'autorizzazione a porre in attività istituti, laboratori, stabilimenti e reparti nei quali si adoperavano apparecchi generatori di radiazioni o sostanze radioattive naturali o artificiali: in tal caso occorreva presentare domanda al medico provinciale, nel quale fossero indicate generalità del richiedente, caratteristiche della strumentazione, titolo di studio ed eventuale affiliazione a facoltà universitarie, oltre alle caratteristiche della

¹³⁹ Cfr. A. Candela, *Storia ambientale dell'energia nucleare. Gli anni della contestazione*, Mimesis, Milano 2017.

¹⁴⁰ Questo tipo di osservazioni si collegano alla tutela del personale sanitario esposto alle radiazioni. A questo proposito, una delle proposte era quella di introdurre il concetto di "cartella sanitaria" anche per il personale, oltre che per i pazienti, in cui registrare anche le indagini radiologiche a cui un soggetto veniva sottoposto. Si registrava particolare rischio per gli ortopedici e i chirurghi.

¹⁴¹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio superiore della sanità, Verbali, b. 100, *Discussione sullo schema di disegno di legge per la protezione dalle radiazioni ionizzanti*, 11 giugno 1963, p. 9.

¹⁴² Vennero anche discusse altre pratiche, definite inutili: ad esempio, le radiografie per misurare il bacino (pelvigrafie), che avevano avuto una certa diffusione in caso di parti difficili.

strumentazione in uso. Ancora più stringenti i requisiti richiesti a chi si occupasse delle attività nucleari nella ricerca e nell'industria, e per lo smaltimento dei rifiuti radioattivi: in questi casi bisognava comunicare planimetria degli immobili, descrizione degli impianti e caratteristiche dei rifiuti prodotti. Bergami, relatore per il progetto di legge, affrontava poi la questione dell'uso da parte del personale sanitario della strumentazione radiologica, proponendo l'istituzione di una apposita scuola di specializzazione:

Nel progetto in esame non si parla di una scuola per tale specializzazione, ma bisognerebbe arrivarvi. Anzi andrei più in là [...] e cioè mi domando non si debba esigere una specie di esame di stato o di abilitazione per conseguire il titolo di specialista. Ciò potrebbe essere la chiave risolutiva per la correzione del sistema dell'insegnamento post-universitario in Italia. Avremmo sanato tanto problemi... Il CSS può richiederlo, trattandosi proprio di un problema di altissimo interesse igienico-sanitario.¹⁴³

I temi di questa discussione si ritrovano nel Decreto del presidente della Repubblica 13 febbraio 1964 n. 185, *Sicurezza degli impianti e protezione sanitaria dei lavoratori e delle popolazioni contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti derivanti dall'impiego pacifico dell'energia nucleare*, conseguentemente della delega al Governo del 31 dicembre 1962, n. 1860. I consigli del CSS confluirono nei capi VIII (Protezione sanitari dei lavoratori) e IX (Protezione sanitaria della popolazione), con larga aderenza alle proposte del Consiglio nella legge finale. Inoltre il Consiglio invitava il ministero della Sanità a voler mettere al più presto allo studio il problema della protezione sanitaria della popolazione civile dai rischi derivanti da una guerra nucleare, e sollecitava anche l'istituzione della Protezione civile, che avverrà in Italia soltanto nel 1992 alle dipendenze della Presidenza del Consiglio dei ministri, molto in ritardo rispetto a quanto accadeva negli altri Paesi europei.

La protezione della popolazione è un tema che trova più spazio nella documentazione del CSS relativa agli anni Sessanta e Settanta rispetto a quella degli anni Cinquanta, decennio in cui la priorità era quella del recupero delle strutture esistenti prima della guerra e della loro implementazione. Anche l'interesse di una normativa più precisa e di studi più approfonditi riguardanti il fumo si intensificarono durante questi decenni. Nel 1965, alcuni esponenti del CSS chiedevano che il Consiglio esaminasse l'opportunità che anche in Italia venisse affrontato e risolto il problema del fumare nei locali pubblici, considerandone soprattutto l'aspetto medico-sociale. Richiedevano in particolare una relazione alla Direzione Generale dei Servizi di medicina sociale.¹⁴⁴ Secondo le conoscenze e gli studi contemporanei, infatti, il consumo di tabacco era in aumento, e nel 1965 il contributo del fumo nella genesi dei tumori maligni era una consapevolezza scientifica che diventava

¹⁴³ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio superiore della sanità, Verbali, b. 100, *Discussione sullo schema di disegno di legge per la protezione dalle radiazioni ionizzanti*, 11 giugno 1963, p. 31.

¹⁴⁴ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 110, *Seduta del 25 gennaio 1965*, p. 71.

sempre più chiara.¹⁴⁵ Nel 1939 un volume riassuntivo di una serie di studi sulle conseguenze dell'uso di tabacco su polmoni e stomaco di uno dei pionieri del tema, il medico tedesco Fritz Lickint (1898-1960), veniva tradotto in Italia con il titolo di *Tabacco nell'organismo*; nei primi anni Sessanta una commissione di dieci membri, presieduta dal direttore dei servizi sanitari degli Stati Uniti Luther L. Terry e incaricata dal governo di Washington di condurre un'inchiesta sugli effetti del fumo di tabacco nei confronti della salute dell'uomo faceva conoscere i risultati del suo lavoro attraverso un rapporto pubblico. In questo testo si sottolineava che “sulla base di prove persistenti e sempre crescenti fornite da molte fonti è opinione di questa commissione che il fumo delle sigarette contribuisca in modo sostanziale alla mortalità per alcune specifiche malattie e contribuisca in generale alla crescita del tasso di mortalità”.¹⁴⁶ Alla metà degli anni Sessanta, la narrativa statunitense sul fumo cambiò quindi radicalmente, dopo un periodo in cui gli effetti distensivi e rilassanti della sigaretta erano stati glorificati dalle pubblicità dell'industria del tabacco.¹⁴⁷ Il contesto italiano vedeva però proprio durante questi anni l'esplosione dell'abitudine del fumo di sigaretta, dopo il predominio del sigaro e della pipa che avevano preceduto la Seconda guerra mondiale, con in testa l'iconico Toscano; l'affermazione di brand di sigarette preconfezionate industriali era per il Paese della ricostruzione e del miracolo economico un segno di benessere, e veniva legato a significati positivi come l'affermazione della società dei consumi, la rottura dei tradizionali schemi sociali (sempre più fumavano le donne e gli strati sociali più bassi), un legame con l'ambiente ricco ed attraente dell'America hollywoodiana.¹⁴⁸ Il successo di aziende italiane come Macedonia, Nazionali, MS veniva visto di buon occhio anche dagli Stati Uniti, che guardavano con attenzione i mutamenti socio-economici in atto nei paesi europei, in particolare in Italia a causa della sua condizione di paese di confine della Guerra Fredda che rendeva più interessante e preoccupante la sua situazione. A questo proposito, Marshall McLuhan, sociologo statunitense che ha lungo studiato questioni di comunicazione pubblicitaria e società di massa, osservava che

Alcuni mesi fa un ufficiale dell'esercito americano, corrispondente dall'Italia per il “Printer's Ink”, notava con apprensione che gli italiani sanno dirti il nome dei ministri del governo ma non il nome dei prodotti preferiti delle celebrità del loro paese. Per di più gli spazi murari delle città italiane sono riempiti più di slogan politici che di slogan commerciali. Secondo la previsione di questo ufficiale ci sono poche speranze che gli italiani giungano mai a uno stato di prosperità o di calma interna finché non cominceranno a preoccuparsi più della concorrenza tra marche rivali di fiocchi d'avena o di sigarette che della capacità dei loro uomini politici.¹⁴⁹

In questo senso, il possesso di un pacchetto di sigarette in questo periodo rappresentava per gli italiani

¹⁴⁵ G. Del Guerra, *Il fumo. Aspetti medico-sociali*, Editrice studium, Roma 1965.

¹⁴⁶ Ivi, p. 9.

¹⁴⁷ C. Ipsen, *Fumo: Italy's love affair with the cigarette*, Stanford University Press, Stanford 2016, p. 6.

¹⁴⁸ Ivi, pp. 165-189.

¹⁴⁹ G. Crainz, *Storia d'Italia dal dopoguerra ad oggi*, op. cit., p. 336.

l'indicatore di un benessere inedito. Per la maggior parte del XX secolo, infatti, la società italiana era stata più povera di quella della Gran Bretagna e degli Stati Uniti, più isolata, con una percentuale più bassa di popolazione che viveva in un contesto urbano; interessante notare che i decenni di decrescita del fumo di sigaretta furono i Sessanta e i Settanta nei Paesi anglo-americani, mentre gli Ottanta e i Novanta in Italia, coincidendo con un periodo di maturità economica che veniva raggiunto per la prima volta.¹⁵⁰ Di questi elementi bisogna tenere conto quando si considera il disallineamento tra le consapevolezze scientifiche del periodo e i provvedimenti presi in merito: per tutti gli anni Sessanta il ministero non prese provvedimenti contro il fumo, e il CSS fu consultato in merito in modo essenzialmente esplorativo, senza che ne risultassero delle effettive contromisure.

I cambiamenti sociali ed economici del dopoguerra cambiarono, tra le altre abitudini degli italiani, anche il tipo di trasporti e di traffico che circolava sulle strade italiane: era l'epoca del mito dell'automobile, e con l'aumento del suo uso aumentavano anche gli incidenti correlati.¹⁵¹ L'avvento di questo mezzo di trasporto privato, simbolo degli anni del boom economico ma in ascesa già dal primo dopoguerra, aveva dato nella prima metà del secolo un impulso alla costruzione delle strade a lunga percorrenza.¹⁵² I danni causati dalla Seconda Guerra Mondiale e le generali condizioni delle strade, considerate disastrose dagli analisti dell'epoca¹⁵³, non vennero superati completamente con la ricostruzione: negli anni Cinquanta il sistema stradale italiano si mostrava ancora arretrato rispetto agli altri paesi industriali, con la sua estensione di 190.000 km, molto più ridotta nel sud e nelle isole. Tuttavia, nel 1959 con la legge Togni fu dato un significativo impulso allo sviluppo della rete viaria, attraverso un miglioramento delle strade statali coincidenti con gli itinerari internazionali e le arterie di grande comunicazione, stanziando a questo proposito 200 miliardi di lire; si era deciso di potenziare le autostrade, per andare incontro all'aumentata necessità di infrastrutture al Nord, con il progetto dell'"Autostrada del Sole" Milano-Napoli elaborato dalla Fiat, dalla Pirelli, dall'Agip e dall'Italcementi e ceduto gratuitamente allo Stato, a testimonianza degli interessi che ruotavano intorno a questi grandi progetti infrastrutturali.¹⁵⁴ Un ulteriore passo in avanti si ebbe con la legge 24

¹⁵⁰ C. Ipsen, *Fumo. Italy's love affair with the cigarette*, op. cit., p. 11.

¹⁵¹ G. Crainz, *Storia d'Italia dal dopoguerra ad oggi*, op. cit., pp. 328-330; tra il 1951 e il 1975 i consumi nel settore "Trasporti e comunicazioni" aumentarono del 745,03% sopravanzando di molto qualsiasi altra voce dei bilanci familiari del Paese; questo nonostante la relativa povertà del parco macchine italiano (soprattutto utilitarie) e il divario fra i prezzi delle automobili e il reddito medio annuale ancora alla metà degli anni Settanta. Cfr. F. Paolini, *Storia sociale dell'automobile in Italia*, Carocci, Roma 2007, p. 63.

¹⁵² S. Maggi, *Storia dei trasporti in Italia*, Il Mulino, Bologna 2009, p. 108.

¹⁵³ In particolare nell'Italia centrale, nella zona compresa tra la linea Gustav e la linea Gotica, a causa dell'usura dei mezzi militari pesanti e della lenta ritirata tedesca verso Nord. Cfr. AA. VV., *La strada italiana dall'Unità a oggi (1861-1987)*, ANAS, Roma 1987.

¹⁵⁴ S. Maggi, *Storia dei trasporti in Italia*, op. cit., pp. 115-116. Anche in questo ambito esistevano ovviamente sperequazioni regionali: esisteva un gruppo di testa composto dalle regioni con una densità media di rete stradale superiore alla media nazionale, ovvero Liguria, Marche, Emilia Romagna, Abruzzo, Veneto, Campania, Lombardia, Piemonte e Valle d'Aosta e Lazio; e un secondo gruppo la cui densità era circa i due terzi di quella media, ovvero Calabria, Toscana, Puglia, Umbria, Friuli, Sicilia, Trentino Alto Adige, Basilicata, Molise, Sardegna. Per questi dati, cfr. F. Paolini, *Storia sociale dell'automobile in Italia*, op. cit., pp. 68-69.

luglio 1961 n. 729, “Piano di nuove costruzioni stradali e autostradali”, il cosiddetto Piano Zaccagnini¹⁵⁵ che, stanziando 1000 miliardi di lire, prevedeva la creazione di grandi arterie: oltre 5.000 km di autostrade, superstrade e raccordi autostradali. Fra il 1958 e il 1974 l’automobile svolse insomma “il duplice ruolo di *motore* del sistema produttivo, commerciale e tecnologico e di *attore* del cambiamento sociale”¹⁵⁶; tuttavia, la diffusione della motorizzazione privata portò con sé il nuovo problema degli incidenti stradali. Fra il 1957 e il 1974 vi furono infatti 5.331.914 sinistri che causarono 166.318 morti e 3.935.176 feriti¹⁵⁷; gli incidenti furono considerati la principale conseguenza negativa prodotta dallo sviluppo della motorizzazione privata, con la stampa che accusò principalmente la nuova tendenza alla velocità degli automobilisti italiani.

Il CSS si ritrovò in questo periodo ad occuparsi per la prima volta degli incidenti stradali, dei traumatismi e delle malattie connesse al traffico. Nel 1962, infatti, il Ministero della Sanità comunicava al CSS che le statistiche sanitarie avevano segnalato negli ultimi anni un rilevante e progressivo incremento della mortalità e delle invalidità per incidenti del traffico, con un aumento dal 1945 al 1959, secondo l’Istat, di circa tremila casi. Inoltre, il Ministero notava che un numero non indifferente di persone in età da lavoro subivano minorazioni post-traumatiche permanenti in seguito ad incidenti stradali. Di conseguenza, si auspicava la nascita di una rete assistenziale di pronto soccorso, quanto più possibile estesa e modernamente attrezzata, che potesse ospitare dei servizi di chirurgia d’emergenza¹⁵⁸. La domanda formulata per cui si richiedeva l’esame del CSS riguardava l’opportunità di considerare gli infortuni e le malattie connesse con il traffico come “malattie sociali”, permettendo l’estensione delle provvidenze di cui al D.P.R. 11.2.1961, n. 249, per permettere di promuovere e coordinare gli studi e gli interventi ai fini della realizzazione di organici programmi di prevenzione e di assistenza.

Il D.P.R. 11.2.1961, oltre a normare le attività dei Consorzi antitubercolari, dei Comitati antimalarici e la Commissione di vigilanza sui manicomi, riconosceva alcune malattie di particolare rilevanza sociale, determinando di concerto con il CSS quali potessero essere le forme morbose qualificate come tali. Le malattie sociali, per essere considerate tali, devono possedere alcuni requisiti: alta incidenza (quindi larga diffusione nella popolazione), continuità di alta frequenza (carattere di stabilità nel tempo), gravi ripercussioni di ordine economico e sociale. Quest’ultima caratteristica significa che la malattia deve incidere sia sulla capacità produttiva lavorativa del singolo individuo, sia sulla collettività, che è costretta a predisporre mezzi preventivi, curativi e riabilitativi con conseguente dispendio di risorse pubbliche, rendendo auspicabile l’intervento dello Stato.

¹⁵⁵ S. Maggi, *Storia dei trasporti in Italia*, op. cit., p. 117.

¹⁵⁶ F. Paolini, *Storia sociale dell’automobile in Italia*, op. cit., p. 73.

¹⁵⁷ Ivi, p. 79.

¹⁵⁸ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 90, *Importanza medico-sociale dei traumatismi e delle malattie connesse col traffico – Estensione delle provvidenze di cui al D.P.R. 11.2.61 n. 269*, p. 2.

La prima classificazione di malattie a carattere sociale è stata attuata, nello Stato italiano, nel T.U. delle leggi sanitarie del 1943, titolo V: “*Provvedimenti contro le malattie infettive e sociali*” e vi si comprendono il vaiolo, la tubercolosi, il tracoma, la lebbra, le malattie veneree, la malaria e la pellagra.¹⁵⁹ La legge 13 marzo 1958, n. 296, istitutiva del Ministero della sanità, statuiva una Direzione apposita, la Direzione generale dei servizi di medicina sociale. Il D.P.R. 11 febbraio 1961, n. 249 demandava al Ministero della Sanità, previa consultazione del CCS, di determinare con proprio decreto quali forme morbose potessero essere qualificate come malattie sociali; con questa legge si definivano anche i compiti dei Centri per le malattie sociali, che erano individuati, tra l’altro, nella ricerca e accertamento dei casi di malattia e degli stati di predisposizione alla malattia, attuazione di misure di profilassi e prevenzione, erogazione di prestazioni ambulatoriali a favore dei malati e funzioni di propaganda ed educazione sanitaria. Alla fine degli anni ’60, anche l’attualità della categoria di “malattie sociali” cominciò ad essere messa in dubbio dal CSS: ci si interrogava sulla reale utilità di includere sempre più malattie in questo calderone, che era risultava tra l’altro scollegato dal sistema assistenziale e privo di reali ripercussioni sulla vita di chi ne era affetto. La questione ebbe degli sviluppi negli anni Settanta.

3.4 Acquedotti, fognature e opere igieniche

In questo decennio, la documentazione relativa alla costruzione di acquedotti e altre opere pubbliche di natura igienico-sanitaria diminuisce: si è ormai fuori dal periodo della ricostruzione, e anche se molti comuni, in particolare al sud e nelle isole, riuscirono ad ottenere solo in questo periodo la costruzione di una fognatura, queste situazioni si rarefanno man mano che ci si approssima agli anni Settanta. Tuttavia, in questo periodo ci si comincia a porre un nuovo problema: l’inquinamento di vaste estensioni di acque superficiali e sotterranee, specialmente ad opera delle industrie. Particolarmente grave, dal punto di vista dell’utilizzazione delle acque a scopo potabile e balneare, il pericolo di inquinamento delle fonti sotterranee e delle acque marine a causa dell’infiltrazione dei rifiuti delle fabbriche.

A questo proposito, il 22 dicembre 1964, il CSS riportava gli studi e gli approfondimenti della sua prima sezione sul tema dell’inquinamento costiero e delle acque su invito del ministro della sanità. Giovanardi suggeriva di non trascurare il problema delle acque profonde, portando ad esempio la situazione, di cui era molto preoccupato e che voleva presentare al ministro, dell’acquedotto di Milano, inquinato per mezzo delle acque superficiali per immissioni abusive di cianuri e di cromo: in particolare, lamentava che le leggi in vigore non permettevano che tale situazione venisse interrotta, nonostante l’interessamento delle autorità locali, tra cui il medico provinciale. Avolio De Martino,

¹⁵⁹ L. T. Marsella, *Le malattie sociali* in G. Giusti (a cura di), *Trattato di medicina legale e scienze affini*, CEDAM, Padova 2006, pp. 1287-1305.

direttore dell'Istituto acquedotti e fognature dell'Università di Napoli, riportava che esistevano già degli studi ufficiosi sulla questione portati avanti dall'associazione di ingegneria sanitaria, congiuntamente con altri enti, compresi i rappresentanti delle industrie e anche un rappresentante del ministero della sanità.

Vittorio Del Vecchio, professore ordinario di Igiene edilizia dell'università di Roma e presidente della sezione laziale dell'Associazione italiana per l'igiene e la sanità pubblica, rendeva noto un problema analogo relativo alla città di Roma: l'inquinamento da cromo nella falda freatica della città per immissioni abusive da parte di alcune industrie, in una serie di pozzi.¹⁶⁰ Il Consiglio conveniva sul fatto che si trattasse di casi in cui si sarebbe dovuto intervenire, ma "le autorità locali si trovano spesso in imbarazzo perché i provvedimenti da adottare contrastano spesso con forti interessi sia economici sia sociali"¹⁶¹. Veniva segnalato un problema anche a Torino: un inquinamento da cianuri nelle falde, dovuto forse alla presenza di fabbriche clandestine. Le proposte del Consiglio erano quelle di raccogliere una adeguata documentazione in merito, presso l'OCSE, il CNR, la Società italiana per lo studio delle sostanze grasse, le Commissioni presso i Ministeri della Marina mercantile e dei Lavori Pubblici, nonché la legislazione straniera e italiana sull'argomento; Del Vecchio e De Martino avrebbero studiato la questione dell'inquinamento delle acque costiere anche dal punto di vista legislativo, mentre Tappi e Giovanardi, affiancati dal professor Marchetti (Istituto di Zoologia dell'Università di Milano), avrebbero studiato la questione dell'inquinamento da sostanze tossiche nelle acque interne (superficiali e di falda) delle zone industriali, con il proposito di sentirne i risultati nella seduta del 21 gennaio 1965. In questa occasione, la relazione sul tema, ad opera di Francesco Polizzi, funzionario medico della Direzione generale servizi igiene pubblica e ospedali, fu ampia e dettagliata¹⁶². La relazione predisposta si focalizzava innanzitutto sulla legislazione esistente sull'argomento in URSS, USA, Belgio e Francia. In quest'ultimo Paese, fino ad un mese prima la seduta di cui si parla, esisteva una legislazione analoga a quella italiana: c'erano molte leggi emanate in varie epoche successive, le competenze erano distribuite tra vari dicasteri come quelli della sanità, dei lavori pubblici, dell'agricoltura, dell'industria eccetera. Anche le varie autorizzazioni concernenti le acque erano attribuite a varie competenze amministrative. Questa situazione ha portato, in Francia, all'emanazione di una legge di notevole aiuto, basata sulla legislazione già in vigore in altri Stati. La Direzione nella relazione proponeva anche delle proposte di ordine legislativo: queste riguardavano principalmente la classificazione delle acque superficiali in rapporto alle limitazioni riguardanti gli scarichi industriali. Un problema molto serio che la Direzione si stava trovando ad affrontare era quello relativo al controllo periodico degli impianti di depurazione biologica. Tali impianti stavano

¹⁶⁰ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 109, Seduta del 22 dicembre 1964, *Inquinamento delle acque costiere e delle acque superficiali*, p. 370.

¹⁶¹ Ivi, p. 4.

¹⁶² ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 110, *Seduta del 21 gennaio 1965*, p. 42.

diventando sempre più numerosi, ma d'altra parte sembrava che non funzionassero a dovere. Argomento spinoso era poi quello riguardante i tecnici:

Non solo gli impianti di depurazione, ma anche quelli di potabilizzazione, e in genere tutti gli acquedotti e le fognature esistenti in Italia peccano, soprattutto dal punto di vista della manutenzione e del controllo igienico. Ciò in ragione della ben nota mancanza di tecnici specializzati. È per questo che la Direzione Generale prevede la figura del tecnico sanitario in tema di acquedotti e di fognature, così come esistono altri tecnici sanitari, come quelli di radiologia, ecc.¹⁶³

A seguito di un voto fatto dal Consiglio Superiore, la Direzione Generale aveva emanato anche una circolare (n. 230 del 1964) disponendo l'organizzazione di un servizio di controllo periodico mensile degli impianti sia all'affluente che all'effluente. Tali servizi di controllo erano, alla data del 1965, in corso di organizzazione; in qualche provincia il compito era affidato ai laboratori di igiene e profilassi, mentre in altre era affidato agli enti che gestivano l'acquedotto e la fognatura.

Altro problema che era stato affrontato era quello dei detergenti sintetici nelle acque usate: dopo una lunga fase di studi e di ricerche, era stata predisposta una relazione che era in fase di conclusione. Parallelamente, erano state organizzate sul tema due commissioni sul piano interministeriale: la prima era quella istituita per iniziativa congiunta del Ministero della sanità con il Ministero dei Lavori Pubblici per lo studio delle acque superficiali, allo scopo di redigere una legislazione adeguata ed aggiornata, che non aveva ancora iniziato i suoi lavori; una seconda commissione interministeriale era stata istituita nel 1962 per iniziativa del ministero della Marina mercantile, per occuparsi delle acque costiere; anche in questa vi erano rappresentanti del ministero della sanità. I problemi concernenti le acque superficiali, ad esempio quello degli impianti di depurazione, erano però molto complessi e non ci si poteva aspettare che si risolvessero negli organi periferici. I laboratori di igiene e profilassi da una parte erano carenti di personale perché i concorsi andavano deserti, e dall'altra erano sovraccarichi di lavoro: sarebbe stata sufficiente infatti la vigilanza sugli alimenti ad assorbire tutto il funzionamento di tali enti. Eccessivi rilievi e raccolta di dati non potevano gravare su questi enti, poiché in questo modo sarebbero stati travolti da una marea di lavoro¹⁶⁴.

Il Consiglio era comunque d'accordo che occorresse dividere il problema (e quindi anche la legislazione) tra acque costiere e acque superficiali e di falda, tra le altre cose anche perché le prime non presentavano il problema dell'utilizzazione a scopo potabile. Il relatore per la situazione delle acque costiere, Avolio De Martino, direttore dell'Istituto acquedotti e fognature dell'Università di Napoli, rilevava come il mare rappresentasse il recapito finale di ogni rifiuto liquido, e non poche volte anche di rifiuti solidi. Dovendo considerare il problema dell'inquinamento costiero, veniva stilata in questa circostanza una classifica dei rifiuti liquidi che inquinavano gli specchi d'acqua e del

¹⁶³ Ivi, p. 44.

¹⁶⁴ Ivi, pp. 45-47.

modo in cui pervenivano al mare. La prima distinzione era quella tra gli scarichi che giungevano da terra e quelli che giungevano dal mare stesso: i primi erano costituiti dagli scarichi dei liquami urbani (le fognature) e dei rifiuti e degli scarichi di carattere industriale. I secondi provenivano dalle navi ed erano costituiti dagli scarichi dovuti alla vita che si svolgeva sulle navi stesse, e dagli scarichi delle acque di lavaggio delle cisterne delle petroliere.

Per quanto riguardava gli scarichi di liquami da terra, quelli riguardanti i liquami domestici, se effettuati in località scelte con cura, su litorali non abitati né frequentati, avevano in passato spesso risolto il problema della destinazione finale del liquame delle fogne. Un esempio riportato a questo proposito era quello di Cuma. Ma con l'estendersi delle zone abitate e balneari, e con il continuo aumento delle portate sversate, dovuto all'incremento demografico e alle sempre maggiori dotazioni idriche e fognarie delle abitazioni private, la situazione preesistente si era profondamente modificata, dando origine sempre più spesso a situazioni igienicamente e paesaggisticamente intollerabili. Il relatore elencava la natura dei danni che questa situazione provocava: inquinamento e sporcizia di ampi specchi d'acqua; trasporto della parte galleggiante lungo il litorale, a distanze anche notevoli; rigetto di materiale sulle spiagge, con depositi, o accumulo in piccoli bacini naturali protetti dal moto ondoso; depositi fangosi e formazioni di barre in prossimità dei punti di sversamento¹⁶⁵. Le proposte di provvedimenti da adottare erano principalmente trattamenti epurativi. Si ipotizzava che spesso, per questo tipo di interventi, fosse sufficiente un trattamento meccanico come la chiarificazione (eliminazione della torbidità di un liquido), eventualmente affiancato da additivi chimici. Essenziale la pratica della clorazione nel periodo estivo e balneare. Un altro provvedimento proposto era lo scarico a distanza delle coste, verso fondali più profondi. Il liquame doveva così essere portato con una condotta sottomarina a notevole distanza dal litorale, in modo da impedire che i materiali venissero risospinti verso la costa, provvedimento da prendere con molte precauzioni e dopo accurate indagini. Casi precedentemente non riusciti, infatti, invitavano alla prudenza. Occorrevano inoltre favorevoli condizioni di correnti marine: bisognava che lo sbocco non capitasse in zone di navigazione, soprattutto se di diporto, e che la condotta non venisse posta in zone di ancoraggio di navi e natanti.

Tra gli scarichi di liquami in mare, inoltre, non bisognava dimenticare gli sversamenti provenienti dagli "scaricatori di piena", per fognature a sistema misto. Questi scaricatori, posti quasi sempre davanti al litorale abitato, dovevano venire opportunamente attrezzati con griglie, stracci, ecc. in modo che si sversasse solo liquame in fase liquida, mentre il materiale trattenuto doveva portarsi alla destinazione finale di tempo asciutto, cioè del liquame nero. Un altro esempio di inquinamento di questo tipo era rappresentato dallo scarico dei rifiuti alla foce dei corsi d'acqua che, poco a monte,

¹⁶⁵ Ivi, p. 56.

ricevevano scarichi di liquami grezzi e che, pur ove vi fossero alti rapporti di diluizione, il breve percorso era insufficiente allo svolgimento di un processo auto-epurativo, come accadeva ad esempio a Roma. Gli aspetti del problema erano quindi: aspetto tecnologico; aspetto economico; aspetto legale e amministrativo. L'aspetto tecnologico permetteva delle soluzioni abbastanza efficaci; l'aspetto economico dipendeva invece dal tipo di soluzioni adottate. Innanzitutto gli impianti depurativi erano caratterizzati da notevoli costi di costruzione; la limitazione dell'epurazione al trattamento meccanico permetteva la riduzione dei costi di circa la metà, e le spese di gestione di circa un terzo.

Le spese erano di questo tenore: per un centro di 10.000 abitanti, quindi un comune medio-piccolo, con un apporto alle fogne di 160 litri al giorno per abitante, si poteva valutare il costo di un impianto di epurazione completo a circa 120 milioni, e intorno ai 60 milioni quello di un impianto con il solo trattamento meccanico. Per un comune di 100.000 abitanti tali cifre diventavano di circa 550 e 280 milioni.

Purtroppo, il relatore riportava una scarsissima cura posta alla gestione degli impianti da parte delle pubbliche amministrazioni a cui erano affidati. Si notava che si provvedeva facilmente alla costruzione degli impianti epurativi, talvolta anche con opere esuberanti, tanto più che Stato o Cassa del Mezzogiorno se ne assumevano l'onere in tutto o in gran parte, ma rarissimi erano gli impianti ben condotti e mantenuti, mentre molti al 1965 erano quelli trascurati ed esclusi dal percorso del liquame che si sversava grezzo in mare. Le scarse disponibilità economiche dei comuni, la mancanza di personale qualificato per la conduzione e per la sorveglianza, talvolta gelosie campanilistiche che impedivano gestioni consortili di più impianti vicini, e infine il poco senso civico di molte amministrazioni venivano indicate come cause principali di tali stati di abbandono. Una gestione condotta, guidata o quantomeno sorvegliata da un ente collettivo, che stendesse la sua giurisdizione su ampie zone, che disponesse di mezzi e di personale qualificato, utilmente impiegato per la gestione di vari impianti, poteva essere la via da seguire per giungere a concreti e soddisfacenti risultati: veniva così proposta la fondazione delle Soprintendenze dei bacini e dei Consorzi di depurazione.

Analogamente si ebbe per gli scarichi di rifiuti industriali. Si trattava di scarichi liquidi e solidi che le industrie poste sul litorale o nei suoi pressi sversavano in mare. Anche in questo caso si ripeté che ciò che si era ammesso fino agli anni Cinquanta ora iniziava a essere non più tollerabile, sia per l'estendersi delle zone costiere abitate o frequentate, sia per il grande sviluppo assunto dagli impianti industriali, ed in conseguenza per la quantità di rifiuti che essi scaricavano.¹⁶⁶ I danni derivati erano molteplici: quelli di carattere igienico derivavano soprattutto da rifiuti tossici, che potevano risultare pericolosi per le popolazioni; la fauna ittica che abbandonava lo specchio d'acqua, e le esalazioni e i cattivi odori derivati dai banchi di depositi. Scarichi che si potevano includere tra i rifiuti industriali

¹⁶⁶ Ivi, p. 55.

erano quelli conseguenti a sterri, a lavorazioni di marmo e pietre che, se igienicamente non sarebbero nocivi, in alcuni casi ostacolavano il deflusso e il libero sversamento in mare di rifiuti liquidi nocivi. Nel caso degli inquinamenti industriali, non sempre i processi di chiarificazione potevano essere sufficienti: specialmente per quelli che presentavano caratteri tossici, erano necessari invece trattamenti speciali. La presenza di stabilimenti industriali doveva quindi essere una spinta verso la formazione di consorzi per le fognature, consorzi che avrebbero potuto provvedere a trattamenti comuni all'insieme degli scarichi. L'avanzamento della rete fognaria in Italia tuttavia, come abbiamo visto, andava a rilento. In questo caso, il problema tecnologico assumeva rilevanza maggiore, a seconda del tipo di rifiuto da smaltire. Allo stesso modo, il problema economico era maggiore: si richiedevano spese notevoli, con l'ulteriore problema del soggetto dei pagamenti: non era possibile, infatti, far gravare costi di questo tipo sulle sole industrie. Per questi scarichi l'aspetto economico assumeva particolare importanza, e su di esso si sarebbe dovuto portare l'attenzione nel proporre le disposizioni ed i provvedimenti indispensabili. Anche l'aspetto amministrativo e legislativo si presentava complesso e delicato per la ripartizione degli oneri da affrontare.

Un ulteriore caso di inquinamento delle acque era rappresentato dagli scarichi di idrocarburi delle petroliere. Queste navi, infatti, lavavano le proprie cisterne con acqua di mare, che poi veniva riversata nuovamente in mare trasportando il residuo rimasto dei vari componenti. Il residuo scaricato restava in superficie "con un velo sottilissimo che si espande su grandi estensioni e che viene trasportato facilmente a grandi distanze dalle correnti"¹⁶⁷: si valutava che una nave da 10.000 tonnellate (cioè non tra le maggiori) poteva dare luogo con il lavaggio a un velo oleoso che copriva circa 5 kmq di superficie marina. Nonostante il lavaggio di tali cisterne si sarebbe dovuto fare a gran distanza dalle coste, per ragioni di praticità spesso veniva praticato in acque prossime al litorale, imbrattando ogni cosa o accumulandosi e ristagnando nelle acque più tranquille, con notevoli danni: sporcizia su tutto ciò che si immerge in quelle acque e ne riemerge, come corpi dei bagnanti, ancore, catene, e quindi abbandono delle spiagge soggette a questo inquinamento; sporcizia e danni ambientali in zone panoramiche o lungomari talora di rilevanza turistica internazionale; morte di uccelli acquatici ed avvelenamento dei pesci di superficie, alghe e flora marina che diminuisce e sparisce. Ad evitare questi danni, che si manifestavano non solo sulla costa italiana, fu redatta nel 1954 la convenzione di Londra, con la quale si proponeva principalmente che il lavaggio delle petroliere venisse effettuato a non meno di 50 miglia dalla costa, ed in alcuni casi a 30 miglia. La convenzione, di carattere internazionale, non era tuttavia ancora attiva a causa della mancata approvazione di alcuni emendamenti da parte di diversi Stati; l'Italia, da parte sua, aveva nominato dal 1961 una commissione, presso il ministero della Marina mercantile, per la redazione di norme e

¹⁶⁷ Ivi, p. 58.

criteri di carattere esecutivo sull'applicazione di quanto contenuto nella convenzione, che però escludeva dal rispetto delle norme sia le navi da guerra, sia quelle ausiliarie di queste. Per alcune città quindi (come Napoli, La Spezia e Taranto), dove si aveva una presenza quasi continua di grosse navi e di portaerei ancorate negli specchi d'acqua antistanti e circondate da numerose navi ausiliarie, si prevedeva che l'entrata in vigore della convenzione avrebbe portato risultati notevoli, ma non eccezionali.

Il numero sempre maggiore di petroliere e l'aggravarsi dei danni da esse prodotti aveva d'altra parte portato a cercare dei rimedi e provvedimenti diversi per l'eliminazione dei residui, come: serbatoi a terra dove scaricavano i residui catramosi; il lavaggio con sistema "load on top", o carico in testa, consistente nel lavaggio successivo delle varie cisterne e nel far passare dall'una all'altra il residuo, fin quando nell'ultima i residui leggeri andassero in alto e l'acqua sottostante venisse scaricata.

Un ultimo problema che riguardava l'inquinamento delle acque costiere era quello degli scarichi dei servizi e dei rifiuti di navi ancorate in prossimità delle coste. Il relatore riportava che il problema non era frequente né diffuso, ma assumeva una certa gravità nei luoghi in cui avveniva. Grosse navi, ancorate a meno di un miglio dalla costa e con un equipaggio numeroso (ad esempio una portaerei con 3-4.000 uomini), equivaleva allo scarico di rifiuti di un piccolo comune proprio davanti un litorale abitato, con i conseguenti danni estetici, igienici e per la balneazione. Gli aspetti del problema interessavano in questo caso prevalentemente i piani legislativo e politico.

Per quanto riguardava invece i rifiuti nucleari, il problema non assumeva ancora caratteri preoccupanti; questi potevano provenire da contenitori con residui di industrie, laboratori e aperti per corrosioni, rotture ecc.; oppure recuperati accidentalmente. Il problema non sembrava grave data la scarsa quantità di questo tipo di rifiuti, tuttavia sembrava opportuno stabilire delle norme precise sulla destinazione in mare di questi scarichi, a seconda del tipo e della quantità dei contenitori o delle zone dove era ammesso l'affondamento. Gli aspetti del problema in questo caso erano tecnici, legislativi e politici, per le relazioni internazionali che comportavano.

Ad aggravare l'inquinamento delle coste, il relatore aggiungeva poi due fenomeni che acquisivano in questi anni sempre più importanza: il progressivamente maggiore inquinamento di molte spiagge balneari di grande afflusso e delle acque antistanti, sempre più sporche e inquinate per il numero eccessivo di bagnanti. Ciò implicava anche la moltiplicazione su un piccolo spazio dei servizi occorrenti (docce, bagni...), e la quantità di rifiuti abbandonati sulle spiagge. Veniva proposto di stabilire il numero massimo di bagnanti per metro quadrato di spiaggia, ma la cosa appariva poco attuabile; sarebbe stato necessario però almeno imporre norme per i servizi (numero, tipi, impedire in alcuni casi la dispersione nel sottosuolo e provvedere a convogliarli ad un trattamento epurativo, ecc.) e per la pulizia della spiaggia (raccolta ed allontanamento dei rifiuti, sorveglianza ecc.), norme talvolta già esistenti, ma che molto spesso venivano trascurate, e non applicate. Inoltre un'altra

questione rilevante per l'igiene pubblica era che spesso venivano allevati mitili in acque palesemente inquinate. Si portava come esempio quello di un allevamento al porto di Santa Lucia a Napoli, dove, oltre ad eventuali scarichi da terra, arrivavano anche gli scarichi delle grosse navi ancorate a poca distanza, essendo lo specchio d'acqua luogo d'intensa navigazione; e di casi simili ve ne erano moltissimi. Un altro esempio significativo della questione era quello di Taranto. Sarebbe stato anche utile, quindi, esaminare o rivedere le norme che regolavano le concessioni in materia di allevamento di mitili. Questi venivano infatti spesso allevati in zone dove arrivavano i liquami, e vi venivano isolati non di rado dei germi patogeni. Eppure, l'igiene del suolo e dell'abitato rappresentava uno dei compiti primordiali della sanità pubblica. Alcuni componenti del CSS si spingevano ad affermare che era stata l'autonomia sempre crescente degli organi sanitari ad indebolire l'azione igienica: mentre, prima del 1945, quando il settore era gestito dalla Direzione generale di sanità pubblica presso il Ministero dell'Interno, l'azione del medico provinciale era l'azione del prefetto, con la creazione dell'Alto commissariato e poi del ministero della sanità nel 1958 l'azione periferica si era fortemente indebolita. Inoltre, le proposte avanzate, come la chiarificazione delle acque o i trattamenti di depurazione proposti, erano già stati suggeriti dal Consiglio, ma avevano trovato una ferma opposizione.

Anche dal punto di vista degli scarichi industriali da acque interne sarebbe stato necessario normare meglio la situazione: veniva espresso il parere che si vietassero i pozzi perdenti che provocavano l'inquinamento delle falde; e che venissero create in determinate zone delle fognature industriali, coneggiate in modo che avvenissero parziali neutralizzazioni reciproche. Si pensava che sarebbe stato interessante per esempio nella valle di Lanzo, dove in un tratto di 35 km del torrente Stura venivano versati i rifiuti di oltre 250 industrie di ogni genere (cartiere, colorifici, coloranti, fabbriche chimiche come la Rumianca, di viscosi, tessili come la Magnoni&Tedeschi). Si riteneva indispensabile fissare i limiti delle sostanze di scarico: dei cromati, dei cianuri, del cloro libero, dei metalli tossici, dei coloranti per gli scarichi delle piccole industrie. Tali valori sarebbero stati da osservare nel punto di immissione dello scarico industriale nel corso d'acqua. Esempi di tali limiti erano presenti nel Regolamento svizzero per scarichi industriali e, in parte, in quello francese e tedesco; si proponeva, all'interno del Consiglio, di studiarli per stilare degli analoghi italiani.

3.5 Ospedali, istituti privati di cura, istituti per malattie specifiche e sociali

Nel 1962, durante la discussione sul bilancio del ministero della Sanità, emergevano irrisolti i problemi relativi all'edilizia sanitaria, alla gestione ospedaliera e alle case di cura di cui si erano già visti i prodromi nel decennio precedente. In questa sede, si chiariva la responsabilità pubblica di assicurare una copertura ospedaliera a tutto il territorio nazionale in modo uniforme; condizione che

però, per essere attuata, necessitava di implementazione e miglioramento della rete italiana, oltre a una legge-quadro normativa del settore.¹⁶⁸ Si sottolineava così l'utilità delle case di cura, che “specialmente nell'Italia meridionale hanno rappresentato e rappresentano un valido ausilio all'assistenza degli infermi abbienti e non abbienti”¹⁶⁹, si evidenziava che erano a volte gli unici servizi territoriali che disponevano di un servizio continuativo di assistenza in zone di scarsità di centri di pronto soccorso, e che costituivano quindi delle risorse per ampie zone del Paese. Questo tipo di approccio si poneva in continuità con quello già avuto in relazione all'assistenza privata: la storica visione positiva della solidarietà e dell'impegno cattolico nel settore¹⁷⁰, con il conseguente alleggerimento del comparto pubblico, si trasmetteva ora al settore privato delle case di cura, avviando in questo periodo una tradizione che avrà lunga vita nell'Italia repubblicana. La sensazione che l'efficienza e l'organizzazione del settore privato (o religioso) nel comparto sanitario fossero maggiori di quello pubblico trarrà nuova forza nel periodo in cui si resero evidenti gli squilibri del SSN, tra gli anni Ottanta e gli anni Novanta¹⁷¹. Inoltre, l'edilizia ospedaliera partecipava ancora in questo periodo del problema relativo a tutto il settore, nonostante l'istituzione del ministero della sanità nel 1958: la frammentazione della gestione, non risolta dalla costituzione del nuovo ministero¹⁷², non consentiva agli enti di poter progettare dei cambiamenti con una vera pianificazione. Inoltre, la principale crisi ospedaliera che si verificava in questi anni era quella economica: con dei bilanci uniformemente in perdita in tutta Italia e le casse mutue che si dicevano impossibilitate a pagare le rette, i problemi di edilizia venivano in secondo piano.

Il 27 giugno 1962, affrontando per la prima volta il tema in modo complessivo, il CSS si riuniva in seduta straordinaria per discutere la situazione ospedaliera in Italia, in conseguenza di un clima politico che proponeva qualche cambiamento in questo settore, particolarmente caro alle parti socialista e comunista¹⁷³. Gli anni Sessanta, infatti si caratterizzarono per una maggiore presa di consapevolezza del problema e della necessità di intervenire: a questa data vi erano all'esame del Consiglio dei Ministri due disegni di legge relativi alla situazione ospedaliera. La prima era di iniziativa governativa, la seconda era stata presentata dai senatori Vincenzo Monaldi, professore

¹⁶⁸ Atti parlamentari, Camera dei deputati, III legislatura, *Discussione sul bilancio del ministero della sanità*, Seduta antimeridiana del 19 giugno 1962, p. 30079.

¹⁶⁹ Ivi, p. 30084.

¹⁷⁰ Il legame tra assistenza ospedaliera, solidarietà e religione (in particolare europea) è una questione secolare che si ripercuote in modi più o meno significativi sugli attuali sistemi sanitari europei. Per approfondire, cfr. E. M. Immergut, K. M. Anderson, *Health politics in Europe. A handbook*, Oxford University Press, Oxford 2021.

¹⁷¹ Poco dopo l'attuazione della riforma del 1978, infatti, emersero alcuni elementi che allarmarono la società sulle capacità delle regioni di assolvere al delicato compito sanitario: incapacità di programmazione della spesa, ricorso all'indebitamento, scarsa capacità di effettuare validi controlli economici. Cfr. Archivio della Camera dei deputati, XIV Commissione permanente igiene e sanità, VIII legislatura, b. 61, *Rapporto CNEL su proposte e osservazioni sullo stato di attuazione della riforma sanitaria*, assemblea del 20 ottobre 1982.

¹⁷² S. Luzzi, *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, op. cit., pp. 181-193.

¹⁷³ ACS, Ministero della sanità, Consiglio Superiore della sanità, b. 93, *Situazione ospedaliera in Italia*, Seduta del 27 giugno 1962; si moltiplicano negli anni Sessanta le interrogazioni parlamentari relative alla condizione ospedaliera italiana, che viene descritta come strutturalmente in crisi e da anni in attesa di una riforma strutturale.

universitario di fisiologia all'Università di Napoli, e da Natale Santero, libero docente in Patologia chirurgica presso l'Università di Milano e sottosegretario alla sanità, democristiani. All'attenzione del CSS fu sottoposto dal ministro della sanità il primo, che era stato annunciato alla Camera il 10 novembre 1961 come *Aggiornamenti alle norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali*, ricalcando il nome della legge del 1938 che fino a questo momento normava il settore.

3.5.1 – Il dibattito in CSS

La prima questione importante che veniva sollevata dal presidente della seduta del CSS Giuseppe Mazzetti, igienista e direttore dell'istituto di igiene di Firenze, era il tempo: il Governo, infatti, si era impegnato a trattare la questione nell'ambito delle riforme urgenti, ovvero dopo la nazionalizzazione dell'energia elettrica. Al Consiglio l'importanza di questo provvedimento di legge era molto chiara:

Il Presidente chiede ancora a Cramarossa se qualche parte della legge abbia o no la probabilità di essere discussa di preferenza alle Camere, oppure se essa verrà trattata “in toto”.

Cramarossa risponde che la Camera è sovrana: può o no approvare uno stralcio. Da parte sua non ha mancato di esprimere, nei termini più drastici, il suo pensiero: sarebbe un'infamia ingannare il Paese con uno stralcio che interessasse persone o enti o singole posizioni.

Il Paese si aspetta una riforma dell'assistenza sanitaria e non un “pannicello caldo”.¹⁷⁴

La storia del progetto di legge era stata lunga. La proposta era stata elaborata in una dozzina di sedute da una Commissione costituita da rappresentanti di tutte le categorie interessate: medici ospedalieri, universitari, amministratori, rappresentanti del ministero e presieduta dal ministro. Lo schema di legge finale era stato elaborato in modo abbastanza consensuale, e discusso a lungo in Commissione parlamentare igiene e sanità. La legge era una sintesi di quattro proposte di legge, presentate alla Camera dei deputati, ed una proposta di legge al Senato, oltre al disegno di legge di iniziativa governativa.¹⁷⁵ A queste si aggiungeva il 21 novembre 1961 la legge n. 3999, di iniziativa dell'onorevole Longo, con la proposta dell'istituzione di un servizio ospedaliero nazionale (S.O.N.), articolato in enti locali e finanziato da un fondo di 75 miliardi, ricavato dall'innalzamento dell'aliquota (dal 15 al 20%) dell'imposta per le società con patrimonio superiore ai 500 milioni; tuttavia questa proposta era stata presentata troppo tardi per essere presa in considerazione, ed era finita nel vuoto.

Il testo elaborato dal Comitato ristretto andava a precisare una competenza dell'autorità sanitaria per

¹⁷⁴ Ivi, p. 4.

¹⁷⁵ Atti parlamentari, Camera dei deputati, III legislatura, XIV Commissione in sede legislativa, seduta del 21 novembre 1962, p. 604.

la vigilanza e la tutela sugli enti ospedalieri. Si trattava di un aggiustamento abbastanza scontato ma importante, considerando i danni che la frammentazione di competenze provocava. Venivano inoltre separati chiaramente i poteri del Parlamento da quelli del ministero della Sanità, lasciando a quest'ultimo la possibilità di stabilire i particolari tecnico-sanitari. Un'altra questione che veniva finalmente normata era il coordinamento dei servizi sanitari a livello regionale, anche se le regioni sarebbero state ufficialmente introdotte nel nostro ordinamento nel 1970 e la cosa veniva commentata come limitante dal CSS.

Uno degli elementi condizionanti il dibattito sulla legge furono le agitazioni sindacali, cosa di cui si era lamentato in sede di commissione il socialista Carlo Ricca, che trovava sbilanciato l'interesse del governo per il personale dipendente rispetto ai problemi strutturali del sistema ospedaliero nel suo complesso:

Il Governo è entrato in una parte normativa, accogliendo istanze di natura sindacale e ha trascurato altre parti, senza tener conto dei precisi impegni che esso aveva assunto in sede parlamentare. Questo mi sembra che voglia dire non voler affrontare seriamente il problema.

Se andiamo a leggere, ad esempio, il bilancio dell'INAM, vediamo che nel 1961 le rette ospedaliere in Italia assommavano a 113 miliardi, 92 milioni e 552mila lire. Gli enti mutualistici hanno pagato soltanto 104 miliardi, 145 milioni e 745mila lire. Sono pertanto 10 i miliardi che gli ospedali non vengono ad avere; e se sommiamo questi 10 miliardi a tutti quelli degli anni passati, possiamo ben renderci conto come la situazione degli ospedali vada peggiorando. Ora, questa è una realtà innegabile e il Governo, ove avesse avuto una prospettiva seria doveva preoccuparsi di intervenire perché il rapporto tra istituti assicurativi e istituti assistenziali o ospedali venisse modificato, trovando i mezzi per far sì che lo Stato potesse assumere quelle spese degli ospedali a carattere chiaramente sociale. [...]

Ora ci sembra quindi impossibile – e la nostra è stata solo una premessa nell'ambito della discussione generale! – di affrontare l'esame del disegno di legge sull'ordinamento dei servizi e delle carriere se il Governo, e presso l'onorevole Presidente del Consiglio, per il quale si è dimostrato tanto sollecito nell'accogliere le istanze sindacali delle varie categorie, non viene qui, in Commissione, a dirci come si intendono risolvere i vari aspetti del problema, a chiarirci le valutazioni del Governo a riguardo, i suoi possibili impegni sul piano finanziario.¹⁷⁶

Non si trattava soltanto dell'intervento piccato di un deputato socialista contro il governo Fanfani: le osservazioni sulla limitatezza della proposta di legge venivano anche da parte liberale, monarchica, comunista e, in parte, democristiana¹⁷⁷. Si parlava, più che di una vera riforma ospedaliera (che avrà luogo nella forma di una legge-quadro nel 1968, ad opera del socialista Luigi Mariotti), di un primo approccio a un problema che veniva percepito come enorme ma urgente, sulla strada per una riforma sanitaria complessiva. Una delle principali questioni irrisolte della legge era che, a fronte del benessere del governo nei confronti delle richieste sindacali del personale ospedaliero, visto quello

¹⁷⁶ Ivi, pp. 613-614.

¹⁷⁷ Ivi, p. 619; 621.

che veniva definito il “problema estremamente grosso della situazione sindacale del mondo medico”¹⁷⁸, non venivano indicate le coperture finanziarie.

Il presidente del consiglio Fanfani ritenne di intervenire durante questo dibattito in commissione parlamentare il 30 novembre 1962, insieme al ministro della sanità Angelo Raffaele Jervolino, democristiano. La principale richiesta della commissione al governo era quella delle coperture finanziarie: venivano valutati necessari degli ammodernamenti ospedalieri che avrebbero pesato per il 20% sui bilanci già critici degli enti; in più, la commissione voleva essere rassicurata riguardo un intervento necessario in percentuale sulla retta da parte dello Stato, oppure l’obbligo di accettazione di una retta omnicomprensiva da parte degli enti mutualistici¹⁷⁹. Anche questa soluzione però non convinceva completamente, poiché avrebbe obbligato le casse mutue ad alzare i contributi economici dei propri iscritti a livelli probabilmente insostenibili. Nel frattempo, però, al Senato veniva presentato un piano per l’edilizia ospedaliera che prevedeva il contributo degli ospedali stessi in termini di beneficenza privata e di proventi di esercizio. Questo non solo evidenziava il livello di scoordinamento in cui operavano la Camera e il Senato, ma anche il fatto che il legislatore sembrava ignorare la situazione concreta e il livello di dissesto finanziario in cui versavano gli enti ospedalieri. Altra questione che veniva posta a Fanfani era lo stato di realizzazione dell’ordinamento regionale e le loro eventuali attribuzioni in tema sanitario. La risposta del Presidente del consiglio era completamente al fianco degli ospedali, sulla linea di un maggiore finanziamento obbligando le casse mutue a pagare le rette; su un maggiore coordinamento della rete assistenziale; e comunicava che il governo stava preparando un disegno di legge che riconduceva a unità tutta l’amministrazione sanitaria, perché “secondo l’ordinamento attuale, non si capisce più niente”¹⁸⁰.

Durante la discussione in Commissione, durata tre mesi, si svolse anche un convegno a Palermo sulla riforma ospedaliera, in cui i lavoratori ospedalieri espressero le loro richieste¹⁸¹: il riconoscimento della stabilità di carriera per gli aiuti e per gli assistenti fino a 65 anni, abbandonando il principio della riconferma quadriennale; il riconoscimento della regione come ente responsabile degli ospedali presenti nella propria area; un fondo pubblico o una soluzione istituzionale che permettesse di risolvere il problema del finanziamento ospedaliero. Vi era anche il problema, sollevato dal sindacalista Pierino Azimonti, dei contributi dei lavoratori: si proponeva, tramite l’articolo 82 di questa legge, di modificare unilateralmente i contributi che i lavoratori avrebbero dovuto versare all’INAM. Un appunto particolarmente calzante relativo alla discussione in atto, e alle sue incertezze,

¹⁷⁸ ACS, Ministero della sanità, Consiglio Superiore della sanità, b. 93, *Situazione ospedaliera in Italia*, Seduta del 27 giugno 1962, p. 5.

¹⁷⁹ Per una panoramica sull’indebitamento di casse mutue e ospedali nel secondo dopoguerra, cfr. ad esempio C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello stato sociale in Italia*, op. cit., pp. 419-439.

¹⁸⁰ Atti parlamentari, Camera dei deputati, III legislatura, XIV Commissione in sede legislativa, Seduta del 30 novembre 1962, p. 652.

¹⁸¹ Atti parlamentari, Camera dei deputati, III legislatura, XIV Commissione in sede legislativa, Seduta del 13 dicembre 1962, p. 658.

venne dalla ex partigiana e deputata comunista Angiola Minella Molinari:

Io credo che, quando si è insistito molto per un finanziamento, sia pur parziale, da parte dello Stato, non sia soltanto per venire incontro a delle gravi, catastrofiche situazioni di bilancio degli ospedali, perché il problema non è soltanto di carattere amministrativo e finanziario: quando si pone il modo di finanziamento dell'organizzazione sanitaria e degli ospedali, noi affrontiamo in modo diretto e automatico un problema che è molto più grande. Il problema su chi, su quale parte, su una parte o su tutta la società, deve gravare il finanziamento pubblico, qual è quello sanitario.¹⁸²

La questione dell'universalismo del sistema sanitario era in effetti il grande sottinteso di questo dibattito¹⁸³. Proporre una retta omnicomprensiva significava agganciare il finanziamento degli ospedali ai contributi da lavoro dipendente in modo pressoché totale, in attesa di una riforma complessiva verso un sistema di sicurezza sociale. Questo punto d'arrivo era accettato dagli esponenti di tutti i partiti politici, ma c'era grande incertezza sulle modalità in cui sarebbe stato possibile. La contraddizione era rappresentata dal fatto che l'arricchimento del Paese e il suo ingresso nel consesso dei Paesi industrializzati rendeva sempre più auspicabile e ragionevole una copertura sanitaria collettiva, ma si temeva di mettere mano al sistema assicurativo e lavorativo in modo drastico. Sia il sindacalista Anzimenti sia la comunista Minella Molinari proponevano una discussione in Commissione Lavoro per chiarire la questione contributiva, considerandola imprescindibile per una impostazione chiara della riforma che si stava discutendo. Bisognava infatti capire l'entità degli aumenti che venivano richiesti ai lavoratori e ai datori di lavoro per poter implementare le misure previste. Tuttavia, l'intenzione del governo era quella di attuare la riforma senza un aggravio economico per le classi lavoratrici.¹⁸⁴

La questione finanziaria si trascinò a lungo nel dibattito parlamentare, venendo approfondita in commissione parlamentare il 24 gennaio 1963. In particolare, venne maggiormente dibattuto l'articolo 82, così formulato: "Le diarie per i malati non paganti in proprio devono comprendere tutte le voci che si riferiscono alle spese sopportate dalle Amministrazioni ospedaliere per assicurare agli infermi il ricovero e l'assistenza adeguati e le appropriate prestazioni di indagine e di cura, nonché le voci che si riferiscono alle spese necessarie per assolvere agli altri compiti previsti dall'articolo 3 della presente legge".¹⁸⁵ Il gruppo comunista propose l'emendamento sostitutivo: "Le entrate

¹⁸² Ivi, p. 663.

¹⁸³ Il principio dell'universalismo affonda le sue radici in due eventi storici dall'enorme portata: l'attuazione del New Deal rooseveltiano, che prese avvio a partire dal 1933 con l'istituzione della *Federal Emergency Relief Administration* (Fera), un fondo che aveva il compito di attribuire liquidità agli stati per concedere sussidi alla popolazione colpita dagli effetti della Grande depressione; e il progetto di riforma del sistema assistenziale inglese che Lord Beveridge presentò alla Camera dei Comuni nel novembre del 1942, il *Social insurance and allied services*. La forza di queste due proposte politiche fu la rielaborazione dei sistemi preesistenti in nuove forme di diritti economico-sociali, che si strutturavano intorno al concetto di libertà dal bisogno. Cfr. J. Klausen, *War and welfare. Europe and the United States, 1945 to the present*, Palgrave MacMillan, New York 1998.

¹⁸⁴ Atti parlamentari, Camera dei deputati, III legislatura, XIV Commissione in sede legislativa, Seduta del 13 dicembre 1962, p. 665.

¹⁸⁵ Atti parlamentari, Camera dei deputati, III legislatura, XIV Commissione in sede legislativa, Seduta del 24 gennaio

dell'ospedale pubblico sono costituite da: a) rette di degenza e compensi per altre prestazioni versate dai malati in proprio; b) rette di degenza degli enti previdenziali e degli enti locali, pervenute attraverso il F.O.R. (Fondo Ordinario Regionale); c) integrazioni del F.O.R. Un apposito regolamento emanerà disposizioni relative alla finanza, alla contabilità degli ospedali pubblici e alle integrazioni dei loro bilanci da parte degli enti da cui dipendono (comuni, consorzi, province, regioni).”¹⁸⁶ Tale emendamento presentava diversi problemi: negava l'autonomia degli enti ospedalieri rispetto agli enti locali; chiamava in causa la questione delle regioni, che troverà una sua soluzione solo nel 1970. Inoltre, il gruppo comunista fu spinto a ritirarlo per non dover riaprire la discussione generale e rimandare l'attuazione del disegno di legge, mentre venivano ricordati i contemporanei scioperi della classe sanitaria nel Paese; tuttavia, l'idea del fondo ordinario regionale rappresenterà un precedente rispetto alla legge 833/1978. Ne presentò però un altro: “Le diarie deliberate dai consigli di amministrazione ed approvate dagli organi di controllo non sono contestabili né dai privati né dagli enti mutualistici e statali. Qualora gli enti rifiutino o ritardino il pagamento oltre i limiti di tempo previsti dal regolamento lo Stato provvede al pagamento delle competenze spettanti agli ospedali entro 30 giorni oltre il termine previsto, compresi gli interessi passivi¹⁸⁷”. In questo caso si trattava di un emendamento in linea con quanto dichiarato da Fanfani nelle precedenti sedute: secondo il Presidente del consiglio, infatti, lo Stato non avrebbe potuto sopperire agli ammanchi dei bilanci ospedalieri e affermò invece che il finanziamento doveva venire soltanto dalle rette, le quali sarebbero diventate omnicomprensive. Per ottenere il pagamento dagli enti mutualistici, aveva dichiarato inoltre che sarebbero state necessarie delle norme tassative tali da obbligare gli enti mutualistici alla soluzione dei loro debiti, in quanto gli ospedali non dovevano correre il rischio di vedere ulteriormente scoperti i loro conti. Il senso di questa norma era da riscontrarsi nelle innumerevoli cause che gli enti mutualistici intentavano in questi anni agli enti ospedalieri per evitare di pagare perlomeno parte delle rette¹⁸⁸. La situazione trova ampio riscontro documentario nelle carte di questi anni e degli anni precedenti dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la sanità pubblica; ad esempio, nelle lettere che la FIARO (Federazione Italiana Associazioni Regionali Ospedalieri) indirizzava agli organi sanitari centrali nel 1962, come questa:

Gli ospedali italiani – ad ogni passo si parla di crisi ospedaliera in Parlamento, sulla stampa, in congressi e convegni – si trovano in una situazione insostenibile.

L'INAM si rifiuta di riconoscere e di assolvere gli obblighi che gli derivano dalla legge in ordine al pagamento delle rette per il ricovero dei suoi assistiti, nella misura determinata e controllata secondo le norme dettate dal legislatore.

I crediti degli ospedali verso l'INAM superano la decina di miliardi di lire, e ciò ha

1963, p. 838.

¹⁸⁶ Ivi, p. 839.

¹⁸⁷ Ibidem.

¹⁸⁸ Si rimanda qui a S. Leo, *Una storia di debiti. Inam, casse mutue e ospedali tra anni Cinquanta e Settanta*, in *Italia contemporanea* 301/2023, pp. 43-70.

costretto le amministrazioni a cercare nel credito il circolante necessario alla vita e alla funzionalità dei pii enti.

Ma – a parte che il credito non può essere illimitato nella misura e nel tempo – esso consta di interessi passivi, e la strettezza delle disponibilità modifica o addirittura uccide ogni spirito di iniziativa, è causa di decadimento, e inevitabilmente, riduzione dell'efficienza anche curativa, oltre che strutturale ed edilizia dei nostri ospedali. Non si costringano gli enti a dichiarare che non possono dare la dovuta assistenza sanitaria perché sono ad essi negati i mezzi per inadempienza da parte di pubblici enti. Se inoltreranno cause davanti al magistrato, gli ospedali – come accaduto in passato – vedranno riconosciuti i loro diritti. Ma tra enti pubblici, là dove la legge è chiara, inequivocabile, è dignitoso per la pubblica autorità che si lasci sussistere la necessità del ricorso ai tribunali, utile al debitore per procrastinare l'effettivo pagamento, ma dannosa ad esso per le spese che va ad accollarsi, e al creditore per la non breve indisponibilità di somme rappresentative di esborsi già fatti? Gli ospedali faranno le azioni giudiziarie – ma le sentenze consacreranno la colpevole indifferenza del Governo se non interviene subito, con energia giacché il ritardo è di danno agli ospedali, cioè tocca l'assistenza sanitaria del Paese.

O le amministrazioni si dimetteranno – ma anche così il male non sarà rimediato, e sarà sempre il senso dello Stato a soffrirne, o si dovrà rifiutare il ricovero dei mutuatati, salvo il caso di urgenza o previo pagamento da parte degli interessati?

Gli amministratori degli ospedali italiani denunciano l'urgenza di provvedere alle gravissime, dolorose conseguenze che ogni ulteriore ritardo condurrà seco; di queste qualcuno dovrà pure rispondere e non saranno certo gli amministratori, i quali da anni invocano che il potere dello Stato intervenga per il rispetto del cittadino.¹⁸⁹

Le testimonianze dei verbali dei consigli di amministrazione ospedalieri conservati tra le carte dell'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica e del Ministero del Lavoro e della previdenza sociale permettono di ricostruire un panorama uniforme, che va dalla fine degli anni Cinquanta all'inizio degli anni Settanta, in cui gli ospedali ricorsero ai crediti bancari per sopperire al mancato pagamento delle rette di degenza delle casse mutue nei confronti dei loro assistiti¹⁹⁰.

Indagando nella situazione debitoria dell'INAM, dal 1943 principale cassa mutua sanitaria del Paese, già nel 1949 erano state individuate dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale diverse cause: l'inadempienza di numerose aziende nel pagamento dei contributi sanitari per i propri lavoratori; l'insufficienza del contributo rispetto alle prestazioni; gli incrementi dei costi di queste ultime negli anni successivi al dopoguerra, che si era ripercosso nell'aumento delle rette di degenza; l'aumento del numero dei disoccupati, per cui l'INAM aveva subito un calo del gettito contributivo a fronte di invariati obblighi assistenziali.¹⁹¹ Negli anni immediatamente successivi al conflitto, infatti, la disarticolazione dell'apparato produttivo causata dai bombardamenti e la guerra sul territorio

¹⁸⁹ ACS, Ministero della Sanità, Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica, b. 105, *FIARO al ministero della Sanità per i problemi dei rapporti tra INAM ed enti ospedalieri*, 23 marzo 1962.

¹⁹⁰ Ad esempio: ACS, Ministero della Sanità, Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica, b. 55, *Situazione creditoria dell'ospedale civile di Firenzuola d'Ardua (Piacenza)*, 12 novembre 1960; ACS, Ministero della Sanità, Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica, b. 61, *Situazione dei crediti dell'arcispedale di Santa Maria Nuova verso altri enti e comuni*, settembre 1960.

¹⁹¹ ACS, Ministero del Lavoro e della previdenza sociale, Direzione generale previdenza e assistenza sociale, b. 121, *Situazione debitoria INAM*, 13 febbraio 1949.

nazionale avevano causato la cifra di 2 milioni di disoccupati e un aumento notevole dell'inflazione¹⁹², che si presentavano come i principali problemi economici del periodo. Inoltre, tra gli occupati, il contributo dei coltivatori diretti risultava insufficiente a coprire le spese di assistenza, a causa degli scarsi redditi che l'agricoltura produceva in larghe parti del Paese, in un contesto in cui l'agricoltura occupava ancora più del 40% della popolazione attiva. Il primo esercizio in cui l'INAM accumulò un ritardo nei confronti degli enti ospedalieri fu proprio il 1949¹⁹³: quello che si notava rispetto agli anni precedenti era un aumento delle rette da 300 a 1700 per le minime e da 500 a 2000 per le massime; il mancato adeguamento del gettito contributivo agli aumenti delle rette; il fenomeno dell'evasione contributiva e dell'insolvenza da parte di numerose aziende industriali, i cui debiti nei confronti dell'istituto assistenziale, accertati al 1949, ammontavano a 5 miliardi di lire; infine, una certa disorganizzazione dell'istituto nel periodo del dopoguerra.¹⁹⁴ Vi è da dire, però, che la situazione debitoria dell'INAM non migliorò nei decenni successivi, quando perlomeno la ripresa del settore economico e il netto miglioramento di indici come la disoccupazione e l'inflazione avrebbero consentito degli aumenti di gettito nelle casse che ci furono, ma che non furono sufficienti.

Questa situazione si protrasse fino alla discussione in aula della legge Giardina e anche oltre, fino alla liquidazione delle casse mutue nel 1974, lungo il percorso che portò all'attuazione della riforma sanitaria. Nel 1962, tali temi erano arrivati da tempo alla conoscenza del Parlamento, che infatti su questi problemi si interrogava. Il democristiano Sorgi, ad esempio, riteneva

[...] importantissimo, agli effetti economici di gestione, far pagare agli enti ritardatari anche gli interessi. Infatti, chi ha esperienza diretta delle amministrazioni ospedaliere, sa bene che una delle principali voci passive di tali istituti è proprio lo scoperto di tesoreria, per cui gli ospedali sono costretti a farsi anticipare 3-400 milioni per crediti scoperti su cui lo Stato paga un interesse del 10%, mentre, invece, gli enti che ritardano il pagamento risparmiano questo interesse.

Per quanto concerne la sostituzione dello Stato nel pagamento, non credo che l'emendamento volesse significare che lo Stato anticipa per conto degli enti mutualistici. A mio avviso, esso significa che, quando un ente pubblico non rispetta l'obbligo del pagamento che gli viene dalla legge, il Governo interviene nominando un commissario ad hoc, perché dal bilancio dell'ente prenda la somma necessaria da passare all'ospedale.

¹⁹⁵

L'emendamento venne accolto: si introdusse quindi, in questa circostanza, un meccanismo di controllo statale sulle casse mutue, nel caso in cui ci fossero rifiuti o ritardi nei pagamenti.

Il CSS, nella seduta riservata alla discussione di questa legge, si pose innanzitutto il problema, sentito

¹⁹² S. Musso, *Storia del lavoro in Italia dall'Unità a oggi*, Biblioteca Marsilio, Venezia 2002, p. 48.

¹⁹³ ACS, Ministero del Lavoro e della previdenza sociale, Direzione generale previdenza e assistenza sociale, b. 121, *Situazione debitoria INAM*, 13 febbraio 1949.

¹⁹⁴ ACS, Ministero del Lavoro e della previdenza sociale, Direzione generale previdenza e assistenza sociale, b. 122, *Cause della situazione di insolvenza dell'INAM*, 7 novembre 1949.

¹⁹⁵ Atti parlamentari, Camera dei deputati, III legislatura, XIV Commissione in sede legislativa, Seduta del 24 gennaio 1963, p. 841.

anche dalla Commissione igiene e sanità, delle regioni: sul tema si espresse Corrado Corghi, presidente dell'Associazione ospedalieri dell'Emilia-Romagna, intuendo anche l'atteggiamento di patteggiamento che il governo avrebbe adottato nei confronti della categoria degli ospedalieri:

Il Consiglio, secondo Corghi, non può prescindere dal fatto che si stanno preparando in Italia gli enti-regione. La legge Giardina non può essere considerata com'è una legge quadro della politica ospedaliera italiana.

È probabile quindi che essa possa essere superata tra sei mesi/un anno al massimo; si rischierebbe così di determinare delle situazioni piuttosto difficili e di fare anche un lavoro inutile, mentre rimane fermo il problema estremamente grosso della situazione sindacale del mondo medico.

D'altra parte gli organi politici cercheranno forse di accogliere, almeno in parte, le richieste delle categorie mediche.¹⁹⁶

Il CSS aveva la percezione che il governo fosse compiacente nei confronti dell'approvazione di questa proposta di legge perché vi era in discussione contemporaneamente, ed era già stata approvata al Senato, la proposta alternativa che favoriva ancora maggiormente il personale medico e ospedaliero, la Santero-Monaldi. La loro proposta partiva dal presupposto che, con le agitazioni del personale ospedaliero in corso e diciotto proposte di legge tra Camera e Senato, il settore avesse bisogno di uno studio complessivo della questione. Secondo i relatori, il problema delle rette, le risorse carenti, l'attrezzatura arretrata degli ospedali e tutti gli altri problemi necessitavano per essere risolti di qualche forma di finanziamento pubblico: su questo punto, la maggior parte dei rappresentanti politici che intervennero sulla questione, alla Camera e al Senato, erano d'accordo. I problemi che erano stati rilevati in questa circostanza, all'inizio del 1960, erano la squilibrata distribuzione regionale di posti-letto, la necessità di una migliore formazione del personale sanitario, ma anche di aggiornamento della classificazione degli ospedali, basata ancora esclusivamente sul numero di degenti in grado di accogliere. La necessità di una riforma era chiara, ma c'era incertezza sulle migliorie da apportare. Monaldi, consapevole delle esigenze già rimandate di riforma che caratterizzavano il settore, aveva invitato la Commissione a prendere delle decisioni e a vincere l'immobilismo:

Il problema ospedaliero si dibatte in tutti i Paesi del mondo, in questo momento, non è solo un problema italiano, non siamo solo noi italiani a soffrirne, ma la Francia ne soffre, della Spagna è meglio non parlarne, e ne soffre persino l'America del Nord, che non sa trovare la sua linea concreta, perché si tratta di un'attività in evoluzione vertiginosa, come è facile intendere, per cui ciò che sembra oggi esatto e sufficiente non lo è più domani. Vi prego, onorevoli colleghi, di rinunciare a questo grande panorama in una legge sola, per affrettare invece il nostro lavoro; infatti è stata, a mio parere, proprio questa visione generica, non generale, ma generica, che ha impedito di prendere delle decisioni.

Per quanto concerne le disposizioni nei confronti degli ospedali, vi è la legge del 1938, che in parte non fu applicata, e ne parlerò ora; quindi se iniziò l'applicazione, ma poi venne la guerra; dopo abbiamo fatto altre tre leggi delega e non le abbiamo più applicate.

¹⁹⁶ ACS, Ministero della sanità, Consiglio Superiore della sanità, b. 93, *Situazione ospedaliera in Italia*, Seduta del 27 giugno 1962, p. 5.

Ecco la situazione attuale, e tutti aspettiamo la grande legge.
Incominciamo a fare qualcosa; questa è la mia preghiera.¹⁹⁷

Il fulcro della proposta Monaldi-Santero riguardava una riorganizzazione delle carriere dei medici ospedalieri, con maggiore selezione concorsuale, maggiore valorizzazione economica e aggiornamento delle funzioni, e una riforma della classificazione degli ospedali. Giardina, in Commissione, suggeriva poi che questo disegno di legge potesse sostituire la legislazione ospedaliera del 1938, ancora vigente. Tralasciando l'analisi dei singoli articoli del disegno di legge, basti dire che la legge, approvata nel suo complesso dalla XI Commissione del Senato il 1° dicembre 1960, era stata resa “pienamente rispondente ai desideri ed alle necessità dei nostri medici ospedalieri”¹⁹⁸, e rappresentò una delle proposte più importanti prese in esame dal CSS e dalla Commissione Igiene e sanità della Camera.

Tuttavia, il CSS era ben consapevole del fatto che l'intenzione governativa era di rigettare questa proposta per approvarne una meno sbilanciata nei confronti del personale ospedaliero, riconosciuto comunque come uno dei nodi più importanti da sciogliere. D'altra parte, anche il disegno di legge governativo era frutto di una mediazione “fra le varie aspirazioni affiorate da parte di tutte le categorie interessate. Ci sono state delle sollecitazioni pervenute al ministero da parte della Federazione dell'ordine dei medici [...]; altri emendamenti sono stati proposti dall'Associazione dei primari”¹⁹⁹. Alcuni membri del CSS erano stati tra l'altro chiamati a partecipare ai lavori di questa commissione: innanzitutto Saladino Cramarossa, anche in qualità di direttore generale dei servizi medici dell'Alto commissariato per l'igiene e la sanità pubblica; poi Cataldo Cassano, professore di patologia medica all'Università di Roma e presidente della Società italiana di endocrinologia; Cesare Dogliotti, anche lui professore di patologia medica e, dal 1958, di clinica medica all'Università di Torino; Vitantonio Perrino, farmacista, vicepresidente della FIARO e presidente dell'ospedale provinciale di Brindisi, senatore democristiano. Cramarossa commentava così l'intento della commissione di esperti, riportando al resto del CSS il lavoro svolto:

Il desiderio non era quello di partorire una leggina che si occupasse soltanto del personale e dei servizi ospedalieri.

Avevamo davanti un programma molto più vasto, e come voi tutti sapete nel campo ospedaliero non si può prescindere da tre problemi: riforma della struttura istituzionale ed amministrativa; piano di ordinamento e completamento degli ospedali; riforma dell'ordinamento dei servizi e del personale. Queste sono le tre vie maestre.²⁰⁰

¹⁹⁷ Atti parlamentari, Senato della Repubblica, XI Commissione igiene e sanità, III legislatura, 21° Seduta, 27 gennaio 1960, p. 229.

¹⁹⁸ Atti parlamentari, Senato della Repubblica, XI Commissione igiene e sanità, III legislatura, 36° Seduta, 1° dicembre 1960, p. 363.

¹⁹⁹ CSS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, b. 93, *Situazione ospedaliera in Italia*, Seduta del 27 giugno 1962, p. 8.

²⁰⁰ Ivi, p. 9.

Per quanto riguardava il primo punto, il problema istituzionale e amministrativo, il comitato inserì nella prima bozza di legge il principio per cui la tutela e la vigilanza sugli ospedali si trasferiva al ministero della sanità. Cramarossa riportava che, a causa dell'esistenza di alcuni enti che non si occupavano esclusivamente di assistenza ospedaliera, ma tra i cui compiti rientrava anche questa, una soluzione così drastica fosse impraticabile; si trovò quindi un compromesso negli articoli 2 e 3 del disegno di legge, che in questi casi prevedevano di costituire una specie di azienda autonoma, in modo da trasferire sotto la vigilanza del ministero della sanità esclusivamente quella parte di attività inerente all'assistenza ospedaliera. Nonostante non vengano nominati esplicitamente nel verbale del Consiglio, molto probabilmente Cramarossa si riferiva alle casse mutue; nel successivo Consiglio dei ministri, gli articoli 2 e 3 furono depennati, "e quindi il nostro tentativo di affrontare e risolvere, sia pure in una forma ridotta ma sostanziosa, il primo problema, doveva fallire"²⁰¹. Si tratta di una conferma importante della mancata volontà politica di porre gli ospedali sotto l'autorità del ministero della sanità, e del mantenimento dell'autonomia di enti parapubblici nella cui orbita rientrava anche la gestione ospedaliera. Ciò lascia spazio a un'altra domanda: la debolezza del ministero della sanità, oltre che dagli interessi dei ministeri dell'interno, della difesa, del lavoro e della previdenza sociale, come più volte sottolineato dalla storiografia²⁰², era funzionale anche al mantenimento di un principio di autogestione a favore delle casse mutue? E in che misura la politica favoriva questa dinamica?

Anche il secondo problema affrontato dalla commissione, quello del riordinamento e completamento degli ospedali, non era di competenza del ministero della sanità; in questo caso, Cramarossa riportava che era stato il ministero dell'interno a porre una serie di obiezioni. Il Consiglio dei ministri tentò un riavvicinamento fra le varie tesi, demandando al vicepresidente del Consiglio una riunione intorno al suo tavolo dei ministri coinvolti (sanità, lavoro, interno, lavori pubblici); "ma l'esito fu negativo e le norme predisposte furono soppresse"²⁰³. Cramarossa ricordava poi che il capo del governo aveva pensato di reperire i fondi per il completamento della rete ospedaliera (valutati in 300-400 miliardi di lire) da beni demaniali e di attuare una linea straordinaria per un piano ospedaliero nazionale; tuttavia, il ministero per i lavori pubblici insisteva per procedere con la modalità tradizionale:

Comprendere che il problema della rete ospitaliera si potrebbe mettere sul binario tradizionale: date fondi al ministero dei lavori pubblici e la rete sarà migliorata.²⁰⁴

Alla fine, la questione non fu introdotta nel disegno di legge (Cramarossa diceva che "non ha potuto

²⁰¹ Ivi, p. 10.

²⁰² Cfr. S. Luzzi, *Salute e sanità nell'Italia contemporanea*, op. cit., pp. 181-194; C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello stato sociale in Italia*, op. cit., p. 310; F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia. Il Servizio sanitario nazionale in una prospettiva storica*, op. cit., p. 75. S. Delogu in *Sanità pubblica, sicurezza sociale e programmazione economica (Einaudi, Torino 1967)* sosteneva, confrontando i bilanci, che il vero ministro della sanità fosse il presidente dell'INAM.

²⁰³ CSS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, b. 93, *Situazione ospedaliera in Italia*, Seduta del 27 giugno 1962, p. 10.

²⁰⁴ Ivi, p. 11.

essere introdotta”), anche perché la possibilità di servirsi di beni demaniali non era tecnicamente semplice come era sembrato in un primo momento. Infine, il problema del personale ospedaliero:

Terzo problema: l’ordinamento dei servizi e del personale degli ospedali. È parso al ministero della sanità che, per non essere dichiarato responsabile di tutto il caos esistente, si potesse almeno disciplinare la materia. E si presentò a noi subito un dilemma imperioso: avevamo due strade: una era quella cara ai nostri giuristi, ai nostri amministrativi della sanità, i quali proponevano dei ritocchi parziali alle norme vigenti.

Io, non vi nascondo, fui nettamente contrario a questo principio; dopo quello che si era detto alla Camera e al Senato, dopo quello che si andava scrivendo nella stampa, dopo quello che l’opinione pubblica si aspettava non potevamo proporre ancora un emendamento della legge del 1938. Gli emendamenti venuti fuori nel dopoguerra hanno corroso lo scheletro di questa legge, che fa onore al Paese. Facciamo ora una legge in cui dal primo all’ultimo articolo sia chiaro quello che si vuole.²⁰⁵

Uno dei problemi individuati come fondamentali era quello della classificazione degli ospedali, in particolare il problema dei lungodegenti e dei convalescenti. La legge ospedaliera del 1938, infatti, configurava le strutture sanitarie come IPAB (Istituti pubblici di assistenza e beneficenza), ricalcando la legge Crispi del 1890, e le distingueva innanzitutto tra ospedali e infermerie. In queste ultime, ci si limitava ad accogliere i malati che non avevano “bisogno di cure specializzate e di interventi chirurgici di particolare importanza”²⁰⁶; gli ospedali venivano invece divisi in tre categorie. Tale suddivisione era basata principalmente sul numero di degenze (la prima categoria accoglieva in media oltre 600 degenze giornaliere, oppure oltre 200 e presentava un determinato numero di reparti; la seconda categoria comprendeva ospedali con una media giornaliera di degenze da 200 a 600, mentre la terza da 30 a 200). Questo tipo di classificazione trascurava però la qualità delle cure offerte, rendendo a volte possibile che venissero classificati come appartenenti alla 1° categoria ospedali che consistevano in poco più che un’infermeria con lunghi stazionamenti. La nuova classificazione proposta del 1962 si basava invece sulla presenza dei reparti fondamentali: chirurgia, medicina, pediatria e ginecologia-ostetricia. A queste quattro specialità veniva dato diritto di priorità, mentre le altre sarebbero servite a dare agli ospedali una particolare specializzazione: un’impostazione decisamente più moderna della classificazione ospedaliera rispetto a quella basata sul numero di degenti. Contemporaneamente spariva la definizione di infermerie come previste nella legge del 1938: in Italia ne esistevano circa un migliaio, e Cramarossa prevedeva che in 2 o 3 anni si sarebbero trasformati in piccoli ospedali di 3° categoria, per l’appunto i convalescenti o ospedali per lungodegenti.

Nonostante l’impossibilità di predisporre nuove costruzioni ospedaliere, poi, la proposta del Comitato prevedeva la norma che ogni provincia dovesse preparare un piano regolatore dell’assistenza,

²⁰⁵ Ivi, p. 12.

²⁰⁶ R. D. 30 settembre 1938, n. 1631, art. 7.

finanziato dallo Stato, o con fondi messi a disposizione dal governo, ed elaborato dal medico provinciale, sentito il Consiglio provinciale di sanità. In questo piano si dovevano prevedere le necessità di posti-letto della provincia, la classificazione e gerarchia ospedaliera, eventuali consorzi a cui si poteva pensare sul territorio. Secondo Cramarossa, era un cambiamento necessario e a lungo rimandato, nell'ottica di una razionalizzazione dell'assistenza sul territorio:

Sono cinquant'anni che se ne parla. Ricordo una relazione fatta nel 1936 al Congresso Internazionale di Parigi in cui già si parlava della gerarchia degli ospedali. [...] Il principio della gerarchia può forse ledere l'autonomia locale o dispiacere sul piano politico. Noi diciamo semplicemente questo: se volete che lo Stato vi costruisca l'ospedale dovete sottostare ad una disciplina.²⁰⁷

Ciononostante, il coinvolgimento del Ministero del lavoro e quello delle casse mutue in questo tipo di pianificazione furono impossibili, a parte alcuni accordi minori, come la stipula di convenzioni tra casse mutue e ospedali per l'assistenza ambulatoriale. Veniva ricordato anche il fatto che le casse mutue spesso costruivano e disponevano di grandi centri ambulatoriali di ottima qualità in grado di fare concorrenza ai centri ospedalieri, non tanto nelle grandi città quanto nei comuni di medie dimensioni, che costituivano comunque la maggior parte dei centri abitativi italiani. La proposta di legge si occupava anche delle malattie sociali, degli incidenti stradali e delle più moderne preoccupazioni che il Ministero della sanità aveva espresso:

Abbiamo, in relazione alla medicina del traffico, sistemato nel modo migliore possibile il pronto soccorso, servizio oneroso per gli ospedali.

Abbiamo anche cercato di ingranare l'ospedale nelle malattie di carattere sociale. Voi sapete che con legge delegata del febbraio 1961 il ministero della sanità può intervenire in un certo numero di malattie sociali, secondo un primo elenco approvato dal Consiglio. A noi è parso che l'ospedale sia la sede più adatta per l'istituzione di centri per le malattie sociali. Purtroppo questi centri non sempre hanno corrisposto. Pensate ai centri tumori: l'anatomopatologo, il patologo, il ginecologo, il clinico, prima ne sono stati entusiasti, poi si sono tirati indietro: l'anatomopatologo ha preteso di esaminare i prelievi nel proprio istituto; il ginecologo ha mandato al centro prima l'aiuto, poi un assistente ed infine un assistente volontario... perciò urge la sistemazione dei centri di medicina sociale; se non lo facciamo adesso corriamo il rischio di disperdere centinaia di milioni di lire. Mancando una norma è chiaro che dobbiamo arrenderci alle iniziative individuali.²⁰⁸

Per quanto riguardava invece il personale ospedaliero, Cramarossa affermava che la proposta di legge non corrispondeva alle idee dei rappresentanti del CSS. Le istanze degli ospedalieri erano quelle di ottenere maggiore stabilità di carriera all'interno degli ospedali. Secondo i primari, l'avanzamento delle tecniche di laboratorio e operatorie richiedeva ormai tempi di formazione più lunghi rispetto al passato; quando un collaboratore o un aiuto veniva formato in maniera soddisfacente, per essere stabilizzato doveva partecipare a un concorso che, probabilmente, avrebbe vinto in un'altra sede, non garantendo alcun ritorno all'ospedale che l'aveva seguito negli anni. In commissione si vide che,

²⁰⁷ Ivi, p. 17.

²⁰⁸ Ivi, pp. 17-18.

tenendo conto del riscatto, possibile in termini di legge, degli anni universitari e del servizio militare, 45 anni di età potevano costituire un punto di arrivo per il pensionamento di un assistente, 55 per un aiuto. L'aiuto veniva concepito come un aiuto primario, ammettendo delle prove concorsuali collocate più avanti nella carriera e un riassetto dei concorsi stessi, valutati sulla base dei titoli piuttosto che sull'esito delle prove data l'età e l'esperienza maggiore dei concorrenti. Per i primari, la FIARO fu categorica nell'indicare i 65 anni come età di collocamento a riposo, che venne poi anche lungamente dibattuta nella discussione della legge nelle Commissioni parlamentari di Camera e Senato.

Per quanto riguardava invece il rapporto tra ospedali e case di cura, sembrò giusto adeguare ciò che già si faceva in alcuni istituti a tutti gli altri, cioè che l'amministrazione ospedaliera potesse far seguire dei reparti di pazienti paganti ai medici dipendenti: questo permetteva al personale ospedaliero (in particolare ai primari) di guadagnare di più, senza far loro abbandonare i reparti. Si trattava di compromessi necessari a evitare che i professionisti migliori, o quelli che desideravano guadagnare somme più alte, si rivolgessero al mercato privato e gli ospedali pubblici rimanessero vuoti²⁰⁹.

Oggetto di vivace discussione furono anche le rette ospedaliere: la FIARO fece presente che dall'entità di queste ultime scaturiva la misura del trattamento economico del personale, e che quindi erano necessari processi di attenta valutazione e di controllo da parte delle autorità pubbliche; il ministero della sanità dichiarava tuttavia di non partecipare al dialogo tra gli enti di assistenza malattie e le categorie sanitarie, e che anche gli ospedali erano fuori dalla sua gestione.

Cramarossa concludeva poi con l'augurio che questa proposta venisse modificata, discussa, ma non dimenticata: ricordava il suo progetto di legge sugli alimenti, varata nel 1952 ed approvata dieci anni dopo, il 30 aprile 1962. Ciò andava a detrimento della produttività e della sensazione di utilità dei funzionari, senza contare il fatto che il paese sentiva l'assoluta necessità di un ammodernamento della legislazione ospedaliera.

5.3.2 Il personale ospedaliero

Il dibattito in CSS si concentrò sulla questione del personale sanitario, in particolare sulle esigenze degli ospedalieri; così si esprimeva Cassano, che aveva fatto parte anche della commissione per la scrittura della legge:

Mi sembra che sia ancora degno di essere considerato tutto ciò che fu detto allora per rendersi conto della gravità dei passi che stiamo per fare. In sostanza il punto è questo: i giovani medici, i quali lavorano in ospedale, desiderano che un completo riconoscimento

²⁰⁹ Questo tipo di richieste da parte medica furono costanti nel tempo, e vennero portate avanti anche in occasione dell'attuazione della legge 833/1978: una delle condizioni poste all'accettazione della legge dai medici fu il mantenimento della possibilità di praticare la libera professione pur essendo dipendenti pubblici, così come la possibilità di praticare visite private intra moenia.

economico sia loro attribuito, anche per le entrate del futuro. È una esigenza più che umana, più che giusta, nessuno di noi potrebbe contraddirla. Il guaio è che per venire incontro, come noi stiamo per fare, a queste esigenze, trasformiamo completamente tutto ciò che è stato tradizionalmente il concetto, per me prezioso, di assistente e di aiuto di ospedale. E in quel concetto, l'idea di una carriera non c'entrava per niente.

I limiti di età (45 e 55 anni) stabiliti nella nostra Commissione per il collocamento a riposo degli assistenti e degli aiuti furono accettati sotto pressioni veramente spaventevoli a detrimento della selezione dei migliori, a cimentarsi sempre di più fino a salire di gradino in gradino fino a raggiungere l'apice della carriera.

Devo dire onestamente quale è il mio pensiero, quali sono le mie intime agitazioni. Io sono figlio di un vecchio ospedaliero, ho due fratelli primari ospedalieri, mio padre, prima della guerra, è andato in pensione come primario ospedaliero, dopo 40 anni di servizio ospedaliero, con 27 lire di pensione al mese! Posso quindi vivamente sentire il fato degli ospedalieri. Ho vissuto a Roma e ho frequentato le Sezioni del policlinico, che erano dirette dai primari che voi ricorderete. Ho visto cosa era la tradizione ospedaliera e cosa può essere quando sia fondata sul meccanismo della selezione.²¹⁰

Il timore era quello di creare problemi nel funzionamento degli ospedali, di confondere i ruoli tra aiuto, assistente e primario, svilire il lavoro degli ospedali per garantire le giuste garanzie economiche al personale. Secondo Cataldo, una possibile soluzione era quella di implementare gli ambulatori, ospedalieri o mutualistici (ovvero i luoghi di visita ma non di degenza): questi dovevano rappresentare una “via di drenaggio” dove incanalare una parte del personale degli ospedali, che poteva essere così pagato maggiormente dai pazienti o dalle casse mutue. Il medico di ambulatorio doveva però acquisire maggiore prestigio rispetto a quello di cui godeva, e gli ambulatori sarebbero dovuti diventare sempre più efficienti e sufficienti: si sarebbe così potuto avere dei primari di laboratorio, degli assistenti di laboratorio, automaticamente reclutati dal personale che lascia la corsia e che va a trovare anche la soddisfazione economica in un'attività mutualistica. Questa modalità aveva il vantaggio di garantire l'integrità delle carriere ospedaliere.

Sbagliato era, secondo il dibattito del CSS, cercare di uniformare gli usi dell'ospedale sul modello delle facoltà universitarie di medicina, il cui stato veniva dal Consiglio definito “decrepito” e “antidiluviano”. Collegato a questo concetto, vergognosa era anche la figura dell'assistente volontario, un giovane medico che associava il professore nel lavoro accademico e svolgeva anche lavoro clinico a supporto dell'attività dell'ospedale:

da essi noi esigiamo che entrino la mattina alle 8; a mezzanotte sono ancora negli istituti e il più delle volte debbono svolgere funzioni di pronto soccorso, di guardia interna. In nessun paese esiste questo vero schiavismo. [...]

Vi sono giovani che da 7-8 anni sono assistenti straordinari senza percepire un centesimo o partecipando alla ripartizione di qualche misera mollica di 4 o 5 mila lire al mese. [...]

Ora noi vogliamo l'assistente volontario; tutti ci rendiamo conto di quello che stiamo per fare. Il vero cinereo dell'ospedale sarà quell'assistente volontario, a cui non daremo un centesimo. L'assistente effettivo si sentirà ormai sicuro: avrà amicizie, parentele,

²¹⁰ Ivi, p. 36.

influenze politiche, aderenze ecc.²¹¹

Alcune tra le cause di questa situazione, che coinvolgeva anche gli aiuti, venivano chiarite da Ezio Silvestroni, ematologo, primario dell'ospedale Sant'Eugenio di Roma e portavoce, in questo caso, dell'Associazione dei primari ospedalieri. Il mantenimento protratto degli assistenti e degli aiuti nelle stesse posizioni impediva ad altri elementi, ormai maturi anche se più giovani, di ambire a quelle posizioni; e le posizioni stabili negli ospedali erano poche e tutti volevano una maggiore sicurezza di carriera, il che portava i dipendenti a protrarre la propria permanenza sperando di venire stabilizzati. La proposta dell'Associazione dei primari in merito era che venissero aboliti i limiti di età per poter partecipare ad altri concorsi, mentre a coloro che cessavano il servizio per questioni legate all'anzianità avrebbe dovuto essere data precedenza nelle assunzioni da altre procedure.

Un altro punto riguardava gli stipendi dei medici ospedalieri, anche primari. Silvestroni riportava la sua esperienza, ovvero la sua retribuzione relativa all'anno 1961: primario, aveva percepito uno stipendio di 800.960 lire (per un importo mensile corrispondente a circa 860 euro attuali) ed i proventi provenienti dalle casse mutue di 1.261.704 lire, sempre in un anno (corrispondenti a circa 1350 euro mensili attuali). Il compenso di un primario che lavorava in un grande ospedale romano si attestava quindi intorno alle 158mila lire mensili per 13 mensilità; ciò significherebbe, nelle cifre attuali, uno stipendio mensile di circa 2mila euro. Se questa era la situazione del primario, è evidente che le retribuzioni degli altri dipendenti ospedalieri dovevano essere più basse; quello che chiedevano, in questa circostanza, erano meno ritenute da parte delle casse mutue sui contributi per i compensi dei medici ospedalieri, che al 1961 erano al 20%.

Infermiere e ostetriche, poi, erano escluse dai proventi provenienti sia dalle casse mutue sia da paganti in proprio; l'età di pensionamento di queste categorie, fissata a 65 anni, era troppo alta, e d'altra parte le pensioni, una volta terminata l'attività lavorativa, troppo basse. La voce di questa categoria nel dibattito del CSS era portata da Flora Frittelli, una delle poche donne che facevano parte, in questi anni, dell'organo. Presidente della Federazione nazionale dei collegi delle ostetriche, direttrice responsabile dell'organo della federazione (il mensile Lucina) e presidente dell'Ente nazionale di Previdenza e Assistenza per le ostetriche, dichiarava in questa seduta che l'unica nota positiva per la categoria di cui era portavoce era una maggiore stabilità delle carriere. Richiedeva la compartecipazione ai proventi mutualistici per le ostetriche e un aumento di queste figure negli ospedali pubblici, proporzionalmente al numero dei posti-letto e al numero dei parti.

Germano Sollazzo, medico del Niguarda, professore dell'Università di Milano e supervisore dei lavori per la costruzione dell'ospedale di Sesto San Giovanni, oltre che membro del CSS, riconosceva la necessità di istituire il posto di ispettrice delle infermiere, col compito di tenere traccia di quello

²¹¹ Ivi, p. 37.

che succedeva negli ospedali nel campo dell'assistenza ausiliaria. Era profondamente contrario all'età del pensionamento di infermiere e ostetriche: tenute a un servizio notturno gravosissimo, secondo lui avrebbero dovuto essere collocate a riposo a non più di 45-50 anni.

Il CSS portò alcune proposte in merito alla questione del personale: innanzitutto, riteneva nocivo per la finalità culturale prolungare il servizio degli assistenti volontari fino a 10 anni, o addirittura oltre. Secondo il parere del Consiglio, se dopo quattro anni un assistente non riusciva a vincere un concorso, doveva lasciare il posto ad altri medici più giovani che aspiravano a perfezionare la loro preparazione professionale e scientifica: la durata massima proposta era quindi quella di quattro anni. Si proponeva inoltre che una parte dei proventi mutualistici venissero destinati agli assistenti ospedalieri, perché ciò era "umano e giusto": queste figure venivano indicate come quelle che facevano poi le storie cliniche, e avevano molte volte la maggiore responsabilità dell'assistenza ai malati perché passavano in ospedale la maggior parte della giornata. Tuttavia, in CSS si temeva che una norma del genere avrebbe potuto creare problemi alle amministrazioni ospedaliere; alla fine la norma non venne proposta, per evitare che la legge venisse boicottata per possibili problemi di bilancio; venne proposto invece lo stanziamento di una borsa di studio universitaria per queste figure, nonostante ciò per cui si voleva una remunerazione era l'attività clinica.

Si notavano problemi anche nei concorsi di primario; la situazione relativa a questi anni veniva definita "tristissima":

è notorio che le commissioni si creano su misura per far riuscire al concorso non il migliore, ma il protetto dell'amministrazione locale e dei partiti politici ivi dominanti. La proposta è che, all'interno della commissione, i due primari siano nominati dal Consiglio Superiore di Sanità, e l'altro per designazione dell'Associazione nazionale primari medici e possibilmente per elezioni.²¹²

Le proposte di modifica alle norme che si occupavano della nomina dei primari erano quattro, presentate, oltre che dalla commissione di esperti, anche dagli altri studi e proposte di legge che circolavano in Parlamento e al governo (alcune testimonianze riportano che ve ne fossero in circolazione diciotto). Le osservazioni dei lavori della commissione su questo punto venivano riportate in CSS da Cramarossa:

Egli fa osservare che le amministrazioni ospedaliere furono irremovibili nel sostenere la propria autonomia per la nomina delle commissioni giudicatrici. Cassano riconosce come vi siano delle amministrazioni-modello, che non si prestano a manovre per la nomina dei commissari, ma si tratta di eccezioni. [...]

Gli amministratori sono preda di pressioni locali, di interessi politici... Di solito tutto si riduce a un gioco imprevedibile di interferenze e di gare tra parlamentari; e qualche volta non mancano perfino i casi di corruzione per denaro.²¹³

Il CSS si preoccupava anche del fatto che si spendessero decine di milioni l'anno per i concorsi, e

²¹² ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, b. 93, *Seduta del 4 luglio 1962*, p. 308.

²¹³ Ivi, p. 314.

che gli esiti non fossero trasparenti era un danno per tutta l'amministrazione pubblica e, in ultima istanza, per le casse dello Stato. C'erano anche delle voci discordanti, che sostenevano il metodo della cooptazione: Corrado Corghi, presidente dell'Associazione ospedalieri dell'Emilia-Romagna, sosteneva che l'ente sceglieva un dipendente non soltanto sulla base degli esiti concorsuali o dei requisiti tecnici, ma anche in base ad altri requisiti di ordine morale, per motivi di carattere generale, geografico, e attitudinale. La sua proposta era invece che alle commissioni si aggiungessero primari ospedalieri di istituti della stessa categoria, raggruppando i concorsi su base regionale per risparmiare e ottenere maggiore obiettività. La testimonianza di Corghi, secondo la quale era auspicabile che le commissioni mantenessero una certa autonomia, era tuttavia minoritaria tra i membri del CSS:

Le malefatte non si verificano nelle grandi provincie, ma nelle piccole. Egli potrebbe portare tanti documenti... dai quali emerge l'illecita ingerenza del presidente dell'amministrazione e l'acquiescenza del primario ospedaliero che naturalmente è un suo dipendente. Si sente dire certe volte che si tratta di un concorso formale! [...]

Cassano condivide le preoccupazioni del prof. Turano, da lui peraltro espresse in seno alla commissione dei 18.

Ognuno di noi, egli dice, ha una dolorosa esperienza. Sono stato invitato a far parte di due commissioni per primariato ospedaliero e mi si è fatto intendere chiaramente che dovevo sancire una determinata scelta, già predeterminata. Per due volte sono stato escluso dalla commissione perché ho risposto che non avrei potuto accettare una cosa del genere. [...]

Noi stiamo giudicando sul piano strettamente tecnico; ma allorché questo disegno di legge, conclude Perrino, andrà in Parlamento, chi di voi può dire che i gruppi politici potranno consentire questa ferita inferta all'autonomia degli enti locali?²¹⁴

Nella legge del 1938 che normava queste situazioni, una delle figure che dovevano obbligatoriamente far parte della commissione concorsuale era il medico provinciale. I membri del CSS si chiedevano se non fosse il caso di modificare anche questo punto: invece del medico della provincia in cui il concorso aveva luogo, si poteva invece proporre un medico provinciale indicato dal Ministero della sanità. Ciò nonostante, la proposta su questo fu emendata.

Una questione importante sulla situazione del personale ospedaliero e delle regole d'accesso a tali posizioni venne affrontato da un'altra delle poche donne presenti nel consesso, Laura Gaviglio Sterbini, presidente della Federazione nazionale dei collegi delle infermiere professionali e delle assistenti sanitarie visitatrici. L'assistente sanitaria visitatrice, introdotta nel 1918, si occupava di medicina sociale e prevenzione sui territori, affiancandosi all'ostetrica e al medico condotto fino alla Seconda guerra mondiale, e negli anni del dopoguerra, prima del 1978, lavorava presso i Comuni, svolgendo le sue funzioni in collaborazione agli assistenti sociali. Laura Gaviglio Sterbini aveva un ruolo direttivo delle assistenti sanitarie visitatrici del comune di Roma, e si occupava di questioni legate al maggiore riconoscimento delle figure parasanitarie. Il CSS approvò, in aggiunta alla proposta del comitato di esperti, tre articoli riguardanti queste figure professionali. Si sancì l'accesso

²¹⁴ Ivi, pp. 325-326.

delle infermiere professionali ai ruoli interni agli ospedali pubblici tramite concorso, previo possesso di diploma professionale e con limiti di età al 35° anno, con eccezione delle infermiere già in servizio presso altri istituti ospedalieri, cliniche universitarie e altri enti pubblici nominate a seguito di pubblico concorso. Diverso era il caso per le assistenti sanitarie e le assistenti sociali che lavoravano presso cliniche universitarie: queste non erano riconosciute nelle cliniche universitarie e quindi non vi erano i relativi concorsi. Un'assistente sanitaria poteva fare servizio anche per 30 anni in una clinica universitaria senza avere il riconoscimento giuridico, ma il problema era fuori dall'ambito di tale proposta. Laura Sterbini Gaviglio ringraziava per l'aggiunta di questi articoli e chiariva

il pensiero della categoria professionale che non tiene ai concorsi per il personale infermieristico, ma a sancire il principio che l'infermiera professionale fa parte del personale di ruolo degli ospedali, e ad un posto di ruolo non si accede che mediante concorso.²¹⁵

In questi anni, le figure parasanitarie, anche femminili, reclamavano la legittimità di una posizione che fosse più riconosciuta, la cui carriera seguisse criteri chiari e godesse di retribuzione adeguata. La scarsità di queste professioniste, specialmente di quelle dotate di adeguata specializzazione²¹⁶, l'importanza del loro lavoro e la nascente consapevolezza di essere più di semplici aiutanti dei medici, ma di occuparsi di una professione a parte, con le sue regole e le sue caratteristiche separate, spingeva alla presa di parola per reclamare qualcosa che veniva percepito come conquistato di diritto attraverso il duro lavoro negli ospedali.

Sul punto delle retribuzioni, però, non si poteva trascurare il dissesto degli ospedali: a questo proposito, il direttore dell'INAM e membro del CSS Virginio Savoini proponeva di mantenere il criterio della retta unica per ciascun ospedale, secondo la formulazione: "le diarie per i malati non paganti in proprio sono stabilite in misura unica e devono comprendere..." per dar modo agli enti mutualistici di fare dei piani preventivi di spesa realistici. Allo stesso scopo proponeva che queste fossero deliberate dal consiglio di amministrazione dell'ospedale entro il 30 novembre per l'anno successivo.

Per Cassano, il problema che metteva in crisi i bilanci degli ospedali erano le case di cura. Oltre ai criteri meno stringenti che permettevano di snellire le procedure di apertura, visti gli obiettivi diversi rispetto agli ospedali, ciò che veramente creava problemi alle strutture ospedaliere erano i prezzi più bassi delle diarie. Essere curati in una casa di cura, all'inizio degli anni Sessanta, spesso costava meno rispetto all'ospedale, in particolare se si era pazienti paganti in proprio. Una proposta di risoluzione del problema proposta in questa sede era impedire legalmente agli enti mutualistici, adottato il criterio

²¹⁵ Ivi, p. 336.

²¹⁶ Il CSS continuava in questi anni a discutere ed approvare l'istituzione di scuole per infermiere professionali presso gli ospedali di tutta Italia, cercando di colmare il gap di cui soffrivano le amministrazioni ospedaliere, oltre che ad insistere perché avessero un'adeguata formazione, respingendo frequentemente proposte di sanatoria per chi aveva già un certo numero di anni di lavoro alle spalle.

della diaria unica dell'ospedale, di accettare diarie inferiori proposte dalle case di cura;

Nel Mezzogiorno si fanno addirittura degli appalti con dette case, come si fa per i lavori edili...²¹⁷

Il CSS riteneva comunque, che oltre la diaria, fosse necessario dare una disciplina chiara a questi istituti e, in particolare, i requisiti minimi a cui essi dovevano rispondere. Savoini riportava che l'INAM non faceva convenzioni con case di cura sprovviste di certi requisiti: ad esempio, a Catania 15 di queste strutture erano state escluse dalle convenzioni con l'INAM "nonostante tutte le pressioni" perché mancavano di gabinetto radiologico, di laboratorio analisi e delle attrezzature minime. La necessità di normare queste case di cura in maniera seria era riconosciuta come un'esigenza importante da parte di tutto il Consiglio; si era favorevoli anche ad espandere la normativa degli ospedali a queste strutture. Tuttavia, in particolare nell'Italia meridionale, a causa della carenza di ospedali e posti-letto, si era creata nell'autorità sanitaria locale una specie di giustificazione nell'accettare case di cura con criteri più blandi rispetto che altrove. Ciò costituiva, secondo il Consiglio, una specie di circolo vizioso: una volta convenzionate le case di cura, sostitutive dell'ospedale, queste strutture finiscono con l'assorbire la funzione ospedaliera, con modalità più congeniali al pubblico:

Naturalmente la popolazione, anche quando c'è l'ospedale, preferisce le case di salute perché ad esempio c'è il libero accesso in qualsiasi ora del giorno a parenti e amici dei ricoverati; quando si mette piede in queste case di salute si vede tanta gente accampata intorno ai letti, mentre le corsie degli ospedali sono vuote. Certe case di cura sono capaci di offrire l'assistenza per una diaria qualche volta inferiore di un terzo e anche metà delle diarie ospedaliere...

In una città meridionale, si è detto che ormai non si sarebbe sentito più il problema dell'ospedale, perché c'erano queste case di salute. L'iniziativa privata poteva cioè supplire alla carenza ospedaliera.²¹⁸

Nonostante la volontà di normare queste strutture, Savoini metteva in guardia i membri del Consiglio Superiore: indicare il costo di un malato in una di esse significava sfavorire gli ospedali, perché quella sarebbe diventata la retta minima sul mercato. Gli ospedali non sarebbero stati in grado di eguagliare le cifre richieste dalle case di cura, innanzitutto perché i loro ruoli erano più ampi e avevano funzioni diverse; e poi perché le case di cura, avendo un regime privato, non erano vincolate a tutta una serie di norme relative al personale che invece caratterizzavano gli ospedali. La premessa essenziale per le case di cura doveva invece essere quella del possesso di certi requisiti.

Il CSS faceva comunque notare, nel suo parere tecnico alla conclusione del dibattito, che nel disegno di legge proposto alla sua attenzione non si faceva cenno al problema di armonizzare il lavoro degli

²¹⁷ Ivi, p. 337.

²¹⁸ Ivi, p. 338.

ospedali e quello dei servizi mutualistici e poneva al ministro della sanità il bisogno di esaminare questi problemi, considerandoli imprescindibili per il progresso degli ospedali italiani. Il CSS riconosceva che il disegno di legge rispondeva in linea di massima alle esigenze dell'assistenza ospedaliera, ma vi trovava delle carenze sintetizzabili in: mancati aggiornamenti sul trattamento economico del personale; mancato disciplinamento delle case di cura private, auspicando che il ministero della sanità elaborasse un progetto di legge in merito entro l'anno; che i maggiori oneri per impegni di carattere sociale, didattico ed educativo che il disegno conferiva agli ospedali fossero assunti dal ministero; il mancato coordinamento del disegno di legge con gli enti regione, costituzionalmente previsti e in via di attuazione; l'installazione di un eliporto almeno presso gli ospedali centrali, considerate le "disastrose condizioni di viabilità" di alcune città. Infine, proponeva di

Tenere conto della sentita esigenza di un esame generale della politica sanitaria che, prendendo l'avvio dall'intento moderatamente innovatore espresso nel disegno di legge in questione, consenta di giungere alla formulazione di una legge che abbia le caratteristiche di legge-quadro, la quale, nell'unità di una disciplina generale, interpreti le specifiche esigenze e abbia come obiettivo di fondo la più alta qualificazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera, adeguandola alle richieste del progresso scientifico. La legge-quadro dovrebbe consentire una programmazione degli interventi che permetta di adeguare qualitativamente e quantitativamente la rete ospedaliera del Paese; di eliminare le presenti sperequazioni territoriali; di istituire una sezione di credito ospedaliero mediante il quale dare rapida e consistente attuazione ai piani di sviluppo delle diverse istituzioni; di individuare nel Consiglio Regionale di sanità lo strumento più idoneo per elaborare ed attuare la programmazione in campo sanitario.

In ordine, infine, alle specifiche esigenze del personale sanitario, ritiene di dover raccomandare all'on.le sig. ministro per la sanità che trovino accoglimento in un organico dispositivo di legge le richieste volte ad ottenere: maggiori e più proprie responsabilità nella direzione dei servizi; più adeguato trattamento economico e più equa partecipazione agli utili; stato giuridico; i principi e criteri generali cui gli enti ospedalieri, secondo il raggruppamento e il tipo di ospedale, dovrebbero attenersi nello stabilire gli stipendi o i proventi – entro limiti minimi e massimi.²¹⁹

Si tratta di un parere speranzoso e altisonante, ma l'effettiva legge-quadro non arrivò perlomeno fino al 1968. L'unica proposta di legge sulla materia ospedaliera approvata dal Parlamento negli anni precedenti fu infatti la legge 30 maggio 1965, n. 574, *Modificazioni e integrazioni alla legge 3 agosto 1949, n. 589, in materia di edilizia ospedaliera*, che elimina i limiti economici e di popolazione cui erano sottoposti i progetti ospedalieri per ottenere il contributo statale nello stipulare i finanziamenti necessari alla loro edilizia con la Cassa depositi e prestiti²²⁰.

²¹⁹ Ivi, pp. 365-366.

²²⁰ Atti parlamentari, Camera dei deputati, IV legislatura, Documenti, Disegni di legge e relazioni – *Disegno di legge n. 2115, Modificazioni alla legge 3 agosto 1949, n. 589*, p. 2.

5.3.3. La legge Mariotti

L'effettiva legge di rinnovamento del settore fu la legge *Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera*, ricordata come legge Mariotti dal nome del ministro della sanità in carica.

Dopo il parere del CSS, venne costituita in ambito ministeriale un'ulteriore commissione per la Riforma ospedaliera, che quindi risulta essere perlomeno la seconda incaricata di analizzare a fondo il problema.²²¹ Questa commissione fu presieduta da Achille Mario Dogliotti²²² e lavorò tra il maggio e l'ottobre del 1964. Uno dei punti principali evidenziati dalla Commissione ministeriale coincideva con il parere del CSS: la necessità di unificare la normativa e le dipendenze degli ospedali. Non era più possibile infatti che essi dipendessero dagli enti più disparati e che questo li sottoponesse a normative diverse, con pazienti che si potevano aspettare trattamenti diversi a seconda dei luoghi in cui venivano ricoverati. Dei punti che causarono profonde opposizioni furono la nazionalizzazione del comparto ospedaliero, cui si oppose in particolare il ministero dell'Interno; la trascuratezza dell'apporto cattolico nel settore, che si manifestò in alcune lettere di protesta inviate al Presidente del Consiglio in carica, Aldo Moro; e nell'opposizione dell'Ordine dei medici, nonostante alcuni suoi membri concedessero fiducia alla proposta di legge, a causa dello smantellamento di alcune prerogative vantaggiose riservate alla classe medica, in particolare la negazione dell'esercizio della libera professione per i dipendenti ospedalieri²²³. Non veniva messa in dubbio l'utilità delle case di cura private e ne veniva anzi incentivata la costruzione, "poiché ancora la rete pubblica non è in grado di soddisfare i crescenti bisogni dell'assistenza ospedaliera"²²⁴.

La legge Mariotti si configurò comunque come la vera legge di rinnovamento del settore, e stabilì dei criteri che passarono poi quasi immutati nella legge 833/1978, nonostante venne ridimensionata rispetto ad alcune proposte iniziali. Le maggiori innovazioni della legge furono rappresentate dall'estensione del diritto all'assistenza ospedaliera a tutti i cittadini, dal finanziamento a carico dello

²²¹ S. Luzzi, *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, op. cit., p. 227.

²²² Torino, 1897-1966. Cardiocirurgo, tra i pionieri della cardiocirurgia in Italia, contribuendo a perfezionare le tecniche operatorie del cuore-polmone artificiale, della circolazione extracorporea e dell'ipotermia controllata, ottenendo risultati innovativi in ambito mondiale. Professore universitario dal 1938, insegnò presso le università di Modena e Reggio Emilia, Catania e Torino.

²²³ S. Luzzi, *Salute e sanità nell'Italia contemporanea*, op. cit., pp. 228-229.

²²⁴ Atti parlamentari, Camera dei deputati, IV legislatura, Disegni di legge e relazioni, *Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera*, 22 giugno 1966, p. 7. I posti letto disponibili a tale data erano infatti ancora insufficienti, in particolare al Sud e per le malattie croniche e la riabilitazione medico-sociale:

	Quoziente standard	Quoziente nazionale	Italia settentrionale	Italia Centrale	Italia meridionale
Per malati acuti	4-5 posti letto	4,28	5,46	4,98	2,50
Per malati cronici	2 posti letto	0,50	0,82	0,59	0,07
Per convalescenti	2 posti letto	0,04	0,07	0,03	0,003
Per malati mentali	2 posti letto	1,72	2,02	1,85	1,28

Stato del debito degli ospedali e dalla responsabilità regionale nella programmazione sanitaria²²⁵. La classificazione degli ospedali venne basata su diverse categorie: vennero istituiti gli ospedali di zona, provinciali e regionali in base all'area di affluenza, ma venne introdotta l'ulteriore suddivisione tra gli ospedali generali (dotati di reparti di medicina generale, chirurgia generale e di specialità) e ospedali specializzati, che invece provvedevano alla cura di malattie che rientravano in una o più specialità riconosciute. Veniva ammodernata molto invece la gestione amministrativa degli ospedali. Nel 1938 le figure responsabili erano individuate nel direttore sanitario e nei primari dei reparti; con la legge 12 febbraio 1968, n. 132 l'articolazione della gestione veniva arricchita e precisata: venivano istituiti il consiglio di amministrazione, il presidente, il collegio dei revisori e il consiglio sanitario centrale, che avevano compiti di controllo, coordinamento e gestione finanziaria. Venivano così separate definitivamente le competenze cliniche da quelle gestionali, nonostante le cariche venissero ricoperte in ogni caso da medici²²⁶. Al consiglio di amministrazione veniva attribuito il compito di determinare lo statuto e i provvedimenti relativi al governo dell'ente ospedaliero, deliberando a maggioranza; il collegio dei revisori, con compiti di vigilanza, comprendeva anche un rappresentante dei ministeri del Tesoro, della Sanità e del Lavoro e previdenza sociale, oltre che un rappresentante della giunta regionale, quando attivata. Tra i compiti del consiglio di amministrazione vi era anche quello di determinare l'entità della retta giornaliera di degenza, determinata sul costo dell'assistenza ospedaliera complessiva erogata, comprendendo quindi tutte le spese coinvolte nella cura di un malato. In questa legge si predispose anche il Fondo Nazionale Ospedaliero, accogliendo una proposta che circolava da anni tra gli addetti ai lavori: l'entità dello stesso era stabilito annualmente sulla base delle esigenze espresse dagli ospedali e dalla legge ordinaria di bilancio. Continuava con questa legge ad essere concessa agli ospedali la possibilità di contrarre mutui con la Cassa depositi e prestiti e da enti e istituti pubblici. Il personale continuava ad essere distinto in primari, aiuti e assistenti, come nella legge Petragliani del 1938, assunti tramite pubblico concorso per titoli ed esami. Già nel dibattito alla Camera la possibilità di svolgere la libera professione venne restituita agli ospedalieri. La proposta subì un fuoco incrociato sia dai comunisti, che si indignavano della scarsa innovatività della riforma, temendo che ci si limitasse a una superficiale revisione delle questioni principali ritardando la legge-quadro della sanità italiana; sia dai rappresentanti del partito liberale, del MSI e del Psiup, che denunciavano una sovietizzazione della riforma, di cui la DC si rendeva responsabile avallando le proposte del ministro socialista Mariotti.²²⁷ La proposta di riforma del settore incontrò inoltre ostacoli e resistenze nelle gerarchie ecclesiastiche, spingendo il presidente

²²⁵ Legge 12 febbraio 1968, n. 132.

²²⁶ Questo elemento verrà indicato, negli anni Novanta, come uno dei fattori di fragilità nella gestione ospedaliera: l'assenza di competenze specifiche, economiche e gestionali, di chi li dirigeva, secondo alcuni analisti predisponendo gli ospedali a una cattiva gestione amministrativa e a problemi di bilancio.

²²⁷ Atti parlamentari, Camera dei deputati, IV legislatura, *Discussioni*, Roma 1968, p. 33765.

della Conferenza Episcopale Italiana, il cardinale Giovanni Urbani, a scrivere una lettera ad Aldo Moro in cui cercava rassicurazioni sul mantenimento della tutela degli ospedali dipendenti dagli enti ecclesiastici; rassicurazioni che il Presidente del Consiglio fornì attraverso una dichiarazione di intenti della difesa degli interessi delle Opere pie²²⁸. Anche l'ACIS ricevette note e appunti provenienti dall'ARIS (Associazione Religiosi Istituti Ospedalieri) in cui si richiedeva di prevedere la conservazione della categoria di ente religioso, di natura intermedia tra ospedale pubblico e casa di cura privata, che fosse prevista la possibilità per gli ospedali religiosi di consorziarsi, a tutela delle piccole realtà e che fosse in ogni caso esclusa la qualificazione privatistica per "l'assenza dei fini di lucro" da parte degli enti religiosi ospedalieri. La principale fonte giuridica a cui si appellava l'associazione era il Concordato del 1929, affermando la preminenza di quello sulle modificazioni successive, a meno di decreto presidenziale, previo parere del Consiglio di Stato e ulteriori accordi tra Stato e Chiesa.²²⁹ La riforma inoltre passò attraverso fortissime resistenze, anche interne ai ministeri stessi, a tutela anche del sistema delle IPAB, di cui si prevedeva un indebolimento; tale sistema trovò infatti il suo svuotamento maggiore con l'istituzione delle regioni e, in particolare, con il D.P.R. 24 luglio 1977 n. 616, che attribuiva alle regioni stesse tutte le competenze relative al settore socio-assistenziale.²³⁰ A tutela del sistema delle opere pie e delle IPAB, quindi, alcune voci di resistenza si levarono nel corso degli anni Sessanta:

In particolare, sul punto in esame, i ministeri concertanti – pur rendendosi conto dell'esigenza di potenziare la rete ospedaliera e di migliorare la distribuzione dei pubblici ospedali, a diversi livelli funzionali, nonché della necessità di dare una disciplina uniforme agli enti che esercitano l'attività ospedaliera – ritengono che tali finalità possono essere più agevolmente perseguite utilizzando l'attuale organizzazione che si fonda sulle Istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza. Il 94% degli attuali ospedali appartiene, infatti, a tali enti; sicché, si ritiene che sconvolgere l'attuale sistema vigente con un complesso di fusioni, trasformazioni e soppressioni – che a parte tutto non sarebbero di agevole realizzazione – significherebbe aggravare le spese generali di amministrazione, obliterare l'originaria nascita delle istituzioni stesse da liberalità private, dirette alla costituzione di enti con finalità sociali e benefiche in contrasto con il favore e il rispetto che l'ordinamento ad esse riserva, scoraggiare le iniziative di altre liberalità a favore delle stesse istituzioni.²³¹

In ogni caso, si trattò di resistenze che dovettero progressivamente cedere di fronte alle esigenze di riorganizzazione del settore. La sensazione è che la riforma fu rimandata per vari motivi: questo genere di opposizione, la dipendenza dai processi politici di avvicinamento tra socialisti e

²²⁸ S. Luzzi, *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, op. cit., p. 230.

²²⁹ ACS, ACIS, b. 110, *Istanze ospedali enti religiosi*, ottobre 1965.

²³⁰ La vita delle IPAB non finì tuttavia a questo punto: nel 1988 la Corte Costituzionale dichiarò illegittimo l'art. 25 di tale decreto; negli anni Novanta essi divennero Aziende di Servizi alla Persona (Asp) e, dopo il 2003, approdarono alla condizione di persone giuridiche di diritto privato. Cfr. A. Mari, *La pianificazione dei servizi sociali*, Ipsa, Milano 2003, pp. 79-104.

²³¹ ACS, ACIS, *Piccola riforma ospedaliera*, febbraio 1964.

democristiani, l'incertezza sull'istituzione di una riforma assistenziale e sanitaria complessiva. Tuttavia, la riforma ospedaliera del 1968 fu a un certo punto non più prorogabile a causa dell'arretratezza del settore, che strideva sempre più con una società che diventava progressivamente più moderna.

Nei resoconti parlamentari, i limiti principali individuati in questa legge, che venne sin dall'inizio interpretata come la prima pietra della costruzione della riforma sanitaria complessiva, furono la mancata realizzazione dell'ordinamento regionale e l'ancoramento a un "sistema assicurativo e previdenziale non più rispondente a determinati obiettivi finali."²³² Gli anni Sessanta, infatti, si caratterizzarono per una progressiva presa di consapevolezza della necessità di cambiamento del sistema assistenziale italiano, e in generale della sempre maggiore disponibilità a guardare l'individuo come detentore di diritti personali, ad allentare il controllo e la disciplina sociale.²³³ Non si può trascurare l'osservazione che questo fu anche il decennio delle più significative conquiste sindacali, della messa in discussione del monopartitismo al governo e di un meno rigido inquadramento sociale, e nell'ambito privato dei primi segnali di un maggiore benessere e liberalizzazione dei costumi. Dal punto di vista culturale, ciò era coerente con l'esigenza di una maggiore efficienza delle politiche pubbliche: in questo senso, era sempre più inaccettabile la mancata attuazione dell'articolo 32 della Costituzione, che garantiva la tutela della salute in quanto fondamentale diritto dell'individuo.

Va anche notato un ultimo elemento: nella strada verso una più chiara ristrutturazione del settore era necessario poggiare su solide basi tributarie e fiscali, di cui la nazione non era ancora fornita. Presso il ministero delle Finanze nel 1963 lavorava un Comitato per l'attuazione della riforma tributaria, con gli obiettivi di riordinare l'intera materia fiscale nazionale, caratterizzata da arretratezza e confusione.²³⁴ Tra gli enti coinvolti nell'analisi della situazione e nella progettazione lavorava anche il Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL), che si espresse sulla tutela sanitaria, sulle coperture fiscali del nuovo sistema assistenziale ed anche sulla situazione ospedaliera. Innanzitutto, il CNEL si dichiarava a favore di una netta distinzione finanziaria tra sistema previdenziale e sistema assistenziale, nell'ambito del quale l'assistenza sanitaria doveva essere a prestazione diretta piuttosto che a rimborso. Riconobbe anche l'apporto degli istituti previdenziali nella costruzione di nuovi ospedali e nella gestione di ambulatori per malattie specifiche come la tubercolosi. Sugeriva quindi che gli enti assistenziali potessero ancora assumere iniziative nella costruzione di nuove strutture, purché giustificate da particolari carenze.²³⁵ Si proponeva che gli enti

²³² Atti parlamentari, Camera dei Deputati, *Discussione del disegno di legge Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera e delle concorrenti proposte di legge*, Seduta del 26 aprile 1967, p. 33757.

²³³ G. Crainz, *Storia d'Italia dal dopoguerra a oggi*, op. cit., pp. 319-340.

²³⁴ Ministero del Bilancio, *La riforma del sistema tributario*, in Cesare Cosciani (a cura di), *La riforma fiscale in Italia*, Franco Angeli Editore, Milano 1967, p. 18.

²³⁵ CNEL, *Osservazioni e proposte sulla riforma della previdenza sociale*, in *La riforma fiscale in Italia*, op. cit., pp. 313-315.

previdenziali gestissero in maniera autonoma detti presidi, mentre quando si verificassero deficienze in determinate zone si incentivava la possibilità di stringere convenzioni con ambulatori privati e case di cura. Si proponeva inoltre la presenza di rappresentanti di tali enti nei consigli di amministrazione degli ospedali, proposta che non troverà però attuazione nella legge di riforma del 1968²³⁶. Il CNEL proponeva comunque, a riguardo di ospedali e strutture sanitarie, un'organizzazione supervisionata dallo Stato, che si doveva occupare anche di razionalizzare le risorse in modo da finanziare maggiormente le zone meno progredite e da livellare l'offerta sanitaria nazionale. Alcune proposte minoritarie all'interno dell'organo erano favorevoli a una gestione nazionalizzata di tali servizi, e in via subordinata alla creazione di un ente ospedaliero a carattere nazionale con compiti di coordinamento e controllo, in linea con alcune idee di parte socialista che non trovarono posto nella normativa finale.

Il clima in cui questa riforma venne portata a termine era un clima di fermenti sociali che cominciavano a trovare spazio nell'Italia di un maggiore benessere, in linea con la stagione delle contestazioni e con altre rivendicazioni, come quella psichiatrica²³⁷ e delle lotte sociali per la salute e della democratizzazione della medicina, che rivendicavano un'organizzazione più orientata al cittadino e al lavoratore. Tuttavia, è necessario anche osservare che, a seguito della legge Mariotti, tra il 1969 e il 1974 la spesa ospedaliera si triplicò, con incrementi medi annui del 24,6%: ciò determinò, nel breve periodo, un repentino ulteriore indebitamento degli enti mutualistici nei riguardi degli ospedali che, al 31 dicembre 1973, vantavano crediti per 3.000 miliardi (contro i 300 del 1969), giungendo a un collasso per esposizione nei confronti degli istituti bancari e dei fornitori.²³⁸

Molte categorie, tra l'altro, avevano la speranza di trarre dal rinnovamento degli ospedali dei vantaggi immediati: le casse mutue speravano di far fronte al deficit che derivava in modo crescente dai costi ospedalieri; i medici, stanchi del precariato ospedaliero, intravedevano nella riforma un modo per sanare la propria posizione occupazionale; i partiti governativi e il CNEL individuavano negli ospedali la maggiore urgenza di riforma, la più semplice realizzazione, i minori costi; la Dc intravedeva inoltre la possibilità di "appropriarsi immediatamente di una più congrua quota di spoglie sottogovernative in seno agli enti ospedalieri".²³⁹

²³⁶ Legge 12 febbraio 1968, n. 132, Titolo II, art. 9: molto più spazio venne dato ai rappresentanti regionali e, in minor misura, comunali, che trovarono posto nei consigli di amministrazione degli ospedali nel numero rispettivamente di sei e uno.

²³⁷ Cfr. ad esempio J. Foot, *La Repubblica dei matti. Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia. 1961-1978*, op.cit., pp. 23-27; G. A. Maccacaro, *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976*, Feltrinelli, Milano 1979; F. Carnevale, "La salute non si vende". *La stagione delle lotte per la salute dei lavoratori in Italia, 1961-1978*, in *Rivista sperimentale di freniatria*, 2018/2, FrancoAngeli, Milano, pp. 105-120.

²³⁸ G. Vicarelli, *La politica sanitaria tra continuità e innovazione*, in *Storia dell'Italia repubblicana, III, L'Italia nella crisi mondiale. L'ultimo ventennio*, 3.2, Einaudi, Torino 1997, p. 589; cfr. anche M. Ferrera, *Il welfare state in Italia. Sviluppo e crisi in prospettiva comparata*, op. cit., p. 230: "il solo piccolo inconveniente della riforma – ha osservato Salvati (1978) fu che i costi ospedalieri triplicarono in 5 anni."

²³⁹ Ivi, p. 587.

La legge, risultato di numerosi compromessi e bilanciamenti, riusciva a svincolare la normativa dall'interpretazione assistenziale: sostanzialmente le modifiche del 1889 e i decreti del 1938 avevano solo marginalmente modificato l'impostazione degli ospedali italiani, che fino a questo momento continuavano la lunga tradizione europea delle opere pie.

Con l'istituzione degli enti ospedalieri ogni cittadino si vede riconosciuto il diritto soggettivo al ricovero in una struttura dotata di una propria autonomia amministrativa e organicamente collegata al proprio contesto territoriale, essendo il Cda quasi esclusivamente composto di soggetti eletti dalle autonomie locali (regione, province e comuni). La programmazione regionale e nazionale avrebbe segnato le linee di sviluppo del settore, in cui i medici si vedono attribuito un preciso stato giuridico e il ministero della Sanità un potere diretto.

Ciò nonostante la riforma si dimostra coerente con i molti interessi che l'hanno sostenuta. Il personale medico, ad esempio, ottiene per legge il "tempo definito", mentre l'amministrazione avrebbe potuto solo "su richiesta del medico consentire il tempo pieno". A parte questa vittoria, che introduce la flessibilità del rapporto di lavoro, i medici riescono a entrare numerosi nel nuovo servizio pubblico, con criteri universalistici di ammissione e con una retribuzione più adeguata. I partiti di governo, dal canto loro, nel posticipare ogni strumento di programmazione e di controllo piegano ai propri interessi le strutture ospedaliere, sia attraverso l'eccessivo localismo degli interventi (potenziando, ad esempio, indiscriminatamente i servizi o duplicandoli), sia attraverso il carattere partitico o comunque scarsamente tecnico della scelta dei membri del cda.

Si vedrà successivamente come negli anni Settanta la riforma attirerà molte critiche, soprattutto per l'aumento dei costi che determinò; questa riforma non risolse nemmeno la dinamica di ricorso ai prestiti presso gli istituti bancari da parte degli enti ospedalieri per far fronte alle spese correnti.²⁴⁰ Nel 1974, sei anni dopo la riforma Mariotti, il centro studi sulle spese sociali della DC registrava ancora una situazione di questo tipo:

La spesa sostenuta nell'esercizio 1974 dai 1.113 ospedali pubblici, per rate di ammortamento di mutui (oltre 18 mesi), è stata di 4 miliardi per capitali ed interessi. Calcolando un interesse medio del 5% (per alcuni mutui parte dell'interesse è a carico dello Stato) e capitalizzando per una durata media di 15 anni si può desumere che l'onere complessivo da corrispondere nell'arco dei prossimi 30 anni ammonta a circa 660 miliardi, di cui 430 per capitale e 180 per interessi.²⁴¹

Molte questioni, quindi, ed anche sostanziali, erano rimaste irrisolte anche ben dopo la riforma ospedaliera del 1968: del resto, questa rappresentava solo il primo passo della riorganizzazione del

²⁴⁰ Era abitudine infatti degli ospedali per tutto il dopoguerra ricorrere al prestito privato per sopperire ai ritardi dei rimborsi mutualistici e al sottofinanziamento. Cfr. a questo proposito il già citato S. Leo, *Una storia di debiti. Inam, casse mutue e ospedali tra gli anni Cinquanta e Settanta*, in *Italia Contemporanea*, op. cit., pp. 43-70.

²⁴¹ Istituto Sturzo, Archivio Andreotti, Serie Governo, Il Governo Andreotti, b. 801, Federazione Italiana Associazioni Ospedaliere, *Consolidato dei mutui contratti dagli enti ospedalieri al 31/12/1974*.

settore. Vale la pena ricordare anche le parole di Severino Delogu, che nel 1967 auspicava modifiche del settore in linea con una maggiore modernità:

L'estendersi dell'assistenza mutualistica e previdenziale e la sua evoluzione verso sistemi di sicurezza sociale, sollecitati nel nostro paese per il settore sanitario dal precetto costituzionale che riconosce il diritto alla tutela della salute per tutti i cittadini, impongono la scelta di nuovi criteri.

L'ospedale moderno ha una precisa funzione pubblica che lo qualifica come un'azienda comunitaria, fulcro dell'organizzazione sanitaria, parte di un sistema generale di sicurezza sociale. Una moderna disciplina giuridica deve tendere a realizzare questo tipo di organizzazione, che comporta corrispettivamente una programmazione ospedaliera, un finanziamento pubblico del sistema, un suo costante controllo democratico, una razionale definizione dei problemi organizzativi e funzionali, una opportuna collocazione ai diversi livelli del personale ed una precisazione delle sue funzioni e responsabilità, dei suoi diritti e dei suoi doveri. Ciò consentirebbe infine di promuovere per questa via la riforma dell'intera organizzazione sanitaria e previdenziale.²⁴²

Tuttavia, Delogu lamentava che, anche quando i bisogni erano abbastanza chiaramente individuati, l'azione dei diversi governi repubblicani era stata carente e condizionata dagli interessi delle caste dominanti all'interno dell'organizzazione ospedaliera. Uno dei problemi principali e più indegni, quello della stabilità di carriera per i medici aiuti e gli assistenti ospedalieri, non era stato risolto nel corso di due intere legislature, e alla terza erano state necessarie continue contestazioni di piazza. Il disegno di legge predisposto, poi, aveva deluso tutte le aspettative, e in particolare quelle di chi si aspettava che la riforma incidesse nella struttura del sistema ospedaliero innovandolo profondamente. Secondo la prospettiva degli osservatori di sinistra, il disegno di legge Mariotti aveva ben individuato i punti chiave dell'imminente riforma ospedaliera. Si prevedevano infatti:

- la completa pubblicizzazione dell'organizzazione ospedaliera mediante la costituzione di enti ospedalieri comunali, provinciali e regionali a seconda del livello delle istituzioni da amministrare;
- la democratizzazione di questi enti che sarebbero stati amministrati da organi eletti rispettivamente dai Consigli comunali, provinciali e regionali;
- il finanziamento pubblico dell'attività ospedaliera mediante la costituzione di un fondo nazionale ospedaliero alimentato dal patrimonio degli enti previdenziali e dalle quote destinate dallo stato al rimborso delle rette dei comuni ed al finanziamento degli investimenti;
- l'unificazione sotto la responsabilità degli ospedali di tutta l'attività di medicina specialistica attualmente esercitata dagli enti previdenziali;
- la programmazione a livello nazionale e regionale di tutti gli interventi necessari a migliorare le condizioni qualitative e quantitative della rete ospedaliera.²⁴³

Nel disegno di legge definitivo invece, definito "il brutto risultato di un difficile compromesso" approvato dal Consiglio dei Ministri²⁴⁴, manteneva tra i suoi obiettivi primigeni praticamente

²⁴² S. S. Delogu, *Sanità pubblica, sicurezza sociale e programmazione economica*, op. cit., pp. 132.

²⁴³ Ivi, p. 133.

²⁴⁴ Ibidem. Non solo le sinistra riconoscevano profonde differenze tra il progetto di legge iniziale e quello

soltanto la programmazione ospedaliera, comunque largamente criticata dalle Commissioni parlamentari per gli affari costituzionali e per gli affari interni; ne risultava una legge svuotata, in larga misura, della sua innovatività. Ricordando che si tratta dell'opinione di una precisa parte politica, quella comunista, si ricordano quali erano le maggiori critiche che venivano mosse alla riforma in questione:

Non si dà luogo più alla costituzione degli enti ospedalieri ma soltanto alla democratizzazione dei Consigli di amministrazione delle opere pie; l'attività medico-specialistica non viene unificata con l'attività ospedaliera e continua a rimanere di competenza degli enti previdenziali; il fondo nazionale ospedaliero viene ridotto a una piccola dotazione, neppure sufficiente a risolvere i bisogni di attrezzature che dovrebbero essere soddisfatti per realizzare una profonda opera di rinnovamento qualitativo dei singoli ospedali.

La battaglia contro una vera riforma ospedaliera ha ottenuto risultati che sembravano impossibili; si sono potute realizzare le alleanze più strane e inaspettate. Così i medici, preoccupati di ridurre i loro guadagni, sono diventati i naturali alleati degli enti previdenziali naturalmente poco propensi a cedere agli ospedali le competenze ed il potere che esercitano nel settore della medicina specialistica; i clinici universitari hanno solidarizzato in nome di ideali comuni con i primari ospedalieri; i ministri del Lavoro, dell'Interno, della Pubblica istruzione hanno fatto blocco contro il trasferimento delle competenze al ministero della Sanità.²⁴⁵

Si trattava, in ogni caso, solo del primo passo verso una riorganizzazione più profonda del settore: si continuava ad aspettare la riforma, sperando che risolvesse tutti i nodi rimasti irrisolti. Rimandare, quindi, continuava ad essere la strategia di fondo della politica italiana, che con la legge Mariotti aveva accontentato delle spinte e trovato dei compromessi, ma non aveva trovato soluzioni definitive.

definitivamente approvato, che risultavano molto diversi.

²⁴⁵ Ibidem.

Capitolo 4

Il lavoro del CSS: 1970-1978

4.1 I cambiamenti degli anni Settanta

Il periodo che va dal 1970 al 1978 è caratterizzato, nei lavori del Consiglio, da un ulteriore ridimensionamento delle discussioni relative ad acquedotti, opere igieniche ed edilizia ospedaliera, ma anche di quelle delle grandi campagne vaccinali sulle più importanti malattie infettive dei decenni precedenti; acquisivano invece maggiore importanza temi come i requisiti di formazione del personale sanitario, l'inquinamento ambientale, le discussioni relative alle nuove proposte di organizzazione della sanità territoriale, gli aggiornamenti sui prontuari terapeutici mutualistici. Rimanevano importanti le questioni relative alla farmaceutica, alle malattie sociali, ai concorsi ospedalieri. I temi più legati al clima della ricostruzione e della tutela sanitaria di una popolazione povera, insomma, lasciavano spazio a problemi da Paese più avanzato, in linea con il clima di rinnovamento che finalmente porterà, negli anni '70, a una generale riorganizzazione del comparto sanitario del Paese, a lungo attesa e discussa e mai realizzata negli anni precedenti. La normativa riguardante il CSS rimase stabile fino agli anni Ottanta, quando vennero riorganizzate le sezioni costitutive del Consiglio¹, le cui sottosezioni vennero denominate comitati²; nel decennio degli anni Settanta, il CSS continuò a lavorare quindi con la struttura ereditata dalle leggi del 1961 e del 1968. Nel 1970, in occasione della rielezione alla carica di presidente di Pietro Valdoni³ e di vice-presidenti Di Mattei, farmacologo, e Giovanardi, igienista, intervenne nella seduta Camillo Ripamonti. Quest'ultimo, ministro della sanità del secondo Governo Rumor, democristiano, ricordava lo stretto

¹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Atti, b. 3, *Decreto comitati CSS del Ministro della Sanità e Decreto del Presidente della Repubblica sulla nomina dei componenti Consiglio Superiore di Sanità*, 15 marzo 1985.

² Nella Sezione I vennero istituiti i Comitato I – Affari generali, malattie infettive e diffuse dell'uomo, malattie sociali; Comitato II – Educazione sanitaria della popolazione, igiene mentale, problemi igienico-sanitari della scuola, opere parascolastiche; Comitato III: sezione alimentari e bevande; nella Sezione II, Comitato I – Opere igieniche; Comitato II – Medicina nucleare; nella Sezione III, i comitati I - Ospedali e case di cura; II, Assistenza sanitaria, assistenza materna e infantile, disciplina delle professioni, delle arti e delle attività soggette a vigilanza sanitaria; III- Medicina del lavoro, terapia fisica, problemi sanitari delle attività sportive; nella Sezione IV, si trovano i Comitati I, Produzione e commercio medicinali – Stupefacenti; II, Presidi medico-chirurgici e assimilati, officine farmaceutiche, cosmetici; III - Acque minerali, stabilimenti termali e idroterapici; nella Sezione V, il Comitato I - Malattie infettive e diffuse degli animali, igiene veterinaria; Comitato II - Attività soggette a vigilanza veterinaria, alimenti di origine animale; il Comitato III - Medicamenti per uso veterinario, integratori e mangimi.

³ Trieste, 1900-Roma 1976; oltre che Presidente del CSS dal 1967 al 1975, fu professore ordinario di Clinica chirurgica, Presidente della Società italiana di Chirurgia nel biennio 1964-66 e 1971-73, e pioniere di molte tecniche chirurgiche che in quegli anni non avevano ancora avuto una piena legittimazione: operazioni sulla tetralogia di Fallot, una forma particolarmente complessa di cardiopatia congenita; operazioni in ipotermia a cuore chiuso, a cuore aperto, e dal 1956, in circolazione extracorporea; trasposizione di midollo spinale; a lui rimase dedicato il reparto di Clinica chirurgica del Policlinico Umberto I di Roma, dove lavorò a lungo. Tra i suoi pazienti, Palmiro Togliatti (a cui asportò il proiettile al polmone dell'attentato del 1948, quando il segretario del PCI usciva da Montecitorio e fu aggredito a colpi di pistola dallo studente siciliano Antonio Pallante), Paolo VI e Giovanni XXIII, di cui fu il medico di fiducia.

rapporto tra il Ministero della sanità e il CSS, “senza dubbio il più importante tra gli istituti che operano nell’ambito della sanità pubblica”⁴; a dimostrazione di questo, il ministro citava gli importanti passi in avanti compiuti negli anni precedenti (tra cui l’istituzione dello stesso ministero), ma anche i problemi futuri della sanità italiana:

Molti sono i problemi che ancora si ergono di fronte a noi e che certamente questo consesso sarà chiamato ad esaminare nel suo triennio di vita.

Come tutti lor signori sanno l’assistenza sanitaria, allo stato attuale, presenta notevoli carenze d’ordine qualitativo e quantitativo alla copertura delle quali occorre prevedere con urgenza. La concreta attuazione di quel sistema di sicurezza sociale previsto dal Piano 1965-70, che, finanziato attraverso il contributo dei cittadini in proporzione alla rispettiva capacità contributiva, dovrà provvedere ad assicurare a tutti i membri della comunità le prestazioni necessarie alla tutela della loro salute, è a mio avviso l’unica soluzione possibile.⁵

Il ministro si riferiva, con queste parole, all’elaborazione di una politica programmata di sviluppo (economico, ma non solo) che aveva avuto la sua prima concretizzazione nell’estate del 1965, con la presentazione al Parlamento del programma per il quinquennio 1965-69, approvato dal Consiglio dei ministri, dopo il parere del CNEL, il 2 giugno 1965.⁶ Indicativo il fatto che il ministro della sanità, seppur di colore democristiano, si esprimesse in questo caso a favore di una proposta che, nelle forme e nei contenuti, proveniva più dalla componente socialista, testimoniando un’apertura sostanziale e uno scambio reciproco nei governi di centro-sinistra che a quest’altezza cronologica si rivelava abbastanza forte, perlomeno sui temi della sicurezza sociale. Il documento in questione si poneva come l’ultimo di una serie di progetti caratterizzati dall’intento di porre le basi di uno sviluppo costante e di una redistribuzione adeguata delle risorse provenienti dal comparto economico italiano⁷. Questo piano, detto, dal nome ministro del Bilancio Piano Pieraccini, oltre le finalità concernenti

⁴ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 142, *Seduta del 17 febbraio 1970*, p. 5.

⁵ Ivi, p. 6.

⁶ S. Delogu, *Sanità pubblica, sicurezza sociale e programmazione economica*, Einaudi, Torino 1967, p. 88.

⁷ I primi tentativi di programmazione economica italiana ebbero luogo nell’immediato dopoguerra, nonostante il problema stringente della ricostruzione limitasse la possibilità di individuare obiettivi di lungo termine; tuttavia l’esigenza di stabilizzare l’economia italiana diede luogo, nel 1947, agli “Elementi per un piano quadriennale di sviluppo”, forniti dal prof. Saraceno al Consiglio economico nazionale della DC; nel 1949, anche la CGIL elaborava un “piano di lavoro”, il cosiddetto Piano di Vittorio, che puntava ad affrontare soprattutto il problema della disoccupazione. Nel Congresso della DC tenuto a Napoli nel 1954 venne presentato lo “Schema di sviluppo dell’occupazione e del reddito nel decennio 1955-64”, noto come Piano Vanoni, che però si scontrò con uno spiccato immobilismo sia da parte imprenditoriale sia da parte delle burocrazie verticali del comparto pubblico. Da questa situazione di stallo si venne lentamente fuori con la costituzione dei governi di centro-sinistra, attraverso il documento del 22 maggio 1962 presentato al Parlamento dal ministro del Bilancio La Malfa con il titolo “Problemi e prospettive dello sviluppo italiano”, che si proponeva di attuare una politica nazionale coordinata in ogni campo e rivolta all’eliminazione dei dislivelli e delle strozzature che caratterizzavano lo sviluppo economico italiano. Alla Commissione nazionale per la programmazione economica presso il ministero del Bilancio venne richiesta la compilazione di un rapporto che offrisse un quadro dei dati e dei termini di politica economica su cui fondare le scelte per la formulazione del programma; questo rapporto fu affidato nuovamente al prof. Saraceno e rappresentò la base per la prima bozza di programma quinquennale per gli anni 1965-69, detto, dal nome del Presidente della Commissione per la Programmazione economica, Piano Giolitti. Il Piano Pieraccini rappresenta una seconda versione del Piano Giolitti, caratterizzato in particolare da un maggiore approfondimento delle specifiche dal punto di vista finanziario e delle risorse disponibili. Per approfondimenti, cfr. P. Bassetti, *La programmazione economica in Italia dal dopoguerra ad oggi*, in *Aggiornamenti sociali*, 406, gennaio 1966, pp. 19-30.

l'attività produttiva, elencava anche quelle relative alle condizioni di vita e all'organizzazione sociale del Paese:

- eliminazione delle deficienze esistenti nelle condizioni dell'abitazione e nell'assetto urbanistico;
- progressiva instaurazione di un sistema di sicurezza sociale, esteso a tutta la popolazione;
- adeguamento delle infrastrutture e delle dotazioni di servizi nei seguenti campi: sanità, istruzione e attività culturali, formazione professionale, ricerca scientifica;
- ammodernamento, razionalizzazione e coordinamento del sistema nazionale dei trasporti e delle comunicazioni, con particolare riguardo: al riordinamento delle ferrovie; allo sviluppo della viabilità; alla sistemazione delle attrezzature portuali e aeroportuali.⁸

L'instaurazione di un sistema di sicurezza sociale era considerato ormai in questi anni un elemento di cui il Paese aveva bisogno di dotarsi per raggiungere un livello di sviluppo superiore. Questo progetto, fallito nell'immediato dopoguerra con i fatti della Commissione D'Aragona, era tornato sulla scena del dibattito politico con la *Relazione preliminare sulla riforma della previdenza sociale*, voluminosa indagine completata dal Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL) nel 1963, poi confluita nei programmi di sviluppo economico ufficialmente approvati dai governi democristiani di Aldo Moro. L'intento era quello di proporre degli elementi per un disegno complessivo di riforma del settore previdenziale e assistenziale, agganciando le prestazioni al treno della crescita economica italiana del periodo e sulla scia della convergenza tra due forze di ispirazione "popolare" e democratica, con l'obiettivo di favorire una integrazione sistemica delle masse popolari, che nel sistema partitico italiano venivano spesso attratte agli estremi dello schieramento politico⁹. Dal punto di vista pensionistico, il CNEL si sbilanciò proponendo come migliore soluzione un "assetto universalistico inclusivo", scarsamente recepito dal successivo progetto di riforma previdenziale del 1964. Anche per la sanità la soluzione proposta era stata quella dell'universalismo, seppure con una serie di osservazioni sulla necessità di considerare con attenzione costi e spartizione degli oneri¹⁰; tuttavia, il progetto si arenò, probabilmente sulla scia di diverse decisioni prese nel principale settore che "dettava la linea" teorica e culturale su cui basare le politiche previdenziali, quello pensionistico¹¹.

⁸ Ivi, p. 28.

⁹ In particolare, l'arretratezza del sistema era particolarmente evidente a livello pensionistico: all'inizio degli anni Sessanta le prestazioni erano molto basse per quasi tutte le categorie, gli autonomi potevano aspirare solo alle pensioni minime; questa situazione era ormai in contrasto con i livelli stipendiali che finalmente iniziavano a crescere, tenendo i pensionati a livelli di potere d'acquisto troppo bassi rispetto al resto del Paese. Questa situazione iniziò spingere alcuni partiti, in particolare il PCI, a fare da pungolo per una complessiva riforma del settore. Cfr. M. Jessoula, M. Ferrera, V. Fargion, *Alle radici del welfare all'italiana: origini e futuro di un sistema squilibrato*, Marsilio, Venezia 2012, pp. 216-220.

¹⁰ CNEL, *Relazione preliminare sulla riforma della previdenza sociale*, Istituto Poligrafico dello Stato, Roma 1963, pp. 79-82.

¹¹ M. Jessoula, M. Ferrera, V. Fargion, *Alle radici del welfare all'italiana: origini e futuro di un sistema squilibrato*, op. cit., p. 326: "In linea con la policy legacy prebellica, la cultura di politica sociale degli anni Cinquanta era imbevuta di familismo, maschilismo e "pensionismo". [...] In buona misura è l'alta salienza simbolica (oltre che materiale) delle pensioni a spiegare perché esse divennero negli anni Cinquanta uno dei principali terreni di confronto della competizione interpartitica.

Le riforme della fine degli anni Sessanta confermarono infatti l'impostazione occupazionale della previdenza pensionistica, mentre i fattori e gli interessi intorno alla questione sanitaria (principalmente un'impostazione culturale diversa del diritto alla salute, costituzionalmente universalista, una maggiore convergenza politica, l'istituzione delle regioni e l'assenza di una forte solidarietà intercategoriale dal punto di vista fiscale, come nel caso pensionistico¹²) ne stimolarono un esito diverso negli anni Settanta.

Vi erano comunque progetti di riforma diversi, con proposte di diversa natura. Gli obiettivi del piano Pieraccini per la componente sanitaria prevedevano ad esempio la coordinazione del ministero della sanità su un Servizio sanitario nazionale articolato a livello comunale, provinciale e regionale, usando le risorse pubbliche e private esistenti sul territorio, finanziato dallo Stato stesso attraverso il contributo dei cittadini in base alla propria capacità contributiva; l'estensione delle prestazioni sanitarie – preventive, curative e riabilitative – estese a tutti i cittadini. Le finalità dell'intervento sanitario pubblico, soprattutto in senso preventivo, si configurava nel senso di ridurre l'incidenza delle malattie di maggiore rilievo sociale e della mortalità infantile, e di ottenere una elevazione del livello igienico-sanitario del paese.

Il ministro, nel discorso al CSS, attribuiva la scarsa capacità di prevenzione raggiunta dai servizi sanitari del paese proprio all'inadeguatezza del sistema assicurativo rappresentato dalle casse mutue:

La comunità purtroppo oggi vive, nel settore sanitario, su di un doppio binario, quello della prevenzione da una parte e quello dell'assistenza sanitaria dall'altra, doppio binario che ha cominciato a funzionare nel momento in cui gli enti mutuo-previdenziali hanno introdotto il principio assicurativo ed hanno di conseguenza individuato un rischio di malattia che produce un intervento diverso da quello della tutela della salute.¹³

Il ministro attribuiva alle casse mutue in particolare la carenza del momento preventivo, elemento più volte sottolineato nei dibattiti sulla necessità di attuazione del SSN, ma anche un uso del denaro eccessivo e non regolato sulla base degli obiettivi da raggiungere. Nel piano di sviluppo economico del '65 questo elemento era stato preso in considerazione: era stato infatti calcolato l'ammontare delle spese dello stato, degli enti locali e degli enti previdenziali e assistenziali. Il calcolo venne effettuato sulla base dei dati contenuti nella Relazione generale sulla situazione economica del paese: nel 1963, venivano spesi per il settore assistenziale circa 1000 miliardi di lire, escluse le spese di gestione e del personale.¹⁴ Secondo una serie di calcoli effettuati, grazie a una razionalizzazione della spesa farmaceutica e di quella amministrativa conseguente all'attuazione del SSN, la riforma veniva valutata come possibile "riforma senza spese", elemento che la rendeva di facile realizzazione per le forze al governo, una volta espressa la volontà politica. Il ministro Ripamonti si rivolgeva quindi al

¹² M. Ferrera, *Modelli di solidarietà. Politica e riforme sociali nelle democrazie*, Il Mulino, Bologna 1993, pp. 262-272.

¹³ ACS, Ministero della sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 142, *Seduta del 17 febbraio 1970*, p. 7.

¹⁴ S. Delogu, *Sanità pubblica, sicurezza sociale e programmazione economica*, op. cit., p. 92.

CSS affermando la totale fattibilità del progetto, sottolineando che le opinioni del Consiglio relativamente ai dettagli della riforma sarebbero state “altamente apprezzate”¹⁵, così come quelle relative alle altre riforme dell’ambito sanitario che venivano discusse negli stessi anni: la riforma universitaria della facoltà di Medicina e chirurgia¹⁶ e la riforma dell’Istituto superiore di sanità (d’ora in poi ISS), per una maggiore competenza nella ricerca sulla salute pubblica.

Né può essere sottaciuta l’importanza degli altri problemi di sanità pubblica derivanti dalla sempre maggiore complessità e meccanizzazione della società moderna, nonché dal suo stesso progresso socio-economico: l’assistenza psichiatrica, l’inquinamento dell’aria e delle acque, gli incidenti del traffico, le sofisticazioni alimentari, la produzione e commercio dei medicinali, ecc. e poi ancora quegli aspetti che fino a ieri erano del futuro, ma che oggi sono ormai in gran parte attuali, come quelli concernenti l’energia atomica, i trapianti d’organo, gli organi artificiali, e così via. Su di essi certamente questo consesso sarà ancora chiamato ad esprimersi.¹⁷

Il Consiglio, da parte sua, metteva in chiaro una assoluta necessità di cambiamento, per il cui continuo rinvio esprimeva profonda frustrazione. Delle osservazioni su questo tema si ebbero in occasione della rielezione dei presidenti di sezione del CSS per il nuovo triennio 1970-1972. Per la sezione I (malattie infettive, alimentazione e malattie sociali) fu rieletto per acclamazione Alessandro Seppilli¹⁸, igienista, sindaco di Perugia e socialista, che nel discorso del suo reinsediamento fece delle osservazioni proprio sulle condizioni di lavoro che si percepivano in quegli anni nel Consiglio. Secondo Seppilli, infatti, “è molto faticoso lavorare con l’attuale struttura dell’Amministrazione sanitaria”¹⁹, poiché, sosteneva il presidente, era svuotata dalle continue perdite del personale tecnico e “fa acqua da tutte le parti, sia al centro che alla periferia e specialmente in periferia dove mancano le strutture per operare”.²⁰ Le sue maggiori rimostranze erano dirette alla passività del potere legislativo, sostenendo che il CSS non aveva più mezzi per denunciare l’insostenibilità della situazione:

In una riunione è stato fatto un ordine del giorno che era veramente vulcanico nella forma e che è stato presentato personalmente al Presidente del Consiglio e ai ministri interessati, ma non è cambiato niente. Tutti continuano a dire che non si può andare avanti però si continua invece ad andare avanti anche se malissimo, moltissimi problemi rimangono praticamente non risolti e risolti con apprezzamenti di emergenza, che forse sono ancora peggio, perché i problemi non risolti premono con la loro urgenza, invece il rappezzo

¹⁵ ACS, Ministero della sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 142, *Seduta del 17 febbraio 1970*, p. 7.

¹⁶ Le riforme più significative della facoltà di Medicina e Chirurgia avranno luogo negli anni Ottanta, ma il CSS ne inizia a parlare in questo periodo, con l’intento, apparentemente fallito, di coordinare la riforma universitaria alla riforma sanitaria. Cfr. ACS, Ministero della sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 203, *Riforma della facoltà di medicina, esami di stato e scuole di specializzazione*, 17 novembre 1977, p. 244.

¹⁷ ACS, Ministero della sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 142, *Seduta del 17 febbraio 1970*, p. 9.

¹⁸ Per le sue esperienze molto avanzate di rafforzamento delle autonomie locali e in particolare comunali poi messi a frutto nell’elaborazione concettuale del SSN, cfr. C. Giorgi, I. Pavan, *Un sistema finito di fronte a una domanda infinita*, cit., pp. 106-107.

¹⁹ ACS, Ministero della sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 142, *Seduta del 6 marzo 1970*, p. 154.

²⁰ Ibidem.

messo permette di superare il primo scoglio e lascia la situazione più grave di prima.²¹

Si può notare, in generale, un progressivo aumento dell'insoddisfazione espressa dai membri del CSS nei confronti dell'organizzazione sanitaria negli anni Settanta rispetto ai decenni precedenti. Il logoramento del sistema delle casse mutue infatti diventava sempre più allarmante, l'organizzazione sanitaria diventava più inadeguata; solo gli scioperi della classe sanitaria tendevano a diminuire rispetto agli anni Sessanta, grazie alla migliorata situazione dei dipendenti ospedalieri garantita dalla legge Mariotti; ma l'istituto delle condotte mediche, la medicina mutualistica, il mantenimento di enti e organizzazioni di impianto fascista come l'Onmi o la gestione frammentaria della tubercolosi si presentavano come strutture sempre più arretrate e fuori tempo rispetto a una società che aveva attraversato, e ormai quasi portato a compimento, rapide e turbolente trasformazioni economiche e sociali. In questo senso, anche il CSS ne avvertiva le inadeguatezze, e nella documentazione degli anni Settanta si percepisce un maggiore senso di insoddisfazione e di urgenza rispetto a una ristrutturazione generale dei servizi di medicina pubblica italiani. È anche vero che sempre di più si percepisce l'impotenza del CSS. Una critica spesso presente nei dibattiti parlamentari in questi anni e rivolta a quest'organo era la sua eccessiva distanza dalla vita sanitaria del Paese, l'essere un organo eccessivamente impostato e accademico che però, alla fine dei conti, contava poco o nulla nella politica sanitaria, di cui il Ministero della sanità teneva sempre più salde in mano le redini. In effetti, il CSS era nato come organo in funzione consultiva della Direzione generale della Sanità pubblica presso il Ministero dell'Interno²²; con la nascita e il rafforzamento di un ministero autonomo, nel 1958, questo ruolo perdeva di importanza se non adeguatamente riformato. Durante questi anni, alcune critiche venivano mosse al CSS, soprattutto da deputati, senatori ed esponenti politici di sinistra, riguardo alla passività dei suoi membri e alla subordinazione delle scelte rispetto a quelle ministeriali, attirandosi definizioni del tipo di "cimitero degli elefanti"²³. Tuttavia, un ruolo più incisivo si conciliava male con il ruolo di organo consultivo e con la sovrapposizione di alcune sezioni con quelle ministeriali; l'impressione è che si sarebbe dovuto provvedere a una riforma più ampia tra gli anni Cinquanta e Sessanta, che ne chiarisse e ne definisse meglio il ruolo e le differenze rispetto al neocostituito centro della sanità pubblica del Paese, che comunque si reputava, e legalmente lo era, l'unico ente titolato a prendere le decisioni finali²⁴.

Il lavoro del CSS continuava comunque, cercando di fornire pareri quanto più possibile adeguati ai

²¹ Ivi, pp. 154-155.

²² R.D. 27 luglio 1934 n. 1265, Testo Unico delle Leggi sanitarie, art. 2.

²³ Atti parlamentari, Senato della Repubblica, X legislatura, 12° Commissione permanente Igiene e sanità, *Indagine conoscitiva sull'AIDS*, Seduta di mercoledì 28 settembre 1988, p. 10.

²⁴ Si ricorda che queste supposizioni sono dovute all'assenza di documentazione diretta del Ministero della sanità, le cui carte non sono mai versate presso gli Archivi centrali dello Stato. Le ultime testimonianze archivistiche di organi decisionali della sanità pubblica sono i documenti della Direzione Generale della Sanità pubblica presso il Ministero dell'Interno e il fondo relativo all'Alto Commissariato per l'Igiene e la sanità pubblica, che arriva fino al 1958.

dirigenti ministeriali e occupandosi di questioni in parte nuove durante questi anni. Per questo motivo, la divisione in paragrafi di questo capitolo sarà riorganizzata rispetto ai precedenti, per via della diminuzione di importanza di alcuni temi a vantaggio di altri. Ci si occuperà, nei paragrafi di questo capitolo, di farmaceutica (continuando gli approfondimenti sulle campagne vaccinali e sugli stupefacenti, che negli anni Settanta avranno dei risvolti in parte nuovi), di malattie sociali e previdenza, di personale sanitario e della sua formazione e di amministrazione sanitaria, in particolare della riforma del 1978 vista attraverso i dibattiti del CSS.

4.2 Questioni di farmaceutica

Un primo appunto del CSS sulla farmaceutica degli anni '70 è una nota sull'arretratezza della legislazione vigente relativa alle privative industriali. Continuava in questo decennio, infatti, l'assenza di una legislazione sul brevetto, e il CSS continuava a essere chiamato a valutare alcuni aspetti dei farmaci messi in commercio, come la nocività o meno del nuovo ritrovato. Si ricorda che la brevettazione sui farmaci in Italia fu introdotta soltanto nel 1978; fino a questo momento, essenzialmente in Italia si copiavano i risultati delle ricerche farmaceutiche estere, l'industria farmaceutica era poco sviluppata e aveva iniziato ad avere profitti più consistenti grazie ai prontuari mutualistici, non esisteva sperimentazione sui farmaci (bastava una sorta di certificazione da parte di professori universitari o di primari ospedalieri che certificassero una somministrazione del farmaco ad un certo numero di pazienti con sufficienti benefici rispetto ai danni).²⁵

Il Presidente del CSS reputava questo un problema da risolvere, poiché “il Consiglio [...] dedica lunghe ore a questa attività che in sostanza non ha poi grande rilevanza e potrebbe benissimo essere risolta a livello di Direzione Generale [del Ministero della sanità, n.d.r.]”²⁶. Era il CSS che, infatti, doveva valutare caso per caso la nocività, l'originalità e l'efficacia dei nuovi ritrovati farmaceutici, permettendone o meno l'introduzione sul mercato. Nella seduta del 6 marzo 1970 veniva espressa la necessità di un sistema meno macchinoso, che, nonostante i lunghi passaggi, lasciava comunque spazio a errori e incertezze. Ad esempio, se veniva richiesto un parere relativo a un metodo per la potabilizzazione dell'acqua mediante filtrazione attraverso carta, affermare la non nocività di un tale metodo non risolveva l'argomento, poiché comunque l'uso della carta non era un metodo fattibile o accettabile per tale scopo secondo il CSS. Ciò rendeva necessario, in questi casi, ricorrere a delle formule di giudizio ambigue, “con le quali si cerca di salvare la forma e la sostanza dicendo che il prodotto non è nocivo, ma che questo non significa che poi sia utilizzabile a norma di legge o per i

²⁵ S. Garattini, *Prefazione*, in N. Martinelli, *L'industria farmaceutica italiana. Una storia economica*, Il Mulino, Bologna 2022, p. 7.

²⁶ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 142, *Seduta del 6 marzo 1970*, p. 158.

risultati che si propone”.²⁷ Degli escamotage per alleggerire il lavoro del CSS per la questione dei brevetti venivano inoltre intrapresi in altre sedi. Enea Suzzi Valli, igienista e ufficiale sanitario di san Marino insignito nel 1967 alla medaglia d’oro al merito della sanità pubblica, membro del CSS, riportava durante questa seduta che era stato concordato con dei rappresentanti del Ministero dell’industria e del commercio di esaminare solo le pratiche più certe ed evitare il più possibile pareri dubbi. Inoltre, veniva adottata la prassi che tutti quei casi che non offrivano nessuna incertezza, soprattutto per la non nocività del prodotto, venivano approvati in blocco, e invece venivano esaminati i casi incerti, o quelli che comportavano un giudizio negativo, basandosi in larga parte sui pareri di massima dell’ISS. In effetti, nei dibattiti sulle domande di privativa industriale delle sedute di questi anni il processo si dimostrava lungo e molto dettagliato: veniva presa in considerazione la singola specialità medicinale, l’industria farmaceutica che ne mandava la richiesta, le sue componenti, eventuali registrazioni precedenti della stessa o di preparati dalla stessa composizione, l’efficacia terapeutica alla luce delle conoscenze mediche e farmacologiche. Per ogni gruppo di preparati veniva eletta una commissione relatrice. Poiché i singoli farmaci avevano storie di registrazione, di preparazione e di composizione diverse, l’analisi della commissione scendeva frequentemente nel dettaglio, caso per caso. Rispetto ai decenni precedenti, si nota un maggiore volume di richieste di analisi di prodotti farmaceutici al CSS, segno dell’ampliamento del mercato farmaceutico; anche per questo motivo il metodo era sempre più insostenibile per il CSS. Lo stesso tipo di procedimento, singolo caso per singolo caso, veniva adottato anche per l’autorizzazione delle officine farmaceutiche; alcuni dibattiti interessanti di questo periodo riguardano poi dei medicinali di particolare interesse nazionale.

Questo è il caso del DDT, farmaco insetticida usato dal 1939 soprattutto per debellare la malaria su ampie regioni d’Italia²⁸ e largamente impiegato anche come insetticida, in particolare sulle distese di colture negli Stati Uniti (e in questi anni i dibattiti sui pesticidi chimici diventavano sempre più frequenti anche nel CSS, a dimostrazione di una sempre più larga diffusione nel settore agricolo italiano). Questa polvere venne scelta come prodotto per combattere la zanzara anofele, responsabile della diffusione della malattia, credendo che, a dispetto della sua tossicità nei confronti degli insetti, fosse innocua per l’uomo. Nel 1962 Rachel Carson, biologa americana, aveva denunciato il DDT come causa di cancro e responsabile dell’assottigliamento dei gusci delle uova degli uccelli, compromettendone la riproduzione, e come antiparassitario tossico per la salute umana²⁹. Il DDT divenne così un simbolo delle lotte ambientaliste negli USA, e venne preso di mira in particolare negli anni Sessanta, quando si diffusero delle rimostranze nei confronti dell’uso di pesticidi e agenti

²⁷ Ibidem.

²⁸ Per una panoramica sull’argomento, cfr. *F. M. Snowden, The conquest of malaria. Italy 1900-1962*, Yale university press, London 2006.

²⁹ G. Riviaccio, *Enciclopedia cronologica delle scoperte e delle invenzioni*, Rosconi, Milano 1995, pp. 236-237.

chimici in agricoltura (dal 1945 il DDT era stato usato estesamente anche come insetticida per tutelare le colture da alcuni insetti e artropodi). La reale portata dei danni del DDT rimase a lungo poco chiara, con estrema convinzione della sua dannosità da parte degli ambientalisti e parallelo rifiuto di questa tesi da parte degli imprenditori agricoli. Tra gli anni Settanta e Ottanta il DDT venne vietato nella maggior parte delle nazioni sviluppate, a partire da Svezia e Norvegia (1970) fino al Regno Unito (1984); il dibattito sulla cancerogenicità o meno del pesticida andò avanti ancora a lungo e parzialmente procede fino ad anni molto recenti³⁰. Il suo uso come insetticida venne comunque vietato, sull'onda delle battaglie ambientaliste, nel 1972, ed in Italia nel 1978; in questi anni il CSS si trovava quindi in difficoltà sull'espressione di un giudizio sui prodotti a base di DDT. Nella seduta del 17 marzo 1970, ad esempio, venivano proposte delle registrazioni di preparati antiparassitari che contenevano la sostanza antimalarica; in questa circostanza, il Consiglio propose che si condizionasse la registrazione dei farmaci all'eliminazione del DDT e alla sua sostituzione con un insetticida sicuramente innocuo, in attesa di ulteriori accertamenti. Il CSS si riferiva in questo caso alla relazione della Direzione generale del servizio farmaceutico del Ministero della sanità del 13 marzo precedente, in cui un comitato ristretto prendeva in analisi questo problema. Alla riunione prendevano parte due rappresentanti del Ministero della sanità, un ispettore farmacista e un chimico, e due rappresentanti dell'Istituto Superiore di Sanità, il capo del laboratorio di parassitologia e il capo del reparto dei pesticidi³¹ per l'analisi dell'uso del DDT. Secondo gli esperti, dopo circa 30 anni di uso estensivo della sostanza su ampie aree italiane la maggior parte degli insetti era ormai diventata resistente, quindi veniva meno la raccomandazione ad un uso intensivo. Inoltre, nei riguardi di un eventuale azione cancerogena dello stesso DDT, vi erano ricerche ancora in corso in varie parti del mondo, e si suggeriva anche in questo caso di attendere la relazione dell'OMS; in ogni caso, cancerogenicità a parte, durante la riunione si ricordava che il DDT contaminava l'ambiente, e interferiva sui cicli biologici naturali, e che la prevalenza assoluta dell'uso del DDT (85%) secondo i dati internazionali non veniva più dall'uso antimalarico, ma da quello agricolo.³²

Nelle sedute successive del CSS in cui venivano presentate richieste di privative industriali di sostanze contenenti DDT, Giovanardi ricordava che in casi precedenti il Consiglio si era espresso nei termini di limitare l'impiego del DDT in campo agricolo e di non intervenire però nella questione degli insetticidi domestici; a causa delle incertezze di fondo sulla questione, però, riteneva necessario rivedere tutta la normativa riguardante tali sostanze. Il 20 maggio 1970 il CSS si trovò a discutere la

³⁰ A causa del suo uso contro la malaria in zone equatoriali in cui è ancora endemica; cfr. T. Harada, M. Takeda, S. Kojima, N. Tomiyama, *Toxicity and carcinogenicity of Dichlorodiphenyltrichlorethane (DDT)*, Pubmed, 32 (1), gennaio 2016, pp. 21-33. Gli studi più recenti sembrano indicare una certa quota perlomeno di epatotossicità in alcuni animali, senza evidenze però di avere lo stesso effetto sull'uomo.

³¹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore di Sanità, Verbali, b. 143, *Relazione al Consiglio Superiore di Sanità*, 18 marzo 1970, p. 213.

³² Ivi, p. 214.

relazione della Direzione generale del servizio farmaceutico del Ministero della sanità³³. Non essendo ancora arrivato il parere dell'OMS in merito, il CSS si esprimeva con molta cautela, come da consiglio del comitato ministeriale; tuttavia, l'igienista Suzzi Valli, principale esperto del CSS in merito al DDT, riportava che le comunicazioni in arrivo da Ginevra mantenevano un atteggiamento di estrema prudenza, soprattutto cercando di evitare che il DDT venisse eliminato nei casi in cui la sua mancata presenza creasse un danno maggiore. Veniva infatti difeso soprattutto per la lotta antimalarica, mentre per gli altri usi si cercava di limitarlo. Suzzi Valli riportava anche l'allarme dell'opinione pubblica italiana, poiché alcune polveri a base di DDT venivano usate largamente nella cura di alcune parassitosi umane, tra i cui i pidocchi della testa. Inoltre, la popolazione era incerta sull'uso dei molti prodotti antimosche ancora in commercio. Per il momento, le indicazioni provenienti dal ministero erano di aspettare il parere dell'OMS, e la Direzione generale della sanità pubblica suggeriva l'utilizzazione a consumo delle scorte giacenti presso gli uffici per la campagna antimalarica in corso; e l'eliminazione dei prodotti a base di DDT per acquisti successivi. Queste risoluzioni, veniva sottolineato dal rappresentante del ministero, permettevano di utilizzare prodotti a più largo spettro d'azione trasformando la campagna antianofelica in campagna contro gli insetti in generale. La riunione si concludeva

dicendo che senza dubbio l'allarme relativo al DDT è esagerato, però non bisogna neanche dimenticare che il DDT non è biodegradabile e sono 20 anni che il nostro organismo lo accumula. L'unica cosa che si può decidere allo stato attuale è la seguente: eliminarlo dove lo si può eliminare senza discussione; adoperarlo con prudenza nei casi in cui non si può eliminare, attendendo intanto una risposta precisa dell'OMS. Per quanto riguarda la lotta contro i pidocchi, si può continuare ad usarlo tranquillamente, visto che si tratta di un uso occasionale.³⁴

Il CSS si occupò nuovamente dei prodotti contenenti DDT nel 1977, istituzionalizzando in Italia le conclusioni dell'OMS. Veniva riconosciuta la tossicità di queste sostanze se ingerite o inalate; veniva consigliato di evitare la contaminazione di alimenti, acque e contenitori; in caso di lotta contro i parassiti della testa, veniva consigliato l'uso di un copricapo impermeabile in modo da evitare contaminazioni di occhi, naso o bocca. L'uso del prodotto veniva consigliato soltanto per il tempo necessario a combattere i parassiti; per la sua vendita, esclusivamente in farmacia, era necessaria la prescrizione medica.³⁵ Solo l'anno dopo l'uso del DDT venne vietato in Italia, sulla scia dei movimenti ambientalisti statunitensi; nel 2001, la Convenzione di Stoccolma incluse il DDT nell'elenco degli inquinanti organici persistenti (POP o POPs), non vietandone la vendita ma limitandola a modeste quantità, con l'unico scopo di debellare la malaria nelle zone in cui è endemica.

³³ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 143, *Seduta del 21 maggio 1970*, p. 267.

³⁴ Ivi, p. 209.

³⁵ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 202, *Avvertenze per prodotti contenenti DDT in polvere per uso umano*, 26 ottobre 1977, p. 492.

La Repubblica italiana recepì questa convenzione nel 2022, pubblicandone la normativa nella Gazzetta ufficiale del 18 luglio, a testimonianza del lungo percorso necessario a stabilire la tossicità e gli usi di questa sostanza.³⁶ In questi anni, numerosi dibattiti sulla farmaceutica riguardavano proprio la tossicità di alcuni farmaci, o gli effetti collaterali degli stessi, testimoniando nuove preoccupazioni relative alla tossicità delle sostanze, ai loro effetti ambientali e a potenziali danni di lungo termine³⁷.

4.2.2 Gli anticoncezionali: atto finale

Continuavano anche, in quanto farmaci di interesse nazionale, le analisi relative ai rischi degli anticoncezionali. Nel frattempo, infatti, si era giunti al termine del lungo processo di regolamentazione e legalizzazione dei contraccettivi, avvenuta il 10 marzo 1971³⁸. La spinta politica in questa direzione era venuta dall'allora piccolo Partito radicale, dai movimenti femministi e dall'Aied (Associazione italiana per l'educazione demografica), fondata nel 1953, che ebbe particolarmente a cuore la questione contraccettiva e continuò a richiamare il Ministero della sanità anche più avanti, nel 1976, per la fine dell'applicazione del divieto di vendita dei contraccettivi nelle farmacie per via delle norme di un Regolamento per la registrazione dei farmaci (Reg. n. 478 del 1927) che continuava ad essere applicato nonostante le conquiste del 1971 e le scarse informazioni in merito che venivano distribuite presso i neocostituiti consultori nel 1975³⁹. Queste battaglie erano culturalmente in linea con la legalizzazione del divorzio, risalente al 1970, con la riforma del diritto di famiglia, che avverrà nel 1975, con il passaggio dalla patria potestà alle potestà genitoriali, e alla chiusura dei manicomi nel 1978, facendo parte della stagione delle riforme sociali, spesso oscurate nella storiografia da elementi altrettanto importanti del decennio (stragismo, guerra fredda, lotta

³⁶ Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana, Roma 18 luglio 2022, *Legge 12 luglio 2022 n. 93: Ratifica ed esecuzione della Convenzione di Stoccolma sugli inquinanti organici persistenti, con Allegati*, fatta a Stoccolma il 22 maggio 2001.

³⁷ Alcuni casi sono i casi del dinitrile succinico, uno stimolante per la sintesi delle proteine e degli acidi nucleici delle cellule nervose che veniva usato in questi anni nella terapia delle psicosi maniaco-depressive, della nevrastenia, degli stati ansiosi, ma ci si interrogava sulla sua possibile tossicità; dei ciclamati, agenti dolcificanti il cui effetto è da 30 a 50 volte superiore al saccarosio, sospetto di essere cancerogeno in seguito ad alcuni studi effettuati sui ratti, la cui tossicità potrebbe però essere specifica solo per questo animale; degli effetti tossici dei chinolonici, un tipo di antibiotici.

³⁸ Come ricordato, questo risultato non fu dovuto a legiferazione parlamentare, ma a una sentenza della Corte Costituzionale interrogata sulla legittimità dell'art. 553 del codice Rocco e dell'art. 112 del T.U. delle leggi di pubblica sicurezza; il 10 marzo 1971 veniva considerata non più legittimo il motto "numero è potenza", che non trovava più giustificazione nel buon costume e rappresentava anzi una norma contraria all'art. 32 della Costituzione, in considerazione dei danni alla salute della donna provocati da numerosi aborti e superprolificità dovuti a ignoranza dei mezzi anticoncezionali. Questo stato di cose era ben noto anche nel contesto degli ospedali italiani, in cui alcuni medici diventavano noti come "cucchiai d'oro": lo strumento usato per l'aborto, a forma di cucchiaio, diventava d'oro nell'espressione per il costo molto alto dell'intervento. L'intervento era illegale prima del 1978, ma molto più sicuro delle pratiche tradizionalmente usate dalle mammane: cfr. A. Gissi, *Le segrete manovre delle donne. Levatrici in Italia dall'Unità al fascismo*, Viella, Roma 2023.

³⁹ Cfr. AIED (Associazione Italiana per l'Educazione demografica), *La nostra storia*, da <https://www.aied.it/la-storia/>, consultato il 27/09/2023.

armata e terrorismo).⁴⁰ Tuttavia, l'onda lunga del 1968 portò in Italia una serie di conquiste sociali che dimostrano una forte spinta al rinnovamento di quegli anni che non va sottovalutata.

Queste innovazioni seguivano due riforme strutturali dello Stato: l'istituzione delle regioni, avvenuta nel 1970, ventidue anni dopo la disposizione costituzionale che la prevedeva; e l'introduzione del referendum, previsto nella Costituzione anch'esso ma effettivamente introdotto soltanto nel 1970. Come nota Paul Ginsborg, l'istituzione delle regioni e la possibilità di porre quesiti referendari rappresentavano un avvicinamento dei centri decisionali alla popolazione, e una significativa svolta verso il decentramento che conferma il clima di maggiore partecipazione, almeno auspicata, della popolazione ai processi politici, di cui l'istituzione del SSN nel 1978 entra a far parte a pieno titolo.⁴¹ Il CSS si ritrovava, in questo contesto, a dover esprimere a favore del Ministero della sanità dei pareri sulla sicurezza degli anticoncezionali, in occasione della loro depenalizzazione e anche alcuni anni prima, seguendo la constatazione, ben nota al Ministero, che la pillola anticoncezionale e altri contraccettivi venivano comunque usati dalle donne italiane, legali o meno che fossero⁴². Bergami riportava nel 1970 al CSS i risultati di alcuni studi internazionali riguardanti due sostanze a base di estrogeni, il clormadinone e il medrossiprogesterone. Alcuni esperimenti su cani e scimmie, infatti, avevano dato prova della capacità da parte di queste sostanze di generare masse tumorali a livello mammario e uterino. Sebbene questi risultati non fossero completamente trasferibili sull'uomo, le due case farmaceutiche statunitensi che producevano le sostanze, dopo aver consultato la Food and Drug Administration (d'ora in poi FDA)⁴³, ne sospesero la produzione, informando i medici dei risultati dell'inchiesta. L'Italia si trovava in una situazione un po' diversa rispetto agli altri Paesi: Bergami affermava significativamente che il Paese "ufficialmente, non ha in commercio prodotti definiti contraccettivi"⁴⁴; in effetti, non erano in vendita sostanze che contenessero esclusivamente questi principi attivi, ma esistevano farmaci che contenevano i progestinici in questione in piccole dosi e in combinazione con altre sostanze. A questo proposito, la questione più interessante che venne discussa era la dicitura da inserire nelle avvertenze e nei bugiardini di questi ultimi: poiché l'unico

⁴⁰ P. Ginsborg, *Storia d'Italia dal dopoguerra a oggi*, Einaudi, Torino 2006, pp. 441-446; per quanto riguarda in particolare l'esperienza della psichiatria e le lotte per un ripensamento delle strutture manicomiali, cfr. J. Foot, *La Repubblica dei matti. Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia. 1961-1978*, Feltrinelli, Milano 2017; P. Guarnieri (a cura di), *Uscire dall'insopportabile. Culture e pratiche di psichiatria de-istituzionale nel Nordest Italia*, Fondazione museo storico Trentino, Trento 2021.

⁴¹ Ivi, p. 447. Il ruolo delle Regioni fu decisivo per l'attuazione della riforma sanitaria: oltre a realizzarsi le condizioni per un nuovo spazio istituzionale, le regioni chiesero attivamente il riconoscimento da parte dello Stato delle competenze a loro attribuite dalla Costituzione. Cfr. S. Delogu, *La salute dietro l'angolo. Dalla riforma una svolta nell'organizzazione sanitaria del Paese*, Casa editrice Roberto Napoleone, Roma 1978, p. 26.

⁴² ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, b. *Specialità medicinali a base di estrogeni e progestinici quali anticoncezionali*, 25 maggio 1971.

⁴³ Si tratta dell'agenzia governativa statunitense preposta alla protezione della salute dei cittadini attraverso regolamenti che controllino la messa sul mercato di prodotti come farmaci, alimenti, integratori e additivi alimentari, attrezzature mediche, gli emoderivati e i cosmetici.

⁴⁴ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 146, *Effetti oncogeni da progestinici*, 9 dicembre 1970, p. 14.

caso in cui i farmaci in questione erano prescrivibili era una breve terapia progestinica e non l'uso anticoncezionale, a questa altezza cronologica ancora vietato, si poneva il problema di come indicarne i rischi:

Per i prodotti misti che contengono o clormadinone o medrossiprogesterone è parsa sufficiente alla Commissione l'inclusione nel foglietto illustrativo di un'avvertenza per evitarne l'uso prolungato. L'uso breve di qualche mese [...] non può certamente dare degli inconvenienti di questo genere. L'avvertenza, essendo rivolta al pubblico, dovrebbe essere rivolta in linguaggio piano; il testo potrebbe essere "per misura precauzionale si sconsiglia l'uso prolungato di questo prodotto".⁴⁵

Anche in questo caso è evidente la discrepanza tra legislazione in vigore e uso dei farmaci da parte della popolazione, di cui il CSS e probabilmente una larga maggioranza dei medici era consapevole. Nel 1971, le discussioni sulle specialità medicinali a base di estrogeni e progesterone si fecero più frequenti, a causa della necessità che il Ministero prendesse una posizione chiara in concomitanza dei cambiamenti in atto in questo periodo. In una relazione del ministero per il CSS del 31 marzo 1971 si leggeva:

È noto a questo Ministero come negli ultimi anni siano state registrate numerose specialità a base di estrogeni e progestinici, con attività antiovulatoria aventi indicazioni ginecologiche, ma suscettibili di impiego quali agenti anticoncezionali.

Tale particolare situazione ha determinato uno stato di confusione sia nel medico sia nel pubblico per quanto riguarda le modalità d'uso di tali prodotti e soprattutto per le precauzioni da adottare in trattamenti prolungati.

Atteso che, a seguito della recente sentenza della Corte Costituzionale è in corso una revisione delle disposizioni in materia, si pone a questa Direzione Generale il problema dell'estensione delle indicazioni delle specialità medicinali con l'inclusione dell'effetto anticoncezionale.⁴⁶

Venivano quindi posti al CSS degli ulteriori quesiti sugli anticoncezionali, in particolare: per quali dosaggi di progestinici e di estrogeni e per quali rapporti della loro associazione fosse da ammettere preferibilmente l'indicazione di anticoncezionale; quale normativa fosse necessaria per la vendita al pubblico delle specialità medicinali; se dovesse essere ammessa la pubblicità a fini di lucro per tali medicinali.⁴⁷

Il 25 maggio 1971 la Commissione relatrice interna al CSS incaricata dello studio del problema⁴⁸ riferiva le proprie conclusioni: innanzitutto, si riteneva indispensabile la revisione dei prodotti in commercio, poiché nella maggioranza dei casi essi erano stati approvati con indicazioni

⁴⁵ Ivi, p. 16.

⁴⁶ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 149, *Relazione per il Consiglio Superiore di Sanità: specialità medicinali a base di estrogeni e progestinici quali anticoncezionali*, 31 marzo 1971, p. 137.

⁴⁷ Ivi, pp. 138-139.

⁴⁸ Formata da Luigi Aru, laureato in giurisprudenza e membro del Consiglio di Stato; Gino Bergami, già più volte citato, igienista ed ex Alto Commissario per l'Igiene e la Sanità pubblica; Enrico Ciaranfi, patologo fiorentino; Pietro Di Mattei, chimico e farmacologo; il direttore dell'ISS Giovanni Battista Marini Bettolo Marconi; il Direttore generale del Servizio farmaceutico del Ministero della sanità.

ginecologiche varie e “sottaciuto uso anticoncezionale”⁴⁹, e contenevano quantitativi di estrogeni eccessivi rispetto alla dose internazionalmente consigliata come sufficiente per l’uso anticoncezionale. Era necessario, secondo il parere della commissione, abbassare il dosaggio ormonale delle pillole in commercio, e favorire la sostituzione dell’estrogeno con etinil-estradiolo o mestranolo⁵⁰, più lievi e con meno effetti collaterali dimostrati. Anche per la componente progestinica si consigliava di usare la più bassa dose efficace. Per quanto riguardava il foglietto illustrativo, si consigliava l’uso di bugiardini differenziati per il medico e per la paziente, avvertendo quest’ultima di rivolgersi al medico al primo segnale di una serie di effetti collaterali segnalati. Veniva proposta anche una nota informativa da mandare ai medici, in cui si affermava che

La buona tolleranza in senso generico, e l’efficacia degli anticoncezionali a base di estrogeni e progestinici è ormai comprovata dall’uso quotidiano da parte di milioni di donne, (solo negli Stati Uniti si calcola che nel 1969 abbiano preso la pillola circa 8 milioni e mezzo di donne). [...] I dati più recenti rilevati in Inghilterra, ancora oggetto di discussione, anche se non possono senz’altro applicarsi ad altre popolazioni, sono tuttavia da ritenersi sufficienti per richiamare l’attenzione sulla necessità di evitare che soggetti affetti da malattie tromboemboliche facciano uso di anticoncezionali. [...]

A questo riguardo va inoltre notato che essendo, per vari indizi, sorto il dubbio che gli estrogeni di per sé possano elevare il rischio di complicazioni trombotiche, si è determinata la tendenza a preferire per l’uso prolungato come anticoncezionali prodotti contenenti le più basse dosi di estrogeno dimostratesi efficaci, riservando a casi particolari l’uso dei prodotti di più alto dosaggio, con indicazione ginecologica.⁵¹

Venivano elencati gli effetti collaterali risultati in rapporto con la terapia anticoncezionale, in base ai quali si sosteneva che l’uso di questi farmaci andava seriamente regolato, al contrario di “quanto voleva una corrente tesi politica che la pillola dovesse vendersi come le sigarette”⁵². Comunque, le dinamiche relative alla sensibilizzazione e all’informazione in merito dovevano avere sede nelle cliniche universitarie, negli ospedali, nei reparti di ostetricia e ginecologia; per quanto riguardava la pubblicità sanitaria, questo problema rientrava in uno di ordine più generale che sicuramente si sarebbe risolto, secondo il CSS, nel contesto dell’“imminente” riforma sanitaria.

Il Ministero della sanità, nello stesso anno, prendeva atto ammettendo che sia la Corte Costituzionale che il CSS (nel suo parere del 21 aprile 1967) si erano pronunciati a favore della vendita degli anticoncezionali subordinata alla presentazione di una ricetta medica non ripetibile conservata dal

⁴⁹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 149, *Specialità medicinali a base di estrogeni e progestinici quali anticoncezionali*, Relazione al CSS, p. 132.

⁵⁰ Ormoni semisintetici che agiscono come gli estrogeni, ovvero sopprimendo la maturazione mensile del follicolo ovarico e impedendo così l’ovulazione.

⁵¹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 149, *Specialità medicinali a base di estrogeni e progestinici quali anticoncezionali*, Relazione al CSS, p. 133.

⁵² ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 149, *Specialità medicinali a base di estrogeni e progestinici quali anticoncezionali*, 25 maggio 1971, p. 99. In questo caso si può notare una abbastanza evidente critica al PCI, proveniente in questo caso dal senatore democristiano Vitantonio Perrino, farmacista pugliese, vicepresidente della Federazione italiana associazioni regionali ospedaliere, presidente dell’Associazione regionale pugliese-lucana ospedaliera e presidente dell’ospedale provinciale di Brindisi.

farmacista, e che

L'autorevole pronuncia della Corte Costituzionale e il parere espresso dal massimo organo consultivo a livello scientifico dell'amministrazione sanitaria inducono questo Ministero ad introdurre talune modifiche ai regolamenti esistenti per ammettere la registrazione dei prodotti delle specialità medicinali e dei presidi medico-chirurgici aventi effetti anticoncezionali.⁵³

Questa relazione ministeriale è particolarmente interessante perché rappresenta uno dei pochi documenti emanati dall'ente centrale in concomitanza del cambiamento significativo nella legislazione e nella società italiana: il ministero riconosceva in questo documento che "l'attuale situazione presenta un grave elemento di ipocrisia dannoso per la pubblica salute"⁵⁴. L'ipocrisia in questione era individuata nel fatto che la fabbricazione di questi prodotti era largamente in uso, ma con indicazioni diverse (malattie dell'apparato riproduttivo femminile, disfunzioni ormonali); secondo il ministero, questo consentiva l'uso di questi prodotti come contraccettivi soltanto da parte di una limitata cerchia di persone più istruite; escludeva invece una larga parte di persone ignare della possibilità di acquistare questi farmaci e di usarli per altri scopi rispetto a quelli indicati.

In linea generale, non si può infatti negare, sotto l'aspetto economico-sociale, che l'incremento demografico presente in Italia dagli indici molto elevati, specialmente se rapportato all'incremento demografico e reddito pro-capite degli abitanti degli altri paesi della comunità economica europea. Inoltre, è da rilevare che gli indici dell'aumento demografico differiscono notevolmente fra regione e regione e fra le diverse classi sociali. Invero, si nota che la percentuale di incremento demografico è molto più elevata nelle regioni meridionali e fra le classi meno abbienti per la ragionevole supposizione che, in tali luoghi e presso tali classi sociali, mancano le necessarie nozioni circa un controllo delle nascite.⁵⁵

A questo proposito, il ministero avanzava un'osservazione del tutto smentita dagli studi psicometrici più recenti e che assumeva una netta sfumatura razzista, a conferma dell'approccio discriminatorio che la questione del controllo delle nascite in questi anni assumeva nei confronti delle famiglie meridionali: ovvero il fatto che i figli delle famiglie numerose presentassero un quoziente intellettuale più basso.⁵⁶ Tuttavia, tale argomentazione veniva usata a favore della legalizzazione della propaganda

⁵³ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 150, *Ufficio studi e legislazione del Ministero della Sanità: modifica norme riguardanti registrazione di prodotti farmaceutici anticoncezionali*, p. 398.

⁵⁴ Ivi, p. 399.

⁵⁵ Ivi, p. 400.

⁵⁶ La correlazione tra quoziente intellettuale e tasso di natalità di una popolazione è stata indagata in numerosi studi demografici. In effetti, c'è evidenza del fatto che alcuni elementi correlati con l'intelligenza, come i titoli di studio e l'alfabetizzazione, siano correlati a una fertilità inferiore per donna; tuttavia, dal punto di vista genetico non è mai stata dimostrata una correlazione tra bassa intelligenza dei genitori e bassa intelligenza dei figli, così come una più bassa intelligenza di persone particolarmente fertili (addirittura alcuni studi vanno in direzione contraria). Cfr. U. Neisser, *The rising curve: long-term gains in IQ and related measures*, in American Psychological Association, 14 (1998), pp. 12-13; K.-F. Fischbach, M. Niggeschmidt, *Do the dumb get dumber and the smart get smarter?*, in *Heritability of intelligence. Essentials* Springer, Wiesbaden 2021; la comunità psicologica ha a più riprese affermato che questo tipo di idea entra nel novero del razzismo scientifico: cfr. E. A. Carlson, *The unfit: a history of a bad idea*, Cold Spring Harbor University Press, New York 2001.

sugli anticoncezionali, nell'ottica di un migliore controllo delle nascite. Anche la motivazione religiosa veniva minimizzata nel rapporto ministeriale: non era obbligatorio che le famiglie cattoliche usufruissero di questi nuovi mezzi se non li ritenevano utili o morali. Contemporaneamente faceva capolino una nuova concezione della genitorialità, più orientata alla formazione e alla cura dei figli:

Vi è anzi da considerare che il provvedimento in esame non è in contrasto con i principi ispiratori della tutela della famiglia, che, come società naturale, deve tendere principalmente all'istruzione, all'educazione e al progresso dei figli. Finalità che ovviamente meglio può essere raggiunta attraverso una coerente educazione circa le inerenti responsabilità.⁵⁷

Il ministero si esprimeva anche sulle questioni relative alla tutela della salute della donna, anche se paradossalmente il maggiore spazio della relazione veniva occupato da queste osservazioni di natura culturale.

La commissione per lo studio degli anticoncezionali del CSS produsse anche una relazione, in risposta alla richiesta del servizio farmaceutico del Ministero della sanità, sui vari presidi medico-chirurgici che si usavano a scopo anticoncezionale, come pomate o dispositivi intrauterini, che dovevano essere presi in esame in aggiunta agli anticoncezionali orali⁵⁸. Questa relazione fu discussa dal CSS il 27 gennaio 1972⁵⁹, alla presenza di un delegato della Direzione del servizio farmaceutico del ministero, Duilio Poggiolini⁶⁰, che precisava che molti di questi dispositivi erano già registrati, ma con indicazioni differenti: per esempio, le creme spermicide presentavano l'indicazione di preparati antisettici per l'igiene della donna.

Quando sarà abrogato l'art. 6 del regio decreto 16.12.1928, n. 3112, che riguarda il divieto di registrare presidi medico-chirurgici con proprietà anticoncezionali, si dovrà stabilire quali di questi presidi hanno attività anticoncezionale e possono perciò essere registrati con questa indicazione. Gli uffici si sono perciò preoccupati di stabilire quali preparati possono considerarsi mezzi anticoncezionali e in tal caso quali debbano essere le avvertenze e le controindicazioni effettive che dovranno essere in quel momento proposte per l'impiego di tali preparati. Questo per quanto riguarda il settore delle preparazioni già oggi registrate come presidi medico-chirurgici, anche se con altre indicazioni.⁶¹

Vi erano però anche altri mezzi anticoncezionali non regolati, non sottoposti ad alcuna normativa e disponibili sul mercato senza alcuna regolamentazione né controllo, che sarebbe stato il caso di

⁵⁷ ACS, ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 150, *Ufficio studi e legislazione del Ministero della Sanità: modifica norme riguardanti registrazione di prodotti farmaceutici anticoncezionali*, p. 401.

⁵⁸ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 154, *Presidi medico-chirurgici anticoncezionali*, Seduta del 19 gennaio 1972, p. 51.

⁵⁹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, b. 154, Verbali, *Seduta del 27 gennaio 1972*, pp. 265-284.

⁶⁰ Nato a Roma nel 1929 e laureatosi in medicina e chirurgia nel 1954, intraprese la carriera accademica (nei settori della microbiologia, della chemioterapia e dell'igiene) per poi lavorare come funzionario presso il Ministero della sanità, ricoprendo cariche nazionali e internazionali legate alla farmaceutica. Iscritto alla loggia massonica P2, venne coinvolto nelle inchieste di Tangentopoli dei primi anni Novanta per accuse legate a manipolazioni e tangenti nelle procedure di gestione del SSN in favore di grandi aziende farmaceutiche. Venne arrestato in Svizzera nel 1993, dopo una latitanza di poche settimane.

⁶¹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, b. 154, *Seduta del 27 gennaio 1972*, p. 267.

inserire tra i dispositivi medico-chirurgici nel momento in cui il divieto di propaganda fosse caduto; la questione veniva però lasciata in sospeso. Luigi Carenza, direttore della Clinica ostetrica e ginecologica dell'università di Roma, presentava poi una relazione sui dispositivi intrauterini (IUD, intra-uterine devices; tra questi, la cosiddetta spirale). Negli anni Settanta, il materiale più comune per questi dispositivi era il rame, che offriva come ulteriore vantaggio, in piccole dosi, l'inibizione della motilità degli spermatozoi. Si incentivava quindi l'idea di aumentare la sperimentazione su questo tipo di dispositivi anche in Italia; tuttavia, sorgeva presto il problema che secondo alcuni studiosi, questo tipo di dispositivi impediva l'annidamento dell'uovo già fecondato nella parete uterina, classificandosi così tra gli abortivi piuttosto che tra gli anticoncezionali. In effetti, il meccanismo d'azione di questi dispositivi si basava sull'impianto della blastocisti, cioè dell'ovulo fecondato già da cinque giorni; nel CSS si prendeva atto delle

perplexità che la precisa nozione di questo fatto può destare in tanti ambienti medici, oltre che nell'opinione pubblica ed in ambienti cattolici in particolare, perché si ritiene che l'inizio della nuova vita sia dal momento in cui si forma lo zigote che ha in sé tutte le caratteristiche evolutive del nuovo individuo. Anche se esistono discrepanze di opinione circa la definizione di gravidanza e che la gravidanza, in termine ostetrico, inizia con l'impianto dell'uovo, si sa però che una vastissima parte dell'opinione pubblica considera la gravidanza dal momento in cui si è formato il nuovo essere. Anche se questi aspetti non rappresentano nulla di tecnico per quanto riguarda i provvedimenti che il Ministero deve prendere, non devono assolutamente essere sottovalutati.⁶²

Due altri problemi venivano indicati relativamente alla regolamentazione degli IUD: l'impianto nell'utero e l'educazione sanitaria. Fino a questo momento, infatti, la legislazione italiana non distingueva tra medico e specialista nel settore degli anticoncezionali, mentre l'impianto di una spirale intrauterina richiedeva, secondo il CSS, l'intervento di un medico specializzato. Tuttavia, si ricordava che in Italia gli specialisti erano pochi, e che le donne che non volevano avere figli si rivolgevano di solito al medico generico. Veniva proposto quindi in questa sede di aumentare la formazione di medici, anche generici, e paramedici ("infermiere, ostetriche, assistenti sanitarie visitatrici, ecc.", ancora tutte declinate al femminile) in una materia chiamata "pianificazione familiare", sostenendo che molti medici fossero ancora arretrati nella conoscenza dei metodi anticoncezionali ("pensano che il controllo delle nascite risieda praticamente soltanto nella pillola, oppure su altri mezzi molto primitivi come il coito interrotto"). Si insisteva nell'inoltrare al Ministero della sanità l'opportunità di insegnare la pianificazione familiare mediante dei corsi pratici,

che potrebbero essere eseguiti presso tutti i grandi ospedali dove c'è una divisione ostetrica o un centro di pianificazione, oppure nelle cliniche ostetriche e dovrà essere riservato un gruppo molto modesto di persone, tre o quattro al massimo [...] Bisogna rifuggire dalle conferenze destinate a 40, 50, 200 persone perché queste conferenze dottrinali non insegnano niente, mentre invece è necessario organizzare corsi pratici di

⁶² Ivi, p. 276.

una settimana, eseguiti presso un centro di pianificazione dove si insegna che ci sono 5 o 6 mezzi anticoncezionali che si applicano in una determinata maniera, presentano determinati inconvenienti, controindicazioni, ecc.⁶³

La necessità da parte della donna di non dimenticare il dispositivo all'interno dell'utero richiamava il tema dell'informazione. Anche per il diaframma (metodo anticoncezionale di natura meccanica, consistente in una membrana inserita all'altezza del collo dell'utero per impedire il passaggio degli spermatozoi) vennero fatte delle puntualizzazioni: veniva ribadita la sicurezza di tali meccanismi e veniva consigliato di istituire dei consultori per la pianificazione familiare presso l'Onmi, con personale qualificato, in modo che le donne vi si potessero rivolgere per i problemi legati alla procreazione. Importante anche l'osservazione relativa al numero "terrificante" di aborti clandestini causati dalla mancanza di informazione anticoncezionale, anche tecnicamente imperfetta, tra le donne italiane, per cui ricorrevano in centinaia di migliaia di casi agli aborti procurati clandestinamente. Tale dato faceva impallidire i rischi relativi agli anticoncezionali, che avrebbero dovuto essere valutati comparativamente rispetto al numero di morti provocate dall'assenza di conoscenza in merito. Gino Bergami, ex Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica, si espresse poi relativamente al problema della distinzione tra abortivi e anticoncezionali, sostenendo la tesi che non si poteva parlare di nuova vita nel momento in cui l'uovo viene fecondato, perché le uova fecondate, poi espulse, sono frequenti nel sangue mestruale; è dunque l'annidamento nella mucosa uterina a garantire entro una ragionevole probabilità lo sviluppo di un nuovo essere umano, esprimendo una tesi sulla quale quasi tutti i presenti concordavano e che rappresenta ancora oggi nel settore dell'embriologia il momento a partire dal quale si intende il concepimento e l'inizio della gravidanza.⁶⁴

4.2.3 Gli stupefacenti: il problema dell'astinenza e del metadone

La prima metà degli anni Settanta continuava a caratterizzarsi, per quanto riguardava la normativa

⁶³ Ivi, p. 275.

⁶⁴ L'embriologia, in quanto branca della biologia che studia i processi di sviluppo degli organismi viventi prima della nascita, è molto antica e fino al XX secolo è stata una scienza puramente descrittiva. Lo sviluppo della microscopia elettronica e dello studio subcellulare permise di coinvolgere in questo genere di studi processi biochimici, biofisici e genetici. In questo senso, l'embriologia individua l'unione tra gamete maschile e gamete femminile con il termine di fecondazione; ma individua come imprescindibile per lo sviluppo di un essere umano l'elemento costituito dall'impianto dell'utero materno, e come inizio dell'essere senziente lo sviluppo di un accenno di sistema nervoso, che avviene intorno al terzo mese di gravidanza, e che verrà poi preso come punto di riferimento per definire il tempo entro il quale è legalmente lecita l'interruzione di gravidanza. Tuttavia, molti gruppi religiosi continuano ancora oggi ad individuare la fecondazione e l'inizio dei processi di separazione cellulare dei primissimi momenti di formazione dello zigote come un individuo in potenza, moralmente bisognoso di tutela e depositario di diritti. Cfr. E. Blechschmidt, *Come inizia la vita umana. Dall'uovo all'embrione*, Futura Publishing Society, 2009; P. Bazzicalupo, C. Campanella, R. Di Lauro, *Sviluppo embrionale e post-embriionale. Interpretazione moderna di alcuni aspetti di embriologia classica*, Ed. Liguori, 2002; O. Sacchi, *L'embrione umano tra res e "persona". Spunti dal dibattito giuridico antico e contemporaneo*, in L. Chieffi, J. R. Salcedo Hernández (a cura di), *Questioni di inizio vita. Italia e Spagna: esperienze in dialogo*, Quaderni di bioetica, Mimesis edizioni, Milano 2015, pp. 119-139.

sugli stupefacenti, come un periodo di arretratezza legislativa. All'esame del CSS era stato inviato infatti dal Ministero uno schema di regolamento da rivedere per l'emanazione, basato sulla legge 22 ottobre 1954 n. 1041 (concernente la disciplina della produzione, del commercio e dell'impiego degli stupefacenti). Tale schema di regolamento era stato predisposto da un comitato interministeriale presieduto dal ministro della sanità e a cui partecipavano delegati del ministero dell'Interno, dell'arma dei carabinieri, della guardia di finanza, del ministero delle finanze, del ministero di grazia e giustizia, degli affari esteri e dell'industria e commercio.⁶⁵ Il CSS osservava che nel frattempo erano intervenuti vari progetti, alcuni dei quali ancora in corso di stesura, da cui si deduceva una profonda arretratezza della normativa del 1954, e questo schema di regolamento sarebbero comunque arrivato con 17 anni di ritardo: il CSS decise quindi di avanzare una proposta sospensiva a favore di progetti più moderni di cui il Paese aveva la necessità⁶⁶. Fu in particolare il chimico e farmacologo Di Mattei ad esprimersi sull'arretratezza della legge in questione, facendo notare come il contenuto di questo regolamento fosse particolarmente concentrato sulla parte amministrativa e di controllo, mentre in alcuni dei nuovi progetti, alcuni all'esame del Parlamento, si concentravano su aspetti sociali, che superavano l'impianto di origine fascista della normativa:

Le riforme di cui si parla, i progetti di legge d'iniziativa parlamentare, riguardano invece un altro aspetto, l'aspetto su cui adesso il relatore si è soffermato: soprattutto la necessità di distinguere fra il trafficante e l'interessato, il malato sociale. Purtroppo oggi la legge colpisce con uguale rigore l'intossicato e l'occasionale consumatore di stupefacenti e colui invece che fa il commercio illecito [...] Ora questa situazione della legislazione attuale ostacola anche qualunque iniziativa che ormai viene sollecitata da più parti ai fini di promuovere la prevenzione e la riabilitazione, la rieducazione soprattutto di coloro che sono addetti all'uso degli stupefacenti.⁶⁷

Il CSS si dichiarava favorevole a questo approccio, che considerava più moderno; tuttavia, diverse voci si levavano a favore di una revisione globale del problema, anche amministrativa. Da questo punto di vista, le influenze internazionali che per tutto il Novecento avevano condizionato il settore tornavano a farsi sentire: il segretario del CSS Filippo Bellanti aveva partecipato all'assemblea dell'OMS a Ginevra qualche settimana prima, e riferiva che l'ambasciatore italiano era stato redarguito per la mancata applicazione dell'ultima convenzione internazionale degli stupefacenti. Il CSS sollecitava quindi una nuova legge "che tenesse conto del dilagare del fenomeno della droga e delle conseguenze che ne derivano"⁶⁸, richiedendo al ministero una sospensiva sul regolamento in

⁶⁵ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 149, *Ministero della sanità, direzione generale del servizio farmaceutico: relazione sul progetto di regolamento per l'esecuzione della legge 22 ottobre 1954 n. 1041*, pp. 147-152.

⁶⁶ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 149, *Schema di regolamento di esecuzione della legge 22 ottobre 1954, n. 1041, concernente la disciplina della produzione, del commercio e dell'impiego degli stupefacenti*, 25 maggio 1971, p. 101.

⁶⁷ Ivi, p. 103.

⁶⁸ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 150, *Schema di regolamento di esecuzione della legge 22 ottobre 1954 n. 1041 concernente la disciplina della produzione, del commercio e dell'impiego degli stupefacenti*, Seduta del 14 luglio 1971, p. 84.

questione. La risposta della Direzione generale del servizio farmaceutico fu però indicativa: il disegno andava discusso comunque, dato che c'erano pressioni da parte della Comunità Europea; si riconosceva però la non accettabilità della parte della legge

Che non consente di svolgere attività di recupero e attività educativa perché tratta alla stessa stregua colui che commercia con gli stupefacenti e colui che occasionalmente si trovi in possesso di una fiala di stupefacente o di sostanza psicoattiva. Questo ha determinato gravi perplessità in campo sociale, oggi non si è in grado di poter ricoverare un tossicomane presso un centro di disintossicazione perché la legge del 1954 lo considera addirittura come un malato mentale. [...]

In relazione all'uso e all'abuso delle sostanze psicoattive in Italia si è cercato di attivare dei centri, di svolgere un'attività educativa, di organizzare centri di recupero, però qualunque iniziativa è stata bloccata, talvolta anche con l'intervento della magistratura. [...] le difficoltà di dare corso a questa opera emendativa ed educativa dipendono dal fatto che alcuni articoli della legge non consentono di considerare il tossicomane, sia pure iniziale, come un ammalato, come un individuo che ha bisogno di avere dell'assistenza.

La revisione di questa legge che veniva richiesta al CSS esigeva però dei pareri su altri fattori: le responsabilità del farmacista, la coltivazione delle piante, il commercio, il confezionamento, la parte burocratica e doveva perciò, secondo il Ministero, essere svolta anche se erano passati 17 anni dall'emanazione della legge. Una delle proposte più importanti del CSS fu quella di un ricettario speciale su cui i medici avrebbero dovuto prescrivere i farmaci stupefacenti, con una carta particolarmente riconoscibile, emanata dallo Stato e distribuita dall'Ordine dei medici, che permettesse ai farmacisti uno sgravio di responsabilità rispetto alla legge precedente, in seguito alla quale molti avevano deciso di non trattare più questi farmaci a causa delle pesantissime ripercussioni legali in caso di errori di vendita. Si ricorda che nella classificazione di "stupefacente" rientravano anche alcuni farmaci molto usati nel trattamento del dolore, come la morfina. Gino Bergami e un rappresentante dell'ordine dei farmacisti concordavano nell'affermare che sia il medico sia il farmacista si dichiaravano ostili alla ricettazione degli stupefacenti per via del fatto che tale ricettazione veniva fatta su un documento facilmente riproducibile e falsificabile, che non garantiva nessuna delle due figure professionali. Secondo Bergami, l'adozione di ricettari numerati o speciali avrebbe risolto anche un altro problema, quello dell'identificazione dei medici tossicomani, altrimenti impossibile.⁶⁹ Il CSS si proponeva come organo di revisione del regolamento della legge del 1954, definita in alcuni suoi aspetti "aberrante", prima che la proposta elaborata dagli uffici del Ministero venisse sottoposta al Consiglio dei ministri; ricordava anche di essere stato il primo tra i Consigli d'Europa ad inserire la tossicomania tra le malattie sociali, nel 1961, quando non si prevedeva una diffusione dell'uso delle droghe a larga scala come poi si è verificata nel decennio successivo. In seguito a questo, era stato anche istituito presso l'università di Roma un primo centro per la lotta

⁶⁹ Ivi, p. 94.

contro le tossicodipendenze, ma ricordava che il 31 dicembre 1971 la convenzione tra questo centro e il ministero sarebbe scaduta “senza che nessuno abbia interesse a rinnovare, nonostante le benemerienze acquisite”⁷⁰.

Nello stesso anno, il Ministero della sanità aveva predisposto per il CSS una relazione sulla campagna antidroga, nell’ottica di ricevere un parere relativo “alla scelta dei mezzi e dei contenuti della propaganda in così delicato settore della salute pubblica”⁷¹, indicando quindi tutte le iniziative intraprese dal ministero in questo periodo. Particolarmente interessante risultava l’indagine sulla diffusione delle tossicomanie: l’Ufficio Centrale Stupefacenti del ministero della sanità aveva infatti sottoposto a partire dal 15 maggio 1970 un questionario ai titolari di farmacie; un altro questionario ai presidi e ai direttori degli istituti scolastici, per verificare le opinioni prevalenti negli ambienti più vicini ai giovani sul fenomeno dell’abuso di droghe.

Le domande del primo questionario si focalizzavano sulle vendite effettuate dalle farmacie e considerava un campione di 1.748 sulle circa 12.500 esistenti in Italia. I risultati evidenziavano la scarsità delle vendite nelle ore notturne, una risposta negativa dei farmacisti su vendite eccessive di sostanze psicoattive (13,5% contro 82%, con il 4,5% di incerti), una generale mancanza di consultazione con il farmacista sull’acquisto di queste sostanze e una scarsa richiesta di sostanze da usare come stimolanti per lo studio o per lavori mentali in genere. Si registravano però differenze significative nelle percentuali di risposta confrontando i dati delle grandi città, come Roma o Milano, rispetto ai piccoli centri, con maggiori vendite nelle prime realtà. Particolarmente forte risultava la tendenza dei giovani ad assumere stimolanti o eccitanti in occasione di prove più o meno impegnative: ciò accadeva circa 10 volte di più nelle grandi città rispetto ai piccoli centri. Non venivano poi rilevate differenze significative nei dati delle province dell’Italia settentrionale, centrale e meridionale; una certa tendenza all’abuso e a una maggiore curiosità generale nei confronti degli psicofarmaci risultava maggiore nelle regioni dell’Italia settentrionale rispetto alle altre. Mancavano tuttavia dati relativi al sesso, all’età, al livello culturale, allo stato sociale e al tipo di prodotti più utilizzato.⁷²

Interessanti anche le risposte al questionario sottoposto alle presidenze scolastiche e orientato soprattutto alla conoscenza del fenomeno tra i giovani. Le risposte trasmettevano l’idea di una spiccata sensibilità al problema degli insegnanti e del personale scolastico, ma una diffusione del fenomeno rilevata molto scarsa; tuttavia, il ministero si lamentava della genericità del campione prescelto per la somministrazione del questionario, poiché sarebbero state incluse anche le scuole elementari, impedendo qualsiasi elaborazione statistica dei dati.⁷³ Risultati più interessanti invece si

⁷⁰ Ivi, p. 97.

⁷¹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 153, *Relazione al Consiglio Superiore di Sanità sulla campagna antidroga*, 1971, p. 51.

⁷² Ivi, pp. 53-57.

⁷³ Ivi, pp. 58-60.

registravano dal dato delle persone implicate nei sequestri di sostanze stupefacenti effettuati nell'anno 1970 dagli organi di polizia. Le indicazioni che se ne traevano erano un contenuto numero di sequestri correlati agli stupefacenti tradizionali (oppiacei e cocaina), mentre il 72% delle segnalazioni era per casi correlati alla cannabis. Tra i fattori che hanno probabilmente influito sul dato vi erano la maggiore facilità di identificazione da parte della polizia dei detentori di hashish o marijuana presso gli ambienti hippie delle grandi città; la minore cautela presa dagli stranieri provenienti da Paesi in cui la legislazione sulla cannabis prevedeva pene molto meno severe di quella italiana, come Paesi scandinavi, Regno Unito, Germania e Stati Uniti, che infatti venivano fermati più spesso dalle forze dell'ordine in possesso di sostanze stupefacenti. A ulteriore conferma di ciò, si rilevava la ripartizione delle persone imputate di possesso di cannabis tra italiani e stranieri in generale (51,1% di italiani, 48,8% di stranieri). I dati dei sequestri indicavano un massimo per il consumo di cannabis e di droghe allucinogene per i gruppi di età dai 18 ai 20 anni, mentre per la morfina e la cocaina tra i ventuno e i trenta. L'uso di morfina e cocaina riguardava quasi esclusivamente italiani e la sua incidenza non decresceva molto all'avanzare dell'età. Nel complesso, tuttavia, le persone arrestate per traffico o uso di morfina o cocaina erano una esigua minoranza della totalità dei casi segnalati. Nonostante la carenza di dati relativi alla provenienza sociale dei consumatori, si registrava che la grande maggioranza di questi fossero studenti.⁷⁴

Da questi dati si può dedurre che ad essere implicati nei casi di consumo e traffico illecito di stupefacenti erano per la maggior parte giovani dediti alle droghe leggere; che il consumo di cannabis cresceva esponenzialmente in questi anni, considerando che il dato di sequestri per consumo di questa droga del 1970 era più del doppio rispetto all'anno precedente; che dal 1963 al 1970 il numero di persone coinvolte in segnalazioni e sequestri per droga era circa decuplicato, a testimonianza di una netta crescita del consumo (considerato il fatto che la legislazione sui controlli era rimasta identica durante questo lasso di tempo, rendendo improbabile l'ipotesi di una crescita dovuta a maggiori controlli). Dalle relazioni del Ministero della sanità risultava anche una netta prevalenza maschile nell'uso e ancor più nel traffico illecito di droghe, con il dato femminile di consumo più alto relativo alla cocaina (il 29% di consumatori erano donne; in questi anni si registravano poi il 20% di consumo femminile per la cannabis, il 16,6% per l'oppio, il 13% per l'LSD e il 7,5% per la morfina).⁷⁵ Il fenomeno in Italia risultava di portata inferiore rispetto agli altri Paesi europei, ma con una ben definita tendenza all'espansione.

Gli organi internazionali facevano presente nei consessi sanitari comuni un declino nell'uso delle droghe pesanti – per lo meno per quanto riguardava l'Europa – a cui corrispondeva un'espansione

⁷⁴ Ivi, pp. 61-63.

⁷⁵ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 153, *Tabella 1 – Resoconto statistico delle segnalazioni di traffico illecito di sostanze stupefacenti*, p. 14.

quasi esplosiva nell'uso delle droghe leggere e allucinogene. A livello europeo e statunitense si notavano in questi anni poi altri due fattori: un recentissimo cambiamento di tendenze nelle droghe preferite, con la cannabis scalzata leggermente dalle anfetamine, e un cambiamento nella provenienza socio-economica dei consumatori abituali. Mentre nel decennio precedente, infatti, l'uso della droga era più frequente nei ceti sociali più abbienti, all'inizio degli anni Settanta il fenomeno diventava sempre più diffuso negli strati sociali più bassi, coincidendo spesso con soggetti che venivano denunciati anche per altri reati. Le stesse evidenze venivano notate negli Stati Uniti.⁷⁶

Qualche informazione sulle prime iniziative di lotta alla tossicodipendenza in Italia da parte della sanità istituzionale e non da associazioni o privati veniva dalla Direzione Generale dei Servizi di medicina sociale del Ministero della sanità, che, insieme alla Direzione Generale degli ospedali, si era interessata a stabilire intese con gli ospedali regionali e provinciali per la promozione di Centri ambulatoriali per la prevenzione e il trattamento delle tossicodipendenze. Tuttavia, nonostante l'emanazione di una circolare da parte della Direzione datata 8 maggio 1970 e rivolta ai medici provinciali di Milano, Firenze, Napoli, Bologna, Torino, Padova e Cagliari per individuare luoghi e modalità, e nonostante ripetute sollecitazioni, solo il medico provinciale di Torino aveva risposto positivamente comunicando l'intenzione da parte dell'amministrazione locale di dare seguito a questo tipo di progetto.

La Direzione Generale dei servizi di medicina sociale fa notare come non poche difficoltà si siano incontrate e si incontrino nel promuovere l'impianto di centri per le malattie sociali: istituzioni considerate come iniziative passive sotto il profilo economico o, in altri casi, soltanto come un mezzo per agevolare l'acquisto di apparecchiature le quali, apparentemente destinate ai centri, finiscono con l'essere utilizzate, sia pure con beneficio dell'assistenza, per i compiti tradizionali degli ospedali e degli istituti universitari.⁷⁷

Il problema di questi centri associati agli ospedali era in particolare la gratuità degli interventi e la scarsità dei fondi stanziati, che rendeva gli ospedali poco propensi ad erogare i servizi previsti. Per risolvere il problema, la Direzione in questione proponeva un'ulteriore norma legislativa che rafforzasse le leggi esistenti.⁷⁸ Inoltre, veniva proposto che il personale di questi centri venisse reclutato nell'amministrazione provinciale, in grado di assicurare allo Stato una maggiore disponibilità di personale sanitario ed ausiliario, lasciando all'ente ospedaliero il solo compito di istituire sezioni per il ricovero dei soggetti più gravi e bisognosi di trattamento non ambulatoriale.

Venivano messi in discussione alcuni diritti del soggetto tossicodipendente, come la scelta spontanea

⁷⁶ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 153, *Relazione al Consiglio Superiore di Sanità sulla campagna antidroga*, 1971, p. 71.

⁷⁷ Ivi, p. 73.

⁷⁸ In particolare l'art. 36 del D.P.R. 27.3.1969 n. 128, l'articolo dell'ordinamento interno dei servizi ospedalieri che normava i centri per le malattie sociali, predisponendo l'esistenza di ambulatori, dispensari, consultori, centri che, sotto la vigilanza del Ministero della sanità e con dotazione organica di personale ospedaliero, erogassero servizi di prevenzione, controllo e cura delle principali malattie sociali individuate dal ministero stesso. Il problema non sembrava però essere di scarsità di norme legislative, quanto di volontà e finanziamenti.

del luogo di cura con diritto all'anonimato; la non perseguibilità per chi accettava il trattamento; la possibilità di sorveglianza medica presso il centro per chi non aveva necessità di disintossicazione. Ma quali e quanti erano in questo periodo i centri effettivamente attivi in Italia per il recupero e la cura dei tossicodipendenti? Il primo centro istituito era stato quello presso l'Istituto di farmacologia dell'università di Roma, che beneficiava di un contributo ministeriale annuo di dieci milioni di lire per le spese di funzionamento.⁷⁹ Un secondo centro era stato istituito presso l'Istituto di Clinica delle malattie nervose dell'università di Messina, anche se ancora erano in corso di attuazione le pratiche per il contributo ministeriale; un terzo centro era in corso di istituzione presso l'ospedale di Vercelli. Si trattava però di centri ospedalieri tradizionali, non molto diffusi e che andavano incontro a difficoltà nello “stabilire un terreno di valori comune tra giovani dediti alle droghe allucinogene e il personale incaricato di curarli”⁸⁰. Questo tipo di difficoltà avevano portato, all'estero, dove il fenomeno era più diffuso, alla creazione di particolari comunità a cui partecipavano “medici psicologi, sociologi, insegnanti, uomini di cultura ed ex drogati con lo scopo di reinserire il drogato psicologicamente e materialmente nella società”⁸¹. Qualche esempio di questo tipo di esperienze, segnalava il ministero, era sorto anche a Roma per iniziativa di privati e religiosi, sull'esempio di quelle che venivano definite “comuni” esistenti ad Amsterdam e a Londra. Tuttavia, le prime due comunità di questo tipo, sorte in piazza Navona e in piazza Bologna su iniziativa rispettivamente di un frate e di un medico, vennero ben presto chiuse per motivi legati all'ordine pubblico dalle autorità di pubblica sicurezza.⁸² Nel frattempo stava nascendo un terzo centro analogo a cura del Capo del movimento di solidarietà internazionale don Mario Picchi. Il Ministero, pur riconoscendo l'utilità di tali esperienze e di questo tipo di organizzazioni, “non vede come esse possano essere inserite in uno schema di assistenza in base alla vigente legislazione”⁸³.

Infine, la Direzione generale del ministero auspicava una maggiore flessibilità legislativa rispetto alle possibilità offerte dalla legge 1041 del 22.10.1954, elaborata ed approvata sotto la pressione di avvenimenti che avevano prodotto “largo scandalo” nell'opinione pubblica⁸⁴ e suscitando anche delle

⁷⁹ Si tratta di un contributo pari a circa 86mila euro attuali.

⁸⁰ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 153, *Relazione al Consiglio Superiore di Sanità sulla campagna antidroga*, 1971, p. 76.

⁸¹ Ibidem.

⁸² Ivi, p. 77.

⁸³ Ibidem.

⁸⁴ Negli anni Cinquanta in Italia vi erano stati una serie di scandali legati a produzione illegale di droga in laboratori farmaceutici autorizzati dall'Alto Commissariato per l'Igiene e la sanità pubblica, sfuggendo quindi al controllo delle pubbliche autorità. Nella seduta del 13 ottobre 1954 venivano ricordati gli scandali di Trieste del 1950, in cui erano state coinvolte le ditte Ramsa e Baccarani; lo scandalo per illecito traffico di mefedrina ad opera della ditta Reiner di Como; ma soprattutto quello che aveva coinvolto nel 1953 il professor Migliardi dell'azienda farmaceutica Schiapparelli di Torino. In questo caso la Guardia di Finanza aveva stabilito che 128 chili di eroina erano stati illecitamente prodotti e venduti negli Stati Uniti, questione per la quale l'Italia “venne direttamente incriminata all'ONU sia in occasione della V Sessione della Commissione degli stupefacenti tenuta a Lake Success dal 1° al 15 dicembre 1950, sia in occasione della VIII sessione tenutasi il 14 e 15 aprile 1953 a New York dove si è trattato del traffico illecito di eroina in Italia.” Cfr. Atti parlamentari, II legislatura, XI Commissione parlamentare della Camera, *Disciplina della produzione, del commercio e dell'impiego degli stupefacenti*, 13 ottobre 1954, pp. 366-367.

perplexità, proprio a dimostrazione della sua eccessiva durezza, nei magistrati incaricati di applicarla. Tuttavia, la severità di questa legge era dovuta ai richiami internazionali in occasione di alcuni scandali che dimostravano forti legami tra ditte farmaceutiche italiane dell'Italia settentrionale e gangsterismo, che continuavano a dipingere l'Italia come un Paese inaffidabile dal punto di vista del contenimento dei traffici di stupefacenti. Lo scandalo più noto coinvolse la figura di Lucky Luciano e dei fenomeni mafiosi italo-americani, in cui largo spazio aveva il traffico di stupefacenti in città come New York, come testimonia una relazione prodotta dalla Commissione parlamentare antimafia nel 1974:

Limitando l'analisi al traffico che investe l'Europa, le principali fonti di alimentazione si sono rivelate:

- il dirottamento dalla produzione e dal commercio legali;
- il contrabbando da Paesi del Medio-Oriente.

In Italia, nell'immediato dopoguerra, notevoli quantitativi di stupefacenti specialmente derivati da oppio (morfinina, eroina) furono abusivamente prodotti in alcune note aziende farmaceutiche (per esempio Schiapparelli di Torino) approfittando della scarsità di controlli ed immessi sul mercato clandestino internazionale ad opera di elementi mafiosi italiani ed italo-americani. Il fenomeno fu eliminato con drastiche azioni di polizia condotte dalla Guardia di finanza col divieto di produrre eroina introdotto nel 1952 e con la legge sugli stupefacenti n. 1041 del 22 ottobre 1954.⁸⁵

In questo senso, la severità della legge era necessaria a disincentivare questo genere di traffici: per questo motivo il possesso e lo spaccio di sostanze illegali erano stati equiparati negli anni del dopoguerra, e le pene inasprite. Tuttavia, il CSS reputava che di questo tipo di legislazione facesse le spese il sempre maggior numero di giovani che veniva coinvolto nel nuovo fenomeno della diffusione di droghe leggere negli anni Settanta, e esprimeva in merito un giudizio di necessario alleggerimento della portata delle pene:

Una legislazione razionale nel campo degli stupefacenti dovrebbe tener conto della differente fisionomia delle tossicosi da oppiacei e cocaina in confronto a quelle da allucinogeni anche per quanto riguarda il tipo di persone coinvolte, l'ampiezza del fenomeno e il suo significato nel contesto sociale. Il gran numero di giovani e giovanissimi, spesso incensurati, implicati in reati connessi con gli stupefacenti di questo secondo tipo renderebbe inopportuno il ricorso esclusivo a strumenti repressivi, quali il mandato di cattura obbligatorio e la reclusione che, d'altronde, incrementerebbe in essi la convinzione di essere l'oggetto di un'ingiustificata persecuzione e la sensazione di appartenere a un sottogruppo minoritario e in opposizione alla maggioranza dominante. Si dovrebbe inoltre permettere al drogato di essere accolto e curato in centri opportunamente organizzati che si preoccupino anche del suo reinserimento nella società, mentre si dovrebbe prevedere una severa repressione del traffico su vasta scala.⁸⁶

⁸⁵ Atti parlamentari, VI legislatura, Senato, Documenti della Commissione parlamentare antimafia, *Allegato 1 – Sintesi delle conclusioni del comitato per le indagini sui singoli mafiosi, sul traffico degli stupefacenti e sul legame tra fenomeno mafioso e gangsterismo americano*, p. 450.

⁸⁶ Ivi, p. 80. L'art. 6 della legge 22 ottobre 1954 n. 1041 recitava infatti: "Chiunque, senza autorizzazione, acquisti, venda, ceda, esporti, importi, passi in transito, procuri ad altri, impieghi o comunque detenga sostanze o preparati indicati

Si rileva quindi da parte del CSS una opinione molto avanzata rispetto alla legislazione vigente in quel periodo, senza la capacità, però, di coadiuvare iniziative spontanee, come quelle delle comunità, che iniziavano contemporaneamente a sorgere nelle maggiori città italiane. Tuttavia, la relazione parla anche di un nuovo progetto di legge, nell'ottica di una modifica di norme eccessivamente repressive, che era contemporaneamente allo studio dell'Ufficio legislazione del Ministero della sanità.

Nel frattempo, continuavano i richiami della comunità internazionale per l'aggiornamento degli elenchi delle sostanze stupefacenti, soprattutto alla luce dei crescenti consumi di questi preparati. Nel 1972, il ministero chiese al CSS un parere sull'inclusione di alcune preparazioni a base di idrocodone e dei suoi derivati nell'elenco degli stupefacenti, ai sensi della legge del 1954.⁸⁷ Si tratta di sostanze oppioidi usate tuttora come antidolorifici in associazione con FANS (farmaci antinfiammatori non steroidei) o antibiotici per terapie del dolore particolarmente intense. In Italia, queste preparazioni erano in commercio fin dal 1935; tuttavia, nel 1968 le Nazioni Unite facevano presente al ministero della sanità che queste sostanze erano soggette al regime di controllo previsto per le sostanze stupefacenti. Interessanti le osservazioni della Direzione generale del servizio farmaceutico del ministero della sanità in merito:

è un argomento che è affiorato varie volte all'esame degli organi consulenti [...], e l'attuazione in senso positivo della proposta detta è un po' un fatto storico. In realtà siamo stati abituati per tanti anni a considerare questa miscela come esente dalla prescrizione degli stupefacenti, ma considerati i fatti è certamente necessario sottoporla alla disciplina di questi ultimi. Il consumo enormemente aumentato di questa miscela dimostra chiaramente che essa viene usata per ricavarne lo stupefacente contenuto: in realtà è facilissimo ottenerlo essendo sufficiente l'evaporazione della miscela.⁸⁸

Si riproponeva però il problema della legittima vendita di queste sostanze a chi ne aveva realmente bisogno, e alle resistenze dei medici e dei farmacisti nel fornirle in conseguenza della legislazione vigente; su questo problema il CSS non riusciva a trovare soluzioni adeguate, in quanto il parere finale proponeva l'approvazione della richiesta con la raccomandazione che alcuni stupefacenti usati a scopo terapeutico fossero facilmente reperibili nelle farmacie, e la "speranza" che i medici e i farmacisti non fossero inibiti nel prescrivere e vendere queste sostanze quando necessario.

Contestualmente, vi era una richiesta internazionale di aggiornare l'elenco degli stupefacenti, per via di una delibera della convenzione di Vienna del 1971.⁸⁹ Le nuove inclusioni nell'elenco degli stupefacenti erano divise in due categorie: sostanze riconosciute stupefacenti di nuova ideazione (in

nell'elenco degli stupefacenti, è punito con la reclusione da tre a otto anni e con la multa da lire 300.000 a lire 4.000.000."

⁸⁷ ACS, Ministero della sanità, Consiglio Superiore della sanità, Verbali, b. 154, *Inclusione di alcune preparazioni a base di idrocodone nell'elenco degli stupefacenti ai sensi della legge 22.10.1954, n.1041*, Seduta del 22 marzo 1972, p. 566.

⁸⁸ Ivi, p. 567.

⁸⁹ ACS, Ministero della sanità, Consiglio Superiore della sanità, Verbali, b. 154, *Proposta di integrazione dell'elenco delle sostanze stupefacenti*, Seduta del 22 marzo 1971, p. 569. Come ricordato nel III capitolo, la convenzione sulle sostanze psicotrope di Vienna ebbe luogo nel 1971, ed insieme alla Convenzione unica sugli stupefacenti del 1961 e alla Convenzione ONU contro il traffico illecito di sostanze stupefacenti e psicotrope del 1988 costituisce l'attuale sistema internazionale di controllo sulle droghe.

particolare cannabinoidi sintetici), e anfetamine di nuova produzione. Nella stessa seduta si affrontava il problema delle vendite di specialità medicinali previa prescrizione medica: si rilevava infatti un uso prolungato e oltre i limiti delle cure delle ricette per alcuni tipi di farmaci stupefacenti. L'innovazione principale era rappresentata dalla proposta di una limitazione della validità della ricetta medica: la stessa poteva venire usata tre volte, e non oltre tre mesi dalla data.⁹⁰ Al medico veniva lasciata la possibilità di allungare o ridurre la durata della ricetta a seconda delle necessità della cura del singolo paziente. Nel 1974, all'elenco degli stupefacenti furono aggiunte anche alcune categorie di barbiturici, nonostante il problema che si veniva a creare per alcune cure, ad esempio per l'epilessia; si rendeva sempre più necessaria una legislazione più moderna sul tema.⁹¹

La legge 22 dicembre 1975, n. 685, "Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza" rappresentò una sostanziale novità nella legislazione sugli stupefacenti: il consumatore venne per la prima volta ritenuto un soggetto socialmente debole, e il consumo venne ritenuto alla stregua di una malattia, lasciando spazio per il recupero e il reinserimento sociale dei soggetti tossicodipendenti.⁹² Alla base delle norme proposte vi era infatti una netta distinzione tra trafficante e consumatore, soprattutto per quanto riguardava le norme penali. Il testo, basato sulla fusione di due disegni di legge, uno di iniziativa del senatore democristiano Carlo Torelli e un secondo presentato dal ministro della sanità Luciano dal Falco, e dai ministri di Grazia e giustizia, dell'Interno, delle Finanze e del Tesoro, prendeva atto della diffusione del fenomeno della tossicodipendenza nella società italiana e proponeva finalmente una revisione dell'impianto della legge precedente in merito. Obiettivo della legge era anche cercare di scardinare il sistema di traffico illecito delle sostanze, nella maggior parte dei casi legato ad ambienti criminali di stampo mafioso.⁹³ La legge tuttavia presentava notevoli carenze proprio nel settore del recupero e del reinserimento sociale; in più, a detta dei critici, il concetto di "non punibilità della modica quantità posseduta a scopo non terapeutico" introduceva la percezione della liceità del consumo nel possessore, e rappresentava un escamotage a vantaggio dello spaccio.

Parallelamente ai dibattiti parlamentari e alle discussioni ministeriali per ammodernare la legislazione sulla tossicodipendenza, il CSS veniva chiamato ad esprimere un parere su un nuovo farmaco, in esame in molti Paesi europei e negli Stati Uniti, che sembrava in grado di ridurre gli effetti del craving

⁹⁰ ACS, Ministero della sanità, Consiglio superiore di sanità, Verbali, b. 154, *Nuova regolamentazione della vendita con prescrizione medica di specialità medicinali*, Seduta del 22 marzo 1971, p. 571.

⁹¹ ACS, Ministero della sanità, Consiglio superiore di sanità, Verbali, b. 166, *Sostanze da sottoporre alla disciplina degli stupefacenti*, Seduta del 20 febbraio 1974, pp. 551-552.

⁹² Cfr. F. De Ferrari, C. A. Romano, *Sistema penale e tutela della salute*, Giuffè, Milano 2003.

⁹³ Atti parlamentari, Senato della Repubblica, VI legislatura, Disegni di legge e relazioni – Documenti, *Relazione delle Commissioni riunite II (Giustizia) e XII (Igiene e sanità) sui disegni di legge "Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope e misure di prevenzione e cura" e "Disciplina della produzione, del commercio e dell'impiego di sostanze stupefacenti o psicotrope e relative preparazioni. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza"*, comunicata alla presidenza il 19 settembre 1975, p. 2

nel difficile processo di disintossicazione dall'eroina: il metadone. Questa sostanza, che diventerà nota proprio in associazione al trattamento delle tossicodipendenze, chimicamente è un oppioide sintetico, sintetizzato per la prima volta in Germania nel 1937, e i suoi effetti positivi nei difficili processi di astensione e astinenza dalle droghe sono dovuti alla sua natura di agonista chimico del recettore degli oppioidi, producendo effetti chimici simili ma più blandi.⁹⁴ Questa sostanza risultava particolarmente utile nel trattamento dell'astinenza da eroina perché quest'ultima causa una forte dipendenza fisica, e in mancanza di una sostanza che aiuti a tollerare i sintomi i tossicodipendenti sono del tutto incapaci di reinserimento sociale, o di intraprendere un'attività lavorativa. Tuttavia, da parte ministeriale non si aveva il controllo dell'uso del metadone:

In Italia il trattamento con il metadone è stato praticato, viene effettuato qui e lì (secondo notizie giornalistiche e seguendo le informazioni di chi si occupa particolarmente di questo argomento). Ma in effetti esistono molti aspetti che lasciano delle perplessità sull'applicazione di questo metodo. Intanto non si conoscono i centri dove questa applicazione viene effettuata. [...] Non si conoscono le modalità di applicazione che vengono seguite [...]; in terzo luogo, non si sa quanti soggetti vengono trattati e come i soggetti vengono controllati nel corso del programma, perché di fatto questi dovrebbero accettare di non assumere più droghe e a questo scopo dovrebbero ricevere un controllo con i vari metodi di analisi disponibili perché si possa effettivamente evidenziare che il soggetto non assuma altre droghe. Senza contare il fattore preliminare, che è quello di accertare la dipendenza del soggetto.⁹⁵

Fino alla nuova legge del 1975, l'uso del metadone era ostacolato anche dalla sua inclusione nell'elenco degli stupefacenti, quindi chiunque lo possedesse o ne facesse utilizzo era soggetto a ripercussioni penali, ignorandone così gli aspetti terapeutici. Anche per questo, il trattamento metadonico veniva fino a questo momento praticato "alla macchia", per evitare ripercussioni legali, mediche e sociali estremamente gravi al soggetto che tentava la disintossicazione e il reinserimento.⁹⁶ Il farmaco era poi tutt'altro che di facile reperibilità: alcuni centri, non riuscendo ad approvvigionarsene, ne avevano fatto richiesta direttamente ai centri di sanità pubblica, trovando però disorganizzazione, anche perché le sostanze che contenevano metadone erano soggette a un altro problema: il tossicodipendente, a volte, tendeva a venderle. Si discuteva quindi di trasformare le sostanze esistenti, iniettabili, in forme farmaceutiche masticabili, oppure in sciroppi, seguendo l'esempio di altri Paesi. Queste forme infatti impedivano l'estrazione delle sostanze psicoattive con modalità casalinghe, come l'acidificazione, che si poteva ottenere anche col limone. Per questo motivo l'ISS suggeriva l'elaborazione di nuovi preparati: ad esempio, sulla scia di quello che

⁹⁴ N. Seivewright, *Community treatment of drug misuse. More than methadone*, Cambridge University Press, Cambridge 2000, pp. 10-11. Altre caratteristiche che hanno reso il metadone trattamento elettivo per combattere l'astinenza da oppiacei sono rappresentate da: possibilità di assunzione orale oltre che iniettiva, lunga durata, effetti più stabilizzanti che euforizzanti, poca tolleranza (scarsa necessità di aumento della dose nel tempo).

⁹⁵ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 173, *Modalità d'uso del metadone e proposte per l'elaborazione di una disciplina dei centri di trattamento delle tossicomane in Italia*, Seduta del 13 novembre 1974, pp. 37-38.

⁹⁶ Ivi, p. 39.

accadeva negli Stati Uniti, si proponeva di associare al metadone una sua molecola antagonista, per cui il preparato se assunto per bocca aveva i classici effetti di acquietamento del bisogno eroinico, mentre se iniettato accentuava i sintomi della crisi di astinenza. L'ISS ipotizzava che una simile sostanza potesse così essere esclusa dall'elenco degli stupefacenti, e anche in questo caso si può vedere come la concezione stava cambiando:

è vero che la legge parla di sostanze stupefacenti, ma ci si è abbastanza avanzati nell'interpretazione di questo termine per dire che stupefacente non è una configurazione chimica, ma è anche un dosaggio, un modo di assunzione, una perpetuazione dell'assunzione, cioè un rapporto con lo stupefatto, con il tossicomane; in caso contrario non è più uno stupefacente, o almeno perde molto. [...] Centralmente, la Sanità potrebbe – partendo, come è stato suggerito, da una proposta, da un progetto di applicazione del trattamento metadonico, prospettato in sede ufficiale e sia pure rimandandolo a certe scadenze legislative e via dicendo – potrebbe al tempo stesso realizzare un censimento, proporre una preparazione che per queste intrinseche proprietà possa essere applicata uscendo da quel concetto di stupefacente che è rispecchiato dalla legge attuale, e nel tempo stesso dare centralmente la normativa del trattamento (perché, tra l'altro, ci sono degli equivoci di questo trattamento da parte di molti pazienti, di molti utenti, i quali credono si tratti di detossicazione, mentre invece non lo è affatto: è un trattamento sostitutivo, per certi aspetti, della tossicomania, che però non sono quelli euforizzanti, quelli ai quali si lega poi tradizionalmente il bisogno psicologico ecc.)⁹⁷

L'erogazione e il sostegno nella durata del trattamento dovevano venire assicurati dai centri per il trattamento delle tossicodipendenze, che avrebbero dovuto essere messi in grado di operare, censiti e finanziati dal Ministero. Tuttavia, nell'ambiente del CSS vi era una certa preoccupazione di come la questione sarebbe stata trattata praticamente, principalmente perché era possibile che alcune sostanze fossero escluse dall'elenco degli stupefacenti italiano, ma erano spesso comprese nella convenzione di New York del 1961. Luigi Aru, avvocato e componente del Consiglio di Stato, riponeva il problema degli accordi internazionali, “in cui vi è sempre verso di noi una nota di sospetto”⁹⁸. Su questi temi, infatti, in particolare gli statunitensi reputavano l'Italia uno Stato anche legislativamente arretrato, poiché il fenomeno delle droghe pesanti è stato più tardivo nel nostro Paese. Il Bureau of Narcotics statunitense aveva in passato trovato necessario inviare un suo ispettore in Italia perché “eravamo considerati come dei minorenni” e “accusati di una certa faciloneria” nel settore⁹⁹, quindi auspicava un più approfondito studio della legislazione internazionale. Bisognava quindi progettare un intervento che riguardasse: la modalità di raccolta di dati epidemiologico-statistici sulla diffusione delle tossicodipendenze in Italia e sul tipo di trattamenti forniti (ricordando che a questa data nessuno sapeva quanti centri vi fossero e che tipo di trattamenti erogassero); la regolamentazione dell'uso di prodotti come il metadone, alla luce del fatto che per la legislazione a quel momento vigente esso non

⁹⁷ Ivi, pp. 45-46.

⁹⁸ Ivi, p. 50.

⁹⁹ Ibidem.

potesse essere usato come terapeutico; infine, le raccomandazioni da portare in sede legislativa, riguardanti l'armonizzazione degli interventi preventivi, assistenziali e terapeutici previsti, sia nel quadro della riforma sanitaria, sia in quello della legge che si preparava, relativa alle tossicodipendenze.

Aru fa presente che la prima indagine, la seconda e la terza indagine proposte dai colleghi, gli sembrano indipendenti. L'indagine sui Centri ecc., che gli pare particolarmente difficile, potrebbe essere affidata non al gruppo di studio ma, per esempio, all'ISS, agli Uffici, ecc. Non vorrebbe che si confondessero le due cose. Oggi vi sono due problemi che sono diversi, l'uno riguarda il censimento dei centri e stabilire quali dovranno essere abilitati all'uso della miscela di metadone e di un antagonista; l'altro è un problema giuridico e tecnico e occorre naturalmente rivolgersi al Parlamento per avere le riforme delle leggi. Anche questo è uno di quegli elementi cui guarda sempre con una certa perplessità, con una certa ansia, naturalmente, perché vi sono degli argomenti che al Parlamento sono tabù.¹⁰⁰

Eppure, secondo altri membri della riunione,

La relazione del Ministero della sanità ha come oggetto "metadone". La relazione dell'ISS invece estende il problema e dice "modalità d'uso del metadone e proposte per l'elaborazione di una disciplina dei centri per il trattamento delle tossicomanie." Cioè l'Istituto approfitta di questo argomento, che è venuto ora anche all'attenzione del Consiglio, per fare degli interventi di carattere un po' più globale. Occorre vedere un po' di risolvere una volta per tutte il problema delle tossicomanie in Italia. Che, a dire il vero, nessuno ne sa niente di questo. Non vi sono dati epidemiologici, non si sa come questi ammalati vengano trattati. Quello che dice Aru, la sua preoccupazione del Parlamento, non gli sembra da condividere appieno, perché il Parlamento si sta già interessando all'argomento: ci sono due progetti di legge, e quindi il Parlamento è già sensibilizzato, anche se i progetti sono fermi. Se una sezione del CSS fa delle proposte, richiama di nuovo l'attenzione e inoltra le proposte attraverso i canali ufficiali: il tutto potrebbe costituire forse una spinta per una presa di posizione.¹⁰¹

De Lorenzo, membro del Consiglio, precisava però che i due progetti di legge ristagnavano, e nonostante egli avesse spesso richiamato l'attenzione sul fatto, essi non erano mai stati posti all'ordine del giorno del Parlamento. Egli ipotizzava che, se la Commissione avesse redatto un rapporto evidenziando i motivi di urgenza, era probabile che si potesse riprendere la discussione sui due progetti di legge. Alla fine della discussione il CSS concordava nell'esprimere parere che l'organo "concorda sulla necessità di una indagine statistico-epidemiologica sui centri che operano assistenza ai drogati e sui metodi farmacologici impiegati per la stabilizzazione dei tossicomani; concorda inoltre sull'opportunità di una regolamentazione dei programmi di recupero basati sull'uso del metadone atta a rendere operanti e socialmente utili i programmi stessi."

La legge che realizzò queste aspirazioni del Consiglio, e sempre più della società italiana, fu la n. 685 del 22 dicembre 1975, "Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e

¹⁰⁰ Ivi, pp. 53-54.

¹⁰¹ Ivi, pp. 55-56.

riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza”. Questa legge realizzava innanzitutto un’esigenza più volte reclamata dal CSS: l’istituzione di un Osservatorio sul consumo delle droghe in Italia, sotto la direzione del Ministero della sanità e incaricato di monitorare la situazione della tossicodipendenza nel Paese e produrre dati statistici. Inoltre, rappresentava una presa di responsabilità da parte degli organi centrali, poiché l’articolo 1 della stessa legge affermava che “la prevenzione, la cura e la riabilitazione degli stati di tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o psicotrope sono sottoposte alle direttive, all’indirizzo e al coordinamento del Ministero della sanità”. L’articolo 80 della stessa legge inoltre dichiarava non punibile chi “illecitamente acquista o detiene sostanze stupefacenti o psicotrope [...] allo scopo di farne uso personale terapeutico [...]; del pari non è punibile chi illecitamente acquista o detiene modiche quantità delle sostanze innanzi indicate per farne uso personale non terapeutico, o chi abbia a qualsiasi titolo detenuto le sostanze medesime di cui abbia fatto uso esclusivamente personale”, prescrivendo comunque il sequestro delle sostanze stesse.

In occasione della stesura delle tabelle degli stupefacenti per questa nuova legge, di difficile collocazione risultarono alcune nuove sostanze usate nelle terapie psichiatriche. A parte alcune sostanze psicoattive note da tempo¹⁰², infatti, gli psicofarmaci nell’accezione moderna del termine fecero il loro esordio nella storia della psichiatria negli anni Cinquanta. Tra gli anni Sessanta e gli anni Settanta, infatti, la ricerca farmaceutica sugli psicofarmaci era in piena espansione, con la scoperta di almeno un capostipite di ogni principale classe di farmaci, dagli antipsicotici agli stabilizzanti dell’umore ad alcuni tipi di antidepressivi. Tra questi ultimi vi erano le benzodiazepine, classe di farmaci con effetti ansiolitici, sedativi e anestetici. La prima benzodiazepina entrò in commercio negli anni Sessanta: nel 1963 comparve sul mercato il diazepam, con il nome commerciale di Valium. Il farmaco si era dimostrato molto utile per il trattamento di ansia, attacchi di panico, insonnia, convulsioni, e in generale come calmante; alla metà degli anni Settanta, tuttavia, ci si interrogava sul pericolo di induzione di dipendenza di questa classe di farmaci.¹⁰³ Venne registrata l’inesistenza di una documentazione clinico-epidemiologica che potesse comprovare una capacità di indurre abuso o farmacodipendenza di notevole entità. A causa delle incertezze e dell’utilità di questi farmaci, insieme agli altri antidepressivi e ai triciclici, si scelse di non inserirli nelle tabelle di rischio di dipendenza.

Nel 1978, il CSS tornò a doversi occupare della questione del metadone. La Guardia di Finanza aveva

¹⁰² Tra queste, molte sostanze di origine naturale come gli estratti di alcune erbe, bevande alcoliche, estratti di oppio e cannabis, caffeina; nel 1850 circa fu isolata la cocaina dalle foglie della pianta omonima, e raggiunse una certa popolarità per i suoi usi contro la fatica e, a basse dosi, come antidepressivo. Tra fine ‘800 e ‘900 divennero note le anfetamine, i barbiturici (usati come sedativi), e vennero sintetizzate la morfina e l’eroina. Cfr. U. Eco (a cura di), *Storia della civiltà europea*, vol. 18, *Il Novecento. Il secolo breve, scienze e tecniche*, Gruppo editoriale L’Espresso, Roma 2012, pp. 495-496.

¹⁰³ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, b. 188, *Istituto Superiore di Sanità – Parere sugli elenchi delle sostanze stupefacenti e psicotrope*, 15 maggio 1976, pp. 226-228.

infatti segnalato l'uso della sostanza per il trattamento delle tossicodipendenze come sostituto delle droghe pesanti, e dalla stampa venivano notizie di un vero e proprio commercio nelle fiale di metadone ottenute dietro prescrizione medica.¹⁰⁴ Il parere del CSS veniva richiesto a proposito di una eventuale revoca delle preparazioni iniettabili di questa sostanza, che però, stando alle comunicazioni dei farmacisti, era già molto scarsa e poco venduta sul territorio italiano, sebbene in aumento dal 1975. I trattamenti farmacologici per i tossicodipendenti venivano infatti erogati dagli ospedali, dai centri per il recupero dalle tossicodipendenze e dai medici in ambulatori privati. Era però auspicabile la sostituzione del metadone con la morfina per il trattamento urgente delle crisi di astinenza e il confezionamento di dosi di metadone non iniettabile per evitare che venisse immesso nel mercato illecito; e comunque l'uso del metadone nella disintossicazione doveva essere veramente l'ultima scelta, scartato ogni altro approccio. Non c'erano infatti evidenze che il trattamento col metadone fosse migliorativo, anzi il suo uso sperimentale veniva da trattamenti, anch'essi sperimentali, in corso negli Stati Uniti. Secondo il CSS, l'uso del metadone, che si classificava tecnicamente come una droga, anche se di portata più leggera rispetto all'eroina e alle droghe pesanti, doveva essere comunque limitato agli ospedali; chiedeva dunque una sollecitazione nei confronti del Ministero della Sanità e delle Direzioni competenti a promuovere una migliore regolamentazione del suo uso. Su questo il CSS dava alcune indicazioni di massima:

Il metadone per il trattamento cronico richiede un'area dove esista un'equipe sociologica, psicologica, di riabilitazione, un'unità terapeutica e un'area per la reiniziazione al lavoro oppure di recupero degli anni perduti, e tutta questa area non è quella dell'ambulatorio del medico. [...] Il problema del metadone dovrà essere affrontato in sede complessiva, ma è assurdo affrontare oggi il problema del metadone, se non su alcuni provvedimenti d'urgenza, quando non si sono ancora organizzati i mezzi sociali per l'assistenza ai tossicomani. [...] Per ora quindi la proposta è di attuare soltanto i provvedimenti di urgenza, che dovrebbero essere: abolire il metadone in fiale e anche quello in compresse e trovare il modo di fare rapidamente quello in sciroppo. Abolire assolutamente la possibilità di vendere il metadone in farmacia su ricetta medica.¹⁰⁵

Inoltre, una importante esigenza riconosciuta unanimemente era l'introduzione di regole precise, raccolte magari in un manuale a carattere nazionale, in modo da standardizzare i tempi e i modi del trattamento. Il CSS lamentava inoltre la scarsa formazione generale del personale medico sul trattamento dei tossicodipendenti, ancora nel 1978:

Infatti ogni medico sa che quando si deve occupare di un tossicomane non sa cosa fare, non sa dove mandarlo, perché mandarlo all'ospedale come dice la legge significa farsi fare una iniezione di morfina e uscire il giorno dopo.¹⁰⁶

Alla fine della seduta il Consiglio espresse il parere che il metadone fosse prescrivibile solo in sede

¹⁰⁴ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, b. 210, *Specialità medicinali a base di metadone*, Seduta del 12 aprile 1978, pp. 43-44.

¹⁰⁵ Ivi, pp. 47-48.

¹⁰⁶ Ivi, p. 49.

ospedaliera, e che i medici privati non avessero facoltà di prescrivere il farmaco; si auspicava anche una normativa più chiara sull'uso della sostanza.

Il 7 agosto 1980 il ministro della sanità Aniasi emanò un decreto legge ricordato con il suo nome, riguardante la regolamentazione dell'impiego dei farmaci ad azione analgesico-narcotica nel trattamento dei tossicodipendenti. A questo primo decreto è seguito il 10 ottobre del 1980 un secondo decreto ministeriale, "impiego di preparati a base di metadone e morfina per il trattamento dei tossicodipendenti". In entrambi i decreti si sanciva la creazione di centri socio-sanitari nei quali, insieme ad altri interventi terapeutici, era prevista anche la somministrazione di un trattamento farmacologico a base di morfina o metadone.¹⁰⁷

4.2.4 Vaccinazioni nuove, problemi antichi

Le richieste di discussione al CSS su vaccini e campagne vaccinali in questo decennio furono decisamente inferiori rispetto agli anni Cinquanta e Sessanta, tuttavia è possibile trarre alcune informazioni sia dai dibattiti sulle nuove malattie, sia sulla scomparsa di alcune tra quelle vecchie. Innanzitutto, estremamente ridotte furono le discussioni sulla poliomielite e sulla tubercolosi, a testimonianza di una decisa diminuzione dei casi di queste malattie. Nel 1972, in occasione dell'esposizione al Ministero della sanità e del CSS del rapporto sullo stato sanitario del Paese, infatti, il direttore dei servizi dell'igiene pubblica ed ex direttore generale ospedali del Ministero della sanità Francesco Scanga riportava i risultati ottenuti tra la fine degli anni Sessanta e l'inizio degli anni Settanta dall'amministrazione sanitaria.¹⁰⁸ Innanzitutto, il relatore ricordava la totale inadeguatezza di servizi e personale dedicati all'igiene e ai servizi pubblici: uffici con un solo dipendente, esiguità dei mezzi a disposizione, intere aree periferiche totalmente sprovviste di capacità di azione. Ciononostante, si dichiaravano raggiunti numerosi traguardi: tra i successi del periodo venivano elencati la difesa del territorio nazionale contro l'importazione di malattie esotiche, in particolare il controllo di vaiolo e colera che avevano interessato altre regioni dell'area mediterranea¹⁰⁹; la quasi

¹⁰⁷ Legge 8 agosto 1980 n. 441, *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1° luglio 1980 n.285, concernente la disciplina transitoria delle funzioni di assistenza sanitaria delle unità sanitarie locali* (G.U. Serie Generale n. 226 del 19/08/1980).

¹⁰⁸ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 155, *Assemblea generale per l'esame dello stato sanitario del Paese e l'attività dell'amministrazione sanitaria negli anni 1969-1971*, Seduta dei giorni 6-7-8 aprile 1972, pp. 21-22.

¹⁰⁹ L'epidemia di colera arrivò tuttavia in Italia nel 1973, nelle aree costiere delle regioni Campania, Puglia e Sardegna, causando 24 morti. Particolarmente intensa a Napoli, si avviarono vaccinazioni intensive contro il vibrione responsabile della malattia e rappresentò l'ultima vera emergenza di colera nel Paese. Spesso considerata un esempio di cattive condizioni igienico-sanitarie nelle città meridionali ancora negli anni Settanta (cfr. G. Vicarelli, *La politica sanitaria tra continuità e innovazione*, in *Storia dell'Italia repubblicana, III, L'Italia nella crisi mondiale. L'ultimo ventennio*, 3.2, Einaudi, Torino 1997, p. 579), è da ricordare però che si trattava di un episodio della settima pandemia di colera, che ha avuto luogo tra il 1961 e il 1975 e si era diffuso dall'Indonesia al Pakistan all'India, all'URSS fino al Nordafrica e da qui nelle regioni meridionali italiane. A Napoli, una vaccinazione anticolerica di emergenza sulla popolazione venne allestita dal PCI, in protesta rispetto alla lentezza dell'amministrazione comunale; un aiuto venne anche dai militari statunitensi della Sesta flotta di stanza nel golfo, che fornirono le siringhe a pistola da loro usate nella guerra del Vietnam. Per

eradicazione della poliomielite, di cui si erano registrati solo venti casi nel 1971 (l'eradicatione totale dell'area europea dalla poliomielite venne dichiarata dall'OMS nel 2001, ma i numeri dei decenni successivi in Italia rimasero sempre bassi). Da questo punto di vista, il maggiore successo venne individuato nelle campagne vaccinali:

Ricordando agli inizi della campagna di vaccinazione la morbosità del 1964, nonché le ansie, le incertezze, i timori presenti in molte famiglie e a volte negli stessi tecnici si possono apprezzare pienamente le difficoltà superate e il cammino percorso. Se il merito di questo innegabile successo va innanzitutto a quanti ebbero fede nella vaccinazione a mezzo di virus attenuati, bisogna riconoscere che esso è dovuto alle assidue cure prestate dall'amministrazione perché fossero eliminate le deficienze organizzative nelle zone in cui i risultati erano meno soddisfacenti, perché si continuasse a vaccinare con la stessa intensità e regolarità anche in conseguenza delle manifestazioni della malattia e nei tempi prescritti, perché infine l'importanza del trattamento profilattico si radicasse nella coscienza sanitaria della popolazione. Sempre in tema di lotta contro la poliomielite, il relatore ricorda che in quest'ultimo tempo si è potuto effettuare il trapasso dalla vecchia alla nuova schedula di vaccinazione e rifornire del nuovo vaccino gli uffici sanitari comunali con piena tempestività, senza inconvenienti di sorta e dopo avere sfruttato al massimo le scorte dei vecchi preparati.¹¹⁰

In effetti in Italia nel 1964, anno in cui venne raccomandata la vaccinazione per persone da 0 a 20 anni, i casi dichiarati furono circa 3000. Nel 1965 l'incidenza dichiarata si limitava a 500 casi; nel 1966, la vaccinazione antipolio venne dichiarata obbligatoria. Gli ultimi due casi autoctoni in Italia si ebbero nel 1982¹¹¹.

Tra le vaccinazioni di nuova introduzione si registravano invece in questi anni quelle relative alla rosolia e i primi vaccini antinfluenzali. L'adesione della popolazione sembrava sempre più solida, probabilmente a causa di una crescita di fiducia man mano che le principali malattie infettive si facevano sempre più rare o venivano debellate. La gestione di questi piani vaccinali era nel frattempo passata alle regioni, che collaboravano generalmente con gli istituti universitari maggiori del proprio territorio e lanciavano i piani vaccinali a partire dai capoluoghi di regione e avvalendosi delle scuole, degli ospedali, dei consultori.¹¹² In Italia, il vaccino antirosolia è stato introdotto proprio nel 1972, ed inizialmente la vaccinazione è stata limitata alle ragazze prepuberi; nei primi anni Novanta, la vaccinazione diventò universale, per tutti i nuovi nati, con l'introduzione del vaccino MPR (antimorbillo-antiparotite-antirosolia)¹¹³. Questa malattia infettiva è una delle più comuni dell'età

approfondire, cfr. F. De Lorenzo, *I giorni della grande paura*, A. Gallina, Napoli 1980.

¹¹⁰ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 155, *Assemblea generale per l'esame dello stato sanitario del Paese e l'attività dell'amministrazione sanitaria negli anni 1969-1971*, Seduta dei giorni 6-7-8 aprile 1972, p. 23.

¹¹¹ Ministero della salute, *La poliomielite*, da <https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettiveA-Z/Poliomielite>, consultato il 12/08/2023.

¹¹² ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 155, *Assemblea generale per l'esame dello stato sanitario del Paese e l'attività dell'amministrazione sanitaria negli anni 1969-1971*, Seduta dei giorni 6-7-8 aprile 1972, p. 23.

¹¹³ ISS, *Epidemiologia della rosolia in Italia*, Istituto Superiore di Sanità – EpiCentro, Bollettino Epidemiologico nazionale, da <https://www.epicentro.iss.it/ben/2003/maggio2003/2>, consultato il 12/08/2023.

pediatrica, insieme ad altre come morbillo e varicella; può colpire anche le donne gravide e, a seconda del mese di gestazione, può comportare effetti teratogeni per il feto. Inoltre, quando una donna priva di vaccinazione viene contagiata dalla malattia, è possibile che si sviluppi la sindrome da rosolia congenita, che può causare sia l'aborto sia gravi deformazioni fetali (sordità, danni visivi, anomalie cardiache). Con l'introduzione del vaccino antirosolia, l'incidenza è decresciuta negli anni del 99% in buona parte d'Italia; nel 2023, la malattia è stata dichiarata debellata in Italia.¹¹⁴

Nel settembre 1970 fu sottoposto al CSS un programma di promozione della vaccinazione contro la rosolia su base volontaria, in vista di una registrazione imminente in Italia di un vaccino attenuato contro la malattia infettiva in questione.¹¹⁵ Il programma, secondo le dichiarazioni del Ministero della sanità, era ispirato a un duplice scopo: diffondere la vaccinazione, sfruttando e potenziando l'opera di sensibilizzazione dell'opinione pubblica svolta all'epoca dalla stampa quotidiana verso il problema della prevenzione delle malformazioni congenite legate alla rosolia contratta in gravidanza; indirizzare la classe medica verso la migliore utilizzazione del nuovo farmaco. Il CSS si era dichiarato favorevole, e aveva espresso parere che la campagna vaccinale fosse indirizzata: alle ragazze non ancora sessualmente mature (tra i 12 e i 13 anni); alle donne particolarmente esposte (infermiere, dottoresse, ostetriche... sprovviste di anticorpi); alle giovani donne frequentanti i consultori prematrimoniali, dopo dosaggio degli anticorpi. La campagna vaccinale fu effettuata nelle province di Genova, Torino, Milano, Padova, Bologna, Firenze, Perugia, Roma, Napoli, Bari, Messina, Palermo e Cagliari in modo che ne beneficiassero diverse parti d'Italia e in modo anche di coinvolgere nel programma le università locali. Tuttavia, le prime vaccinazioni ebbero luogo soltanto nei primi mesi del 1972, per varie ragioni¹¹⁶. Il bilancio del ministero aveva presentato tra i dati positivi della campagna il fatto che la vaccinazione si era confermata esente da reazioni indesiderate rilevanti; l'adesione massiccia della popolazione, al punto che in alcune città (Genova, Milano, Bologna, Roma, Napoli) l'adesione delle categorie sollecitate era andata oltre le aspettative, per cui per mancanza di vaccino non si era riusciti a vaccinare soggetti che lo avevano richiesto; il fatto che in molte zone l'adesione era stata data, oltre che alla vaccinazione, anche ai prelievi di sangue per gli accertamenti sierologici, e ciò aveva permesso di acquisire alcuni primi dati nei riguardi dell'epidemiologia della malattia in Italia. Tuttavia, in alcune città (Firenze, Cagliari e Palermo) il programma predisposto non aveva avuto nemmeno un'applicazione parziale, soprattutto per la circostanza di ostilità dei medici

¹¹⁴ ISS, *Oms: l'Italia ha eliminato la rosolia, non è più endemica*, pubblicato il 13/07/2023, da <https://www.iss.it/-/oms-l-italia-ha-eliminato-la-rosolia>, consultato il 30/08/2023.

¹¹⁵ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 157, *Ministero della sanità, Direzione generale Servizi Igiene Pubblica – Relazione all'on. Signor Ministro per il CSS sulla vaccinazione volontaria contro la rosolia*, p. 416.

¹¹⁶ Ritardo rispetto alla prevista data di registrazione del vaccino; complesso iter burocratico per l'acquisto del preparato; difficoltà incontrate alla periferia nel passare dalla fase programmatica a quella di pratica attuazione, anche in conseguenza della rotazione dei titolari degli uffici.

consultati dalle famiglie sollecitate a dare la loro adesione.¹¹⁷ Il Ministero commentava che

Nel complesso questi risultati rendono opportuna una ripresa ed estensione delle attività volte a diffondere la vaccinazione in parola. Specie il fatto che in qualche zona le prime iniziative hanno urtato contro l'incomprensione dei familiari e dei loro medici crea, a parere di questa direzione generale, il dovere per l'amministrazione centrale di impegnarsi ancor più nella strada iniziata e porre in atto tutti gli accorgimenti idonei a rimuovere gli ostacoli psicologici e migliorare anche a questo riguardo l'educazione sanitaria delle popolazioni interessate.¹¹⁸

Il Ministero chiedeva quindi al CSS un parere sulla ripetizione del programma di promozione della vaccinazione contro la rosolia, e sui soggetti che avrebbero dovuto sottoporsi alla vaccinazione, proponendo anche le puerpere (donne che avevano partorito da poco) sprovviste di anticorpi; di coinvolgere aree più estese del territorio nazionale.

Il CSS prese in esame questa questione nella seduta del 13 luglio 1972¹¹⁹. Il Parlamento si era occupato poco di questa campagna vaccinale, a differenza di quelle contro la tubercolosi e la poliomielite negli anni Cinquanta e Sessanta (problemi di ben più rilevante entità sociale) lasciando la gestione della questione al Ministero della sanità. Il relatore della questione al CSS era Augusto Giovanardi, igienista che aveva lavorato a diverse importanti campagne vaccinali in Italia nei decenni precedenti, dirigeva l'istituto di igiene di Milano e che era stato tra i protagonisti anche di questa campagna di vaccinazione, in particolare in Lombardia.¹²⁰ Il programma ministeriale per il 1972 indicava l'età di applicazione della vaccinazione (ragazze tra i 12 e i 13 anni); le nuove sedi della vaccinazione stessa, più ampie rispetto alle sole città universitarie; il quantitativo delle dosi di vaccino fornite alle regioni, equivalente a circa 30mila. Ai quesiti ministeriali relativi alla possibilità di continuare la vaccinazione, e se fosse opportuno che questo programma venisse esteso ad altri centri, anche dove non esistevano dei laboratori virologici, il CSS rispose subito positivamente. Riguardo al quesito sulle puerpere, si ricordava che la vaccinazione delle donne fertili doveva essere soggetta a particolari precauzioni: cioè era necessario che le donne soggette a vaccinazione non avessero la possibilità di entrare in gravidanza perché, pur essendo il vaccino verosimilmente non teratogeno, vi erano delle misure precauzionali in atto in tutti i Paesi per evitare danni al feto causati dal vaccino. Era cioè necessario che la vaccinazione avvenisse sotto anticoncezionali o che queste donne venissero istruite a non avere rapporti sessuali per un certo periodo di tempo dopo la vaccinazione. In alcuni Paesi, soprattutto in Francia, si era pensato che per estendere la vaccinazione in età feconda si poteva

¹¹⁷ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 157, *Ministero della sanità, Direzione generale Servizi Igiene Pubblica – Relazione all'on. Signor Ministro per il CSS sulla vaccinazione volontaria contro la rosolia*, p. 418.

¹¹⁸ Ibidem.

¹¹⁹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 157, *Campagna di vaccinazione volontaria contro la rosolia*, 13 luglio 1972, p. 308.

¹²⁰ Ivi, p. 313.

stabilire di vaccinare le puerpere immediatamente dopo il parto.¹²¹ Il CSS notava che in questi anni, tra le donne in età feconda si ritrovavano all'incirca dal 5% al 10% di soggetti senza anticorpi, quindi un numero abbastanza basso, che scoraggiava l'idea di promuovere una vaccinazione estesa. Per poter procedere con la vaccinazione, era poi necessario un accertamento sierologico sull'esistenza o meno di anticorpi, e ciò poneva dei problemi di carico a livello delle cliniche ostetriche. Un tentativo in questo senso si era fatto a Milano, allargando il programma di vaccinazione e aggiungendo anche questo intervento: a un certo punto ci si era resi conto che i campioni di sangue che arrivavano all'istituto di igiene dalle cliniche ostetriche erano troppi da esaminare, mentre i soggetti che effettivamente avevano bisogno del vaccino erano pochi. Il CSS consigliava di affiancare altri laboratori agli istituti di igiene, perché, nonostante la maggior parte dei campioni rilevavano la non necessità del vaccino, era comunque utile individuare i soggetti che invece erano da vaccinare.

Un altro problema portava allo stesso risultato, ovvero al sovraccarico dei laboratori e dei centri di igiene: le continue richieste di laboratorio per la diagnosi di rosolia nelle donne in gravidanza. In questi casi, oltre alla ricerca degli anticorpi, bisognava capire se l'infezione che li aveva prodotti era vicina o lontana (quindi fare altre analisi, in particolare il frazionamento delle gammaglobuline). Da questo punto di vista, il Ministero evidenziava una ottima disponibilità da parte della popolazione nei confronti del vaccino:

Gli Uffici di igiene attualmente si sono investiti di tale problema perché oggi di fronte al rischio di avere un figlio deforme qualsiasi donna vuole farsi vaccinare. Inoltre la rosolia è stata epidemiologicamente attiva in questi tempi. [...] quindi è bene proseguire. L'amministrazione comunale di Milano ha chiesto appunto di sentire se il Ministero interveniva in qualche modo per tale problema, e si prende atto di questa possibilità di poter volontariamente continuare questa vaccinazione alle condizioni espresse dal relatore [Giovanardi, n.d.r.], cioè i soggetti in età scolare non ancora sessualmente maturi, le ragazze e le giovani non ancora nubende: le nubende sono quelle che ancora oggi richiedono di più, infatti nella città di Milano si va profilando una tendenza al controllo prematrimoniale spontaneo molto diffuso, molto propagandato da tutti i comitati di zona e da tutti i comitati di quartiere.¹²²

La disponibilità del Ministero della sanità per questa campagna vaccinale era di 190 milioni di lire, con acquisto da 135mila a 160mila dosi di vaccino (considerando che il vaccino costava 1.400 lire, circa 11 euro attuali).

Vi erano però dei casi in cui a donne in gravidanza fino al terzo mese di gestazione veniva diagnosticata la rosolia in atto: la cura che veniva adottata era quella di dare, senza limitazioni di spesa, gammaglobuline (veniva cioè iniettato del plasma contenente anticorpi: ciò consentiva di ridurre la gravità della malattia e tentare di proteggere il feto). Un igienista del CCS esperto in questioni legate alle vaccinazioni, il già citato Suzzi Valli, avanzò in questa circostanza la proposta

¹²¹ Ivi, p. 311.

¹²² Ivi, p. 312.

che in tali casi si potesse attuare l'aborto terapeutico. Si dichiarava convinto che si trattasse di un discorso da fare anche in una legislazione restrittiva su questo punto quale fino a quel momento quella italiana, e ricordava che in passato si trattava di una prassi per le donne malate di tubercolosi.

Il CSS non era favorevole a una proposta del genere; puntava invece decisamente di più sulla formazione della popolazione e del personale sanitario, che sembravano a livelli di sensibilizzazione molto alti:

[...] è opportuno che vada educata la classe medica nei riguardi della vaccinazione antirosolia, perché in Italia è molto indietro. Finché non ci saranno corsi di aggiornamento obbligatori forse sarà difficile ottenere il consenso della maggioranza dei sanitari. Però si deve dire che in questo caso il pubblico ha superato di molto i sanitari perché c'è un entusiasmo, una richiesta che potrà sommergere gli organi tecnici; le richieste sono molteplici perché ormai veramente è giunta la coscienza sul danno fetale che fa terrore alle ragazze che pensano al matrimonio, fa terrore alle spose e allora la questione di vaccinare di più e di approfondire, oltre che delle persone che vengono a contatto eventuale coi malati (le infermiere, ecc.) anche delle puerpere si deve vedere in un prossimo avvenire come una richiesta imperativa. Non basta dare 190 milioni da spendere in vaccino, si deve dare un personale tecnico che si occupi solo della parte immunologica delle reazioni sierologiche in ogni centro dove si praticano le vaccinazioni.¹²³

Vi erano anche membri del CSS che mettevano in dubbio l'innocuità del vaccino, in particolare nel caso di iniezione in donne gravide: Giovanardi infatti sosteneva che non era dimostrato che il vaccino fosse teratogeno, ma nemmeno che non lo fosse. Ettore Biocca, direttore dell'istituto di parassitologia dell'università di Roma, si dichiarava, in queste condizioni, contrario alla vaccinazione.¹²⁴ Il problema più realisticamente non era tanto nella diffusione di uno dei tre ceppi del virus (Sendeil, HPV e RA 27/3) nell'ambiente, quanto la possibilità che la donna che aveva appena partorito alla quale si faceva il vaccino potesse diventare nuovamente incinta nel periodo post-partum, confidando nella mancanza di mestruazioni. Esisteva quindi per questa vaccinazione una certa effettiva percentuale di rischio, per cui si tornava sulla necessità di propagandare, in concomitanza al vaccino, una pratica anticoncezionale. Questo veniva identificato come l'unico rischio effettivo, in quanto alcuni esperimenti dimostravano che il vaccino non aveva la tendenza a diffondere nell'ambiente: in particolare era stata fatta un'esperienza in una comunità infantile, dove si facevano stare insieme i vaccinati e i non vaccinati, e il dosaggio anticorpale prima e dopo non dimostrava diffusione per contatto. Il CSS si chiedeva anche quale fosse l'intenzione successiva nella politica della vaccinazione da parte del Ministero della sanità, se esistevano programmi precisi e se queste vaccinazioni dovessero estendersi a tutta la popolazione. In caso affermativo, era necessario iniziare a pensare a come organizzare queste campagne. Si sarebbe trattato di una vaccinazione volontaria estesa

¹²³ Ivi, p. 315.

¹²⁴ Ibidem.

gratuitamente a tutta la popolazione italiana? Erano domande necessarie soprattutto dal punto di vista dei costi. Sarebbe stato opportuno, quindi, da parte del Ministero portare avanti un rilevamento statistico serio dei danni della rosolia in Italia, di cui si sapeva ben poco, in particolare in relazione alle embriopatie. Giovanardi aggiornava sulla questione delle rilevazioni statistiche ministeriali:

è indubbiamente una questione che è difficile da risolvere e si può risolvere solo impostando delle inchieste, delle indagini di rilevazione diretta dell'informazione. Tutti i paesi hanno fatto in questo modo, in questo momento c'è per esempio una indagine in corso in Israele, indagini vaste di questo genere sono state fatte negli Stati Uniti, ma i dati che si ricavano dalle cliniche ostetriche sono assolutamente inutilizzabili. Esistono infatti delle cause di errori inevitabili, perché bisognerebbe che i dati venissero registrati a mezzo di una rilevazione diretta da una persona competente sulle malformazioni. Inoltre quando si dice malformazioni già si comincia a dire qualcosa che va ben definito in partenza: se cioè si deve riferire solamente alle malformazioni che si rilevano alla nascita, oppure a quelle che si rilevano a distanza. C'è probabilmente un numero di soggetti danneggiati dal virus della rosolia che sfugge, perché esiste nei primi tre mesi l'interruzione della gravidanza; solo alla fine del secondo, terzo mese il feto comincia a essere malformato e poi quando si va oltre il terzo mese i danni sono ancora più circoscritti, ci sono i parti ritardati, c'è l'insufficienza mentale che viene rilevata a distanza. Pertanto una inchiesta di questo genere è veramente non facile da condurre. Il problema è risolvibile solo con una inchiesta diretta fatta da ostetrici e da pediatri proprio in determinati gruppi.¹²⁵

Il CSS si dichiarava infine favorevole alla campagna vaccinale volontaria predisposta dal Ministero della sanità, facendo presente la necessità di potenziare i laboratori presso i quali si dovevano compiere gli accertamenti virologici e sierologici necessari per la vaccinazione.¹²⁶

Per tutti gli anni Settanta, il CSS si occupò anche dei primi vaccini antinfluenzali usati in Italia.

In realtà, il tema del controllo dell'influenza era presente nella documentazione del Consiglio già dagli anni Cinquanta: nel 1957, ad esempio, si era occupato di una epidemia di influenza asiatica sul territorio italiano¹²⁷, rivelando un approccio incerto alla scelta dei vaccini e al controllo dell'influenza stessa. La storia dei vaccini antinfluenzali non era in effetti molto antica. Le prime notizie di una malattia detta "influenza" nelle cronache mediche italiane risaliva al Cinquecento, ma per lungo tempo l'unico tentativo di cura disponibile era rappresentato dai salassi. Eventi come le pandemie influenzali (in cui la malattia si diffonde a livello intercontinentale) vengono registrate a partire dal 1580; negli ultimi 140 ne sono state registrate almeno sei, con la più severa tra il 1918 e il 1920. La cosiddetta epidemia di influenza spagnola (così definita perché la Spagna, non coinvolta nella Prima guerra mondiale, non applicò censure nei mezzi di comunicazione sul diffondersi dell'epidemia nel

¹²⁵ Ivi, p. 320.

¹²⁶ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore di Sanità, Verbali, b. 157, *Parere del CSS sul programma di vaccinazione volontaria contro la rosolia*, Seduta del 13 luglio 1972, p. 414.

¹²⁷ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore di Sanità, Verbali, b. 62, *Esame della situazione generale in relazione all'epidemia di influenza asiatica e scelta dei vaccini*, 1957, p. 84.

Paese, a differenza di molti altri Stati europei) uccise milioni di persone, favorita anche dalla concomitanza degli eventi bellici.¹²⁸ La causa eziologica dell'influenza, i virus della famiglia Orthomyxoviridae, venne però scoperta solo nel 1931: questa scoperta diede il via agli esperimenti su un eventuale vaccino. Il virus antinfluenzale è un virus attenuato: seguendo il metodo messo a punto da Louis Pasteur, si prende un virus vivo e lo si sottopone a processi di indebolimento attraverso diversi passaggi in ambienti come le uova di gallina (in tempi più recenti su colture embrionali, spesso di pollo), per venire poi iniettato senza capacità di provocare la malattia conclamata, ma in grado di indurre la formazione di anticorpi antinfluenzali. Il primo a tentare questo tipo di meccanismo su uno dei virus dell'influenza fu un medico sovietico, Smorodintseff, nel 1936.¹²⁹ Da quel momento in poi, ne furono sviluppati diversi, anche in conseguenza dei diversi sottotipi dei virus Orthomyxoviridae, leggermente diversi l'uno dall'altro.

L'importanza di una copertura antinfluenzale nelle popolazioni è legata a diversi tipi di esigenze: un'immunizzazione di gregge che può essere una difesa di fronte alle pandemie, un modo di abbattere la contagiosità della malattia, un modo di difendere i soggetti più fragili, perché magari immunodepressi, su cui la malattia avrebbe effetti più gravi rispetto alla norma. Non è chiaro quando i vaccini antinfluenzali sono stati resi disponibili in Italia; sicuramente negli anni Settanta i dibattiti relativi a questo genere di azioni preventive divennero più frequenti, ed anche la risposta della popolazione sembrava più robusta:

La competente direzione Generale del ministero è preoccupata di avere in tempo le scorte di vaccino necessarie per la vaccinazione che si dovrà effettuare nel prossimo autunno. Infatti si è potuto rilevare che, in confronto agli anni passati, la campagna di vaccinazione antinfluenzale ha avuto notevole successo e la quantità di vaccino predisposto si è dimostrato insufficiente alle stesse richieste. Si è perciò ritenuto opportuno che, fin da ora, si provveda a fissare la composizione del vaccino che dovrà essere utilizzato nel prossimo autunno per dar modo agli istituti produttori di produrne la quantità sufficiente.¹³⁰

Il CSS diede il suo parere anche sul tipo di vaccino da impiegare, cioè un vaccino costituito da un mix tra il sottotipo A e il sottotipo B¹³¹. Si chiedeva anche l'opportunità di eseguire la vaccinazione nelle scuole, per cui il Consiglio esprimeva parere negativo perché si sarebbe trattato di iniettare ogni anno a tutti i soggetti di una nazione un vaccino per una protezione di pochi mesi.

¹²⁸ Per una panoramica sui legami tra eventi bellici e malattie, cfr. G. Cosmacini, *Guerra e medicina dall'antichità a oggi*, Laterza, Torino 2011. Secondo l'autore, la prima comparsa documentaria dell'influenza in cronache belliche risale al XVI secolo, definita al suo apparire "morbo popolare però non pestisimile perché affezione senza morte"; il suo nome deriva dalla credenza che fosse dovuta all'influenza degli astri (p. 97).

¹²⁹ C. Hannoun, *The evolving history of influenza viruses and influenza vaccines*, in *Disclosures – Expert Review of Vaccines*, 12 (9), 2013, pp. 1085-1094.

¹³⁰ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 148, *Composizione dei vaccini antinfluenzali per il 1971*. Il Ministero della sanità aveva speso per l'acquisto di questi vaccini 1 miliardo e 500 milioni, distribuendolo poi ai medici provinciali e agli ufficiali sanitari.

¹³¹ Particolare preoccupazione veniva manifestata per l'inclusione del sottotipo A del virus nel vaccino, nonostante in Italia fosse più diffuso il tipo B, a causa delle epidemie influenzali di asiatica (1957) e di Hong Kong (1968), diffuse anche in Italia e il cui virus scatenante era rappresentato appunto da un sottotipo A del virus influenzale.

Con l'entrata in vigore delle regioni, i piani vaccinali passarono sotto la giurisdizione di questi enti. Tuttavia, il ministero della sanità ritenne opportuno stabilire determinati criteri di vaccinazione da rendere poi noti alle regioni stesse, in modo che fossero seguiti localmente i criteri di massima fissati dagli organi centrali.¹³² In occasione di questo passaggio di consegne, al CSS veniva richiesto di pronunciarsi su tre punti: se si dovesse mantenere la vaccinazione antinfluenzale, quali tipi di vaccini impiegare e quali categorie di soggetti vaccinare.

Riguardo al primo punto, il CSS era assolutamente favorevole a continuare tale vaccinazione: da questo punto di vista era utile una raccomandazione e un'indicazione della Regione a continuare nell'applicazione della vaccinazione. Per quanto riguardava il tipo di vaccino da usare, erano ancora in atto le conseguenze della pandemia influenzale Hong-Kong, su cui il CSS si doveva basare per prendere queste decisioni. Questa pandemia influenzale aveva preso avvio ad Hong Kong nel 1968 e si era diffusa negli Stati Uniti nello stesso anno, causando un numero variabile di vittime: almeno tra i 2 e i 4 milioni a livello globale, con forti dubbi sui numeri di persone che morirono tra URSS e Cina maoista tra il 1968 e il 1969. Si trattava di un tipo di influenza aviaria di tipo A; in Italia causò 20.000 morti circa tra 1969 e 1970¹³³, e venne denominata influenza spaziale, probabilmente per la concomitanza con i primi viaggi sulla Luna. Il CSS, per la campagna antinfluenzale del 1972, si preoccupava di tenere conto del fatto che il virus A2/HongKong, come era stato denominato, si stesse lentamente modificando nella sua struttura antigene e tale modificazione rientrasse nel quadro epidemiologico dell'influenza; quindi, insieme al ceppo B più diffuso nelle sindromi influenzali in Italia, manteneva il ceppo A nella preparazione dei vaccini. Per quanto riguardava invece i soggetti da vaccinare, si proponeva la conferma dell'elenco degli anni precedenti: si teneva conto dell'età, dello stato di salute ma anche del livello di contatto che prevedeva la loro attività lavorativa. In primo luogo vi erano i soggetti affetti da malattie respiratorie croniche, da malattie croniche dell'apparato cardiocircolatorio, di malattie croniche del rene, soggetti di età superiore ai 65 anni, specie se ricoverati o ancora addetti a primari servizi di interesse collettivo (in particolare il personale sanitario, specie se ospedaliero). Si aggiungevano, nel 1972, i lavoratori dello spettacolo e il personale scolastico, a causa del contatto frequente col pubblico. Quindi, in linea generale vennero imposte dei criteri che rimasero poi come linee guida per tutto il decennio, e oltre:

bisogna tenere presente tutti i suggerimenti dati, cioè presentare la vaccinazione come problema generale, come problema che interessa tutto il pubblico, nel mese di settembre-ottobre; promuovere tutto ciò che riguarda l'applicazione da parte dei servizi nel mese di ottobre; eventualmente raccomandare di fare due iniezioni, dove non è pensabile una sola

¹³² ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 156, *Vaccinazione antinfluenzale – campagna autunnale 1972*, 25 maggio 1972, p. 537.

¹³³ ISS – Epicentro, *Le pandemie influenzali nel XX secolo*, da <https://www.epicentro.iss.it/passi/storiePandemia>, consultato il 2/09/2023.

iniezione, per poi ripeterla successivamente con tutte queste avvertenze.¹³⁴

Passando la competenza della vaccinazione dagli organi centrali alle Regioni, inoltre, il CSS si interrogava riguardo la disponibilità del vaccino. Richiedeva quindi al ministero della sanità se si potesse fare qualcosa per garantire a tutti i livelli e per tutti la disponibilità di vaccini. Questo perché anche negli anni precedenti si è stati incerti se consigliare a tutti questa vaccinazione, ma se poi non c'è la disponibilità del vaccino era inutile anche porsi questo tipo di domanda, ancora più complessa se invece che coinvolgere solo il livello centrale coinvolgeva anche i livelli periferici. Il CSS chiedeva chiarezza su questi punti, perché si percepiva a livello sanitario un abbassamento di interesse nei confronti delle malattie infettive. È noto, infatti, che queste ultime sono la principale causa di morte nei Paesi poveri, mentre nei Paesi ad alto reddito, quale l'Italia si collocava ormai negli anni Settanta, sono diffuse le cosiddette malattie del benessere (tumori, malattie cardiovascolari, diabete, malattie mentali, croniche e principale causa di mortalità in questi contesti). Il CSS metteva però in guardia dal sottovalutare le patologie della prima categoria, che potevano sfociare in situazioni epidemiche di difficile gestione anche nei Paesi sviluppati:

Certamente l'influenza è una malattia da tenere sotto controllo, perché a volte si rischia di vedere paralizzata per qualche mese l'attività di servizi o di istituzioni e anche di complessi industriali di importanza essenziale, com'è accaduto due anni fa per l'epidemia di A2/HongKong. È auspicabile che le Regioni prestino attenzione a questi problemi perché non si può pensare che le malattie infettiveentino di meno rispetto ad altre malattie, e non sarebbe il caso di farsi trovare sprovvisti e impreparati proprio riguardo a qualche inatteso ritorno di malattie infettive.¹³⁵

Nel 1973 comparvero sulla scena europea delle varianti del virus influenzale, per cui si rese necessario ripensare la composizione del vaccino. Il monitoraggio veniva infatti effettuato a livello mondiale dall'OMS, che aveva rilevato dei nuovi ceppi di virus di tipo B, soprattutto in Inghilterra. Si dibatteva quindi sulla composizione del nuovo vaccino, ma contemporaneamente si osservava che i ragionamenti venivano fatti sulla base di isolamenti di virus fatti in altri Paesi. Si sarebbero piuttosto dovute stimolare le Regioni, soprattutto quelle dotate di Istituti e Laboratori provinciali e universitari attrezzati, a cercare di isolare dei ceppi di virus circolanti in Italia, per avere un quadro più chiaro della situazione nazionale.¹³⁶ Un rappresentante del Ministero della sanità riportava le osservazioni della Direzione generale dell'igiene pubblica in merito:

Sotto un profilo epidemiologico, non solo in Italia, ma in Europa l'influenza non conosce ancora delle accensioni epidemiche di vasta portata. Comunque anche l'Amministrazione si è posto il problema che è stato appunto accennato, vale a dire di cercare in tutte le

¹³⁴ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 156, *Vaccinazione antinfluenzale – Campagna autunnale 1972*, 25 maggio 1972, p. 548.

¹³⁵ Ivi, pp. 551-552.

¹³⁶ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 165, *Profilassi dell'influenza 1973-74*, 14 dicembre 1973, p. 495.

maniere di sapere anche in casa nostra che cosa succede al riguardo. La Direzione generale dell'igiene pubblica ancora una volta ha interessato tutti gli istituti universitari, i laboratori provinciali, i principali enti ospedalieri, perché intensificchino le ricerche e in caso di isolamento ne facciano conoscere i risultati al Ministero della sanità. È anche vero però (ha avuto dei contatti telefonici con i direttori di parecchi istituti) che in presenza di casi isolati d'influenza è difficile arrivare all'isolamento dei virus. Confida che, da parte di questi centri virologici (che una volta erano strettamente legati al ministero della sanità, perché ricevevano contributi e oggi invece sono legati alle Amministrazioni regionali) quella collaborazione che per il passato è stata sempre data non verrà a mancare, anche perché si intende ristabilire questo cordone ombelicale tra amministrazione centrale e istituti universitari.¹³⁷

Nel 1976, i sistemi di rilevamento delle epidemie e pandemie influenzali risultavano ancora più accurati. Nel gennaio dello stesso anno, infatti, l'OMS comunicava che in una caserma del New Jersey si era verificato un episodio epidemico influenzale dovuto a un virus influenzale A, che venne quindi denominato virus A/New Jersey; da alcune analisi effettuate negli Stati Uniti si era osservato che soltanto alcuni soggetti in età molto avanzata presentavano anticorpi antivirale A/New Jersey, sospettando che tale virus potesse essere in qualche modo legato alla pandemia di spagnola risalente agli anni della Prima guerra mondiale.¹³⁸ L'OMS, quindi, consigliava un rinforzo della sorveglianza iniziando la produzione di vaccino inattivato basato su questo ceppo antinfluenzale, unendolo al vaccino contenente i ceppi già in uso oppure somministrandolo come vaccino monovalente in una dose diversa. Inoltre, ai Paesi coinvolti veniva raccomandato di preparare dei piani per un eventuale intervento in situazione di emergenza, considerando anche la costituzione di scorte medicamentarie. In adempimento a tali raccomandazioni, il Ministero della sanità si consultava con il CSS proponendo di continuare la vaccinazione con gli stessi ceppi usati per l'anno precedente (ceppo A/Victoria/3/75 e B/HongKong/5/72), raccomandando anche la produzione di una scorta corrispondente a 3 milioni di dosi di vaccino basato sul virus A/New Jersey, da usare solo nel caso la minaccia si espandesse al continente europeo. Il Ministero quindi predisponeva dei piani di emergenza per eventualità pandemiche, predisponendo che, nel caso di diffusione europea della pandemia, si vaccinassero per primi i soggetti in condizioni fisiche debilitate, con malattie croniche dell'apparato respiratorio, addetti ai servizi pubblici di primario interesse collettivo. Per quanto riguardava la raccomandazione di approntare scorte di medicinali, si riteneva che l'approvvigionamento di tali presidi non avrebbe costituito un problema, poiché in Italia vi erano numerose case farmaceutiche in grado di assicurarne il rifornimento. Infine, per quanto riguardava l'approntamento di un piano organizzativo per affrontare una eventuale vaccinazione estensiva, si riteneva opportuno provvedere ad interessare in merito le Amministrazioni Regionali competenti, in quanto le competenze sanitarie erano ormai regionali; inoltre, era necessario sensibilizzare i più importanti istituti mutualistici perché mettessero

¹³⁷ Ivi, p. 497.

¹³⁸ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 186, *Ministero della sanità, Direzione generale servizi igiene pubblica – Appunto per il signor ministro*, p. 69.

a disposizione il proprio personale e i propri presidi.¹³⁹

4.3 Malattie sociali

Negli anni Settanta, l'attenzione del CSS riguardo le malattie sociali sembrò scemare, dopo l'intensa attività dell'anno precedente. Probabilmente, la prospettiva di riorganizzare il contesto sanitario italiano nel suo complesso, l'istituzione dei consultori, dei centri per la cura delle tossicodipendenze attiravano l'attenzione e il lavoro del CSS molto più delle malattie sociali, recentemente riorganizzate.

Gli anni Settanta furono però il decennio delle prime leggi di tutela dal fumo passivo. Il CSS elaborò un documento per il Ministero della sanità per le misure da prendere relativamente all'aumento dei carcinomi polmonari da fumo, di cui si riscontrava sempre maggiore incidenza¹⁴⁰. Il CSS avanzava alcune proposte preventive, atte a ridurre il consumo delle sigarette soprattutto tra i giovani e a limitare i danni da fumo: studi tendenti all'adozione di filtri più efficaci; studi tendenti alla fabbricazione di sigarette con una temperatura da combustione tale da consentire il minor danno possibile alla salute; studi tendenti alla produzione di tabacchi a basso contenuto di nicotina; esame della possibilità di proibire la vendita di sigarette non fornite di filtri approvati. Per quanto riguardava invece la possibilità di moderare l'espansione del consumo, si proponevano l'aumento del controllo del divieto di pubblicità delle sigarette; l'aumento del controllo della proibizione della vendita ai minori; iniziative di educazione sanitaria, specialmente tra i giovani. Un'ultima nota proposta suggeriva di rendere obbligatoria sulle confezioni di tabacchi la stampa di scritte, frasi e disegni con chiaro riferimento ai pericoli per la salute provocati dal fumo, misura che in Italia verrà adottata soltanto nel 2003¹⁴¹. Infine, il CSS proponeva il divieto di fumare nei luoghi pubblici chiusi, ed anche nei mezzi di trasporto, proponendola come “una questione di civiltà e di educazione, senza contare che oltre che un danno individuale da fumo, ve ne è uno collettivo, determinato dal fatto che attualmente, nei locali pubblici chiusi, i non fumatori sono costretti a subire il fumo altrui”¹⁴².

La Commissione igiene e sanità del Senato aveva approvato due proposte di legge dal titolo “Divieto di fumare in determinati locali e su mezzi di trasporto pubblico” e “Istituzione del divieto di fumare

¹³⁹ Ivi, p. 72.

¹⁴⁰ ACS, Ministero della sanità, Consiglio Superiore della Sanità, b. 122, *Il problema dei danni da fumo del tabacco. Documento che la sezione I del CSS propone all'attenzione del ministro della sanità*, p. 311.

¹⁴¹ Negli Stati Uniti il presidente Lyndon Johnson aveva firmato la legge sulle avvertenze sui pacchetti di sigarette a proposito dei rischi del fumo nel luglio 1965, in conseguenza degli studi del chirurgo Luther Terry sugli effetti del fumo di sigaretta sui carcinomi dell'apparato respiratorio. Cfr. G. Del Guerra, *Il fumo. Aspetti medico-sociali*, Editrice studium, Roma 1965, p. 9.

¹⁴² ACS, Ministero della sanità, Consiglio Superiore della Sanità, b. 122, *Il problema dei danni da fumo del tabacco. Documento che la sezione I del CSS propone all'attenzione del ministro della sanità*, p. 317.

nei locali di pubblico spettacolo, nei mezzi pubblici di trasporto, negli ospedali e nelle scuole” il 27 febbraio 1973; entrambi questi progetti confluirono poi nella legge n. 584 dell’11 novembre 1975, prima forma di tutela dal fumo passivo. La legge vietava il fumo nelle corsie degli ospedali, nelle aule scolastiche, nei mezzi di trasporto pubblici, nelle metropolitane, nelle sale d’attesa delle stazioni ferroviarie, portuali e aeroportuali; nei locali chiusi adibiti a pubblica riunione, nelle sale chiuse di spettacolo cinematografico o teatrale, nelle sale da ballo, nei musei, nelle biblioteche, nelle sale di lettura, nelle pinacoteche e gallerie d’arte.

4.3.1. Tubercolosi

Alcuni provvedimenti di questo decennio riguardarono poi la tubercolosi, da almeno un secolo oggetto di numerose misure sociali. Si trattava infatti della più emblematica tra le malattie infettive da povertà urbana che affliggeva gli ambienti più malsani delle città italiane; il picco della malattia in Europa si ebbe tra la fine del XVIII e il XIX secolo, mantenendo alte percentuali nella prima metà del XX secolo, tanto da essere stata usata dal fascismo come simbolo della cura del regime nei confronti della salute dei cittadini¹⁴³. La lotta alla tubercolosi aveva infatti rappresentato una delle azioni più propagandate della politica sociale del governo fascista, iniziata in questo settore con la promulgazione del D.L. n. 2055 del 27 ottobre 1927, che istituiva l’assicurazione antitubercolare obbligatoria per i lavoratori dipendenti e predisponendo la costruzione della rete sanatoriale. Fu definita, per i suoi risvolti sociali, “la prima e la più importante delle bonifiche, la bonifica del popolo”.¹⁴⁴ Gli interventi legislativi degli anni Cinquanta e, in misura minore, Sessanta avevano teso soprattutto all’ampliamento della platea dei beneficiari dell’assicurazione obbligatoria, all’implementazione del sistema diagnostico (schermiografia), al miglioramento del sistema sanatoriale, ma raramente agli aspetti preventivi e a serie campagne vaccinali.¹⁴⁵

Dal punto di vista dell’integrazione delle misure antitubercolari nel sistema di welfare, la copertura degli italiani rispetto a questo rischio era frammentaria e caotica¹⁴⁶, raggiungendo alla fine degli anni Cinquanta, dopo gli anni più intensi di attività legislativa in merito, i 27 milioni di persone tra

¹⁴³ Cfr. S. Luzzi, *Salute e sanità nell’Italia contemporanea*, op. cit., pp. 29-33; G. Vicarelli, *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al fascismo*, Il Mulino, Bologna 1997, pp. 256-264; D. Preti, *Tubercolosi e lotta antitubercolare nell’Italia fascista*, in F. Della Peruta (a cura di), *Malattia e medicina*, op. cit., pp. 955-994.

¹⁴⁴ D. Del Curto, *La costruzione della rete sanatoriale italiana*, in Luisa Bonesio e Davide Del Curto, *Il villaggio Morelli. Identità paesaggistica e patrimonio monumentale*, Mimesis 2018, pp. 189-224.

¹⁴⁵ S. Inaudi, *La tubercolosi nell’Italia del secondo dopoguerra: l’azione dell’UNRRA*, in *Italia contemporanea*, 301, aprile 2023, pp. 16-42; in una seduta del 1967, il CSS, consultato in merito, si era dichiarato contrario a una vaccinazione antitubercolare di massa, nonostante negli anni Settanta venga messa in discussione l’opportunità di tale decisione.

¹⁴⁶ Vi partecipavano troppi enti, con giurisdizioni e competenze confuse. Tra le varie ricostruzioni dell’epoca e dalla storiografia più recente, si evidenzia perlomeno la partecipazione di: INPS, INAIL, ACIS e dal 1958 Ministero della sanità, comuni, province, INAM e altre casse mutue, oltre a ospedali pubblici e centri assistenziali religiosi.

assicurati e familiari.¹⁴⁷ L'organizzazione della cura dei tubercolotici ricalcava tante delle inadeguatezze evidenziate nel sistema dell'assistenza di questi decenni, assurgendo in alcune riflessioni dell'epoca a esempio delle sovrapposizioni e delle mancanze della gestione di questo settore, nonostante i miliardi di lire che comunque venivano spesi per il mantenimento del sistema sanatoriale e dei rimborsi.¹⁴⁸ Secondo l'interpretazione più diffusa tra medici e tisiologi, tra l'altro, la diminuzione che nel dopoguerra riguardò la mortalità di questa malattia fu dovuta principalmente all'introduzione di antibiotici (soprattutto la streptomina) e al miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie della popolazione, più che alle misure sanitarie prese per contrastarla¹⁴⁹.

Il ritardo con cui si procedette a delle vere e proprie campagne vaccinali antitubercolari in Italia, con l'iniziativa lasciata alle singole regioni e province, la scarsa attenzione alla prevenzione, i finanziamenti internazionali che venivano gestiti dal Tesoro e difficilmente raggiungevano gli organi centrali di sanità, in una condizione di generale dispersione delle risorse e finanziamenti insufficienti, crearono una situazione in cui la tubercolosi decrebbe ma fu difficile da eradicare completamente.¹⁵⁰

La situazione di scarsa coordinazione e capacità di azione a livello degli organi centrali, nota tra gli esperti, portò a un progressivo aumento compensativo dei sussidi per i tubercolotici e gli ex tubercolotici. Ciò andò a peggiorare uno dei problemi del welfare italiano, ovvero l'eccessivo ricorso a rimborsi e pagamenti in denaro al posto dell'erogazione di servizi¹⁵¹, che nel caso della tubercolosi sarebbero dovuti essere delle campagne vaccinali diffuse (con la scelta di un preciso tipo di vaccino) e un programma chiaro di lotta alla malattia. Si scelse invece di proseguire sulla strada delle compensazioni economiche: il CSS si trovò a discutere di questo tema ancora nel corso degli anni Settanta, su un progetto di legge che andava ad aumentare le prestazioni per i malati. La legge in questione era la n. 1088 del 14 dicembre 1970, *Miglioramento delle prestazioni economiche a favore dei cittadini colpiti dalla tubercolosi*. Il CSS se ne occupò nel 1972, a legge già approvata, lamentando irregolarità nella procedura¹⁵². Giuseppe Giunchi, ordinario di malattie infettive a Roma, si era occupato dell'analisi preliminare della questione e aveva in particolare due grosse lamentele: che il

¹⁴⁷ Cfr. sulle assicurazioni antitubercolari, Servizio affari generali dell'INPS, *L'Istituto nazionale previdenza sociale nella lotta contro la tubercolosi*, Ufficio stampa INPS, Roma 1960; e Inps, *Trent'anni di lotta contro la tubercolosi*, Ufficio stampa INPS, Roma 1958.

¹⁴⁸ Cfr., ad esempio, L. Conti, *L'assistenza e la previdenza sociale: storia e problemi*, Feltrinelli, Milano 1958, pp. 171-173.

¹⁴⁹ G. Vecchi, *Measuring wellbeing. A history of Italian living standards*, Oxford University Press, New York 2017, pp. 87-142.

¹⁵⁰ Nel cinquantennio 1955-2008, il numero annuale di casi di TBC registrati in Italia è passato dal 12,24 al 4,41%, con un decremento pari a circa il 64% del numero dei casi e al 71% dell'incidenza. Dati da Ministero della Salute, *La tubercolosi in Italia – Rapporto 2008*, da https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1472_allegato.pdf, consultato il 4/09/2023.

¹⁵¹ M. Ferrera, *Il welfare state in Italia. Sviluppo e crisi in prospettiva comparata*, Il Mulino, Bologna 1984, pp. 101-111.

¹⁵² ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 147, *Proposta di legge dei senatori Pieraccini ed altri – Miglioramenti delle prestazioni economiche a favore dei cittadini colpiti da tubercolosi*, Seduta del 21 gennaio 1971, pp. 162-166.

CSS si trovasse a discutere nel 1971 una legge approvata nel 1970; che all'approvazione di tale legge fosse stato allegato un vecchio parere del Consiglio, due gravi irregolarità contro le quali proponeva di avanzare lamentele. Un'altra stranezza di questa legge era rappresentata dalla fusione di una prima parte completamente di stampo assistenziale, dedicata all'aumento dei benefici economici per chi era o era stato affetto da tubercolosi, e una seconda parte prettamente sanitaria, dedicata invece alla vaccinazione. Il CSS sottolineava innanzitutto l'inadeguatezza della parte assistenziale:

[...] la legge in questione provocherà molti problemi pratici, perché fissando congrue sovvenzioni per tutte le forme di tbc obbligherà tutti i direttori di reparti ospedalieri a dichiarare pleuriti tbc, tutte le pleuriti che capiteranno alla loro osservazione, per non far perdere ai malati il diritto non solo alle prestazioni, ma anche ad un congruo sussidio (circa 2 milioni l'anno).¹⁵³

Per quanto invece riguardava la vaccinazione antitubercolare, la discussione fu gestita da Augusto Giovanardi, che osservava tra le altre cose che il testo del parere precedentemente espresso dal CSS era stato copiato in maniera incompleta, per cui risultava poco chiaro, diventando legge di Stato con un parere tecnico-sanitario inservibile su una materia come quella vaccinale. Durante la seduta del 1967 dedicata a questo argomento, il Consiglio si era pronunciato contro la vaccinazione obbligatoria, concludendo che questa poteva essere solo consigliata ad alcune categorie di persone nominate dalla legge. Ricordava inoltre che uno dei motivi principali di questo parere era rappresentato dalle discussioni "interminabili" negli ambienti accademici italiani sulla migliore efficacia del vaccino vivo rispetto a quello inattivato, rimanendo indietro rispetto ad altri Paesi, come quelli scandinavi, l'URSS o alcuni Stati dell'est europeo in cui la vaccinazione antitubercolare veniva effettuata sistematicamente, e che avevano ottenuto ottimi risultati attraverso la profilassi di massa¹⁵⁴. La proposta era quindi quella di nominare una commissione di esperti per stilare il regolamento di applicazione di tale legge, nell'ottica di trovare delle soluzioni pratiche per le prescrizioni decisamente datate indicate dalla legge stessa. Tuttavia, dei rappresentanti del Ministero della sanità riportavano al CSS che la responsabilità di questo tipo di parere dato alle Camere era dovuto allo stesso Ministero. Era stato infatti formulato un quesito alla Direzione Generale, chiedendo se fosse ritenuta utile l'istituzione di tale vaccinazione; il Direttore generale rispose che il ministro della sanità era contrario alla vaccinazione obbligatoria, richiamando lo stesso parere del 1967 poi allegato alla legge. Inoltre, quest'ultima venne discussa in sede di Commissione, sia alla Camera che al Senato, dedicata a Lavoro, emigrazione e previdenza sociale, ma non in Commissione igiene e sanità¹⁵⁵.

Il relatore conclude [...] che è deprecabile che in un provvedimento legislativo di tipo previdenziale venga introdotto un articolo di carattere tipicamente igienico-profilattico,

¹⁵³ Ivi, p. 163.

¹⁵⁴ Ivi, p. 165.

¹⁵⁵ Atti parlamentari, Camera dei deputati, V legislatura, Discussioni, *Trasmissioni dal Senato*, Seduta del 21 maggio 1970, p. 17899.

da parte di una Commissione che non è competente in problemi sanitari. Quindi propone di invitare il Presidente del CSS a formare una commissione che prepari, insieme con la Direzione Generale competente, il regolamento applicativo di questa legge. Tale proposta viene approvata all'unanimità.¹⁵⁶

Il lavoro della commissione venne discusso nella seduta del 25 maggio 1972, prendendo atto che la parte della legge relativa alla vaccinazione antitubercolare era stata completamente stravolta dalla commissione stessa, che aveva stavolta caldamente raccomandato una campagna vaccinale antitubercolare per tutti i cittadini italiani.¹⁵⁷ La relazione del Ministero della sanità presentata al CSS rappresentava il riconoscimento degli errori della formulazione precedente e istituiva l'obbligatorietà della vaccinazione:

È la conclusione di un lungo dibattito che, nel nostro Paese, nonostante l'amplessima applicazione in tutto il mondo e nonostante ripetute convalide sull'innocuità e sull'efficacia di questa vaccinazione da parte dell'OMS, ha visto lo scontro di fautori e detrattori del metodo e soprattutto avverse posizioni sulla scelta del vaccino. È una conclusione positiva che finalmente formalizza legalmente iniziative già assunte e svolte da Istituti tisiologici, da consorzi antitubercolari e da servizi sanitari comunali. [...] In tale fase epidemiologica la vaccinazione, se non è più destinata ad ottenere quantitativamente quell'effetto preventivo che avrebbe assunto solo qualche decennio fa, conserva la sua validità come misura di premunizione mirata da realizzare estesamente laddove si concentrano le sorgenti bacillifere e sommano la loro azione i vari momenti concausali della tubercolosi. Bisogna quindi far sì che la legge 1088, per quanto riguarda la vaccinazione antitubercolare, diventi realmente operante in tutto il Paese secondo criteri omogenei e secondo scelte ben orientate.¹⁵⁸

La fase epidemiologica di cui si parlava nella relazione ministeriale era quella in cui la malattia tubercolare aveva un'incidenza in diminuzione. Secondo Giovanardi, la vaccinazione, in questa fase, presentava delle motivazioni a suo favore anche maggiori, in quanto veniva a sostituirsi alla copertura data in passato dalla diffusione delle infezioni spontanee. Quindi la vaccinazione aveva il compito di sostituire in questa fase di squilibrio l'immunità di una malattia più largamente circolante: per questi motivi il CSS espresse parere positivo alla vaccinazione obbligatoria, rappresentando l'atto finale di un dibattito decennale sulla questione. L'attuazione della pratica vaccinale venne affidata ai consorzi provinciali antitubercolari, poiché il ministero li riteneva particolarmente in grado di raccogliere ed elaborare in ogni provincia tutte le informazioni epidemiologiche, comprese quelle relative alla morbosità; erano inoltre dotati di una rete capillarizzata e disponevano, alla data del 1972, di 624

¹⁵⁶ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 147, *Proposta di legge dei senatori Pieraccini ed altri – Miglioramenti delle prestazioni economiche a favore dei cittadini colpiti da tubercolosi*, Seduta del 21 gennaio 1971, pp. 166.

¹⁵⁷ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 156, *Schema di regolamento per l'applicazione dell'art. 10 della legge 14 dicembre 1970*, Seduta del 25 maggio 1972, p. 535.

¹⁵⁸ ACS, Ministero della sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 156, *Ministero della sanità – Relazione sullo schema di regolamento per l'applicazione dell'art. 10 della legge 14/12/1970, n. 1088 – Vaccinazione antitubercolare obbligatoria*, p. 605.

dipendenti su tutto il territorio nazionale.¹⁵⁹ Il vaccino di scelta indicato era il francese BCG (costituito da batteri vivi attenuati di tubercolosi di razza bovina, sviluppati da Calmette e Guérin all'istituto Pasteur in Francia tra il 1908 e il 1921), preferendolo quindi ai vaccini italiani Maragliano, il primo vaccino antitubercolare sviluppato a livello mondiale nel 1903, e alle sue elaborazioni successive ad opera di importanti infettivologi dell'accademia italiana.¹⁶⁰ Veniva stanziato a questo scopo un fondo annuo di 2 miliardi di lire, da erogare in seguito alla presentazione, da parte degli enti vaccinatori, di piani preventivi corredati di previsioni di spesa. I soggetti che si dovevano sottoporre alla vaccinazione obbligatoria, eseguita gratuitamente, venivano individuati dal regolamento ministeriale in: figli di tubercolotici, coabitanti con ammalati o ex ammalati di tubercolosi; studenti di medicina all'atto della loro iscrizione all'università, e soldati all'atto dell'arruolamento; soggetti che vivono in zone depresse ad alta morbosità tubercolare. Il Ministero aveva decretato contestualmente che, per la prima vaccinazione, potevano “considerarsi zone ad alto rischio morbigeno quei distretti (comunali, infracomunali o intercomunali) e quelle collettività in cui l'indice medio di tubercolinizzazione, rivelato dalla risposta positiva del saggio tubercolinico, raggiunge o supera il 5% dei soggetti dall'età di 6 anni”.¹⁶¹

Nel 1976 il CSS venne chiamato a determinare nuovamente le zone ad alta morbosità tubercolare, poiché si era stabilito che queste andavano riviste ogni quattro anni. Giuseppe Daddi, tisiologo e pneumologo fiorentino e membro del Consiglio, trattava la questione ricordando che

La materia non è nuova ed esiste una legge che impone la vaccinazione antitubercolare in alcune zone, cioè vaccinazione selettiva. Questa legge parla di zone depresse con un elevato indice tubercolinico; l'indice tubercolinico era stato stabilito nella misura del 5% di positività all'età di sei anni, tenendo presente che l'OMS ha stabilito che a 14 anni di età, se la reattività tubercolinica della popolazione è dell'1%, la tubercolosi può considerarsi non più una malattia sociale, come viene considerata oggi.¹⁶²

Il problema che il CSS riscontrava era però rappresentato dal criterio di definizione di “zona depressa”. Vennero individuati alcuni indici di definizione: il sovraffollamento, la situazione poco igienica, la mancanza d'acqua, l'analfabetismo. L'intenzione era quella di conglobare questi dati e formare una specie di formula, che unita a quella di indice tubercolinico rilevato ad una determinata età, accresceva la significatività dell'indice tubercolinico. Si trattava di un rimedio a quella che veniva definita una imprecisione della legge, dovendo applicare la vaccinazione in zone che fossero

¹⁵⁹ Ivi, p. 606.

¹⁶⁰ G. Armocida, G. Silvia Rigo, Edoardo Maragliano, in Treccani, Dizionario biografico degli italiani, vol. 69 (2007), da [https://www.treccani.it/enciclopedia/edoardo-maragliano_\(Dizionario-Biografico\)](https://www.treccani.it/enciclopedia/edoardo-maragliano_(Dizionario-Biografico)), consultato il 12/09/2023.

¹⁶¹ ACS, Ministero della sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 156, *Ministero della sanità – Relazione sullo schema di regolamento per l'applicazione dell'art. 10 della legge 14/12/1970, n. 1088 – Vaccinazione antitubercolare obbligatoria*, pp. 609-610.

¹⁶² ACS, Ministero della sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 184, *Vaccinazione obbligatoria contro la tubercolosi – Decreto ministeriale per la determinazione delle zone ad alta morbosità tubercolare*, Seduta del 19 febbraio 1976, p. 43.

contemporaneamente depresse e ad alto indice tubercolinico:

Il relatore ricorda come quasi in tutto il mondo questa vaccinazione sia praticata, mentre nel nostro Paese ancora se ne discute; pertanto è bene semplificare le cose. Ciò è possibile nel seguente modo: si comincia con l'applicare il criterio di zona di alto rischio, cioè la zona dove [...] i bambini di sei anni di età presentano il 5% di positività tubercolinica. Ovviamente il 5% sarà di media, infatti ci possono essere dei quartieri con l'1% di positività tubercolinica, accanto a quartieri con il 10%; quindi viene fuori la necessità dell'applicazione di questi parametri nel senso di tenere conto delle cause locali che possono favorire lo sviluppo della tubercolosi, cioè la miseria, il sovraffollamento ecc.¹⁶³

Il dibattito sulla questione fu lungo e sottolineò diversi elementi di discriminazione e di vaghezza insiti nel concetto stesso di “zona depressa”, per cui la conclusione si limitò a prendere in considerazione la percentuale del 5% e a valutare gli aspetti oggettivi, come il sovraffollamento, suggerendo l'utilità che l'Istituto centrale di statistica raccogliesse dati e fornisse un lavoro da tener presente anche negli anni successivi, quando la questione si sarebbe ripresentata.

4.3.2 Protezione materno-infantile

La politica sociale per la maternità e l'infanzia nell'Italia del dopoguerra coincide in modo significativo con le questioni e i problemi affrontati dall'Onmi¹⁶⁴, che ha avuto un ruolo prioritario nell'assistenza materno-infantile nel cinquantennio tra il 1925 e il 1975.¹⁶⁵

A partire dal secondo dopoguerra, l'ente aveva operato basandosi sulla rete dei consultori materni, pediatrici e dermosifilopatici, degli asili per lattanti e bambini svezzati, spesso raggruppati in strutture denominate Case della madre e del bambino, giuridicamente sotto il controllo dell'ACIS. Durante gli anni della ricostruzione, l'Onmi espanse le sue attività e le sue strutture, cercando di fornire sostegno alla crescita del lavoro femminile¹⁶⁶, di diffondere tecniche volte alla riduzione della mortalità infantile e materna nel momento del parto, allo sviluppo sano ed equilibrato del bambino, seguendo in particolare i minorenni svantaggiati, ad esempio perché orfani, fino alla maggiore età con misure

¹⁶³ Ivi, p. 52.

¹⁶⁴ Opera nazionale maternità e infanzia, ente parastatale fondato dal regime fascista a specifica tutela e finalizzato all'assistenza sociale della maternità e dell'infanzia. Uno dei primi obiettivi dell'ente era rappresentato dal miglioramento delle statistiche nazionali sulla mortalità infantile. Nel 1923, infatti, il numero di morti nel corso del primo anno di vita è pari circa a 127 per mille, un tasso drammaticamente alto rispetto agli altri Paesi avanzati. L'ONMI doveva rappresentare uno degli enti coinvolti nella battaglia demografica nazionale per l'aumento della popolazione da 40 a 60 milioni. Cfr. G. Mortara, *La salute pubblica in Italia durante e dopo la guerra*, Laterza, Bari 1925, p. 96.

¹⁶⁵ M. Minesso, *Stato e infanzia nell'Italia contemporanea. Origine, sviluppo e fine dell'Onmi 1925-1975*, Il Mulino, Bologna 2007, p. 13.

¹⁶⁶ Era cominciato infatti in questi anni, tra molte incertezze e ambiguità e segnando una discontinuità rispetto alla concezione fascista, un cambiamento culturale nell'approccio al lavoro femminile, in una direzione che spingeva verso l'uguaglianza salariale, la tutela dei diritti della lavoratrice madre, una concezione del lavoro come componente emancipatoria della vita femminile, in linea con la politicizzazione del lavoro come origine del diritto di cittadinanza di stampo costituzionale. Cfr. A. Pescarolo, *Il lavoro delle donne nell'Italia contemporanea*, Viella, Roma 2019, pp. 247-282; P. Willson, *Italiane. Biografia del Novecento*, Laterza, Roma-Bari 2010, pp. 171-198.

assistenziali e servizi di collocamento. Negli anni, l'approccio politico all'ente attraversò i tentennamenti che investirono tutto il settore sanitario-assistenziale: il problema del rapporto con la beneficenza religiosa, l'incertezza dell'inserimento in un quadro legislativo nazionale chiaro di assistenza alla popolazione, il sottofinanziamento conseguente alle incertezze politiche e di giurisdizione.¹⁶⁷ All'alba degli anni Settanta, i problemi mai risolti della gestione dell'ente erano ormai pubblicamente venuti alla luce, in modo simile ad altri enti parastatali che per tutto il primo trentennio repubblicano avevano continuato ad operare senza che i loro problemi strutturali venissero risolti, come le casse mutue. Nel settembre 1970, il presidente dell'Associazione nazionale medici dei consultori dell'Onmi, nel corso di una conferenza stampa, rilevava che l'Opera riusciva a tenere sotto controllo medico soltanto il 12% delle gestanti e il 18% dei bambini tra uno e cinque anni, e che vi erano sul territorio nazionale 200 consultori ostetrici invece dei necessari 20.000.¹⁶⁸ Nel 1971 uno dei funzionari tecnici dell'ente, Michele Castelli, si riferiva alla situazione come "assurda e drammatica"¹⁶⁹, invocando riforme di struttura in campo assistenziale e sanitario ormai troppo a lungo rimandate.

Le questioni legate alla protezione materno-infantile vennero analizzate complessivamente dal CSS in vari momenti della sua storia, ma sempre in modo frammentario, occupandosi in particolare dei problemi della formazione del personale (ostetriche, assistenti visitatrici) o di qualche sede locale. Una commissione relatrice interna al CSS venne invece costituita nel 1974, per indagare il problema nella sua complessità¹⁷⁰. In questa occasione, vennero modificate innanzitutto le definizioni di nato morto e di nato vivo, in accordo alla normativa degli altri Paesi facenti parte della CEE e le indicazioni dell'OMS, rispetto alle quali l'Italia non si era ancora adeguata¹⁷¹. I dati italiani infatti, secondo la commissione, dovevano essere resi uniformi e comparabili a quelli dei Paesi più progrediti; era necessario anche operare dei censimenti sui servizi ospedalieri di assistenza materno-infantile, di cui il Ministero della sanità non aveva dati aggiornati.¹⁷² Alessandro Seppilli, membro della commissione, sosteneva che

Il Ministero potrebbe frattanto invitare le Regioni a una puntuale applicazione delle leggi vigenti: vi sono ospedali che ancora non hanno, nonostante il disposto della legge

¹⁶⁷ M. Minesso, *Stato e infanzia nell'Italia contemporanea. Origini, sviluppo e fine dell'Onmi 1925-1975*, op. cit., p. 133.

¹⁶⁸ Ivi, p. 197.

¹⁶⁹ Ibidem.

¹⁷⁰ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità. b. 171, *Commissione relatrice per lo studio dei problemi inerenti alla protezione materno-infantile*, Seduta del 19 luglio 1974, p. 644.

¹⁷¹ Uno dei segni della scarsa funzionalità dei servizi materno-infantili in Italia erano i dati di mortalità infantile, ancora molto alti in Italia negli anni Settanta, assestandosi nei primi anni del decennio sopra il 20 per mille. L'Italia si collocava inoltre a un livello alto di mortalità perinatale (fino alla prima settimana di vita) tra i Paesi europei, presentando anche una significativa disparità tra Nord e Sud del Paese. Cfr. S. Luzzi, *Salute e sanità nell'Italia contemporanea*, op. cit., pp. 380-384; M. Minesso, *Stato e infanzia nell'Italia contemporanea. Origini, sviluppo e fine dell'Onmi 1925-1975*, op. cit., p. 198.

¹⁷² ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità. b. 171, *Commissione relatrice per lo studio dei problemi inerenti alla protezione materno-infantile*, Seduta del 19 luglio 1974, p. 647.

ospedaliera del 1938, sezioni di ostetricia e di pediatria. Altrettanto dicasi per le sezioni neonatali.

Fa presente la necessità di migliorare le scuole di specializzazione in pediatria, rendendo obbligatorio l'internato e incompatibile l'iscrizione con l'esercizio di altre funzioni.¹⁷³

Ovviamente, uno dei problemi più significativi che riguardava l'Onmi e in generale la riorganizzazione dei servizi sanitari, oltre che materno-infantili, in questa fase era il rapporto con le neocostituite regioni. Il Ministero della sanità, in occasione di questo dibattito che prefigurava anche la fine dell'Onmi nel 1975 per una inadeguatezza ormai acclarata, aveva pensato di chiamare a farne parte anche i rappresentanti di questi nuovi enti; i rappresentanti regionali, però, non avevano raggiunto un accordo sulle designazioni, come sarebbe successo spesso nei rapporti tra centro e periferia per quanto riguardava le questioni sanitarie.¹⁷⁴ I rappresentanti regionali non parteciparono quindi a queste riunioni sull'Onmi, poco prima che questa venisse sciolta, confermando la disorganicità del potere pubblico spesso sottolineata dalla storiografia riguardo alle questioni sanitarie e assistenziali. Quando la commissione si riunì nuovamente, alla luce di dati più accurati forniti dalla Direzione generale per i servizi sociali del Ministero della sanità, le proposte di miglioramento si fecero più precise. I membri del CSS richiamavano infatti la necessità di un rapporto tra consultori e donne gravide di 1 a 200, di almeno 5-6 visite nel corso della gravidanza, dell'utilità di ricorrere ad équipes itineranti adeguatamente formate per coprire le zone del Paese meno provviste di consultori, della necessità di migliorare le scuole di specializzazione nelle università del Paese e la formazione degli specialisti e del personale paramedico, in particolare delle ostetriche. Si proponeva anche l'inserimento di un corso nazionale annuale per aggiornare il personale già in servizio.¹⁷⁵ In particolare, secondo la commissione relatrice i consultori ostetrici andavano aumentati di numero e resi più efficienti¹⁷⁶ anche con il ripristino di alcuni incentivi economici, e in generale si lamentava la situazione di alcune zone del Paese:

[...] dovrebbero essere ripristinati dall'ONMI i corsi annuali di aggiornamento della durata di un mese, destinati ai medici condotti ed alle ostetriche. Il servizio itinerante può essere in qualche zona montuosa ancora utile, ma esso, istituito all'inizio dell'attività dell'ONMI, fallì dopo un quadriennio di attuazione, a causa della indisponibilità di locali nei comuni e di conseguenza delle condizioni di disagio in cui la visita ostetrica veniva

¹⁷³ Ibidem.

¹⁷⁴ Ancora negli anni Ottanta, ben dopo la riforma e l'attribuzione delle competenze sanitarie in modo permanente alle Regioni, molte convocazioni dei rappresentanti regionali da parte del Ministero della sanità su questioni di bilancio e di coordinamento in un contesto di necessaria redistribuzione delle risorse andavano deserte. Cfr. Archivio Storico della Camera dei deputati, XIV Commissione permanente Igiene e sanità, VIII legislatura, b. 60, *Relazione del ministro Aniasi sullo stato di attuazione della riforma sanitaria*, 1980.

¹⁷⁵ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 173, *Assemblea generale – commissione relatrice sulla protezione materno-infantile*, 12 novembre 1974, p. 2.

¹⁷⁶ La flessione dei consultori ostetrici negli anni Sessanta e Settanta è stata collegata ad una tradizionale diffidenza da parte delle donne per la qualità dei servizi offerti e a una maggiore disponibilità economica da parte delle famiglie, che portava più frequentemente a ricorrere a servizi privati. Cfr. M. Minesso, *Stato e infanzia nell'Italia contemporanea*, op. cit., p. 190.

effettuata, in locali di fortuna.¹⁷⁷

Venivano proposti anche incentivi materiali per favorire questo tipo di visite, ad esempio la distribuzione di corredini; questo anche per soddisfare, in certe zone del Paese, effettive necessità della popolazione. Lo schema di questo dibattito e della relazione della commissione che aveva lavorato su questo tema in seno al CSS veniva inviato al Ministero della sanità per redigere le norme da emanare in materia.

Il 31 dicembre 1975, in seguito a criticità sempre maggiori sulla sua gestione e sui risultati conseguiti osservate dal CNEL, dalle Commissioni parlamentari di igiene e sanità e da tutte le fazioni politiche, e sulla scia di cambiamenti ampi della gestione assistenziale-sanitaria che riguardavano il periodo, l'Onmi fu soppressa e le sue competenze furono distribuite tra Regioni, Province e Comuni. In questo momento, l'Onmi disponeva di una rete assistenziale costituita di 601 asili-nido, 6.397 consultori pediatrici e 1.966 consultori materni, 115 centri medico-psico-pedagogici, 248 consultori democeltici, 102 istituzioni varie; l'ente impiegava 7.500 dipendenti e 4.006 medici di consultorio "a rapporto professionale"¹⁷⁸. Della liquidazione del patrimonio mobiliare e immobiliare fu incaricato il Ministero del tesoro, mentre il personale venne riassorbito dalle province, dai comuni e dalle regioni, in alcuni casi, temporaneamente, dal Ministero della sanità. Nello stesso anno veniva emanata la legge 29 luglio 1975 n. 405¹⁷⁹, per iniziativa democristiana, che dava vita ai consultori familiari, che ereditavano alcune delle competenze dell'Onmi e le integravano con la gestione sanitaria regionale e con quella delle future Unità sanitarie locali, dal 1978.

In accordo alla nuova organizzazione dei consultori in Italia, il CSS valutava che l'elemento fondamentale e che andava valorizzato era quello del consultorio ostetrico-ginecologico, o ambulatorio che svolgesse anche le funzioni consultoriali e l'attività di controllo della gravidanza per individuare eventuali situazioni a rischio, completate da iniziative di educazione sanitaria e da formazione sull'alimentazione in gravidanza. Il consultorio era finalmente autorizzato a svolgere

Attività di consulenza alle donne che lo richiedono per la corretta applicazione dei metodi di controllo delle nascite e questo senza portare avanti attività di propaganda per l'uno o per l'altro metodo, ma illustrando e adattando a ogni singolo caso esaminato quei metodi e mezzi che danno sufficienti garanzie scientifiche.¹⁸⁰

Il personale sanitario indispensabile che avrebbe dovuto lavorare nei consultori era rappresentato dallo specialista ostetrico-ginecologico, dall'ostetrica e dall'assistente sanitaria; tuttavia, veniva osservato che sarebbe stato difficile reperire personale specializzato non impegnato in altri servizi, se

¹⁷⁷ ¹⁷⁷ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 173, *Assemblea generale – commissione relatrice sulla protezione materno-infantile*, 12 novembre 1974, p. 3.

¹⁷⁸ M. Minesso, *Stato e infanzia nell'Italia contemporanea. Origini, sviluppo e fine dell'Onmi 1925-1975*, op. cit., p. 199.

¹⁷⁹ *Istituzione dei consultori familiari*.

¹⁸⁰ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio superiore della Sanità, Verbali, b. 173, *Problemi organizzativi dei servizi di sorveglianza prenatale nell'ambito distrettuale*, 12 novembre 1974, p. 7.

non nelle aree in prossimità delle università.¹⁸¹ Inoltre, il CSS dubitava che le risorse messe a disposizione fossero sufficienti per un servizio capillare. In base alle rilevazioni, infatti, volendo istituire un consultorio ogni 100 gestanti sarebbe stato necessario un numero pari a 14.726, mentre l'Onmi disponeva a questa altezza soltanto di circa 2000 consultori; basandosi su un minimo di visite necessarie durante la gravidanza, sarebbero stati necessari 4.341 specialisti ostetrici (in Italia, a quest'altezza, vi erano circa 4.500 specialisti ostetrici già formati)¹⁸². Il problema si poneva in particolare per le aree rurali e per il Sud, per il quale si proponeva nuovamente la soluzione degli specialisti itineranti. Nell'ottica di diminuire il dato della mortalità infantile, era poi necessario incentivare le donne incinte a sottoporsi perlomeno a un minimo di visite nel corso della gravidanza. Nei Paesi europei a più bassa mortalità (vennero esaminati i casi di Francia e Olanda), la situazione era positiva a causa della copertura delle spese da parte di speciali casse deputate alle gestanti o a fondi pubblici; parallelamente, a un migliore livello di educazione sanitaria delle donne, che in media decidevano di aderire spontaneamente a questo genere di programmi preventivi.

Per l'Italia si proponeva da questo punto di vista una collaborazione con i medici condotti e con le ostetriche; inoltre, si rendeva necessario un reparto attrezzato, perlomeno in ogni ospedale se i consultori non erano messi nelle condizioni di provvedervi autonomamente, di servizi specializzati per i parti a rischio e forniture per la rianimazione neonatale. Nel 1974, la situazione, su dati provenienti dall'Onmi, era di questo tipo¹⁸³:

Regioni	Popolazione residente al 31 dicembre 1958	Numero delle gestanti all'anno	Numero dei consultori prevedibili -1 su 100 gestanti	Numero dei consultori prevedibili -1 su 200 gestanti	Numero di visite prevedibili all'anno
Italia settentrionale	22.146.930	614.160	6.129	3.055	5.527.440
Italia centrale	9.211.089	261.200	2.595	1.292	2.341.800
Italia meridionale	12.698.421	410.200	4.090	2.042	3.691.800
Italia insulare	6.214.225	191.640	1.912	953	1.724.760
Italia	50.270.665	1.477.200	14.726	7.342	13.285.800

Nel 1976, il CSS si trovò poi ad esprimere un parere relativo alla riconfigurazione dei servizi sanitari

¹⁸¹ Ivi, p. 8.

¹⁸² Ivi, p. 10.

¹⁸³ Basato su dati Onmi analizzati nella stessa seduta del CSS.

materno infantili nell'ambito della riforma sanitaria; veniva rimarcata la necessità di un coordinamento centrale da realizzarsi attraverso la promozione e la vigilanza dell'intera rete dei presidi. Le competenze del servizio centrale avrebbero dovuto riguardare l'assistenza tecnica e la consulenza alle strutture di base; l'aggiornamento del personale a tutti i livelli; la promozione di attività di ricerca sanitaria e sociale ai problemi della maternità e dell'infanzia. Nell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale si raccomandava poi di tenere presenti i compiti di assistenza sociale, che l'ente svolgeva in adempimento alla legislazione sulla maternità e l'infanzia che costituivano un settore distinto da quello sanitario. Inoltre,

Per motivi di necessità funzionali, per evitare soluzioni di continuità nell'opera attiva della protezione materno-infantile o il decadimento delle 9.238 istituzioni consultoriali, dispensariali ecc. dell'Onmi (molte delle quali costituiscono l'unico presidio sanitario esistente in comuni rurali) è necessario che fino a quando non siano costituite e funzionanti le Usl, l'Onmi continui a erogare le prestazioni di sua competenza.¹⁸⁴

4.4 Danni ambientali e inquinamento

Nel 1966, tra i verbali del CSS si era per la prima volta presentato l'argomento della lotta all'inquinamento, e in particolare la discussione del regolamento esecutivo della legge 13 luglio 1966 n. 615, *Provvedimenti contro l'inquinamento atmosferico*. In questo caso, al CSS veniva affidato il compito di definire il campo di applicazione e la definizione di alcuni termini adottati nella normativa. Con "inquinamento atmosferico" il CSS individuava, nel modo più accurato possibile, la "concentrazione di sostanze in un punto dell'aria atmosferica per un determinato intervallo di tempo", riconoscendo due condizioni per l'applicazione della legge in questione: che le sostanze di cui si parlava fossero causate da emissioni; che l'inquinamento così prodotto alterasse le normali condizioni di salubrità dell'aria e costituisse danno diretto o indiretto per la salute pubblica, o danno a beni pubblici o privati.¹⁸⁵

L'applicazione della legge era relativa agli impianti termici, ovvero alle installazioni capaci di emettere fumi inquinanti l'atmosfera, sia se tali installazioni fossero a servizio di abitazioni singole o di collettività quanto se facenti parte di complessi industriali. Nel regolamento si distingueva tra impianti e tipi di carburanti più o meno inquinanti, tenendo presenti i limiti di sostanze inquinanti contenute nelle emissioni che risultavano adottati dalle più avanzate legislazioni di Paesi esteri (Germania, Inghilterra, Stati Uniti, URSS...). Nel 1968, i problemi dell'inquinamento ambientale venivano collegati alla cancerogenesi e all'aumento dell'incidenza tumorale in Italia dalla Società italiana di cancerologia, in un congresso bolognese avuto luogo durante lo stesso anno; il CSS veniva

¹⁸⁴ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 186, *Raccomandazioni sull'attuazione della riforma sanitaria*, settembre 1976, p. 43.

¹⁸⁵ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 122, *Relazione illustrativa sulla proposta del Regolamento di esecuzione della legge 13 luglio 1966, n. 615*, p. 153.

sollecitato verso l'adozione di un intervento correttivo nell'uso di alcune sostanze:

il convegno ha espresso la sua preoccupazione per il fatto che nella farmacopea italiana siano comprese specialità che contengono sostanze risultate cancerogene nell'animale di laboratorio. Alcune di queste possono probabilmente essere sostituite con composti meno pericolosi. Per i chemioterapici antitumorali, alcuni dei quali sono anche cancerogeni, i vantaggi del loro uso nelle malattie tumorali sono tali da escluderne la sostituzione. È tuttavia necessario che la classe medica conosca i problemi connessi con il loro uso, e che di essi venga sconsigliato l'impiego in malattie non neoplastiche.¹⁸⁶

La sensibilità nei confronti della cancerogenicità di alcune sostanze aumentava: farmaci, sostanze alimentari, sostanze a cui si veniva esposti per motivi professionali (chimiche, ma anche radioattive), questioni che fino a questo momento non godevano di riconoscimento di rischio. Si rendeva necessario un miglior coordinamento dei numerosi enti esistenti in Italia che si occupavano di queste tematiche, incrementando la ricerca ma mantenendo il controllo sotto la vigilanza del CSS, che si configurava come l'organo più adatto ad intraprendere misure univoche sul piano nazionale, poiché spesso tali enti non avevano poteri adeguati. In particolare, era necessario un coordinamento sulla formazione dei medici e delle classi sanitarie sulla tossicità di alcune sostanze, anche quelle per le quali studi sulla effettiva tossicità erano ancora in corso. Inoltre, si ricordava la scarsa presenza di pubblicazioni italiane nel settore in campo internazionale: l'OMS aveva ripetutamente sollecitato i responsabili della sanità pubblica italiana a condurre indagini epidemiologiche su questi argomenti.¹⁸⁷

4.4.1 Acque marine e balneazione

Negli anni Settanta, un nuovo quesito correlato alla questione dei danni da inquinamento ambientale che si affacciava alla riflessione medico-sanitaria dei membri del CSS era quello relativo alle acque di balneazione. Venivano alla luce da inchieste condotte in varie località marine italiane situazioni come quella della città di Genova¹⁸⁸, in cui le fogne sversavano direttamente in mare 385.000 metri cubi d'acqua e altri liquidi. Alla scarsità delle rilevazioni si aggiungevano le difficoltà di ottenere dati certi sulla situazione microbiologica e batteriologica delle acque, a causa della variabilità dei dati delle analisi a seconda della direzione del vento, delle maree e delle ore dei prelievi.¹⁸⁹ Veniva portata l'attenzione sui criteri che dovevano guidare il prelievamento di campioni marini, tenendo presenti le

¹⁸⁶ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 130, *Problemi della cancerogenesi ambientale*, p. 52.

¹⁸⁷ Ivi, p. 59.

¹⁸⁸ La giunta regionale della Liguria, nel 1976, invierà al CSS una nota in cui lamenta la sleale concorrenza della Costa Azzurra nel settore turistico, perché non soggetta ai limiti imposti dall'autorità pubblica italiana nella qualità delle acque. Cfr. ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, b. 187, *Promemoria tecnico sulla definizione dei criteri di qualità delle acque destinate alla balneazione*, 15 maggio 1976, pp. 569-573.

¹⁸⁹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 149, *Qualità microbiologiche delle acque marine destinate alla balneazione*, Seduta del 27 maggio 1971, p. 253.

esperienze estere:

Ricercatori di svariati Paesi hanno studiato, con risultati diversi, se sia scientificamente provato che un'acqua marina inquinata possa portare il tifo, la poliomielite, l'epatite virale.

Senza dubbio si devono a questo proposito tenere in considerazione soprattutto gli studi fatti nei Paesi del Mediterraneo, perché questo è un mare particolare senza i 17, 18, 15 o 16 metri di marea che si possono avere nell'Atlantico, nel Pacifico, nel Baltico, e con condizioni completamente diverse da quelle che si possono avere in Inghilterra, in Norvegia, ecc.; in queste nazioni esistono impianti di depurazione delle acque di fogna e i limiti che sono stati stabiliti sono una specie di guardiacoste degli impianti di depurazione, un controllo cioè della loro efficacia effettiva.¹⁹⁰

L'utilità di questo tipo di analisi era collegata all'individuazione, in acque contaminate da materiale fognario e quindi fecale, di salmonella; mentre in quelle contaminate da idrocarburi si verificavano più frequentemente casi di dermatiti, congiuntiviti e malattie dell'orecchio, in particolare tra i sommozzatori. Giovanardi, particolarmente interessato al tema, sottolineava la frammentarietà dei dati italiani, di cui si conoscevano con precisione solo quelli di alcune località; proponeva, tenendo in considerazione i dati internazionali, di stabilire un limite di sicurezza pari a 100 colifecali per 100 ml di acqua per poter definire una zona balneare¹⁹¹. I principali dubbi relativi a questo limite erano relativi alla sua applicabilità: la commissione che, nel seno del CSS, si era occupata di questa questione aveva proposto che

- a) quando si voglia sottoporre a sorveglianza mediante ripetuti esami batteriologici una zona destinata alla balneazione si proceda in prima istanza ad una rilevazione topografica per quanto riguarda le immissioni dei liquami (non è infrequente in alcune spiagge dell'Adriatico osservare persone che prendono il bagno davanti a una fogna);
- b) si faccia poi la rilevazione batteriologica e la si unifichi al limite che dovrà essere fissato, il quale potrà essere di 100 colifecali/100 ml oppure essere portato sopra a 100 secondo quello che si riterrà più opportuno anche al fine di rendere l'applicazione meno lontana dalla realtà, cioè dalla possibilità di essere usata;
- c) insieme a queste indagini topografiche e batteriologiche si promuove un'indagine epidemiologica su tutti i casi di malattia connessi con la balneazione includendo anche quelle non intestinali.¹⁹²

Tuttavia, si osservava anche che non era possibile che in tutte le coste italiane in presenza di un'immissione di fogna si procedesse a un'immediata costruzione di un impianto di depurazione, l'esclusione dell'immissione della fogna oppure l'esclusione della balneazione. In questi casi il limite

¹⁹⁰ Ivi, p. 256.

¹⁹¹ I coliformi fecali sono un gruppo di batteri della famiglia delle Enterobacteriaceae. Uno dei più importanti batteri di questa famiglia è *Escherichia coli*: nelle acque destinate al consumo umano, nelle acque termali, balneari e in quelle usate per alimenti e cosmetici è prescritta per motivi igienici l'assenza di *E. coli* in quanto indicatore primario di contaminazione fecale. Nonostante *E. coli* rappresenti un simbionte dell'intestino umano, alcuni gruppi producono una tossina potenzialmente responsabile di infezioni del tratto gastrointestinale, urinario, meningiti e setticemie; è anche nota la somiglianza della tossina di *E. coli* con quella del colera. Cfr. *Escherichia* in Treccani, *Dizionario di medicina* (2010), da https://www.treccani.it/enciclopedia/escherichia_%28Dizionario-di-Medicina%29/, consultato il 20/09/2023.

¹⁹² ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 149, *Qualità microbiologiche delle acque marine destinate alla balneazione*, Seduta del 27 maggio 1971, p. 259.

era particolarmente utile, poiché la soluzione che il CSS si proponeva di adottare era quella di proibire la balneazione entro una certa area circolare, per una certa distanza: in questa zona non dovevano essere presenti colibatteri. La discussione finale ebbe come esito quello di stabilire come limite provvisorio fino alla successiva stagione balneare il valore di 100 colifecali/100 ml d'acqua. Il CSS proponeva anche al Ministero di invitare i Laboratori provinciali di igiene e profilassi ad approfondire le indagini sulla reale situazione igienica delle spiagge italiane. Inoltre, il CSS riteneva opportuno riunirsi entro la fine dell'anno per esaminare i dati emersi durante la stagione estiva ed eventualmente modificare le decisioni prese in questa sede ove risultassero ulteriori elementi di valutazione; di adottare un criterio statistico di valutazione dei dati forniti dalle analisi effettuate durante un anno, stabilendo che il 20% dei campioni prelevati potesse superare il limite fissato e che la frequenza dei prelievi sarebbe dovuta essere mensile nei mesi invernali e quindicinale nei mesi estivi; nel caso si fosse verificata un'analisi sfavorevole relativa a un campione prelevato in zona balneare durante la stagione estiva, l'autorità sanitaria doveva procedere oltre all'ispezione dei luoghi all'esame di altri 5 campioni prelevati nello stesso punto durante l'arco di tempo di 10 giorni, prelevandoli dalle 8 alle 11 antimeridiane per garantire uniformità alle rilevazioni.

Nuovi dati non erano stati ancora reperiti nemmeno l'anno dopo: nel 1972, tuttavia, alcuni enti, tra cui gli assessorati regionali, cercavano di ottenere che il limite stabilito dal CSS venisse ampliato. Secondo il relatore Fernando Petrilli, ogni regione “non aspetta altro che una possibile scusa per promulgare una propria legge il cui limite di 100 colonbatteri fecali diventa di 1000, 2000 o 3000”¹⁹³, lasciando intendere che le regioni non erano particolarmente interessate alla politica ecologica “che il CSS sta attualmente cercando di perseguire.”¹⁹⁴ Anche alcuni rappresentanti del Ministero presenti alla seduta riportavano l'opinione della Direzione generale igiene pubblica, che pur condividendo il valore di 100 colifecali su 100 ml, sosteneva che

Vi erano state richieste pressanti di alcune amministrazioni, quella di Genova, di Trieste ad esempio ed anche di altri ministeri per proporre al CSS il quesito se sia possibile stabilire un limite meno ristretto di colimetria o almeno se sia possibile una gradualità di applicazione nel tempo nelle misure prescritte.¹⁹⁵

Il CSS continuò tuttavia a confermare la propria precedente opinione, perlomeno fino all'aggiornamento dei dati disponibili. Nel 1974, dall'Istituto di igiene e dalla facoltà di medicina dell'università di Pisa arrivava al CSS una relazione sullo smaltimento delle acque di rifiuto in mare, come risultato delle analisi più approfondite richieste agli enti locali. Rispetto ai decenni precedenti, infatti, alcuni studi avevano evidenziato che i liquami domestici veicolati da fognature nere e miste

¹⁹³ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, b. 157, *Esami delle acque marine destinate alla balneazione*, Seduta del 21 giugno 1972, p. 15.

¹⁹⁴ *Ibidem*.

¹⁹⁵ *Ivi*, p. 19.

avevano una composizione significativamente diversa rispetto agli anni Quaranta e Cinquanta: in particolare, quelle che erano denominate “acque bianche” non potevano più essere considerate tali, in quanto sia durante la loro caduta al suolo sia durante il loro scorrimento sulle pavimentazioni stradali si arricchivano di molti composti tossici.¹⁹⁶ Venivano citati alcuni studi sull'inquinamento stradale di diverse città statunitensi, notando come le pavimentazioni stradali avevano notevolmente aumentato la tossicità delle acque che venivano poi sversate in mare, in particolare per quanto riguardava piombo, boro, detersivi e idrocarburi. Un'altra causa di inquinamento diretto nel mare da idrocarburi erano le attività nautiche da diporto:

si calcola che per ogni litro di carburante consumato i fumi di scappamento dei motori fuoribordo che scaricano sotto il pelo dell'acqua versano in mare da 50 a 70 kg di olio lubrificante, capace di generare un velo oleoso su parecchi metri quadrati di superficie e ciò proprio di fronte ai litorali più frequentati durante il periodo balneare. È evidente che tali masse inquinanti veicolate nei mari ed in modo particolare in quelli chiusi con scarsi e lenti ricambi idrici, come ad esempio il Mediterraneo, il Baltico ecc. può produrre, a breve scadenza, variazioni nella loro stessa composizione chimica e biologica.¹⁹⁷

A tutela del Mediterraneo si proponeva quindi un programma di limiti accettabili di piombo, mercurio, idrocarburi clorurati; una linea comune perlomeno a livello europeo per provvedere a ridurre ed eventualmente ad eliminare gli inquinanti più pericolosi; invito a depurare le acque industriali e a usare quelle domestiche, depurate, nell'industria; a limitare e controllare lo scarico di acque in mare.

4.4.2 Industrie insalubri

La tutela della salute pubblica relativamente alle “manifatture o fabbriche che producono vapori, gas o altre esalazioni insalubri”¹⁹⁸ era normata dal Testo Unico delle Leggi sanitarie, il regio decreto del luglio 1934 che costituiva ancora l'ossatura dell'organizzazione sanitaria del Paese e lo sarebbe stata, con piccoli aggiornamenti, fino alla riforma sanitaria del 1978. L'articolo 216 di questa legge prevedeva, per l'individuazione di queste realtà produttive insalubri, un elenco diviso in due classi. La prima classe era rappresentata dalle manifatture che dovevano necessariamente trovarsi in campagna, ed essere tenute lontane dalle abitazioni; la seconda quelle che dovevano mantenere alcune speciali cautele per la tutela del vicinato. La compilazione di questo elenco era demandata al CSS, l'approvazione al Ministero dell'Interno, sentito il Ministero per le corporazioni. La normativa prevedeva la revisione dell'elenco delle industrie insalubri ogni tre anni in via ordinaria,

¹⁹⁶ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, b. 173, *Relazione alla commissione incaricata di approfondire le conseguenze sulla salute pubblica delle risorse naturali dello smaltimento delle acque di rifiuto in mare*, Seduta del 16 novembre 1974, p. 286.

¹⁹⁷ Ivi, p. 288.

¹⁹⁸ Regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, *Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie*, art. 216.

ma nel corso del Novecento erano state apportate “modifiche insignificanti”¹⁹⁹: poche revisioni nel 1912, e poi nel 1924, nel 1927 e nel 1967. Si era trattato dell’aggiunta di sole tre industrie insalubri nell’elenco del secolo precedente: la raffinazione di oli, la manifattura di tabacchi e, nel 1967, la raffinazione di piombo tetraetile²⁰⁰. Il lavoro più corposo si era avuto nel 1967: erano comparse 149 nuove voci su 215 nella prima classe, e 82 su un totale di 121 nella seconda.²⁰¹ Nel 1974, la Direzione generale dell’igiene pubblica del Ministero della sanità sollecitò il CSS a provvedere a un aggiornamento e ad una revisione dell’elenco vigente. Fu quindi nominata una Commissione relatrice interna (composta principalmente da igienisti e medici del lavoro da varie facoltà di medicina italiane)²⁰²; la ricostruzione delle osservazioni di tale commissione può aiutare a capire quali criteri venivano seguiti in questi anni per valutare la tossicità delle strutture industriali sul suolo nazionale, e dare un’idea dei cambiamenti che, secondo la normativa, anche il comparto industriale doveva adottare nell’ottica di una migliore tutela della salute collettiva e dell’ambiente. In questa occasione, vennero sentiti e coinvolti gli Ufficiali sanitari dei principali centri urbani²⁰³, con l’obiettivo di preparare un allegato all’elenco che chiarisse la normativa e le pratiche da svolgere per la classificazione delle industrie.

Particolare spazio prendevano le discussioni sulle materie plastiche: in questo periodo, il CSS lavorava anche sulle norme e gli imballaggi plastici del materiale farmaceutico²⁰⁴, tentando di definire quali fossero i materiali più innocui per la salute. Venivano poi inasprite le norme per i produttori di sostanze petrolchimiche, tinture e candeggi per fibre tessili e di vernici, ma anche per i salumifici e gli allevamenti animali, anche se l’elenco di materiali specifici con annesse descrizioni dettagliate della composizione chimica dei prodotti esclusi era molto più lungo²⁰⁵. Nella seduta di revisione delle aggiunte nell’elenco delle industrie insalubri dell’ottobre 1975 intervenne un ingegnere, Franco

¹⁹⁹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, b. 183, *Art. 216 T.U. delle leggi sanitarie – Revisione dell’elenco delle industrie insalubri*, Seduta del 12 dicembre 1975, p. 326.

²⁰⁰ Si trattava di un composto del piombo molto tossico, usato come additivo per la benzina come antidetonante. La sua utilità nei processi di accensione dei motori a scoppio venne scoperta alla General Motors Research nel 1921, la sua commercializzazione iniziò nel 1923, nonostante i vistosi segni di avvelenamento dei ricercatori e in seguito degli operai che avevano lavorato a stretto contatto con la sostanza. In Italia, la sua produzione avveniva in particolare nelle industrie chimiche di Trento e Fidenza; nel 1986 venne eliminato dalla benzina negli Stati Uniti, e l’anno successivo in Europa, inaugurando l’era della “benzina senza piombo”. Cfr. D. Seyferth, *The Rise and Fall of Tetraethyllead*, in *Organometallics*, vol. 22, n. 25, 2003, pp. 5154-5178; B. Bryson, *Breve storia di (quasi) tutto*, Guanda, Parma 2006, p. 102.

²⁰¹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, b. 183, *Art. 216 T.U. delle leggi sanitarie – Revisione dell’elenco delle industrie insalubri*, Seduta del 12 dicembre 1975, p. 329.

²⁰² I componenti erano Bellani, Casula, Pocchiari, Manzari, Angelillo, Maccolini, Suzzi Valli, Fagotti, Tappi, Ugolini, Zurlo e Ricci).

²⁰³ Torino, Genova, Milano, Venezia, Bologna, Modena, Firenze, Roma, Napoli, Bari, Catania, Palermo e Cagliari. Cfr. ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali b. 169, *Commissione relatrice incaricata della revisione dell’elenco delle industrie insalubri*, Seduta del 10 maggio 1974, p. 161.

²⁰⁴ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 173, *Per una disciplina sanitaria delle materie plastiche nell’imballaggio dei prodotti farmaceutici*, pp. 158-161.

²⁰⁵ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 177, *Commissione relatrice per la revisione dell’elenco delle industrie insalubri*, 14 marzo 1975, pp. 4-5.

Taiana, in rappresentanza degli interessi di Confindustria²⁰⁶. Tramite l'ingegnere Taiana, Confindustria lamentava la dispersività della normativa: la proposta era di depennare dall'elenco delle industrie insalubri quelle i cui possibili inconvenienti erano già previsti da altre leggi, come quelle connesse con l'inquinamento atmosferico; il CSS si mostrò però molto fermo nel sostenere le ragioni dell'aggiornamento dell'elenco e della libera determinazione di ciò che rappresentava inquinamento; Duilio Casula affermava che

La situazione che si crea nell'ambiente di lavoro ha delle ripercussioni nell'ambiente esterno. Esiste senza dubbio il problema generale di armonizzare le leggi. [...] Ma tutto sommato è l'industria che deve dimostrare di non inquinare l'ambiente e quindi di poter stare nell'abitato.²⁰⁷

Taiana sosteneva tuttavia che la Confindustria dovesse essere sentita prima della decisione da parte del CSS, auspicando che l'iter venisse modificato. L'intervento del delegato di Confindustria era accompagnato da una nota, rimasta agli atti, che conteneva considerazioni generali di ordine giuridico ed elementi tecnici riguardanti alcuni casi di errata classificazione delle lavorazioni industriali, secondo le aziende associate. Secondo l'interpretazione di Confindustria, la definizione di "industria insalubre" sulla base della quale il CSS emanava gli aggiornamenti non corrispondeva più a quella contenuta nei testi normativi delle leggi sanitarie e delle leggi di pubblica sicurezza (i riferimenti normativi specifici erano il già citato art. 216 del R.D. 26 luglio 1934 e l'art.64 del R.D. 18 giugno 1931, il Testo unico delle leggi di pubblica sicurezza²⁰⁸. Secondo l'opinione di Confindustria,

Dall'esame testuale di queste norme discende una nozione di "industria insalubre" più restrittiva, cioè una nozione che si riferisce ai fenomeni di inquinamento atmosferico ed ai depositi di materiali insalubri e pericolosi.

Gli inconvenienti ambientali delle "industrie insalubri" (vapori, gas ed altre esalazioni) vanno in pratica interpretati unicamente in funzione dell'inquinamento atmosferico. [...] Il solo aspetto, quindi, che motiva la classificazione di una lavorazione come insalubre ai sensi del citato art. 216 è quello attinente alla lotta contro l'inquinamento atmosferico.²⁰⁹

La discrezionalità tecnica, secondo Confindustria e la sua interpretazione della normativa dei testi unici di riferimento delle leggi sanitarie, doveva essere locale: l'associazione degli industriali arrivava a suggerire che il CSS si limitasse a normare le questioni e stilare elenchi relativi a industrie inquinanti dal punto di vista acustico o olfattivo, lasciando la discrezionalità sull'inquinamento atmosferico e

²⁰⁶ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 182, *Commissione relatrice per la revisione dell'elenco delle industrie insalubri*, 31 ottobre 1975, p. 298.

²⁰⁷ Ivi, p. 299; Duilio Casula (1916-2013), rettore dell'università di Cagliari dal 1979 al 1991, direttore dell'Istituto di medicina del lavoro della stessa città; di posizioni socialiste, assessore e vicesindaco per il PSI, fu vicino a Bettino Craxi. A lui è dedicato il policlinico cagliaritano.

²⁰⁸ Il capo VI del Titolo II di questa lunga legge era appunto dedicato a *industrie pericolose e mestieri rumorosi e incomodi*; l'art. 64 prescriveva che "le manifatture, le fabbriche e i depositi di materie insalubri o pericolose possono essere impiantati ed esercitati soltanto nei luoghi e con le condizioni determinate dai regolamenti locali; gli interessati possono ricorrere al prefetto che provvede, sentito il Consiglio provinciale sanitario e, se occorre, l'ufficio del genio civile".

²⁰⁹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 182, *Nota: considerazioni della Confederazione Generale dell'Industria italiana sull'elenco delle industrie insalubri*, p. 303.

sulle tossicità ai prefetti. I problemi residui potevano essere affrontati “ad esempio col sistema delle istruzioni e raccomandazioni agli Enti locali mediante circolari del Ministero della sanità”²¹⁰. Se ne deduce un tentativo di spostare la competenza sui temi dell’inquinamento del sistema produttivo da un ambito centrale a uno locale, nei confronti del quale Confindustria esprimeva maggiore fiducia.

Nonostante queste obiezioni, il CSS continuò il suo lavoro, arrivando a operare numerose aggiunte agli elenchi esistenti. In particolare, per quanto riguardava la prima sezione esse riguardavano gli alogenuri alchilici²¹¹, l’asbesto²¹², cadmio, cromo, attività di demolizione degli autoveicoli per il recupero dei materiali, erbicidi e fitoregolatori, inceneritori, attività di produzione di linoleum, attività di liofilizzazione di sostanze alimentari animali e vegetali, produzioni legate al manganese e ai suoi composti, osmio e suoi composti, produzione di peltro e pneumatici, produzione di silicio, tallio e vanadio²¹³. Da inserire nella seconda classe, invece, il CSS indicava i depositi di frutta e verdura, le lavanderie a secco, la produzione e la lavorazione dei saponi naturali, le torrefazioni, le stazioni di servizio per automezzi, la stampa dei tessuti e le tipografie a rotative²¹⁴.

Vi furono però, fino alla fine degli anni Settanta, numerose contestazioni alla facoltà del CSS di poter esprimersi su questo punto: il Ministero dell’industria, del commercio e dell’artigianato, che secondo il T.U. delle leggi sanitarie andava sentito prima di procedere all’emanazione degli elenchi delle industrie insalubri, contestava nuovamente al CSS la possibilità di accertare la compatibilità degli impianti industriali con gli interessi sanitari attinenti all’inquinamento atmosferico²¹⁵; inoltre chiedeva maggiore chiarezza su alcune lavorazioni, e il passaggio di altre dalla prima alla seconda classe. Tuttavia, la commissione interna al CSS reputava di confermare la maggior parte dei pareri espressi precedentemente, ad eccezione degli allevamenti animali, in merito ai quali si era ancora in

²¹⁰ Ivi, p. 304. In realtà la competenza del CSS di esprimersi sulle industrie insalubri era ribadita sia nell’art. 216 delle leggi sanitarie, sia nella legislazione che normava il lavoro del Consiglio stesso.

²¹¹ Composti organici usati come solventi, come liquidi di raffreddamento (ad esempio il freon, usato nei frigoriferi); tra queste sostanze si trovano anche i cloro fluorocarburi, poi vietati a causa della loro capacità di intaccare lo strato di ozono atmosferico in seguito al rilascio di radicali cloro. Cfr. *Alcohol – Substitution to form alkyl halides*, in Enciclopedia Britannica, da <https://www.britannica.com/science/alkyl-halide>, consultato il 10/09/2023; ISPRA (Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale, *Studio sulle alternative agli idrofluorocarburi (HFC) in Italia*, da <https://www.isprambiente.gov.it/pubblicazioni/rapporti/studio-sulle-alternative-agli-idrofluorocarburi-hfc-in-italia>, consultato il 10/09/2023.

²¹² Altro nome dell’amianto, minerale cancerogeno responsabile di una malattia polmonare che colpiva particolarmente gli addetti del settore minerario. In Italia fu vietato nel 1992.

²¹³ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 183, *Art. 216 T.U. delle leggi sanitarie – Revisione dell’elenco delle industrie insalubri*, Seduta del 12 dicembre 1975, p. 330.

²¹⁴ Ivi, p. 331.

²¹⁵ A proposito di questo problema, il parere del 17 ottobre 1972 del Consiglio di Stato aveva precisato che la disciplina speciale contenuta nella legge 13 luglio 1966 n. 615, *Provvedimenti contro l’inquinamento atmosferico*, che normava le emissioni sulla salubrità dell’aria, era preminente rispetto alla normativa di carattere generale contenuta nell’art. 216 del T.U. delle leggi sanitarie. Tuttavia, l’impressione è che il Ministero dell’industria cercasse una maggiore autonomia nei confronti degli organi della sanità pubblica in generale, e non soltanto rispetto alle questioni della salubrità dell’aria. Cfr. ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 207, *Ministero dell’Industria, Ufficio legislativo al Ministero della Sanità, Divisione generale della sanità pubblica – Nota sulla revisione dell’elenco delle industrie insalubri*, 21 giugno 1976, p. 818.

fase di discussione.²¹⁶ Il tema interessava particolarmente la Coldiretti, che si rivolse più volte in questi anni alle amministrazioni regionali, in particolare dell'Umbria e del Piemonte, per sciogliere questo problema.²¹⁷ Su questo problema, le opinioni discordanti venivano dalla Direzione generale dell'igiene pubblica e dalla Direzione generale dei servizi veterinari del Ministero della sanità. Il secondo ufficio proponeva dei criteri in base ai quali fosse possibile attribuire ad alcuni allevamenti, in base al numero dei capi, al tipo di animali, al terreno e alle tecnologie impiegate la collocazione nella prima o nella seconda classe. La soluzione del problema, che interessava particolarmente la classe degli allevatori, che sostenevano l'arretratezza della legislazione sanitaria, non andò comunque a loro favore: il CSS, infatti, decise di mantenere gli allevamenti nella prima classe, ma espresse parere che dovesse essere emanato dal Ministero della sanità una dettagliata circolare interpretativa. Un ultimo quesito relativo alla questione delle industrie insalubri, che suscitò reazioni significative da parte dei gestori di attività produttive, fu quello dell'Unione petrolifera del 1978.²¹⁸ Si richiedeva un chiarimento relativamente ai punti vendita dei carburanti; in questo caso il CSS si espresse sull'inserimento delle stazioni di servizio per automezzi, "ivi compresi i servizi stradali di sola distribuzione di carburante", nella seconda classe, quindi permettendo la loro collocazione nei centri abitati.²¹⁹

Infine, un tema relativo alla salubrità dell'ambiente lavorativo venne vagliato in questi anni dal CSS: i servizi di medicina del lavoro in azienda. In questo caso, come in quello relativo alla tutela materno-infantile e alla ristrutturazione dei servizi legati all'Onmi, si lamentava innanzitutto l'assenza della possibilità di inquadrare tali attività nell'ambito di un'organizzazione sanitaria più vasta. Fino agli anni Sessanta, le attività di tutela della salute in azienda erano svolte dagli ispettorati medici del lavoro²²⁰, che però risultavano insufficienti. Il servizio medico d'azienda venne previsto per la prima volta dagli articoli 6 e 7 del Regolamento generale per l'igiene del lavoro, approvato con R.D. 14 aprile 1927, n. 530. Posto sotto la denominazione di "medico di fabbrica", a questo professionista veniva attribuito il compito di effettuare delle visite obbligatorie, preventive e periodiche, per l'accertamento dello stato fisico dei lavoratori impiegati nelle lavorazioni industriali nelle quali si producevano o si utilizzavano sostanze tossiche o a rischio infettivo, prescrivendo l'obbligo alle aziende di indicare nell'industria, con avvisi e manifesti, il nome ed il recapito del medico cui poter ricorrere. Successivamente, l'allora Ministero dell'economia nazionale normò più precisamente gli interventi del medico, stabilendo a carico del datore di lavoro alcuni adempimenti amministrativi che

²¹⁶ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore di Sanità, Verbali, b. 207, *Nuovo elenco delle industrie insalubri approvato con D.M. 23.12.76*, Seduta del Seduta del 30 marzo 1976, p. 269.

²¹⁷ Ibidem.

²¹⁸ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 211, *Elenco industrie insalubri – Quesito dell'Unione petrolifera*, Seduta del 5 maggio 1978, p. 30.

²¹⁹ Ivi, p. 31.

²²⁰ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 117, *Schema di disegno di legge concernente il servizio di medicina del lavoro nell'azienda*, Seduta del 24 gennaio 1966, p. 37.

permettessero una vigilanza sulla struttura industriale. Nel dopoguerra, tali norme vennero riprese nelle *Norme generali di igiene del lavoro*, emanate con D.P.R. 19 marzo 1956 n. 303. In tutte queste fonti normative, tuttavia, non veniva mai previsto obbligatoriamente un vero e proprio servizio di medicina del lavoro di azienda o della presenza in azienda di un medico. La Commissione permanente di studi per la regolamentazione della prevenzione degli infortuni e l'igiene del lavoro, nominata dall'ENPI, predispose nel 1952, in base ai risultati del XVII congresso nazionale di medicina del lavoro, un primo progetto di regolamento sul servizio medico in azienda. Questa questione fu poi sottoposta al Ministero del lavoro; parallelamente, il Parlamento aveva concesso, nel 1955, la delega al Governo di emanare norme generali e speciali di prevenzione degli infortuni e di igiene del lavoro, che però non fece in tempo a legiferare sul tema prima della fine della legislatura. Fu necessario aspettare l'aprile 1964 perché il Ministero del lavoro approntasse un apposito disegno di legge sul servizio di medicina del lavoro, i cui 22 articoli stabilivano i principi generali del servizio, determinavano i requisiti richiesti ai medici, stabiliscono gli obblighi dei datori di lavoro e degli stessi medici, indicavano gli enti pubblici incaricati del controllo e le fonti finanziarie per sostenere tale gestione, prevedevano le documentazioni sanitarie che si dovevano tenere per ciascun lavoratore e, infine, determinavano le penalità per le violazioni alle norme indicate. Al CSS veniva richiesto di commentare quindi il disegno di legge proposto alla Camera dei deputati il 23 gennaio 1957, *Istituzione del servizio medico d'azienda*, presentato dai deputati democristiani Danilo De Cocci e Mario Ceravolo²²¹.

Durante le sedute di discussione in merito al CSS, innanzitutto, il presidente dell'INAIL si premurava di comunicare al CSS che il servizio di medicina d'azienda doveva rappresentare un servizio sanitario pubblico, in accordo con il parere espresso dal CNEL²²², e che il medico d'azienda era da considerare pubblico dipendente²²³. Il CSS osservava che questo genere di direttive erano utili all'imprenditore perché, una volta attuate, lo sollevavano dal pesante gravame prescritto dal codice civile, che addossa proprio a questa figura la tutela sanitaria dei lavoratori dell'azienda; da tale prescrizione potevano derivare anche responsabilità penali. Nonostante in disaccordo con lo schema di disegno di legge sottoposto al CSS, il Consiglio decise di approvare tre principi fondamentali, che se non soddisfatti facevano perdere di senso la discussione: che il servizio di medicina d'azienda rientrasse nei servizi

²²¹ Atti parlamentari, Camera dei deputati, II legislatura, Documenti – disegni di legge e relazioni, Proposta di legge annunciata il 23 gennaio 1957, *Istituzione del servizio medico di azienda*.

²²² Il parere del CNEL, oltre alla valutazione positiva di un riordino e sistematizzazione della normativa in materia, riteneva che il servizio di medicina del lavoro dovesse essere inserito in una riforma complessiva del settore; che il servizio in questione fosse una funzione pubblica e dovesse essere attuata mediante un servizio pubblico; che il servizio dovesse essere affidato, nell'ambito del nuovo sistema previdenziale, all'INAIL; richiamava infine l'attenzione del Governo sulla necessità di disporre di un adeguato numero di medici specialisti, sottolineando la necessità e l'urgenza di sviluppare le specializzazioni in medicina del lavoro. Parere del CNEL del 18 maggio 1965.

²²³ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 119, *Schema di disegno di legge concernente il servizio di medicina del lavoro nell'azienda*, Seduta del 26 maggio 1966, p. 75.

sanitari pubblici; che il medico d'azienda fosse pubblico dipendente; che il servizio di medicina d'azienda avesse finalità preminentemente preventive.²²⁴

Un punto particolarmente importante per i membri del CSS nel dibattito su questo schema di progetto di legge era rappresentato dall'indipendenza dei medici, il libero accesso di questi ultimi ai luoghi di lavoro e alle relative dipendenze, la conoscenza che questi ultimi dovevano avere riguardo i procedimenti lavorativi e le sostanze impiegate e prodotte.²²⁵ Inoltre, in caso di necessità, doveva essere reso possibile per i medici d'azienda eseguire (o far eseguire da organismi tecnici qualificati), a spese del datore di lavoro, le necessarie indagini sui rischi igienico-sanitari che interessavano le attività esercitate dall'azienda; in caso di opposizione da parte del datore di lavoro, doveva essere prevista l'opportunità dell'intervento dell'Ispettorato del lavoro. Inoltre, il CSS insistette particolarmente affinché nella normativa fosse esclusa la possibilità che il medico aziendale effettuasse controlli fiscali (sulle assenze dei lavoratori per motivi medici), poiché doveva essere assicurata una terzietà del professionista sanitario rispetto agli interessi del datore di lavoro.²²⁶

Con queste modifiche e questo genere di contributi e osservazioni, il CSS approvava il disegno di legge proposto dal Ministero del Lavoro e rivisto dal Ministero della sanità, anche in conseguenza dell'aderenza con gli impegni internazionali che l'Italia aveva assunto con la Comunità Economica europea il 20 luglio 1962²²⁷, evidenziando la funzione preminente di medicina preventiva e di sanità pubblica svolta dal medico d'azienda e la sua indipendenza gerarchica ed economica dal datore di lavoro²²⁸. La direzione studi legislativi del Ministero della sanità evidenziava però alcune limitazioni del disegno di legge così strutturato: l'applicabilità della normativa solo alle aziende che esercitavano "lavorazioni industriali che espongono all'azione di sostanze tossiche, infettanti o nocive", e le aziende industriali che occupavano più di 100 dipendenti. Rimanevano così scoperte le

Piccole e medie industrie e vari settori del mondo del lavoro quali quello dell'agricoltura, dell'artigianato e del commercio, settori che per carenza organizzativa e di vigilanza sanitaria, anche a seguito del progresso tecnologico di questi ultimi anni, possono essere fonte di manifestazioni morbose in rapporto causale con il lavoro certo non inferiori a quelle che possono verificarsi in industrie con più di 100 lavoratori impiegati.²²⁹

Inoltre, il controllo del servizio medico d'azienda veniva attribuito all'ENPI (Ente Nazionale per la Prevenzione degli Infortuni), che sarebbe andato incontro a scioglimento nel 1978: il CSS suggeriva

²²⁴ Ivi, p. 82.

²²⁵ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 121, *Il servizio di medicina del lavoro in azienda*, 20 ottobre 1966, p. 23.

²²⁶ Ivi, p. 29.

²²⁷ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 121, *Relazione del Ministero del Lavoro e della previdenza sociale sullo schema di disegno di legge del servizio di medicina del lavoro nell'azienda*, p. 122.

²²⁸ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore di Sanità, Verbali, b. 121, *Nota del Ministero della sanità sullo schema di disegno di legge sul servizio di medicina del lavoro nelle aziende*, 24 settembre 1966, p. 91.

²²⁹ Ivi, p. 92.

la necessità di un controllo da parte del Ministero della sanità, oltre che degli istituti pubblici autorizzati. Infine, si suggeriva un rapporto annuale con cui l'ENPI rendeva noti il funzionamento e i problemi relativi all'espletamento del servizio.²³⁰

Ma quali erano le fonti di finanziamento previste per questo servizio? L'onere ricadeva, secondo il Codice civile, sul datore di lavoro; tuttavia, il disegno di legge assegnava la risoluzione del problema a una soluzione contrattuale tra lo stesso datore di lavoro e l'ENPI (o ente pubblico equivalente), che doveva organizzare il servizio ma aveva diritto a una remunerazione adeguata da parte del primo.²³¹ Per garantire ai datori di lavoro e ai lavoratori la bontà ed economicità del servizio, veniva predisposto uno schema di convenzione-tipo, sottoposto all'approvazione del Ministero del lavoro e a quello della sanità. Per ricoprire questa posizione professionale, inoltre, veniva previsto che i professionisti possedessero un titolo specialistico in medicina del lavoro. Il CSS fu chiamato infatti, qualche anno dopo, ad esprimere il proprio giudizio sull'inclusione di un corso denominato "Medicina del lavoro" tra gli insegnamenti obbligatori del corso di laurea di medicina e chirurgia²³². Nella discussione in merito, infatti, vennero considerati, oltre all'ormai raggiunta autonomia e maturità scientifica della disciplina, anche i "motivi di ordine pratico e di ordine sociale connessi con l'argomento"²³³, ovvero la necessità della formazione di una classe di professionisti e dell'ampliamento delle conoscenze in merito da parte di tutti i laureati. Tuttavia, nonostante questo, il CSS riteneva di non poter dare parere positivo alla proposta per diversi motivi: il dibattito in corso durante quegli stessi anni riguardo il nuovo ordinamento della facoltà di medicina e chirurgia²³⁴; la necessità di operare queste decisioni

²³⁰ Ibidem.

²³¹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 121, *Ministero del Lavoro e della previdenza sociale – Relazione sullo schema di disegno di legge sul servizio di medicina del lavoro nelle aziende*, p. 173.

²³² ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 137, *Proposta di legge n. 188/Camera sull'inclusione della Medicina del Lavoro tra gli insegnamenti fondamentali del corso di Laurea in Medicina e chirurgia*, Seduta del 5 marzo 1969, p. 26.

²³³ Ivi, p. 27.

²³⁴ La necessità di una riforma del corso di studi in medicina e chirurgia era avvertita da tempo. La formazione del professionista sanitario per eccellenza era infatti in Italia legata più che negli altri Paesi europei a un percorso di studi strettamente accademico. La tradizione universitaria post-medievale per le facoltà mediche era stata corporativa, inserita in un sistema in cui il rango e la territorialità avevano contato maggiormente rispetto alla formazione scientifica; questa situazione iniziò a regredire soltanto con la legislazione professionale sabauda. Nel 1859, la legge Casati offrì una prima sistematizzazione nazionale dei criteri di formazione della professione medica; poi fu il turno della legge Crispi del 1888, con l'introduzione nella pubblica amministrazione delle figure del medico condotto e dell'ufficiale sanitario, e della nascita dell'Ordine del 1910. Con la legge Codignola del 1969 (n. 910 dell'11 dicembre 1969) l'accesso alla facoltà di medicina e chirurgia venne liberalizzato, permettendo l'iscrizione ai diplomati di tutti gli indirizzi superiori (fino al 1923 l'accesso era permesso solo ai diplomati con licenza classica, dopo questa data anche ai diplomi scientifici). Si era nel clima dell'istruzione universitaria che diventava di massa, perdeva le sue caratteristiche di censo per aprirsi anche ai figli di operai e contadini, sull'onda delle proteste sociali del '68. Sulla facoltà di medicina questo tipo di apertura ebbe la conseguenza di formare quella che nella stampa degli anni Ottanta venne poi definita la "pletora medica", un numero eccessivo rispetto alle necessità del sistema pubblico, che ebbe come conseguenze una larga stabilizzazione dei lavoratori precari nel 1985 per sanare la situazione ospedaliera e delle USL, e l'introduzione, prima da parte di alcuni atenei e poi con decreto nazionale, del numero chiuso nelle facoltà mediche. Cfr. M. Malatesta, *Professionisti e gentiluomini. Storia delle professioni nell'Europa contemporanea*, Einaudi, Torino 2006; G. Vicarelli, *Alle radici della politica sanitaria in Italia: società e salute da Crispi al fascismo*, Il Mulino, Bologna 1997; G. Vicarelli, *Gli eredi di Esculapio. Medici e politiche sanitarie nell'Italia unita*, Carocci, Roma 2010; R. Cea, *Il governo della salute nell'Italia liberale: Stato, igiene e politiche sanitarie*, FrancoAngeli, Milano 2019.

insieme al Ministero della pubblica istruzione; la necessità di un generale aggiornamento degli insegnamenti impartiti nella facoltà, e non solo quelli relativi alla medicina del lavoro.

Questo genere di questioni venne poi affrontato in modo sistematico nei dibattiti relativi alla riforma del settore sanitario e alla creazione del SSN.

4.5 La riforma sanitaria del 1978 nei verbali del CSS

L'iter che portò alla riorganizzazione della sanità italiana con la legge n. 833 del 23 dicembre 1978 fu estremamente lungo, politicamente dibattuto e rappresentò un terreno di scontro tra diverse spinte di interessi e fazioni della vita repubblicana²³⁵. Per la ricostruzione delle dinamiche politiche e istituzionali che portarono a questa svolta nella vita sanitaria del Paese si rimanda al capitolo VII; qui si vuole riportare il contributo del CSS a questo importante passaggio che trasformò il volto dell'organizzazione assistenziale italiana.

Nonostante ciò, è necessaria una breve ricostruzione della prima parte dell'iter riformistico, per cercare di comprendere la natura del testo che venne analizzato nelle sedute del CSS durante il 1976. Nel 1974 venne presentato per la prima volta in Parlamento un disegno di legge governativo di riforma sanitaria che, anche subendo un arresto per lo scioglimento anticipato della VI legislatura nel 1976²³⁶, rappresentò il nucleo di quella che poi divenne la legge-quadro del 1978. Se l'esperienza del centro-sinistra e della programmazione riuscirono a inserire il punto della riorganizzazione sanitaria nel dibattito parlamentare, un cambio di passo nella direzione dell'attuazione fu rappresentato dai risultati elettorali delle elezioni amministrative del 1975 e quelli delle elezioni politiche del 1976²³⁷. Il netto avanzamento del Pci, al quale spetta sicuramente il riconoscimento di un ruolo importante

²³⁵ Cfr. per un approccio generale V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della sanità. Dalle casse mutue al Servizio Sanitario Nazionale*, Ragnò edizioni, Roma 1975; S. Delogu, *La salute dietro l'angolo. Dalla riforma una svolta nella organizzazione sanitaria del Paese*, Casa editrice Roberto Napoleone, Roma 1978.

²³⁶ A causa di una crisi di governo avviata dal segretario del PSI Francesco De Martino, che premeva per una collaborazione al governo del PSI e del PCI "senza pregiudizi", cercando di sopperire alla fine del centro-sinistra con una nuova formula che tenesse insieme le forze di sinistra. Archivio storico La Stampa, *Il governo Moro-La Malfa si è dimesso. È una difficile prova per l'Italia in crisi*, 8 gennaio 1976, da http://www.archiviolaStampa.it/component/option.com_lastampa/task.search/mod.libera/action.viewer/Itemid.3/page.1/articleid.1100_01_1976_0006_0001_15872219/aneWS,true/, consultato il 15/09/2023.

²³⁷ Le elezioni regionali rappresentarono probabilmente il punto di arresto peggiore della Dc, che si assestò sul 35,5%. Divenne invece evidente in questa situazione il radicamento sociale ed elettorale del Pci, che, guidato da Enrico Berlinguer, ottenne dei risultati coerenti con la gestione efficace di numerose realtà locali, assestandosi sul 33,4%. Questi risultati furono essenzialmente confermati dai voti delle elezioni nazionali del 20 giugno 1976: il 34,4% del Pci aumentava ancora il risultato precedente, anche sulla scia dei ruoli nei governi locali, Regioni comprese; la Dc riacquistò voti a causa della paura dell'elettorato conservatore per la crescita comunista, riconfermandosi primo partito con il 38,7%. Ne fecero le spese i partiti intermedi, configurando una situazione di bipolarismo in cui la strategia di "responsabilizzazione istituzionale" perseguita da Moro permise l'elezione di deputati comunisti alle più alte cariche dello Stato (presidenza della Camera, di alcune commissioni parlamentari) e all'astensione sulla fiducia al governo democristiano, dando avvio a quello che giornalmisticamente è stato definito il "governo della non sfiducia" (Andreotti III).

nello stimolo al dibattito politico-culturale sulla riforma, e il ruolo di punto di riferimento delle lotte sociali dal basso a favore della riorganizzazione sanitaria, rappresentò un punto di pressione forte in favore del percorso riformistico.²³⁸ Sul piano politico interno, il 1974 fu caratterizzato dal tema del divorzio e dalla sconfitta del referendum abrogativo, che diede forti segnali di indebolimento della DC, rafforzando ulteriormente la posizione delle sinistre; emergeva anche il sottovalutato processo di secolarizzazione e di lotta per i diritti sociali (oltre al divorzio, lo Statuto dei diritti dei lavoratori, la tutela delle lavoratrici madri, la liberalizzazione degli anticoncezionali, la riforma del diritto di famiglia, la riforma penitenziaria, l'aborto), che caratterizzava ormai profondamente il Paese e che attraversò tutto il decennio dei Settanta²³⁹.

Alla Camera, il dibattito sulla riforma avvenuto nel 1974 si svolse assai lentamente, sulla base di un lavoro già compiuto dalla Commissione igiene e sanità che era giunta a predisporre un testo unificato tenendo conto dei contributi del Governo e delle diverse parti politiche. Tuttavia, dato che l'esame di questo testo non fu terminato a causa della fine anticipata della legislatura, in sede di Commissione vennero esaminati solo i primi 26 articoli.²⁴⁰ Emerse subito il problema assai complesso della portata politica ed istituzionale del provvedimento da assumere, con il quale si dovevano tenere insieme almeno tre problemi: il ripiano del deficit mutualistico; il trasferimento di competenze alle Regioni; l'avvio vero e proprio della riforma. Fu su questa prima bozza della riforma che il CSS si trovò a lavorare nel 1974, la cui analisi veniva presa con enorme serietà dai componenti del Consiglio, che si resero conto che ci si trovava a una svolta veramente significativa.

La prima critica del CSS nei confronti del disegno di legge che veniva sottoposto nell'aprile 1974 dal Ministero della sanità²⁴¹ era quella relativa alle dimensioni delle Unità Sanitarie Locali (d'ora in poi USL). L'USL veniva individuata dal disegno di legge come l'organo del comune (o di più comuni associati) che "coordina tutti i servizi sanitari esistenti nel proprio territorio e li gestisce al fine di assicurare un'assistenza sanitaria globale"²⁴². Le dimensioni dell'unità sanitaria locale erano

²³⁸ Cfr. A. Di Michele, *Storia dell'Italia repubblicana: 1948-2008*, Garzanti, Milano 2008; S. Delogu, *La salute dietro l'angolo. Dalla riforma una svolta nell'organizzazione sanitaria del paese*, op. cit., pp. 40-48; C. Giorgi, I. Pavan, *Le lotte per la salute in Italia e le premesse della riforma sanitaria. Partiti, sindacati, movimenti, percorsi biografici (1958-1978)*, in *Studi Storici*, 2-2019, pp. 417-156; R. Gualtieri (a cura di), *Il Pci nell'Italia repubblicana (1943-1991)*, Carocci, Roma 2001, pp. 351-358.

²³⁹ G. Formigoni, *Aldo Moro. Lo statista e il suo dramma*, op. cit., pp. 285-286.

²⁴⁰ S. Delogu, *La salute dietro l'angolo. Dalla riforma una svolta nell'organizzazione sanitaria del Paese*, op. cit., p. 41.

²⁴¹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 168, *Seduta del 9 aprile 1974*, p. 92. Cfr. A. Di Michele, *Storia dell'Italia repubblicana: 1948-2008*, Garzanti, Milano 2008; S. Delogu, *La salute dietro l'angolo. Dalla riforma una svolta nell'organizzazione sanitaria del paese*, op. cit., pp. 40-42.

²⁴² Ivi, p. 94. L'individuazione delle USL come nucleo base del nuovo Servizio sanitario nazionale era presente già nelle prime proposte di riforma presentate alla Camera: quella dell'ex Alto commissario Beniamino De Maria nel 1973 (*Atti parlamentari, Camera dei deputati, VI legislatura, Documenti – Disegni di legge e relazioni, Proposta di legge d'iniziativa del deputato De Maria presentata il 20 dicembre 1973: Riforma sanitaria*) e quella d'iniziativa del ministro della sanità Vittorino Colombo nel 1974 (*Atti parlamentari, Camera dei deputati, VI legislatura – Documenti – Disegni di legge e relazioni, Disegno di legge presentato dal ministro della sanità Vittorino Colombo, Istituzione del Servizio sanitario nazionale, seduta del 12 agosto 1974*). Si tratta di alcuni tra i prodromi della legge di riforma sanitaria, che portarono all'esame di una ventina di articoli da parte della Commissione igiene e sanità prima dello scioglimento anticipato delle

individuate come corrispondenti a un'area con popolazione di norma compresa tra i 50mila e i 200mila abitanti, fissata in relazione alle caratteristiche geomorfologiche e socioeconomiche dell'area stessa. A livello inferiore vi era il distretto sanitario di base, che poteva contenere circa 10mila abitanti e si configurava come l'unità più piccola del SSN. La critica era relativa alla qualità dei servizi che si sarebbero potuti organizzare:

Ne viene fuori una condizione che è molto simile a quella che esiste oggi, cioè una concentrazione molto forte di servizi al vertice e una molto ristretta di servizi alla base. [...] Non si possono collocare tutti i servizi d'igiene ambientale, tutti i servizi di medicina specialistica, di assistenza medica specialistica. [...]

L'esperienza fatta, a Bologna, anche a Milano, come Seppilli sa, è questa; [...] la suddivisione dell'area in quartieri ha portato a questa cifra, che non era premeditata, di trenta o quarantamila abitanti, e lì si è visto che in questa dimensione si inseriscono bene i servizi di assistenza sociale, aggregati ai servizi di assistenza sanitaria: tutta la questione della vigilanza sugli asili, sulle scuole, sulla medicina scolastica. E si inserisce l'igiene ambientale, perché non si può fare l'igiene ambientale sopra un'area di sette, otto o diecimila abitanti. [...]

È assurdo pensare che nella periferia si possa arrivare a livello di unità sanitaria locale di centotrenta, centoquaranta o centocinquantamila abitanti. Allora si che si farebbe un'Italia motorizzata, perché tutti gli assistiti andranno a questo centro che raggruppa centoquarantamila abitanti delle zone sparse d'Italia che tutti bene conoscono. [...]

Qual è l'obiettivo che si vuol raggiungere? Portare alla periferia, presso la popolazione, il maggior numero di servizi decentrabili, spostare nella minor quantità possibile i cittadini alla periferia verso il centro. Se no si faranno i soliti carrozzoni mutualistici.²⁴³

Seppilli riportava però che tutte le insistenze che erano state fatte, sia a livello di CSS sia nella pratica medica dei membri che avevano avuto a che fare con le amministrazioni centrali, avevano portato al compromesso di diecimila pazienti come unità minima, poiché una misura distrettuale di cinque-seimila abitanti, secondo l'opinione ministeriale, era troppo poco nelle grandi città. Una grande difficoltà nell'adottare un'organizzazione centralizzata era poi la variabilità della conformazione urbanistica italiana, molto differenziata sia tra Sud e Nord sia tra grandi città e piccoli centri, che rendeva difficile individuare una misura intermedia adeguata a tutte le situazioni. Le prime proposte di riforma individuavano l'USL come un distretto di dimensione intermedia tra 25.000 e 100.000 abitanti²⁴⁴; questo punto era importante anche per i costi della riforma, poiché più le USL e i distretti sanitari erano piccoli e poco popolosi, maggiori erano i costi di gestione. Per questo, in CSS venivano vagliate delle alternative ai distretti troppo piccoli. Si considerava preferibile dare delle indicazioni di massima (ad esempio dare una cifra indicativa, che andasse dai 10.000 ai 40.000 abitanti, lasciando

Camere nel luglio 1976. L'impegno a proseguire i lavori fu raccolto dal governo Andreotti III, che incluse come punto programmatico per ottenere la fiducia in Parlamento la "riforma sanitaria".

²⁴³ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 168, *Seduta del 9 aprile 1974*, pp. 97-99.

²⁴⁴Atti parlamentari, Camera dei deputati, VI legislatura, Documenti – Disegni di legge e relazioni, *Proposta di legge d'iniziativa del deputato De Maria presentata il 20 dicembre 1973: Riforma sanitaria*, p. 6.

all'USL la possibilità di vagliare la decisione ultima in base alle esigenze locali)²⁴⁵. C'era anche da considerare che l'Italia aveva una lunga tradizione di enti locali, enti pubblici e risorse pregresse che potevano essere messe a servizio delle nuove strutture:

[...] si deve tener conto che nella riforma si dovrà fare affidamento su un sistema ambulatoriale che già esiste nel nostro Paese: una volta tanto non siamo proprio in coda quando si pensa che il nuovo Servizio sanitario inglese tende a dare maggiormente incremento ai poliambulatori, che in 25 ne hanno creati 274, e che si ripropongono di arrivare a 2000, a 3000, mentre noi ne abbiamo 2.200 soltanto dall'INAM ed è su queste istituzioni, che già esistono, che noi dobbiamo far leva. Ecco perché il relatore ritiene che un limite tra i 10 e i 40mila abitanti, per quanto riguarda il distretto, potrebbe essere una soluzione equitativa. [...] A maggior ragione perché l'esperienza mutualista di Roma insegna che a livello di 100mila il sistema scoppia.²⁴⁶

Veniva osservato che era necessario dare indicazioni precise alle Regioni che, nonostante la forte spinta a farsi attribuire dagli organi centrali la competenza sanitaria a partire dai primissimi anni Settanta²⁴⁷, il CSS osservava che i loro rappresentanti non avevano un'esperienza di compiti sanitari fino a questo momento. E veniva notata anche una certa tendenziosità nell'attribuzione delle competenze delle USL: il CSS notava disparità di trattamento nella prima bozza di legge per quanto riguardava le unità sanitarie che appartenevano a un comune, rispetto a quelle che appartenevano a più comuni associati, le quali davano vita a un consorzio che, con una personalità politica e giuridica propria, aveva un'indipendenza maggiore rispetto alle Usl comunali, che invece venivano gestite direttamente dai Comuni. Per le Usl che coincidevano con i territori comunali, quindi, dal progetto di legge veniva sancito che erano i Consigli comunali ad esercitare poteri di gestione. Seppilli era particolarmente critico riguardo questa decisione, ipotizzando pressioni politiche:

Personalmente aveva proposto varie soluzioni, più soddisfacenti, sia per una diretta partecipazione alla popolazione, sia per una certa autonomia, anche come istituto giuridico, della Usl. Queste due alternative sono state bocciate unanimemente *là dove si puote ciò che si vuole*, e bisogna dire che sono stati tutti d'accordo: i centri di potere sindacali, politici, amministrativi. Per questo crede che questa discussione non si possa riaprire.²⁴⁸

Giovanardi era d'accordo sul fatto che su questo punto vi erano sicuramente stati numerosi condizionamenti e prese di posizione politiche. Non giudicava positivamente nemmeno alcuni punti riguardanti l'inquadramento del personale delle USL, che intendeva ugualmente come tentativi di influenzare politicamente le direzioni delle unità sanitarie. In particolare, nella proposta di legge vi era una distinzione significativa di carriera tra direttore amministrativo, di provenienza comunale o

²⁴⁵ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 168, *Seduta del 9 aprile 1974*, p. 110.

²⁴⁶ Ivi, pp. 113-114.

²⁴⁷ S. Delogu, *La salute dietro l'angolo. Dalla riforma una svolta nell'organizzazione sanitaria del paese*, op. cit., p. 45.

²⁴⁸ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 168, *Seduta del 9 aprile 1974*, p. 118.

genericamente locale, e direttore medico, professionista sanitario. Ironicamente, si ricalcava in questo modo quello che dalla fine del secolo precedente era stato più volte indicato indicato come uno dei maggiori difetti dell'organizzazione sanitaria italiana: la preminenza dell'elemento politico-amministrativo su quello tecnico-sanitario²⁴⁹. Il CSS accoglieva con indignazione l'annuncio che per il direttore amministrativo si prospettava un inquadramento lavorativo a tempo indeterminato, mentre per quello sanitario un contratto a termine di tre o cinque anni, "salvo essere più o meno rinnovabile":

Non è concepibile che il direttore amministrativo con formazione manageriale debba essere a tempo indeterminato e il direttore debba essere a tempo definito, tipo americano. Se è possibile nell'attuale circostanza introdurre questo concetto di un'assunzione di persone così qualificate con contratto a termine, bisognerebbe avere il coraggio di adottare lo stesso metro per quanto riguarda il direttore amministrativo con o senza funzione manageriale. [...] L'assunzione a tempo determinato [...] significa politicizzare a tutti i livelli quelle che sono le funzioni direttive degli amministrativi, se i direttori sanitari rispondono al dettato della politica dominante in quel momento vanno accettati o confermati, se non rispondono possono essere revocati.²⁵⁰

Nel dibattito si parlava poi "di priorità, di corse, di primogeniture" per la carica di direttore dell'Usl, che inevitabilmente sarebbe stata soggetta a condizionamenti politici. Il CSS proponeva una soluzione: ovvero che questa funzione direzionale fosse spostata dal livello comunale a livello di dipartimento territoriale, di cui facevano parte anche le direzioni ospedaliere ed altri enti pubblici; inoltre, di far ruotare la carica dopo un determinato numero di anni. Il problema non sarebbe stato risolto facilmente, rappresentando quello del personale uno dei temi più dibattuti e di difficile risoluzione nella stesura della legge, tanto che lo stato giuridico del personale delle USL sarebbe stato oggetto, anche nella legge 833/78, di una delega al Governo con termine 30 giugno 1979.²⁵¹

Il CSS si preoccupava particolarmente, poi, di chiarire meglio la ripartizione dei compiti tra centro e periferie, in particolare degli organi ex periferici del Ministero della sanità come i consorzi provinciali antitubercolari, di cui si auspicava che continuassero a funzionare. Anche la divisione dei ruoli tra laboratori provinciali e ambulatori lasciati in eredità dagli enti mutualistici diede molto di cui discutere; alla fine si arrivò alla conclusione che al laboratorio provinciale dovevano affluire tutti i

²⁴⁹ La normativa sulla gestione della sanità locale dalla fine del XIX secolo era stata normata dalla già citata legge Crispi del 1888, che fu limitatamente a questo elemento assorbita da T.U. delle leggi sanitarie del 1934. Le decisioni ultime in ambito igienico-sanitario erano in entrambi i casi attribuite al prefetto. La legge fascista vedeva infatti come organo centrale dell'assistenza sanitaria pubblica il Ministero dell'Interno (la salute come problema, quindi, di ordine pubblico), presso il quale veniva costituita una Direzione sanitaria che, tramite i prefetti e sotto la consulenza del CSS, prendeva le iniziative più idonee alla tutela della salute pubblica. Cfr. S. Luzzi, *Sanità e salute nell'Italia repubblicana*, op. cit., p. 103-105; Tale impostazione aveva le sue radici, come è stato acutamente osservato da Roberto Cea, "più che un'ostilità preconcepita nei confronti della classe sanitaria, le classi dirigenti della destra liberale incontrarono difficoltà a concepire la presenza di un corpo di funzionari medici nell'amministrazione del nuovo Stato liberale senza incorrere nella creazione di giurisdizioni separate o poteri autonomi da quello centrale. Non si trattò tanto di una contrapposizione tra elemento tecnico ed elemento amministrativo, o tra una politica liberale e una sociale, quanto piuttosto dell'ancora incerto e precario processo di *state building* dell'Italia unita", cfr. R. Cea, *Il governo della salute nell'Italia liberale. Stato, igiene e politiche sanitarie*, op. cit., p. 80.

²⁵⁰ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 168, *Seduta del 9 aprile 1974*, p. 125.

²⁵¹ L. 833/78, art. 47, comma 3.

compiti di responsabilità primaria del SSN nel campo della profilassi e dei controlli, mentre ai secondi si lasciava lo spazio operativo per la diagnostica e la medicina curativa.

Un altro punto che suscitava molte critiche era quello relativo agli ospedali. Si prospettava la soppressione degli enti ospedalieri, con i relativi patrimoni e dotazioni strumentali che passavano alle Regioni. Il personale ospedaliero veniva trasferito al ruolo regionale. Si notava in particolare una convergenza di idee, nei settori politici e tecnici, sulla scomparsa della figura giuridica dell'ospedale zonale e dell'ospedale provinciale, ma assoluta divergenza sull'ospedale regionale. Gli orientamenti più recenti sembravano mirare al mantenimento di quest'ultimo, gestito direttamente dalla Regione o gestito attraverso un'azienda delegata, che avrebbe gestito tutti gli ospedali della Regione stessa.

Vitantonio Perrino, senatore democristiano, farmacista e vicepresidente della FIARO²⁵², nonché membro in questo periodo della Commissione igiene e sanità del Senato, oltre che membro di lungo corso del CSS, comunicò ai suoi colleghi in queste sedute di voler presentare alla fine dei lavori in Commissione una mozione in merito al problema della classificazione ospedaliera. Innanzitutto contrario alla soppressione degli enti ospedalieri a pochi anni dalla loro istituzione, avvenuta nel 1968 con la legge Mariotti:

si chiede se sia possibile a distanza di pochi anni, quando questa riforma non ha ancora trovato la sua integrale applicazione, pensare a giustizziarla in maniera così spiccia, con la soppressione degli enti ospedalieri, per creare (chiede scusa per la crudezza del linguaggio) strumenti di potere nelle mani delle Regioni.²⁵³

Era poi fortemente contrario anche alla soppressione della classificazione ospedaliera, che aveva secondo lui portato ordine nel contesto amministrativo sanitario. L'ospedale regionale, infatti, per essere tale doveva rispettare alcuni requisiti: un numero preordinato di servizi e reparti, alta specializzazione di almeno alcuni tra questi ultimi; non aveva senso porlo allo stesso piano degli ospedali regionali e zionali, perché in questo modo si impediva qualsiasi programmazione nel settore. Anche Paride Stefanini, professore di clinica chirurgica presso l'università La Sapienza di Roma²⁵⁴, ricordava che nelle sedute precedenti si era arrivati alla conclusione che gli ospedali zionali avrebbero dovuto essere messi a disposizione delle Usl, e sembrò logico che rimanessero configurati nel solito modo anche gli ospedali provinciali e zionali.

Per quanto riguarda l'amministrazione, il concetto di trasferire tutta l'amministrazione

²⁵² Federazione Italiana Associazioni Regionali Ospedalieri, molto spesso attiva negli anni Sessanta e Settanta nel cercare di dirimere le controversie tra INAM, ospedali e personale sanitario per le questioni legate ai rimborsi delle rette ospedaliere.

²⁵³ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 168, *Seduta del 9 aprile 1974*, p. 141.

²⁵⁴ Roma, 1904-1981. Chirurgo molto noto per essere stato il primo a effettuare un trapianto d'organi in Italia: il 30 aprile del 1966 trapiantò un rene in una ragazza di diciassette anni. Poco dopo, effettuò un trapianto di rene da scimpanzé ad essere umano, effettuando questo tipo di operazione per la seconda volta al mondo. Cfr. La Sapienza Università di Roma, Dipartimento di chirurgia generale e specialistica "P. Stefanini", Paride Stefanini, da https://web.archive.org/web/20210803192920/https://web.uniroma1.it/dcgs_p.stefanini/paride-stefanini, consultato il 15/09/2023.

alle Regioni, sciogliendo i rispettivi consigli di amministrazione, parve un'assurdità, un'assurdità per varie ragioni: si disse che sarebbe un'amministrazione tremendamente centralizzata e quindi difficile, perché per avere un bisturi da parte di un ospedale ci sarebbe voluta l'autorizzazione della Regione o qualcosa di simile; probabilmente non ci sarebbe stata da parte degli ospedali quell'attività, quell'incentivo che una persona o un saggio consiglio d'amministrazione sa dare al proprio ospedale in modo da far progredire questo strumento che è fondamentale nell'assistenza sanitaria. Infine, si disse che questa centralizzazione dell'amministrazione contrastava proprio con il concetto di decentralizzazione, da cui erano nate le Regioni. Insomma, mentre lo Stato cedeva grandissima parte del suo potere alle Regioni, le Regioni facevano scomparire gli enti locali e ne assorbivano i poteri. È un contrasto tale che veramente è inaccettabile.²⁵⁵

Il ragionamento portava dritto verso l'osservazione che le amministrazioni ospedaliere rappresentavano un significativo strumento di potere: veniva notato da altri membri del CSS che soltanto gli ospedali di Roma possedevano in questi anni da 15mila a 18mila dipendenti.²⁵⁶

Si ponevano tra l'altro molti dubbi e questioni per il personale ospedaliero, medico e paramedico con l'entrata in vigore della riforma: i dipendenti sanitari avevano infatti diritti acquisiti, carriere previste dalla legge, di cui era necessario tenere conto nel passaggio ai ruoli regionali.

Nel disegno di legge si prevedeva anche la possibilità per il SSN di consorziarsi con case di cura private qualora il servizio ospedaliero pubblico non risultasse adeguato al fabbisogno previsto dal piano sanitario nazionale; veniva previsto che le case di cura convenzionate assicurassero standard di prestazioni almeno pari a quelle degli ospedali pubblici. Alla base della discussione del CSS vi era la constatazione che la rete ospedaliera italiana, in relazione alla disponibilità di posti letto, non era sufficiente a coprire il fabbisogno nazionale²⁵⁷ e aveva bisogno, specialmente nelle regioni meridionali, dei circa 200.000 posti-letti che le case di cura private potevano mettere a disposizione.²⁵⁸ Nonostante ciò, si poneva un problema concettuale importante: il destino dell'assistenza privata in un sistema universalistico, che doveva invece garantire la sanità pubblica. Su questo il CSS sospese il giudizio, constatando che era una questione probabilmente di competenza più di giuristi, di costituzionalisti che di tecnici; l'impressione generale però è che anche in Parlamento questo problema sia sempre stato trattato come una dolorosa necessità dovuta all'insufficienza della rete ospedaliera pubblica, senza tuttavia grossi sforzi sostanziali di implementazione della situazione meridionale, se si escludono alcuni sparuti interventi della Cassa

²⁵⁵ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 168, *Seduta del 9 aprile 1974*, p. 173.

²⁵⁶ Ivi, p. 175.

²⁵⁷ Si trattava di un difetto di lunga data dell'organizzazione sanitaria del Paese. Nei primi anni del secondo dopoguerra, gli ospedali erano distribuiti molto irregolarmente tra città e campagne e tra Nord e Sud; inoltre, in alcuni casi quelli che venivano denominati "ospedali" erano in realtà poco più che infermerie, erano spesso sottofinanziati e la ricerca scientifico-sanitaria era assente ovunque se non in pochissimi centri di grandi città universitarie. Cfr. S. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia. Il Servizio sanitario nazionale in una prospettiva storica*, op. cit., p. 139; per un quadro nel periodo appena precedente, D. Preti, *La questione ospedaliera nell'Italia fascista (1922-1940): un aspetto della "modernizzazione corporativa"*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia, Malattia e medicina (vol. 7)*, Einaudi, Torino 1984, pp. 335-387.

²⁵⁸ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 168, *Seduta del 9 aprile 1974*, p. 173

per il mezzogiorno. L'ente aveva privilegiato piuttosto, nei decenni Cinquanta e Sessanta, i problemi dell'acqua, sia potabile che per l'irrigazione, la costruzione di strade, l'estensione della rete elettrica e l'impulso all'industrializzazione²⁵⁹. Rimane il dubbio che questo buco nell'assistenza pubblica sia stato colmato lentamente e senza convinzione anche a causa dei vantaggi che poteva procurare alla classe medica e imprenditoriale, non solo del Mezzogiorno, garantendo così dei profitti extra a una classe di professionisti che in più circostanze della storia repubblicana si era lamentata del livello eccessivamente basso delle retribuzioni pubbliche.

Il problema delle case di cura verrà poi affrontato compiutamente dal CSS nel 1975, quando l'organo sarà chiamato a esprimersi sullo schema di regolamento che doveva precisare le norme sui requisiti delle case di cura private del titolo VII della legge 132/68. In questa circostanza, veniva in qualche modo confermata una dimensione compensativa delle case di cura private rispetto al sistema sanitario:

Per quanto riguarda la situazione sostanziale, la Commissione si è trovata a fare considerazioni di ordine particolare e di ordine generale; di ordine particolare sono quelle che riguardano una visione moderna dell'ospedalità privata che ha possibilità in Italia di coesistere nella misura in cui diventa, in effetti ed in sostanza, competitiva con l'ospedalità pubblica; pertanto, si è ritenuto che la nuova casa di cura debba essere uguale ad un piccolo ospedale pubblico e non a un reparto di 20/30 letti non specialistici, perché una tale dimensione non garantisce nulla, neanche la cura delle malattie del settore.²⁶⁰

Si cominciava inoltre a ragionare in termini più moderni riguardo al concetto di patologia non grave, che secondo una concezione più snella ed economica della gestione sanitaria avrebbe dovuto essere curata in ambulatorio di medicina generale o nel poliambulatorio specialistico, più in grado di operare a livello di diagnostica precoce e prevenzione. Ma danno da riflettere in queste riunioni alcune affermazioni in difesa delle case di cura private, strenuamente appassionate. L'affidamento di una parte dell'assistenza sanitaria al settore privato veniva dichiarato da alcuni membri del CSS imprescindibile per l'attuazione della riforma sanitaria:

il relatore ritiene che se in questo momento il CSS chiedesse al potere pubblico di impegnare 3.000 miliardi per creare 100.000 posti letto pubblici farebbe un'operazione reazionaria che bloccherebbe ancora una volta l'avvio della riforma sanitaria. [...] Egli crede che, in questo momento, proporre una norma che porti alla chiusura di circa 100.000 posti letto significherebbe fare un errore non solo dal punto di vista tecnico perché bloccherebbe la riforma sanitaria, ma anche politico perché segnerebbe la fuga dalle proprie responsabilità della maggioranza ed assegnerebbe alla minoranza la guida automatica del Paese.²⁶¹

²⁵⁹ G. Di Nardi, *La politica di intervento nel Mezzogiorno: un consuntivo*, in *Il politico*, marzo 1967, vol. 32 n. 1, Rubbettino editore, pp. 191-199; L. Scoppola Iacopini, *La Cassa per il Mezzogiorno e la politica. 1950-1986*, Laterza, Roma-Bari 2019, pp. 64-65.

²⁶⁰ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 180, *Schema di regolamento case di cura private*, Seduta del 25 luglio 1975, p. 84.

²⁶¹ Ivi, p. 88. Sono parole del chirurgo Giancarlo Bruni (1938-2022), primario di Chirurgia generale dell'ospedale di Montichiari, in provincia di Brescia. Di orientamento politico liberale, dal 1996 fu senatore nella XIII legislatura con Rinnovamento italiano, lista centrista fondata da Lamberto Dini cui aderirono esponenti politici riconducibili alla coalizione del pentapartito; dal 1999 al 2001, aveva aderito al gruppo di Forza Italia. Dal 1996 al 2001 è stato membro e

Questi stessi medici proponevano che le norme di aggiornamento edilizio che venivano discusse non fossero applicate alle case di cura private, perlomeno fino all'emanazione delle nuove norme per gli ospedali pubblici, o comunque entro otto anni dalla data dell'entrata in vigore della legge. Di diverso avviso era invece un'altra fazione guidata da Augusto Giovanardi, che proponeva maggiore rigore sui requisiti edilizi, in ragione del fatto che a questo punto si trattava di “un modo di vedere l'organismo ospedaliero a livello privatistico”²⁶². Ci fu mancanza di concordia anche sul punto dell'autorizzazione, ovvero se questa dovesse essere quinquennale oppure *sine die*. Le proposte della fazione più favorevole ad andare incontro alle case di cura private fu quella che ebbe maggiori consensi nel voto finale, e il regolamento che venne poi approvato fu essenzialmente molto compiacente nei confronti del comparto privato dell'assistenza sanitaria.

Un ultimo punto importante che venne toccato nelle discussioni a proposito della riforma sanitaria era quello del personale assunto dal Servizio sanitario nazionale, e del suo inquadramento lavorativo, una questione di cui si trova traccia nelle dichiarazioni delle associazioni mediche, dell'ordine e delle riviste di categoria. In particolare, la paura dei medici era la “burocratizzazione della professione” e l'esclusione della possibilità di praticare attività libero-professionale. Salvatore Custureri, pediatra e presidente dell'Associazione nazionale medici condotti, sosteneva insieme ad un nutrito gruppo di altri componenti che andava sottolineato in questo momento il rispetto del diritto del cittadino alla scelta del medico e al luogo di cura, e il diritto del professionista a essere inserito nel SSN attraverso una contrattazione da tenersi attraverso i sindacati di categoria, auspicando che il rapporto avrebbe potuto prendere diverse forme (di rapporto a tempo pieno, a tempo parziale, libero-professionale, lasciando agli interessati diverse opzioni).²⁶³ Grande contrarietà riceveva la proposta, contenuta nel disegno di legge, relativa al divieto per i dipendenti del SSN di esercitare attività libero-professionale:

[...] Non è chiara l'utilità, per il servizio sanitario, che al medico che abbia assunto un rapporto d'impiego col servizio sia vietata l'attività libero-professionale, o comunque limitata o denominata; questa limitazione drastica del progetto di legge è assolutamente da respingere. [...] La libera attività professionale è un attributo che è insito nella laurea in medicina e chirurgia dal momento dell'abilitazione.²⁶⁴

Si arrivava ad attribuire, nel dibattito, questo tipo di decisione alla contraddizione esistente tra un sistema liberistico e un sistema socialista, in cui da una parte stava la socializzazione della professione medica e dall'altra parte la sua liberalizzazione. Ai verbali veniva allegato anche un rapporto della FNOM (Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici) in cui questa misura veniva indicata come “punitiva e discriminatoria”²⁶⁵ nei confronti dei medici; che il sistema del compenso a quota capitaria,

vicepresidente della Commissione permanente Igiene e sanità del Senato.

²⁶² Ivi, p. 94.

²⁶³ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 168, *Seduta del 9 aprile 1974*, p. 171.

²⁶⁴ Ivi, p. 175.

²⁶⁵ Ivi, p. 290.

l'unico previsto per i medici generici²⁶⁶, era assolutamente insufficiente, e che in generale

Oltre che un assurdo giuridico e costituzionale, questa norma appare lesiva dell'indipendenza e del prestigio della professione medica a garanzia della quale esistono ed operano gli ordini dei medici.²⁶⁷

D'altra parte la scelta di accettare il sistema mutualistico e di ricavarne i maggiori benefici, sia economici sia lavorativi, aveva contraddistinto la linea politica della FNOM negli anni Cinquanta e Sessanta, raccogliendo intorno a sé la categoria medica che presentava in questi anni numerose divisioni di varia natura e di lungo periodo (retributive, generazionali, contrattuali).²⁶⁸ Fu la FNOM a gestire, nel 1966, la stipula dei rapporti di lavoro con le Casse mutue, con vantaggi evidenti per la classe medica: il carattere autonomo del loro rapporto di lavoro, la posizione di indipendenza nei confronti della gestione amministrativa ed economica delle casse mutue (e dei loro debiti), libertà e flessibilità lavorativa.

L'ordine chiedeva ora, coerentemente alle sue storiche posizioni, maggiore coinvolgimento nella fase preparatoria ed attuativa della riforma sanitaria, con la richiesta di nomine negli organi decisionali (ovvero i costituenti Consiglio Sanitario Nazionale, Consigli Sanitari Regionali, nelle assemblee e nei comitati esecutivi delle USL); la partecipazione alla stipula dell'accordo nazionale per i medici convenzionati, a tutela del decoro professionale (ovvero la vigilanza su compensi adeguati); l'eliminazione dell'obbligo di residenza e reperibilità, proposto per i medici convenzionati, in particolare generici, poiché l'attuazione della riforma avrebbe comportato anche la scomparsa dei

²⁶⁶ Per comprendere gli appunto della FNOM è necessario richiamare il funzionamento dei rapporti tra le casse mutue e i medici ambulatoriali nei decenni precedenti. In particolare, la figura più assimilabile a quella del medico generico inquadrato nel nuovo SSN era quella del medico generico dipendente dall'INAM. Fino alla riforma degli anni Settanta, un medico di questo genere poteva essere compensato secondo quattro sistemi diversi: "notula", una sorta di cottimo in cui la retribuzione avveniva a seconda delle visite effettuate; "quote a componenti variabili", in cui il medico percepiva un compenso capitarario annuo per ogni assistibile, variabile secondo il settore di appartenenza dell'assistibile e differenziato tra bambini e adulti; "doppio forfait", simile al sistema precedente con differenza nella misura della quota di compenso capitarario; infine con il "sistema misto", in cui le visite domiciliari venivano retribuite "a notula", mentre per le visite ambulatoriali era previsto un compenso forfettario annuo pro-capite, anche questo variabile secondo il settore di appartenenza dell'assistibile e variabile secondo l'assistenza a bambino o ad altro assicurato.²⁶⁶ La modalità preferita dai medici convenzionati con le mutue era quella a notula, che permetteva margini di guadagni maggiori, ma non tutte le mutue prevedevano questo tipo di retribuzione; in particolare non lo prevedevano le mutue più piccole, o quelle di enti professionali più deboli. Il sistema che regolava i rapporti tra medici e INAM era stato stabilito nel 1954 e si articolava su alcuni punti fondamentali: innanzitutto la libera scelta del medico di fiducia da parte dell'assistibile. In pratica, negli anni Cinquanta il medico generico ed il pediatra di riferimento potevano essere scelti da elenchi aperti a tutti i sanitari abilitati alla professione. Al 31 luglio 1956, per 14.620 medici prescelti da 6.305.313 assistibili, vigeva il sistema di pagamento a notula; per 7.706 medici prescelti da 6.191.467 assistibili, appartenenti soprattutto alle categorie agricole, quello della quota capitararia; ai restanti 5.973 un sistema misto. Inoltre, i medici generici aderenti al sistema, che nel 1949 erano 19.255, avevano raggiunto nel 1956 il numero di 28.299, e queste cifre erano andate crescendo nel corso degli anni; con il SSN si sarebbe coperta la totalità della popolazione, mantenendo il sistema della libera scelta del medico e la retribuzione a quota capitararia. Cfr. ACS, Ministero della Sanità, INAM, b. 1, *L'assistenza concessa dai medici generici iscritti negli albi mutualistici*, p. 232; G. Petrilli, *La situazione economica, sanitaria e assistenziale dell'INAM, in Problemi della sicurezza sociale*, n. 42, 1956, pp. 142-145.

²⁶⁷ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 168, *Nota della FNOM sulla riforma sanitaria*, p. 291.

²⁶⁸ G. Vicarelli, *La politica sanitaria tra continuità e innovazione*, in *Storia dell'Italia repubblicana, III, L'Italia nella crisi mondiale. L'ultimo ventennio*, 3.2, op. cit., p. 578.

medici condotti; e infine un rapporto sì di dipendenza giuridico-economica dalle USL e dal loro personale direttivo, ma la totale autonomia professionale e disciplinare, che spettava, secondo il documento, all'ordine stesso.

Queste erano tra le principali rilevazioni del CSS e dell'ordine dei medici sulle prime bozze di riforma sanitaria. Come anticipato, questi argomenti verranno approfonditi nel capitolo VII, con una ricostruzione più dettagliata dei passi che portarono all'attuazione vera e propria della legge 833/1978, dei suoi protagonisti politici e delle sue dinamiche attuative. Prima, però, sarà necessario spostare il focus su altri enti particolarmente importanti nella costellazione sanitaria pre-1978: le casse mutue.

Capitolo 5

Trent'anni di INAM (1945-1978)

Inoltrarsi nell'analisi del lavoro dell'Istituto Nazionale Assistenza Malattie (INAM) significa spostare il focus del discorso dalle politiche medico-sanitarie agite dal Ministero della sanità e dei suoi organi consultivi a quello delle misure assistenziali pubbliche, del loro sviluppo dal dopoguerra agli anni Settanta e del loro finanziamento nel periodo precedente la riforma del 1978. Il trentennio di attività dell'INAM coincide quasi completamente con quelli che sono stati definiti dalla storiografia europea *Les Trentes Glorieuses* (o *The glorious Thirty*, 1945-1975)¹, anni di eccezionale crescita economica ed espansione della sicurezza sociale in tutto il continente, periodo nel quale l'Italia si inserisce con le sue caratteristiche ancora non del tutto esplorate, ma in cui, oltre alle condizioni sociali ed economiche, anche la fisionomia dei diritti e dei servizi ai cittadini cambia profondamente. Il welfare state nel suo complesso è considerato un frutto di questi anni², e affonda le sue radici nella perdita di credibilità degli Stati nazionali in conseguenza ai nazifascismi e alle devastazioni della Seconda Guerra Mondiale, all'incapacità di garantire le forme più basilari di protezione ai propri cittadini, e della democratizzazione dei rapporti tra Stato e cittadino in seguito alle esperienze delle Resistenze e della loro progettualità politica.³

Dal punto di vista delle politiche assistenziali agite dagli Stati nazionali in Europa, il primo segnale di un cambio di mentalità rispetto al vecchio sistema secolare a cui si possono ascrivere, risalendo all'indietro, già le *poor laws*⁴ britanniche si verificò tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento. Storicamente, infatti, in Europa la solidarietà si basava un modello paternalistico-conservatore e sostanzialmente repressivo nei confronti dei poveri⁵, in cui i beneficiari (non veniva distinto tra temporaneamente inabili al lavoro, malati cronici o altro⁶) “subivano” il sussidio paternalistico delle

¹ T. Judt, *Dopoguerra. Come è cambiata l'Europa dal dopoguerra a oggi*, Mondadori, Milano 2005, pp. 400-437; N. Crafts, G. Toniolo, *Les trente glorieuses: from the Marshall Plan to the oil crisis*, in D. Stone, *The Oxford handbook of postwar European history*, Oxford University Press, Oxford 2014, pp. 356-378; per la nascita del concetto, cfr. J. Fourastié, *Les Trentes Glorieuses, ou la révolution invisible de 1946 à 1975*, Fayard, Paris 1979.

² Oltre che delle politiche newdealiste intraprese negli Stati Uniti in conseguenza della crisi del 1929: e nel dopoguerra della ricostruzione, l'enorme influenza che il Paese aveva in Europa in quanto vincitore sul nazifascismo, baluardo contro il comunismo internazionale e modello di modernità economica, politica e sociale ebbe probabilmente il suo ruolo nel promuovere e rendere auspicabili le politiche di libertà dal bisogno anche per i governi europei.

³ T. B. Smith, *Renegotiating the social contract: Western Europe, Great Britain, Europe and North America* in M. Geyer, A. Tooze, *The Cambridge History of the Second World War*, Cambridge University Press, Cambridge, 2015, pp. 561-574.

⁴ R. G. Cowherd, *Political economists and the English Poor Laws: a historical study of the influence of classical economics on the formation of social welfare policy*, Ohio University Press, Athens 1977.

⁵ Fondamentale per una panoramica complessiva su questi temi lo storico lavoro di A. Briggs, *The welfare state in historical perspective*, *European journal of Sociology*, vol. 2, 1961, pp. 221-258, da <http://www.jstor.org/stable/23987939>, consultato il 2/10/2023; cfr. anche P. Flora, A. J. Heidenheimer, *Lo sviluppo del welfare state in Europa e in America*, Il Mulino, Bologna 1983, pp. 72-75; G. A. Ritter, *Storia dello Stato sociale*, Laterza, Roma-Bari 2003, pp. 65-66.

⁶ L. H. Van Voss, *Poor relief institutions in North-Western Europe (1500-1800)*, in F. Ammannati (a cura di), *Assistenza*

classi superiori, che giungeva in modo imprevisto e non controllabile, nonostante fosse un importante fonte di sussistenza, fino alla fine dell'età moderna.⁷ In quasi tutti i Paesi europei il cambio di passo rispetto a questa mentalità avvenne nell'ultimo ventennio del XIX secolo con l'istituzione delle assicurazioni obbligatorie, che si basavano su presupposti completamente diversi. Tra i primissimi schemi assicurativi a comparire nella Germania bismarckiana ci fu l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni nel 1884 (introdotta già nel 1887 in Austria, poi in Norvegia nel 1894, in Italia nel 1898 e poi in Francia e Gran Bretagna entro la Prima guerra mondiale⁸). Questa misura fu la prima per una serie di fattori: era la meno disturbante per i principi liberali di non intervento nei meccanismi di mercato, creava una compensazione rispetto all'impennata di infortuni dovuti ai processi di industrializzazione e all'allentamento dei tradizionali legami solidaristici delle società pre-industriali, e contemporaneamente indeboliva le proteste socialiste e comuniste nei confronti del sistema di fabbrica.⁹ Anche prima della nascita delle misure assicurative pubbliche, comunque, alcuni lavoratori non erano completamente sprovvisti di forme di tutela, sebbene si trattasse di una netta minoranza¹⁰. Già durante il secolo precedente infatti, nelle zone in cui l'industrializzazione era nel pieno della sua espansione, in particolare in Gran Bretagna e in Germania, si erano sviluppate le cosiddette *friendly societies*, libere associazioni mutualistiche tra lavoratori fondate sul principio della solidarietà tra soci consorziati per far fronte a rischi comuni¹¹. Le prime casse avevano però una struttura embrionale e quasi per niente normata: si organizzavano intorno a strutture solidaristiche precedenti, non sempre disponevano di risparmi e mancavano di una contribuzione obbligatoria fissa dei membri e di erogazioni automatiche e codificate; come mezzo più efficace per la quadratura del bilancio non era infrequente il ricorso alla beneficenza borghese.¹²

Tra fine Ottocento e inizio Novecento, i governi europei stimavano, in media, abbastanza positivamente il fenomeno del mutualismo quando mirava a proteggere e fortificare le energie individuali, ma pericoloso e da respingere quando incarnava fermenti o propositi di trasformazione sociale, o quando le istanze solidaristiche erano caratterizzate da critiche eccessive delle regole di mercato. In Italia, lo scetticismo della classe politica liberale nell'erogare prestazioni universali era

e solidarietà in Europa, secoli XIII-XVIII. Atti delle "settimane di studio" e altri convegni, 44, Firenze University Press, Firenze 2012, pp. 57-77.

⁷ M. Arnoux, G. Postel-Vinay, *Territoires et institutions de l'assistance (XII-XIX siècles): mise en place, crises et reconstructions d'un système social*, in F. Ammannati (a cura di), *Assistenza e solidarietà in Europa. Secoli XIII-XVIII. Atti delle "settimane di studio" e altri convegni*, op. cit., pp. 92-93.

⁸ M. Ferrera, *Il welfare state in Italia. Sviluppo e crisi in prospettiva comparata*, Il Mulino, Bologna 1984, p. 22-24

⁹ P. Flora, J. Heidenheimer, *Lo sviluppo del welfare state in Europa e in America*, op. cit., p. 33-35. Interessante notare che, in linea con questi presupposti di nascita, i partiti socialisti vedevano di buon occhio la mutualità, come espressione di unità di classe, ed erano contrari all'intervento dello Stato nel settore; allo stesso modo tradizionalmente i comunisti si schieravano contro l'intervento pubblico nel comparto assistenziale, considerando le misure di welfare un palliativo e un freno alle spinte rivoluzionarie. È quindi intervenuto un significativo cambiamento culturale tra i primi del Novecento e gli anni Settanta, se si pensa al ruolo del PCI e del PSI nelle lotte per il welfare e per il Servizio sanitario nazionale.

¹⁰ G. Esping-Andersen, *The three worlds of welfare capitalism*, Polity press, Cambridge 1990, p. 21.

¹¹ A. Cherubini, *Storia della previdenza sociale*, Editori Riuniti, Roma 1977, p. 15.

¹² Ivi, p. 22.

in linea con la situazione europea. L'incentivo alla responsabilità e al lavoro individuale, il forte deficit finanziario di uno Stato di nascita e sviluppo recente, l'industrializzazione a macchia di leopardo erano tutti elementi che giocavano a sfavore di un maggiore coinvolgimento pubblico nel fenomeno mutualistico¹³. Una maggiore spinta verso lo stato sociale, infatti, avrebbe comportato a nascita di nuovi diritti¹⁴ e una istituzionalizzazione della solidarietà attraverso la socializzazione di alcuni rischi; in questo senso, i governi liberali accettarono che lo Stato italiano diventasse industriale, ma non accolsero il ruolo di responsabili del soccorso alla società e al lavoro.¹⁵

Era così comune la tendenza, all'inizio del Novecento, di lasciare l'iniziativa e la gestione delle assicurazioni sanitarie al settore privato, limitandosi a fornire un quadro legislativo in cui queste esperienze si potevano inserire. Aveva inciso su questa impostazione soprattutto un fattore culturale: uno Stato troppo generoso avrebbe, secondo quella classe dirigente, disincentivato i cittadini al lavoro, frenando la crescita del Paese.¹⁶ Nell'Italia liberale quindi, quando il sistema assistenziale si stava formando, e nel periodo fascista, tra casse mutue, liste dei poveri, assicurazioni contro malattie specifiche o contro gli incidenti sul lavoro, ad essere assicurata contro i rischi di malattia era una stretta minoranza della popolazione; influiva su questo anche il largo monopolio cattolico sulla politica sociale, che voleva mantenere una posizione privilegiata sul settore e che accolse con preoccupazione le leggi di riforma delle Opere pie propugnate da Crispi nel 1890.¹⁷ Lo Stato aveva acquisito delle prerogative in campo igienico-sanitario anche nel 1888, con un'altra importante legge crispina¹⁸, che normerà per lunghi decenni repubblicani interi settori sanitari. Il premier liberale considerava l'intervento dello Stato nella materia sanitaria come "una battaglia con gli strascichi dei vizi del Medioevo e [...] i vizi del cattolicesimo", fermamente convinto che "uno dei doveri dello Stato moderno è questo: che l'educazione, l'istruzione e la beneficenza appartengano alla potestà civile"¹⁹. Tuttavia, tra la fine dell'Ottocento e la prima metà del nuovo secolo ciò che accadeva nei piccoli centri di grandezza inferiore ai 30.000 abitanti che costituivano la "larga periferia della

¹³ F. Cammarano, *Storia dell'Italia liberale*, Laterza, Roma-Bari 2011, pp. 230-236; M. Ferrera, *Il welfare state in Italia. Sviluppo e crisi in prospettiva comparata*, op. cit., pp. 28-29.

¹⁴ È noto che lo sviluppo dei sistemi di welfare state è andato incontro, nel periodo costituente e repubblicano italiano, in linea con il clima del secondo dopoguerra europeo, a processi di costruzione culturale di nuovi diritti legati alla cittadinanza. Cfr. I. Pavan, "These new rights": *social security in the postwar Italian debate*, in *Journal of modern Italian studies*, 22/2, pp. 175-193; sul legame tra diritti e cittadinanza cfr. P. Costa, *Cittadinanza*, Laterza, Bari 2013; G. Canepa, *Dalla concessione al diritto soggettivo. Cittadinanza e assistenza nel dibattito sull'attuazione costituzionale*, in *Italia contemporanea*, n. 301/2023, pp. 99-127.

¹⁵ S. Cassese, *Governare gli italiani. Storia dello Stato*, Il Mulino, Bologna 2014, pp. 292-293.

¹⁶ F. Cammarano, *Storia dell'Italia liberale*, op. cit., pp. 109-110.

¹⁷ Cfr. S. Tramontin, *L'opera assistenziale della Chiesa in Italia dall'Unità al fascismo*, in L. Mario, *Stato e Chiesa di fronte al problema dell'assistenza*, Edimez, Roma 1982, 291-320.

¹⁸ Si tratta della legge 22 dicembre 1888 n. 5849, *Sull'ordinamento dell'amministrazione e dell'assistenza sanitaria del Regno*, che non subì sostanziali modifiche dal Testo Unico giolittiano del 1907, né dai regolamenti fascisti del 1923 e del 1934, e nelle sue linee portanti rimase in vigore per circa novant'anni, fino all'attuazione del Servizio Sanitario Nazionale. Cfr. R. Cea, *Il governo della salute nell'Italia liberale. Stato, igiene e politiche sanitarie*, op. cit., pp. 83-101.

¹⁹ F. Cammarano, *Storia dell'Italia liberale*, Laterza, Bari 2011, p. 117.

nazione italiana”²⁰ era che la possibilità di usufruire di un qualsiasi servizio sanitario si risolveva nel ricorrere al medico condotto, spesso l’unica figura con cui la popolazione si interfacciava per tutte le questioni legate alla salute.

L’ampliamento delle misure sociali e assicurative che caratterizzarono il periodo tra la fine dell’Ottocento e i primi decenni del nuovo secolo si interruppe con il fascismo. La storiografia ha sottolineato il ruolo centrale dell’esperienza fascista nella costruzione dello stato sociale²¹; nella prima fase del regime, tuttavia, l’adesione a una politica economica di natura liberista e privatista pose un freno a quelle dinamiche assicurative e previdenziali che avevano caratterizzato il primo decennio del secolo²², impedendo la realizzazione di alcune riforme imminenti (come l’introduzione dell’assicurazione contro le malattie) e tenendo il più possibile fuori dalle politiche previdenziali interi settori lavorativi, come quello agricolo.²³ Nel 1925, nella prospettiva di una prossima riforma del settore, venne soppressa la Federazione italiana delle società di mutuo soccorso e i suoi beni vennero incamerati; a ciò però non seguì effettivamente alcuna riforma. Nel 1929 in Italia esistevano ancora 1107 casse mutue “sindacali”, con un totale di 682.356 iscritti; di cui il 75% circa nell’Italia settentrionale²⁴. Con l’emanazione della Carta del Lavoro nel 1927 e la creazione degli istituti corporativi, la politica sociale del regime divenne tuttavia nettamente più espansiva, assumendo negli anni Trenta i tratti definitivi che avrebbe poi trasmesso all’Italia repubblicana. In particolare, l’amministrazione della previdenza venne centralizzata in tre grandi enti, l’INFPS (per la vecchiaia, l’invalidità, la disoccupazione, gli assegni familiari, la tubercolosi), l’INFAIL (per gli infortuni e le malattie professionali) e l’Ente Mutualità Fascista – Istituto per l’assistenza di malattia ai lavoratori, per le malattie²⁵. Il R.D. 6 maggio 1943 n. 400 stabilì che tutte le casse mutue si sarebbero dovute fondere nel nuovo ente, con i propri attivi e passivi di bilancio; il regolamento attuativo tuttavia, a causa degli eventi bellici e della caduta del regime, non fu mai applicato, e in questo settore rimasero ampie zone grigie, come si vedrà.

Nel 1947, con decreto del Capo provvisorio dello Stato del 13 maggio l’istituto venne rinominato Istituto Nazionale per l’Assicurazione contro le Malattie – INAM. La sua attività è stata soppressa nel 1977, a seguito dei lavori per la nascita del SSN, dopo una fase commissariale durata tre anni; la

²⁰ T. Detti, *Salute, società e Stato nell’Italia liberale*, FrancoAngeli, Milano 1994, p. 71.

²¹ C. Giorgi, *Politiche sociali e fascismo nel dibattito storiografico*, e S. Inaudi, *Le politiche assistenziali nel regime fascista*, in P. Mattera (a cura di), *Momenti del welfare in Italia. Storiografia e percorsi di ricerca*, Viella, Roma 2012, pp. 55-80; F. Conti, G. Silei, *Breve storia dello Stato sociale*, Carocci, Roma 2012, pp. 82-93; C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello Stato sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna 2021, pp. 91-189; cfr. anche C. Giorgi, *La previdenza del regime. Storia dell’Inps durante il fascismo*, Il Mulino, Bologna 2004.

²² M. Ferrera, *Il welfare state in Italia. Sviluppo e crisi in prospettiva comparata*, Il Mulino, Bologna 1984, p. 33; A. Cherubini, *Storia della previdenza sociale in Italia (1860-1960)*, op. cit., pp. 317-326.

²³ M. Ferrera, *Il welfare state in Italia. Sviluppo e crisi in prospettiva comparata*, op. cit., p. 33.

²⁴ Ivi, p. 46.

²⁵ S. Luzzi, *Sanità e salute nell’Italia repubblicana*, op. cit., p. 93.

gestione dei contributi per malattia sui salari venne assunta dall'INPS²⁶, mentre per il finanziamento del sistema pubblico, e quindi degli ospedali, dell'assistenza farmaceutica, degli stipendi del personale sanitario e delle strutture vennero stabilite altre fonti di finanziamento.

All'altezza degli anni Cinquanta, in conseguenza di queste caratteristiche strutturali, le istituzioni che operavano in Italia nel campo del finanziamento della salute erano numerose, si accavallavano e mancavano di una gestione razionale, riflettendo tra l'altro la stratificazione della legislazione in merito, che si era dispersa in mille rivoli ed eccezioni in conseguenza proprio dell'assenza di una sistematizzazione unitaria. Nel dibattito che pure interessò la fase costituente e giunse fino alla Commissione D'Aragona (1947)²⁷, si tentò di mettere in discussione il sistema elaborato a fine Ottocento, spostando il focus dalle categorie lavorative e le loro tutele assicurative a un sistema organico basato sul concetto di sicurezza sociale, ipotizzando un'impostazione nuova del sistema assistenziale italiano. I contributi sanitari erano trattati in questo settore come quelli pensionistici: venivano versati in base alla posizione lavorativa, i trattamenti erano collegati all'entità dei versamenti stessi, e la partecipazione di un lavoratore al mercato del lavoro permise a partire dagli anni Cinquanta l'allargamento delle prestazioni anche ai suoi familiari, accentuando i caratteri maschilisti e la centralità della famiglia nel sistema delle prestazioni assistenziali italiane²⁸. La base di tale sistema era infatti di impostazione bismarckiana²⁹, fondato sul concetto di *male breadwinner* ed essenzialmente conservatore dal punto di vista sociale, rappresentando un fattore di continuità culturale con l'impostazione fascista della società.

L'ipotesi universalista venne però discussa in Italia, sull'onda dell'entusiasmo che il piano Beveridge suscitava in tutta Europa, anche dal punto di vista sanitario, e fu Augusto Giovanardi a proporre uno

²⁶ L'INPS si assunse la responsabilità di assicurare, insieme al datore di lavoro, una continuità retributiva al lavoratore in assenza per malattia, di gestire i contributi provenienti dai diversi settori lavorativi per questo rischio e di erogare le indennità economiche a carico del sistema pubblico per i lavoratori dipendenti. Il finanziamento di tutto quello che invece faceva parte del SSN usciva dalla responsabilità degli enti previdenziali e veniva assunto da Stato e Regioni, che avrebbero a lungo cercato dei meccanismi di stabilità finanziaria del sistema.

²⁷ La più nota delle Commissioni parlamentari per la riforma della previdenza sociale del dopoguerra, anche se non l'unica, con Ludovico D'Aragona come presidente. Le sue proposte, sbilanciate in direzione più universalista che corporativa, sebbene non radicali, furono rigettate a causa della convinzione dell'insostenibilità economica delle sue proposte nel contesto italiano: Cfr. F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia: il futuro del SSN in prospettiva comparata*, op. cit., pp. 49-55.

²⁸ Per le caratteristiche di lungo periodo del welfare italiano e la sua impostazione "al maschile", cfr. M. Ferrera, V. Fargion, M. Jessoula, *Alle radici del welfare all'italiana: origini e futuro di un modello sociale squilibrato*, op. cit., pp. 101-104; C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello stato sociale in Italia*, op. cit., pp. 230-231; per le implicazioni, le resistenze e primi tentativi di ripensamento di questo tipo di modello negli anni più recenti, fr. C. Saraceno, M. Naldini, *Sociologia della famiglia*, Il Mulino, Bologna 2021.

²⁹ Il sistema bismarckiano si colloca all'interno della categorizzazione dello stato sociale come un modello intermedio tra il welfare state "liberale", tipico di Paesi come gli Stati Uniti, caratterizzato da bassi trasferimenti economici, destinato a tutelare esclusivamente la marginalità sociale che rimaneva fuori dalla capacità di contribuire al mercato del lavoro, e i più generosi modelli nord-europei, di natura universalista, in cui la classe media usufruisce a pieno titolo dello stato sociale. Nei Paesi del sistema bismarckiano (Austria, Francia, Germania, Italia), l'eredità corporativa e statale fu rimodellata per accogliere la nuova struttura sociale di natura post-fordista. In questo sistema conservativo e fortemente corporativista, l'ossessione dei Paesi liberali per l'efficienza non si radicò mai culturalmente, e al contrario la garanzia di alcuni diritti sociali non fu mai veramente contestata. Cfr. G. Esping-Andersen, *The three worlds of welfare state*, op. cit., pp. 26-28.

dei più antichi progetti di universalismo sanitario del dopoguerra in uno dei primi convegni postbellici di igiene, tenutosi a Firenze nel 1946, basato sul sistema istituito dall'occupazione angloamericana in Sicilia, proponendone l'espansione su tutto il territorio nazionale e il suo finanziamento tramite le imposte³⁰. Questo progetto, insieme al dibattito sull'universalismo della Commissione D'Aragona, avvenivano sulla scia del dibattito della Costituente: come è noto, la carta costituzionale riconobbe ai cittadini per la prima volta il diritto alla salute, garantendo cure gratuite agli indigenti (art. 32), unico tra gli altri diritti ad essere indicato come "fondamentale". Nel contesto del dibattito costituente emergeva una preoccupazione di lungo corso nell'erogazione di questo diritto, ovvero quella economica; più volte venne menzionata la "misera" diffusa, le statistiche di mortalità, la diffusione di patologie come tubercolosi e malaria, il difficile accesso alle strutture sanitarie e all'assistenza farmaceutica, la carenza di posti letto; sussisteva quindi, come per altri diritti, in particolare quello all'istruzione, il timore che la povertà diffusa del dopoguerra ne impedisse l'applicazione.³¹ Tuttavia, la fiducia nella ricostruzione spinse i membri della Costituente a considerare con grande speranza l'applicazione futura di questi diritti, che ebbero poi nei decenni successivi delle continue conferme nelle sentenze della giurisprudenza. L'espressione del diritto alla salute nella Costituzione pose una importante prima pietra nel percorso verso l'universalismo, poiché per la prima volta esso venne legato alla cittadinanza, e non al lavoro come invece accadeva nella pratica del mutualismo. Tuttavia, l'erogazione di prestazioni sanitarie gratuite e svincolate dal versamento di contributi veniva considerato largamente ancora nel 1948, nonostante le opinioni a favore dell'universalismo espresse ormai da più parti, un passo indietro rispetto al sistema esistente. La previdenza e l'assistenza erano infatti intese ancora in Parlamento come "l'insieme dei diritti che sono propri dell'uomo lavoratore"³², e non dovevano diventare "un regime assistenziale dove la persona viene considerata oggetto di una protezione, nella degradante figura del cittadino povero, privo di mezzi".³³

Un ulteriore freno a profonde rivoluzioni del sistema della sicurezza sociale venne dall'intenso attrito opposto al cambiamento dell'apparato statale e amministrativo lasciato in eredità dal fascismo, compresi gli enti creati dal regime quali strumenti di intervento economico e assistenziale³⁴. Il

³⁰ I. Pavan, *Un sistema finito di fronte a una domanda infinita. Le origini del Servizio sanitario nazionale italiano*, in *Le carte e la storia*, 2/2018, p. 105.

³¹ C. Picocchi, *Il diritto alla salute nella Costituzione italiana: l'adempimento di una promessa difficile*, in *Estudios constitucionales*, 20, n. speciale, gennaio 2022, pp. 346-419.

³² Cfr. Atti parlamentari, Camera dei deputati, I legislatura, *Discussione del disegno di legge: stato di previsione della spesa del Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale per l'esercizio finanziario 1948-49*, seduta pomeridiana del 3 ottobre 1948, p. 3951. Il deputato socialista Zanfagnini, nella stessa occasione, dichiarava, a testimonianza del clima maggioritario sui temi della sicurezza sociale: "Io ho la sensazione che ogni qual volta si parli di queste cose nella Camera, si leva come un senso di scetticismo. Sembra quasi che si ritenga da molti inattuabile quell'ordinamento sociale superiore della sicurezza sociale che è previsto dalla Costituzione. Ora, credo che faremmo un grave torto ai Costituenti [...] se ritenessimo che essi abbiano lavorato e costruito nel regno di utopia anziché nel vivo della realtà storica."

³³ *Ivi*, p. 3952.

³⁴ Cfr. A. Cherubini, *Due lezioni sulla storia della previdenza sociale in Italia: dal mutualismo operaio alla cooperazione fascista*, *Notiziario ENPAS*, n.2, marzo-aprile 1966, p. 21.

ventennio aveva infatti lasciato nell'amministrazione italiana tracce profonde, che si mantennero nell'Italia repubblicana: l'irrigidirsi dei codici interni e l'accentuarsi della cultura sostanzialmente gerarchica della pubblica amministrazione e, importante ma spesso sottovalutato, il prestigio sociale che veniva al dipendente pubblico dall'esaltazione del ruolo dello Stato in un quadro di stabilità sociale ed economica sono elementi che si accentuarono nel secondo dopoguerra, spingendo a un maggiore conservatorismo e aumento della resistenza al cambiamento nelle pubbliche amministrazioni.³⁵ Guido Melis ha parlato inoltre di un processo di "entificazione" di notevole portata che aveva caratterizzato in particolare gli anni Trenta. I nuovi enti pubblici erano stati, tra il 1912 e il 1918, appena 21; nei due decenni successivi le cifre erano cresciute vertiginosamente, investendo diffusamente ampi settori della vita economica e sociale e interessando ampie quote di personale. Si costituì così una rete variegata di soggetti pubblici preposti a funzioni molto varie, e particolarmente corposa fu questo processo nel campo della mutualità e della previdenza (attraverso il riconoscimento statale di "pubblicità") di una miriade di associazioni professionali e di categoria già presenti nel settore ma sino ad allora operanti liberamente come enti privati.³⁶

La struttura dell'assistenza sanitaria, per come era stata ereditata nel dopoguerra, si presentava in questo modo all'inizio degli anni Cinquanta:

-l'ambito degli infortuni sul lavoro e degli ammalati di tecnopatie veniva gestito dall'INAIL (Istituto Nazionale Assistenza Infortuni sul Lavoro, ex Cassa nazionale infortuni, istituito nel 1883), sia per quanto riguardava l'assistenza sanitaria, sia per le prestazioni economiche;

-malattie non legate al lavoro e infortuni di altro genere erano gestiti dall'INAM, ma con eccezioni considerevoli: innanzitutto vi era l'esclusione per alcune forme tubercolari protette dall'INPS; inoltre alcune categorie erano assicurate presso altri enti parastatali (ad esempio, i dipendenti parastatali presso l'ENPAS, i dipendenti degli enti di diritto pubblico presso l'ENPDEP, i dipendenti degli enti locali presso l'INADEL per citare solo le casse più grandi dopo l'INAM). Inoltre, la tutela di alcune forme morbose era esclusa dalla copertura mutualistica, perché normate da leggi precedenti la sua istituzione che ne attribuivano la competenza agli enti locali (per esempio le malattie infettive e le malattie psichiche, che essendo correlate ai concetti di tutela di ordine pubblico dovevano essere prese in carico dai comuni). L'INAM, inoltre, stabiliva dei limiti di tempo oltre i quali la malattia diventava cronica e non era più tutelata dall'Istituto (ovviamente i miglioramenti delle cure e i progressi della scienza medica dilatavano progressivamente i tempi di cronicità delle malattie).

-Infine, altre prestazioni previdenziali venivano amministrare dall'INPS, principalmente le pensioni di invalidità, pensioni di vecchiaia, prestazioni economiche per la maternità, assegni familiari e alcune

³⁵ G. Melis, *Storia dell'amministrazione italiana: 1881-1993*, Il Mulino, Bologna 1996, p. 309.

³⁶ Ivi, p. 350; cfr. S. Cassese, *Lo Stato fascista*, Il Mulino, Bologna 2010, pp. 13-24; S. Cassese, *Governare gli italiani. Storia dello Stato*, op. cit., pp. 291-308.

forme di assicurazione contro la tubercolosi.³⁷

L'unità locale di gestione amministrativa della sanità era la provincia; presso le prefetture esistevano gli Uffici provinciali di assistenza e i Comitati provinciali di assistenza; a livello comunale operavano gli ECA (enti comunali di assistenza), l'autorità sanitaria era il sindaco, coadiuvato dall'ufficiale sanitario e dal medico condotto, dipendente con il compito di garantire l'assistenza gratuita agli iscritti nelle liste dei poveri.

Compresa quindi la collocazione dell'INAM nell'universo degli enti erogatori di assistenza per malattia del dopoguerra, si tenterà la ricostruzione dell'organizzazione interna, del rapporto con medici e pazienti, con i contributi e le industrie fino al commissariamento del 1974, preludio alla riorganizzazione del sistema in vista della riforma sanitaria complessiva. Verranno utilizzate le fonti dell'archivio dell'INAM, in particolare un fondo interno sulle lettere circolari dell'ente conservate presso l'archivio dell'INPS, qualche fonte dell'ACIS e del Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, e le riviste editate dall'ente stesso, *I problemi del servizio sociale* (dal 1958 *I problemi della sicurezza sociale*), il *Bollettino di informazioni INAM* e, per alcune annate, *Archivio di medicina mutualistica*.

5.1 Scopi e organizzazione interna

L'INAM fu istituito per mezzo di uno degli ultimi atti del regime fascista, l'11 gennaio 1943, durante la Seconda guerra mondiale e pochi mesi prima della deposizione di Benito Mussolini, nel luglio dello stesso anno. Le casse mutue che l'INAM riuniva erano sorte in Italia nel primo decennio Novecento, principalmente per "l'insufficienza tecnica e pratica degli strumenti dell'assistenza sanitaria; [...] si trasse esempio e norme tanto da alcuni casi di servizio sanitario a favore di maestranze industriali, come quello antichissimo della ditta Pirelli di Milano, quanto più dall'esempio austriaco delle casse di malattia incorporate con la vittoria del 1918 nel territorio divenuto politicamente italiano"³⁸. Durante il ventennio, l'opinione prevalente era già in favore dell'uniformazione del sistema e dell'attuazione di un'assicurazione sociale obbligatoria di malattia, tranne che per i dipendenti statali con sicura continuità di impiego, proprio nell'ottica di garantire i diritti previdenziali minimi alla categoria degli operai industriali.³⁹

Durante il fascismo, l'ideologia corporativa (cioè la costituzione di corporazioni professionali come

³⁷ L. Conti, *L'assistenza e la previdenza sociale. Storia e problemi*, op. cit., pp. 172-173.

³⁸ C.A. Ragazzi, *L'assistenza sanitaria*, in *Annali della Sanità pubblica*, Volume VIII, fascicolo III, settembre-dicembre 1947, p. 86.

³⁹ A. Cherubini, *Storia della previdenza sociale in Italia (1860-1890)*, op. cit., p. 317; per le origini del mutualismo in Italia cfr. anche D. Marucco, *Mutualismo e sistema politico: il caso italiano*, Francoangeli, Milano 1981 e A. Cherubini, *Storia dello stato sociale in Italia (1860-1890)*, Editori riuniti, Roma 1977.

fondamento dell'organizzazione economico-sociale del Paese⁴⁰) aveva dato infatti grande impulso al sistema mutualistico, che si era sviluppato però in modo caotico e dispersivo. Si è parlato di “grave fallimento”⁴¹ di questo tipo di assistenza sanitaria ai lavoratori. I suoi limiti erano strettamente legati alle politiche salariali: i contributi dovevano infatti superare un certo livello perché il sistema mutualistico fosse veramente funzionale, ovvero era necessario che rappresentassero perlomeno il 6-8% del salario, come effettivamente avveniva in altri paesi, mentre in Italia le resistenze padronali non permisero mai che la contribuzione andasse oltre l'1-2%.⁴² Le casse, inoltre, erano troppe; ma questo problema era intrinsecamente legato al concetto di corporativismo propagandato dal fascismo come modello di un nuovo sistema sociale basato su un diverso equilibrio tra Stato, società e mercato rispetto sia al socialismo che al liberalismo.⁴³ Le organizzazioni sindacali furono così accettate e anzi venne loro dato impulso purché venisse completamente eliminata la conflittualità di classe e la rappresentanza fosse fondata sul produttore piuttosto che sul lavoratore.⁴⁴ Il fatto che le mutue aziendali o categoriali fossero numerose causava anche il proliferare delle amministrazioni di contabilità, dalla gestione spesso non trasparente, che assorbivano gran parte dei finanziamenti destinati in teoria a curare la salute dei lavoratori. Inoltre in questa fase il sistema delle mutue garantiva semplicemente un sussidio economico per i giorni di malattia, mentre la maggior parte delle casse era sprovvista di un'organizzazione dotata di uomini, mezzi e strutture ambulatoriali in grado di garantire l'assistenza pratica, in un contesto che ancora identificava l'ospedale come luogo più di lungodegenza che di cura.

I tratti negativi individuati da Domenico Preti nel mutualismo fascista furono indicati quindi nella proliferazione di istituzioni fiscali e burocratiche create al di fuori di ogni coordinamento e caratterizzate da gestione finanziaria inefficiente; dalle differenze da parte delle diverse corporazioni di ottenere protezione dal regime (si andava da una capacità massima delle categorie impiegatizie e nelle grandi città del Nord a una minima per le categorie contadine e nelle campagne del Sud); si sottolineava anche che spesso il trattamento presso gli uffici della mutua fosse giudicato dagli operai “inumano e scortese”; che i pochi ambulatori, se e quando disponibili, risultavano sempre affollati e spesso posti in locali inadeguati dallo stesso punto di vista igienico-sanitario; che i medici stessi fossero scontenti del trattamento economico che erano costretti a subire dalle mutue, e questo si

⁴⁰ Per un inquadramento generale dei meccanismi di funzionamento delle corporazioni, cfr. A. Gagliardi, *Il corporativismo fascista*, Laterza, Roma-Bari 2010.

⁴¹ D. Preti, *Per una storia sociale dell'Italia fascista: la tutela della salute nell'organizzazione dello stato corporativo (1922-1940)*, in M. L. Betri, A. Gigli-Marchetti, *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'unità al fascismo*, Francoangeli, Milano 1982, p. 810.

⁴² Ibidem.

⁴³ A. Gagliardi, *Il corporativismo fascista*, op. cit., p. 8.

⁴⁴ Ivi, p. 28.

ripercuoteva sulla loro efficienza e disponibilità.⁴⁵ Gli accertamenti fiscali effettuati dai medici sugli operai ammalati erano in compenso portati avanti all'insegna della "più spietata sorveglianza"; le mutue disponevano di prontuari farmaceutici per l'erogazione di qualche medicina, ma questi elenchi erano limitati a prodotti galenici elementari con la totale esclusione delle cosiddette specialità, ovvero i prodotti di sintesi, non artigianali. Questo dato tuttavia non è da attribuire completamente alla responsabilità delle casse mutue. Esso riflette infatti la realtà farmaceutica italiana del periodo, poiché dal censimento industriale e commerciale del 1937-39 risultava che i produttori di farmaci di sintesi erano una minoranza nel mercato italiano, caratterizzato dalla maggior presenza di imprese familiari, spesso nate nei laboratori di una farmacia che si occupava anche di produrre artigianalmente i farmaci più usati.⁴⁶ Da questo quadro, si può facilmente comprendere come

spesso all'operaio si profilò il drammatico dilemma di come impegnare il sussidio di malattia che gli sarebbe stato liquidato dopo i soliti ritardi: spenderlo cioè per comprare medicinali o per sfamare la sua famiglia.⁴⁷

Per comprendere la gestione del settore sanitario operata dal fascismo bisogna ricordare che la tutela igienico-sanitaria di massa avrebbe richiesto un rigoroso finanziamento degli enti locali, ai quali invece il regime fece battaglia. L'assistenza pubblica fu infatti danneggiata da varie politiche accentratrici, tra cui soprattutto la riduzione delle aliquote delle imposte comunali che a partire dal 1930 diminuì le già limitate possibilità finanziarie di questi enti, e l'adozione della politica di addossare a comuni e province l'onere finanziario di servizi di stretta competenza statale, senza dotarli di finanziamenti adeguati⁴⁸.

In questo senso, fu emblematico l'atteggiamento del regime nei confronti di una figura particolarmente importante nel contesto comunale, quella dell'ufficiale sanitario.⁷¹ Anche questo istituto era stato introdotto nell'ordinamento sanitario dalla legge Crispi del 1888⁴⁹: la sua funzione venne cumulata a quella del medico condotto per carenza di risorse finanziarie, ma in periodo fascista, invece di scorporarne le funzioni, si continuò a pretendere da questa unica figura l'esecuzione di ogni compito che riguardasse la sanità. Alle carenze dell'iniziativa e delle possibilità dei Comuni si tentò

⁴⁵ D. Preti, *Per una storia sociale dell'Italia fascista: la tutela della salute nell'organizzazione dello stato corporativo (1922-1940)*, in M. L. Betri, A. Gigli-Marchetti, *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'unità al fascismo*, pp. 810-811.

⁴⁶ N. Martinelli, *L'industria farmaceutica italiana, 1945-1978*, op. cit., pp. 40-41.

⁴⁷ D. Preti, *Per una storia sociale dell'Italia fascista: la tutela della salute nell'organizzazione dello stato corporativo (1922-1940)*, in M. L. Betri, A. Gigli-Marchetti, *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'unità al fascismo*, p. 812.

⁷¹ Ivi, p. 819.

⁴⁸ Cfr. G. Marongiu, *Storia dei tributi degli enti locali*, CEDAM, Padova 2001, p. 51-67.

⁴⁹ Legge 22 dicembre 1888, n. 5849, *Sull'ordinamento dell'amministrazione e dell'assistenza sanitaria del Regno*, art. 12: sarà ufficiale sanitario comunale il medico comunale condotto ove non risiedano altri medici. Nei comuni ove risiedano più medici esercenti, l'ufficiale sanitario sarà nominato dal prefetto sulla proposta del Consiglio comunale, udito il Consiglio provinciale sanitario. In tal caso durerà in carica tre anni e potrà essere rinominato. Nei comuni che abbiano uno speciale ufficio d'igiene, il capo dello stesso ufficio sarà, previa approvazione del prefetto, ufficiale sanitario comunale.

di sopprimere su altri livelli, peggiorando però così gli sprechi gestionali: si creò infatti un intricato sistema di enti pubblici specifici (ereditato poi dalla Repubblica), fondato su enti provinciali creati ad hoc per fronteggiare le grandi malattie sociali, su grandi enti pubblici nazionali che si occupavano solo di una frazione della popolazione (l'esempio migliore da questo punto di vista è l'Onmi), sugli innumerevoli istituti previdenziali e le casse mutue professionali. Ognuno di questi lavorava in modo autonomo, come se gli altri non esistessero: una situazione disastrosa dal punto di vista economico, considerando che in questo modo alcuni individui erano tutelati da più enti, che questo meccanismo moltiplicava le spese di amministrazione (e creava posti di lavoro, motivo per cui ogni organismo rimase geloso delle proprie prerogative) e ogni organismo era dotato inoltre di una propria attrezzatura sanitaria, dal momento che gli ospedali rimanevano fuori da questo sistema di gestione pubblica.

“Non v'è operaio – si legge in un rapporto da Firenze datato 30 novembre 1938 – che sia soddisfatto delle sue istituzioni di previdenza; le lagnanze sono identiche ovunque si vada, segno che non sono infondate.” Limiti che al di là del dato puramente tecnico, costituito dalla modesta entità dei contributi salariali richiesti, trovano una loro non trascurabile motivazione nella degenerazione burocratica che, come una ineluttabile cancrena, sembra colpire nell'Italia fascista ogni organismo corporativo. E sì, perché anche le mutue malattia di un certo rilievo rientrano in quella deteriore logica “spartitoria” che anima a livello locale la lotta politica all'interno del fascismo, e che si traduce anche nella ricerca di “sistemazioni”, di “posti” per i “pupilli” o i protetti di qualche influente gerarca. Così non c'è da stupire se si afferma che le casse mutue “funzionavano” assai meglio per i loro impiegati che per i lavoratori che esse avrebbero dovuto assistere. Anche se occorre precisare che la sovrabbondanza dei ruoli impiegatizi delle mutue trova la sua spiegazione nella proliferazione dei controlli e dell'attività burocratica che sembra colpire nello Stato fascista ogni organismo corporativo.⁵⁰

Nel 1934 venne quindi posto rimedio alla soppressione senza esito della Federazione delle società italiane di mutuo soccorso, istituendo la Federazione nazionale delle casse mutue di malattia dell'industria, con l'intento di coordinare tutti gli enti originati da contratti collettivi di lavoro; con il R.D. 11 gennaio 1943 n. 138 questa confluisce nell'Ente mutualità fascista – Istituto per l'assistenza di malattia ai lavoratori, che nel 1947 venne rinominato INAM, al quale venne affidata la gestione dell'assicurazione di malattia dei dipendenti privati e dei loro familiari⁵¹. La Repubblica confermò quindi l'impostazione fascista dell'assistenza malattia. Alla data della sua istituzione erano obbligatoriamente iscritti all'INAM i lavoratori della Confederazione fascista dei lavoratori dell'agricoltura, dell'industria, del commercio, delle aziende del credito e dell'assicurazione e quelli rappresentati dalla confederazione fascista dei professionisti e degli artisti, con la possibilità di adesione, previa domanda e accordo con il ministero delle Finanze, dei lavoratori appartenenti ad

⁵⁰ ACS, Ministero della Sanità, ACIS, b.105, *Rapporti FIARO-INAM*, 10 maggio 1961.

⁵¹ S. Luzzi, *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, Donzelli editore, Roma 2004, p. 105.

altre confederazioni sindacali.⁵² L'assistenza dell'ente comprendeva per legge l'assistenza sanitaria generica domiciliare e ambulatoria, l'assistenza specialistica ambulatoria, l'assistenza farmaceutica, ospedaliera, ostetrica, pediatrica e la concessione di una indennità di malattia per il lavoratore e per i membri della sua famiglia. Il contributo obbligatorio doveva essere versato dal datore di lavoro anche per la parte a carico del lavoratore, trattenendolo dalla retribuzione. Il datore di lavoro era anche obbligato a fornire all'ente le informazioni necessarie per l'iscrizione dei propri dipendenti e per l'accertamento dei contributi, ma il lavoratore aveva diritto alle prestazioni anche nel caso in cui l'ente non avesse ottemperato agli obblighi previsti nei giusti tempi⁵³.

Nel 1947 venne riorganizzata la struttura interna dell'ente, istituendo come organi il Presidente, il Consiglio di amministrazione, il Comitato esecutivo e il Comitato provinciale. Il Presidente veniva nominato con decreto del capo dello Stato su proposta del Ministro per il lavoro e la previdenza sociale, di concerto con il Ministro per le finanze e il tesoro. Già il testo di legge del 1947 prevedeva che la sua durata in carica era valida fino all'entrata in vigore della riforma della previdenza e assistenza sociale, anche in considerazione dei paralleli lavori della Commissione D'Aragona; in ogni caso, non doveva durare più di quattro anni.

Dal 1949 e fino al 1958, dopo una prima fase di alternanze veloci alla guida dell'INAM⁵⁴, la prima presidenza duratura dell'ente fu quella di Giuseppe Petrilli. Nato a Napoli nel 1913, laureatosi nel 1937 in matematica e statistica e una seconda volta, nel 1956, in scienze statistiche e attuariali, fu un esponente della DC che attraversò da protagonista l'esperienza dell'imprenditoria di Stato nel dopoguerra come dirigente di diversi importanti istituti pubblici.⁵⁵ Consigliere nazionale della Democrazia Cristiana, ne divenne poi membro della Direzione Centrale come delegato nazionale dei Gruppi d'azienda (GAD). Fino al 1949 aveva lavorato come attuario presso l'INPS, raggiungendo ruoli dirigenziali; nel 1949, oltre che presidente dell'INAM, fu nominato presidente del Consiglio dell'ordine nazionale degli attuari e dell'Ente nazionale scuole italiane di servizio sociale; dal 1949 al 1958 fu nel Consiglio d'amministrazione dell'INAIL e dal 1957 al 1979 membro del CNEL. La sua esperienza alla guida di enti di natura previdenziale e assistenziale ne stimolò gli interessi sociali;

⁵² R.D. 11 gennaio 1943 n. 138, *Costituzione dell'ente "Mutualità fascista – Istituto per l'assistenza di malattia ai lavoratori*, art. 4.

⁵³ Ivi, art. 10: "Il datore di lavoro è responsabile del versamento del contributo anche per la parte che è a carico del lavoratore. Qualunque patto in contrario è nullo. La parte di contributo a carico del lavoratore è trattenuta dal datore di lavoro sulla retribuzione corrisposta al lavoratore stesso. L'azione per riscuotere i contributi dovuti dal datore di lavoro all'Ente si prescrive nel termine di cinque anni dal giorno in cui se ne doveva eseguire il pagamento." E art. 11: "[...] Il lavoratore ha diritto alle prestazioni da parte dell'Ente anche nel caso in cui, al verificarsi della malattia, il datore di lavoro non abbia ottemperato all'obbligo di cui nel precedente comma o non sia in regola con i versamenti dei contributi maturati."

⁵⁴ Prima del 1949, alla guida dell'INAM si susseguirono l'amministrazione Grandi, amministrazione Baldi e l'amministrazione Mosconi, di cui però non si hanno molte notizie. Cfr. INAM, *I problemi del servizio sociale*, 1950, anno V n.1, gennaio-febbraio 1950, *Il riordinamento degli enti previdenziali nel discorso di Vincenzo Monaldi al Senato*, p. 136.

⁵⁵ D. Felisini, *Giuseppe Petrilli*, in *Dizionario biografico degli italiani*, vol. 82 (2015), Treccani, da https://www.treccani.it/enciclopedia/giuseppe-petrilli_%28Dizionario-Biografico%29/, consultato il 2/10/2023.

nel 1960 Fanfani lo volle alla guida dell'Istituto per la ricostruzione industriale (IRI), in un momento di crescente interesse per l'istituto a causa dell'intento del governo di impegnarsi nella programmazione e dell'intervento dello Stato nell'economia⁵⁶. Il suo mandato si interruppe nel 1979, in un periodo in cui il suo operato venne rivalutato in seguito a risultati di gestione non brillanti dell'istituto, che attraversò, dopo una fase di forte consenso anche internazionale durante gli anni del boom economico, un periodo di perdite e scandali finanziari. La sua concezione del ruolo dell'IRI è stata infatti probabilmente influenzata dagli interessi sociali maturati nel corso della sua lunga esperienza negli istituti previdenziali, concependo l'impegno dello Stato nell'economia come stimolo e appoggio nei periodi di crescita, ma anche come responsabile degli "oneri impropri", teoria secondo la quale lo Stato doveva assumere anche importanti finalità sociali, eventuali costi e diseconomie⁵⁷, convinzioni che si portò dietro nel corso di tutta la sua carriera professionale.

Conosciamo le opinioni del direttore dell'INAM in merito alla sicurezza sociale grazie a numerose sue pubblicazioni, sia in volume che come contributi sulla rivista dell'ente. Negli anni Cinquanta, le sue riflessioni si concentrarono intorno le principali criticità del funzionamento dell'assicurazione malattia in Italia e della sua gestione, permettendoci di inquadrare le cause dello sbilanciamento progressivamente crescente tra le entrate e le uscite dell'istituto che, non sanate nei decenni successivi, avrebbero portato all'insostenibilità del sistema, e permettendoci di non esprimere dubbi sulla consapevolezza di queste dinamiche da parte della direzione e del Consiglio di amministrazione dell'ente.

Le entrate dell'INAM erano costituite in sostanza dal prodotto di due elementi: il montante⁵⁸ delle retribuzioni soggette a contributo; e la misura dell'aliquota contributiva (contributo per lira di retribuzione). Il primo elemento era ovviamente dipendente da fattori fuori dal controllo dell'istituto: fattori demografici, economici, finanziari, politici, sociali, di mobilità di lavoro, di stato dell'occupazione; l'aliquota contributiva, sebbene potenzialmente variabile, aveva comunque altri vincoli: fissata per legge o per decreto e quindi lenta a cambiare, era in questo periodo funzione del salario. Non solo nel dopoguerra la situazione del mercato del lavoro, come è noto, era di larga disoccupazione e di generale basso livello delle retribuzioni; il legislatore doveva anche porre attenzione al fatto che all'aumento della misura del contributo sociale poteva corrispondere una diminuzione nella possibilità di occupazione, con l'ulteriore conseguenza negativa di un onere assistenziale esaltato per i disoccupati e i sottoccupati senza corrispondente copertura contributiva, e

⁵⁶ A. Dafano, *La politica economica della Democrazia Cristiana (1948-1963) e il dibattito all'interno del partito*, MPRA Paper 72156, University Library of Munich, Germany, June 2016, p. 17; per un inquadramento generale del tema cfr. G. Sapelli, *Storia economica dell'Italia contemporanea*, Mondadori, Milano 2008.

⁵⁷ D. Felisini, *Giuseppe Petrilli*, in *Dizionario biografico degli italiani*, op. cit.

⁵⁸ In matematica finanziaria, il valore monetario riferito al termine di un intervallo di tempo comprensivo del capitale iniziale e degli interessi maturati nell'intervallo di tempo di riferimento; concetto particolarmente usato nel contesto previdenziale, in particolare nell'espressione "montante contributivo", usato a fini pensionistici.

incidente in via indiretta sul lavoro attivo e sulla produzione.⁵⁹

Come si può ragionevolmente intuire, le entrate contributive dell'INAM dal 1947 al 1953, nel periodo di ripresa dell'economia italiana dopo il disastro della guerra, crebbero: posto uguale a 100 il contributo di malattia confluito nelle casse dell'ente nel 1947, l'indice si era elevato a 156 nel 1949, a 238 nel 1951, a 290 nel 1953.⁶⁰ Tale incremento fu dovuto principalmente al numero degli assicurati, che ha segnato, nel 1953, un aumento del 12% rispetto al 1947; in parte vi era stato anche un aumento dell'aliquota contributiva in alcuni settori. Si era in questo periodo anche lavorato di più, con maggiore continuità e con retribuzioni maggiori; Petrilli riconosceva anche tra i fattori positivi del periodo una maggiore organizzazione dei servizi dell'ente⁶¹.

Tra i fattori negativi, invece, vi era senza dubbio il fenomeno della carenza contributiva nel settore dell'agricoltura, su cui l'INAM non aveva potere d'azione se non operando una segnalazione del problema al Governo e alle parti politiche. Tra i contadini non solo il contributo era più basso, ma anche versato per un numero inferiore di giornate all'anno rispetto ad altri settori: 130 giornate contro 230, nonostante la copertura assicurativa si estendesse durante tutto il corso dell'anno. Un altro problema che veniva definito enorme era l'evasione contributiva. L'INAM registrava inoltre un forte credito nei confronti delle aziende del gruppo IRI.⁶²

Su 100 lire di spesa, l'INAM ne utilizzava 19 per le prestazioni economiche, come il contributo diretto di malattia in funzione del salario⁶³, 69 per le prestazioni sanitarie (medico-generiche, ambulatoriali, farmaceutiche, ospedaliere), 11 per le spese di gestione e solo 1 per le attrezzature. Questo dato fa facilmente intuire come la modernizzazione delle strutture non potesse essere la priorità, e le lamentele sull'arretratezza degli ambulatori anche nei decenni successivi non devono a questo punto stupire. L'istituto inoltre spendeva gran parte delle sue entrate per la copertura di malattie di breve durata, disperdendo gran parte dei propri mezzi assistenziali "a copertura di rischi per cui non sarebbe assolutamente indispensabile l'intervento economico della protezione sociale"⁶⁴, con il risultato che la vasta protezione di eventi leggeri rendeva scoperti da tutela gli eventi gravi⁶⁵. Il bilancio dell'INAM

⁵⁹ G. Petrilli, *La sicurezza sociale*, Cappelli editore, Rocca san Casciano 1956, p. 224.

⁶⁰ G. Petrilli, *I problemi dell'Istituto Nazionale per l'assicurazione contro le malattie nell'attuale momento*, in I problemi del servizio sociale, anno IX n. 6, novembre-dicembre 1954, p. 696.

⁶¹ Ibidem.

⁶² Ivi, p. 698. Molto nota è la tradizione che voleva gli istituti previdenziali come fonti di finanziamento per esigenze che esulavano la tutela della popolazione, come nel caso dell'INPS e del finanziamento di altre esigenze del regime fascista (immobiliari, di investimento in altre imprese di Stato, ma soprattutto dei progetti coloniali del regime: cfr. C. Giorgi, *La previdenza del regime. Storia dell'INPS durante il fascismo*, op. cit., pp. 49-66.

⁶³ Si ricorda che questo tipo di contributo era garantito, anche se in misura minore, anche ai familiari dell'assicurato.

⁶⁴ G. Petrilli, *I problemi dell'Istituto Nazionale per l'assicurazione contro le malattie nell'attuale momento*, in I problemi del servizio sociale, anno IX n. 6, novembre-dicembre 1954, p. 703.

⁶⁵ Su questo, vi fu una ampia produzione nelle riviste collegate all'ente anche negli anni successivi: il cosiddetto "piccolo rischio" continuò ad assorbire negli anni successivi quote delle risorse degli enti previdenziali considerate eccessive rispetto al danno effettivo provocato da queste malattie minori. Al riguardo di questo problema si cominciava a parlare di mancanza di consapevolezza e di spirito mutualistico, che verrà usata anche in relazione alla crescita della spesa farmaceutica. Cfr. S. Dragonetti, *Il cosiddetto "piccolo rischio"*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, anno XIV n. 3, maggio-giugno 1959, pp. 400-409.

era gravato anche dall'impostazione familistica del welfare ereditata dal fascismo. L'assistenza che prima della guerra veniva infatti erogata dal medico condotto a persone iscritte negli elenchi dei poveri era passata nel dopoguerra a carico dell'ente, o perché questi soggetti erano familiari a carico di lavoratori assicurati, o per aver essi stessi lavorato per un breve periodo, che poteva essere limitato anche solo a pochi giorni l'anno.

L'assicurazione di malattia copriva inoltre oneri attinenti al servizio ospedaliero, rilevanti e che non avrebbero dovuto essere di competenza della sola parte lavoratrice della popolazione: il servizio di pronto soccorso, l'ammortamento delle nuove attrezzature ospedaliere e dei nuovi impianti (sempre comunque insufficiente rispetto alle necessità, come spesso notato nelle riviste di settore), la maggior durata dei ricoveri finalizzata alla formazione dei giovani medici o alla ricerca scientifica.⁶⁶ Notevole problema anche il diritto alla copertura dei lavoratori nei periodi di disoccupazione.

Petrilli sosteneva che la situazione del personale dipendente dell'INAM era in controtendenza rispetto alla situazione generale degli enti pubblici amministrativi del dopoguerra: il personale sanitario era sì aumentato da 2.917 a 4.768 unità, ma il personale amministrativo era sceso dalle 9.052 unità del 1950 alle 8.967 del 1953, nonostante un bilancio raddoppiato nel volume.⁶⁷ Doveroso notare comunque che, in questa fase, il personale amministrativo era ancora circa il doppio di quello sanitario. Molto grave veniva giudicata l'assenza di precisione nelle modalità e quantità di erogazione dell'assistenza dal punto di vista legislativo; il regolamento di esecuzione, previsto dalla stessa legge istitutiva, nel 1954, dopo undici anni, non era ancora stato emanato, causando enorme confusione di bilancio dell'ente e una vita difficile dal punto di vista economico e amministrativo. Oltre all'aumento del numero dei beneficiari (che comunque andava di pari passo con il contributo dovuto all'ente), due cose preoccupavano il direttore dell'INAM negli anni Cinquanta: l'aumento del volume pro-capite delle prestazioni, cresciuto da 100 a 185; il costo medio delle prestazioni, cresciuto parallelamente da 100 a 171. Molto interessanti le osservazioni di Petrilli sui motivi di questi aumenti:

Qualcuno potrebbe chiedersi per quale ragione l'Amministrazione dell'ente non sia intervenuta a frenare l'aumento di costo delle prestazioni. Ecco la risposta: il costo della prestazione medico-generica non può essere determinato dall'istituto ma deve essere concordato con le categorie sanitarie che nelle loro richieste non tengono conto delle esigenze finanziarie dell'ente; il prezzo dei prodotti medicinali e la determinazione delle rette ospedaliere sono fissati al di fuori di ogni possibilità d'intervento dell'Istituto, cui non resta che prendere atto degli aumenti intervenuti e protestare, ma senza alcun risultato. [...] Nell'assistenza generica e in quella farmaceutica, invece, per un complesso di circostanze – tra le quali l'accresciuta coscienza mutualistica dei lavoratori – si è registrato un incremento nel ricorso alle prestazioni, del tutto eccessivo e non giustificato dall'andamento della morbilità.⁶⁸

⁶⁶ G. Petrilli, *La sicurezza sociale*, op. cit., p. 315.

⁶⁷ G. Petrilli, *I problemi dell'Istituto Nazionale per l'assicurazione contro le malattie nell'attuale momento*, in *I problemi del servizio sociale*, anno IX n. 6, novembre-dicembre 1954, p. 702.

⁶⁸ Ivi, p. 705.

E, forse ancora più interessante, Petrilli notava che questo aumento di spesa non era uniforme, ma avveniva in certe zone più che in altre, e in alcune circostanze più che in altre, ma quasi sempre “in correlazione con l’aumento delle iscrizioni di medici generici negli albi mutualistici”⁶⁹.

Un’ultima osservazione che lascia intuire la profonda consapevolezza dei problemi esistenti già all’inizio dell’attività dell’ente era l’auspicio di una trasformazione progressiva della protezione dal rischio di malattia in un sistema assistenziale coerente e integrato. Furono, come si vedrà, l’incapacità politica di realizzare un tale sistema, l’impossibilità di effettuare una coerente gestione economica a causa di interessi contrapposti, contemporaneamente alla legittima progressiva esigenza di ammodernare e fornire un’assistenza migliore e più universale, a condannare l’INAM. Tuttavia, la consapevolezza della situazione fu sempre sotto gli occhi di tutti: i suoi direttori, la classe politica, i medici, le burocrazie ministeriali.

5.2 Rapporto con i medici

Già nel 1947 l’INAM si trovava in difficoltà con i pagamenti stipendiali ai propri dipendenti: in seguito alla necessità di riordinare l’amministrazione dell’ente nella prima fase repubblicana, quest’ultimo non riusciva infatti a pagare gli straordinari ai lavoratori che si fermavano oltre l’orario, e chiedeva comprensione in conseguenza delle “difficoltà in cui l’ente si dibatte”, promettendo un cambiamento della situazione in sede di riesame dei regolamenti organici.⁷⁰

Per assicurare l’assistenza, in attesa della riformulazione dei rapporti con i medici, l’INAM si preoccupava inoltre di stabilire alcune norme valide nel periodo di transizione: la possibilità di istituire rapporti lavorativi diretti con i singoli medici, su base fiduciaria e basati sui compensi medi in quel momento in vigore (più favorevoli dei contratti collettivi stipulati tra le casse e i professionisti); la sospensione temporanea per i medici dell’impossibilità di praticare attività privata in favore degli assicurati; se i medici ospedalieri rifiutavano il ricovero degli assicurati, a causa dei ritardi nei rimborsi delle rette ospedaliere da parte dell’INAM, la richiesta di confrontarsi direttamente con le amministrazioni ospedaliere; la possibilità di usare, in particolare in zone scarsamente scoperte di personale assistenziale, lavoratori precedentemente considerati inabili al lavoro, e anche al supporto più intenso del personale non medico.⁷¹ Si dava anche notizia di agitazioni e scioperi tra i medici per l’insoddisfazione dei rapporti con le casse mutue.

Nel 1949, il continuo ritardo nell’emanazione di una normativa su una più precisa organizzazione

⁶⁹ Ibidem.

⁷⁰ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, lettere circolari, anno 1947, *Nota riservata ai funzionari svolgenti attribuzioni direttive*, Prot. N. 75771, 22 dicembre 1947.

⁷¹ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1947, *Disciplina dei rapporti con i sanitari – Nota riservata per i signori direttori provinciali ed ispettori regionali*, Prot. N. 76145, Roma 27/12/1947.

dell'ente obbligava a prendere delle misure più serie, perlomeno a carattere temporaneo, per garantire l'erogazione delle prestazioni. Vennero così costituiti i Comitati di sezione territoriale, emanazione dei Comitati provinciali, che dovevano garantire l'erogazione delle prestazioni soprattutto “dove maggiore è l'addensamento dei lavoratori”⁷², con diversi compiti, che andavano dalla effettiva erogazione delle prestazioni al controllo sulla regolare iscrizione dei lavoratori alla cassa, al versamento dei contributi da parte di lavoratori e aziende, all'erogazione di eventuali sussidi straordinari. Queste strutture, che nella documentazione degli anni Quaranta venivano descritte come temporanee, furono in funzione invece per decenni e divennero il fulcro funzionale del lavoro dell'ente a livello territoriale.

Nello stesso anno l'INAM si trovava in un'impasse anche nel definire i criteri della contrattazione con i medici. Nel 1948 il Commissario straordinario dell'INAM Pietro Mosconi, avvocato, aveva dato avvio alle contrattazioni per definire un accordo tra l'ente e le categorie sanitarie. Le richieste dei medici erano, a suo parere, particolarmente gravose⁷³: essenzialmente, richiedevano la libera scelta del medico per la cura dell'assistito a prescindere dalla preesistente esistenza di ambulatori gestiti dall'INAM; e un aumento delle tariffe provinciali per le prestazioni offerte, reputate inaccettabili dalla direzione della cassa mutua per la sua situazione finanziaria. La direzione centrale dell'INAM si appellò allo “spirito di comprensione delle rappresentanze nazionali dei medici, onde proseguire le trattative”⁷⁴. La risposta da parte medica fu di totale conferma delle proprie richieste precedenti, bloccando il rinnovo degli accordi provinciali in scadenza, e lasciando presagire ulteriori richieste per l'anno successivo. Infatti, le osservazioni che giunsero a Roma da parte delle rappresentanze dei sanitari erano relative alla possibilità di individuare diversi tipi di lavoratori a cui erogare l'assistenza: ai lavoratori manuali i medici proponevano di erogare l'assistenza diretta, mentre chiedevano di erogare al ceto impiegatizio un'assistenza a rimborso, che si andava ad aggiungere al pagamento del sanitario da parte della mutua.⁷⁵ Anche il rapporto proposto dai medici sulla figura del medico di famiglia era assolutamente inaccettabile da parte della cassa. Questa figura, strettamente connessa con il sistema di assistenza diretta, veniva normata dalla legge istitutiva dell'ente in questo modo: il medico di famiglia rappresentava il sanitario di fiducia dell'assicurato, che lo sceglieva liberamente e lo manteneva indefinitamente nel tempo, a meno di ragioni che lo portavano a rimettere in discussione la scelta iniziale; a lui spettava l'erogazione di tutte le prestazioni curative, avvalendosi

⁷² Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1949, *Sulla costituzione e funzione dei comitati di sezione territoriale*, Lettera circolare dell'8 febbraio 1949, n. 5/SG.

⁷³ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1949, *Trattative con le associazioni nazionali dei medici per una nuova convenzione*, Lettera circolare del 14 febbraio 1949, n. 6/SG.

⁷⁴ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1949, *Trattative con le associazioni nazionali dei medici per una nuova convenzione*, Lettera circolare del 19 febbraio 1949, n. 8/SG.

⁷⁵ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1949, *Trattative con le Associazioni Nazionali dei Medici per una nuova Convenzione – Allegato E*, 19 febbraio 1949, n. 8/SG.

in alcuni casi della collaborazione di specialisti.⁷⁶ L'INAM esprimeva l'opinione che la scelta del medico dovesse avvenire liberamente da parte del lavoratore all'inizio dell'anno, proponendo la retribuzione non per quota capitaria, ma a notula (quindi, si potrebbe dire, "a cottimo"), associando delle osservazioni in proposito:

L'Istituto si rende conto del disagio economico in cui versa la classe sanitaria nel suo insieme, ed avverte anche che la ragione di tale disagio è fondamentalmente dovuta al grande aumento del numero dei medici, che si è pressoché raddoppiato nel corso degli ultimi dieci anni e tende ad accrescersi ulteriormente con una proporzione ben diversa da quella dell'incremento naturale della popolazione.

D'altra parte l'istituto ritiene necessario sottolineare che la massa dei suoi assistibili rappresenta circa un terzo della popolazione italiana e che pertanto le possibilità dell'assorbimento dell'attività dei medici dovrebbero essere circoscritte alle stesse proporzioni, affinché non si produca da un lato l'irrisorietà dei compensi, dall'altro l'affannosa ricerca dell'artificio per renderli più conformi ai bisogni.

Ai fini di una valutazione sempre più completa dei rapporti generali che intercorrono tra i medici e l'istituto, va anche rilevato che l'incremento delle forme sociali, in Italia, ha spostato larghe masse della popolazione dal piano dell'assistenza gratuita a carico dei Comuni (elenchi dei poveri) a quella dell'assicurazione contro le malattie, con evidente beneficio delle stesse classi sanitarie.⁷⁷

L'INAM era mosso da motivazioni di carattere gestionale e finanziario, sulla base dei dati relativi alla situazione economica dell'Istituto e dell'incidenza delle varie voci di spesa rilevate dai dati del 1948⁷⁸:

Assistenza medico-generica	9.34%
Assistenza farmaceutica	24.12%
Assistenza ospedaliera	20.98%
Gestione ambulatoriale diretta	5.14%
Assistenza specialistica extra ambulatoriale	1.54%
Altre assistenze	4.43%
Direzione sanitaria	1.15%
Prestazioni economiche (indennità, assegni...)	24.50%
Spese amministrative	11.97%
Totale	103.17%

Da questa tabella si deduce che il totale delle spese sanitarie era già il più alto di tutti gli altri elementi

⁷⁶ Legge 11 gennaio 1943 n. 138, Costituzione dell'ente Mutualità fascista – Istituto per l'assistenza malattia ai lavoratori, art. 8.

⁷⁷ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1949, *Trattative con le Associazioni Nazionali dei Medici per una nuova convenzione – Allegato E*, 19 febbraio 1949, n. 8/SG.

⁷⁸ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1949, *Nota sulla situazione finanziaria 1948*, 15 marzo 1949.

e valeva il 66,7%, e che l'ente aveva chiuso l'anno con un passivo del 3,17%. L'ufficio amministrativo che aveva compilato questo resoconto faceva anche notare che

Il riferimento percentuale predetto è stato esposto sui contributi dovuti e non su quelli effettivamente riscossi: con la conseguenza che la situazione finanziaria (ciò può non interessare i medici) è di gran lunga più grave.⁷⁹

Il Commissario INAM sosteneva che in questa situazione era stata offerta ai medici una soluzione che implicava tra i 3 miliardi e i 3 miliardi e mezzo di aggravamento degli oneri di bilancio, e che quindi non era possibile andare oltre, a maggior ragione in conseguenza di quello che l'ente considerava un danno perpetrato dai medici ai suoi danni: l'indiscriminata ricetta di farmaci, testimoniata dal fatto che dal 1947 al 1948 si era passati da poco più di 4 miliardi a oltre 11 miliardi di uscite per questa voce⁸⁰.

Il 1° maggio 1949 l'INAM, non in grado di dirimere la questione, rimetteva tutta la pratica ai Ministeri del Lavoro e della Previdenza sociale e del Tesoro.⁸¹ Fanfani, in questi anni a capo del Ministero del lavoro, convocò così le due parti, enunciando i suoi criteri di massima per un'amichevole ripresa dei colloqui: chiedeva che i medici definissero meglio la propria rappresentanza⁸², e che si ponessero in posizione collaborativa con l'ente in modo da trovare una soluzione mediana sulle retribuzioni, la libera scelta del medico da parte del paziente e la possibilità di continuare a stipulare accordi provinciali invece di un unico accordo nazionale.⁸³ La documentazione dell'INAM riporta che a questo punto scoppiarono forti scioperi tra i medici, in particolare nella città di Genova, e che la Federazione Nazionale degli Ordini non intervenne, al contrario di quanto si auspicava il ministero del Lavoro⁸⁴. Anche a seguito di tale situazione, l'INAM inviò una lettera alla Federazione e al Sindacato nazionale dei medici, nella quale confermava le proprie proposte precedenti e fissava, in accordo con il ministero del Lavoro, la data del 25 giugno per riprendere le trattative. Tuttavia,

il 16 giugno 1949 si presentavano alla sede centrale dell'INAM il Presidente dell'Ordine dei Medici prof. Lazzé⁸⁵, il vicesegretario della Federazione nazionale dei medici dott. De Vita, accompagnati da altri 3 o 4 componenti della giunta dell'ordine medesimo, i quali dopo aver dichiarato che altri colleghi della giunta, tra i quali lo stesso Segretario

⁷⁹ Ibidem.

⁸⁰ Ivi.

⁸¹ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1949, *Trattative con i medici*, Circolare n. 40/SG del 24 giugno.

⁸² L'interlocutore con cui l'INAM poteva stipulare gli accordi erano infatti federazioni e associazioni professionali, ordini, sindacati, che facevano tutti pressione sull'ente per ottenere delle migliori condizioni contrattuali.

⁸³ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1949, *Trattative con i medici*, Circolare n. 40/SG del 24 giugno, Allegato M.

⁸⁴ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1949, *Trattative con i medici*, Circolare n. 40/SG del 24 giugno

⁸⁵ Membro, nel triennio '50-'52, del CSS, ma anche componente del consiglio direttivo INA-casa presso il Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale: molte carriere di questo genere, tra ministeri, enti, ospedali e casse mutue, fanno parte delle biografie dei componenti del CSS e dei direttori degli enti sanitari parapubblici, a testimonianza del fatto che la dirigenza nazionale di questo settore era per larga parte nelle mani di qualche centinaia di medici con carriere particolarmente brillanti, con largo potere decisionale e di influenza.

nazionale del sindacato dei medici, dott. Provasi, si erano semplicemente rifiutati di intervenire, ritenendolo inutile, ponevano nuovamente sul tappeto le solite richieste *sine qua non*, che già erano state oggetto di contrasti fino al febbraio u.s. ed affermavano che si sentivano autorizzati a concludere solo se le richieste medesime fossero state integralmente accettate.

Dopo la sconfessione assoluta degli accordi siglati in data 11/4/1949 dalla Commissione proposta dal prof. Bonomo, dal dott. Provasi e dal dott. Dal Forno, gli intervenuti ripetevano così per la terza e quarta volta il gioco di porre l'INAM non davanti ad una delegazione validamente autorizzata a trattare, ma davanti ad iniziative di carattere pressoché individuali certamente destinate ad impegnare il Commissario dell'INAM a nuove concessioni e a smantellarne progressivamente le resistenze.⁸⁶

L'INAM si rivolse così nuovamente al Ministero del lavoro, lamentando che l'istituto non aveva che due vie d'uscita: confidare in un intervento più energico del ministero; oppure offrire la possibilità di stipulare accordi di carattere provinciale e di organizzazione diretta dei servizi medici sulla base di contratti individuali, prolungando indefinitamente delle norme che dovevano essere temporanee. Alla ripresa delle trattative, un telegramma proveniente dall'associazione nazionale dei medici condotti comunicava che questi ultimi non avrebbero accettato alcun accordo in assenza di loro rappresentanti; la firma era del dott. Provasi, segretario nazionale del sindacato dei medici che aveva rifiutato di presentarsi presso l'INAM nelle trattative precedenti, reputandolo "inutile"⁸⁷. Il Commissario dell'INAM, l'avvocato Pietro Mosconi, inviava quindi alle rappresentanze mediche un telegramma totalmente rinunciatorio, in cui si legge:

Non metto minimamente in dubbio la legittimità delle rappresentanze con le quali ieri e oggi ho trattato, ma domando con quale tranquillità potrei proseguire nelle conversazioni e raggiungere eventualmente l'intesa in queste inquietanti circostanze ed in presenza di tali diffide. [...] Ritengo, perciò, più positivo, anche se non più vantaggioso per l'INAM, uscire da questo vago stato di crisi ed accogliere gli inviti a concludere provincialmente, sulla base di quanto già è stato inteso qui a Roma.⁸⁸

Si ebbe così la prima sconfitta dell'INAM nei confronti della classe medica del periodo repubblicano: l'ente dovette rinunciare a stipulare un unico accordo nazionale, accentuando la confusione normativa già legata alla mancanza di un regolamento legislativo.

La prima serie di norme, dopo lunghe trattative, fu definitivamente stabilita nel 1951⁸⁹; fu introdotto nella larghissima maggioranza dei casi il sistema di scelta del medico da parte dell'assistito, con criteri però poco chiari. Il beneficiario aveva infatti la possibilità di scegliere il medico all'inizio di ogni "ciclo di malattia", con impossibilità, anche in questo caso, di definire in cosa precisamente

⁸⁶ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1949, *Trattative con i medici*, Circolare n. 40/SG del 24 giugno.

⁸⁷ Ivi.

⁸⁸ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1949, *Trattative con i medici*, Circolare n. 40/SG del 24 giugno, Allegato M.

⁸⁹ G. Petrilli, *I rapporti con i medici*, in *I problemi del servizio sociale*, anno IX n. 6, novembre-dicembre 1954, p. 710.

consistesse questa definizione. La convenzione del 1951 diede luogo a una serie di inconvenienti, primo tra i quali, sosteneva il direttore dell'INAM, una “libertà senza limiti”⁹⁰ a vantaggio della professione medica, che aveva portato a “fenomeni di punta veramente notevoli nel numero degli atti medici e nelle prescrizioni farmaceutiche”⁹¹. Impossibile da calcolare precisamente, il surplus e gli sprechi venivano stimati pari a perlomeno il 10% del totale.

Questo atto fu integrato, nel 1953, da un accordo che, prorogando i termini, prevedeva aumenti nei compensi ed istituiva una commissione per la stesura del nuovo testo di convenzione; a tale stesura avrebbero partecipato non soltanto l'istituto e i medici, ma tutte le categorie interessate, lavoratori e datori di lavoro, sotto la supervisione del Ministero del lavoro e dell'ACIS. Questo nuovo accordo puntava a risolvere i problemi che si erano venuti creando nel corso di questo periodo nel lavoro dei professionisti sanitari, e di contenere gli sprechi. Il sistema non si era infatti dimostrato equo nemmeno per i medici, che si trovavano in posizioni nettamente diverse anche tra dipendenti dello stesso ente. Erano 28.830 infatti i professionisti iscritti, alla fine del 1953, negli elenchi per l'assistenza medico-generica alla popolazione tutelata dall'INAM⁹². Di essi, il 12% non aveva mai lavorato per l'istituto, mai stato chiamato ad effettuare visite; il 17% aveva assorbito, per i propri compensi, oltre la metà del complesso degli onorari corrisposti dall'ente, e il restante, ovvero il 71% dei medici iscritti negli elenchi, aveva avuto la parte rimanente. Un sesto dei medici aderenti al sistema aveva così percepito la metà dei guadagni disponibili, e la popolazione assicurata aveva usufruito di una minoranza dei professionisti disponibili.

Fu così l'ACIS ad avanzare una nuova proposta, che doveva dirimere una questione importante: si proponeva di restringere gli elenchi (prima aperti e condizionati dalla sola volontà dei medici di iscriversi) proporzionandoli, zona per zona, al numero degli assistibili; si proponeva infine di retribuire il medico con un compenso che fosse in parte fisso e in parte a notula, proprio per venire incontro alle diverse esigenze dei professionisti sanitari, che non erano concordi sulla modalità di retribuzione preferita.⁹³

Anche la proposta dell'Alto Commissario fu respinta da parte dei rappresentanti di medici; ed il

⁹⁰ Ivi, p. 711.

⁹¹ Ibidem.

⁹² Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1954, *Trattative con i medici*, Circolare n. 188, pp. 12-15.

⁹³ I medici convenzionati con l'INAM potevano essere compensati secondo quattro sistemi diversi: “notula”, una sorta di cottimo in cui la retribuzione avveniva in base alle visite effettuate; “quote a componenti variabili”, in cui il medico percepiva un compenso capitaro annuo per ogni assistibile, variabile secondo il settore di appartenenza lavorativa del paziente, se bambino o adulto ed altri dati del paziente; “doppio forfait”, simile al sistema precedente con differenza nella misura della quota di compenso capitaro; infine con il “sistema misto”, in cui le visite domiciliari venivano retribuite “a notula”, mentre per le visite ambulatoriali era previsto un compenso forfettario annuo pro-capite, anche questo variabile secondo il settore di appartenenza del paziente. La preferenza dei medici era in genere per un sistema misto, con un fisso in base al numero di pazienti più una parte che poteva provenire dalle visite a domicilio o ambulatoriali; vi erano però anche professionisti, quelli che lavoravano poco e che non riuscivano a fidelizzare clientele ampie, che premevano per compensi completamente a notula. Cfr. ACS, INAM, b. 1, *L'assistenza concessa dai medici generici iscritti negli albi mutualistici*, 1954, p. 311.

Ministro del Lavoro invitò l'istituto ad attendere fino al 9 novembre 1954, dopo di che l'INAM avrebbe avuto libertà d'azione nel porre le regole che riteneva opportune. Prima di tale data arrivò effettivamente una proposta dalle tre grandi organizzazioni sindacali dei lavoratori: la CGIL, la CISL e la UIL, che tentarono di intavolare una soluzione di compromesso. Anche questa venne rigettata dalle associazioni dei medici, ritenendo gli accordi troppo sfavorevoli per la categoria⁹⁴, collezionando una impressionante serie di rifiuti alle proposte ministeriali e di tutte le parti coinvolte. Il Ministero del Lavoro arrestò quindi i lavori della Commissione interministeriale e dispose che l'INAM stilasse un regolamento dei rapporti con le categorie sanitarie, per l'assistenza medico-generica, quella specialistica e ospedaliera. Bisogna dire però che nel corso degli anni Cinquanta molte rimostranze furono avanzate all'INAM centrale a causa di alcune sedi locali che tardavano o non versavano per nulla i contributi previdenziali del personale sanitario alla cassa apposita, l'ENPAM (Ente Nazionale Previdenza e Assistenza dei Medici), generando risentimento nella categoria medica.

Venivano progressivamente a galla anche le incertezze nelle stipule delle convenzioni tra INAM e amministrazioni degli ospedali, la cui poca chiarezza prestava il fianco a rivendicazioni e rimpalli di competenza su alcuni punti, uno tra i quali erano i compensi dei medici ospedalieri.⁹⁵ Risulta infatti dalla documentazione INAM che dalle province arrivavano delle richieste per separare i pagamenti dei compensi dei medici dalle rette, che erano invece dovute alle amministrazioni degli ospedali, da cui andava decurtata una parte a favore dei salari dei dipendenti sanitari; queste richieste venivano respinte, dando luogo a risentimenti che avrebbero probabilmente contribuito ad alimentare il malcontento e gli scioperi del decennio successivo⁹⁶. Il Ministero delle Finanze rifiutò inoltre in questi stessi anni di esentare la retribuzione sui salari per i medici che veniva erogata dall'INAM alle amministrazioni ospedaliere⁹⁷. La tassazione cui questi salari erano soggetti era l'imposta generale sulle entrate (IGE), un'imposta sul volume d'affari che verrà poi sostituita negli anni Settanta dall'IVA⁹⁸. La richiesta veniva dagli ospedali, alla ricerca di miglioramenti nei propri bilanci, che

⁹⁴ G. Petrilli, *I problemi dell'Istituto Nazionale per l'assicurazione contro le malattie nell'attuale momento*, in *I problemi del servizio sociale*, anno IX n. 6, novembre-dicembre 1954, p. 714.

⁹⁵ Per i problemi inerenti agli accordi tra ospedali e INAM, le frequenti incomprensioni e i tentativi di scaricare i costi dall'una all'altra parte, si veda C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello stato sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna 2021, pp. 419-430.

⁹⁶ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1951, *Compenso ai medici ospedalieri*, Circolare n. 7/VII, 31 gennaio 1951.

⁹⁷ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1951, *Imposta generale sull'entrata sui compensi ai medici ospedalieri*, Lettera circolare n. 44/SG, 26 giugno 1951.

⁹⁸ Per un quadro generale sulla tassazione indiretta in Italia fino agli anni Cinquanta, cfr. O. Cesareo, *L'imposta generale sull'entrata*, Tipografia Squarci, Roma 1953. Nel 1960, l'INAM sollevò nuovamente il problema dell'IGE, applicata sui compensi dei medici ospedalieri; il problema lamentato era che "l'Istituto è chiamato ad assolvere il tributo in questione sull'intero ammontare del conto ospedaliero, nel quale figurano i compensi da devolvere ai sanitari curanti, compensi che non costituiscono un'entrata dell'ospedale anche se [...] la liquidazione di essi deve essere effettuata dagli Enti mutualistici tramite le amministrazioni ospedaliere, anziché direttamente agli interessati". L'INAM si rivolgeva agli organi ministeriali auspicando l'eliminazione di questo onere, che reputava improprio; nel frattempo inaugurava una modalità di pagamento distinta nei confronti degli ospedali, una per le rette e una per i compensi dei sanitari, con il calcolo

erano usciti dalla Seconda guerra mondiale in ribasso praticamente ovunque in seguito a inflazione, bombardamenti e scarsità di risorse (con le consuete differenze tra ospedali urbani, del Nord e in grado di contare su grossi patrimoni e quelli del Sud, delle aree rurali e scarsamente industrializzate, che non potevano nemmeno contare su una significativa beneficenza privata⁹⁹).

Nel 1965, l'INAM si trovava nuovamente a ripercorrere i suoi rapporti con la classe medica, in conseguenza di un incremento della frequenza delle prestazioni medico-generiche che era, secondo i dirigenti dell'istituto, uscito fuori controllo: nel quinquennio 1960-1965, le visite erano passate da 80.638.757 a 117.502.303, con un incremento pari al 45,71%, mentre gli aventi diritto erano passati da quasi 13 milioni a poco più di 14, con un incremento del 9,89%¹⁰⁰. L'INAM individuava tra le cause di questo incremento, oltre a normali estensioni e miglioramenti dei trattamenti, anche sprechi e dispersioni evitabili. Nel 1965 si andava incontro a un rinnovo contrattuale e il Consiglio di amministrazione dell'ente confermava i principi della libera scelta del medico e di un compenso basato su quote-base e quote addizionali pro-capite, quindi essenzialmente di un sistema misto di retribuzione. L'esigenza era quella di rendere l'incremento della spesa influenzabile soltanto da eventi giustificati, come l'incremento della popolazione assistibile e la qualificazione delle prestazioni¹⁰¹. Per contenere gli sprechi e garantire il più alto livello possibile di assistenza si proponevano: un albo unico e un massimale di pazienti per medico; la migliore distribuzione del lavoro; l'incentivazione al trasferimento del lavoro medico in zone carenti; l'inserimento di giovani medici nel sistema e l'implementazione di un servizio festivo di guardia medica. Sul piano economico, si incentivava una adeguata attribuzione dei compensi in rapporto alle località di servizio, introducendo dei compensi aggiuntivi in rapporto alle sedi disagiate di lavoro, all'anzianità, alle visite urgenti e ad eventuali eccezionali casi di morbilità. Veniva proposto anche un controllo di natura diversa da parte dell'istituto, dalla tradizionale modalità di supervisione per evitare gli abusi all'inserimento di rappresentanti dei lavoratori in seno alle commissioni delle sezioni territoriali, per realizzare una partecipazione delle categorie assistite nel governo dei fatti assistenziali.

Negli anni Sessanta, parallelamente alla crescita del debito degli enti mutualistici nei confronti degli ospedali per il rimborso delle rette per i degenti, furono particolarmente numerose le agitazioni dei medici ospedalieri per il ritardo nei pagamenti dei loro compensi. Nel 1966, in occasione degli scioperi del mese di marzo, l'INAM parlava di “notevoli sforzi condotti dall'istituto per portare a termine operazioni straordinarie di finanziamento”, per cercare di “venire incontro alle legittime

in calce dell'IGE dovuta. Cfr. Archivio INPS, Fondo INAM, Lettere circolari, anno 1960, *IGE sui compensi ai medici ospedalieri*, lettera n. 11/Rag., 14 aprile 1960.

⁹⁹ Cfr. D. Preti, *La questione ospedaliera nell'Italia fascista (1922-1940): un aspetto della modernizzazione corporativa*, in *Storia d'Italia*, Einaudi, Torino 1994, vol. 7, F. Della Peruta (a cura di), *Malattia e medicina*, op. cit., pp. 371-392.

¹⁰⁰ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1965, *Aggiornamento in merito alle trattative con la classe medica – Nota illustrativa in merito al sistema di compenso a quota capitaria*, Lettera circolare 48/B.C.S. del 23 dicembre 1965.

¹⁰¹ Ivi.

aspettative delle categorie sanitarie, ivi compresi i medici ospedalieri, per quanto concerne il pagamento degli onorari¹⁰². Si ricordava anche l'ammontare del debito cumulativo nei confronti degli ospedali, per rette e per onorari: si trattava di circa 25,5 miliardi di lire complessivi¹⁰³, e si invitavano le sedi locali a riportare i miglioramenti di bilancio al personale sanitario per cercare di contenerne il malcontento. Il 6 aprile 1966 si teneva presso il Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, alla presenza del ministro democristiano Giacinto Bosco, una riunione con i rappresentanti degli enti mutualistici, dei sindacati medici, e dei Ministeri del Tesoro, dell'Interno e della Sanità¹⁰⁴. Riguardo i rapporti tra sanitari e casse mutue, il ministro Bosco

Ha fatto presente che è necessario, innanzitutto, soddisfare l'esigenza derivante dalla programmazione economica, dal parere del CNEL e dai ripetuti inviti del Parlamento e delle Organizzazioni sindacali, di avviarsi verso una soluzione organica e unitaria, circa i metodi dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e farmaceutiche.

I rappresentanti degli Istituti hanno manifestato la loro disponibilità per un sistema tendenzialmente unitario. L'INAM ha fatto all'uopo presente che il sistema unitario da preferirsi nell'interesse degli assistiti è quello della quota capitaria da articolarsi opportunamente in modo da tener conto delle diversità esistenti in ordine alle categorie assistibili, alle zone territoriali e ad altri fattori di carattere particolare.

Nel quadro del sistema unitario, così delineato e nell'ambito della situazione economica generale e delle possibilità di bilancio degli enti, il ministro Bosco ha dichiarato la disponibilità degli Istituti per un contenuto adeguamento retributivo che costituisca un ulteriore riconoscimento dell'apprezzata opera dei medici.

Pertanto, la trattativa può utilmente continuare anche perché si è accertata la possibilità di risolvere convenientemente altri problemi, quali l'iscrizione all'Albo mutualistico, i criteri di incompatibilità, il servizio di guardia medica, i compiti delle commissioni sezionali e l'inserimento della rappresentanza dei lavoratori, la difesa della condotta medica, un modulario uniforme per tutti gli enti e la possibilità della prescrizione di più medicinali sulla stessa ricetta. [...]

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, il ministro Bosco ha fatto presente che il problema è di competenza specifica del Ministero della sanità, pur dovendosi ovviamente tenere conto delle esigenze di bilancio degli Enti mutualistici, della direttiva di governo di non aggravare di ulteriori oneri i mutuati, nonché del miglioramento dell'assistenza ospedaliera. Nel quadro di queste esigenze, gli Enti si sono dichiarati disponibili per esaminare le proposte della Federazione degli ordini dei medici nella competente sede ministeriale.¹⁰⁵

La scarsa documentazione versata in archivio da parte del Ministero della sanità impedisce di tenere traccia di queste trattative dal lato ministeriale. Dalla documentazione INAM, tuttavia, risulta che le agitazioni dei medici non si arrestarono, e che anzi le trattative andarono incontro a una rottura significativa nel corso dello stesso mese. Nell'aprile 1966 infatti il Consiglio Nazionale degli Ordini,

¹⁰² Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1966, *Agitazioni medici ospedalieri*, Circolare n. 14/R.C.S., 16 febbraio 1966.

¹⁰³ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1966, *Eventuale azione di sciopero medici ospedalieri*, Circolare n. 15/R.C.S., 17 febbraio 1966.

¹⁰⁴ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1966, *Notizie in merito alle trattative con la classe medica*, Lettera circolare n. 36/R.C.S., 7 aprile 1966.

¹⁰⁵ *Ibidem*.

ritenendo non accettabili le proposte degli enti mutualistici, deliberò, per i medici operanti nel settore dell'assistenza generica, l'interruzione di ogni rapporto con gli enti stessi, sancendo un auspicato ritorno alla "libera professione"¹⁰⁶. Le trattative tra medici e INAM tornavano ai livelli conflittuali di inizio anni Cinquanta, dando inizio a una serie di scioperi che precedettero la riforma Mariotti e rimasero nella memoria nazionale collettiva¹⁰⁷. Il nuovo intervento del ministro del Lavoro portò alla formulazione di una serie di proposte alternative che consentivano più ampie possibilità di dialogo, concedendo che le trattative potessero proseguire facendo tre proposte possibili: mantenere lo status quo, generalizzare il sistema della quota capitaria o demandare la questione a negoziati provinciali per determinare la quota di compenso.¹⁰⁸ Anche queste proposte non incontrarono il favore degli organi professionali della classe medica; tuttavia, il Consiglio Nazionale degli Ordini nella riunione del 1° maggio 1966 autorizzò gli organi esecutivi della FNOOMM¹⁰⁹ a proseguire le trattative sino al raggiungimento di un accordo per tutti i settori dell'assistenza mutualistica, accordo che fu nuovamente respinto dai medici.

Vennero interpellate così le Commissioni Lavoro e Sanità della Camera dei deputati, il Comitato interministeriale costituito allo scopo di dirimere questa questione e il Consiglio di Stato, che si espresse molto chiaramente in questi termini:

nessun potere di fissare le tariffe degli onorari è attribuito agli Ordini dei medici o alla Federazione; in virtù di tale articolo, la FNOOMM può soltanto concorrere a determinare con enti mutualistici e assistenziali i compensi delle prestazioni professionali da praticare agli assistiti dai predetti enti, confermando in tal modo che alla Federazione e agli ordini, carenti di ogni funzione di tutela economica di categoria, è conferita "soltanto la possibilità di partecipare, per fini di interesse pubblico e nei limiti della tutela del decoro professionale, alla formazione di atti che riguardano tariffe di onorari e compensi ai medici liberi professionisti".¹¹⁰

Per questi motivi, il Consiglio di Stato deliberava che non era possibile definire chiusi gli accordi "per atto di volontà di una delle due parti"; per la parte ospedaliera, doveva bastare la disponibilità degli enti a contribuire all'elaborazione di un sistema che consentisse l'utilizzazione del tempo pieno dei medici ospedalieri con le relative remunerazioni economiche adeguate, da definire nell'ambito di

¹⁰⁶ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1966, *Notizie in merito alle trattative con la classe medica*, Circolare n. 66/R.C.S. del 23 giugno 1966.

¹⁰⁷ P. Craveri, *La Repubblica dal 1958 al 1992*, in G. Galasso (a cura di), *Storia d'Italia*, UTET 1995, pp. 361-388.

¹⁰⁸ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1966, *Notizie in merito alle trattative con la classe medica*, Circolare n. 66/R.C.S. del 23 giugno 1966.

¹⁰⁹ Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, organizzato a regime provinciale come retaggio degli ordini professionali esistenti ben prima dell'Italia unita; la FNOOMM riuniva in un'organizzazione nazionale gli ordini provinciali, ma in questo periodo era solo una fra le altre organizzazioni che rivendicava il diritto di concordare le condizioni e i rapporti lavorativi dei medici, esistendo altre associazioni professionali (per gli ospedalieri, per gli specialisti...) Questo aumentava la difficoltà dell'INAM nell'individuare un interlocutore chiaro che rappresentasse i medici nel corso delle trattative, come faceva notare il Consiglio di Stato.

¹¹⁰ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1966, *Notizie in merito alle trattative con la classe medica*, Circolare n. 66/R.C.S. del 23 giugno 1966.

una disponibilità finanziaria degli enti di 16 miliardi, con un aumento medio non inferiore al 30% dei compensi fissi. Per quanto riguardava invece l'assistenza generica, furono istituite delle Commissioni di rilevazione e di collaborazione a livello sezionale con partecipazione delle rappresentanze degli enti, dei medici e dei lavoratori, in cui prendere una risoluzione definitiva a riguardo ai sistemi di quota capitaria o di notula, sapendo che data la situazione economica il Ministro non aveva consentito aumenti superiori al 5%, rimandando eventuali aumenti in caso di miglioramenti di bilancio all'anno successivo.¹¹¹

L'andamento dell'assistenza ospedaliera, nel 1967, rappresentava una forte preoccupazione per il Consiglio di Amministrazione dell'INAM: nel periodo dal 1960 al 1965, mentre si registrava un aumento dell'8,93% degli assicurati, il numero dei ricoveri si era invece elevato del 60,08%, la frequenza di ricovero aveva avuto un aumento del 49,96% e un aumento del 59% si registrava nel numero delle giornate di degenza fruite dagli assicurati. La spesa per l'assistenza ospedaliera complessiva era salita da 81,5 miliardi nel 1960 a 243,7 miliardi nel 1965, con un incremento *monstre* del 188%¹¹². Facendo invece un ragionamento sulla spesa sanitaria complessiva, nel 1952 la spesa mutualistica copriva appena il 34,9% della spesa totale, contro una spesa privata stimata intorno al 42,7% ed una spesa statale del 22,4%; fra il 1952 e il 1963, la spesa mutualistica aumentò di oltre quattro volte, mentre quella privata diminuì di un terzo, passando dal 43 al 13% del totale.¹¹³ Una delle cause principali della spesa mutualistica, secondo le statistiche interne dell'ente, era legata proprio all'aumento della spesa ospedaliera, sia a causa dell'aumento dei costi, sia del numero dei ricoveri. Oltre a una migliorata coscienza sanitaria del Paese, quest'ultimo dato veniva legato alla scarsità dei cosiddetti reparti di astanteria, una sorta di accettazione e "zona filtro" dei malati in ospedale per evitare il ricovero nei reparti interni, e una generale carenza dei pronti-soccorso, temi legati a una

Generale carenza di ordine funzionale che costituisce uno dei problemi più dibattuti dell'assistenza ospedaliera, in quanto investe soprattutto l'eccessivo ricorso da parte delle istituzioni ospedaliere al ricovero effettuato con procedura d'urgenza, nonché la sempre più frequente richiesta di spedalizzazione effettuata da medici generici e da specialisti.¹¹⁴

Particolare preoccupazione si riscontrava per l'eccessivo ricorso alla procedura di ricovero d'urgenza, che si aggirava in media intorno al 50% dei casi, "con punte che superano anche l'80-90% dei ricoveri in alcune zone"¹¹⁵. Inoltre,

¹¹¹ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1966, *Adunanza Commissione speciale Consiglio di Stato, oggetto: quesiti concernenti gli accordi della Federazione nazionale dell'ordine dei medici con gli Enti mutualistici*.

¹¹² Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1967, *Problemi connessi all'assistenza ospedaliera*, Circolare n. 18/P.O., 4 marzo 1967.

¹¹³ G. Berlinguer, *Enti locali e politica sanitaria*, Editori Riuniti, Roma 1966, p. 123.

¹¹⁴ Ibidem.

¹¹⁵ Ibidem.

L'esagerato ricorso al ricovero d'urgenza viene molte volte ad aggravare una situazione già di per sé precaria per la nota carenza dei posti-letto nei pubblici nosocomi. La facilità con cui si ricorre alla predetta procedura determina, infatti, in molti ospedali un sovraffollamento cui contribuisce, spesso in maniera anche rilevante, il ricovero dei casi di minore impegno che potrebbero invece esaurirsi a livello dell'astanteria o del pronto-soccorso. Tale sovraffollamento, oltre a comportare notevoli disagi ai ricoverati – in quanto per necessità contingenti vengono utilizzati per la degenza locali non idonei quali corridoi, sale d'attesa ecc. – può diventare addirittura pericoloso in quanto gli ospedali non sono in grado, molte volte, di far fronte a situazioni di emergenza per indisponibilità di letti.¹¹⁶

Si rilevava quindi un eccessivo ricorso all'ospedale e scarso invece alle visite domiciliari e ambulatoriali, più economiche e in molti casi sufficienti: infatti, il 25% dei ricoveri a carico dell'INAM si risolveva in un tempo inferiore a 5 giorni. Altri motivi di prolungamento della degenza erano le malattie ad andamento cronico negli anziani sprovvisti di adeguate cure familiari, le fasi pre- e post-operatorie, l'incompletezza dei quadri del personale sanitario, la carenza o insufficienza di attrezzature diagnostiche, i ricoveri presso le cliniche universitarie, spesso protratti per motivi di pratica o di studio, la cui spesa andava però a carico degli enti mutualistici. Infine, la direzione centrale dell'INAM attribuiva parte del problema alla scarsa integrazione dei servizi sanitari: si riteneva pertanto indispensabile che le sedi provinciali provvedessero a "ogni sforzo necessario" per stabilire i più cordiali e leali rapporti con le amministrazioni ospedaliere e, in particolare, con i direttori sanitari e i medici ospedalieri. Si proponeva quindi la costituzione di "consulte di intesa" a livello di ciascun ospedale, costituite dal direttore dell'ospedale o dal dirigente sanitario e dai medici di sezione territoriale dell'INAM. Tra i loro compiti, l'integrazione dell'assistenza tra ospedali e cassa, il controllo sulla durata delle degenze, efficaci servizi di pronto-soccorso e astanteria, il funzionamento degli ambulatori extra-ospedalieri.

Tra la fine degli anni Sessanta e l'inizio degli anni Settanta giunsero comunque all'exasperazione quelle dinamiche di rimpallo di responsabilità tra INAM e amministrazioni ospedaliere che, iniziate già nei Cinquanta, investivano molte aree del lavoro ospedaliero ed erano sintomo della sempre maggiore difficoltà dell'INAM di rimborsare le spese dei propri assicurati. Si riportano alcuni esempi, senza pretesa di esaustività, dei motivi di rimborso che venivano in questo periodo contestati dall'INAM: trattamento economico dei dipendenti non medici; ricoveri d'urgenza; ricoveri per tubercolosi; aumento del costo delle rette; aumenti di compenso al personale medico. Negli anni Sessanta, infatti, le pressioni per un miglioramento della condizione economica del lavoro medico si intensificavano, e le associazioni proponevano anche delle modifiche alle condizioni contrattuali per l'assistenza medico generica, in occasione del rinnovo dei contratti del 1968¹¹⁷. La Federazione

¹¹⁶ Ibidem.

¹¹⁷ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1968, *Trattative per il rinnovo degli accordi relativi all'erogazione dell'assistenza medico-generica*, Circolare n. 107/R.C.S., 29 ottobre 1968.

nazionale medici e odontoiatri, infatti, chiedeva all'INAM che il sistema di libera scelta per ciclo di malattia fosse esteso su tutto il territorio nazionale, con pagamento "a notula" delle prestazioni in misura correlata alla tariffa minima nazionale per le prestazioni medico-chirurgiche per come stabilite dal D.P.R. 28 dicembre 1965 n. 1763.¹¹⁸ Ovviamente l'elaborazione di tale tariffario era riferito alla libera professione, come testimoniano i documenti del CSS, dai dibattiti parlamentari e dalla legge stessa;¹¹⁹ tuttavia, le associazioni mediche avevano colto l'occasione per formulare delle proposte modificative dei rapporti tra casse e medici generici, avanzando una proposta che avrebbe impattato in maniera veramente significativa sui bilanci dell'INAM:

La FNOOMM ha chiesto che la nuova normativa introduca in tutto il territorio nazionale il sistema di scelta del medico per ciclo di malattia con pagamento a notula delle prestazioni in misura correlata alla tariffa minima nazionale per le prestazioni medico-chirurgiche [...] La Federazione, inoltre, ha accomunato l'introduzione dei suddetti sistemi di scelta e di pagamento dei medici all'istituzione di appositi tagliandi che l'Istituto dovrebbe fornire agli aventi diritto, dietro eventuale contributo economico, affinché questi possano usufruire delle prestazioni mediche.¹²⁰

Si trattava di una richiesta di partecipazione economica aggiuntiva agli assistiti dell'INAM, che potrebbe essere assimilata all'idea di ticket che si fece spazio negli anni Novanta come contribuzione privata alle spese del SSN. Chiaramente il Consiglio di amministrazione dell'INAM bollò tale richiesta come incompatibile con i propri scopi, il proprio bilancio e anche non in linea con la programmazione economica nazionale e il percorso verso una riforma sanitaria: il CdA quindi, dopo aver dimostrato alla controparte come il sistema richiesto, oltre a determinare specifici inconvenienti di carattere giuridico, assistenziale e organizzativo, comportava sul piano economico un sostanziale aggravamento del bilancio dell'istituto, chiedeva una proroga delle condizioni contrattuali precedenti. Il Consiglio Nazionale degli ordini dei medici aveva quindi stabilito di prendere in considerazione questa proroga purché fossero definiti invece i parametri relativi alla retribuzione per guardia medica, per la quota aggiuntiva per eccezionale morbilità e si fosse pervenuti a una rivalutazione globale dei salari dei medici, con perequazione tra i vari sistemi retributivi in tutti i settori e a un aggiornamento del contributo previdenziale¹²¹. I medici chiedevano un contraltare per il mancato adeguamento delle

¹¹⁸ *Approvazione della tariffa minima nazionale degli onorari per le prestazioni medico-chirurgiche di cui all'art. 1 della legge 21 febbraio 1963, n. 244*. Si trattava di una tabella con la specifica delle singole azioni mediche o medico-chirurgiche con corrispettivo in denaro, che andrà incontro, secondo la documentazione della cassa mutua, a successivi aggiornamenti e ritocchi negli anni successivi. Per dare un'idea, si stabiliva che un'iniezione costasse 1000 lire (circa 10 euro attuali), una lavanda gastrica 5.000 (circa 49 euro) e una tracheotomia d'urgenza 50.000 lire, ovvero circa 516 euro attuali.

¹¹⁹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore di Sanità, busta 108, *Tariffa minima nazionale degli onorari per le prestazioni medico-chirurgiche*, 24 settembre 1964; Legge 21 febbraio 1963 n. 244, *Norme generali relative agli onorari ed ai compensi per le prestazioni medico-chirurgiche e istituzione della relativa tariffa*, art. 12; Atti parlamentari, Camera dei deputati, IV legislatura, Discussioni, Seduta del 24 marzo 1965, p. 13797.

¹²⁰ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1968, *Trattative per il rinnovo degli accordi relativi all'erogazione dell'assistenza medico-generica*, Circolare n. 107/R.C.S., 29 ottobre 1968.

¹²¹ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1968, *Notizie in merito alle trattative con la*

tariffe; chiedevano inoltre una maggiorazione del capitolo di spesa interno dell'INAM per l'assistenza medico-generica del 20%. L'ente non poteva non porre delle osservazioni relative alla difficoltà di riuscire a esaudire queste richieste, visti i continui passivi e le difficoltà di bilancio che caratterizzavano questi anni:

Evidentemente tale richiesta sindacale di ordine economico sarà approfondita tra le parti in occasione degli incontri previsti per il prossimo mese di gennaio. È, tuttavia, da rilevare che la richiesta stessa non può che essere considerata in rapporto a un triplice ordine di fattori, vale a dire: alla situazione finanziaria dell'ente che non consente l'assunzione di un onere di così rilevante portata; ai riflessi che un tale provvedimento avrebbe nei confronti degli altri enti che gestiscono l'assicurazione sociale di malattia; agli aggravii di oneri correlati con prevedibili, analoghe rivendicazioni delle restanti categorie sanitarie.¹²²

Nella riunione successiva, il Consiglio di amministrazione INAM definiva le richieste da parte medica, coerentemente con quanto anticipato, “di entità tale da apparire nel loro complesso del tutto sproporzionate sia rispetto alla situazione finanziaria dell'ente, sia allo sviluppo economico del Paese.”¹²³ In questo senso, bisogna considerare che all'inizio degli anni Settanta i bilanci dell'INAM risultavano completamente fuori controllo, costringendo il sistema politico ad occuparsi di tale situazione e dando così un forte impulso alla legge di riforma 833/1978, anche in seguito a una campagna di stampa molto intensa nel Paese, che portò alla luce le disastrose situazioni economiche degli enti mutualistici. Da questo punto di vista risulta interessante leggere le parole usate dal Consiglio d'Amministrazione INAM per valutare le richieste dei professionisti sanitari:

In termini economici tali richieste si tradurrebbero in un maggior onere per l'Istituto di miliardi 65,6, pari al 35,2% della spesa sostenuta per l'assistenza medico-generica nell'anno 1968, in quanto alla maggiore spesa di L. 8 miliardi prevista per l'anno 1969 per la naturale dinamica di prestazione, si aggiungerebbero 15,5 miliardi per l'abolizione delle differenze retributive per raggruppamenti professionali; 0,9 miliardi per il servizio di guardia medica festivo, 31,6 miliardi per il richiesto aumento del 15% dei compensi, 9,6 miliardi per l'incremento del 4% del contributo ENPAM a carico dell'ente.

L'Istituto, dal canto suo, non ha mancato di sottolineare come non fosse neppure possibile prendere in considerazione tali esorbitanti pretese ed ha, nel contempo, reso noto di essere disponibile per esaminare richieste di aumento correlate all'incremento medio del reddito nazionale, richieste che, già di per sé, comporterebbero un aggravio di oneri aggirantesi sui dieci miliardi di lire circa.

In un successivo colloquio la delegazione medica, nel respingere la base di utili intese in tal modo delineata dall'Istituto, ha confermato le richieste iniziali relative all'abolizione dei raggruppamenti, all'istituzione del servizio di guardia medica ed all'aumento del contributo ENPAM, ed ha modificato, soltanto, la richiesta di rivalutazione dei compensi chiedendo, in luogo del 15%, un aumento del 5% a decorrere dal 1° gennaio

FNOOMM per il rinnovo della “Normativa per l'erogazione dell'assistenza medico-generica”, Circolare n. 5/R.C.S. dell'11 gennaio 1969.

¹²² Ibidem.

¹²³ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1968, *Notizie in merito alle trattative con la FNOOMM per il rinnovo della “Normativa per l'erogazione dell'assistenza medico-generica”, Circolare n. 15/R.D.S., 20 gennaio 1969.*

1969 e un ulteriore aumento del 5% con decorrenza 1° luglio 1969. In tal modo l'istituto, rispetto all'anno 1968, verrebbe a sostenere un maggior onere di 48,9 miliardi corrispondente ad un incremento di spesa del 26,3%.

La delegazione medica, nell'invitare i rappresentanti dell'Istituto a fornire una risposta al riguardo in occasione del prossimo incontro, ha sottolineato come la richiesta anzidetta rappresenti l'espressione minima delle istanze dei sanitari.¹²⁴

Da notare che queste richieste avvenivano in parallelo con la riforma ospedaliera del 1968, che aveva significativamente aumentato i salari dei medici impiegati in quel settore; non è escluso che in queste rivendicazioni giocò l'influenza di questi aumenti di colleghi per i quali il sistema pubblico si era dimostrato in grado di trovare le risorse necessarie.

Anche il fatto che i medici compensati con quota capitaria (ovvero in base al numero di pazienti) dovevano ricevere un supplemento salariale nei casi di "straordinaria morbosità di carattere epidemico" creava non pochi problemi ai bilanci dell'INAM. Infatti, venivano considerati fenomeni straordinari di questo tipo le epidemie influenzali che annualmente colpivano il nostro Paese e per le quali iniziavano in questi anni gli studi sui vaccini, aggravando i capitoli di spesa dell'INAM di questi supplementi che progressivamente divennero sempre più a carattere fisso, invece che saltuario.¹²⁵

Nel 1968, inoltre, non risultavano ancora efficacemente operanti le strutture di raccordo tra enti mutualistici e ospedalieri che si auspicavano per l'integrazione dei servizi ospedalieri con le casse mutue, ovvero le Consulte di intesa, di cui si era parlato durante gli accordi tra la FIARO, l'INAM e il Ministero della sanità¹²⁶. Tra le cause della mancata operatività di tali strutture si erano citate le perplessità dei Direttori sanitari e la carenza di personale sanitario; non si erano ancora contenuti i ricoveri d'urgenza, per limitare i quali si suggeriva il lavoro delle consulte per l'edificazione di locali da adibire ad astanteria e pronti soccorso negli ospedali. L'INAM suggeriva che i servizi di pronto soccorso fossero affidati a personale sanitario di esperienza; si sensibilizzasse il personale sanitario rispetto al problema, potenziando anche i servizi di controllo, ed eventualmente di revoca dei ricoveri che risultassero, da controlli sulla cartella clinica e relativo diario, non necessari. Per dare un'idea della durata delle degenze in questo periodo, l'INAM raccomandava di porre particolare attenzione ai ricoveri per malattie croniche riacutizzate, che implicavano le degenze più lunghe: si raccomandava, in questi casi, una visita al trentesimo giorno in ospedale, per valutare l'opportunità di terminare il ricovero¹²⁷; anche in questo il personale medico aveva delle responsabilità che l'INAM rimproverava come scarso rispetto delle risorse messe a disposizione dall'ente.

¹²⁴ Ibidem.

¹²⁵ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1969, *Quota aggiuntiva per straordinaria morbosità di carattere epidemico verificatasi nell'anno 1968*, Circolare n. 16/P.G.M. del 20 gennaio 1969.

¹²⁶ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1968, *Assistenza ospedaliera*, Circolare n. 121/P.O., 9 dicembre 1968.

¹²⁷ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1968, *Sui ricoveri d'urgenza*, Circolare n. 124/P.O., dicembre 1968.

Molto utile, per comprendere la complessità e il livello di differenziazione che caratterizzava il lavoro delle categorie mediche nel corso degli anni Sessanta, è una classificazione che si sforzi di seguire le caratteristiche delle assicurazioni sociali operanti in Italia nello stesso periodo. Da questo punto di vista, si può citare innanzitutto l'esistenza dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e la tubercolosi, assicurazioni gestite, come si è detto, rispettivamente dall'INAIL e dall'INPS. Questi enti erogavano le prestazioni sanitarie fondamentali pressoché in forma esclusiva avvalendosi di attrezzature in gestione diretta: quindi i medici che operavano nell'ambito di questo tipo di organizzazione sanitaria erano alle dirette dipendenze degli istituti, e tra le due parti vi erano rapporti abbastanza rilassati e tranquilli.¹²⁸ Per quanto riguardava invece l'assicurazione contro le malattie in genere, le prestazioni che facevano capo esclusivamente ai medici erano in questi anni tre: l'assistenza ospedaliera, l'assistenza medico-specialistica e l'assistenza medico-generica. Gli enti per i quali era prevista l'erogazione obbligatoria di tali prestazioni le concedevano, nella maggior parte dei casi, senza alcun onere per gli assistiti; un funzionamento un po' diverso era previsto per il settore dei dipendenti pubblici, ovvero attraverso il rimborso delle spese che gli assistiti documentavano di aver sostenuto (assistenza indiretta). Questo tipo di assistenza non comporta contatto tra i medici e gli enti mutualistici, quindi si può trascurare. Vale la pena invece di fare qualche riflessione sull'assistenza diretta, che è riassumibile nelle tre forme che abbiamo nominato precedentemente: l'assistenza ospedaliera, l'assistenza medico-specialistica e l'assistenza medico-generica. Partendo dalla prima, le disposizioni legislative vigenti prevedevano la stipula di apposite convenzioni tra gli enti mutualistici e le amministrazioni ospedaliere, alle quali gli enti stessi, oltre la retta di degenza, erano tenuti a corrispondere un "compenso fisso" per ogni caso di ricovero. Il colloquio tra i medici e gli enti era quindi ridotto al minimo, e riguardava principalmente gli accordi per i compensi, a carico degli enti. Anche per quanto riguardava invece il ricovero nelle case di cura private, gli enti stipulavano apposite convenzioni con le amministrazioni delle case di cura, nelle quali era previsto il compenso per i medici che, salvo casi particolari, corrispondevano grossomodo ai compensi dei medici ospedalieri. L'assistenza medica specialistica, invece, veniva erogata generalmente tramite attrezzature ambulatoriali a diretta gestione, oppure negli ambulatori privati dei medici specialisti convenzionati. Nel primo caso, i rapporti tra medici specialisti e gli enti venivano regolati da appositi "contratti" concordati tra le parti e rinnovati alla scadenza; nel secondo caso, gli enti mutualistici corrispondevano ai medici specialisti convenzionati un onorario a prestazione, quello di cui abbiamo parlato in precedenza. La mancanza di correlazione tra questi onorari e la quelli accordati dagli enti mutualistici creava forti aspettative nei medici mutualistici di vedersi riconosciute delle possibilità analoghe a quelle dei colleghi specialisti. L'ultimo tipo di convenzione, l'assistenza medico-generica,

¹²⁸ G. Carapezza, *I rapporti tra classe medica e mutualità*, in INAM, *I problemi del servizio sociale*, anno XX n. 1, gennaio-febbraio, p. 14.

veniva erogata tramite i medici liberi professionisti e i medici condotti che si iscrivevano in appositi elenchi e che quindi acquisivano la veste di medici mutualistici. Si trattava, negli anni Sessanta, del tipo di prestazione che assorbiva il 55% degli oneri sostenuti dalla generalità degli enti per l'erogazione dell'assistenza sanitaria in regime di assicurazioni sociali.

Per quanto concerneva l'INAM, che con i suoi 27 milioni di assistiti garantiva l'assicurazione obbligatoria contro le malattie prevista per oltre il 50% della popolazione italiana e per il 60% della popolazione assicurata nel 1965¹²⁹, vigevano le seguenti norme:

- tutti i medici generici (privi di specializzazione) che intendevano esercitare la professione in favore degli assistiti dell'INAM potevano liberamente iscriversi negli appositi "albi mutualistici" tenuti dagli ordini provinciali dei medici. L'iscrizione all'albo comportava, per i medici, l'impegno di assistere i lavoratori aventi diritto nel proprio ambulatorio e presso il domicilio degli stessi lavoratori;
- il lavoratore poteva scegliere liberamente da questi albi il proprio "medico di fiducia" e la scelta, notificata per iscritto all'Istituto, era effettuata a tempo indeterminato, con possibilità di variazione mediante preventiva comunicazione scritta all'ente mutualistico;
- il medico prescelto, per ogni visita effettuata, compilava un modulo in cui precisava la diagnosi, i farmaci occorrenti e, eventualmente, gli accertamenti diagnostici, le visite specialistiche o i ricoveri; il medico consegnava quindi questo modulo all'assistito per gli usi necessari, compreso il ritiro gratuito dei medicinali in farmacia, mentre una copia veniva inviata insieme al riepilogo delle prestazioni effettuate, all'ente mutualistico, quale documento di credito per il proprio onorario. Non era assolutamente previsto, in questo sistema, il segreto professionale, ma la certificazione sanitaria rappresentava, per i dipendenti dell'ente mutualistico, un segreto d'ufficio.

Questo tipo di accordi, come veniva sempre ricordato, ed anche in questo caso¹³⁰, era del tutto transitorio, e sarebbe durato fino a una nuova organizzazione di un sistema complessivo di sicurezza sociale: un ragionamento che era stato usato sin dai primi anni del dopoguerra per giustificare una serie di decisioni temporanee che, alla fine, durarono decenni. Tra i motivi di questa situazione vi era anche l'assenza, dovuta all'approccio propagandistico e poco organico del fascismo alla protezione sociale, di una classe di tecnici che venisse da una formazione economica e che riuscisse a coordinare l'esigenza di un efficiente sistema nazionale con una moderna riforma tributaria¹³¹. Da notare che i compensi di cui parlava Carapezza, del valore di circa 3.000 lire annue ad assistito sulla formula capitaria, pesavano in questa fase sui contributi dei datori di lavoro e, in misura minore, dei lavoratori; negli anni Sessanta era stato aggiunto un piccolo contributo da parte statale, ma la tanto discussa

¹²⁹ Ivi, p. 16.

¹³⁰ In questo caso dal Direttore generale della previdenza ed assistenza sociale in Italia Giovanni Carapezza, che il 17 febbraio 1965 riportava la situazione italiana sui rapporti tra classe medica e mutualità in una conferenza a Bruxelles, di fronte ai responsabili istituzionali della sicurezza sociale francese, tedesca, olandese, inglese e lussemburghese.

¹³¹ I. Pavan, "La topa è peggiore del male". *Visioni e dibattiti sulla sicurezza sociale nell'Italia del secondo dopoguerra*, in Quaderni fiorentini, 46-2017, tomo II, pp. 721-757.

fiscalizzazione degli oneri sociali¹³² era un dibattito veramente al di là da venire in un Paese in cui la prima vera riforma del sistema tributario avverrà nel 1974¹³³. In questa situazione, non solo le richieste dei medici non erano adeguate alle disponibilità delle casse mutue, ma non si poggiavano nemmeno su un sistema in grado di far funzionare adeguatamente le leve della finanza pubblica.

Nel contesto degli anni Settanta, l'approssimarsi della riforma spinse l'INAM a formulare alcune riflessioni sui rapporti tra l'ente e i medici che avrebbero dovuto caratterizzare la nuova forma di organizzazione sanitaria. Erano state istituite infatti, in seguito alle controversie che avevano caratterizzato gli anni Cinquanta e Sessanta, delle commissioni INAM-medici che avevano il compito di esaminare le contestazioni tra le due parti relative alla corretta applicazione delle norme sui contratti e di vigilare sul comportamento dei medici stessi¹³⁴. Veniva ipotizzata una prosecuzione di questo genere di commissioni (che esistevano in due forme: in sede provinciale e in sede centrale) solo nel caso in cui il rapporto con i medici non fosse diventato di natura assimilabile al pubblico impiego, quindi se i medici non fossero assunti come dipendenti.

Nelle riflessioni relative alla nuova organizzazione del SSN non vi era dubbio che il medico "di istituto", ovvero il medico generico mutualistico, fosse il miglior candidato per diventare il medico di famiglia; tuttavia, molte critiche venivano avanzate sulla sua formazione e spesso veniva sottolineata la sua necessità di aggiornarsi, in un contesto in cui spesso le conoscenze acquisite durante il percorso di laurea rimanevano le stesse durante tutta la vita lavorativa.¹³⁵

Si avverte di conseguenza, consultando un piano di studi o nell'impegno della vita universitaria, l'astrattezza della figura del medico generico proposto come orientamento professionale fondamentale dell'attività formativa: il medico che si vuole formare è un "medico teorico", che in maniera approssimativa riproduce il modello del condotto, per lungo tempo perno delle attività sanitarie, quel medico cioè che da solo, anche nelle zone più sperdute, con preparazione enciclopedica e con limitate attrezzature, può affrontare ogni caso, dal parto all'estrazione dentaria, dalla frattura alla polmonite, dalla vaccinazione ad alcune esigenze di igiene pubblica, figura oggi del tutto astratta dal contesto sanitario in cui va a collocarsi.¹³⁶

Si auspicava, quindi, l'istituzione di corsi di aggiornamento nel nuovo sistema pubblico, perlomeno per i medici di famiglia, e di aggiornare la figura professionale del medico di famiglia, che avrebbe dovuto superare quella del medico condotto. Non vi era più bisogno, negli anni Settanta, di un medico che sapesse fare tutto in condizioni di isolamento. Il nuovo ruolo pensato era più quello di un "hub"

¹³² Ovvero il trasferimento del finanziamento di alcuni, o di tutti, i servizi relativi alla sicurezza sociale a carico del sistema fiscale; il finanziamento veniva così svincolato dai contributi lavorativi e veniva invece finanziato da contributi fissi, potendo scegliere la quota di popolazione su cui i servizi pesavano a quel punto.

¹³³ E. Longobardi, *La riforma tributaria*, in P. Liberati, F. Gastaldi, *I nodi della finanza pubblica, teoria e politica: scritti in onore di Antonio Pedone*, FrancoAngeli, Milano 2018, pp. 97-102.

¹³⁴ S. Damiani, *Un aspetto della riforma sanitaria: i rapporti con la classe medica*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, anno XXVI n. 2, marzo-aprile 1971, p. 922.

¹³⁵ G. Funaioli, P. Zolo, *Passato e futuro del rapporto medico-paziente*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, anno XX n. 1, gennaio-febbraio 1975, pp. 5-24.

¹³⁶ Ivi, p. 7.

professionale di smistamento, il primo punto di contatto del cittadino con il sistema sanitario, in grado di individuare e classificare i problemi e sapere a quale passo successivo indirizzare i pazienti.

Sul totale dei medici lavoratori al 1975, il 40% circa erano medici generici mutualistici, i primi candidati a ricoprire questo ruolo; il 30-35% erano specialisti, dipendenti dalle mutue o da altri enti; il 25% erano ospedalieri, il 10% medici condotti e il resto aveva un contratto stabile di impiego con lo Stato o con altri enti previdenziali; nel 1971 i medici ambulatoriali erano 52.640, secondo i dati dell'associazione FNOOM. Rispetto ai medici dei decenni precedenti, si riscontrava una maggiore acquisizione di titoli di specializzazione: da questo punto di vista, e probabilmente non casualmente, le richieste di miglioramento di trattamento economico, o di cambio delle condizioni contrattuali proposte dagli enti mutualistici, era andato di pari passo a una maggiore formazione.¹³⁷ Un elemento di continuità era rappresentato invece dal rapporto tra i medici operanti nel comune capoluogo di provincia rispetto ai medici operanti negli altri comuni: molti di più i primi, soprattutto nelle regioni del Nord, il che confermava in qualche modo la sperequazione di lungo periodo esistente tra città e campagna e tra Nord e Sud¹³⁸. I medici mutualistici dipendenti dell'INAM erano rimasti grossomodo costanti tra il 1962 al 1971, ma le modifiche più rilevanti avevano riguardato le condizioni contrattuali: era infatti diminuito il numero dei medici operanti esclusivamente a notula¹³⁹ e a sistema misto. Questo passaggio era avvenuto quasi esclusivamente in due periodi: nel 1967 con il passaggio di 5.000 medici da forme a notula ad altra forma, e nel 1968-69 con il passaggio di 3.000 medici da sistema misto ad un solo sistema non a notula¹⁴⁰. Secondo gli analisti dell'INAM, questi cambiamenti stavano a indicare una maggiore consapevolezza dei medici mutualistici nel pretendere una forma meno "cottimizzata" nei rapporti con gli assistiti, e la presa di coscienza più o meno generalizzata di poter accedere a forme contrattuali diverse. Il diverso sistema di compenso portava poi a differenziazioni sensibili nella cura erogata: l'INAM notava che i medici che operavano con compenso a notula, che assistevano poco più della metà dei pazienti dell'ente, erano particolarmente

¹³⁷ Ministero della Sanità – centro studi, *La formazione del personale sanitario*, CENSIS, Roma 1972, p. 84.

¹³⁸

Ripartizione	Numero medio assistibili da medici con compenso a notula	Numero medio assistibili da medici con altre forme di compenso	Numero medio assistibili da medici con sistemi fissi	Totale
Italia settentrionale	508	1.015	908	898
Italia centrale	198	794	833	576
Italia meridionale	560	732	676	659
Italia insulare	435	727	762	585
Media Italia	445	883	829	724

Anno: 1971, Fonte: G. Funaioli, P. Zolo, *Passato e futuro del rapporto medico-paziente*, in INAM, I problemi della sicurezza sociale, anno XX n. 1, gennaio-febbraio 1975, p. 11.

¹³⁹ La condizione contrattuale considerata più svantaggiosa dai medici dell'INAM: implicava infatti la retribuzione attraverso un compenso fisso per mutuato, che non era particolarmente alto (al 1965 ammontava al corrispettivo di circa 3.000 lire per paziente, l'equivalente odierno di circa 35 euro).

¹⁴⁰ G. Funaioli, P. Zolo, *Passato e futuro del rapporto medico-paziente*, in INAM, I problemi della sicurezza sociale, anno XX n. 1, gennaio-febbraio 1975, p. 9.

prodighi di prescrizioni farmaceutiche, sebbene non lo fossero di ricoveri ospedalieri.¹⁴¹ L'INAM osservava anche una “degenerazione dell'attività professionale del medico mutualista”:

Per le visite mediche si può vedere come circa l'8% dei medici mutualistici (per ciò che riguarda i medici solo nel loro rapporto con l'INAM) compie più di 14.000 visite l'anno, e cioè per 365 giorni lavorativi di 8 ore il medico realizza circa 1 visita ogni 12 minuti senza periodi di riposo e riservando lo stesso tempo anche alle visite domiciliari.

Nell'ipotesi più reale di 300 giorni lavorativi annui di 6 ore ciò comporterebbe una visita ogni 7-8 minuti (sempre limitandosi solo al rapporto con l'INAM e mantenendo lo stesso “ritmo” anche per le visite domiciliari).¹⁴²

Da notare che le possibilità per un giovane medico neolaureato negli anni Sessanta erano molto limitate, e se non si aveva la possibilità di aspettare i rarissimi concorsi ospedalieri, che spesso prevedevano lunghi tirocini gratuiti al seguito del primario, la scelta di impiegarsi presso una mutua era quasi obbligata¹⁴³. Da questo quadro è impossibile che non vengano alla mente alcune scene del film “Il medico della mutua” del 1968: l'arrivismo del giovane medico interpretato da Alberto Sordi, i sacrifici della madre per permettergli la laurea in medicina e poi la necessità di distinguersi dal “figlio del portiere” attraverso beni di consumo come un'auto più grande, un appartamento migliore, abiti di lusso. Tutto ciò necessitava di una lunghissima fila di mutuati, sottratti a un morente luminaire, che venivano visitati sulla soglia, in modo rapido e superficiale.¹⁴⁴

¹⁴¹ Ivi, p. 11.

¹⁴² Ibidem.

¹⁴³ Cfr. G. B. Varvaro, *Ospedali, enti assistenziali e carriera dei medici ospedalieri*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, anno XVII n. 5, Settembre-ottobre 1962, pp. 735-746.

¹⁴⁴ Ripartizione assoluta e percentuale dei medici con compenso a notula secondo il numero medio annuo di visite compiute – 1971:

Visite annuali per medico	Medici compensati a notula	% sul totale dei medici
1-500	704	5,38
501-1.000	856	6,54
1.001-2.000	1.879	14,35
2.001-3.000	1.780	13,60
3.001-4.000	750	5,73
4.001-5.000	965	7,37
5.001-6.000	978	7,47
6.001-7.000	460	3,51
7.001-8.000	812	6,20
8.001-9.000	569	4,35
9.001-10.000	815	6,23
10.001-11.000	213	1,63
11.001-12.000	721	5,51
12.001-13.000	213	1,63
13.001-14.000	321	2,45
14.001-15.000	369	2,82
15.001-17.000	382	2,92
17.001-20.000	181	1,38
20.001-23.000	107	0,82
Oltre 23.000	14	0,11
Totale	13.089	100,00

Anno: 1971, fonte: G. Funaioli, P. Zolo, *Passato e futuro del rapporto medico-paziente*, in INAM, *I problemi della*

Un discorso simile per le prescrizioni farmaceutiche, dove l'8-8,5% dei medici rilasciava più di 2.000 ricette annue. La conclusione era che si trattasse “di un sistema che permette, e secondo alcuni favorisce, l'abuso nella professione medica a discapito della salute della popolazione, fondandosi essenzialmente sulla quantità del servizio senza alcuna garanzia reale di qualità.”¹⁴⁵

Tra le osservazioni migliorative per risolvere la situazione, nel contesto della nuova organizzazione sanitaria, venivano proposti una formazione specifica per il medico generico; un rapporto retributivo privo di incentivi per il plurimpiego e per l'incremento degli assistiti o delle visite per assistito; una gestione delle strutture sanitarie di base che coinvolgesse direttamente i cittadini; un nuovo interesse per il controllo pubblico sull'industria farmaceutica in grado di sviluppare la ricerca, la produzione e l'immissione sul mercato di farmaci sulla base delle effettive esigenze espresse dalla rilevazione del quadro nosologico del Paese, cercando di tenere distinte la pubblicità dall'informazione scientifica. Il problema di ripensare il rapporto tra i medici e l'assistenza nel nuovo contesto non fu di semplice soluzione. Il disegno di legge n. 3207 del 1974, presentato per iniziativa dei senatori Leggieri, Barra, Arcudi, Costa, Dal Canton, Torelli e Salerno, tutti appartenenti alla DC, si occupava di ripensare i rapporti economici e normativi degli enti assistenziali con la classe medica, ma senza arrivare a una soluzione definitiva, confermando temporaneamente la situazione vigente. Venne però per la prima volta a galla uno delle fondamentali resistenze della classe medica all'istituzione del SSN:

In sintesi, in ordine ai rapporti normativi, il provvedimento in discussione ha recepito la scelta tra un rapporto di pieno impiego ed un particolare rapporto di convenzione. La categoria dei medici ritiene di vedere in tale proposta un disegno punitivo nei confronti dei medici, i quali rivendicano una priorità al rapporto di fiducia tra medico e malato respingendo, di conseguenza, ogni limitazione all'esercizio della libera professione. I medici non vogliono, cioè, entrare nel sistema da “impiegati”; chiedono che sia garantita loro “dignità” attraverso l'incondizionato esercizio della libera professione.¹⁴⁶

Il disegno di legge non aveva in effetti chiarito definitivamente che l'assistenza medico-generica era prestata solamente attraverso il personale medico di ruolo dipendente dall'unità sanitaria locale, ma lasciava all'utente la possibilità di farsi curare anche da liberi professionisti convenzionati. Dal punto di vista dei tecnici dell'INAM, questo genere di ambiguità non faceva che proporre una permanente conflittualità fra i due sistemi, a tutto vantaggio dei medici a regime convenzionato, sia per la possibilità di maggiori guadagni, sia per quella di sottrarsi alla disciplina propria del rapporto dipendente.

Come si vedrà, e come si può intuire dalle prese di posizione della classe medica dalla fine degli anni Sessanta in poi, questo nodo sarà uno dei più complessi da sciogliere nel contesto dell'attuazione

sicurezza sociale, anno XX n. 1, gennaio-febbraio 1975, p. 23.

¹⁴⁵ Ivi, p. 13.

¹⁴⁶ A. Cosimelli, *Riforma sanitaria: alcuni nodi da sciogliere*, in INAM, I problemi della sicurezza sociale, anno XX n. 3, maggio-giugno 1975, p. 419.

della riforma.

5.3 I contributi e gli assistiti

Le dinamiche economiche di finanziamento dell'INAM dipendevano, nel momento della sua nascita, da pochissimi elementi, tra cui un ruolo di primo piano avevano i contributi sul lavoro. Tuttavia, come anticipato, venivano demandati a successiva regolamentazione i criteri per l'accertamento al diritto all'assistenza e dell'obbligo contributivo; veniva però sancito il diritto del lavoratore di ricevere in ogni caso l'assistenza sanitaria, anche se il datore fosse non in regola o fosse in ritardo con il pagamento dei contributi¹⁴⁷. Bisogna qui tenere presenti le caratteristiche strutturali del mercato del lavoro italiano all'altezza degli anni Quaranta e Cinquanta, che, come è noto, erano quelle di alta disoccupazione, produzioni a basso valore aggiunto, dimensioni aziendali medio-piccole, spesso a conduzione familiare, persistenza dell'agricoltura di sussistenza in larghe zone del Paese, non solo nel Sud.¹⁴⁸ Ancora nel contesto dei primi decenni repubblicani, questo tipo di situazione imponeva una larga cautela nel gestire le prestazioni assistenziali, e sicuramente questo elemento influenzò l'esitazione politica nel prendere decisioni più generose, insieme all'incapacità del sistema tributario di fornire gettiti prevedibili e adeguati. La capacità dell'Italia di entrare e rimanere stabilmente nel novero dei Paesi industrializzati rappresentava il presupposto di base per riuscire a costruire un welfare efficiente; ma in questi anni si trattava più di un'aspirazione che di una realtà. In questo senso, la debolezza dell'economia italiana fu prima di tutto un freno alla costituzione di un sistema assistenziale e di welfare più ampio ed efficiente, poi, già negli anni Ottanta, uno dei motivi della sua crisi¹⁴⁹.

Per quanto riguarda l'INAM, le sue difficoltà finanziarie sarebbero state inevitabili anche in una situazione più florida di quella del mercato del lavoro italiano, a causa delle ambiguità con cui era stato normato il suo funzionamento. Si è citata l'assenza di un regolamento che dettagliasse la legge del 1943; i contributi dovuti all'INAM erano inoltre versati in modo frammentario, con larghi ritardi ed evasione, e molte casse private erano rimaste fuori dal circuito di finanziamento dell'ente, nonostante gli obblighi legali, come notava il Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale negli

¹⁴⁷ Ivi, art. 11.

¹⁴⁸ G. Sapelli, *Storia economica dell'Italia contemporanea*, op. cit., pp. 53-68; cfr. anche G. Crainz, *Padania: il mondo dei braccianti dall'Ottocento alla fuga dalle campagne*, Donzelli, Roma 2007.

¹⁴⁹ In questa direzione risulterebbe interessante indagare i legami tra le modalità della crescita economica italiana, la costruzione dei sistemi di welfare e gli elementi culturali alla base delle decisioni prese in questo settore, poiché "le fisionomie dei capitalismi, e quindi la diversità storico-concreta con cui esse si sono affermate, ci conducono inesorabilmente a confrontarci non tanto e non solo con le caratteristiche delle economie quanto piuttosto con le società moderne, tutte intere, compresi i loro sistemi politici e i loro meccanismi di allocazione e trasformazione delle risorse". Cfr. G. Sapelli, *Storia economica dell'Italia contemporanea*, op. cit., p. 94.

anni Quaranta:

A ciò si aggiunga l'assistenza, specie nei maggiori complessi industriali, di casse mutue aziendali, tuttora autonome almeno in via di fatto, in quanto per esse non ha ancora trovato pratica applicazione la norma del R.D. 6 maggio 1943, n. 400 sulla fusione anche delle casse prodotte nell'unico Istituto di malattia. Ciò ha impedito l'afflusso all'INAM di una forte aliquota di contributi a danno del principio della mutualità generale su cui si fonda il sistema finanziario della gestione assicurativa.¹⁵⁰

Un caso noto che ben rappresenta questa situazione è quello della FIAT. L'INAM riuscì ad assorbire la cassa dell'azienda torinese solo nel 1951, concedendole tra l'altro il mantenimento di alcune prerogative¹⁵¹, ma riuscendo ad assicurarsi la contribuzione alla cassa nazionale. Negli anni '60, la quota capitaria per un mutuato della FIAT prevedeva il pagamento del contributo di quasi 9mila lire all'ente assicurativo nazionale (circa 90 euro l'anno) per l'assistenza diretta ambulatoriale e domiciliare generica e specialistica; l'assistenza specialistica extra-ambulatoriale, i ricoveri in ospedali e case di cura, gli interventi chirurgici e l'assistenza ostetrica venivano invece addebitate dall'INAM alla cassa mutua interna per una quota corrispondente al costo delle prestazioni stesse, più una maggiorazione per le spese amministrative del 10%. Un trattamento decisamente favorevole per il lavoratore dell'azienda, uno dei più tutelati nel panorama nazionale. D'altra parte, l'azienda pagava all'ente una contribuzione elevata in un contesto in cui i contributi dovuti all'INAM tendevano a sfuggire dal controllo centrale, in particolare in due segmenti occupazionali: nelle aziende medio-grandi del Nord, che avevano una lunga tradizione mutualistica, in cui i servizi erano rodati e funzionavano, e che quindi erano restie all'assorbimento nel comparto pubblico¹⁵²; e nel settore del lavoro autonomo, in particolare artigiano e contadino, che rimase escluso da qualsiasi forma assicurativa fino agli anni Cinquanta e i cui contributi risultavano anche dopo la loro inclusione nel sistema troppo bassi per sostenere le spese relative alla loro assistenza¹⁵³ (risulta dalla documentazione dell'ente che queste categorie già negli anni Quaranta inoltravano domande di adesione, cui l'INAM non poteva rispondere affermativamente in assenza di disposizioni legislative¹⁵⁴). L'ampliamento della copertura assicurativa venne realizzato attraverso "un arcipelago

¹⁵⁰ ACS, Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, b. 121, *Situazione debitoria INAM*, 13 febbraio 1949.

¹⁵¹ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, *Convenzione sanitaria cassa mutua aziendale FIAT*, anno 1951, Circolare n. 95, 15 ottobre 1951.

¹⁵² Alcune fra queste sono note: si tratta dei complessi industriali di Breda, Cogne, Carbonsarda, Cantieri Navali, Alfa Romeo, Marelli, Ducati tra le maggiori. Cfr. *Il riordinamento degli enti previdenziali nel discorso di Vincenzo Monaldi al Senato*, in INAM, *I problemi del servizio sociale*, anno V n. 1, gennaio-febbraio 1950, p. 138.

¹⁵³ Da questo punto di vista, quanto è stato detto per il settore previdenziale sembra valere anche per quello sanitario: l'inclusione di queste categorie negli schemi assistenziali nazionali divenne tra gli anni Cinquanta e gli anni Sessanta inevitabile per Paese che diventava sempre più industrializzato e moderno, ma il valore aggiunto di questi lavori rimaneva molto basso a causa delle caratteristiche di queste produzioni, che rimasero non meccanizzate e tradizionali nel periodo del generale ammodernamento degli apparati produttivi. Per approfondite analisi sul comparto pensionistico, cfr. M. Ferrera, V. Fargion, M. Jessoula, *Alle radici del welfare all'italiana. Origini e futuro di un modello sociale squilibrato*, op. cit., pp. 79-153.

¹⁵⁴ Archivio INPS, Fondo INAM, anno 1949, *Iscrizione degli artigiani e retribuzioni dei dipendenti*, Lettera circolare n. 76/IV, 28 novembre 1949.

di leggi e leggine specifiche [...], contribuendo ad almeno quattro dei cinque peccati originali del welfare particolaristico-clientelare dell'epoca: distorsione distributiva a favore di settori industriali e di categorie professionali forti; squilibrio tra entrate contributive e spesa; inefficienza gestionale; clientelismo e patronage politico"¹⁵⁵.

Le difficoltà finanziarie dell'ente erano iniziate già immediatamente dopo la Seconda guerra mondiale. Nel 1946, l'INAM lamentava infatti serie difficoltà dovute al periodo dell'occupazione, in cui l'istituto,

Depauperato di forti somme, trasferite nell'Italia settentrionale dalla pseudo-sede centrale di Varese, con un'aliquota contributiva rimasta inalterata, con un incasso globale di contributi inaridito e nettamente inferiore al normale per la distruzione di gran parte dell'industria italiana, specie nell'Italia centro-meridionale, e per la ridotta attività della rimanente, si è trovato a dover fronteggiare, anche a causa del vertiginoso aumento dei costi delle prestazioni sanitarie e dell'onere delle spese generali e di amministrazione, una situazione veramente critica.¹⁵⁶

Per uscire da questa situazione fu innanzitutto necessario curare l'equilibrio tra entrate e uscite, che si trovava ad essere nettamente sbilanciato a favore delle uscite: fu così aumentata l'aliquota contributiva e fu esteso il contributo a tutte le voci di retribuzione del lavoratore, per un periodo temporaneo di tre mesi, nonostante l'opposizione dei datori di lavoro.¹⁵⁷ Per il settore dell'industria venne stabilito un contributo nazionale del 5% sulla retribuzione lorda degli operai e dei loro familiari, mentre del 3% per gli impiegati e i loro familiari, permettendo per i periodi di malattia un'indennità pari al 50% del salario stesso, aumentando quelle precedentemente fissate dai contratti collettivi nazionali. I contributi dei lavoratori agricoli erano stati contestualmente decuplicati, poiché i calcoli sul secondo semestre del 1945 avevano evidenziato uno squilibrio di 10 volte tra contributi versati da questa categoria e le prestazioni erogate. Tali provvedimenti erano stati ratificati dal Consiglio dei ministri, consentendo all'istituto di proseguire la sua attività e di recuperare un minimo equilibrio di bilancio. A testimonianza del fermento riformatore che effettivamente vi fu nella fase tra il 1945 e il 1948 nel settore assicurativo e previdenziale, come più volte sottolineato dalla storiografia¹⁵⁸, anche l'INAM iniziò una indagine interna: nel 1947 il suo direttore provvisorio, Vincenzo Marzullo, chiese l'opinione dei direttori dei comitati provinciali sulle necessità principali dell'assistenza ai lavoratori e gli ammodernamenti necessari, "in modo che l'Istituto non si trovi in deficienza di fronte ai programmi che la Commissione per la riforma della legislazione previdenziale ed assistenziale

¹⁵⁵ F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia. Il servizio sanitario nazionale in una prospettiva storica*, op. cit., p. 65.

¹⁵⁶ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1946, *Adeguamento contributi nell'industria e nell'agricoltura*, Lettera riservata ai reggenti delle sedi provinciali, Prot. n. 1046, 18 febbraio 1946.

¹⁵⁷ Ibidem.

¹⁵⁸ Cfr. C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello stato sociale*, op. cit., pp. 250 e seguenti; I. Pavan, *Un progetto "clandestino" di riforma. Fanfani e la previdenza sociale*, *Contemporanea*, 18/1, 2015, pp. 91-114; F. Conti, G. Silei, *Breve storia dello Stato sociale*, op. cit., pp. 108-119.

enuncerà nelle imminenti sue sedute”¹⁵⁹. Si trattava della Commissione D’Aragona, e l’ente reputava necessario trovare una linea, un indirizzo tecnico nell’ottica di un’imminente riforma del settore assistenziale. Com’è noto, questa preoccupazione rappresentò solo un eccesso di zelo da parte dell’ente, che in realtà auspicava profondamente una maggiore chiarezza nella riscossione dei contributi. Particolarmente esemplificativa era, ad esempio, la situazione dei portieri, di cui l’ente nel 1949 riceveva una contribuzione molto bassa (del 3%, basata su vecchi contratti) da parte dei proprietari di immobili, che spesso evadevano la contribuzione dovuta, specialmente nelle grandi città; tra le scuse dei proprietari di immobile, anche l’impiego contemporaneo della moglie, che garantiva la copertura dell’assicurazione sanitaria anche per i familiari¹⁶⁰. Per ovviare a questi problemi, l’INAM avviò iniziative per una riscossione più automatizzata dei contributi¹⁶¹ e cercò di includere nel sistema di riscossione categorie lavorative tradizionalmente poco evidenti alla fiscalità, come quelle dei lavoratori e delle lavoratrici a domicilio¹⁶², che furono incluse nella tutela dell’istituto proprio negli anni Quaranta. La sede centrale raccomandava il controllo da parte delle sedi provinciali dei cantieri edili per quanto riguardava l’osservanza degli obblighi assicurativi, la quantità di lavoro, la retribuzione¹⁶³. Da queste iniziative si può notare come la dispersività del sistema ponesse, tra le altre cose, un problema organizzativo di non scarsa rilevanza all’ente, che doveva controllare settore per settore il versamento dei contributi e l’adesione alla normativa nazionale sulla sanità. L’evasione ai danni dell’istituto era praticata con varie modalità: una particolarmente frequente in questi anni era l’omissione di elementi costitutivi la retribuzione, su cui le sedi provinciali erano incoraggiate a individuare gli ammanchi e a recuperare gli importi dovuti. Tra le quote più evase vi erano la maggiorazione per i lavori a cottimo (tra il 15 e il 30% a seconda dei settori lavorativi); gli aumenti di compenso per lavoro straordinario, notturno o festivo; le retribuzioni arretrate in dipendenza di aumenti salariali aventi effetto retroattivo; i premi di operosità o altri premi a carattere continuativo; i premi di anzianità; l’indennità di mensa¹⁶⁴. I rappresentanti delle sedi provinciali venivano addirittura invitati a seguire le vertenze di lavoro presso gli Uffici provinciali del lavoro, la stipulazione delle tabelle salariali e di nuovi contratti di lavoro, di nuovi accordi dal punto di vista sindacale, perché

Attraverso essi si può spesso rilevare la corresponsione di retribuzioni in precedenza

¹⁵⁹ Archivio INPS, Fondo INAM, anno 1947, *Studio per la riforma della legge istituzionale*, Prot. 118/2, 2 gennaio 1947.

¹⁶⁰ Archivio INPS, Fondo INAM, anno 1949, *Situazione contributiva dei portieri*, Lettera circolare riservata n.18/IV, 9 marzo 1949.

¹⁶¹ Archivio INPS, Fondo INAM, anno 1949, *Modulario unificato per la denuncia e il versamento dei contributi*, Lettera circolare n. 32/11, 22 maggio 1949.

¹⁶² Archivio INPS, Fondo INAM, anno 1949, *Lavoranti a domicilio per le aziende industriali, artigiane e cooperative*, Lettera circolare n. 34/V, 24 maggio 1949.

¹⁶³ Archivio INPS, Fondo INAM, anno 1949, *Imprese edili: osservanza degli obblighi assicurativi*, Lettera circolare n. 37/IV, 9 giugno 1949.

¹⁶⁴ Archivio INPS, Fondo INAM, anno 1949, *Elementi costitutivi della retribuzione*, Lettera circolare n. 66/IV, 5 ottobre 1949.

mancate, che consentono il recupero di contributi dovuti: infatti alcune sedi, che tennero dietro con costante attenzione a siffatte vertenze, ne hanno già ricavato sensibili vantaggi economici.¹⁶⁵

A volte, erano interi settori del mercato del lavoro a far registrare ammanchi nei versamenti dei contributi: la media contributiva per il settore commercio dell'anno 1948, notava l'istituto, era molto bassa e spesso al di sotto di quella del settore industria:

Ciò dipende in gran parte dalle numerose e talvolta gravi evasioni contributive che si verificano nelle categorie più importanti, in primo luogo quella degli alberghi, pensioni ed esercizi pubblici in genere. In molte province, per la verità, i proprietari di alberghi pagano i contributi sulla base delle retribuzioni effettive corrisposte al personale dipendente. In molte altre, invece, si pretende di pagare i contributi sulla base dei minimi di salario garantiti dai contratti di lavoro, anche se questi minimi valgono generalmente solo per ciò che riguarda le ferie, le festività e le indennità di licenziamento. In altre, ancora, si vorrebbe pagare addirittura in base a retribuzioni forfettizzate persino a quei minimi. [...] Le retribuzioni di fatto sono di gran lunga superiori e specialmente nei periodi stagionali raggiungono persino il doppio delle cifre indicate [...] Le sedi provinciali dovranno pertanto accertare, ciascuna per le aziende alberghiere di propria competenza, le retribuzioni globali che vengono effettivamente corrisposte ai lavoratori. [...] Per tutti gli alberghi si dovrà fare un controllo sistematico, azienda per azienda, e invitare a pagare le eventuali differenze riscontrate anche per l'arretrato. [...] Facendo appello al loro spirito di iniziativa ed agli accorgimenti più opportuni che la loro esperienza potrà consigliare, i Direttori provinciali dovranno fare in modo che evasioni o denunce inesatte vengano sistematicamente ed immediatamente localizzate.¹⁶⁶

Da passi come questo si può notare come le carenze nel sistema tributario obbligassero gli enti assistenziali non solo a gestire contributi ed erogare prestazioni, ma anche a fungere da controllori dei versamenti delle singole aziende. Addirittura, per alcune aziende “abitualmente recidive”, la sede centrale consigliava a quelle provinciali una procedura più rapida per la riscossione dei contributi: l'invio, alla scadenza dei termini per i pagamenti, direttamente delle lettere di diffida del legale di riferimento¹⁶⁷. Sono note anche diverse controversie dovute all'incertezza legislativa con cui l'INAM aveva iniziato la sua attività negli anni Quaranta, tra cui quelle relative al cosiddetto “diritto di rivalsa”. L'incertezza nell'interpretazione delle norme sui contributi era tale che nel 1958 la Corte d'appello di Bologna e il Tribunale di Parma emisero due sentenze opposte in merito alla possibilità dell'ente di rivalersi contro il datore di lavoro inadempiente agli obblighi contributivi a favore del suo dipendente¹⁶⁸. Secondo la Corte d'appello, il fatto che la normativa non specificasse il comportamento da adottare in questo caso lasciava sopravvivere le vecchie norme delle casse mutue, che prevedano la possibilità per queste ultime di avvalersi del pagamento dei mancati contributi da parte dei datori

¹⁶⁵ Ibidem.

¹⁶⁶ Archivio INPS, Fondo INAM, anno 1949, *Situazione contributiva aziende alberghiere*, Lettera circolare n. 50/IV, 23 luglio 1949.

¹⁶⁷ Archivio INPS, Fondo INAM, *Istruzioni legali – Ditte recidive nelle inadempienze contributive*, Circolare n. 56/SG, 31 agosto 1949.

¹⁶⁸ A. De Valles, *Sul preteso diritto di rivalsa dell'INAM*, estratto da *Il foro padano*, n. 12, dicembre 1959.

di lavoro dopo l'erogazione delle prestazioni dovute. Secondo il Tribunale di Parma, invece, la mancata specificazione di questa norma nella nuova scrittura della legge rendeva inammissibile questo genere di diritto¹⁶⁹. La fonte normativa del diritto di rivalsa trovava origine nell'art. 38 del contratto collettivo dei lavoratori dell'industria, stipulato il 3 gennaio 1939:

il lavoratore ha diritto alla prestazione statutaria da parte della Mutua anche nel caso in cui al verificarsi della malattia il datore di lavoro non abbia ottemperato al versamento dei contributi nel termine di cui all'art. 36. In tale caso la Mutua si rivarrà sul datore di lavoro del costo delle prestazioni corrisposte, congiuntamente al pagamento dei contributi arretrati gravati degli interessi di mora previsti dall'art. 36. Il datore di lavoro ha tuttavia il diritto di ottenere la composizione amministrativa della pratica, purché entro 30 giorni dalla richiesta di rimborso da parte della mutua ne faccia domanda corredata dei documenti che comprovino il pagamento dei contributi arretrati, degli interessi di mora e dell'importo delle prestazioni ridotto al 30%.

Tale norma era stata confermata, come detto, dall'art. 11 della l. 138/1943, ma lasciava i dettagli al regolamento applicativo della legge, mai emanato, e ai contratti collettivi nazionali, sotto la supervisione dei sindacati dei lavoratori. Le organizzazioni sindacali fasciste furono però soppresse con la caduta del regime, e queste norme entrarono in una zona grigia della giurisprudenza, non risultando prese in considerazione né citate nelle successive disposizioni a favore dei lavoratori dell'industria.¹⁷⁰ Anche in questo caso bisogna prendere in considerazione la frammentarietà del sistema assicurativo: il riferimento ai soli lavoratori dell'industria lascia intendere infatti che queste norme fossero pensate e applicate su singole categorie di lavoratori, e poi trasferite ad altre categorie per via giurisprudenziale. Il percorso più ragionevole sarebbe stato invece quello di stabilire le norme a monte, per via legislativa, in modo chiaro e universale; ma questo sarebbe stato possibile solo disponendo di un'idea ben precisa di come il sistema previdenziale e assistenziale dovesse essere organizzato. In virtù di questa ambiguità di fondo, negli anni Cinquanta alcuni imprenditori rifiutavano di rimborsare l'INAM. In questo senso, il ritardo della politica nell'affrontare questo problema e l'indecisione nel modello da adottare misero l'INAM in una posizione scomoda e posero le basi per la sua cattiva gestione finanziaria. Tuttavia, dalle pagine della rivista dell'ente si riconosceva che il carico contributivo, normato dal decreto legislativo del 2 aprile 1946 n. 142¹⁷¹ e mai più modificato, era stato accollato completamente ai datori di lavoro in modo "un po' affrettato, dovuto alla situazione sociale e politica in cui venne preso"¹⁷², e per il quale il principio fondamentale

¹⁶⁹ Secondo le pagine della rivista dell'INAM, "per accertare la consistenza dell'ordinamento attuale dell'INAM non occorre procedere alla dimostrazione che una singola norma degli ordinamenti precedenti è ancora in vigore, ma si deve soltanto stabilire se esista una norma del nuovo ordinamento che contraddica qualche parte degli ordinamenti precedenti". Ovviamente, si schierava quindi a favore del diritto di rivalsa. Cfr. U. Prosperetti, *L'attuale sistema normativo dell'INAM ed il diritto di rivalsa*, in *INAM, I problemi del servizio sociale*, anno VII n. 1, gennaio-febbraio 1952, p. 44.

¹⁷⁰ A. De Valles, *Sul preteso diritto di rivalsa dell'INAM*, estratto da *Il foro padano*, n. 12, dicembre 1959, p. 12.

¹⁷¹ *Disciplina provvisoria del carico contributivo per le varie forme di previdenza e di assistenza sociale*, valido per l'assicurazione di invalidità, vecchiaia e superstiti; per la tubercolosi; per la disoccupazione involontaria; per la nuzialità e la natalità; per le malattie nell'industria, nell'agricoltura, nel commercio e nel credito e relativi assegni integrativi.

¹⁷² E. Meledandri, *Il finanziamento della previdenza*, in *INAM, I problemi del servizio sociale*, anno VII n. 8, settembe-

che il legislatore voleva difendere era che il lavoratore dovesse essere esonerato dal pagamento di tale contributo, che egli considerava come “salario differito”. Tuttavia, questo genere di osservazioni poteva rappresentare un principio politico, una scelta paternalistica da parte del legislatore:

Rilevava la Commissione ministeriale per la riforma che la questione se il contributo previdenziale debba “de jure” gravare soltanto sul datore di lavoro o anche sul lavoratore è semplicemente irrilevante. Ovviamente, aggiungeva, attraverso un processo economico di traslazione, l’onere contributivo anche se grava sul lavoratore ricade in definitiva sul datore di lavoro attraverso un aumento di salario.

Ma le cose, evidentemente, non volgono sempre così. Il saggio di remunerazione dei dipendenti di una determinata impresa è non solo il risultato delle possibilità intrinseche dell’azienda, ma è determinato dalla pressione e dalla capacità di resistenza delle forze sociali in gioco espresse normalmente dai sindacati dei lavoratori e dei datori di lavoro. A seconda della capacità anzidetta, il contributo può incidere sul salario ma può anche incidere sui profitti netti dell’impresa quando non finisca per gravare, sempre che le possibilità del mercato lo consentano, sui prezzi del prodotto o del servizio. [...]

Avrebbe certamente fautori in minor numero, qualora gravasse su altri soggetti che non siano i datori di lavoro e l’ordinamento contributivo della previdenza fosse fondato su una base imponibile diversa da quella attuale, con un diverso sistema di riscossione, come accade per l’assicurazione infortuni sul lavoro in agricoltura e per gli operai delle zolfatare siciliane (quota addizionale sull’imposta fondiaria). [...]

Ma il criterio di rendere partecipi i lavoratori al peso della protezione sociale riposa particolarmente su motivi di carattere morale. Si tratta di abituarli ad un costume previdenziale che, sottraendoli ad una forma di paternalismo, li renda essi stessi artefici di una doverosa tutela per gli inevitabili eventi dolorosi della vita.¹⁷³

Il sistema però rimase quello quasi esclusivamente a carico dei datori di lavoro, e nel 1950 l’INAM, ente con un bilancio annuo di circa 50 miliardi, aveva già uno scoperto di cassa di 20 miliardi¹⁷⁴. Vincenzo Monaldi, medico democristiano, professore universitario di fisiologia presso l’Università di Napoli e futuro Alto Commissario per l’Igiene e la Sanità pubblica, già senatore e membro della X Commissione lavoro, emigrazione e previdenza sociale nel corso della prima legislatura, chiedeva che lo Stato si assumesse la responsabilità del risanamento dell’ente, poiché

Nell’ultima relazione dell’istituto si legge che lo Stato deve all’ente 1 miliardo e 400mila milioni di lire, e che esistono 7 miliardi di contributi non riscossi per insolvenza. [...]

Ma vi è anche un aspetto morale. Un istituto, che è nato sul cadere della guerra, un Istituto a cui è affidato il patrimonio più prezioso della Nazione, ha il diritto di trovare comprensione negli organi dello Stato. Io vorrei che quando si parla di assistenza malattie lo Stato abbandonasse il volto dell’arcigno tesoriere per assumere l’espressione di una mamma alla quale nulla è di troppo quando si tratta della salute dei propri figli. L’intervento dello Stato nel risanamento economico dell’INAM è un dovere materiale e morale.¹⁷⁵

ottobre 1952, p. 609.

¹⁷³ Ivi, pp. 610-611.

¹⁷⁴ *Il riordinamento degli enti previdenziali nel discorso di Vincenzo Monaldi al Senato*, in INAM, I problemi del servizio sociale, anno V n. 1, gennaio-febbraio 1950, p. 137.

¹⁷⁵ Ivi, p. 138.

Nonostante questo genere di appelli fosse frequente sia al Senato che alla Camera, la questione veniva sistematicamente rimandata alla “imminente” generale riforma della previdenza e dell’assistenza sociale. Nel frattempo il sistema previdenziale e assistenziale si espandeva: l’ammontare annuo dei contributi passava dai 224,2 miliardi del 1947 ai 1.055 del 1955, dimostrando anche una crescente incidenza di queste somme sui redditi¹⁷⁶, e generando la preoccupazione negli esperti dell’INAM di fissare una soglia oltre la quale non andare, poiché sarebbe stato controproducente per l’occupazione e il costo del lavoro. Giuseppe Petrilli si poneva in questo momento il problema dell’equilibrio tra l’entità dei contributi e la sostenibilità del sistema, poiché al sistema di sicurezza sociale venivano poste alcune critiche basate proprio sulla scarsa sostenibilità. Ci si chiedeva se non si fosse fatto il passo più lungo della gamba, estendendo un sistema di sicurezza sociale concepito forse per Paesi economicamente più solidi dell’Italia; si cominciava a parlare di “accavallamento delle culture”, ovvero della diffusione di un tratto culturale nato in corrispondenza alle condizioni di un certo ambiente, che poi si diffonde in altri ambienti non adatti a riceverlo. Si sospettava inoltre che l’incidenza degli oneri, che cresceva ogni anno sia in conseguenza dell’ampliamento delle categorie beneficiarie sia dell’aumento dei prezzi dei servizi sanitari, fosse un freno allo sviluppo dell’economia e, di conseguenza, al benessere stesso della popolazione.¹⁷⁷ Per questo motivo, secondo Petrilli, i tecnici avevano il dovere di definire precisamente la quota di reddito nazionale che si poteva destinare alla funzione solidaristica senza pregiudizio per lo sviluppo economico. Queste preoccupazioni spingevano già negli anni Cinquanta al confronto con gli altri Paesi sviluppati: in uno studio del 1956 sui costi dell’assistenza e previdenza sui salari nei contesti tedesco occidentale, francese e italiano, uno dei protagonisti degli studi sul sistema previdenziale italiano, Mario Alberto Coppini¹⁷⁸, analizzava il costo dei contributi sull’equivalente di 100 lire di salario netto¹⁷⁹:

ANALISI DEI COSTI STANDARD A REGIME ATTUALE (1955) (per 100 lire di salario netto, lavoratori dipendenti dell’industria)			
	Francia	Germania occidentale	Italia
Infortuni e malattie professionali	2,51	1,85	1,58
Malattie e maternità	9,55	5,58	5,69

¹⁷⁶ G. Petrilli, *L’attuario e la sicurezza sociale*, in INAM, *I problemi del servizio sociale*, anno IX n. 3, maggio-giugno 1956, p. 277.

¹⁷⁷ Ivi, p. 281.

¹⁷⁸ Coppini era docente di tecnica delle assicurazioni sociali presso la facoltà di Scienze statistiche, demografiche ed attuariali dell’università di Roma, oltre che dal 1957 direttore dell’INAM. Tra gli altri studiosi che spesso si ritrovano negli studi sulla previdenza di questi anni, Sergio Steve, Mario Talamona, Vincenzo De Nardo; tra quelli che si occupavano del settore tributario e della sua ristrutturazione, Roberto Tremelloni, Cesare Cosciani e Francesco Forte. Cfr. ad esempio C. Cosciani, CNEL et al., *La riforma fiscale in Italia*, FrancoAngeli, Milano 1967.

¹⁷⁹ Fonte della tabella: M. A. Coppini, *Costo ed efficienza di un regime di sicurezza sociale*, in *I problemi del servizio sociale*, anno XI n. 4, Luglio-agosto 1956, p. 430. Costi espressi in percentuale al salario netto.

Invalità, vecchiaia e superstiti	12,88	19,35	29,68
Disoccupazione e sottoccupazione	0,64	0,84	0,27
Costo complessivo senza assegni familiari	Lordo: 27,37 Netto: 25,58	Lordo: 29,55 Netto: 27,62	Lordo: 39,83 Netto: 37,22
Assegni familiari	6,46	---	7,15
Costo complessivo con assegni familiari	Lordo: 33,96 Netto: 32,04	Lordo: 29,55 Netto: 27,62	Lordo: 47,12 Netto: 44,37

Gli aggiustamenti operati dal Coppini relativi ad altri costi, come quelli di amministrazione e gestione, variazioni dovute ad aliquote nazionali ed età degli ordinamenti portavano a una tabella finale con leggere modifiche: il costo standard a regime della previdenza e dell'assistenza ammontava al 33,96% del salario in Francia, al 29,55% nella Germania Occidentale e al 47,12% in Italia. Le osservazioni in merito quindi non cambiavano: i regimi francese e tedesco apparivano più simili e, al netto degli assegni familiari, pressoché equivalenti, mentre il sistema italiano spiccava per una elevata protezione in materia di pensioni. Veniva osservato inoltre che l'Italia disperdeva molte risorse a causa dell'alto numero di beneficiari di assegni familiari¹⁸⁰ (sistema inesistente in Germania), e dell'assicurazione di disoccupazione rispetto alla popolazione-tipo dei modelli, ma anche rispetto a quella francese e tedesca.¹⁸¹ Riguardo alla sanità, però, le spese italiane erano in linea con quelle degli altri grandi Paesi industriali europei. L'espansione delle coperture e l'aumento dei costi degli anni Cinquanta e Sessanta portarono a una crescita delle uscite, ma fino alla metà degli anni Sessanta queste non furono sproporzionate rispetto a quelle degli altri Paesi europei.

Nel 1959, anche per sanare la situazione relativa alla mancata emanazione del regolamento di esecuzione della legge n. 138 dell'11 gennaio 1943, l'INAM andò incontro alla cosiddetta "piccola riforma". I cambiamenti principali che investirono l'organizzazione del lavoro dell'ente riguardarono l'assistenza ospedaliera per i familiari dei mutuatati, con un passaggio della durata massima di degenza coperta dalla cassa di riferimento da 30 a 180 giorni; l'inclusione in questi termini di durata anche delle malattie croniche, che si veniva a differenziare così dal ricovero nei cronici o negli istituti per invalidi; la possibilità, per i familiari del lavoratore, di ottenere il ricovero anche in caso di malattie

¹⁸⁰ Alcuni studi hanno osservato che gli assegni familiari sono stati concepiti dal legislatore non tanto come una misura assistenziale, quanto più come un sistema di integrazione del reddito per le famiglie, considerando i bassi salari italiani. Anche questa misura andava nella direzione di incentivare una struttura del welfare incentrata sulla famiglia e basata su un capofamiglia maschile. Cfr. M. Ferrera, M. Jessoula, V. Fargion, *Alle radici del welfare all'italiana*, op. cit., pp. 62-71.

¹⁸¹ M. A. Coppini, *Costo ed efficienza di un regime di sicurezza sociale*, in *I problemi del servizio sociale*, anno XI n. 4, Luglio-agosto 1956, p. 433.

nervose (precedentemente escluse) e per parto normale (prima del 1959, veniva rimborsato solo il ricovero per il parto distocico); anche le indennità di malattia, ovvero le erogazioni in denaro in caso di malattia del lavoratore, venivano allungate per il periodo e aumentate di importo; vennero migliorate le assistenze integrative¹⁸². Ne avevano diritto gli assicurati principali e gli altri iscritti, in assistenza diretta o a rimborso, e riguardavano un largo raggio di attività assistenziali garantite dall'INAM, cui l'ente contribuiva con una quota di non più del 50% delle spese sostenute entro importi massimali predeterminati. Essi riguardavano le cure balneo-termali ed idroterapiche, anche con soggiorno in albergo o pensione, purché prescritto da personale sanitario dipendente dall'istituto; apparecchi di protesi come arti artificiali, scarpe ortopediche, protesi dentarie, presidi ortopedici, occhiali e apparecchi acustici. Si tentava di dare un chiarimento anche alla questione del diritto di rivalsa: in base alle nuove norme il datore di lavoro era tenuto a provvedere al pagamento dei contributi relativi ai periodi di paga scaduti mediante pagamenti mensili posticipati entro il quindicesimo giorno del mese successivo; venivano introdotte more per i ritardi, fino a un aumento del 100% dell'importo se il pagamento fosse arrivato dopo il 360° giorno, oltre a una sanzione amministrativa tra le 2.000 e le 50.000 lire. Veniva inoltre introdotta una sanzione per evasione della denuncia dei dipendenti: il datore di lavoro avrebbe dovuto in questo caso pagare il doppio dell'importo dei contributi omessi, quindi una sanzione particolarmente dura.

Tra la fine degli anni Cinquanta e gli anni Sessanta vennero portate avanti numerose iniziative parlamentari e politiche che ampliarono la platea degli aventi diritto di numerose prestazioni previdenziali e assistenziali. L'INAM, di conseguenza, si organizzò per regolarizzare la posizione di lavoratori la cui situazione era poco normata, come i lavoratori e le lavoratrici a domicilio, i lavoratori familiari dei datori di lavoro nelle aziende a conduzione familiare, gli apprendisti, le lavoratrici madri. La legge del 13 marzo 1958, n. 264, ad esempio, era dedicata proprio alla tutela del lavoro a domicilio. L'intenzione di questa legge era di regolamentare un tipo di lavoro molto soggetto a sfuggire dalla contribuzione e, più in generale, agli obblighi dovuti alla regolarità del rapporto di lavoro, in particolare nei settori dell'abbigliamento, delle calzature e dei tessili.¹⁸³ L'articolo 2 di questa legge sanciva che gli imprenditori che intendessero commissionare lavoro a domicilio dovessero iscriversi a un cosiddetto "registro dei committenti" presso l'ufficio provinciale del lavoro, e tenere un apposito "libro matricola", vistato e numerato dall'Ispettorato del lavoro, nel quale dovevano essere iscritti i lavoratori a domicilio. Si prevedeva inoltre l'estensione di tutte le assicurazioni sociali in atto, delle

¹⁸² Cfr. Notiziario dell'INAM: *I miglioramenti dell'assistenza realizzati con la "piccola riforma"*, in *I problemi della sicurezza sociale*, anno XIV n. 1, gennaio-febbraio 1959, pp. 112-125; *La "piccola riforma" dell'INAM*, in *I problemi della sicurezza sociale*, anno XIV n. 3, maggio-giugno 1959, pp. 341-357.

¹⁸³ Cfr. Atti parlamentari, Camera dei deputati, II legislatura, Commissione XI Lavoro, emigrazione, cooperazione, previdenza e assistenza sociale, assistenza post-bellica, igiene e sanità pubblica, *Discussione e rinvio proposta di legge Pastore e Morelli: Tutela del lavoro a domicilio; Di Vittorio e altri: Regolamentazione del lavoro a domicilio*, Seduta di mercoledì 20 aprile 1955, p. 558.

quali per legge o per contratto collettivo usufruivano i lavoratori interni della stessa industria. Qualche dubbio in più poneva l'interpretazione della seconda parte dell'articolo 13 di questa legge:

Ai lavoratori addetti a lavorazioni che in precedenza normalmente venivano fatte a domicilio, ovvero quando l'occupazione a domicilio abbia carattere complementare ed accessorio rispetto alla normale attività esercitata dal lavoratore, saranno applicate le assicurazioni obbligatorie per invalidità, vecchiaia, tubercolosi, maternità e assicurazione contro le malattie limitatamente all'assistenza sanitaria, come disposto dalle vigenti leggi e dai contratti collettivi di lavoro e con l'osservanza delle modalità ivi previste.¹⁸⁴

L'INAM, in seguito a decreto ministeriale 24 marzo 1960 che precisava meglio questo punto, invitava le proprie sedi provinciali a regolare in questo modo l'erogazione delle prestazioni: i lavoratori addetti alle lavorazioni che, prima dell'emanazione di detto decreto, svolgevano un'attività tradizionalmente praticata a domicilio, avrebbero potuto usufruire di prestazioni assistenziali "limitatamente a quelle sanitarie... per le malattie che insorgono durante i periodi intercorrenti tra la data di consegna del lavoro e quella della riconsegna del lavoro"; in questo caso, il contributo del datore di lavoro ammontava al 6,05% sulle retribuzioni corrisposte¹⁸⁵. I lavoratori addetti alle lavorazioni che prima dell'emanazione di tale legge non venivano praticate a domicilio, invece, avevano diritto alle prestazioni assistenziali "delle quali per legge e per contratto collettivo usufruiscono i lavoratori interni della stessa industria"¹⁸⁶. La distinzione era necessaria per distinguere il vero lavoro a domicilio da tentativi da parte dei datori di lavoro di usufruire dei più bassi livelli contributivi portando parti della produzione che normalmente venivano svolte in azienda nelle case dei lavoratori, quando possibile. Infatti veniva stabilito che questa seconda categoria di lavoratori aveva diritto a prestazioni sanitarie ed economiche esattamente identiche a quelle dei lavoratori regolarmente assunti, e i loro contratti di lavoro erano soggetti a un obbligo contributivo del 7,30% del salario.

Con una maggiore regolamentazione delle diverse forme di lavoro, anche la necessità di controllo dell'INAM cominciava a decrescere. Dalle sedi centrali, infatti, si raccomandava a quelle provinciali una stretta collaborazione con gli Ispettorati e gli Uffici provinciali del lavoro, delle sollecitazioni, ma non, come in passato, dei controlli diretti:

Con l'occasione, si richiama la cortese attenzione delle SS.LL. sull'opportunità che vengano presi diretti contatti con i locali Uffici provinciali del lavoro, ai quali dovrà essere prospettata la necessità che la legge 13/3/1958 n. 264 abbia piena e completa attuazione, sollecitando quindi l'istituzione dei "registri" previsti dalla legge stessa – e che venga pertanto svolta una idonea ed intensa opera di vigilanza e di controllo, atta a evitare abusi o evasioni.¹⁸⁷

¹⁸⁴ Legge 13 marzo 1958, n. 264, art. 13.

¹⁸⁵ Archivio INPS, Fondo INAM, Anno 1960, Lettera circolare n. 17/Ass., *Legge 13/3/58 n. 264, sulla tutela del lavoro a domicilio. Approvazione del decreto ministeriale del 24 marzo 1960 concernente le determinazioni delle lavorazioni normalmente svolte a domicilio*, 23 maggio 1960.

¹⁸⁶ *Ibidem*.

¹⁸⁷ *Ibidem*.

Nonostante i chiarimenti, ancora a due anni dall'istituzione di tale obbligo risultava all'INAM la mancata istituzione in alcune province dei registri dei lavoratori a domicilio, oppure il mancato invio da parte dei datori di lavoro e dei lavoratori delle domande di iscrizione.¹⁸⁸

In alcuni casi, la legislazione frammentaria che caratterizzava l'ampliamento dell'assistenza sanitaria lasciava il campo a dubbi sui beneficiari: era questo il caso dell'estensione dell'assistenza sanitaria ai pensionati di invalidità e vecchiaia, che era stata sancita con la legge 4 agosto 1955 n. 692. A questo proposito, l'INAM interpellava il Ministero del Lavoro e della previdenza sociale per chiarimenti nei casi di esclusione dall'assistenza malattia dei pensionati ai quali l'assistenza spettava per altro titolo, o in virtù di assicurazione obbligatoria propria o di altri membri della famiglia. Il Ministero del Lavoro chiariva qui le intenzioni di questa legge. Si noti la difficoltà per il legislatore, nell'intricato groviglio delle norme precedenti, di ottenere il risultato voluto con l'emanazione di leggi relative all'assistenza e alla previdenza:

[...] Qualora il titolare di pensione si dedichi ad una attività lavorativa per la quale è operante l'assicurazione obbligatoria contro le malattie, ovvero acquisisca il titolo all'assistenza quale familiare a carico di un lavoratore, viene a perdere uno dei requisiti essenziali richiesti dalla legge n. 692 per la sua applicazione e, pertanto, non ha più diritto a richiedere l'assistenza in base a detta legge.

Ciò premesso nei confronti di detti pensionati che vengono a perdere, per effetto di quanto sopra detto, il requisito richiesto per l'assistenza in base alla legge n. 692, non potranno essere opposte le eventuali preclusioni previste da talune forme di assicurazione obbligatoria contro le malattie, quale, ad esempio, quella contenuta nell'art. 4 della legge 19 gennaio 1942, n. 22, in base alla quale non hanno diritto all'assistenza da parte dell'ENPAS i familiari di assicurati che traggono titolo alle prestazioni da parte di altro ente. Ciò perché, nel momento in cui nei confronti degli stessi sorge potenzialmente un altro titolo per l'assistenza di malattia, i medesimi automaticamente sono esclusi dal campo di applicazione della ripetuta legge n. 692, non potendosi ammettere, in base ai principi informativi di quest'ultima legge ed all'esplicita disposizione dell'art. 1, la coesistenza con altri titoli all'assistenza.

Può, invece, verificarsi nell'ambito della stessa famiglia la sussistenza di più titoli all'assistenza sempre in base alla legge n. 692, come appunto nel caso di coniugi entrambi pensionati.

In tal caso si ritiene che debba essere senz'altro considerato preminentemente il rispettivo titolo di pensione con la conseguenza che a ciascun coniuge dovrà essere riconosciuto, in via principale, il diritto all'assistenza a titolo proprio e non quale familiare a carico di pensionato. Potrà così anche trovare, di massima, applicazione il principio che è nello spirito della legge n. 692, inteso ad assicurare al lavoratore, dopo il pensionamento, la continuità dell'erogazione dell'assistenza da parte dello stesso ente presso il quale era iscritto in precedenza.¹⁸⁹

Le sovrapposizioni e le incertezze causavano all'INAM delle iscrizioni e poi cancellazioni di lunghe liste di nominativi dai suoi elenchi, come nel caso degli artigiani titolari di pensione di vecchiaia (e,

¹⁸⁸ Archivio INPS, Fondo INAM, Anno 1960, Circolare n. 28/Ass., Legge 13 marzo 1958 n. 264 sulla tutela del lavoro a domicilio, 30 giugno 1960.

¹⁸⁹ Archivio INPS, Fondo INAM, anno 1960, Ministero del Lavoro e della previdenza sociale – Direzione generale della previdenza e assistenza sociale, *Legge 4 agosto 1955 n. 692 per l'assistenza di malattia ai pensionati*, 16 maggio 1960.

ovviamente, dei loro familiari a carico), per la cui categoria si era prima ipotizzato un diritto di scelta tra l'assistenza di cui già godevano (istituita con legge 29/12/56 n. 1533), e quella dell'INAM, per poi, su indicazione del Ministero del Lavoro, sancire l'esclusione degli stessi dal diritto di scelta.¹⁹⁰

Particolarmente soggette a incertezze erano quelle categorie particolarmente esigue, scarsamente organizzate, o la cui situazione imponeva coordinazione internazionale, come i pescatori della piccola pesca; i lavoratori emigrati, che afferivano alle casse di malattia di altri Paesi europei ma in soggiorno temporaneo in Italia per ferie, congedi o permessi; i familiari residenti in Italia dei lavoratori occupati in Paesi aderenti alla CEE; lavoratori frontalieri o stagionali. Per questi ultimi casi, particolarmente difficoltoso risultava il coordinamento nazionale per l'erogazione di prestazioni svincolate dalla provincia di residenza.¹⁹¹ Le sedi provinciali dell'INAM dovevano poi provvedere a ottenere i rimborsi delle spese sostenute dalle casse di malattia estere, a fine anno.¹⁹²

I rinnovi delle convenzioni erano soggetti ad aumenti annuali, in conseguenza sia della tutela a sempre più persone, sia dell'aumento dei costi della farmaceutica e delle rette ospedaliere. Durante i rinnovi dei contratti collettivi nazionali, l'INAM si rivolgeva a sindacati e partiti politici, assicurandosi delle maggiorazioni percentuali nei contributi e negando i rinnovi in caso di posizioni debitorie, quando possibile.¹⁹³

Anche alcune prerogative per la tutela delle lavoratrici madri¹⁹⁴ erano passate all'INAM negli anni Sessanta, dimostrando come l'ente veniva individuato come il fulcro di una potenziale politica assistenziale sempre più organica e organizzata, che cominciava, dopo la fase del miracolo economico, a muovere passi in avanti sempre più convinti: l'articolo 3 della legge 9 gennaio 1963, n. 7 sanciva che “le lavoratrici dipendenti da privati datori di lavoro, salvo particolari trattamenti previsti per talune categorie dagli articoli successivi, hanno diritto ad una indennità giornaliera pari all'80% della retribuzione per tutto il periodo di assenza obbligatoria dal lavoro stabilita dagli articoli 5 e 6 della

¹⁹⁰ Archivio INPS, Fondo INAM, anno 1960, Lettera circolare n. 24/Ass., *Artigiani titolari di pensione dell'assicurazione generale obbligatoria per l'invalidità, vecchiaia e superstiti – Assistenza di malattia*, 22 giugno 1960.

¹⁹¹ Archivio INPS, Fondo INAM, anno 1960, Lettera circolare n. 35/Ass., *Erogazione delle prestazioni sanitarie agli assicurati e loro familiari, iscritti presso le casse di malattia tedesche, in temporaneo soggiorno autorizzato in Italia per ferie, congedi personali, permessi ecc.*, 3 agosto 1960; Archivio INPS, Fondo INAM, anno 1960, Lettera circolare n. 44/Ass., *Assistenza di malattia ai familiari residenti in Italia dei lavoratori occupati nell'ambito della CEE*, 28 settembre 1960; Archivio INPS, Fondo INAM, anno 1960, Lettera circolare n. 45/Rag., *Assistenza sanitaria agli assicurati e loro familiari iscritti presso le Casse di malattia tedesche in temporaneo soggiorno in Italia – Norme contabili*, 28 settembre 1960.

¹⁹² Archivio INPS, Fondo INAM, anno 1960, Lettera circolare n. 53/Ass., *Addebiti alle Casse malattia tedesche del costo delle prestazioni erogate agli assicurati in Germania e a loro familiari in temporaneo soggiorno autorizzato in Italia*, 15 dicembre 1960.

¹⁹³ Archivio INPS, Fondo INAM, anno 1960, Circolare n. 52/Ass., *Rinnovo convenzioni per l'assicurazione di malattia in regime facoltativo. Determinazione delle quote contributive per l'anno 1961*, 9 dicembre 1960. È necessario anche considerare che, secondo studi sulle lotte dei sindacati in Italia, per tutti gli anni della guerra fredda, “il dibattito sui contratti collettivi di lavoro apparve paradossalmente più vitale dei contratti collettivi stessi, stipulati in generale senza organicità di criteri, in uno stillicidio di piccole rivendicazioni e concessioni che si tradussero – nelle buste paga – in una pleiade di voci retributive accessorie”. Cfr. S. Turone, *Storia del sindacato in Italia. 1943-1969*, op. cit., p. 250.

¹⁹⁴ Cui era dedicata la legge 26 agosto 1950, n. 860: *Tutela fisica ed economica delle lavoratrici madri*, modificata in alcuni punti dalla legge 9 gennaio 1963 n. 7.

presente legge. Tale indennità è comprensiva di ogni altra indennità spettante per malattia. Le indennità di cui al precedente comma sono corrisposte dall'INAM, o dagli altri Istituti, Enti o Casse che provvedono all'assicurazione obbligatoria contro le malattie, per le lavoratrici ad essi iscritte.”

Per la copertura degli oneri del trattamento economico di maternità, si sanciva l'obbligo per i datori di lavoro di versare un contributo supplementare sulle retribuzioni di tutti i lavoratori dipendenti, nella misura dello 0,53% sulla retribuzione per il settore dell'industria; dello 0,31% sulla retribuzione per il settore del commercio; dello 0,20% sul settore del credito, assicurazione e servizi, e definendo obblighi inferiori per apprendisti, lavoratori saltuari e altri tipi di lavoratori. Aumenti nei contributi negli anni Sessanta caratterizzarono molte categorie, e non furono quasi mai accolti pacificamente dai datori di lavoro. Vennero chiesti chiarimenti alle sedi centrali dell'INAM e, da queste, al Ministero del Lavoro e della previdenza sociale su tutti i punti della legge che potevano essere interpretati in modi diversi¹⁹⁵, con l'intento non troppo nascosto di evitare il più possibile le maggiorazioni. Alcune aziende con casse di malattia autonome, come quella dell'ENEL, si adeguarono con ritardo alle nuove modalità di contribuzione, ed ebbero bisogno di essere sollecitate¹⁹⁶.

Lo stesso atteggiamento emerse nel caso dei contributi per i contadini, a favore dei quali venne attuata una soluzione di finanziamento mista per mezzo della legge 26 febbraio 1963, n. 329: una parte delle risorse per i miglioramenti per l'assistenza sanitaria sanciti da questa legge venivano da un contributo statale di 3 miliardi a partire dall'anno 1963-64.¹⁹⁷ Veniva poi aumentato il contributo già in essere da parte dei datori di lavoro, con un'aggiunta di 21 o 18 lire per giornata di lavoro, a seconda se di uomo, donna o ragazzo; veniva inoltre previsto un contributo addizionale, definito “di solidarietà”, da versarsi all'INAM per “tutti i lavoratori dipendenti da privati datori di lavoro soggetti all'assicurazione obbligatoria contro le malattie e non assicurati per legge presso Istituti, Enti o Casse di malattia di diritto pubblico diverse dall'INAM”¹⁹⁸. La quota per questo contributo veniva definita nei termini dello 0,58% delle retribuzioni a decorrere dal 1° luglio 1963 e veniva posta interamente a carico dei datori di lavoro, rappresentando una delle prime forme di solidarietà intercategoriale nel finanziamento della sanità nel percorso verso una maggiore compartecipazione delle spese. La legge era infatti il risultato di un disegno di legge di iniziativa governativa, presentato dal Ministro del Lavoro e della previdenza sociale Bertinelli, di concerto con i ministri del Bilancio (La Malfa), del Tesoro (Tremelloni) e col ministro dell'agricoltura e delle foreste Rumor. L'intenzione cui già negli anni precedenti si guardava era l'allineamento della copertura sanitaria con il settore dell'industria¹⁹⁹,

¹⁹⁵ Archivio INPS, Fondo INAM, anno 1964, Circolare n. 190/Ass., *Contributi per il trattamento economico lavoratrici madri e di solidarietà per gli agricoltori*, 17 gennaio 1964.

¹⁹⁶ Archivio INPS, Fondo INAM, anno 1964, Circolare n. 8/Ass., *Legge 9/1/63 n. 7: tutela fisica ed economica delle lavoratrici madri – Legge 16/2/63 n. 329: contributo di solidarietà – ENEL e aziende municipalizzate*, 14 febbraio 1964.

¹⁹⁷ Legge 26 febbraio 1963, n. 329: *Miglioramenti nelle prestazioni dell'assicurazione contro le malattie per i lavoratori agricoli*, art. 6. Veniva recuperato a questo fine circa 1 miliardo e mezzo dalla Cassa per la piccola proprietà contadina

¹⁹⁸ Ivi, art. 4.

¹⁹⁹ Atti parlamentari, Camera dei Deputati, III Legislatura, Documenti – Disegni di legge e relazioni, Ddl n. 4600,

anche in seguito a istanze formulate negli anni precedenti sia in sede sindacale, sia parlamentare. Fino a questo momento, infatti, alcuni lavoratori del settore agricolo e i familiari di tutti costoro erano esclusi dall'assistenza farmaceutica e dall'assistenza generica, ospedaliera e specialistica. Inoltre il trattamento economico di questi lavoratori era più basso. La gestione unica dell'INAM veniva scelta come forma di finanziamento sanitario per giustificare, anche sul piano formale, "gli oneri imposti alle altre categorie secondo il criterio della solidarietà intersettoriale".²⁰⁰ In seguito al parere del CNEL si era escluso il finanziamento dell'assistenza farmaceutica a favore di coloni e mezzadri, che avrebbero comportato un onere giudicato insostenibile per lo Stato; era proprio l'assistenza farmaceutica a rappresentare il centro delle proteste sindacali delle categorie agricole, che con questa legge veniva comunque assicurata a una larga parte dei lavoratori.²⁰¹ Altro punto importante di protesta era l'adeguamento delle indennità in caso di malattia, le cui cifre fino a quel momento venivano definite irrisorie, ma il Governo non risultava in grado di pronunciarsi e si proponeva di dare una risposta definitiva in futuro, in base alle coperture disponibili. La documentazione dell'INAM tiene traccia di queste dinamiche in conseguenza delle controversie che questo tipo di legislazione aveva provocato, ad esempio sul cosiddetto contributo di solidarietà, per il quale ad esempio le aziende municipalizzate²⁰² richiedevano chiarezza. Il Ministero del Lavoro, interpellato, chiariva in questo caso che nell'ordinamento previdenziale tali aziende erano considerate alla stessa stregua dei datori di lavoro privati, e quindi tenute al pagamento del contributo addizionale di solidarietà per i lavoratori agricoli.²⁰³ Anche il sistema di accertamento delle giornate lavorate da parte degli agricoltori era soggetto a chiarimenti e puntualizzazioni durante questi anni: vi erano delle differenze in particolare tra regioni del Sud e del Centro-Nord nelle modalità di controllo. I contributi agricoli venivano infatti accertati da apposite Commissioni comunali istituite con decreto luogotenenziale 8 febbraio 1945, n. 75 nel Sud; al Centro-Nord, invece,

Miglioramenti nelle prestazioni dell'assicurazione contro le malattie per i lavoratori agricoli, Seduta del 6 febbraio 1963, p. 1.

²⁰⁰ Ivi, p. 3.

²⁰¹ Atti parlamentari, Camera dei Deputati, III legislatura, XII Commissione Lavoro – Assistenza sociale – cooperazione, *Discussione del disegno di legge: Miglioramenti nelle prestazioni dell'assicurazione contro le malattie per i lavoratori agricoli; e delle proposte di legge di iniziativa dei deputati Zanibelli ed altri: Integrazione ed estensione delle prestazioni sanitarie ai lavoratori agricoli e loro familiari; e Novella ed altri: estensione e adeguamento della previdenza malattia ai braccianti, coloni e mezzadri e loro familiari*, Seduta dell'11 febbraio 1963, p. 1094.

²⁰² Ente che opera all'interno della P.A., privo di personalità giuridica autonoma, introdotto con la L. 103/1903 al fine di perfezionare il processo di affidamento ai Comuni della gestione dei principali servizi di pubblica utilità. Si tratta di enti che nel secondo dopoguerra accumularono grossi debiti di gestione, e che per questo andarono incontro, tra gli anni Novanta e Duemila, a ripensamenti che allineassero la gestione di questi enti con le aziende private, ad esempio inserendo negli organi di gestione un Consiglio di amministrazione e introducendo dei criteri di responsabilità gestionale. Cfr. Enciclopedia Treccani, Dizionario di economia e finanza (2012), *Azienda municipalizzata*, da [https://www.treccani.it/enciclopedia/azienda-municipalizzata_\(Dizionario-di-Economia-e-Finanza\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/azienda-municipalizzata_(Dizionario-di-Economia-e-Finanza)/), consultato il 23/10/2023.

²⁰³ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1964, *Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale alla Confederazione della municipalizzazione e all'INAM – Applicazione art. 4 legge 26 febbraio 1963 n. 329 e tutela economica alle lavoratrici madri*, 17 gennaio 1964.

ove vige l'accertamento dei contributi e dei lavoratori agricoli sulla base dell'impiego effettivo di manodopera, si applica la norma che ai lavoratori si attribuiscono le giornate di effettiva occupazione accertate ai fini contributivi, per cui il problema dell'iscrizione negli elenchi e della qualificazione del lavoratore agricolo ai fini previdenziali si risolve, in via prioritaria, in sede di accertamento dei contributi.²⁰⁴

La legge 5 marzo 1963 n. 322 aveva tuttavia modificato il ruolo delle Commissioni comunali, limitandolo ai casi di cancellazione dalle liste; l'iscrizione veniva invece subordinata al Servizio per i contributi agricoli unificati (SCAU), ente previdenziale che aveva avuto origine nella corporazione fascista per il settore agricolo. Il 31 dicembre 1940, infatti, la Confederazione fascista degli agricoltori aveva stipulato una convenzione con la Federazione nazionale fascista dei servizi tributari per la riscossione e il versamento dei contributi agricoli; dal 1944 questo ente fu attivo con il nome di "Servizio per gli elenchi nominativi dei lavoratori e per i contributi unificati in agricoltura" e si sovrappose all'attività delle Commissioni comunali. Il Ministero del Lavoro in questa circostanza comunicava proprio che era il primo organo a doversi occupare dell'iscrizione dei lavoratori negli elenchi a fini previdenziali, poiché in quel caso era possibile il controllo del versamento del contributo, e comunicando all'INAM di tenere in considerazione solo le liste provenienti dal Servizio in questione: una testimonianza di un cambiamento di cultura nella gestione dell'organo, con una maggiore attenzione al bilancio delle entrate contributive. All'inizio degli anni '60, in effetti, il legislatore concesse non irrilevanti miglioramenti nella situazione previdenziale e assistenziale delle classi meno tutelate in precedenza, tra le quali spiccava quella dei coltivatori diretti. La legge 9 gennaio 1963, n. 9 aveva innovato in modo sostanziale i criteri per l'individuazione della figura del coltivatore diretto, la rivalutazione delle pensioni di invalidità e vecchiaia ed il ridimensionamento delle contribuzioni per l'assistenza malattia.²⁰⁵ In particolare, il minimo di pensione venne raddoppiato a partire dal 1° luglio 1962, la pensione maturava sistematicamente per tutte le unità lavorative e venivano confermate le disposizioni transitorie a favore degli assicurati che non raggiungevano i minimi contributivi e i requisiti di anzianità di iscrizione²⁰⁶. Analizzando le modifiche apportate al calcolo dei contributi, secondo gli esperti dell'INAM si era passati con questa legge da un eccesso all'altro: ovvero da una misura eccessivamente modesta, o addirittura irrilevante, dei contributi versati da parte delle piccole aziende, a un carico sproporzionato anche per le medie e grandi aziende per unità produttiva. Per di più lo Stato aveva sopperito agli ammanchi delle Casse mutue provinciali²⁰⁷ in modo discontinuo, per usare i termini del Consiglio di amministrazione

²⁰⁴ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1964, *Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale – Compiti e funzioni delle Commissioni comunali in materia di elenchi nominativi dei lavoratori agricoli*, 24 ottobre 1964.

²⁰⁵ *Elevazione dei trattamenti minimi di pensione e riordinamento delle norme in materia di previdenza dei coltivatori diretti e dei coloni e mezzadri*.

²⁰⁶ Cfr. R. Pietropaolo, *L'attuale disciplina dell'assicurazione dei coltivatori diretti*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, anno XX n. 3, maggio-giugno 1965, pp. 679-692.

²⁰⁷ All'assistenza per i coltivatori diretti provvedevano le Casse mutue provinciali, con finanziamento misto Stato-datori

dell'INAM "a singhiozzo".²⁰⁸ Su un passivo che nel 1965 risultava di 85,4 miliardi di lire²⁰⁹, le principali cause di passività venivano individuate da Virginio Savoini, nuovo direttore dell'INAM²¹⁰, nella sistematica diminuzione del gettito delle contribuzioni a carico delle aziende agricole (da 8 a 5 miliardi tra il 1960 e il 1963, solo parzialmente compensate dal gettito del contributo di solidarietà introdotto nel febbraio 1963) per il settore dell'agricoltura; sempre nel settore dell'agricoltura, dal blocco dell'aliquota contributiva per i salariati, braccianti e compartecipanti, che aveva determinato la stasi del contributo per giornata lavorata; l'inadeguatezza delle quote capitarie applicate per i coloni e i mezzadri, non corrispondenti ai reali costi assistenziali; e una serie di esenzioni contributive per le aziende agricole più piccole, montane, sospensioni per calamità e altre situazioni emergenziali; ed infine la non corrispondenza tra il carico contributivo e le giornate di lavoro attribuite ai salariati e agli altri lavoratori dell'agricoltura. Tutti questi elementi avevano creato, nel 1965, uno sfasamento di 49,3 miliardi al quale non ha potuto sopperire la solidarietà delle altre categorie, alcune delle quali in difficoltà a causa della situazione economica di rallentamento di questi anni.

Nell'industria, le principali cause di una diminuzione del gettito si erano avute a causa di: minore occupazione (calo di circa 347.097 lavoratori nel 1965, con riduzione del gettito contributivo di circa 19 miliardi), mentre contemporaneamente era stata garantita l'assistenza sanitaria ai lavoratori in trattamento di integrazione salariale per un anno; era stata assicurata protezione totale per un anno agli operai disoccupati dell'edilizia a decorrere dalla data del licenziamento, senza però prevedere copertura dell'onere; anche per gli apprendisti l'entità fissata per il contributo lasciava in gran parte scoperto il finanziamento dell'assistenza (veniva calcolato che la spesa sanitaria annua per assistenza sanitaria ai 797mila apprendisti e 20mila familiari assommava a 22.295 milioni, mentre il gettito contributivo era di appena 2.391 milioni, con una differenza di circa 20 miliardi)²¹¹. Anche le categorie della piccola pesca marittima e delle acque interne contribuivano nettamente meno rispetto alle spese che per loro venivano erogate (il contributo mensile era di 1.300 lire, ma con una quota di 700 lire a carico dello Stato; il gettito di contributi era quindi di circa 327 milioni, contro una spesa assistenziale di circa 1.360 milioni, con uno scoperto per questa categoria di 1.032 milioni). Altrettanto squilibrato era il rapporto contributi/spese per categorie come gli ausiliari del traffico, i lavoratori portuali, gli addetti ai cantieri di lavoro, gli addetti ai servizi domestici; l'INAM offriva poi

di lavoro, e le Casse mutue comunali, che invece lavoravano esclusivamente grazie ai contributi da parte dei datori di lavoro. Entrambe, al 1965, risultavano in perdita, ma in misura maggiore le mutue provinciali, che provvedevano anche alla copertura delle spese ospedaliere e della medicina specialistica.

²⁰⁸ R. Pietropaolo, *L'attuale disciplina dell'assicurazione dei coltivatori diretti*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, anno XX n. 3, maggio-giugno 1965, p. 691.

²⁰⁹ V. Savoini, *Le cause di una critica situazione finanziaria*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, anno XXII n. 2, marzo-aprile 1967, p. 240.

²¹⁰ Virginio Savoini, avvocato, ex membro della Commissione D'Aragona, del Consiglio Superiore di Sanità e dirigente delle ACLI del 1955, fu direttore dell'INAM dal 1962 fin quasi alla fine dell'attività dell'ente, nel 1979.

²¹¹ Ivi, p. 243.

assistenza gratuita all'ENAOLI (Ente Nazionale Assistenza Orfani dei Lavoratori Italiani). Alcune categorie (come i lavoratori salariati dell'agricoltura, gli apprendisti, i pescatori, gli addetti ai servizi domestici) erano poi esonerati dalla corresponsione del contributo aggiuntivo previsto in favore dell'assistenza malattia ai pensionati, generando un ulteriore ammanco di circa 25 miliardi, 19 dei quali riguardavano il settore agricolo.

In definitiva le deficienze finanziarie o scoperture dei vari settori ammontavano nel 1965 a 135 miliardi, dei quali: 49,3 miliardi venivano dall'insufficienza contributiva del settore agricolo; 56, 8 miliardi dalle minori entrate e dall'insufficienza contributiva nell'industria e nelle categorie simili; 3,9 dall'insufficienza contributiva dei settori domestici; 25 miliardi dalla mancata corresponsione da parte di alcune categorie del contributo per assistenza ai pensionati. Da considerare che le spese per amministrazione nel contesto dell'analisi comparata con gli altri Paesi europei risultavano in linea, se non più basse²¹², e che altri settori, come commercio, credito e pensionati, risultavano in eccedenza. Comunque ciò non era sufficiente, insieme all'acquisizione del contributo fiscalizzato per la tubercolosi (41.371,1 miliardi di lire nel 1965), a bilanciare le carenze contributive dei vari settori, anche in conseguenza di un aumento delle uscite che sembrava correlato principalmente a tre fattori: maggior numero di assicurati, più alta frequenza delle visite, aumento dei costi, creando una situazione di questo genere²¹³:

Voci	Agricoltura	Industria	Commercio	Credito	Servizi domestici	Pensionati	Complesso
<u>Prestazioni economiche</u>	Spese per prestazioni						
Indennità di malattia, maternità, assegno di morte	6.033	93.871	10.415,3	270,6	-	-	110.590,5
<u>Prestazioni sanitarie</u>							
Medico-generiche	16.692	71.233,8	8.467,3	1.301,5	1.040,1	36.373	135.378,5
Farmaceutiche	23.833,9	124.603,2	15.155,9	2.462,6	1.837,7	61.488,1	229.381,4
Ospedaliere	31.585,5	101.526,4	14.666	1.748,7	2.186,2	82.945,8	234.658,6
Ostetriche	1.027,8	2.392,3	169,6	10,8	9	23,1	3.632,6
Ambulatoriali	6.578,5	34.485,2	4.549,5	1.124,4	1.030	14.428,2	62.195,8
Integrative	755,6	3.713,4	532,3	115,6	14,6	1.989,2	7.120,7
<u>Complesso prestazioni economiche e</u>	86.777,7	431.825,3	53.955,9	7.034,2	6.117,6	192.247,4	782.958,1

²¹² Ivi, p. 245.

²¹³ Ivi, Tav. 7, p. 248. Le spese per prestazioni indicate in tabella sono al netto delle spese di amministrazione, l'assistenza a rimborso e le altre entrate non sono ripartibili per settore.

<u>sanitarie</u>							
Assistenza a rimborso	-	-	-	-	-	-	2.359,8
<u>Totale spese per prestazioni</u>	-	-	-	-	-	-	785.317,9
Importo delle entrate							
Entrate ripartibili per settore	37.514,3	332.995,1	53.998,7	11.505,6	2.180,8	220.663,2	658.857,7
Altre entrate	-	-	-	-	-	-	97.011,4
<u>Totale entrate</u>	-	-	-	-	-	-	755.869,1

Alcune abnormi espansioni si rilevavano nel ricorso alle prestazioni: mentre le frequenze non erano di poco squilibrate nelle assistenze economiche, anche per la frequenza nei casi di inabilità indennizzati (che seguivano dinamiche molto maggiori rispetto a quelle degli altri Paesi europei²¹⁴), la frequenza delle prestazioni erogate dai medici generici segnava un aumento di poco conto per le visite domiciliari, ma le ambulatoriali segnavano un aumento consistente tra il 1960 e il 1965, di circa la metà del valore, determinando un aumento di spesa di circa 15 miliardi di lire. Anche l'aumento delle prestazioni farmaceutiche era degno di nota, con un aumento dell'onere di quasi 54 miliardi. Una delle categorie che faceva sentire il maggior peso negli aumenti di spesa era quella dei pensionati con i loro familiari e dei lavoratori agricoli e delle loro famiglie; Savoini e il Consiglio di amministrazione dell'INAM facevano notare comunque l'influenza di fattori soggettivi sia nella richiesta di visite sia nel rilascio di prestazioni farmaceutiche.²¹⁵ Si registrava anche una lieve diminuzione delle visite ambulatoriali generiche ma un netto aumento di quelle specialistiche, sul cui costo incidevano notevolmente gli aumenti accordati al personale medico specialista della prima metà degli anni Sessanta, come anticipato nel paragrafo precedente. Di questo tipo si presentava quindi l'aumento dei costi per assicurato tra il 1960 e il 1965²¹⁶:

Voci	Costo medio 1960	Costo medio 1965	Aumento percentuale tra il 1960 e il 1965
Assistenza ospedaliera	3.431	9.071	164,4
Assistenza medico-generica	2.345	5.233	123,2
Assistenza farmaceutica	4.759	8.867	86,3
Assistenza ambulatoriale	1.043	2.404	130,5

²¹⁴ Una peculiarità italiana ben nota e ampiamente indagata nella storiografia sul welfare: cfr. M. Ferrera, *Alle radici del welfare all'italiana. Origini e sviluppo di un modello sociale squilibrato*, op. cit., pp. 7-16.

²¹⁵ V. Savoini, *Le cause di una critica situazione finanziaria*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, anno XXII n. 2, marzo-aprile 1967, p. 253.

²¹⁶ Ivi, p. 254.

Le osservazioni alla luce di questi dati consistevano in un invito alla cautela su

Tutte e tre le componenti per il necessario equilibrio di una gestione ispirata a sani criteri: il finanziamento perché corrisponda all'utile spesa; la frequenza delle prestazioni perché abbiano un andamento secondo concreta necessità senza adito ad abusi; i costi perché si mantengano entro i giusti limiti del valore della prestazione e della normalità dei compensi senza alcun eccesso di carattere corporativistico.²¹⁷

Per coprire un disavanzo che verosimilmente non sarebbe andato a decrescere negli anni seguenti, sembrava impossibile anche ricorrere a un ritocco delle aliquote contributive:

nel settore dell'Industria esse hanno raggiunto per gli operai e gli impiegati un livello insuperabile, pari al 12,03% per gli operai e al 10,3% per gli impiegati (escluso il contributo di solidarietà dello 0,58% posto a carico dello Stato), livello che è sensibilmente superiore a quello di tutti i Paesi del MEC che, d'altra parte, possono contare su una base salariale più elevata o su un più elevato concorso da parte dello Stato.²¹⁸

Per il finanziamento era in corso un provvedimento legislativo già approvato dal Parlamento, la legge 24 ottobre 1966 n. 934, che devolveva il contributo dello Stato alla Cassa unica degli assegni familiari al finanziamento dell'assicurazione malattia degli agricoltori, che avrebbe apportato alle Casse dell'INAM un gettito aggiuntivo di 11 miliardi all'anno. Inoltre, lo stesso provvedimento devolveva all'INAM un contributo pubblico introdotto inizialmente per la copertura di un prestito di 35 miliardi concesso all'INPS; si trattava però di una sanatoria parziale, una sorta di gioco delle tre carte che non consentiva la regolarità di un aumento di risorse, in conseguenza di un aumento di spesa che invece acquisiva caratteristiche sempre più definitive. Savoini ammoniva che,

se non si pon mente agli altri due fattori, frequenza e costi, ogni sforzo diventa vano. Non si può continuare a lasciare senza guarnizione il rubinetto della spesa. Seguirebbe su una china assai pericolosa, preludio a un fallimento che non è solo del sistema, perché alla lunga da certi traguardi raggiunti non si torna più indietro.²¹⁹

Era insomma sempre più chiaro a chi amministrava la sanità che le soluzioni ai problemi proposte negli anni precedenti si erano rivelate illusorie, dall'istituzione del Ministero della sanità alle toppe legislative che cercavano di compensare versamenti insufficienti, e che approcciarsi a una riforma di settore senza riuscire a organizzare e risanare la situazione contributiva avrebbe prodotto risultati ugualmente illusori.²²⁰ In questi termini si esprimeva il Ministro del Lavoro nel 1965 democristiano Umberto Delle Fave:

²¹⁷ Ibidem.

²¹⁸ V. Savoini, *Osservazioni sulle soluzioni alla attuale situazione finanziaria dell'INAM*, in *INAM, I problemi della sicurezza sociale*, anno XX n. 3, maggio-giugno 1965, p. 264.

²¹⁹ Ivi, p. 266.

²²⁰ *Discorso del Ministro per il Lavoro e la Previdenza sociale On.le Umberto Delle Fave*, in *INAM, I problemi della sicurezza sociale*, anno XX n. 2, marzo-aprile 1965, p. 210.

Prima di distruggere, bisogna sapere che cosa si vuole costruire. Non è mai avvenuto, in termini dialettici né in termini storici, né in termini di diritto o di fatto, un trapasso immediato da un sistema all'altro senza un'adeguata preparazione attraverso forme e previdenze necessarie proprio perché imposte dalla realtà. È proprio il caso della nostra assistenza di malattia. Da anni tutti i Ministri del lavoro sono impegnati in questa opera di armonizzazione, di semplificazione e di perequamento del sistema. Se saremo capaci, fra alcuni mesi o anni, di presentare un sistema migliorato, al trapasso della riforma graduale che andremo a fare, eviteremo il caos e lo sbandamento generale. Se ci presenteremo con una situazione di disordine, avremo quasi sicuramente il peggio. [...] Non vi nascondo che gran parte della mia fatica la dedico proprio a questo settore, da cui mi vengono le preoccupazioni più gravi, specialmente per la situazione finanziaria qui denunciata dal prof. Coppini e che non riguarda soltanto l'INAM, ma anche altri enti di assistenza malattia. L'INAM almeno può vivere con i contributi sul monte salari, mentre gli altri Istituti usufruiscono di una quota capitaria fissa che è rimasta invariata per molti anni.²²¹

Le preoccupazioni sulla salute finanziaria dell'istituto si erano inasprite a partire dal 1963, quando il ritmo di crescita delle spese aveva superato significativamente le entrate date dai contributi. La crescita delle spese di assistenza veniva vista dal Consiglio di amministrazione dell'INAM come un fenomeno in linea con ciò che accadeva negli altri Paesi europei, ma se a partire dal periodo 1952-1962 l'incremento medio annuo registrato era stato pari al 16% per i contributi e al 17% per le prestazioni, tra il 1962 e il 1963 l'aumento era stato del 33% nelle prestazioni e del 26% nei contributi, e nel 1963 e 1964 non si era avuta un'inversione di tendenza di questa dinamica.²²² Un parziale ripianamento delle maggiori uscite si era avuto grazie all'acquisizione di contributi riscossi dall'INPS e dovuti all'INAM per il 1964 sull'assicurazione obbligatoria per la tubercolosi; ma il bilancio del 1965 presentava un deficit di 39 miliardi, in aggiunta ad altri 20-25 miliardi di aggravii attribuiti dal presidente dell'INAM Coppini alla "piccola riforma" del 1958, e da provvedimenti di legge e disposizioni governative riguardanti:

- la protrazione ad un anno dell'assistenza malattia a tutti i disoccupati dell'edilizia;
- il mantenimento della piena assistenza ai sospesi dal lavoro ed agli ammessi all'integrazione salariale della corrispondente Cassa;
- la contrazione apportata con la fiscalizzazione dei contributi per la tubercolosi e per il contributo di solidarietà agli agricoltori, dovuti all'Istituto;
- l'aumento sui compensi fissi ai medici ospedalieri, e quello delle rette di degenza derivanti dal conglobamento per il personale ospedaliero, disposti dal Ministero della sanità.²²³

Inoltre, la congiuntura economica, ovvero la fase di rallentamento successiva al boom economico, aveva arrestato l'ascesa del gettito contributivo e ritardato "gravemente" le riscossioni, a causa di

²²¹ Ivi, p. 211.

²²² *Discorso del Presidente dell'INAM prof. Mario Alberto Coppini*, in *INAM, I problemi della sicurezza sociale*, anno XX n. 2, marzo-aprile 1965, p. 222.

²²³ Ivi, p. 223.

inadempienze nei pagamenti, cui si cercava di sopperire tramite rateizzazione dei contributi. Queste erano triplicate nel 1964, rispetto all'anno precedente. L'aumento dei controlli, istituito per minimizzare l'evasione, contribuiva anch'esso all'aumento delle spese amministrative. Coppini, avvalendosi degli studi del Servizio statistico-attuariale interno all'istituto, aveva avviato delle indagini per comprendere da dove precisamente fosse scaturito il maggior danno per le finanze dell'Istituto, arrivando alla conclusione che

Sia i provvedimenti adottati dal Governo per quanto concerne l'estensione delle prestazioni ad altre categorie, sia quelli deliberati dal Consiglio attraverso i miglioramenti di cui ho fatto cenno in precedenza, ed ivi compresi quelli della "piccola riforma", rientrano pienamente nelle disponibilità di bilancio e non richiedevano aumenti straordinari di contribuzioni [...].

In primo luogo, di fronte ad un aumento della retribuzione annua per lavoratore dei settori dell'industria, commercio e credito, che è stato di circa il 73% dal 1958 al 1964, i compensi unitari per le visite mediche sono aumentati di circa il 70%, e i costi medi per prestazione farmaceutica del 55%. In linea generale, dunque, l'Istituto attraverso una energica e spesso intransigente azione è riuscito a contenere la dinamica dei prezzi dei vari servizi nei limiti della dinamica salariale, con la quale esistono, come è ovvio, strette connessioni. In secondo luogo, mentre l'aumento degli assicurati è stato pari al 26% nel periodo 1958-1964 e quello delle prestazioni ben più elevato (precisamente del 46% per i casi di malattia che danno diritto all'indennità, del 105% per quelli spedalizzati, del 146% per le visite mediche), il numero dei dipendenti amministrativi è cresciuto soltanto del 17%; e la percentuale delle spese di amministrazione sulle uscite è andata costantemente decrescendo dall'8,94% nel 1958 al 6,71% nel 1964. [...]

Tutto quanto precede mette dunque chiaramente in luce come la causa essenziale della difficile situazione finanziaria dell'Istituto negli ultimi anni sia costituita dall'incremento della frequenza nelle prestazioni; dal fattore, cioè, che risulta per vari motivi il più difficile ad essere contenuto, e quindi controllato.²²⁴

Emergeva la necessità un sistema di controllo degli sprechi²²⁵, ed emergevano le criticità della mancanza di un sistema di controllo periodico dell'equilibrio tra contributi e prestazioni, "un atto cioè che ponga tutte le categorie interessate di fronte all'esigenza di meditare le cause degli eventuali squilibri e i rimedi da adottare"²²⁶. Il direttore dell'INAM e il personale amministrativo faceva appello in questa occasione, alla presenza del ministro, al Governo per una soluzione che permettesse all'assistenza sanitaria di smettere di rappresentare il "ramo cadetto" della previdenza sociale del Paese, e soprattutto per la ricerca di un equilibrio tra mezzi finanziari e compiti obbligatori dell'Istituto, i cui problemi erano ormai chiari ed evidenti.

Una delle soluzioni maggiormente sostenute dall'INAM per risolvere la situazione era l'unificazione dell'aliquota degli oneri sociali: un'unica percentuale del contributo in rapporto alla retribuzione e

²²⁴ Ivi, pp. 225-226.

²²⁵ Da notare che, come evidenziato nel precedente paragrafo, l'aumento delle visite era correlato al tipo di contratto che il personale medico intratteneva con l'ente; questa dinamica, quindi, non era neutra, ma rifletteva i problemi contrattuali con la classe di professionisti che intratteneva con l'INAM rapporti di collaborazione.

²²⁶ *Discorso del Presidente dell'INAM prof. Mario Alberto Coppini*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, anno XX n. 2, marzo-aprile 1965, p. 227.

un'altra percentuale sul profitto aziendale, sotto il nome di contribuzione sociale.²²⁷ Si cominciava a ragionare parallelamente, sulle pagine delle riviste dedicate al settore, del problema della riforma sanitaria, degli enti locali e delle modifiche del finanziamento che sarebbe stato necessario. Riguardo alle questioni della copertura finanziaria, la condizione in cui la legislazione assistenziale metteva gli istituti responsabili veniva dall'INAM definita "assurda"²²⁸: il legislatore infatti disponeva l'estensione dell'assistenza medica, specialistica, farmaceutica, ospedaliera alle varie categorie di lavoratori, affidandone l'esecuzione agli istituti competenti, ma non prevedeva adeguate risorse, né autorizzava gli istituti ad aumentare i contributi nella misura occorrente a coprire la maggiore spesa. Inoltre, se alcuni istituti, come l'INPS, avevano altre risorse a cui attingere, gli enti assistenziali potevano far conto solo sui contributi dovuti dalle imprese per effettuare i pagamenti relativi alle prestazioni fruite dagli assistiti presso medici, farmacie e ospedali. Gli enti erano così costretti a rinviare i pagamenti, fino a quando lo Stato non si vedeva costretto a intervenire, cosa che accade più volte, e per la quale gli esperti dell'INAM osservavano i rischi:

avendo lasciato manifestarsi per troppo tempo lo squilibrio fra la somma dei contributi e quella delle spese sanitarie, si forma un disavanzo troppo rilevante (461,8 miliardi fino al 31 dicembre 1967) per poter essere "ripiantato" a carico del bilancio dello Stato in un solo anno. Ne consegue la necessità di distribuire l'onere in più esercizi. Nei primi mesi di quest'anno gli enti hanno ricevuto dallo Stato importi corrispondenti alla metà del disavanzo complessivo. Di questo importo, un centinaio di miliardi proviene dal collocamento di buoni novennali del Tesoro. L'altra metà, cioè gli altri 230 miliardi circa, saranno forniti dal Tesoro agli enti l'anno prossimo. È certissimo che una parte, e forse una grande parte, di questa seconda metà dovrà essere coperta con buoni che verranno a scadere nel 1977 e nel 1978. Ciò significa che le spese per consumi sanitari (consumi indispensabili, ma sempre consumi, e quindi conseguenti a spese correnti) effettuate fino al 31 dicembre 1967, vengono pagate con capitali raccolti sul mercato, da restituire dieci o undici anni dopo. *In altre parole, si pagano spese correnti con ricchezza da produrre dopo dieci o undici anni.*²²⁹

La soluzione veniva individuata nell'attuazione di una riforma che garantisse le prestazioni a tutta la popolazione, ma contemporaneamente allargasse la contribuzione: non solo più i lavoratori, ma il bilancio dello Stato, attraverso una tassazione più ampia, avrebbe finanziato le uscite dovute alla sanità. La riforma sanitaria rappresentava quindi la via d'uscita da un meccanismo di finanziamento squilibrato e inadeguato, ma le modalità con cui procedere al reperimento delle risorse non erano né univoche né chiare; ciò che si sapeva era che: i contributi dovuti da lavoratori e datori di lavoro risultavano insufficienti; che le spese crescevano; che era auspicabile diminuire la pressione fiscale sulle imprese e sul sistema produttivo, tramite meccanismi di fiscalizzazione degli oneri sociali che

²²⁷ V. Savoini, *Considerazioni su problemi di sicurezza sociale*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, anno XX n. 3, Maggio-giugno 1965, p. 956.

²²⁸ A. Conigliaro, *Problemi e alternative della copertura finanziaria*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, anno XXII n. 4, Luglio-agosto 1967, p. 538.

²²⁹ Ivi, pp. 538-539.

in questi anni occupavano i dibattiti non solo della sanità, ma anche del settore previdenziale e in generale il finanziamento di tutto il welfare.

5.3 Finanziamento ospedaliero e farmaceutica

Oltre alla riscossione dei contributi e ai loro adeguamenti alle erogazioni, una delle principali difficoltà di bilancio dell'INAM era legata al finanziamento degli ospedali e alla farmaceutica. La cassa registrava negli anni Cinquanta una significativa crescita delle rette ospedaliere, di 130 volte rispetto ai livelli dell'anteguerra, richiedendo alle proprie sedi provinciali un'analisi delle cause di questi aumenti²³⁰. In realtà, le cause erano una somma dei problemi esposti nei paragrafi precedenti: aumento del numero e della durata dei ricoveri e degli assistiti; domande di adeguamenti salariali da parte del personale ospedaliero; allargamento della platea degli aventi diritto ai familiari dei lavoratori, e confusione normativa in merito alle responsabilità dell'INAM e degli enti locali. Del problema ospedaliero l'INAM era ben consapevole fin dall'inizio della sua attività, così come della necessità di una innovazione nella legislazione che ne regolava le funzioni, basata ancora sulle leggi crispine del 1890 e sulle cosiddette “tavole di fondazione” dei singoli ospedali, le quali stabilivano la destinazione delle rendite patrimoniali secondo i fini istituzionali dettati dalla volontà dei donatori²³¹. Nel 1952, nella relazione conclusiva della commissione per lo studio di una “attuale ed organica legislazione ospedaliera”, dopo una premessa intesa a salvaguardare l'autonomia degli ospedali, veniva testualmente affermato:

Le funzioni più vaste a cui l'ospedale è chiamato, quale strumento insostituibile della difesa della pubblica salute, richiedono l'intervento di una specifica legislazione organica adeguatamente innovatrice.²³²

Se dal punto di vista legislativo i limiti erano evidenti, c'erano anche dei problemi relativi al cambio di funzione dell'ospedale nel tempo, che non erano mai stati affrontati e risolti. Fino alla prima metà del Novecento, i servizi ospedalieri venivano infatti quasi interamente assorbiti dall'assistenza legale fornita dai comuni ai non abbienti attraverso l'istituto del domicilio di soccorso, mentre molto scarso era l'apporto dei servizi prestati a ricoverati paganti in proprio, poiché queste categorie si rivolgevano raramente alle cure ospedaliere.²³³ A conferma di ciò, notoria e radicata era ancora negli anni Sessanta una “istintiva, tradizionale diffidenza verso l'ospedale largamente diffusa specie in vasti strati della

²³⁰ Archivio INPS, Fondo INAM – sede centrale, Lettere circolari, anno 1957, *Rette di degenza ospedaliera*, Circolare n. 11/Leg., 21 marzo 1957.

²³¹ V. D'Onghia, *I problemi dell'assistenza ospedaliera* in INAM, I problemi della sicurezza sociale, anno XVI n. 1, gennaio-febbraio 1961, p. 31.

²³² Ivi, p. 32.

²³³ A. Bonadies, *Proposte concrete per la soluzione della crisi ospedaliera*, in INAM, I problemi della sicurezza sociale, anno XVII, n. 4, luglio-agosto 1962, p. 45.

popolazione dell'Italia centro-meridionale²³⁴. Con lo sviluppo degli enti mutualistici pubblici e lo sviluppo economico, i Comuni avevano visto sempre di più assottigliarsi l'elenco dei poveri, passando in questo modo da una posizione di preminenza nel consumo dei servizi ospedalieri a una aliquota che all'inizio degli anni Sessanta si aggirava intorno al 25-30% del totale complessivo, contro il 60-70% dei servizi assorbiti dagli enti malattia.²³⁵ Tralasciando le soluzioni di mitigazione dei problemi economici cercate in parte attraverso un Comitato interministeriale e degli accordi particolari su punti come il ricovero d'urgenza e il compenso per i sanitari, di cui si è già ricostruita la storia²³⁶, l'INAM rivendicava la sua disponibilità e i numerosi tentativi per raggiungere una soluzione che potesse soddisfare le proprie finalità assistenziali. In numerose circostanze, infatti, il problema venne esposto a ministri ed esponenti politici, senza però ricevere risposte risolutive. Nel 1957, ad esempio, le autorità centrali dell'istituto si rivolgevano alle proprie sedi provinciali per il ricorso alle autorità locali, nell'ottica di comprendere e gestire meglio questi aumenti di retta da parte degli ospedali:

Nel ricorso, oltre alle eventuali eccezioni sulla formazione della retta (contestando le voci che non sono pertinenti) dovrà essere richiamata l'attenzione dell'Autorità Tutoria sull'evoluzione verificatasi nel campo dell'assistenza ospedaliera, mettendo in evidenza come la competenza passiva si è spostata in gran parte dal Comune, pertinente per domicilio di soccorso, agli Istituti mutualistici, che assorbono, allo stato attuale, oltre il 70% delle degenze.

Stante l'importanza numerica dei ricoveri totalizzati dagli enti mutualistici e la struttura giuridica di tali enti, che adempiono nella vita nazionale ad una funzione di importanza sociale preminente – che per l'INAM è in fase di continua evoluzione – non possono le autorità tutorie interessarsi solo del problema del risanamento dei bilanci degli ospedali, senza considerare il grave onere che viene traslato sugli enti delegati dallo Stato a svolgere l'assistenza mutualistica. Alle predette autorità tutorie andrà altresì fatto presente che il continuo aumento dei costi frustra il fermo intendimento dell'Istituto di dare all'assistenza ospedaliera il più ampio sviluppo, poiché l'onere che l'Istituto stesso è chiamato a sostenere trascende le sue reali possibilità e lo costringe a rivolgersi alle Case di cura private, che praticano condizioni naturalmente più favorevoli.²³⁷

L'INAM lamentava spesso incompetenza nei ricoveri per vari casi, che andavano dalle urgenze ai parti²³⁸, allertando le proprie sedi provinciali e inviando consigli e formulari per eventuali ricorsi contro le amministrazioni ospedaliere riguardo gli aumenti di retta.²³⁹ Con l'istituzione del Ministero della sanità del 1958, infatti, la competenza di deliberare sugli aumenti giornalieri delle rette passava

²³⁴ V. Donghia, *I problemi dell'assistenza ospedaliera* in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, anno XVI n. 1, gennaio-febbraio 1961, p. 36.

²³⁵ *Ibidem*.

²³⁶ Cfr. S. Leo, *Una storia di debiti. INAM, casse mutue e ospedali tra anni Cinquanta e anni Settanta*, in *Italia Contemporanea*, Francoangeli, n. 301, aprile 2023, pp. 43-70.

²³⁷ *Ibidem*.

²³⁸ Archivio INPS, Fondo INAM, Anno 1955, *Incompetenza dell'INAM nei casi di ricoveri urgenti per parto fisiologico*, Lettera circolare n. 35/Leg., 14 dicembre 1955.

²³⁹ Archivio INPS, Fondo INAM, Anno 1959, *Rette di degenza ospedaliera e ricorsi gerarchici*, Lettera circolare N.16/Leg., 24 marzo 1959.

dal Prefetto al Medico provinciale, in conseguenza del cambio di giurisdizione ministeriale dagli Interni alla Sanità; l'INAM ritenne necessario inviare una circolare per avvertire che i ricorsi, in questa circostanza, dovevano essere temporaneamente inviati a entrambe le autorità, per evitare conflitti di competenza. La sede centrale dell'INAM incoraggiava inoltre in modo significativo i controlli da parte delle sedi provinciali sul diritto degli assicurati al ricovero²⁴⁰, dimostrando una prudenza sul tema che rifletteva una certa preoccupazione.

L'INAM, in conseguenza di limiti e problemi relativi all'erogazione diretta di assistenza, tra la fine degli anni Cinquanta e gli anni Sessanta avviò anche un proprio progetto di edilizia ospedaliera e ambulatoriale. La sistemazione in locali in affitto aveva infatti portato a problemi di costosi riadattamenti e di affitti eccessivi, che pesavano, insieme alle altre voci, sui bilanci dell'ente.²⁴¹ La scelta edilizia su cui l'ente si orientava per una questione di razionalità economica e organizzativa era quella del poliambulatorio specialistico, in cui diversi medici potevano condividere locali e strumentazione. Il programma edilizio dell'INAM in effetti ebbe dei risultati sul piano delle costruzioni sanitarie: a fronte di una situazione di partenza, all'inizio degli anni Cinquanta, che si articolava su un complesso di 514 sezioni territoriali con annesso poliambulatorio, 68 unità distaccate, 116 poliambulatori e 282 ambulatori, la situazione nel 1959 si presentava in questo modo²⁴²:

Zone	Locali in affitto	Locali di proprietà	Totale
Italia settentrionale	5.956	2.080	8.036
Italia centrale	2.958	1.034	3.992
Italia meridionale e insulare	4.069	3.042	7.111
<u>Totale</u>	12.983	6.156	19.139
Situazione al 31/12/1956	9.493	4.489	13.982
Incremento	3.490	1.667	5.157

Uno degli accorgimenti principali dichiarati del programma edilizio dell'INAM era quello di produrre meno doppioni possibili rispetto alle strutture ospedaliere già esistenti sul territorio nazionale, anche perché negli anni Cinquanta l'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica aveva dei progetti di costruzione che si concentravano particolarmente al Sud e nelle Isole, in conseguenza del maggior bisogno di aumento di posti-letto in queste zone.²⁴³

²⁴⁰ Archivio INPS, Fondo INAM, Anno 1960, *Accertamento del diritto alle prestazioni ospedaliere*, Lettera circolare n. 48/Org., 31 ottobre 1960.

²⁴¹ L. Del Nunzio, *Edilizia sanitaria: problemi e cifre del programma di costruzioni dell'INAM*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, anno XV n. 1, gennaio-febbraio 1960, p. 84.

²⁴² Ivi, p. 94.

²⁴³ ACS, Ministero della Sanità, ACIS, b. 110, *Commissione di studio per la riforma ospedaliera, Questioni relative al finanziamento dell'attività ospedaliera*, 25 maggio 1965.

Ovviamente, le espansioni nel diritto all'assistenza sanitaria degli anni Cinquanta e Sessanta e l'inclusione di sempre più categorie nelle fila dell'assistenza malattia si ripercuoteva sui ricoveri: la dinamica di accelerazione riscontrata dal 1955 al 1961, infatti, poteva essere attribuita all'aumento del ricorso a queste prestazioni da parte dei pensionati, il cui numero nello stesso periodo era quasi raddoppiato²⁴⁴. La frequenza media dei ricoveri, inoltre, era nel 1961 per tutte le categorie assicurate pari all'8,74%, mentre per i pensionati era del 10,99.²⁴⁵ Virginio Savoini si esprimeva criticamente rispetto a questo fenomeno, ponendo in dubbio il fatto che si fosse raggiunto il pieno regime in questo settore: la risposta era secondo lui negativa, poiché la dinamica demografica era crescente, così come l'educazione sanitaria, ma la rete ospedaliera nazionale era deficitaria di circa 1/3 dei posti letto necessari.²⁴⁶ Questo tipo di dinamica aveva delle conseguenze:

[...] molte spedalizzazioni per assicurati delle regioni meridionali e insulari si riversano sugli ospedali di altre regioni perché più attrezzati e organizzati. I soli ospedali e case di cura di Roma debbono fronteggiare altre diecimila spedalizzazioni di malati provenienti dal Mezzogiorno. [...] La deficienza di ospedali e letti, oltre che provocare abnormi trasferimenti di malati anche da zone lontane, diventa causa sempre più frequente di non accettazione del malato per mancanza di posto. La stampa fa eco ai vari episodi, ma, ripetiamo, se non si provvede a tempo e con urgenza gli episodi incresciosi di malati respinti dagli ospedali si ripeteranno con frequenza ancora maggiore.²⁴⁷

Inoltre, il maggiore ricorso alla spedalizzazione da parte dei pensionati si traduceva a volte nell'uso di questi ultimi come cronicari: in casi di malattie con scarsa speranza di risoluzione, poteva capitare che il Comune "tendesse a usare l'ospedale come un ospizio evitando gli oneri", mentre la famiglia era magari immersa in altre occupazioni e sommersa da altre esigenze, specialmente considerando l'alto tasso di mobilità tra varie regioni del Paese durante questi anni. Dunque aumento degli spedalizzati e aumento delle rette; tra l'altro l'evoluzione della retta era caratterizzata non solo da un aumento netto, ma anche dall'aumento percentuale della spesa per compenso dei medici, conseguenza della maggiore contrattazione da parte dei professionisti. Vi erano poi differenze molto forti di retta da ospedale a ospedale: da 2.850 a 4.200 per gli ospedali di prima categoria; da 2.400 a 3.700 per ospedali di seconda categoria; da 2.200 a 3.300 per ospedali di terza categoria.²⁴⁸ Il coordinamento tra ospedali ed enti mutualistici, nonostante i tentativi delle Commissioni interministeriali che negli anni Cinquanta e Sessanta cercarono di regolare i rapporti tra le due parti e di smorzare gli aumenti di retta, non avvenne, e la situazione rimase fluida, lasciando incerte le coperture degli istituti

²⁴⁴ Dal 1955 al 1961 il numero di pensionati assistiti dall'INAM era passato da 2.560.707 unità a 4.640.000 unità. Cfr. *Notizie statistiche, Assicurati della gestione malattia*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, anno XVII n.1, gennaio-febbraio 1962, pp. 445-446.

²⁴⁵ V. Savoini, *Sviluppi dell'assistenza ospedaliera*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, anno XVII n. 1, gennaio-febbraio 1962, p. 365.

²⁴⁶ Ivi, p. 366.

²⁴⁷ Ivi, p. 368.

²⁴⁸ *Notizie statistiche, costi delle rette ospedaliere*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, anno XVII n. 3, maggio-giugno 1962, p. 244.

mutualistici. Per di più, il miglioramento della situazione economica rendeva sempre meno accettabili le situazioni di affollamento e di incuria che si verificavano spesso in molte corsie ospedaliere del Paese, per sfuggire alle quali l'unica soluzione sembrava ancora pagare per una camera a due letti o a letto singolo. Anche sulla base di queste criticità, oltre a molte altre (le carriere ospedaliere, i debiti che gli ospedali erano costretti a stipulare con le casse di risparmio locali in attesa dei rimborsi delle casse mutue, ad esempio), nel Paese si cominciava a parlare di “crisi ospedaliera”, ponendo le basi per la riforma Mariotti del 1968.

Nel maggio 1964, sulla scia dei diversi problemi che si affastellavano nel settore, il Ministro della sanità Giacomo Mancini, socialista, decise di nominare una Commissione presieduta da Giulio Cesare Dogliotti²⁴⁹, con il compito di svolgere un esame approfondito dei problemi dei servizi sanitari e del personale medico, e di avanzare le prime proposte per una riforma della legislazione ospedaliera, che saranno poi alla base del progetto presentato dal ministro Mariotti il 17 luglio 1965. Due tra i criteri centrali delle nuove proposte erano il rapporto tra degenti e posti-letto, e la territorialità che avrebbe dovuto caratterizzare la nuova organizzazione ospedaliera. Da un'indagine condotta dal Ministero della Sanità, al 31 dicembre 1958 i posti-letto in Italia erano 198.795, pari a un quoziente di 3,98 posti letto per 1000 abitanti (secondo l'OMS l'ideale sarebbe stato di 6 posti-letto per 1000 abitanti)²⁵⁰, così ripartiti: 120.900 nell'Italia settentrionale, con un quoziente di 5,50/1000; 40.981 nell'Italia centrale, con un quoziente di 4,48/1000; 36.954 nell'Italia meridionale e insulare, con un quoziente di 1,97/1000. Su questi numeri, si constatava un aumento significativo delle spedalizzazioni, che veniva attribuito all'aumento delle categorie dei mutuatati:

Lo sviluppo crescente e rapido della mutualità ha determinato una estensione notevole del numero dei ricoveri accentuando le difficoltà dell'organizzazione ospedaliera, il cui sviluppo non ha potuto avere il ritmo necessario e proporzionato alle nuove esigenze. Si ponga mente, ad esempio, che dal 1955 hanno iniziato la loro attività tre enti mutualistici e cioè per i coltivatori diretti, gli artigiani e i commercianti, con un totale di assistibili che si aggira sui 10 milioni di unità, che fino a qualche anno fa dovevano provvedere direttamente e ci si può rendere conto dell'incremento della quantità dei ricoveri determinatosi negli ultimi anni.²⁵¹

Tra le cause della difficile situazione finanziaria dell'INAM individuate dal suo servizio di statistica, uno degli elementi principali era infatti proprio l'aumento del numero delle spedalizzazioni:

I ricoveri ospedalieri, che da 1.916.672 nel 1960 sono saliti a 3.068.153 nel 1965, fanno

²⁴⁹ Membro del Consiglio Superiore di Sanità tra il 1961 e il 1964, docente di Clinica medica all'Università di Torino tra il 1958 e il 1976, autore di importanti contributi scientifici nel campo della cardiologia, della diabetologia, delle malattie infettive. A Torino collaborò con la cattedra e i reparti di Clinica chirurgica, diretta dal fratello Achille Mario, che aveva nel frattempo fondato il primo Centro italiano di cardiocirurgia. Cfr. Dogliotti, Giulio Cesare, *Dizionario biografico degli Italiani*, vol. 40 (1991), in <https://www.treccani.it/enciclopedia/giulio-cesare-dogliotti%28Dizionario-Biografico%29/>, consultato il 12/11/2023.

²⁵⁰ R. Battistella, *Popolazione, posti-letto, territorialità nella programmazione per il settore sanitario*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, anno XXI n. 2, marzo-aprile 1966, pp. 205-220.

²⁵¹ Ivi, p. 223.

registrare un aumento più che sensibile della frequenza per assicurato: da 8,07% nel 1960 a 11,86% nel 1965, ed è arrivata a 15,17% per i pensionati. Se si tiene conto che non vi sono compresi, perché esclusi dalla competenza INAM, i ricoveri per gli infortuni e le malattie professionali, i ricoveri per Tbc, gli internamenti coattivi in ospedali psichiatrici e molti ricoveri per malattie contagiose predisposti in casi di epidemia da parte delle autorità sanitarie, si può con sicurezza affermare che la frequenza della speditività è una fra le più alte registrate in altri Paesi. Lo conferma l'elevato numero di ricoveri di durata inferiore ai 5 giorni, per non pochi dei quali sorge il dubbio se sia veramente necessario il ricorso alle cure ospedaliere. Ed altra conferma si ha dalla percentuale dei ricoveri d'urgenza, pari a 52,75 su 100 ricoveri, che sfuggono al controllo immediato dell'Istituto su cui gravita l'onere addebitato dall'ospedale. possiamo ancora aggiungere che con un aumento della frequenza dei ricoveri (3,79 nel sessennio su 100 assicurati) si sarebbe dovuta registrare una diminuzione della durata della degenza che invece è rimasta pressoché invariata: 13,54 nel 1960; 13,42 nel 1965.²⁵²

L'aumento delle speditizzazioni continuò senza sosta, rappresentando un problema significativo per l'INAM ancora negli anni Settanta, alla vigilia del suo scioglimento. In seguito a un approfondito studio pubblicato sulle pagine della rivista dell'ente nel 1974, corredato di dati statistici ricavati da ISTAT, casse mutue professionali e servizio attuariale dell'INAM, nel corso del decennio 1964-1974 il ricorso alle attrezzature ospedaliere era aumentato del 60%, ma gli ospedali mantenevano dei ritmi di erogazione delle prestazioni pari a quelli di dieci anni prima, o addirittura leggermente rallentati, a costi triplicati²⁵³. Tra le cause individuate, non tutte erano ragionevoli e auspicabili, né si traducevano in aumenti dei livelli di salute: secondo il servizio studi dell'INAM, infatti, esistevano nella struttura sociale del Paese e nell'organizzazione sanitaria delle casse mutue degli elementi di incentivo al ricovero non giustificati, tra cui lo scarso ricorso alle cure domiciliari, la tendenza dei medici specialistici a ricoverare anche per piccoli interventi che si sarebbero potuti effettuare in ambulatorio, e la già citata tendenza a ricorrere al ricovero per gli anziani e gli ammalati cronici.²⁵⁴ Un problema era anche la durata media di degenza: questa, anziché diminuire, in concomitanza con un costo giornaliero triplicato, si allungava. Questo fattore infatti non sembrava regolato dalle esigenze di cura, ma rappresentava sempre più una funzione diretta della disponibilità di posti-letto e del comportamento dell'organizzazione interna ospedaliera. La tendenza delle amministrazioni, infatti, era di assicurare comunque l'elevatezza del tasso di occupazione dei posti letto, piuttosto che quello di ottenere un rapido ricambio degli ammalati, al contrario di alcune tendenze estere che andavano nella direzione di un maggiore efficientamento del sistema. Il sistema sanitario inglese, infatti, in un periodo simile (1959-1969) e con un incremento della popolazione di 4 milioni di abitanti, aveva ridotto il numero di posti letto e aumentato del 30% il personale, ottenendo un miglior uso dei posti-

²⁵² V. Savoini, *Le cause di una critica situazione finanziaria*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, anno XXII n. 2, marzo-aprile 1967, p. 253.

²⁵³ G. Coppini, *Modalità di controllo della produttività della spesa sanitaria nel settore ospedaliero*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, anno XXIX n. 1, gennaio-febbraio 1974, p. 443.

²⁵⁴ Ivi, p. 447.

letto a disposizione e un efficientamento significativo, al contrario di quanto era avvenuto in Italia.²⁵⁵ Ma il vero tasto dolente degli aumenti di spesa per il finanziamento ospedaliero era il costo medio delle giornate di degenza, che si era nel giro di un decennio quadruplicato a prezzi correnti, anche al di là dei ritardi nei rimborsi dovuti alle amministrazioni ospedaliere dalle casse mutue. Una spiegazione lampante delle cause di questo fenomeno viene ancora dagli attuari dell'INAM:

Si può quindi individuare senza incertezze nel costo giornaliero della giornata di ricovero l'indice abnorme che ha determinato l'elevata crescita della spesa ospedaliera. Si cerchi ora un approccio più analitico su come ciò possa essere avvenuto. In pratica, a regime di rette omnicomprendenti, la misura della retta viene fissata mediante un rapporto tra le spese di gestione sostenute dall'ospedale e il numero di giornate di degenza previsto dall'ospedale nel corso dell'anno (stabilito sulla scorta dell'esperienza degli anni immediatamente precedenti). Ora è evidente [...] che un ospedale, per incassare le spese sostenute, ha bisogno che si verifichi il numero di giornate previste all'atto della determinazione della retta: se codesto numero risulta, in pratica, superiore, l'ospedale incasserà qualcosa in più del preventivato, ma se il numero dovesse essere inferiore la gestione si concluderebbe in perdita. La formula è:

spese di gestione = retta giornaliera x numero di giornate di degenza

[...] Non vi è chi non veda che, essendo ormai fissata la misura della retta giornaliera, l'unica quantità che costituisca una vera variabile è data dal numero delle giornate che possano essere diluite o ristrette a seconda degli obiettivi che l'ospedale intende perseguire.²⁵⁶

Il 70% degli aumenti era inoltre imputabile agli assegni per il personale ospedaliero, dato che fa supporre che a dare il colpo di grazia al già scarso equilibrio finanziario delle casse mutue, almeno limitatamente al discorso rette ospedaliere, erano stati gli aumenti salariali di cui aveva beneficiato il personale medico e non medico alla fine degli anni Sessanta. Interessante notare che queste dinamiche di aumenti salariali arrivavano in concomitanza con una stagione di lotte sindacali per molte altre categorie di lavoratori, in un momento di conquiste importanti da parte del mondo del lavoro durante il cosiddetto autunno caldo, e si inserivano quindi culturalmente in linea con le rivendicazioni del periodo²⁵⁷. Probabilmente la percezione generale era che fosse giusto che il personale ospedaliero ricevesse degli aumenti, in una stagione che aveva visto profondi cambiamenti nella struttura socio-economica del Paese; questi aumenti vennero però in parte scaricati sulle casse

²⁵⁵ Ivi, p. 449.

²⁵⁶ Ivi, p. 452.

²⁵⁷ Cfr. S. Turone, *Storia del sindacato in Italia (1943-1969). Dalla Resistenza all'"autunno caldo"*, Laterza, Roma-Bari 1973, pp. 458-501; P. Craveri, *La Repubblica dal 1958 al 1992*, UTET, Torino 1995, p. 130: "L'aumento della conflittualità, la crescita salariale, l'estensione dei contenuti rivendicativi e i riflessi che da tutto ciò derivavano in termini politici e organizzativi per l'intero movimento sindacale, ebbero dimensioni che non erano state previste. L'indice generale della conflittualità, che in occasione dei rinnovi contrattuali del 1956 era stato del +92% (in rapporto alla media del volume degli scioperi nei cinque anni precedenti), salirà in quell'anno (1962) a +238%, e sarà superato solo nel 1969 con un +261. [...] Per la prima volta dal dopoguerra nel settore manifatturiero la crescita salariale era molto superiore a quella della produttività (rispettivamente 129,4 e 124,2 nel 1962, 149,9 e 131,1 nel 1962). [...] La compressione salariale del decennio precedente era stata troppo forte, così altrettanto eccessiva diveniva ora la sua rottura. E sarà la stessa dinamica che caratterizzerà poi, alla fine del decennio, i rinnovi contrattuali del 1969. L'Italia mostrava con evidenza di essere all'inizio di un difficile ciclo di integrazione e stabilizzazione sociale."

mutue, che non avevano i mezzi per farvi fronte, né vennero predisposte adeguate coperture, continuando una dinamica debitoria che si trascinava già da due decenni.

Tra le uscite dell'INAM che andavano sempre più fuori controllo nel corso degli anni, oltre alle rette ospedaliere, un grosso ruolo era coperto dalla farmaceutica. Secondo i dati dell'INAM,

fatti eguali a 100 il costo della farmaceutica e il numero dei beneficiari nel 1947, abbiamo nel 1953 i seguenti dati: numero dei beneficiari, 114; volume delle prestazioni pro-capite, 185; costo medio delle prestazioni, 171; spese per la farmaceutica, 579.

Quindi si sale ancora. Dal 1950 al 1956, trascriviamo i seguenti dati: aumento degli aventi diritto da 9 a 15,2 milioni circa di unità; aumento delle prescrizioni da 30,7 a 92,4 milioni [...]; aumento del costo totale della farmaceutica da 9,8 miliardi a 41,5 miliardi (prescrizioni metà galeniche e metà specialistiche, che assorbono l'80% della spesa).²⁵⁸

Tra i motivi di questi incrementi di spesa, di cui gli esperti erano consapevoli, venivano individuati quattro fattori: i meccanismi della sicurezza sociale, le condizioni e la psicologia di massa dei beneficiari, i difetti nella produzione e nella distribuzione dei farmaci, e il grado di collaborazione della classe sanitaria.²⁵⁹ Tra le dinamiche legate alla legislazione sul tema, la tendenza ad avere sul mercato troppe specialità medicinali a fini commerciali, e la mancata capacità da parte delle casse mutue di difendersi dalle dinamiche di mercato, se non attraverso le raccomandazioni alla classe sanitaria. La legge, infatti, non fissava norme sufficientemente restrittive per evitare che il numero delle specialità simili o uguali in commercio diventasse eccessivo. L'articolo 126 del Testo Unico delle leggi sanitarie, infatti, stabiliva che “la registrazione può non essere concessa quando risultino in commercio prodotti analoghi in numero tale da consentire ai sanitari larga e sicura scelta per i bisogni della terapia”. Tuttavia, una norma redatta in modo così generico, senza una definizione del concetto di “analogia” e senza l'indicazione del numero massimo di prodotti analoghi ai quali concedere la registrazione non consentiva agli organi competenti di potersi avvalere della facoltà di derogare la registrazione: sono dinamiche che si sono affrontate con l'esame del lavoro del Consiglio Superiore di Sanità. Si ricorderanno le osservazioni effettuate in relazione al brevetto e alla brevettabilità dei farmaci: l'INAM arrivava anche più oltre, parlando di “pirateria economica”:

Un rimedio a tale stato di fatto si potrebbe avere soltanto se la legge definisse innanzitutto il concetto di “prodotto di analoga composizione” (stabilendo ad esempio che l'aggiunta di sostanze accessorie che non modifichino l'indicazione terapeutica principale del prodotto non è sufficiente ad escludere l'analogia con altra specialità già autorizzata), ed indicasse un numero massimo di prodotti analoghi registrabili con nome proprio (ad esempio: dieci prodotti); e soltanto dopo un certo numero di anni consentisse la registrazione di altri prodotti similari, secondo la necessità della terapia, ma facendo però obbligo di usare non un nome di fantasia, bensì una denominazione tipica, uguale per tutte le specialità appartenenti a un determinato gruppo terapeutico; cioè non più Betabion

²⁵⁸ A. Cherubini, *Industria farmaceutica, terapia medica, sicurezza sociale*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, anno XIV n. 1, gennaio-febbraio 1959, p. 13.

²⁵⁹ Ivi, p. 17.

o Betasteril o Ascorbina o Cebion, ma bensì vitamina B1, vitamina C ecc.²⁶⁰

Fare delle ricette per farmaci il più possibile generici, con dosi adeguate ai tempi della cura, evitare gli sprechi e non farsi incantare dalle pubblicità delle case farmaceutiche, che tra gli anni Cinquanta e Sessanta cresceva a dismisura e inondava le pagine delle riviste di settore²⁶¹, erano le raccomandazioni dell'INAM, poiché l'ente era costretto ad acquistare dal libero mercato e aveva sconti e agevolazioni limitati. L'ente lamentava anche la qualità della propaganda: poco scientifica e molto commerciale, non sempre veniva affidata a laureati o professionisti, ma spesso a persone prive di una formazione tecnica, portati a sfruttare il lato commerciale del lavoro.²⁶² Interessante l'osservazione che queste dinamiche pubblicitarie, specialmente quelle relative ai prodotti di largo consumo, portava i mutuati a effettuare pressioni sui medici per ottenere il prodotto pubblicizzato, e il fenomeno era particolarmente grave nel settore mutualistico a causa della gratuità della prestazione e del timore del medico della revoca della scelta da parte degli assicurati.

Questa l'opinione di Coppini sulla questione degli incrementi di spesa farmaceutica:

Una legislazione antiquata e irrazionale vieta agli Enti mutualistici la possibilità di approvvigionarsi direttamente alla produzione e di distribuire in proprio i singoli medicinali; cosicché, unico esempio in materia commerciale, organismi pubblici che direttamente o indirettamente fanno acquisto per molti miliardi sono costretti a sottoporsi alle regole del commercio al minuto e a subirne i relativi gravami.²⁶³

Già nel 1953, Savoini proponeva, come metodo di controllo delle uscite sui prodotti farmaceutici, un concorso nella spesa da parte del destinatario della prestazione²⁶⁴. Fino alla fine degli anni Cinquanta, molti studiosi ed esperti di salute pubblica erano perlomeno convinti della necessità dell'intervento dello Stato nella regolazione dei prezzi, nella diminuzione del numero degli intermediari, nell'istituzione di farmacie municipalizzate. Altre proposte meno radicali riguardavano la concessione alle casse mutue di acquistare direttamente e distribuire alle farmacie i medicinali per i propri assistiti. Con la legge 4 agosto 1955 n. 692, concernente l'assistenza di malattia ai pensionati di invalidità e vecchiaia, qualcosa venne concesso agli istituti mutualistici: la facoltà di acquistare direttamente dall'industria i medicinali destinati agli assicurati; oppure, nel caso di acquisto tramite farmacie, il diritto degli enti a percepire lo sconto del 17% sul prezzo di vendita dei medicinali.²⁶⁵

²⁶⁰ E. Giorgi, *Considerazioni su alcune norme che disciplinano la vendita delle specialità medicinali*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, anno XVIII n. 2, marzo-aprile 1963, p. 572.

²⁶¹ La pubblicità farmaceutica era la principale forma di pubblicità che in questi anni si trovava su riviste come *Il Medico d'Italia*, *Archivio di medicina mutualistica* e *Federazione medica*, ad esempio.

²⁶² E. Giorgi, *Considerazioni su alcune norme che disciplinano la vendita delle specialità medicinali*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, anno XVIII n. 2, marzo-aprile 1963, p. 576.

²⁶³ M. A. Coppini, *Per un risanamento dell'assicurazione di assistenza sanitaria*, in ENPDEP, *Notiziario*, 1953, III, 1 p. 37.

²⁶⁴ A. Cherubini, *Industria farmaceutica, terapia medica, sicurezza sociale*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, anno XIV n. 1, gennaio-febbraio 1959, p. 23.

²⁶⁵ E. Giorgi, *Considerazioni su alcune norme che disciplinano la vendita delle specialità medicinali*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, anno XVIII n. 2, marzo-aprile 1963, p. 580.

Questo in considerazione che a questa data l'INAM assorbiva il 70% dell'intera produzione nazionale, e aveva determinato nei dieci anni dal 1945 al 1955, un aumento delle forniture di quasi nove volte. Per il periodo dal 1956 al 1965, relativamente allo sviluppo delle singole voci, l'INAM considerava invece che il numero degli assicurati era aumentato del 63,87%; che il numero delle prescrizioni per farmaci galenici²⁶⁶ era aumentato del 206,24%; che il numero delle prescrizioni per farmaci specialistici era aumentato del 400,70%; che la spesa annua per le prescrizioni farmaceutiche era aumentata del 469,74% e il numero medio annuo delle prestazioni, per assicurato, era diminuito per le galeniche del 35,03%, mentre era aumentato del 205,20% per le specialistiche e per il complesso dell'86,81%. In conseguenza di questi dati, nel corso del decennio la spesa media per prescrizione era aumentata del 85,78%, mentre la spesa media annua per assicurato era aumentata del 247,72%.²⁶⁷ Nel prospetto seguente si ricapitola la situazione in numeri²⁶⁸:

Anno	Assicurati aventi diritto in complesso	Prescrizioni farmaceutiche		Spesa per prescr. (milioni di lire)	Numero medio annuo prescr. per assicurato			Spesa media	
		galeniche e special.	special.		gal.	spec.	compl.	annua assic.	Per prescr.
1956	15.785.561	100.482.880	50.923.512	40.260,5	3,14	3,23	6,37	401	2.550
1957	16.677.916	121.654.544	61.876.017	50.104,2	3,58	3,71	7,29	412	3.004
1958	17.348.233	115.455.455	59.386.100	51.896,5	3,23	3,43	6,66	449	2.991
1959	18.388.491	130.959.011	76.961.490	65.734,7	2,94	4,18	7,12	502	3.575
1960	19.718.282	163.334.104	121.093.003	93.832,2	2,14	6,14	8,28	574	4.759
1961	20.669.703	185.452.712	140.972.697	111.610,4	2,15	6,82	8,97	602	5.400
1962	22.073.774	219.034.925	169.686.117	136.634,2	2,23	7,69	9,92	624	6.190
1963	23.816.231	247.657.547	199.854.519	167.806,2	2,01	8,39	10,40	678	7.046
1964	26.494.153	279.612.616	230.005.861	200.121,7	1,87	8,68	10,55	716	7.553
1965	25.869.190	307.724.746	254.945.746	229.381,4	2,04	9,86	11,90	745	8.867

Guardando i dati, risulta evidente che il numero delle prestazioni e l'importo della spesa crescevano nel decennio in proporzione ben più alta rispetto al numero degli assicurati. Considerando che dalle statistiche dell'INAM risultava che la spesa per prestazioni farmaceutiche per i familiari degli assicurati era inferiore rispetto a quella dei lavoratori, i maggiori incrementi erano dovuti all'estensione del diritto alla farmaceutica accordato ai pensionati nel corso degli anni Cinquanta, una

²⁶⁶ Ovvero di produzione artigianale, contrapposto ai farmaci specialistici, prodotto di attività industriale.

²⁶⁷ L. Paloscia, *La gestione previdenziale delle prestazioni farmaceutiche*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, anno XXII n. 4, Luglio-agosto 1967, p. 565.

²⁶⁸ Ivi, p. 567.

categoria che notoriamente aveva bisogno delle cure maggiori e più lunghe. Una delle cause dell'aumento delle uscite dell'INAM relativo alla spesa farmaceutica, più alta di 29 miliardi nel 1965 rispetto al 1963, veniva individuata poi nei rapporti intercedenti tra visite mediche e prescrizioni, e in minor misura nell'aumento del prezzo dei farmaci. Ciò veniva dedotto dall'incremento riscontrato nel numero medio annuo delle prescrizioni pro-capite, che nel rapporto al bilancio del 1965 veniva definito "conseguente al maggior ricorso alla prestazione da parte degli assicurati", e dall'aumento del costo medio per assicurato e del costo medio delle prescrizioni, nel che "si ravvisa l'influenza del costante slittamento delle prestazioni galeniche verso le prescrizioni specialistiche, e del sempre più accentuato orientamento dei medici verso specialità di alto costo".²⁶⁹ Inoltre, nello stesso periodo era molto cresciuta la frequenza delle visite ambulatoriali rispetto a quelle domiciliari, il che suggeriva agli statistici dell'INAM che "la prestazione ambulatoriale sia sovente legata soltanto all'ottenimento di prescrizioni farmaceutiche e non sempre sorretta, quindi, da effettive esigenze diagnostiche e terapeutiche"²⁷⁰.

Nel 1974, il costo delle prestazioni farmaceutiche dell'INAM aveva raggiunto quota 613.829,2 milioni di lire²⁷¹, circa 2 volte e mezzo la cifra della metà del decennio precedente; l'INAM continuava a proporre una quota-rimborso da parte dell'assicurato, in un'ottica di responsabilizzazione, con l'opposizione degli ambienti sindacali, che negavano che la partecipazione dell'ammalato alla spesa potesse scoraggiare il consumo dei medicinali.²⁷² Le motivazioni dei sindacati riguardavano: la mancanza di responsabilità del lavoratore nella scarsa regolamentazione del settore farmaceutico; le basse pensioni e salari di alcune categorie, che avrebbero portato alla rinuncia del presidio; e il fatto che l'assistito, secondo i sindacati, partecipava già alla spesa farmaceutica, pagando direttamente sul proprio salario o sui costi del lavoro. Il problema dell'alta spesa esulava poi dalle dinamiche salariali ed era legato anche alla struttura ridondante dell'industria farmaceutica italiana, che

Si è sviluppata tumultuosamente soprattutto nel dopoguerra, generando una proliferazione ingiustificata di laboratori e di specialità medicinali. L'anomalo fenomeno è stato in qualche modo controllato dal Ministero della sanità: nel 1962 i laboratori erano oltre 1.000 (ed era consentita la produzione presso terzi), nel 1970 circa 600. Le nuove specialità annualmente registrate sono passate da circa 2.000 nel decennio 1950-1960 a 450-500 nell'ultimo quinquennio.

Esaminando in particolare la situazione attuale, anche se non sono stati attuati modelli produttivi più razionali, attraverso la concentrazione e l'eliminazione progressiva di talune aziende marginali, rimane il fatto che le imprese grandi e medie fatturano il 95% dell'intera produzione e che le restanti raggiungono appena il 5% della produzione.

²⁶⁹ L. Paloscia, *Commenti all'annuario statistico INAM 1965*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, anno XXII n. 4, Luglio-agosto 1967, p. 584.

²⁷⁰ Ivi, p. 585.

²⁷¹ A. Gemelli, E. Nazzaro, *I fattori di aumento del consumo farmaceutico e gli elementi per un possibile contenimento*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, anno XX n. 5, settembre-ottobre 1975, p. 729.

²⁷² Ivi, p. 730.

Sono soprattutto le piccole aziende che determinano normalmente l'enorme dilatazione del numero di medicinali in commercio. Esse infatti si limitano a imitare, molto spesso, le sostanze prodotte dalle medie e grandi imprese. La loro presenza sul mercato causa la moltiplicazione delle specialità simili in circolazione, obbliga le altre imprese ad amplificare la gamma dei loro prodotti e riduce in definitiva l'efficienza complessiva del settore.²⁷³

A parte le solite osservazioni e lamentele circa la mancanza del brevetto, vi erano ancora negli anni Settanta delle proposte circa la nazionalizzazione farmaceutica, in particolare da parte dei sindacati e dei partiti socialista e comunista, mentre gli industriali farmaceutici erano a favore della compartecipazione delle spese da parte degli assistiti fin dagli anni Sessanta.²⁷⁴

Particolare cura venne prestata nell'elaborazione dell'articolo 18 della legge di riforma sanitaria, che riguardava la distribuzione dei farmaci, per evitare il sorgere di simili problemi anche a carico del SSN; se ne parlerà nel capitolo VII, considerando però il fatto che già negli anni Ottanta venne introdotto il famoso contributo alla spesa farmaceutica attraverso il ticket.

5.4 La fase commissariale

Nel 1974, la situazione economica e finanziaria delle casse mutue e dell'assistenza sanitaria del Paese iniziò a diventare sempre più di dominio pubblico attraverso una massiccia campagna di stampa e televisiva²⁷⁵, nel mezzo di una situazione politica vivace, caratterizzata come anticipato da una sostenuta crescita elettorale del PCI. Uno dei punti forti delle posizioni del partito comunista era proprio la critica alla gestione degli enti pubblici e dei servizi al cittadino operati nel ventennio precedente dalla Democrazia Cristiana, nel cui contesto la gestione sanitaria rientrava perfettamente; ciò rendeva sempre più sentita l'esigenza di una riforma complessiva del settore.

La legge 17 agosto 1974, n. 386²⁷⁶ rappresentò il primo, vero passo verso l'attuazione di una riorganizzazione sanitaria omnicomprensiva: la legge si occupava infatti di aspetti economici e organizzativi che, sebbene provvisori, preparavano il terreno a un assetto completamente nuovo. Il ripensamento del sistema delle casse mutue rappresentava una tappa fondamentale di questo percorso, anche poiché questo si presentava indebitato per miliardi di lire nei confronti di ospedali, comuni, farmacie e professionisti. Solo l'INAM aveva chiuso il bilancio del 1971 con un deficit di 271,1 miliardi, e un indebitamento con il sistema bancario che assorbiva ogni anno il 2% delle entrate

²⁷³ Ivi, pp. 734-735.

²⁷⁴ *Assemblea dell'Assofarma – La relazione del Presidente dott. Bracco*, in Segnalazioni Assofarma – mensile dell'Assofarma, associazione tra industrie chimico-farmaceutiche, giugno 1966, n. 6, p. 3.

²⁷⁵ G. Vicarelli, *La politica sanitaria tra continuità e innovazione*, in F. Barbagallo (a cura di), *Storia dell'Italia Repubblicana III, L'Italia nella crisi mondiale – L'ultimo ventennio*, Einaudi, Torino 1997, p. 589.

²⁷⁶ Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 8 luglio 1974 n. 264, recante norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa sanitaria e l'avvio della riforma sanitaria.

contributive, creando una situazione di circolo vizioso e sempre maggiore difficoltà nel suo finanziamento.²⁷⁷ Le entrate delle casse mutue inoltre risentivano profondamente delle variazioni dei cicli economici, poiché erano costituite principalmente da contributi sul lavoro: un aumento della disoccupazione o un periodo di crisi nel sistema produttivo si trasferivano inevitabilmente nei bilanci degli enti²⁷⁸. Lo Stato era intervenuto quasi sempre, ma con provvedimenti tardivi, a singhiozzo e con rimedi provvisori, risorse spostate da altri enti o aumenti temporanei delle fonti di finanziamento anno dopo anno, non riuscendo mai a trovare una soluzione organica. Per di più, l'ammodernamento e l'arricchimento dello Stato negli anni Cinquanta e Sessanta aveva portato a una sempre maggiore richiesta di tutela pubblica da parte delle classi lavoratrici, e l'inserimento nel sistema di fasce di popolazione che contribuivano insufficientemente al sistema assistenziale.

A tutti questi problemi ci si proponeva di trovare soluzione con la riforma, e la legge del 1974 ne rappresentava il primo tassello. Innanzitutto si procedeva al ripianamento dei debiti delle casse mutue: il Ministero del Tesoro era autorizzato a ricorrere al mercato finanziario per un ricavo netto di 2.700 miliardi per l'estinzione dei crediti vantati nei confronti degli enti mutualistici. Le somme ricavate da queste operazioni sarebbero state versate nel bilancio dello Stato e iscritte nello stato di previsione del Ministero del Tesoro, che si sarebbe occupato del ripianamento delle situazioni debitorie delle principali casse mutue italiane²⁷⁹. La legge introduceva anche una maggiorazione del contributo dovuto per l'assicurazione di malattia dell'1,65% della retribuzione imponibile, di cui l'1,50% a carico dei lavoratori e lo 0,15% dei datori di lavoro: questi contributi andavano a costituire presso il Ministero del Tesoro un apposito fondo, usato temporaneamente come contributo aggiuntivo al ripianamento dei debiti delle mutue, e dal 1975 come parte del finanziamento del neocostituito "Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera", presso il Ministero della sanità. Il fondo era inoltre finanziato da: una quota percentuale dei contributi e delle entrate di ciascun ente, gestione o cassa pari al rapporto tra la spesa ospedaliera e quella complessiva annuale degli stessi enti; dalle somme destinate all'assistenza ospedaliera iscritte nello stato di previsione della spesa dei Ministeri e degli enti pubblici; dagli avanzi annuali della gestione dell'assicurazione contro la tubercolosi, gestita dall'INPS, a partire da quello relativo alla gestione del 1974; dalle disponibilità finanziarie degli enti

²⁷⁷ Annesso n. 16 allo stato di previsione della spesa del Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale per l'anno finanziario 1973, conto consuntivo INAM, esercizio finanziario 1971, Relazione del direttore generale, p. 32.

²⁷⁸ Nel 1965, nelle pagine del Bollettino Informazioni INAM si riportava che gli oneri da sostenere per la sicurezza sociale venivano direttamente prelevati dalla produzione nella misura dei 5/6, mentre solo una parte (meno di 1/6) è sostenuta dallo Stato. Se ne deduce facilmente come il finanziamento della sicurezza sociale era trattato in larga maggioranza dai contributi versati dai datori di lavoro e dai lavoratori agli istituti previdenziali, mentre lo Stato vi concorreva in una misura integrativa più ristretta, congiungendo alla parte minoritaria di solidarietà fra i fattori della produzione un'altra piccola fonte di solidarietà tratta dalla finanza pubblica. Cfr. V. Savoini, Considerazioni sui problemi della sicurezza sociale in I problemi della sicurezza sociale, anno XX n. 4, luglio-agosto 1965, p. 953.

²⁷⁹ Nel testo di legge vengono citate l'INAM, l'ENPAS, l'INADEL, l'ENPALS, la Cassa mutua provinciale di malattia di Trento, quella di Bolzano, le Casse marittime, Adriatica, Tirrenica e Meridionale, la Federazione nazionale delle casse mutue di malattia dei coltivatori diretti, la Federazione nazionale delle casse mutue di malattia degli esercenti attività commerciali, la Federazione nazionale delle casse mutue di malattie degli artigiani.

ospedalieri derivanti da redditi propri; e dall'apporto integrativo dello Stato da determinarsi annualmente con la legge di approvazione del bilancio in misura non superiore a 100 miliardi.²⁸⁰ La legge inoltre "congelava" la situazione di enti ospedalieri e altri enti deputati alla salute pubblica, vietando fino all'attuazione della riforma sanitaria l'istituzione di nuove sezioni o reparti, gli ampliamenti di organico; la responsabilità dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, in forma diretta e indiretta, passava alle Regioni, mentre venivano sciolti i Consigli di amministrazione delle casse mutue, e con D.P.R. da emanarsi entro il 1° luglio 1975 sarebbero stati nominati i commissari straordinari per la temporanea gestione degli enti stessi, fino alla riforma sanitaria. Il personale degli enti mutualistici veniva smistato in altri enti pubblici (ad esempio gli addetti alla gestione dei contributi passavano al Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, altri alle Regioni, nell'intenzione di effettuarne comunque il completo riassorbimento), per garantire la prima fase della riforma, rappresentata dalla liquidazione degli enti mutualistici. Fatti i conti dal centro studi dell'INAM, il primo biennio (1975-1976), che veniva definito il "primo biennio di attuazione della riforma", a testimonianza del profondo legame che veniva percepito tra questa legge e la riforma del 1978, faceva ipotizzare una enorme crescita della spesa, come si può vedere dalla tabella seguente²⁸¹:

EVOLUZIONE PREVISTA DELLA SPESA NEGLI ANNI 1975 E 1976 IN ASSENZA E IN PRESENZA DELLA RIFORMA (in miliardi di lire correnti)								
PRESTAZIONI	IN ASSENZA DI RIFORMA		IN PRESENZA DI RIFORMA		DIFFERENZE			
					Assolute		%	
	1975	1976	1975	1976	1975	1976	1975	1976
Medico-generiche	621	647	701	708	+80	+71	+12,9	+9,4
Ospedaliere	2.486	2.614	2.791	2.934	+305	+320	+12,3	+12,2
Farmaceutiche:	736	839	925	988	+139	+149	+17,7	+17,8
-ipotesi di massima	(786)	(839)	(851)	(909)	(+65)	(+70)	(+8,3)	(+8,3)
-ipotesi intermedia	(786)	(839)	(601)	(642)	(-185)	(-197)	(-23,5)	(-23,8)
-ipotesi minima	(786)	(839)	(601)	(642)	(-185)	(-197)	(-23,5)	(-23,8)
Specialistiche ed altre	602	660	602	660	-	-	-	-
Spese di amministrazione	305	323	305	323	-	-	-	-
Complesso di spese:	4.800	5.083	5.324	5.613	+524	+530	+11,7	+11,1
-ipotesi di massima	(4.800)	(5.083)	(5.250)	(5.534)	(+450)	(+451)	(+10,0)	(+9,5)
-ipotesi intermedia	(4.800)	(5.083)	(5.000)	(5.267)	(+200)	(+184)	(+4,5)	(+3,9)
-ipotesi minima	(4.800)	(5.083)	(5.000)	(5.267)	(+200)	(+184)	(+4,5)	(+3,9)

²⁸⁰ Legge 8 luglio 1974 n. 264, art. 14.

²⁸¹ *Relazione al disegno di legge sulla riforma sanitaria*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, anno XXIX n. 5, settembre-ottobre 1974, p. 748.

Come si vede, l'ipotesi di massima per il 1975 prevedeva una maggiorazione di spesa di 524 miliardi, cioè un incremento rispetto a una situazione di assenza di riforma dell'11,7% (nell'ipotesi di minima si tratterebbe di un aumento di 200 miliardi e del 4,5%). Per il 1976, si prevedevano aumenti meno pronunciati²⁸². Tuttavia, non venivano considerati nella tabella, perché poco agevolmente calcolabili, alcune fonti di risparmio, come il rifinanziamento degli ospedali previsto dalla legge, con l'annullamento di oneri passivi per circa 250 miliardi; l'abolizione del limite dei 180 giorni, che attenuava l'onere per ospedalità agli indigenti a carico dei comuni, con una stima di risparmio di circa 50 miliardi; e altri risparmi minori sul sistema di finanziamento della spesa farmaceutica per i lavoratori autonomi, che faceva prevedere un risparmio di qualche altro miliardo. Tutto considerato, dunque, l'attuazione della legge non comportava aumenti di spesa eccessivi rispetto al mantenimento del sistema delle mutue; questo però principalmente grazie all'autorizzazione di rifinanziamento sui mercati finanziari, quindi essenzialmente emettendo debito pubblico. Questo però consentiva un azzeramento dei problemi del sistema, e la possibilità di concepire un modello di finanziamento sostenibile per il futuro. La fiscalizzazione degli oneri sociali per la spesa sanitaria, di cui si faceva apertamente menzione nell'art. 40 del disegno di legge di riforma n. 3207 presentato in Parlamento nell'agosto 1974, avrebbe dovuto essere attuata attraverso la graduale sostituzione del prelievo fiscale alla contribuzione obbligatoria, secondo il sistema previsto nell'art. 18 della legge 9 ottobre 1971 n. 825, la grande riforma tributaria degli anni Settanta:

Con legge ordinaria, da approvarsi contestualmente alla legge di bilancio, a partire dal quinto anno di applicazione dei tributi previsti dalla presente legge, saranno stabilite annualmente eventuali variazioni delle aliquote, delle quote esenti e delle altre detrazioni fisse, al fine di un graduale assorbimento delle contribuzioni relative alla sicurezza sociale nel sistema tributario, di un riequilibrio fra imposizione diretta e imposizione indiretta e di un adeguamento periodico delle quote esenti e delle altre detrazioni fisse al mutato valore della moneta.²⁸³

Chiaramente, ci si augurava che il nuovo meccanismo avrebbe aiutato a ridurre gli sprechi, rendendo più efficiente un sistema che si era dimostrato elefantico. La questione del riassorbimento dei dipendenti fu recepita con particolare preoccupazione dall'INAM, che aveva sempre sottolineato come le spese amministrative coprissero la minima parte del bilancio dell'ente; una delle ipotesi di partenza della riforma indicava in 60mila i dipendenti degli enti mutualistici interessati alla riforma, di cui 42mila utilizzabili nel nuovo SSN.²⁸⁴ Gli altri sarebbero stati impiegati in enti e Ministeri, nell'INPS, ma un aspetto delicato di questa situazione era la perequazione dei trattamenti economici, che veniva considerata troppo costosa per essere attuata perlomeno immediatamente. Un altro

²⁸² Ivi, p. 751.

²⁸³ Legge 9 ottobre 1971 n. 825: *Delega legislativa al Governo della Repubblica per la riforma tributaria*.

²⁸⁴ R. Romei, *Considerazioni sulla riforma sanitaria*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, anno XXXII n. 1, Gennaio-febbraio 1977, p. 21.

problema che si poneva, e in merito al quale i medici si organizzarono con degli scioperi, era la cosiddetta convenzione unica, ovvero il nuovo rapporto che i professionisti avrebbero intrattenuto con la regione, sottoposta a blocchi contrattuali fino al momento dell'attuazione della riforma.²⁸⁵

Dall'agosto 1974 al dicembre 1978, dunque, le casse mutue furono rette da una gestione commissariale. Dall'analisi della documentazione di questi quattro anni si può dedurre, almeno per quanto riguarda l'INAM, che fino al 1978 l'attività proseguì senza grossi cambiamenti. Nel 1977 fu istituito il Comitato centrale per la liquidazione degli enti e gestioni autonome per l'erogazione dell'assistenza sanitaria presso il Ministero della sanità²⁸⁶; la legge prescriveva che entro sessanta giorni dall'emanazione il Ministro per il lavoro e la previdenza sociale, di concerto con i Ministri della Sanità e per il Tesoro, adottavano i provvedimenti necessari per la liquidazione di tali enti, o comunque fino alla data di entrata in vigore della riforma sanitaria. Entro un mese, i Ministri della sanità, del Lavoro e della Previdenza sociale e per il Tesoro, sentite le Regioni, avrebbero dovuto stipulare un accordo nazionale tipo con le organizzazioni sindacali più significative a livello nazionale di medici generici, specialisti, titolari di farmacie, biologi e appartenenti alle categorie sanitarie ausiliarie, per le convenzioni nazionali uniche dei rapporti di lavoro e del loro trattamento economico.²⁸⁷ Nei lavori dell'INAM, i primi veri provvedimenti per l'attuazione della riforma iniziarono nell'ottobre 1978: in seguito alle direttive del Comitato centrale di liquidazione degli enti mutualistici, si costituivano le strutture amministrative unificate per la gestione delle convenzioni uniche²⁸⁸ del personale sanitario e per il censimento degli assistibili e dei medici; inoltre si costituivano gli ambulatori integrati a gestione diretta. Il principale compito era comunque quello della raccolta delle informazioni degli assistiti e del personale, per la quale si proponevano dei sistemi quanto più possibile automatizzati e trasferibili nei sistemi informativi regionali, che sarebbero stati poi usati nel contesto del nuovo SSN.²⁸⁹ Il commissario liquidatore dell'INAM era poi autorizzato ad aprire un conto presso la sede centrale dell'ente, in cui si sarebbero versate le quote di spettanza stanziata per la copertura delle spese per la creazione dei sistemi informativi regionali per tutte le casse mutue. Questa quota veniva calcolata assegnando a ogni avente diritto 159 lire, con riferimento al fabbisogno complessivo nazionale calcolato in 8.805.000.000, che comprendeva anche le spese del primo trimestre di spese di esercizio globale.²⁹⁰

Il Comitato centrale di liquidazione individuava nella Regione il livello operativo più idoneo per

²⁸⁵ Ivi, p. 23.

²⁸⁶ Legge 29 giugno 1977 n. 349: *Norme transitorie per il trasferimento alle Regioni delle funzioni già esercitate dagli enti mutualistici e per la stipulazione delle convenzioni uniche per il personale sanitario in relazione alla riforma sanitaria.*

²⁸⁷ Ivi, art. 8.

²⁸⁸ Nel senso di conformi agli accordi nazionali tipo stipulati dai Ministri della Sanità, del Lavoro, del Tesoro e delle Regioni; cfr. Archivio INPS, Fondo INAM, anno 1978, *Direttiva n. 12/78 adottata nella seduta del 24 agosto 1978*, p. 1.

²⁸⁹ Ivi, p. 3.

²⁹⁰ Ivi, p. 4.

l'unificazione degli archivi dei medici e degli assistiti²⁹¹, anche in conseguenza del ruolo che queste avrebbero assunto nel contesto della riforma sanitaria. Il Comitato centrale si professava certo della convenienza dell'investimento nei sistemi informativi regionali, che sarebbero stati più precisi di quelli delle casse mutue: sarebbe stato sufficiente individuare in tutta Italia 300/400.000 casi di iscritti deceduti, trasferiti o cessati dal diritto per recuperare la somma necessaria al finanziamento di questi sistemi, cosa che si dichiarava abbastanza probabile²⁹². All'INAM, nella fattispecie, veniva chiesto di: mettere a disposizione del Ministero della sanità, per le esigenze inerenti alla programmazione sanitaria, le strutture del centro elettronico della sede centrale; di locali idonei con le necessarie attrezzature per l'attività del personale responsabile delle procedure di avvio dei nuovi sistemi informativi; si prelevavano inoltre dal personale dell'ente un attuario, 2 analisti, 4 programmatori, 10 operatori, 1 collaboratore, 1 assistente, 1 archivista, 1 dattilografo e 1 commesso che passavano alle dipendenze del Ministero della Sanità e che erano necessari per coordinare le informazioni provenienti dalle casse mutue²⁹³.

Non mancarono ritardi a causa di incertezze interpretative e difficoltà operative locali²⁹⁴; si può dedurre dai solleciti del Ministero che le operazioni necessarie alla predisposizione delle informazioni dell'avvio della riforma sanitaria non si conclusero prima del novembre 1978, e che fino a questo momento mancavano gli strumenti che avrebbero consentito, ad esempio, la scelta del medico da parte dei pazienti; difficoltà vi erano anche nella messa a disposizione del personale occorrente per dar vita alle strutture amministrative unificate, la stipula delle convenzioni tra enti mutualistici, enti locali ed ospedali per l'integrazione delle strutture ambulatoriali; l'adeguamento degli ambiti territoriali di attività degli enti mutualistici ai criteri di zona stabiliti dalle Regioni.²⁹⁵ Il Comitato centrale riprendeva le casse mutue per le difficoltà di adeguamento:

Non appare giustificabile che per l'attuazione in sede locale delle direttive vengano in via ordinaria coinvolte le strutture centrali degli enti – con gli inevitabili ritardi che ne conseguono – anche quando si tratti di mero adeguamento a specifiche prescrizioni. [...] Il rispetto dei termini stabiliti costituisce un impegno di rilevante significato politico, che deve essere ottemperato in tutte le diverse realtà locali. Eventuali difficoltà vanno segnalate tempestivamente, a cura degli interlocutori unici, alle Regioni, le quali promuoveranno i provvedimenti occorrenti per il loro superamento in modo da attuare, comunque, in ogni sua parte la convenzione entro il corrente anno.²⁹⁶

²⁹¹ Archivio INPS, Fondo INAM, anno 1978, Ministero della Sanità – Comitato centrale liquidazione enti e gestioni mutualistiche, *Relazione con oggetto: Sistemi informativi regionali per la gestione delle convenzioni uniche*.

²⁹² Ivi, p. 7.

²⁹³ Archivio INPS, Fondo INAM, Anno 1978, *Ministero della Sanità – Comitato centrale liquidazione enti e gestioni mutualistiche – Direttiva n. 13/78 adottata nella seduta del 24 agosto 1978*, pp. 2-3.

²⁹⁴ Archivio INPS, Fondo INAM, Anno 1978, *Ministero della Sanità – Comitato centrale liquidazione enti e gestioni mutualistiche – Chiarimenti e precisazioni in merito alle direttive del Comitato centrale di liquidazione circa la costituzione delle strutture amministrative unificate*, p. 1.

²⁹⁵ Ivi, p. 3.

²⁹⁶ Ivi, p. 4.

Alla fine, il 9 ottobre 1978, per riuscire a rispettare i tempi, fu necessario che il Comitato Centrale autorizzasse i Direttori delle sedi provinciali ad adottare “tutte le iniziative ed anche provvedimenti sino ad oggi sottoposti al preventivo benestare della Direzione Generale al fine di adeguarsi con immediatezza alle disposizioni emanate”²⁹⁷, demandando all’ottobre 1979 la nuova collocazione del personale dipendente dalle casse mutue.²⁹⁸ Questa data riportano le ultime circolari presenti nell’archivio dell’INAM.

²⁹⁷ Archivio INPS, Fondo INAM, Anno 1978, *Ministero della Sanità – Comitato centrale liquidazione enti e gestioni mutualistiche – Deliberazione del 9 ottobre 1978*, p. 3.

²⁹⁸ Archivio INPS, Fondo INAM, Anno 1978, *Direttiva del Consiglio Sanitario Nazionale n. 1/79 del 23 ottobre 1979: criteri per i progetti di riparto del personale*, Circolare n. 82/PE del 29 ottobre 1979.

Capitolo 6

La nascita del SSN: cosa cambia e cosa resta uguale

La legge 883/1978 è il punto d'arrivo del percorso attraverso enti, professioni e servizi legati al mondo della sanità che abbiamo cercato di ricostruire nei capitoli precedenti. Si tratta di una legge estremamente importante, che modella tuttora i rapporti tra cittadini e Stato nella fruizione del diritto alla salute; è largamente considerata un traguardo di grande valore nel percorso della Repubblica italiana, caratterizzandosi per la sua capacità di concretizzare un valore costituzionale¹; inserisce il nostro Paese, sul fronte sanitario, nel novero dei Paesi universalisti, rappresentando una notevole eccezione nel quadro di una nazione a forte tradizione categoriale e lavorista.²

È necessario, a questo punto, considerare il retroterra politico e culturale che ha permesso la sua nascita, e la sua concreta definizione tra Governo, Parlamento, partiti e parti sociali. Non si tratta di un problema inesplorato: dibattiti, confronti, proposte e polemiche sul tema proseguivano da circa 40 anni, lasciando molte testimonianze delle diverse posizioni di gruppi politici e protagonisti del mondo medico, sanitario, politico e culturale³. Il dispiegarsi delle dinamiche democratiche e la portata delle sue conquiste non possono infatti esistere senza il ruolo dei soggetti, politici e associativi, e dei partiti che operano al suo interno; ed il secondo dopoguerra è stato un momento di riconfigurazione dei partiti di massa come protagonisti primari della ricostruzione democratica, nonostante le forti influenze che il fascismo aveva lasciato dietro di sé⁴. Alla fine della Seconda guerra mondiale, per gli effetti del regime, gli esiti della guerra e gli sviluppi successivi, gli italiani potevano essere descritti

¹ La maggior parte delle storie della Repubblica concordano nell'interpretare la riforma sanitaria come un traguardo positivo e importante, punto d'incontro tra processi di trasformazione istituzionale e di movimenti sociali che reclamavano cambiamenti nell'articolazione pubblica dei servizi, in linea con il clima dei movimenti culturali e di rivendicazione degli anni Settanta. Cfr. P. Ginsborg, *Storia d'Italia dal dopoguerra ad oggi*, op. cit., pp. 211-219; A. Giovagnoli, *La Repubblica degli italiani: 1946-2016*, op. cit., p. 93.

² Cfr. M. Ferrera, V. Fargion, M. Jessoula, *Alle radici del welfare all'italiana. Origini e futuro di un modello sociale squilibrato*, op. cit., pp. 22-27; F. Conti, G. Silei, *Breve storia dello Stato sociale*, Carocci, Roma 2013, pp. 128-134; C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello Stato sociale in Italia*, op. cit., pp. 150-151.

³ Da questo punto di vista è stata molto utile l'analisi di riviste e giornali: sono state passate in rassegna in particolare le riviste dell'*Assofarma*, che associava i più importanti gruppi industriali della farmaceutica italiana; alcune riviste editate da casse mutue, come *Archivio di medicina mutualistica*, *Bollettino informativo INAM*, *I problemi del servizio sociale*, che a partire dal 1958 si chiamerà *I problemi della sicurezza sociale*, e i relativi *Quaderni*; *Rassegna amministrativa della Sanità*, espressione invece del Ministero della sanità; alcune riviste di riferimento delle categorie mediche, tra le quali soprattutto *Federazione medica* e *Il medico d'Italia*; infine, alcune riviste di partito, non analizzate in modo sistematico ma soprattutto in concomitanza con gli snodi del percorso verso le riforme più significative del settore, in particolare *L'Unità* e *Il popolo* (gli storici quotidiani dei partiti comunista e democristiano).

⁴ P. Scoppola, *La repubblica dei partiti: evoluzione e crisi di un sistema politico: 1945-1996*, Il Mulino, Bologna 1997, pp. 59-64.

come una società di massa non democratica.⁵ Vale allora la pena di notare che, durante i decenni in cui si sviluppa questo lavoro, oltre ai contenuti tecnici del lavoro delle istituzioni e dei professionisti che abbiamo analizzato nei precedenti capitoli, un elemento di forte discontinuità fu rappresentato dal cambio di mentalità che rese plausibile pensare a un'organizzazione della sanità come servizio pubblico, che certamente si compone dei diversi elementi rappresentati dal personale, dalle strutture, dagli organi e dalle decisioni politiche, ma non si riduce a una somma delle parti. Il tentativo, quindi, a questo punto è quello di tirare le fila delle questioni aperte nei precedenti capitoli e di approfondire il percorso politico e culturale che ha reso possibile il concretizzarsi della riforma: come si conciliano i problemi di cui si è parlato con un cambio di sistema? Che posizione assunsero partiti, sindacati e Parlamento di fronte a un cambiamento così grande nella vita sanitaria della Repubblica? Infine, fu una trasformazione compiuta su ogni fronte o rimasero nel suo ambito questioni aperte che lasciavano già presagire i rimaneggiamenti e ridimensionamenti del sistema che arrivarono rapidamente, negli anni Ottanta e Novanta?⁶

Innanzitutto si tenterà di ricostruire il lungo percorso di proposte, progetti e disegni di legge che, a partire dagli anni Cinquanta e più insistentemente negli anni Sessanta e Settanta, hanno costellato la vita parlamentare del Paese. Si analizzeranno poi le posizioni dei maggiori partiti in merito alla questione della sanità e della riforma, quella dei medici e del personale sanitario, per poi tentare di trarre un bilancio dei risultati ottenuti, anche dal punto di vista dell'eredità lasciata ai decenni successivi. È stato più volte sottolineato, infatti, che il SSN è arrivato in un momento tardivo della storia italiana, quando in Europa cominciavano a soffiare venti di critica e di ridimensionamento sui sistemi di sicurezza sociale⁷. A partire dalla crisi energetica e dalle difficoltà economiche di inizio anni Settanta, infatti, il discorso di numerosi governi europei acquisì nuove parole d'ordine: il contenimento della spesa pubblica diventava una priorità, aprendo ad una nuova stagione culturale che puntava decisamente verso la responsabilità individuale piuttosto che sul collettivismo, sull'efficienza e sulla competitività rispetto che sulla sicurezza sociale, mettendo in dubbio alcuni presupposti cardine su cui il welfare state era stato costruito nel dopoguerra⁸. L'Italia, inoltre, è stata considerata in studi recenti come uno dei Paesi maggiormente influenzati dall'UE nell'evolversi del

⁵Ivi, p. 65.

⁶ Per un inquadramento generale dei problemi che investirono i sistemi sanitari europei negli anni Novanta, cfr. G. Vicarelli (a cura di), *Regolazione e governance nei sistemi sanitari europei*, Il Mulino, Bologna 2011, pp. 12-16, che ha parlato di "senso comune riformatore" che ha caratterizzato l'ultimo decennio del Novecento per quanto riguarda le modifiche dei sistemi sanitari, e in generale, si potrebbe aggiungere, dei sistemi di welfare; F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia. Il Servizio sanitario nazionale in una prospettiva storica*, op. cit., pp. 217-259; G. Vicarelli, E. Pavolini, *Italy: a strange NHS with its paradoxes*, in E. Pavolini, A. M. Guillén, *Health care systems in Europe under austerity. Institutional reforms and performance*, Palgrave Mc Millan, New York 2013, pp. 81-101.

⁷ Cfr. M. Ferrera (a cura di), *Le politiche sociali*, Il Mulino, Bologna 2015, pp. 199- F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia. Il Servizio sanitario nazionale in una prospettiva storica*, op. cit., pp. 250-283; F. Barbagallo, *L'Italia nel mondo contemporaneo. Sei lezioni di storia 1943-2018*, Laterza, Roma-Bari 2019, p. 83.

⁸ T. R. Marmor, R. Freeman, K. G. H. Okma, *Comparative studies and the politics of modern medical care*, Yale University Press, Yale 2009, pp. 1-16.

policy making relativo al sistema del welfare, anche se soprattutto a partire dai periodi di recessione successivi al 2008⁹; tuttavia, anche il periodo dominato dal tatcherismo e dall'influenza delle idee economiche di Milton Friedman è caratterizzato da dinamiche di influenza culturale molto forti¹⁰. Il nostro SSN si trovò così ad essere appena nato e contemporaneamente bersaglio di intense polemiche, e già il percorso verso la sua attuazione era stato continuamente osteggiato da dubbi proprio sulla sua sostenibilità. La sua nascita simboleggia un momento di mediazione tra diverse culture politiche italiane del dopoguerra, in un momento in cui l'idea di modernità diventava progressivamente, oltre che ricchezza e consumo privato, anche servizi pubblici efficienti e universali. Vedremo come questo traguardo, dovuto a grandi sforzi di mediazione politica, lascerà quasi subito il passo a idee nuove, rendendo il SSN una conquista di brevissima durata nei suoi presupposti originari.

7.1 Il travagliato iter verso la legge 833/1978

Dopo le esperienze dell'immediato dopoguerra¹¹, che, sulla scia dei dibattiti alla Costituente e della concettualizzazione di nuovi diritti¹², avevano tentato senza successo di dare un nuovo assetto alla sicurezza sociale italiana, il percorso verso una riorganizzazione sanitaria complessiva era sempre stato presente nel dibattito tecnico, come ha giustamente sottolineato la storiografia.¹³ Le riflessioni

⁹ C. Agostini, D. Natali, S. Sacchi, *The Europeanisation of the Italian welfare state: channels of influence and trends*, in U. Ascoli, E. Pavolini, *The Italian welfare state in a European perspective. A comparative analysis*, Policy Press, Bristol 2015, pp. 279-291.

¹⁰ N. Sowels, *From the "Thatcherisation of Europe" to Brexit*, French journal of British studies, XXIV-4, 2019, <https://doi.org/10.4000/rfcb.4819>; per i processi di ristrutturazione dei confini del welfare nel nuovo contesto europeo e i suoi processi di adattamento al di là dei confini nazionali, ulteriore effetto dei processi intervenuti a modificare il welfare nei decenni successivi a questo studio, cfr. M. Ferrera, *The boundaries of welfare. European integration and the new spatial politics of social protection*, Oxford University Press, Oxford 2005.

¹¹ Oltre alle proposte della Consulta Veneta di Sanità, organo del Comitato di Liberazione del Veneto, nel 1948 arrivarono le proposte della Commissione d'Aragona e le conclusioni del CNEL, che prevedevano tutte l'ampliamento dell'assistenza sanitaria a tutta la popolazione in modo graduale e compatibile con le disponibilità economiche; il punto in comune di queste proposte era la gestione centralizzata dei servizi sanitari da parte dello Stato. Cfr. Ministero della Sanità, *L'istituzione del servizio sanitario nazionale*, op. cit., Roma 1974

¹² T. Greco, *Lo "strano caso" dei diritti sociali. La cittadinanza sociale nella Costituente italiana*, in C. Calabrò (a cura di), *Le vie della cittadinanza sociale in Europa*, Edizioni di storia e letteratura, Roma 2020, pp. 63-76; I. Pavan, *La toppa è peggiore del male. Visioni e dibattiti sulla sicurezza sociale nell'Italia del secondo dopoguerra*, in *Quaderni fiorentini per la storia giuridica del pensiero moderno*, 46 2017, pp. 721-759; L. Gaeta, *Lo stato sociale all'Assemblea costituente*, in *Quaderni fiorentini per la storia del pensiero giuridico moderno*, XLVI (2017), p. 449. I diritti sociali erano, nel discorso alla base dei dibattiti tra costituenti e della nuova concezione sociale repubblicana, la "garanzia della partecipazione del singolo alla vita politica della comunità", e contemporaneamente un'alternativa al modello socialista, comunista e sovietico. Le nuove idee avevano preso avvio dalle riflessioni di giuristi come Piero Calamandrei, che accomunava l'idea dei diritti sociali all'idea di libertà, "sia perché questi [...] servono a liberare il singolo dagli ostacoli che tenderebbero a impedirgli di partecipare, in condizioni di effettiva uguaglianza iniziale, alla vita politica della comunità; sia perché senza l'accompagnamento di questi diritti sociali le tradizionali libertà politiche possono diventare in realtà strumento di oppressione di una minoranza a danno della maggioranza: sicché si può dire in conclusione che i diritti sociali costituiscono la premessa indispensabile per assicurare a tutti i cittadini il godimento effettivo delle libertà politiche". Cfr. P. Calamandrei, *Scritti e discorsi politici*, vol. II, in N. Bobbio (a cura di), *Discorsi parlamentari e politica costituzionale*, La Nuova Italia, Firenze 1966, p. 385.; I. Pavan, "These new rights": social security in the postwar italian debate, in *Journal of modern italian studies*, 22-2, gennaio 2017, pp. 175-193.

¹³ Cfr. C. Giorgi, I. Pavan, "Un sistema finito di fronte a una domanda infinita". *Le origini del Sistema sanitario nazionale italiano*, in *Le carte e la storia. Rivista di storia delle istituzioni*, 2/2018, pp. 103-120; C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello stato sociale in Italia*, op. cit., pp. 399-439; F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia. Il Servizio sanitario nazionale in una*

degli anni Quaranta e Cinquanta, dalle inchieste sulla miseria alle Commissioni per la riforma della sicurezza sociale alle proposte del CNEL¹⁴, trasmettono grande consapevolezza della necessità della costruzione di un sistema assistenziale moderno, ma anche della ristrutturazione economica della società per poter finanziare i diritti sociali. Il presupposto principale e non derogabile per costruire un sistema di finanziamento di tali diritti rimaneva, a parere di molti partiti politici in questi anni, una solida situazione della finanza pubblica¹⁵. Sebbene si trattasse di un nodo centrale, era tuttavia solo uno tra i problemi che venivano dibattuti in sede parlamentare, politica e nei quotidiani, e che si concentrava intorno ad altre grandi e piccole questioni: tra queste, la pluralità degli enti che si erano venuti concentrando intorno al settore in Italia, e la difficoltà di districare le loro competenze e i loro bilanci. La situazione che abbiamo analizzato nel precedente capitolo, infatti, riguardava soltanto una frazione, seppur maggioritaria, di italiani interessati dall'erogazione di prestazioni sanitarie. Oltre all'INAM, infatti, si occupavano della gestione malattia dei propri iscritti anche l'ENPAS, l'INADEL, le Mutue Coltivatori Diretti, le Mutue degli Artigiani e dei Commercianti, l'ENPDEP, l'ENPALS, l'ENPAIA, le Casse Marittime Adriatica, Meridionale e Tirrena, le Casse Malattia di Trento e di Bolzano, l'Istituto Nazionale per i Giornalisti, la Cassa Nazionale Malattia per la gente dell'aria, tutta una serie di enti di assistenza e previdenza per i professionisti e gli artisti, le mutue aziendali e interaziendali e le varie Casse di soccorso e di Malattia¹⁶. Ovviamente, ognuna di esse aveva i propri regolamenti interni, le proprie definizioni di evento protetto, le proprie fonti di finanziamento, eredità delle esperienze primo novecentesche di protezione dal rischio di malattia. La situazione era complicata anche dai diversi regimi che regolavano i contratti di lavoro, il versamento dei contributi, l'inquadramento dei lavoratori con caratteristiche che esulavano dal dipendente a tempo pieno, magari impiegato nell'industria, che era il modello principale su cui si era costituita l'assistenza sanitaria, sulla scia dell'esperienza di recente industrializzazione del Paese.

Il problema era quindi strettamente legato al tema del lavoro, e non è un caso che nel 1959, una vera e propria proposta di riorganizzazione del settore in Italia venne dalla CGIL¹⁷, che riprese alcune delle

prospettiva storica, op. cit., pp. 17-39; S. Luzzi, *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, op. cit., pp. 103-126.

¹⁴ Cfr. V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, Ragnò editore, Roma 1975, pp. 102-105; L'apporto del CNEL nelle varie fasi delle proposte e del dibattito politico sulla situazione sanitaria assunse un significato rilevante in conseguenza della fine della fase delle Commissioni parlamentari e dell'inizio di un approccio più sistematico sulla questione, che integrasse le necessità economiche, alla fine degli anni Cinquanta. Cfr. S. Delogu, *Sanità pubblica, sicurezza sociale e programmazione economica*, op. cit., p. 45.

¹⁵ La sostenibilità del sistema da costruire era preoccupazione di tutti i partiti; tuttavia, dai dibattiti parlamentare e dagli scritti dei protagonisti del periodo i più cauti sembravano essere la DC e il PRI.

¹⁶ L. Conti, *L'assistenza e la previdenza sociale: storia e problemi*, Feltrinelli, Milano 1958, pp. 54-56.

¹⁷ La protezione sanitaria in un sistema di sicurezza sociale: dagli atti del Convegno nazionale sulla sicurezza sociale, promosso dalla CGIL, Roma, ridotto dell'Eliseo 10-12 giugno 1959, relazioni e discorsi dell'On. Agostino Novella [et al.], a cura dell'Ufficio Stampa della CGIL, Roma 1959; C. Giorgi, I. Pavan, *Le lotte per la salute in Italia e le premesse della riforma sanitaria*, cit., p. 421. Venne riscontrata da alcune riviste di settore una netta somiglianza tra questo disegno di legge e quello proposto dal Piano quinquennale del 1965: se non uguali, questi disegni di legge vennero definiti "fratelli gemelli". Cfr. D. Magi, *I medici nel Servizio Sanitario Nazionale*, in *Federazione Medica*, anno XVII n. 4, aprile 1965, pp. 19-40.

esperienze del dopoguerra caratterizzate da una decisa spinta verso l'universalismo. Le proposte del sindacato si basavano su due presupposti essenziali: il primo era quello di raggiungere "un miglioramento e una trasformazione per gradi delle prestazioni esistenti per i lavoratori dipendenti, per i coltivatori diretti, per gli artigiani, e l'estensione delle prestazioni di malattia e di vecchiaia a commercianti e ambulanti, come condizione per giungere alla graduale estensione di tutte le forme protettive, ed ai livelli più alti, a sempre più vaste categorie di lavoratori e cittadini"¹⁸; la seconda era quella di stabilire un calendario per questi obiettivi, in modo che in un ragionevole numero di anni si raggiungesse un moderno sistema di sicurezza sociale. Nella proposta finale, come soggetto erogatore dei servizi comparivano già le Regioni, sotto il coordinamento del Ministero della Sanità, ed era presente l'idea di un finanziamento pubblico e coordinato dallo Stato. La CGIL reputava fondamentale la separazione tra la protezione sanitaria, le cui competenze dovevano essere attribuite ai comuni, alle province e alle regioni, sotto il coordinamento del Ministero della Sanità, e le protezioni monetarie, che invece dovevano essere gestite da un solo ente, amministrato da un consiglio costituito da rappresentanti dei lavoratori.¹⁹ Dal punto di vista finanziario, la proposta era largamente ottimista e indicava nell'efficientamento delle strutture esistenti il reperimento delle risorse necessarie all'avvio della riforma. Chiaramente, questo genere di riflessioni era strettamente legato agli interessi del mondo del lavoro, agli stimoli che venivano dagli ambienti delle fabbriche, in un momento in cui le condizioni economiche del Paese cominciano a migliorare. L'Italia si lasciava alle spalle l'immediato dopoguerra, con l'inevitabile miseria della classe lavoratrice, i problemi alimentari, igienici, le più immediate necessità soddisfatte pienamente solo nelle classi superiori, per entrare in una fase di fermento e di ricostruzione. In questo periodo, i discorsi su una riforma sanitaria erano sempre orientati a un futuro migliore; tra il 1948 e il 1962, pur in un contesto di crescita non lineare, di contraddizioni e squilibri, il reddito medio andava evidentemente aumentando, ad un ritmo che in questo intervallo temporale fu di circa il 5,6% annuo²⁰, rendendo plausibile l'attesa di una situazione più florida per l'attuazione della riforma, di un maggiore equilibrio dei conti pubblici, di una maggiore solidità del Paese.

Le opinioni sul comparto di previdenza e assistenza sociale della CISL tra gli anni Cinquanta e Sessanta si orientavano in una direzione del tutto diversa. Il presupposto del sindacato cattolico era sì il superamento del sistema assicurativo vigente, categoriale, caotico e sperequato²¹, ma attraverso l'introduzione del concetto di "minimo garantito", contro il quale si scagliò senza appello la CGIL.

¹⁸ S. Delogu, *Sanità pubblica, sicurezza sociale e programmazione economica*, op. cit., pp. 30-31.

¹⁹ Ivi, p. 33.

²⁰ S. Turone, *Storia del sindacato in Italia. 1943-1969*, Laterza, Roma-Bari 1973, pp. 246-247.

²¹ Riportiamo la definizione data dal rappresentante della CISL del sistema pubblico di assistenza sociale: "una mera facciata dietro la quale si sta creando con ritmo accelerato un sistema nel quale lo Stato, con complesse e disordinate imposizioni tributarie di tipo diverso, assicura un altrettanto complesso e disordinato ammontare di prestazioni alla grande maggioranza dei suoi cittadini". Cfr. S. Delogu, *Sanità pubblica, sicurezza sociale e programmazione economica*, op. cit., p. 34.

Secondo la CISL, il programma della riforma della previdenza e assistenza sociale avrebbe dovuto comprendere l'unificazione dei titoli contributivi e la riforma dell'imposizione contributiva attraverso l'introduzione di un sistema misto costituito da un contributo gravante sui datori di lavoro ed uno gravante sui cittadini; e la generalizzazione delle prestazioni raggruppate in tre servizi: sanitario, per ogni genere di malattia; assegni pensionistici di ogni ordine e grado; e assistenza per i cittadini in stato di bisogno. Nel sistema del minimo garantito, per il settore sanitario si incentivava l'idea dell'accentramento nel settore ospedaliero di tutte le prestazioni, anche quelle precedentemente domiciliari, ed eliminando quelle farmaceutiche, rafforzando il legame privato tra medico e paziente.²² Nel corso dei decenni la posizione del sindacato cattolico si precisò sempre di più, confluendo nel 1964 nel rapporto Saraceno, prodotto dalla Commissione per la programmazione voluta dall'allora ministro del Bilancio La Malfa: le posizioni erano quelle di una netta separazione tra un regime generale di prestazioni minime non professionali per tutti i cittadini, da porre a carico del bilancio dello Stato, e una serie di regimi professionali integrativi, da finanziare attraverso i contributi²³, posizione che rimase tra i capisaldi sull'argomento del Pri.

Dagli studi che fanno capo al partito comunista, e a uno dei protagonisti delle riflessioni più critiche al sistema sanitario delle casse mutue, Giovanni Berlinguer, venne una prima elaborazione dell'ossatura del futuro SSN: fu in quest'area politica che si iniziò a parlare di Unità Sanitaria Locale come centro territoriale di accorpamento di strutture e competenze relative alla protezione della salute della popolazione, accostando questa struttura all'ospedale in quanto ad importanza, ma allargandone le competenze dalla cura alla prevenzione, all'educazione sanitaria, alla programmazione igienica locale.²⁴ Anche nel contesto comunista, come nel Consiglio Superiore di Sanità, era molto acceso il dibattito sulle dimensioni che le aree delle USL avrebbero dovuto avere²⁵, un elemento che invece venne trascurato nelle definizioni di legge finali; inoltre si auspicava che la gestione dei fondi previdenziali fosse unitaria, facendo capo ad un unico ente. Un altro punto molto caro alle elaborazioni comuniste di un nuovo progetto sanitario era la democratizzazione dei servizi, con una partecipazione maggiore dei lavoratori e della popolazione alla loro gestione.²⁶

Molte delle proposte di Berlinguer vennero usate, per la parte sanitaria, dal ministro del Bilancio Giolitti, che nel giugno 1964 preparava il programma di sviluppo economico per il quinquennio 1965-1969 di cui si è parlato, che rappresentava gli impegni per la programmazione dell'esperienza del

²² Ivi, pp. 35-36.

²³ Ivi, p. 114.

²⁴ G. Berlinguer, *Gli anni difficili della riforma sanitaria*, De Donato Editore, Bari 1982, pp. 69-89.

²⁵ Cfr. Fondazione Gramsci, Archivio PCI, Sezione sicurezza sociale, b. 275, f. 108, Notiziario del gruppo di lavoro per la sicurezza sociale della direzione del PCI, n. 11, *Crisi ospedaliera e riforma sanitaria*, dicembre 1974.

²⁶ Si pensi alla costellazione di movimenti ecc. che lottavano per la tutela di un diritto alla salute che tutelasse anche i luoghi di lavoro, come Medicina Democratica, e i loro collegamenti con Psichiatria Democratica e tutta la costellazione di movimenti simili degli anni Sessanta e Settanta.

centro-sinistra.²⁷ In materia sanitaria esso prevedeva l'istituzione di un Servizio sanitario articolato a livello comunale, provinciale e regionale, la direzione centralizzata al ministero della Sanità e contribuzione collettiva in proporzione alla capacità economica. Lungo il corso degli anni Sessanta, fu spesso il PCI a rivendicare la paternità delle riflessioni sul tema sanitario: nel 1964, in occasione della discussione alla Camera del bilancio di previsione dello Stato per l'anno successivo, il partito comunista aveva evidenziato l'urgenza di una legge-quadro che espandesse la copertura sanitaria a tutta la popolazione e superasse il principio assicurativo²⁸; nel novembre 1965, venne presentato al Senato un disegno di legge dal titolo *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*²⁹ ad opera del medico comunista Antonino Maccarrone, che lamentava l'exasperante lentezza con cui il tema veniva affrontato da parte governativa. Insieme al PCI, grande interesse per i temi assistenziali e previdenziali veniva dai socialisti, che cercarono di sfruttare l'opportunità dei governi di centro-sinistra per inserire dei cambiamenti in questo settore che fossero congeniali alle loro idee. La Democrazia cristiana, infatti, perlomeno fino alla fine degli anni Cinquanta non fu particolarmente concentrata sul tema: mancava un chiaro indirizzo politico, le priorità erano altre (stabilità dei conti pubblici, bilancia dei pagamenti in equilibrio, consolidamento al potere e sviluppo industriale del Paese), e il partito maturò lentamente e con difficoltà una linea politica sul tema. Fino al 1958 i programmi dei partiti contenevano generiche affermazioni di principio e auspici di riforme e di miglioramenti; le elezioni del 1958 si combatterono invece su posizioni più chiare e delineate, effetto delle prime attività di studio in conseguenza delle grandi commissioni parlamentari della II legislatura, come quella sulla povertà del 1954, che mise in luce situazioni che necessitavano dell'iniziativa politica in tema assistenziale.³⁰ Tuttavia, tra gli elementi politici da considerare vi erano anche il disinteresse dei partiti liberale, monarchico e del movimento sociale; i generici orientamenti di principio di repubblicani e socialdemocratici, convinti delle necessità di cambiamento ma privi di iniziativa sul tema; così, la staticità caratterizzò il decennio degli anni Cinquanta.

Tra il 1962 e il 1969, in conseguenza del malcontento per l'immutabilità della situazione, esplose il fenomeno degli "scioperi bianchi"³¹, che tradivano l'insoddisfazione della classe medica per le situazioni lavorative degli ospedali ma ponevano in primo piano, con una intensa campagna di stampa, anche le condizioni dei pazienti. Oltre alla carenza di posti letto, che nel 1962 si aggirava intorno alla cifra di 275.372 in meno del necessario³², soprattutto nelle regioni meridionali, alcune inchieste di

²⁷ V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 37.

²⁸ Atti parlamentari, Camera dei deputati, IV legislatura, Discussioni, seduta del 24 novembre 1964, *Bilancio di previsione per l'anno 1965*, pp. 11231-11239.

²⁹ D.d.l. n. 1429 d'iniziativa dei senatori Maccarrone et al., 12 novembre 1965.

³⁰ S. Delogu, *Sanità pubblica, sicurezza sociale e programmazione economica*, op. cit., p. 37.

³¹ G. Giannelli, V. Raponi, *Libro bianco sulla riforma ospedaliera*, Supplemento del Notiziario dell'amministrazione sanitaria, Dicembre 1965, pp. 19-21.

³² Ivi, p. 18.

Tempo e *Paese sera* portavano alla luce le difficoltà delle grandi città: nel 1965 trovare anche solo un letto per partorire in un ospedale romano poteva richiedere lunghi tempi di ricerche, mentre a Torino, nei periodi invernali, alcune madri erano costrette a dormire sul pavimento vicino ai letti dei figli ricoverati.³³ Nel 1966, anche i medici mutualisti scioperarono. Gli ospedalieri guardavano alla loro condizione lavorativa come più favorevole: un medico mutualista poteva arrivare a guadagnare 3 milioni l'anno (circa 34.000 euro) essendo scelto da un migliaio di mutuatati. La situazione dei medici ospedalieri era però più omogenea, anche se meno ricca, e la sicurezza dell'impiego veniva invidiata da quella parte dei medici mutualisti che non riuscivano a raggiungere grossi numeri di pazienti. Le rimostranze tra le due categorie erano registrate anche nelle pagine dei giornali citati:

Qualche mese fa, su denuncia di un medico ospedaliero, è stato sospeso dall'esercizio della sua professione, per tre mesi, un medico mutualista che aveva singolarmente semplificato la sua opera sanitaria. Ponendosi nel centro del cortile dove risiedevano i suoi mutuatati, tutti poverissimi immigrati, egli interrogava i malati, udiva i sintomi e prescriveva a gran voce le cure. Con un panierino gli veniva recapitato il libretto mutualistico: con lo stesso mezzo egli faceva risalire fino ai "clienti" le prescrizioni. Con questo sistema il disinvoltato medico riusciva a visitare centinaia di persone al giorno.³⁴

Cosa significava nella pratica la situazione debitoria che gli ospedali avevano nei confronti dei loro fornitori, dai farmacisti alle lavanderie a tutte le attività che ruotavano intorno al buon funzionamento di queste strutture? Gli amministratori e i primari ne avevano un'idea molto chiara, che traspare da queste inchieste:

Napoli, dicembre 1963. –Ci hanno riferito che nel suo Ospedale la carne è immangiabile. –Immangiabile non significa niente: la carne si divide in commestibile e non commestibile. Quella che diamo noi è commestibile. Punto e basta. –D'accordo. Ma noi vorremmo sapere se è anche buona. –Ah! Ma voi volete che sia anche buona? Sapete quanto deve l'Ospedale al macellaio che ci fornisce? Venticinque milioni: tutto il 1962 e tutto il 1963. Lui ne approfitta, e ci dà la carne "commestibile". Se noi protestiamo o se cambiamo fornitore prende un pezzo di carta, fa una ingiunzione giudiziaria di pagamento, e ci manda tutti a gambe per aria. Capita, l'antifona?³⁵

La situazione era anche più grave nelle altre regioni del Sud:

Nel Sud le posate si portano da casa. La miseria della più gran parte degli ospedali di Calabria, Basilicata e Puglia è tale che spesso i malati sono costretti a portarsi da casa posate e stoviglie. I cronicari sono ancora pochissimi, e in essi manca normalmente il riscaldamento e persino la luce. In antitesi a questa situazione, il Sud è costellato di magnifici ospedali costruiti dieci anni fa e non finiti.³⁶

³³ *Il Tempo* dedicò nel 1963 diversi numeri al problema ospedaliero, da cui emerge una situazione particolarmente difficile nelle città caratterizzata da alta e caotica immigrazione: gli ospedali di Torino venivano descritti come sistematicamente sovraffollati, così come anche quelli di Milano e di Bologna; si segnalava inoltre che non conoscere i numeri reali dei residenti a causa dell'immigrazione clandestina rendeva difficile la pianificazione e l'adeguamento delle strutture da parte degli organi competenti.

³⁴ G. Giannelli, V. Raponi, *Libro bianco sulla riforma ospedaliera*, op. cit., p. 25.

³⁵ Ivi, p. 51.

³⁶ Ivi, p. 64.

Forse “costellato” è un termine eccessivo, ma nelle pagine delle inchieste vi sono numerose testimonianze di strutture appena costruite e non terminate, soprattutto per insufficienza di fondi. Non era infatti nemmeno chiaro a chi fosse affidato il capitolo di spesa per la costruzione di nuovi ospedali: alle casse mutue, al Ministero della sanità, ai privati, o a un mix di questi enti, senza però chiare delimitazioni o obblighi. La responsabilità di costruzione e ammodernamento delle strutture ospedaliere era quindi molto vaga: una conseguenza a cui non si pensa facilmente quando si cita la frammentazione ministeriale (il Ministero della sanità era nato, come si è detto, solo nel 1958)³⁷ e di finanziamento della sanità, ma che condizionava la vita quotidiana delle strutture sanitarie. Per di più, le dinamiche dell’edilizia ospedaliera erano fuori dal controllo ministeriale e molto condizionate da appartenenze politiche, patrimoni posseduti dagli ospedali stessi, gruppi di potere, che peggioravano i dislivelli tra regioni ricche e regioni povere.³⁸

Gli anni Sessanta furono anche gli anni della presa di coscienza della necessità di un cambiamento e delle prime proposte di riforma da parte governativa. Nel maggio 1964 l’allora Ministro della Sanità, Mancini, decise di nominare una Commissione, presieduta dal prof. Dogliotti, con il compito di svolgere un esame approfondito dei problemi dei servizi sanitari e del personale medico degli ospedali, al fine di acquisire gli elementi preparatori necessari alla riforma della legislazione ospedaliera vigente. La Commissione, al termine del suo lavoro, presentava al nuovo Ministro della Sanità, Mariotti, le conclusioni cui era pervenuta e provvedeva, inoltre, a fornire il suo parere anche relativamente alle case di cura, ai compiti degli ospedali, agli organi del piano ospedaliero, alle qualifiche e strutture degli ospedali. Sulla scorta di tali indicazioni il ministro Mariotti predisponendo il progetto di riforma ospedaliera, che il 17 luglio 1965 veniva presentato al Consiglio dei Ministri, e che esitò nella legge Mariotti del 1968. Il disegno di legge fu in questa fase largamente contestato da medici, tecnici delle assicurazioni sociali, politici, stampa, enti previdenziali e mutualistici³⁹, ma si trattava di un primo passo nella direzione del rinnovamento.

Nel dicembre 1967, positivi erano i lavori della Commissione interministeriale della riforma sanitaria di base.⁴⁰ Il testo definitivo del documento finale sui lavori sottolineava come la struttura mutualistica, ispirata ai principi di tutela delle categorie lavoratrici, fosse in contrasto con la concezione più moderna di uno Stato democratico che assume su di sé, e quindi sulla collettività, la tutela della salute generale. Questa posizione assunse in questi anni maggiore forza, acquisendo credibilità per mezzo delle esperienze associative, della vita di fabbrica, delle elaborazioni dei partiti socialista e comunista,

³⁷ Per un’approfondita disamina del percorso e delle difficoltà che hanno costellato il percorso verso l’istituzione di questo ministero, cfr. S. Luzzi, *Salute e sanità nell’Italia repubblicana*, op. cit., pp. 159-181.

³⁸ S. Delogu, *Sanità pubblica, sicurezza sociale e programmazione economica*, op. cit., pp. 124-129.

³⁹ *Le prospettive della sanità pubblica nel 1966 nelle dichiarazioni del ministro Mariotti*, in *I problemi del servizio sociale*, anno XXI n. 5, settembre-ottobre 1966, pp. 135-136.

⁴⁰ V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 48.

rendendo sempre più inaccettabile per un Paese moderno sia la situazione ospedaliera corrente, sia il fatto che la salute fosse “monetizzabile” in qualsiasi modo.⁴¹ Questa posizione si andava affermando in opposizione all'altra linea presente nel Paese, quella di una razionalizzazione e migliore gestione del sistema mutualistico.⁴² Il Comitato interministeriale si trovava concorde sui criteri cui si sarebbe dovuta basare una riforma che tendesse a realizzare un Servizio sanitario organico: divisione del territorio nazionale in circoscrizioni o distretti di dimensioni ottimali; istituzione di una struttura organica e unitaria che costituisse l'articolazione periferica del SSN (concordando quindi sulle elaborazioni del PCI sulle Unità Sanitarie Locali); distribuzione uniforme in tutto il territorio di strutture e attrezzature sanitarie ed ospedaliere; corrispondenza tra le unità territoriali di base e gli ospedali generali di zona. Il Comitato si esprimeva anche a favore dell'inserimento di queste strutture di base nell'ordinamento giuridico amministrativo nazionale, prendendo in considerazione l'estensione territoriale e il numero di popolazione, in relazione alla ripartizione del territorio della Repubblica in Regioni, province o comuni; sulla necessità di una configurazione giuridica dell'Unità sanitaria locale; del suo meccanismo di funzionamento e della sua struttura organica.⁴³ Questo documento portava la firma di Seppilli, igienista e professore universitario a Perugia e importante figura delle riflessioni sanitarie più avanzate di questo periodo, soprattutto sui temi dell'educazione sanitaria.

D'altra parte, i debiti che affliggevano sistematicamente gli enti mutualistici, gli ospedali, la crisi dell'ENPAS alla fine degli anni Sessanta⁴⁴, particolarmente inaccettabile in quanto cassa dei dipendenti pubblici, rendevano evidenti le dinamiche distorte di gestione del sistema e contribuirono a tenere alta l'attenzione sul tema e sulla possibilità di una riforma. All'inizio degli anni Settanta, nuovi dibattiti sull'argomento ebbero luogo in Parlamento: nel 1970, un gruppo di parlamentari democristiani presentò una mozione in Senato per l'estensione a tutti i cittadini dell'assistenza ospedaliera, finanziata dal Fondo nazionale ospedaliero costituito con la riforma Mariotti, e per il

⁴¹ Era invalsa tra gli imprenditori l'usanza di proporre ai lavoratori somme aggiuntive al salario per compensare attività in situazioni di rischio per la salute, in ambienti insalubri o senza le dovute misure di sicurezza; grazie all'opera di associazioni, medici e dell'aumento della consapevolezza dei propri diritti, progressivamente i lavoratori, a partire dalle grandi industrie del Nord, iniziarono a rinunciare a questo tipo di transazioni. Cfr. S. Turone, *Storia del sindacato in Italia. 1943-1969*, p. 437; le riviste di *Medicina Democratica* si occuparono spesso di questo tema tra la fine degli anni Sessanta e l'inizio dei Settanta. Qui ci si riferisce anche però, oltre che ai cambiamenti culturali negli ambienti industriali, alla sempre maggiore elaborazione del tema negli ambienti politici, che andava in una direzione di inaccettabilità della situazione lavoristica e corporativa anche negli ambienti della Democrazia Cristiana.

⁴² V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 73.

⁴³ V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., pp. 48-49.

⁴⁴ R. Sepe, *Impostazione dei bilanci previsionali 1968: gravi interrogativi per le gestioni assicurative di malattia*, in ENPAS. Rivista mensile dell'ente nazionale di previdenza e assistenza per i dipendenti statali, anno XIV, settembre 1967, pp. 495-499; R. Sepe, *In merito alle difficoltà della gestione sanitaria dell'ENPAS agire sulla causa o sull'effetto?*, in ENPAS. Rivista mensile dell'ente nazionale di previdenza e assistenza per i dipendenti statali, anno XIV, dicembre 1967, pp. 798-803.

riordinamento delle prestazioni mutualistiche⁴⁵, una sorta di avvicinamento alle idee del SSN senza citare la tanto temuta fiscalizzazione; negli stessi anni, una lunga discussione sulla necessità di far “rientrare nella legalità l’onorevole Paolo Bonomi”⁴⁶ dipingeva un quadro fosco della democraticità delle casse mutue contadine. Queste, feudo tradizionalmente democristiano e bonomiano, rappresentavano uno dei più noti bacini di voto della Dc nel contesto della Coldiretti, che tutelava gli interessi del mondo dell’agricoltura in particolare al Sud. Veniva denunciato da parte comunista che i consigli di amministrazione di tali casse venivano rinnovati troppo lentamente rispetto ai loro statuti, con ritardi di anni, e che quando ciò accadeva si trattava spesso di liste “amiche”, con nominativi scelti dalle sedi democristiane locali; venivano impedito o fortemente ostacolate le proposte di altre parti annunciando le nuove elezioni con scarsissimo preavviso⁴⁷. Queste pratiche venivano denunciate nelle province di Palermo, Frosinone, Ragusa, Caltanissetta, Potenza, Napoli, Salerno. Inoltre, Bonomi⁴⁸ veniva accusato di gestire in modo personalistico e con vantaggio elettorale i fondi che riceveva in prestito dallo Stato per il funzionamento della Federmutue, l’unione di casse che erogavano l’assistenza sanitaria ai contadini.

Anche in conseguenza di queste dinamiche, che i partiti di sinistra vedevano come forma di condizionamento delle masse contadine attraverso la gestione del diritto alla salute, il Pci elaborò una nuova proposta per l’avvio dei lavori che avrebbero dato vita al SSN: venne presentata alla Camera il 23 gennaio 1970⁴⁹. Veniva proposto che dal 1° luglio 1970 l’assistenza specialistica e l’assistenza ospedaliera venissero erogate dai comuni o dai consorzi comunali, e che entro sei mesi dall’insediamento dei consigli regionali venissero creati dei comprensori per l’istituzione delle Unità sanitarie locali. Nel maggio 1970 vi fu il primo schema di disegno di legge proposto dal ministro della Sanità, e riguardava principalmente l’istituzione del Fondo sanitario nazionale: in base allo schema, dal 1° gennaio 1971 l’assistenza ospedaliera e specialistica sarebbe stata estesa a tutti i cittadini, gratuitamente. Il Fondo, che avrebbe permesso la copertura dei costi, sarebbe stato ripartito tra le regioni e alimentato per circa 650 miliardi dalle casse mutue e dai comuni, quindi dagli enti che

⁴⁵ V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., pp. 53.

⁴⁶ Atti parlamentari, Senato della Repubblica, IV Legislatura, *Discussione della mozione n. 38 e svolgimento dell’interpellanza n. 558 e delle interrogazioni nn. 1575, 1607, 1615, 1634, 1643, 1741, concernenti le elezioni dei Consigli di amministrazione delle Casse mutue dei coltivatori diretti*, pp. 31792-31824.

⁴⁷ Ibidem.

⁴⁸ Politico democristiano che, si ricorda, fondò nel 1944 la Federazione Nazionale Coltivatori Diretti, poi divenuta Coldiretti, per tutto il dopoguerra principale strumento di rappresentanza dei contadini italiani e, come spesso sottolineato dagli studi sul welfare, bacino di voti tradizionalmente democristiano.

⁴⁹ Atti parlamentari, Camera dei Deputati, V legislatura, Documenti, Disegni di legge e relazioni, Proposta di legge n. 2245 d’iniziativa dei deputati Venturoli, Barca, Di Mauro, Maschiella, Tognoni, Zanti Tondi Carmen, Alboni, Allera, Biagini, Biamonte, Gorreri, La Bella, Morelli, Monasterio, Mascolo, Sulotto, Sacchi, Esposto, Sgarbi Bompani Luciana, Gramegna, Skerk, Jacazzi, Flamigni, Lodi Faustini Fustini Adriana, Maulini, Arzilli, Pirastu, Guerrini Rodolfo, Napolitano Luigi, Pellizzarri, Fregonese, Tagliaferri, *Provvedimenti per l’avvio del Servizio Sanitario Nazionale, e per il risanamento finanziario di alcune gestioni sanitarie* presentata il 23 gennaio 1970.

fino a questo momento si occupavano dell'assistenza malattia, e per la parte residua dallo Stato.⁵⁰ Il ministro socialista Mariotti motivava questo provvedimento con l'urgenza del debito degli enti mutualistici, che nel 1967 aveva assorbito 467 miliardi del bilancio statale e di cui 115 erano solo relativi al settore dell'agricoltura⁵¹, e con l'esigenza di un passaggio graduale all'onere a carico della collettività, in base alla capacità contributiva del singolo cittadino. Secondo il ministro Mariotti, infatti, arrivare a questo traguardo avrebbe richiesto tempi lunghi, proponendo per gli anni seguenti di proseguire con i versamenti contributi ai singoli enti e con un contributo crescente da parte dello Stato. Tuttavia, il ministro del Lavoro Donat Cattin, democristiano, sottolineava che la sperequazione dei contributi rendeva difficili queste operazioni: la parte contributiva dei lavoratori dipendenti era nettamente superiore a quelle dei lavoratori autonomi e, ancor di più, degli agricoltori, che presentava un passivo di più di 1.000 miliardi. Per questo motivo egli giudicava la proposta del Fondo sanitario nazionale come “un abbozzo al quale manca la definizione della parte finanziaria ed una esatta valutazione della spesa”⁵². Tuttavia, l'opinione sulle cause di questa situazione era veramente semplicistica: il ministro la attribuiva semplicemente all'aumento incontrollato della spesa ospedaliera, trascurando i molti altri fattori che contribuivano al dissesto delle mutue. Questi scambi evidenziavano anche un altro fattore significativo: i ministri ancora nel 1970 si dimostravano in disaccordo sulle cause e sulle soluzioni dei problemi sanitari del Paese. Prova ne sia che anche il ministro del Lavoro aveva predisposto un disegno di legge sugli stessi problemi, ponendo al centro le Regioni e attribuendo ad ognuna di esse un Fondo sanitario, in linea con quello che si sarebbe poi realizzato nel 1978. Questo disegno di legge faceva riferimento ai risultati dei lavori della Commissione interministeriale per la riforma sanitaria istituita nel 1969, nell'ottica di evitare la dispersività delle proposte di iniziativa parlamentare che si erano susseguite in questi anni, e prevedeva che il SSN fosse articolato in enti sanitari regionali ai quali spettava percepire ed amministrare direttamente i contributi assistenziali, spostando il focus assistenziale dalle casse mutue a venti piccole casse regionali; gli organi di amministrazione e di programmazione del SSN venivano individuati nei Consigli sanitari regionali e nel Consiglio sanitario nazionale, istituiti dal 1° gennaio 1971⁵³. Se i Consigli sanitari regionali avevano il compito di programmare gli obiettivi a livello locale, veniva loro attribuito anche il non banale compito di fissare la retta ospedaliera degli ospedali del loro territorio. Il Consiglio sanitario nazionale, invece, doveva essere composto dai ministri della Sanità, del Tesoro, del Bilancio e del Lavoro, da un rappresentante di ogni regione e da venti

⁵⁰ Atti parlamentari, Camera dei Deputati, IV Legislatura – Discussioni – Seduta del 13 dicembre 1967, *Conversione in legge del decreto-legge 30 ottobre 1967, n. 968, concernente il contributo straordinario dello Stato per il ripianamento di alcune gestioni dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie*, pp. 41543-41545.

⁵¹ V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 65.

⁵² Ivi, p. 69.

⁵³ Ufficio Stampa del Ministero della Sanità, *Cinque mesi che contano. Attività svolta dal Ministero della Sanità dal 1° agosto 1971 al 31 gennaio 1972*, Roma, gennaio 1972, pp. 101-106.

rappresentanti dei lavoratori dipendenti ed autonomi; le sue competenze erano stabilite nell'amministrazione del Fondo sanitario nazionale e nella programmazione degli obiettivi sanitari del Paese. I fondi regionali per il funzionamento di questo proto-SSN dovevano essere finanziati attraverso i contributi esatti dai lavoratori nel territorio, con un contributo integrativo dal Fondo sanitario nazionale, per livellare le differenze di capacità contributiva delle regioni italiane. All'INAM veniva attribuita l'erogazione delle prestazioni ai titolari di pensioni sociali e ai disoccupati, insieme ai familiari a loro carico⁵⁴.

Tuttavia, anche questa proposta era destinata a rimanere tale; contemporaneamente, infatti, proseguivano i loro lavori anche la Commissione istituita presso il Comitato interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE), il ministero della sanità, i sindacati, il Governo, elaborando proposte alternative, programmi e progetti che si distinguevano per alcuni elementi, ma presentavano molte caratteristiche comuni riassumibili: nella centralità delle regioni come livello intermedio tra il Ministero e il piano locale; nelle Unità sanitarie locali come sistema operativo territoriale; nell'esistenza di un Fondo sanitario nazionale come strumento di redistribuzione; nella vaghezza nel definire la fiscalizzazione degli oneri, sempre rimandata a un secondo momento e poco dettagliata nelle proposte. Su quest'ultimo punto si discostano leggermente le proposte dei sindacati e del CIPE, che prevedevano anche prima di un definitivo riassetto fiscale, per il quale era imprescindibile una riforma, un contributo derivante direttamente dalla produzione⁵⁵. Da questo punto di vista, uno studio sulla portata dei costi e sulla loro copertura veniva dall'INAM, che ne pubblicò i risultati in un articolo della propria rivista⁵⁶: in questo testo, si sottolineava la vaghezza e l'insufficienza delle fonti indicate per il finanziamento del SSN. I dibattiti tra Governo e sindacati, infatti, parlavano, per il reperimento delle risorse necessarie alla riforma, della convergenza di due elementi: i contributi ordinari e straordinari, e i risultati della cosiddetta fiscalizzazione, quindi la capacità di reddito generale del Paese. Nelle proiezioni di questo lavoro, alla fine, era il reddito netto interno a supplire alle carenze contributive; questo, nella prospettiva degli studiosi dell'INAM, non era rassicurante, poiché evidenziava come il finanziamento sarebbe stato estremamente differenziato per regioni, arrivando a una conclusione drastica: l'impossibilità di autofinanziamento della riforma, e la necessità che a colmare le differenze e a sobbarcarsi la quota necessaria per il funzionamento del SSN sarebbe stato comunque lo Stato.⁵⁷

Il ministero della Sanità aveva nel frattempo pubblicato un libretto dal titolo "Valutazioni sugli aspetti

⁵⁴ Ivi, pp. 9-16.

⁵⁵ V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., pp. 107-117.

⁵⁶ G. De Corato, G. Coppini, G. C. Nicoletti, *Riforma sanitaria: elementi per una valutazione delle strutture e dei costi negli anni '70*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, Anno XXVI n. 1, gennaio-febbraio 1971, pp. 5-31.

⁵⁷ F. Bassanini, M. Onda, *Stato e regioni nella riforma sanitaria*, in INAM, *I problemi della sicurezza sociale*, Anno XXVI n. 2, marzo-aprile 1971, pp. 101-136.

finanziari della Riforma sanitaria”, che si proiettava su previsioni di spesa fino al 1980.⁵⁸ Secondo tale proiezione, l’onere complessivo sembrava al ministero compatibile con l’ipotesi di espansione del reddito nazionale, arrivando a una percentuale di spesa sul reddito del 5,64%, assolutamente accettabile se non inferiore a quella degli altri Paesi avanzati; tuttavia, i conti fatti dal ministero della Sanità, di cui qui non si riporta il dettaglio, non risultavano in linea con le previsioni fatte da altri enti e studiosi del settore, a partire dagli studi ad opera dell’INAM.

Da questo momento, con le varie proposte sul tavolo, cominciò una lunga fase di temporeggiamento da parte governativa. Il 14 settembre 1971, il ministro della Sanità Mariotti ricordava al Presidente del Consiglio che già il 15 marzo, il 31 luglio e il 10 settembre erano state indicate come le date in cui si sarebbe tenuta una riunione del Consiglio dei ministri per l’approvazione della riforma sanitaria, sottolineando come ritardare ulteriormente l’approvazione e la messa in opera del SSN significava assumersi una grave responsabilità nei confronti del Paese e augurandosi che ciò non significasse che si stavano rinforzando “le forze che lavoravano per insabbiare definitivamente la riforma”.⁵⁹

Una nuova iniziativa che rendeva chiare le pressioni sul Governo da parte del socialista Mariotti venne intrapresa dal ministro della Sanità nel mese di ottobre, con un invio ai Presidenti delle Regioni, ai Prefetti e ai medici provinciali di un documento sulla riforma in cui si dichiarava che, in mancanza di una legge-quadro entro i termini fissati del 22 maggio 1972,

le Regioni potranno legiferare anche in assenza di leggi cornice in ordine all’assetto da dare al SSN nelle singole Regioni. D’altra parte, sottolinea Mariotti, è da rilevare che lo scopo e la funzione delle leggi-quadro, dirette a garantire l’esigenza dell’unità, coerenza, armonia del sistema normativo, il coordinamento tra Stato e Regioni non consistono nel conferire, condizionare e autorizzare l’esercizio della competenza legislativa regionale, in quanto la titolarità di tale competenza spetta all’ente Regione per espresso dettato costituzionale.⁶⁰

Le pressioni che Mariotti avanzava per l’approvazione del suo progetto, o perlomeno per un progetto di riforma sanitaria simile, in tempi brevi era un modo di tenere l’attenzione sulla riforma, che secondo i socialisti stava “affondando tra le pratiche”⁶¹ soprattutto a causa delle continue remore di sostenibilità. Infatti, il Presidente del Consiglio democristiano Emilio Colombo aveva avanzato richiesta, perlomeno in sede di Commissione interministeriale, di conteggiare nel costo della riforma anche il deficit totale accumulato dalle casse mutue, corrispondente a quella data a 1.300 miliardi.⁶² Secondo il ministro della Sanità, si trattava di una strategia per aumentare artatamente i costi: questo

⁵⁸ Istituto Sturzo, Fondo Andreotti, Governi, III Governo Andreotti, Busta 883, Fascicolo sanità, *Riforma sanitaria*, Dicembre 1971.

⁵⁹ V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., pp. 174-175.

⁶⁰ Ufficio stampa del Ministero della sanità, *Cinque mesi che contano: attività svolta dal Ministero della sanità dal 1° agosto 1971 al 31 gennaio 1972*, op. cit., p. 44.

⁶¹ Ivi, p. 47

⁶² Ivi, 52.

debito non rientrava nelle spese per l'attuazione della riforma, e in ogni caso non attuarla non avrebbe azzerato il debito; anzi, era una cifra destinata ad aumentare se non si fosse attuato un rapido cambiamento del sistema vigente. Aleggava sempre tra i dubbi del ministro che l'obiettivo nascosto del Governo fosse procedere a una semplice razionalizzazione del sistema vigente, concentrando le funzioni sanitarie nell'INAM e riordinando meglio la contribuzione, per non "urtare una colossale massa di interessi costituiti"⁶³.

Dalle dichiarazioni del ministro della Sanità della fine del 1971, quello che risultava evidente era il disappunto per il continuo rinvio della riforma, per i decreti delegati che svuotavano il suo potere in favore delle Regioni senza che si vedesse all'orizzonte uno smantellamento del sistema mutualistico, il timore che alla fine della riforma non se ne facesse più nulla, dopo le rassicurazioni che provenivano a fasi alterne da parte democristiana. Il 17 febbraio 1972 entrò in carica il nuovo Governo, il primo a guida Andreotti, che considerava il ritardo nell'attuazione della riforma sanitaria come non del tutto negativo: esso infatti permetteva di indagare ulteriormente i costi e le fonti di finanziamento, confermando come la sostenibilità un elemento centrale nella narrativa democristiana intorno la riforma. Tuttavia, per tutto il 1972 e il 1973, durante i primi due governi Andreotti, l'intenzione di procedere con la riforma strutturale sanitaria come intesa veniva ribadita a più riprese dal Presidente del Consiglio, seppure con un percorso adeguato alle possibilità economiche e finanziarie del Paese. La riforma secondo Andreotti doveva basarsi su quattro parole chiave: comprensività (oltre alla cura, quindi, dare il giusto risalto anche alla prevenzione e alla riabilitazione); universalità, comprendendo nelle competenze della sanità pubblica tutti i cittadini italiani; uguaglianza, eliminando le disparità di trattamento; unità, basata sulla responsabilità dello Stato e delle Regioni.⁶⁴ Vi fu una delega governativa ai ministri del Lavoro e della Sanità per la presentazione di un disegno di legge sul tema, definitivo questa volta, entro la fine dell'anno. I nuovi ministri, Remo Gaspari alla Sanità e Dionigi Coppo al Lavoro erano entrambi democristiani e si espressero con un ridimensionamento e un rallentamento della pur necessaria riforma, affermando che "il passaggio dall'agonizzante sistema mutualistico alla sicurezza sociale è irreversibile, ma dobbiamo anche mettere i piedi per terra"⁶⁵ e che ci sarebbero voluti almeno dieci anni per arrivare al risultato finale. Mariotti si lamentava della messa in discussione del suo progetto di legge, già concordato con il Governo, le Regioni, le organizzazioni sindacali e alcune associazioni professionali coinvolte. Secondo il ministro socialista, la mancata approvazione non era dovuta a problemi strutturali del progetto, o a dubbi legittimi sulle scelte proposte. I motivi dei continui rinvii, secondo lui, si concentravano intorno a tre personalità: il ministro del Lavoro democristiano Donat-Cattin, preoccupato del destino del sistema mutualistico; ai

⁶³ V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 184.

⁶⁴ Ivi, p. 213.

⁶⁵ Ivi, p. 214.

dubbi dell'ex ministro del Bilancio e del Tesoro nonché segretario del PRI Ugo La Malfa, che, nonostante fosse fautore del centro-sinistra al governo e di una politica di riforme ispirata in parte al New Deal rooseveltiano in cui era compresa anche la riorganizzazione della sanità pubblica, era terrorizzato dai costi della riforma e aveva minacciato Colombo di togliere la fiducia al suo governo se prima non fossero state chiare le risorse⁶⁶. La posizione di La Malfa, personalità fondamentale nella vita economica della Repubblica e artefice di scelte importanti per il capitalismo italiano e la sua collocazione nel sistema europeo⁶⁷, era di attuare sì le riforme di scuola, sanità, università, trasporti e della casa, ma solo per mezzo di un piano strategico di finanziamenti, a suo parere in questo momento insufficiente. La terza persona indicata da Mariotti come ostacolo all'attuazione del suo progetto di riforma era Luigi Preti, socialdemocratico, ministro del Bilancio e della programmazione economica nel 1969, poi ministro delle Finanze dal 1966 al 1968 durante il terzo governo Moro, assumendo la stessa carica dal 1970 al 1972 nel terzo governo Rumor e nel successivo governo Colombo. La sua attività durante questi incarichi si concentrò nell'elaborazione della legge di riforma tributaria che doveva modernizzare e razionalizzare i sistemi italiani di tassazione dei redditi e riscossione dei tributi.⁶⁸ La formulazione di una legge equilibrata era una grossa sfida, per affrontare la quale erano state nominate dal Parlamento fin dal 1962 numerose Commissioni di studio con l'apporto di importanti studiosi di diritto tributario come Cesare Cosciani e Bruno Visentini⁶⁹; l'approvazione della riforma definitiva avvenne nel 1971, per cui Mariotti lamentava forti resistenze al suo disegno di legge nel corso dei lavori.

Del rimaneggiamento della riforma ad opera dei governi Andreotti si ebbe un'esplicita descrizione su alcuni giornali, che la rinominarono "la controriforma delle mutue"⁷⁰: infatti, nelle proposte di Gaspari e Coppo si prevedeva una fase transitoria caratterizzata dalla costituzione di una Federazione degli enti mutualistici per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie e gli infortuni dei dipendenti dello Stato, degli enti pubblici, dei privati e dei lavoratori autonomi. Inoltre si reintroduceva una proposta storica della DC: una forma di partecipazione dell'utente beneficiario di particolari prestazioni, nella misura del 20% per le prestazioni sanitarie preventive richieste dal paziente e del

⁶⁶ G. Berlinguer, *Gli anni difficili della riforma sanitaria*, op. cit., p. 90.

⁶⁷ Cfr. S. Telmon, *Ugo La Malfa: il professore della Repubblica*, Rusconi, Milano 1983.

⁶⁸ C. De Maria, *Preti, Luigi*, in Treccani, *Dizionario biografico degli italiani*, vol. 85, Istituto dell'Enciclopedia Italiana, 2016, in [https://www.treccani.it/enciclopedia/luigi-preti_\(Dizionario-Biografico\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/luigi-preti_(Dizionario-Biografico)/), consultato il 22/11/2023.

⁶⁹ Cesare Cosciani (economista e dal 1958 professore di Scienza delle finanze e diritto finanziario presso l'Università di Roma) aveva tracciato nel corso dei suoi studi sui sistemi finanziari concreti delle accurate proposte di aggiornamento del sistema tributario italiano, raccogliendo contributi tramite il confronto con altri studiosi raccolti nel volume C. Cosciani (a cura di), *La riforma tributaria italiana*, La nuova Italia, Roma 1950, assumendo tra l'altro alla fine dell'iter legislativo una posizione critica nei confronti della legge. Cfr. E. Da Empoli, *Cosciani, Cesare*, in Treccani, *Dizionario biografico degli italiani*, IV appendice (1978), in [https://www.treccani.it/enciclopedia/cesare-cosciani_\(enciclopedia-Italiana\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/cesare-cosciani_(enciclopedia-Italiana)/), consultato il 22/11/2023. Cfr. anche B. Bises, *Il progetto di riforma tributaria della Commissione Cosciani cinquant'anni dopo*, Il Mulino, Bologna 2014.

⁷⁰ V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 237.

30% sul prezzo dei medicinali non essenziali. Anche questa proposta di riforma rimase nel dibattito, ma non venne concretizzata in alcuna legge dello Stato. Si procedeva a piccoli passi, a volte in avanti e a volte indietro, con lunghe pause e tentennamenti; tuttavia le dichiarazioni dei due ministri ai giornali e ad organi come il CSS lasciavano capire che ormai non c'era dubbio sulla necessità che la riforma si concretizzasse, ma il dibattito si concentrava soltanto sui modi e sui tempi.⁷¹ Tuttavia, il 1973 vide un nuovo rinvio, nonostante i ministri maggiormente interessati nei cambiamenti riguardanti la riforma appartenessero alla stessa parte politica, cosa che aveva lasciato ben sperare l'opinione pubblica⁷². Il Ministro del Lavoro elaborò nel corso del 1973 un'ulteriore rielaborazione dello schema di disegno di legge pregresso, con lievi ritocchi, che presentò con dichiarazioni di fiducia ai sindacati e alle direzioni delle maggiori casse mutue: si normava anche più chiaramente la fase transitoria, spostando più avanti le scadenze; si modificava la composizione del Comitato sanitario centrale e si definivano meglio i criteri di ripartizione del Fondo sanitario. Per diminuire gli sprechi, oltre alla competenza regionale nel definire la misura delle rette ospedaliere, il nuovo disegno di legge affidava alle Regioni anche il controllo sulle uscite degli ospedali stessi, anche se chiariva che era inevitabile un aumento della spesa. Quello che invece annunciava era che il sistema sarebbe passato dall'essere finanziato prevalentemente dai lavoratori ad una partecipazione di gran lunga maggiore dei cittadini ricchi. I sindacati però non furono entusiasti di questa nuova proposta, a causa della scarsa attenzione data al momento della prevenzione, del problema dei farmaci e della eccessiva responsabilità che si poneva sulle Regioni, a cui era stato attribuito anche il compito di ripianare la spesa ospedaliera nel caso fosse eccessiva; la cosa avrebbe potuto strozzare i bilanci regionali delle aree più povere e arretrate del Paese. Secondo una proposta dei sindacati unificati risalente al 23 aprile 1970, inoltre, sarebbe stato auspicabile rivedere l'utilità dei cosiddetti "controlli popolari", che nella prima fase mutualistica, quando questa si muoveva su piccoli numeri e con una forte carica di volontarismo, permettevano di vigilare sulla qualità dei servizi sanitari.⁷³

In ogni caso, anche questa nuova proposta ministeriale naufragò con le dimissioni del secondo governo Andreotti in conseguenza delle vicende che interessavano le diverse anime del partito democristiano e che rendevano il monocolore democristiano particolarmente fragile. La fiducia al governo fu ritirata dal PRI a causa dei dissidi riguardanti il divieto della trasmissione televisiva via

⁷¹ ACS, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Verbali, b. 159, *L'andamento della riforma sanitaria*, 18 ottobre 1972.

⁷² V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio Sanitario Nazionale*, op. cit., p. 266. Qui si riporta il commento dei giornali del 10 aprile 1973, tra cui spicca un commento particolarmente azzeccato sulla rivista della Federmutue artigiani: "Ancora una volta un qualche cosa è giunto a ricacciare indietro questa riforma, novello vascello fantasma che non riesce a trovare né bandiera né approdo. Nella sua lunga e fortunosa navigazione ha messo in crisi governi e singoli ministri; [...] mai riforma ebbe tanti padri, mai riforma si è presentata con più confusi connotati. [...] Quello che può dirsi, e a chiare note, è che così non si può andare avanti."

⁷³ Istituto Sturzo, Fondo Andreotti, III Governo Andreotti, Busta 883, Fascicolo sanitario, *Riforma sanitaria*, Luglio 1970, p. 22.

cavo, ma ancora più rilevante furono il tema del divorzio, indigesto alla DC, e il Patto di Palazzo Giustiniani, firmato da Aldo Moro e Amintore Fanfani nel giugno 1973, con l'obiettivo di allontanare il partito dalle frange di destra più estrema e di lavorare per un nuovo governo di centro-sinistra organico, secondo lo statista pugliese più in grado di gestire la situazione socio-economica in mutamento del Paese.⁷⁴

Il quinto Governo che inserì nel proprio programma la realizzazione della riforma sanitaria fu il quarto Governo Rumor (1973-1974). Il nuovo ministro della sanità era Luigi Gui, democristiano, che aveva già svolto incarichi ministeriali importanti nel corso degli anni repubblicani, tra cui quello di ministro del Lavoro. Anche Luigi Gui nelle dichiarazioni ai quotidiani affermava convintamente l'urgenza della riforma, anche in conseguenza delle recenti manifestazioni di focolai di colera nel Paese di cui si è parlato nei precedenti capitoli; inoltre comparivano anche i temi dell'inquinamento ambientale e dell'urbanistica, e non si mostrava intimorito nemmeno dai costi della riforma, che dichiarava essere comunque crescenti nel sistema delle mutue.⁷⁵ Tali affermazioni vennero confermate anche nelle dichiarazioni alle Commissioni Igiene e Sanità della Camera e del Senato, nonostante “la pressione di interessi categoriali delle diverse forze del Paese, impegnate a strappare condizioni sempre migliori, sottrae risorse finanziarie che potrebbero e dovrebbero essere destinate alla riforma”⁷⁶. Secondo il ministro, le motivazioni per l'attuazione del SSN non erano umanitarie né sociali in senso stretto e riguardava piuttosto la progressiva sempre maggiore inadeguatezza del sistema mutualistico esistente. Venne a questo punto insediata un'altra Commissione per lo studio di una riforma plausibile, che fosse accettabile dalla più larga parte delle forze parlamentari, tenendo conto di tutte le proposte fatte fino a quel momento e non tenendo conto delle proteste corporative che da varie parti si sarebbero levate contro la riforma.⁷⁷ Questa commissione lavorò intensamente tra il 1973 e il 1974, raccogliendo consensi tra diverse parti: le regioni, i sindacati, ma soprattutto si registrava “una sostanziale convergenza” almeno tra le forze politiche della maggioranza, elemento non scontato anche alla luce delle precedenti proposte. Lo schema elaborato dalla Commissione Valiante⁷⁸, che era sostanzialmente una fusione delle precedenti proposte con particolare attenzione ai meccanismi di razionalizzazione degli enti, sopravvisse infatti anche alla caduta del quarto governo Rumor. È importante sottolineare che il ministro del Tesoro La Malfa era insoddisfatto dello schema di riforma sanitaria, e suggeriva di introdurre meccanismi che disincentivassero l'abuso di assistenza e di far partecipare i mutuati alle spese assistenziali, in un'ottica di controllo dei costi pubblici.⁷⁹

⁷⁴ G. Formigoni, *Aldo Moro. Lo statista e il dramma*, op. cit., pp. 268-281.

⁷⁵ V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 274.

⁷⁶ Ivi, p. 275.

⁷⁷ Ministero della sanità – Ufficio stampa, *L'istituzione del Servizio sanitario nazionale*, Roma 1974, p. 46.

⁷⁸ Mario Valiante, magistrato democristiano e sottosegretario alla sanità del quarto Governo Rumor.

⁷⁹ Ministero della sanità – Ufficio stampa, *L'istituzione del Servizio sanitario nazionale*, Roma 1974, p. 72.

Il quinto Governo Rumor si costituì il 14 marzo 1974, e il dibattito riprese da dove era stato interrotto: nell'esposizione delle indicazioni programmatiche per il nuovo mandato alle delegazioni dei partiti di centro-sinistra, infatti, veniva sottolineato che il progetto di riforma sanitaria era sostanzialmente già definito e non vi era volontà di metterlo nuovamente in discussione.⁸⁰ Tuttavia, alcune modifiche ci furono, e in particolare i sindacati si dimostrarono insoddisfatti su alcuni punti del disegno di legge elaborato dal ministero a guida Vittorino Colombo: la scarsa attenzione al momento preventivo, argomento sempre stato loro a cuore per via dei suoi legami con il mondo del lavoro; l'eccessiva lentezza che si immaginava avrebbe caratterizzato l'approvazione del disegno, anche a causa delle numerose deleghe al Governo, soprattutto sulla parte economica; l'eccessiva centralizzazione ministeriale di alcune funzioni, mentre i sindacati avevano sempre spinto per una estrema democratizzazione della gestione del diritto alla salute, in accordo su questo punto con il PCI. Anche i medici si mostravano in disaccordo, poiché dichiaravano che il progetto non accoglieva quasi nessuna delle loro proposte. In aggiunta, le associazioni mediche si erano dichiarate in disaccordo anche con il disegno di legge Valiante, quindi la situazione rimaneva immutata⁸¹. Il 31 luglio 1974 il Consiglio dei Ministri approvò il progetto di legge Colombo⁸², e qualche giorno dopo il ministro della Sanità poté trasmettere alla Camera il testo⁸³, che rappresentò la prima bozza ufficiale, proposta al Parlamento dal Governo e non su iniziativa di partiti, gruppi parlamentari o altri soggetti. La proposta, costituita di 50 articoli, diede l'avvio alla prima, concreta modifica del sistema mutuo-previdenziale, avviando il passaggio dei presidi ospedalieri alle Regioni, rendendo irreversibile il processo di riforma. Degli effetti di questo provvedimento si hanno riscontri anche dalla documentazione dell'INAM e dell'ENPAS, per le quali inizia a partire da settembre 1974 la fase commissariale.⁸⁴ Le disposizioni di questa legge fissavano i compiti del futuro SSN, le competenze del Consiglio dei Ministri, del ministero della Sanità, del Consiglio Sanitario Nazionale e dei Consigli Sanitari Regionali e delle Unità sanitarie locali, fissandone i limiti territoriali e le partecipazioni dei Consigli comunali. Si gettavano degli abbozzi di competenze delle USL, dei rapporti tra queste ultime e i medici e i professionisti sanitari, e si stabilivano dei passaggi intermedi per quanto riguardava il finanziamento, con il già citato ricorso al mercato finanziario per appianare i debiti delle casse mutue e al Fondo sanitario nazionale, che fino alla fiscalizzazione degli oneri sociali sarebbe stato alimentato

⁸⁰ V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 297.

⁸¹ S. Fiandaca, *Lo sciopero dei medici e le proposte che non soddisfano*, in *Federazione medica*, vol. 26, dicembre 1973, pp. 535-536.

⁸² V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 309.

⁸³ Si tratta del d.d.l. 3207, che esitò nel decreto-legge 8 luglio 1974 n. 264 e poi venne modificato con la legge 17 agosto 1974, n. 386: *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, recante norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria*.

⁸⁴ F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia. Il servizio sanitario nazionale in una prospettiva storica*, op. cit., p. 194.

principalmente con i contributi di competenza degli enti mutualistici riscossi, alla loro soppressione, dall'INPS, e poi, una volta fiscalizzati gli oneri sociali, con il prelievo fiscale.

Se i meriti di questa legge furono molti, senza dubbio causò anche una situazione di caos negli enti mutualistici e negli ospedali, privati della precedente regolamentazione ma non ancora forniti di una nuova: a parte il divieto di aprire nuove strutture o di assumere nuovo personale, questo provocò anche una situazione di irrigidimento e di ripiegamento sui compiti burocratici⁸⁵, con una progressiva sempre maggiore insufficienza dei servizi sanitari di base, delle strutture di primo intervento, della rinuncia da parte di tutti i centri operativi a svolgere una più intensa attività sanitaria fino alla riforma definitiva, situazione che durò per oltre quattro anni.⁸⁶

Nel corso della VII legislatura (luglio 1976- giugno 1979), con i governi Andreotti di unità nazionale⁸⁷, fu la volta di un nuovo disegno di legge, a firma del nuovo ministro della Sanità Luciano Dal Falco, che si discostava di poco dal precedente, che aveva ormai trovato una certa unanimità. Questo disegno di legge fu approvato dal Consiglio dei Ministri il 4 marzo 1977, passò alla Camera il 16 marzo, poco dopo la presentazione di tre nuovi progetti di legge da parte di PCI, PSI e Democrazia Proletaria, allarmati dai continui ritardi che caratterizzavano l'approvazione della riforma.⁸⁸ L'obiettivo di approvare la legge entro il termine del 30 giugno 1977 per l'estinzione degli enti mutualistici stabilito dalla legge 386/1974, provvedendo contestualmente all'istituzione delle USL che avrebbero dovuto ereditarne le funzioni. Poiché a pochi mesi da tale data il Comitato ristretto non aveva ancora elaborato il testo integrato della riforma, l'approvazione di un provvedimento per il trasferimento alle Regioni delle "funzioni amministrative concernenti l'assistenza sanitaria e ospedaliera" esercitate dalle casse mutue, con l'obbligo di attenersi ai bilanci già predisposti e all'ordinamento dei singoli enti guadagnò il tempo necessario a superare anche la precoce interruzione della legislatura che pose anticipatamente fine al terzo governo Andreotti nel gennaio 1978.

Nel 1977, nel frattempo, anche il CNEL si era espresso sulle proposte di riforma, in particolare su quella governativa e più specificamente sulla sua gestione finanziaria, come testimoniano le sedute della Commissione Igiene e Sanità della Camera che dall'aprile del 1977 iniziarono a discutere i disegni di legge sulla riforma sanitaria⁸⁹. Le prime critiche riguardavano la fase transitoria, che non

⁸⁵ Nelle sedute di discussione sul disegno di legge della riforma sanitaria definitiva del '78 alla Camera, si osservava che lo scioglimento delle mutue in quelle modalità aveva determinato una situazione di "deresponsabilizzazione" e che era necessario invece regolare in modo ampio e minuzioso le situazioni considerate al fine di facilitare l'effettiva applicazione delle riforme varate. Cfr. Atti parlamentari, Camera dei deputati, XIV Commissione Permanente Igiene e Sanità, *Bollettino delle Commissioni*, 2 febbraio 1977, p. 44.

⁸⁶ CNEL, *Parere sul disegno di legge concernente l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*, in *Quotidiano sanità*, aprile 1977, n. 159/108, p. 27.

⁸⁷ G. Formigoni, Aldo Moro. Lo statista e il suo dramma, op. cit., pp. 236-250

⁸⁸ C. Giorgi, I. Pavan, *Le lotte per la salute in Italia e le premesse della riforma sanitaria. Partiti, sindacati, movimenti, percorsi biografici (1958-1978)*, op. cit., p. 445.

⁸⁹ Atti parlamentari, Camera dei Deputati, XIV Commissione Permanente Igiene e Sanità, *Bollettino delle Commissioni, Disegno e proposte di legge: Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (Proposte di legge 1252; 971; 1105; 1145; 1271)*, 27 aprile 1977. In questa circostanza il relatore Morini dichiarò che ci si trovava di fronte a cinque diversi progetti di

prevedeva un quadro di contenimento delle spese in una situazione che si protraeva ormai già da tre anni; questo era, dal punto di vista dell'organo, una delle motivazioni centrali nella volontà di modificare il sistema esistente, e criticava fortemente il fatto di non aver previsto un quadro economico in cui inserire il passaggio da un sistema all'altro. Tra i principali esperti del CNEL chiamati ad esprimersi sullo stato di attuazione della riforma, uno dei principali protagonisti fu il già citato Mario Alberto Coppini, che grazie alle sue pregresse esperienze di cui si è parlato, come presidente dell'INAM e attuario, aveva un'ampia consapevolezza dei problemi legati alla sicurezza sociale.⁹⁰ Secondo le sue proiezioni sui costi nel 1978 nel caso di attuazione della riforma, la spesa sanitaria si sarebbe assestata intorno al 6,5% del PIL, escluse le indennità economiche ed esclusi i ripianamenti dei debiti delle casse mutue, portando l'Italia ad essere in linea con la spesa per la sanità degli altri grandi Paesi della Comunità Economica.⁹¹ Secondo l'opinione del CNEL, rimanere in questi limiti di spesa rappresentava un elemento fondamentale per l'equilibrio dei conti pubblici e anche della sostenibilità dell'onere contributivo, che pesava, fino a questo momento, sul lavoro, per garantire la sostenibilità del sistema economico italiano. Infatti, l'andamento della spesa sanitaria aveva ormai assunto un'incidenza determinante sulla situazione del Paese, "al punto da essere considerata un elemento di rottura permanente dell'equilibrio finanziario"⁹²; l'obiettivo cui dovevano tendere le forze politiche e sociali, quindi doveva essere quello della stabilizzazione e del contenimento progettuale della spesa. Era inoltre ormai inaccettabile la "facile soluzione" di riversare i costi della spesa assistenziale sull'aumento delle contribuzioni sociali, a causa

dell'abnorme struttura del costo del lavoro del nostro Paese, che registra il dato contraddittorio di una busta paga la più bassa della CEE contro un costo globale di orario di lavoro che, anche in conseguenza di tali contribuzioni, si attesta ai livelli massimi esistenti in tali Paesi. Ciò crea tensione nei rapporti tra le forze sociali e fa sorgere notevoli problemi alla nostra economia rispetto agli altri partners comunitari. Il recente accordo tra sindacati e Confindustria, e lo stesso provvedimento di parziale fiscalizzazione degli oneri sociali, approvato in Parlamento in questi giorni, agiscono sostanzialmente in direzione della modifica strutturale del costo del lavoro e del trasferimento degli oneri di malattia al sistema fiscale, incidendo in tal modo sull'attuale criterio di finanziamento della spesa sanitaria che di fatto si configura come una tassa sull'occupazione.⁹³

L'osservazione è tutt'altro che banale: in questi anni di rallentamento economico e con questi aumenti

legge, tenendo conto anche dell'opinione del CNEL, il cui Presidente aveva riferito le sue opinioni sul tema finanziario della riforma la mattina stessa, nel corso di un incontro tra ministro della Sanità, parti sociali e altre cariche interessate alla prosecuzione della riforma.

⁹⁰ Coppini contribuì a dare illuminanti pareri sulla riuscita della riforma anche negli anni Ottanta: cfr. Archivio della Camera dei Deputati, XIV Commissione permanente, VIII legislatura, *Consiglio Nazionale Economia e Lavoro – Osservazioni e proposte sullo stato di attuazione della riforma sanitaria*, relatore: consigliere Mario Alberto Coppini, assemblea del 20 ottobre 1982.

⁹¹ CNEL, *Parere sul disegno di legge concernente l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*, in *Quotidiano sanità*, aprile 1977, n. 159/108, p. 31.

⁹² Ivi, p. 25.

⁹³ Ivi, pp. 26-27.

di spesa non governati, si osservava che la sanità, anche se privata, rappresentava un problema per la competitività economica del Paese a causa dell'eccessivo peso sul costo del lavoro. E questo peso era dovuto al fatto che l'erogazione delle prestazioni sanitarie ai cittadini italiani era in realtà solo parzialmente privata: il concorso dello Stato era in realtà sempre più necessario per la sopravvivenza del sistema mutualistico, ma avveniva in modo non regolato dal punto di vista legislativo, seguendo una tradizione di incertezza nella delimitazione dei compiti che aveva caratterizzato la sanità fin dalla nascita della Repubblica⁹⁴. Queste osservazioni ridimensionano, come si capisce, la portata del cambiamento della riforma del 1978: l'Italia era in realtà allineata ai grandi Paesi europei dal punto di vista della partecipazione alla spesa per la sanità più di quanto non fosse evidente, nonostante l'insufficienza e l'irregolarità degli investimenti per mantenere un sistema efficiente. Si può dire che la sanità repubblicana rappresenta un caso in cui la mancanza di decisione rappresentò a suo modo una scelta, e presentò comunque le sue conseguenze. La modernizzazione sanitaria del Paese era infatti ormai un processo naturale e inarrestabile nel contesto politico, sociale e culturale degli anni Sessanta e Settanta⁹⁵: i tentennamenti e i ritardi dovuti alle fragilità del sistema politico non riuscirono a fermare un processo già avviato. Sicuramente ebbero però un effetto peggiorativo sul disordine che governò il settore per lunghi decenni, e che alla fine degli anni Settanta era ormai decisamente fuori tempo da tutti i punti di vista. Se non sembra corretto annoverare a pieno titolo la riforma sanitaria tra le numerose "occasioni mancate" che costellano le storie della Repubblica⁹⁶, può essere adeguato però inquadrarla come un risultato tardivo e legato non solo a un avanzamento culturale, ma anche alla necessità di un riordinamento che aveva cause più legate alla struttura economica del Paese di quanto non sia evidente a prima vista.

A partire dall'aprile 1977, iniziò in Commissione Permanente Igiene e Sanità del Parlamento la discussione sul disegno di legge governativo e sui quattro disegni di legge arrivati alla valutazione della Commissione, che avrebbe dovuto portare al disegno di legge finale. I progetti di legge erano, a parte quello che arrivava da parte governativa e che era il risultato dei passaggi che sono stati riassunti, i disegni Triva (comunista), Gorla (demoproletario), Tiraboschi (socialista) e Zanone (liberale)⁹⁷. Esclusi i progetti Gorla, secondo la rivista *Il medico d'Italia* caratterizzato da "utopiche fughe in avanti nei confronti della realtà socio-sanitaria, suggestive ma di impossibile attuazione

⁹⁴ S. Luzzi, *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, op. cit., pp. 114-119.

⁹⁵ Cfr. G. Vicarelli, *La politica sanitaria tra continuità e innovazione*, in *Storia dell'Italia repubblicana, III, L'Italia nella crisi mondiale. L'ultimo ventennio*, op. cit., p. 584: questi anni furono caratterizzati secondo l'autrice da una "crescente convergenza culturale e politica sull'ipotesi di riformulare in termini universalistici e istituzionali il sistema sanitario".

⁹⁶ Ci si riferisce soprattutto G. Crainz, *Il paese mancato: dal miracolo economico agli anni Ottanta*, Donzelli, Roma 2005; ma riferimenti a occasioni perdute, riforme mancate e incapacità di cogliere in tempo la necessità di cambiamento negli anni repubblicani sono presenti anche in G. Ginsborg, *Storia d'Italia dal dopoguerra ad oggi*, op. cit.; P. Craveri, *Storia d'Italia. La Repubblica dal 1958 al 1992*, op. cit., rappresentando un topos interpretativo degli anni repubblicani per più settori.

⁹⁷ Atti parlamentari, Camera dei deputati, XIV Commissione Permanente Igiene e Sanità, Bollettino delle Commissioni, *Disegno e proposte di legge: istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*, 27 aprile 1977, p. 27.

politica”⁹⁸, ed il progetto Zanone, che al contrario ipotizzava “per molti aspetti modifiche più formali che sostanziali dei servizi sanitari”⁹⁹, le altre proposte si caratterizzavano per numerosi punti di contatto nella struttura del testo, nell’attenzione al tema della spesa, nella centralità dell’Unità Sanitaria Locale; mentre la differenza principale stava in un approccio particolarmente decentrato e territoriale del PCI, contro un approccio più centralizzato del progetto di legge governativo. La Presidente della Commissione era la deputata democristiana Maria Eletta Martini¹⁰⁰, che guidò il lungo dibattito, annunciò anche l’istituzione di una parallela sottocommissione che si sarebbe occupata di dirimere i punti più controversi e di scrivere concretamente gli articoli, su cui poi la Commissione avrebbe discusso. Anche dal punto di vista metodologico, infatti, si ebbe una discussione precedente all’avvio dei lavori sulla modalità più opportuna per procedere precisamente ma non troppo lentamente; in effetti, anche in questo modo ci vollero nove mesi per la scrittura e l’approvazione del testo completo.

I lavori della Commissione si concentrarono sull’unificazione dei diversi progetti, e lo schema venne approvato con lievi modifiche dopo i vari passaggi tra Camera e Senato a metà dicembre 1978, con l’astensione del PRI¹⁰¹ e il voto contrario di PLI e MSI.¹⁰² Fu quindi con il secondo governo di solidarietà nazionale, il IV Governo Andreotti, in carica dall’11 marzo 1978 al 31 gennaio 1979, un governo monocolore DC con appoggio esterno di PSI, PSDI, PRI, PLI e PCI, che aveva come ministro della Sanità una delle prime donne a ricoprire questa carica, l’on. Tina Anselmi, che la legge venne approvata.

Nei prossimi paragrafi verrà analizzato l’apporto politico dei partiti alle numerose proposte di legge, le discussioni sui punti principali, la struttura che assunse l’organizzazione sanitaria in Italia. Ma i cambiamenti strutturali, e in particolare di finanziamento, annunciati prima dell’approvazione della

⁹⁸ *Il dibattito alla Camera sulla “riforma sanitaria” – La cronaca delle due giornate di lavoro*, in *Il medico d’Italia. Settimanale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici*, 12-19 maggio 1977, p. 2.

⁹⁹ *Ibidem*.

¹⁰⁰ Lucca, 1922-2011; insegnante, ex staffetta partigiana, particolarmente significativo il suo impegno di promotrice sul progetto del nuovo diritto di famiglia, promuovendo il concetto di parità tra coniugi prima della riforma del 1975, mentre fu energica oppositrice delle leggi sull’aborto e sul divorzio; si occupò anche delle leggi sull’adozione, sui consultori familiari, sull’obiezione di coscienza, oltre che di associazionismo e volontariato. Cfr. *Martini Maria Eletta*, in SIUSA, Sistema Informativo Unificato per le Soprintendenze Archivistiche, da <https://siusa.archivi.beniculturali.it/cgi-bin/pagina.pl?TipoPag=prodpersona&Chiave=61768>, consultato il 2/12/2023.

¹⁰¹ La direzione nazionale del PRI aveva elaborato un proprio schema di riforma della sanità, che venne pubblicato da “L’umanità” nel 1970. Secondo tale posizione, si doveva evitare che l’intervento dello Stato si risolvesse nell’ennesima sanatoria; l’esistenza di un Fondo sanitario nazionale non era sufficiente ad evitare sprechi in settori come quello farmaceutico e della medicina specialistica; si professava invece a favore dell’istituzione, da parte delle Regioni, di distretti sanitari amministrati dalle comunità locali; la presenza di un unico ente ospedaliero per ogni distretto sanitario; l’attribuzione all’autorità sanitaria del distretto della effettiva direzione degli ospedali, della medicina specialistica, dell’assistenza alla maternità e all’infanzia, della medicina del lavoro e dei servizi di medicina scolastica. Il partito repubblicano era a favore anche della coesistenza di mutue e Unità sanitarie locali. Cfr. V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., pp. 90-91.

¹⁰² C. Giorgi, I. Pavan, *Le lotte per la salute in Italia e le premesse della riforma sanitaria. Partiti, sindacati, movimenti, percorsi biografici*, op. cit., p. 448; secondo il dibattito in Commissione Igiene e Sanità della Camera, come anticipato, il progetto di legge liberale era risultato poco integrabile nel testo definitivo della riforma, insieme a quello demoproletario, giudicati l’uno troppo innovatore e l’altro troppo conservatore.

legge, avevano finalmente trovato con l'approvazione della riforma una chiara formulazione? Vale la pena di approfondire gli articoli tecnici per provare a dare una risposta a questa domanda. La legge 833/1978 stabiliva, all'articolo 3, 2° comma, "che la legge dello Stato, in sede di approvazione del piano sanitario nazionale di cui all'art. 53, fissa i livelli di prestazioni sanitarie che devono essere comunque garantiti a tutti i cittadini." L'articolo 53, 4° comma lettera f) disponeva che il piano sanitario nazionale stabilisce per il periodo della sua durata "le norme generali di erogazione delle prestazioni sanitarie nonché le fasi o le modalità della graduale unificazione delle stesse e del corrispondente adeguamento, salvo provvedimenti di fiscalizzazione dei contributi assicurativi." Inoltre l'articolo 57, che tratta della unificazione dei livelli delle prestazioni sanitarie, stabiliva che in conformità a quanto previsto dal piano sanitario nazionale di cui all'articolo 53, dovevano essere gradualmente unificate le prestazioni sanitarie già erogate dai disciolti enti mutualistici, dalle mutue aziendali, dagli enti, casse, servizi e gestioni autonome degli enti previdenziali. Lo stesso articolo dispone anche, e questo punto è importante per comprendere l'indirizzo finale dato al finanziamento del servizio sanitario, "in conformità a quanto previsto dalla lettera f), quarto comma, dell'articolo 53, si provvede a disciplinare l'adeguamento della partecipazione contributiva degli assistiti, nonché le modalità e i tempi di tale partecipazione in funzione della soppressione delle strutture mutualistiche".

Infine, l'articolo 76, che reca modalità transitorie per la riscossione dei contributi obbligatori di malattia, dispone poi che "a decorrere dal 1° gennaio 1980 e fino alla completa fiscalizzazione degli oneri sociali, tali adempimenti (relativi all'accertamento, alla riscossione e al recupero in via giudiziale dei contributi sociali di malattia e di ogni altra somma ad essi connessa) sono affidati all'INPS, che terrà contabilità separate secondo le norme e le procedure in vigore per l'accertamento e la riscossione dei contributi di previdenza".

Anche con la legge di riforma, quindi, la fiscalizzazione veniva rimandata; ma, citando la valutazione del CNEL a sette anni dall'emanazione della legge, "in realtà nessuna di queste misure ha trovato attuazione piena, né sul piano formale né sul piano sostanziale"¹⁰³. Come si era finanziato dunque il SSN dal 1978 al 1985? Lo stesso CNEL riportava che "a cinque anni di distanza dall'avvio della riforma sanitaria si rileva come le complesse operazioni messe in atto annualmente per la determinazione e la ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale tra le Regioni si siano di fatto concluse con la copertura automatica delle spese sostenute da queste ultime. Altrettanto artificiosi, sotto il profilo finanziario, sono risultati i tagli operati dalle varie leggi sul F.S.N. ed i successivi reintegri effettuati con note di variazione ai bilanci dello Stato"¹⁰⁴. In pratica, il metodo di finanziamento del

¹⁰³ Archivio della Camera dei Deputati, XIV Commissione permanente Igiene e sanità, IX legislatura, b. 106, *Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro – La gestione del SSN nel 1984*, maggio 1985.

¹⁰⁴ Ivi, p. 626.

Fondo sanitario nazionale, costituito essenzialmente dalle contribuzioni sociali di malattia e dall'apporto della finanza pubblica, tenuti presenti anche i fattori di espansione della spesa sanitaria, non conferivano secondo il CNEL una certezza sufficiente a uno dei capitoli considerati fondamentali per il buon andamento dei servizi pubblici.

7.2 Un importante centro propulsore: il Psi

Il Partito socialista ebbe un ruolo cruciale nelle dinamiche di riforma sanitaria, a causa delle sue stesse radici culturali che, sebbene in Italia avessero inizialmente messo radici in ambienti colti ed elitari, affondavano nell'operaismo, nel marxismo, nella tensione alla riduzione delle disuguaglianze sociali.¹⁰⁵ Purtroppo, l'accessibilità del suo archivio è scarsa e non c'è stato modo, nel corso di questa ricerca, di poter analizzare la documentazione diretta relativa ai temi sanitari affrontati dal partito nel corso della prima fase repubblicana; si tenterà, quindi, di ricostruire le posizioni del partito attraverso la documentazione secondaria.

Erede di una lunga storia precedente, le peculiarità e l'apporto del partito socialista nei processi politici della Repubblica italiana sono state a più riprese sottolineate dalla storiografia¹⁰⁶: essa ha rilevato l'importanza del partito che, nella fase successiva alla centralità democristiana degli anni Cinquanta¹⁰⁷, quando la partecipazione del PCI alla competizione per il Governo era ancora fortemente compromessa dalle dinamiche nazionali e internazionali,¹⁰⁸ rappresentò l'alternativa per l'apertura a sinistra e l'avvio di dinamiche meno fossilizzate sul centrismo. Alcune caratteristiche del partito socialista, tra cui principalmente la presa di distanza dalle posizioni sovietiche e dalla cultura politica del comunismo internazionale, lo rendevano infatti più adatto agli occhi degli osservatori internazionali a rappresentare l'elemento di apertura a sinistra in piena guerra fredda, e di riuscire così ad aggirare la *conventio ad excludendum* che impediva al più grande partito comunista d'Europa di accedere alle sale del Governo.

All'inizio degli anni Sessanta, di fronte a dinamiche di crisi del centrismo che diventavano sempre più evidenti, venne inaugurata la fase delle cosiddette "convergenze parallele", espressione attribuita al segretario della DC Moro¹⁰⁹, l'avvio di un lungo e contorto percorso verso la partecipazione al

¹⁰⁵ Z. Ciuffoletti, M. Degl'Innocenti, G. Sabbatucci, *Storia del PSI, vol. I, Le origini e l'età giolittiana*, Laterza, Roma-Bari 1992, pp. 5-8.

¹⁰⁶ Sul ruolo del partito socialista, oltre alle storie politiche della Repubblica, cfr. P. Mattera, *Storia del PSI (1892-1994)*, Carocci, Roma 2010, pp. 153 e seguenti; G. Sabbatucci, M. Degl'Innocenti, Z. Ciuffoletti, *Storia del Psi, vol. III, Dal dopoguerra a oggi*, Laterza, Roma-Bari 1993.

¹⁰⁷ G. Galli, *Storia della Democrazia Cristiana*, Laterza, Bari 1978, pp. 95-183.

¹⁰⁸ G. Formigoni, *Storia d'Italia nella guerra fredda (1943-1978)*, Il Mulino, Bologna 2016, pp. 56-72; A. Varsori, *L'Italia nelle relazioni internazionali dal 1943 al 1992*, Laterza, Roma-Bari 1998, pp. 102-116.

¹⁰⁹ G. Formigoni, *Aldo Moro. Lo statista e il suo dramma*, op. cit., pp. 131-143.

Governo del PSI. L'ossimoro della definizione lascia intendere quanta cautela si usasse nell'avvicinamento del partito democristiano alla componente socialista, poiché la DC era composta da diverse anime, alcune delle quali puntavano decisamente alla collaborazione, nell'ottica della governabilità, con forze politiche più radicali e nettamente più a destra, incentivando dei seri rischi eversivi nel corso degli anni Sessanta e Settanta¹¹⁰. Tra l'altro il Psi si trovava, all'inizio degli anni Sessanta, in una fase intellettualmente molto ricca¹¹¹, che si traduceva in intenzioni di governo tutt'altro che passive: i socialisti non intendevano soltanto fare da stampella elettorale alla Democrazia Cristiana, ma avevano intenzione di dettare una parte di agenda politica e di "governare lo sviluppo"¹¹² per il rinnovamento che ritenevano l'Italia necessitasse dopo la fase del boom economico.¹¹³ Le componenti operaia e rurale del suo elettorato, tradizionalmente molto forti, implicavano tra i principi guida del partito la redistribuzione delle risorse e un principio di uguaglianza che affondava le sue radici nel concetto di unità di classe; la pianificazione rappresentava invece un'eredità del mito sovietico e della "democrazia progressiva" dei Paesi dell'Est europeo, esperienze cui i socialisti guardavano con ammirazione.¹¹⁴ Inoltre, un elemento peculiare del socialismo di sinistra era il richiamo alle riforme di struttura inserite in un'ottica pianificatrice, insieme alle tematiche relative all'interventismo statale occidentale, specialmente di natura keynesiana. A partire dalla conferenza economica in seno al partito avvenuta nel 1947, il Psi delineò un programma di riforme di cui servirsi come "strumento d'urto e di frattura contro le strutture economiche e politiche costituenti la società capitalista"¹¹⁵, configurando proprio le riforme come elemento di conciliazione tra le spinte rivoluzionarie e le tendenze più moderate. L'industrializzazione, anche per il forte radicamento del partito nella classe operaia, portatrice secondo gli ideologi del socialismo di una cultura e di un'etica nuova, era interpretata come un elemento automaticamente positivo, ed anzi la soluzione ai problemi degli squilibri territoriali tra Nord e Sud e della ristrettezza del mercato. Tuttavia, vi era negli anni Quaranta e Cinquanta un conflitto irrisolto nelle posizioni sull'industrializzazione e sul governo dell'economia del Psi, un'incertezza tra il rigetto nei confronti degli aiuti internazionali, della concentrazione dei capitali, in particolare stranieri, con il conseguente appoggio alle dimensioni medio-piccole dell'industria nazionale, e dall'altro la tensione dirigistica delle grandi aziende e la nazionalizzazione di interi settori,

¹¹⁰ Cfr. ad esempio A. Di Michele, *Storia dell'Italia repubblicana (1948-2008)*, Garzanti Milano 2008, p. 145.

¹¹¹ P. Mattera, *Storia del PSI (1892-1994)*, op. cit., p. 178-181.

¹¹² Espressione che si riferiva alla necessità di dare una direzione progettuale alle forze economiche che si stavano liberando nel Paese, particolarmente usata nella comunicazione giornalistica e nella propaganda elettorale: cfr. P. Di Loreto, *La difficile transizione. Dalla fine del centrismo al centro-sinistra (1953-1960)*, Il Mulino, Bologna 1993, p. 142; P. Pombeni, *L'apertura. L'Italia e il centro-sinistra (1953-1963)*, Il Mulino, Bologna 2002, p. 112.

¹¹³ P. Mattera, *Storia del PSI (1892-1994)*, op. cit., p. 182.

¹¹⁴ G. Sabbatucci, M. Degl'Innocenti, Z. Ciuffoletti, *Storia del Psi, vol. III, Dal dopoguerra a oggi*, op. cit., p. 169.

¹¹⁵ Ivi, p. 170.

di cui chiari esempi sono le esperienze di Enel ed Eni.¹¹⁶ Se il piano economico era dominato da incertezza, una certezza era invece rappresentata dallo schieramento del partito al fianco delle istanze di rinnovamento che salivano dalla società per ampliare la sfera dei diritti dei cittadini, abolendo gli arcaismi della legislazione di eredità fascista e approvando nuove leggi a favore delle donne, per la casa, la salute, l'istruzione e la laicità dello Stato.¹¹⁷ La riforma sanitaria rappresentava quindi un grande interesse per il partito socialista, e l'idea di una sanità universale fece apertamente parte dei progetti sul welfare che il partito si impegnò a portare avanti nella sua esperienza di governo.

Particolarmente intensa fu l'attività legislativa relativa al welfare nello scorcio finale della quarta legislatura, in particolare operata dai primi tre governi Moro (dicembre 1963-luglio 1964; luglio 1964-febbraio 1966; febbraio 1966-giugno 1968) a guida di una compagine di centro-sinistra¹¹⁸, con la partecipazione dei socialisti, cui fu affidata la sanità con il ministro fiorentino Luigi Mariotti, che diede una significativa impronta alle riforme del settore sanitario in questi anni, a partire dalla riforma ospedaliera a una prima impostazione della legge di riforma sanitaria del 1978. Questo momento repubblicano, la IV legislatura, è stato in realtà individuato, al di là della figura di Mariotti, come fase di intensificazione delle funzioni sociali dello Stato e di prima vera e propria "nascita, per quanto contraddittoria e disordinata, del welfare italiano, accompagnato da un'inedita crescita della spesa pubblica a fini sociali"¹¹⁹. Nonostante la problematicità della definizione di una data di nascita del welfare italiano, che potrebbe essere spostata molto più indietro a seconda degli elementi che si vogliono tenere in considerazione, questo periodo si configurò senza dubbio come una fusione di produzione legislativa sociale, di aumento della spesa e di rivendicazione di diritti dal basso, rappresentando un momento centrale per l'organizzazione dello stato sociale nelle forme che conosciamo, accreditando l'esperienza del centro-sinistra organico come fondamentale per lo sviluppo del welfare state.

Il centro-sinistra di questi anni, a lungo preparato dai vertici democristiani e socialisti, era in effetti un prodotto coerente delle grandi trasformazioni economiche e sociali avviate dal miracolo economico, anche se l'interpretazione dei risultati di questa fase politica sullo sviluppo italiano sono tutti abbastanza riduttivi dell'importanza dell'esperienza socialista: un momento riformista troppo breve, una cultura politica più teorica che realmente operante, tanto da essere soggetta poi a una rapida involuzione sotto l'opposta ma in entrambi i casi schiacciante concorrenza dei partiti democristiano e comunista, e riducendosi a pura capacità di manovra politica nel suo periodo finale, quello craxiano¹²⁰. La sua debolezza è stata imputata all'abbandono delle sue classi di riferimento in favore

¹¹⁶ V. Castronovo, *Storia economica d'Italia. Dall'Ottocento ai giorni nostri*, Einaudi, Torino 2021, pp. 307-308.

¹¹⁷ P. Mattera, *Storia del PSI (1892-1994)*, op. cit., p. 190.

¹¹⁸ P. Pombeni, *L'apertura. L'Italia e il centro-sinistra (1953-1963)*, op. cit., p. 156.

¹¹⁹ P. Mattera, *Storia del PSI (1892-1994)*, op. cit., p. 188.

¹²⁰ Cfr. ad esempio G. Sabbatucci, *Partiti e culture politiche nell'Italia unita*, Laterza, Roma-Bari 2014; M. L. Salvadori, *Storia d'Italia. Il cammino tormentato di una nazione (1861-2016)*, Einaudi, Torino 2018, p. 469.

della cultura comunista, più presente e radicata nei territori; nel suo tramutarsi sempre più in partito d'opinione; alla perdita dei modelli di riferimento, con il rifiuto progressivo di tutte le proprie esperienze fondative: il massimalismo e l'operaismo del biennio '19-'21, il modello marxista e sovietico definitivamente sepolto al più tardi dopo il 1956, l'industrializzazione come soluzione dei problemi del Paese nell'immediato dopoguerra¹²¹, esitando in un'esperienza riformista arrivata alla prova di governo già svuotata della sua forza propulsiva, e in grado in quella fase di ottenere solo deboli risultati. Pietro Scoppola ricorda come, nella letteratura sul centro-sinistra, una nota dominante è quella sul ritardo della sua attuazione, e quindi anche del ritardo delle "riforme" rispetto alle fasi vissute dalle evoluzioni dell'economia e della società. Questo ritardo, generalmente imputato alle resistenze della Democrazia Cristiana, condizionata a sua volta dalla ferma opposizione dell'episcopato italiano (che tra l'altro nel settore assistenziale aveva particolari e notevoli interessi), sarebbe stato tra le principali cause del rapido esaurirsi della carica rinnovatrice del centro-sinistra, e del ritardo dell'attuazione delle riforme ha partecipato anche la legge 833/1978.¹²²

Tuttavia la riforma sanitaria, la cui approvazione vide la partecipazione di tutte le maggiori esperienze politiche della Repubblica, si configura come un'eccezione rispetto a questo approccio interpretativo. E in questo ambito, la spinta socialista fu fondamentale¹²³. Paolo Farneti ha individuato alla metà degli anni Settanta una svolta significativa nella storia del PSI, caratterizzata dalla scomparsa della subcultura socialista e dalla accentuata tendenza a trasformarsi in partito d'opinione.¹²⁴ Secondo l'autore, infatti, l'elettorato socialista era rimasto sostanzialmente stabile tra il 1946 e il 1958, e il suo effettivo ridimensionamento sarebbe avvenuto con la scissione del PSIUP, o meglio con il suo scioglimento nel 1972, quando quel partito passò in maggioranza nel PCI o nella nuova sinistra extra-parlamentare¹²⁵. Fino al 1958, l'area del consenso del PSI avrebbe ricalcato quella del 1919-1921; negli anni del centro-sinistra avrebbe conosciuto un riequilibrio a livello nazionale, con un sensibile consolidamento nel Mezzogiorno; ma negli anni Settanta si sarebbe irrimediabilmente contratta nelle tradizionali aree centro-settentrionali e avrebbe registrato un progressivo distacco della classe operaia, sempre più attratta dalla sfera di influenza del PCI, che aveva già il controllo di importanti organizzazioni della sinistra, come sindacati e cooperative.¹²⁶ L'esperienza del centro-sinistra, quindi, rappresentò il momento più vivo della cultura socialista, in cui questo raccoglieva i consensi più ampi in modo omogeneo sul territorio nazionale: la lotta per gli ospedali e per la sanità portata avanti in

¹²¹ M. L. Salvadori, *Tenere la sinistra: la crisi italiana e i nodi del riformismo*, Venezia, Marsilio 1992, p. 97.

¹²² P. Scoppola, *La repubblica dei partiti. Evoluzione e critica di un sistema politico: 1945-1996*, op. cit., p. 347.

¹²³ Cfr. E. Bartocci (a cura di), *I riformismi socialisti al tempo del centro-sinistra (1957-1976)*, Roma, Viella 2019; C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello Stato sociale in Italia*, op. cit., p. 358; vengono rilevate come particolarmente rilevanti ai fini delle proposte di riforma del sistema assistenziale quella di Giacomo Brodolini, Luigi Mariotti, Antonio Giolitti e Aldo Aniasi.

¹²⁴ P. Mattera, *Storia del PSI (1892-1994)*, op. cit., p. 122.

¹²⁵ Ivi, p. 134.

¹²⁶ G. Sabbatucci, M. Degl'Innocenti, Z. Ciuffoletti, *Storia del Psi, vol. III, Dal dopoguerra a oggi*, op. cit., p. 420.

questo periodo dal partito si configurava, secondo questo ragionamento, come un interesse importante degli elettori del partito, e quindi in particolare della classe operaia e dei centri industriali del Nord, che però, dopo la breve fiducia data al partito socialista, vennero risucchiati dal meglio organizzato partito comunista:

l'accresciuta classe operaia e le folle di emarginati che si addensavano nelle periferie urbane prive di servizi costituivano per il nuovo Partito socialista un bacino di militanza potenziale, che tuttavia veniva intercettato dalla ben più efficiente macchina organizzativa del PCI: nelle sezioni comuniste, i lavoratori incontravano avvocati volontari che offrivano assistenza gratuita, le donne trovavano medici che prestavano cure e assistenza, i giovani un biliardo e altri coetanei che offrivano un'alternativa alla strada, gli anziani un tavolo e delle carte per giocare con gli amici, e tutti avevano compiuto la propria socializzazione politica, pronta a tradursi in un voto per il PCI. [...] Gli operai e le loro famiglie desideravano certo il benessere – con la 500 o il frigorifero – e le riforme – con ospedali e scuole efficienti –, ma, entrati nell'orbita di attrazione del PCI, non volevano rinunciare al sogno della rivoluzione. E perciò non votavano il PSI, che governava insieme alla DC, il “partito dei padroni”.¹²⁷

Nonostante ciò, le molte battaglie portate avanti nel periodo del centro-sinistra organico dal PSI rappresentarono un quadro senza il quale sarebbe stato impossibile pensare dei cambiamenti come quelli che videro la luce nel 1978. Una fra queste fu quella che condusse all'istituzione delle Regioni, di cui i socialisti si fecero portavoce, dando vita a una seconda contraddizione che caratterizzò la loro cultura politica: quella tra il centralismo della programmazione e l'attenzione al localismo. I socialisti lavorarono infatti anche per la forte valorizzazione del Comune, ancor prima della Regione, “centro propulsivo delle attività locali” nei settori delle opere pubbliche, dell'edilizia popolare, della scuola e dell'assistenza, potenziale fonte di redistribuzione tramite la leva fiscale locale e tentativo di rispondere in termini di crescita democratica ed equilibrata alla nuova domanda sociale emergente dai centri urbani; elementi che tornarono nella battaglia per la lunga attuazione dell'ente regionale, come da dettato costituzionale, e in linea con l'impostazione del governo regionale della sanità, che la Dc non vedeva invece di buon occhio¹²⁸.

Inoltre, l'idea stessa di programmazione introdotta come approccio concreto al governo del Paese dal partito nenniano e fulcro intorno al quale si organizzava la collaborazione tra cattolici e socialisti¹²⁹ fu fondamentale per consentire il primo sviluppo di studi e piani riguardanti il settore assistenziale e del welfare. Quest'idea esaltava la centralità del governo oltre la dinamica puramente gestionale, ma piuttosto nella sua capacità di progettazione politica, e stimolava un rapporto tra parti sociali al di fuori da dinamiche negoziali di breve e brevissimo periodo, che avevano caratterizzato invece la strategia democristiana di radicamento nei centri di potere¹³⁰. Si trattava dell'unica strategia

¹²⁷ P. Mattera, *Storia del PSI (1892-1994)*, op. cit., p. 190.

¹²⁸ G. Sabbatucci, M. Degl'Innocenti, Z. Ciuffoletti, *Storia del Psi, vol. III, Dal dopoguerra a oggi*, op. cit., p. 200.

¹²⁹ Ivi, 277.

¹³⁰ G. Galli, *Storia della DC*, op. cit., pp. 246-251.

accettabile e in grado di produrre risultati, combinando un'esigenza rinnovatrice con la tendenza di lungo periodo del sistema politico italiano di progressiva aggregazione al centro di forze nuove¹³¹, in un momento in cui le camere del potere, invece di aprirsi ad una società in profonda trasformazione, si arroccavano su sé stesse in una logica di democrazia di partiti sempre più autoreferenziale.¹³²

La strategia del Psi negli anni Sessanta fu, oltre ad attuare il processo di avvicinamento alle frange più aperte e possibiliste della DC, progettare una legislazione per piani, fulcro della quale avrebbe dovuto essere la legge Pieraccini sulla programmazione economica, nella cui cornice si sarebbero dovuti inserire tutti gli altri interventi, compreso quello sanitario¹³³. Secondo Melis, questo obiettivo si infranse spesso contro interessi categoriali, di cui si facevano interpreti le diverse correnti della Democrazia Cristiana, svuotando dall'interno la strategia socialista e costringendo il partito a legiferare con interventi molto più frammentari e occasionali di quanto la strategia della programmazione avrebbe lasciato sperare.¹³⁴

Questo accadde anche nel settore sanitario: reputando irrealistico modificare tutto il sistema della sanità, il partito socialista elaborò una prima riforma che riguardava solo la questione ospedaliera, reputandolo il problema più urgente, rimandando la riforma complessiva. Nel biennio 1963-1964, durante il primo governo Moro, il Psi riuscì anche ad esprimere come ministro della Sanità Giacomo Mancini, tra i più attivi sostenitori delle riforme del centro-sinistra organico e dei diritti civili. Uno dei suoi provvedimenti più d'impatto nel corso del suo ministero fu quello, di cui si è parlato nei capitoli dedicati al CSS, sull'obbligo della vaccinazione antipolio di massa con il nuovo e più efficace metodo Sabin, nonostante le numerose resistenze del mondo medico, gravato di un compito non tra i più semplici, e delle industrie farmaceutiche, che avevano accumulato ampie scorte del vaccino Salk¹³⁵. Molto interessante il parere del dirigente dell'Ufficio Centrale Sanità della DC del 1964 riguardo al ministro socialista: secondo Bruni, Mancini aveva voluto incontrarlo alla sua nomina¹³⁶,

manifestando l'intenzione di tenere rapporti periodici con me e di invitarmi al Ministero assieme a un incaricato del PSI per l'esame di tutti i problemi che di volta in volta si presentano sul tappeto della politica sanitaria. [...] Il ministro ha ammesso poi che il suo partito non ha le idee chiare per quanto concerne il settore sanitario, e mi ha fatto capire che invece ritiene il nostro ufficio più preparato nello studio dei problemi e nell'elaborazione di alcune tesi di fondo. [...] Credo che si potrà svolgere un lavoro serio e proficuo con il ministro della Sanità e mi auguro che il Partito ascolti, segua e sostenga l'Ufficio sanità nel suo nuovo ruolo di "ministero ombra".¹³⁷

¹³¹ P. Scoppola, *La Repubblica dei partiti: evoluzione e crisi di un sistema politico (1945-1996)*, op. cit., p. 348.

¹³² Ivi, p. 359.

¹³³ P. Mattera, *Storia del PSI (1892-1994)*, op. cit., p. 188.

¹³⁴ G. Melis, *Moro e la prassi di governo*, in N. Antonetti (a cura di), *Aldo Moro nella storia della Repubblica*, Bologna, Il Mulino 2019, p. 108.

¹³⁵ P. Mattera, *Storia del PSI (1892-1994)*, op. cit., p. 192.

¹³⁶ Istituto Sturzo, Archivio Democrazia Cristiana, Fondo Segreteria politica (1944-1992) – Mariano Rumor, Uffici centrali – Circolari emesse dagli uffici, Scatola 170, Fascicolo 11, *Lettera Bruni a Rumor*, 8 febbraio 1964.

¹³⁷ Ibidem.

Il tema della riforma sanitaria fu al centro del XXXVI Congresso del Partito socialista italiano, che si svolse a Roma dal 10 al 14 novembre 1965.¹³⁸ Del problema ospedaliero si occuparono numerosi interventi, da quello del vicepresidente del Consiglio Nenni al Segretario del Partito De Martino, da quello del ministro Mariotti al Presidente della Commissione Igiene e sanità del Senato Alberti a quello del responsabile della Commissione problemi sanitari del PSI Labriola: molte cariche espresse dal Psi erano legate ai temi sanitari, a testimonianza del forte interesse del partito nei confronti della questione, esprimendo appoggio incondizionato al lavoro del ministro socialista:

Il 36° Congresso del Partito Socialista Italiano, anche sulla base della relazione introduttiva e del dibattito che ne è seguito, considera di preminente interesse le questioni della riforma sanitaria e ospedaliera, alle quali è chiaramente legata l'iniziativa politica del Partito.

Esprime la propria solidarietà all'opera fin qui svolta e in particolare alle importanti iniziative in atto del compagno Mariotti, con la collaborazione e l'appoggio del Partito a promuovere ogni azione capace di rinnovare gli ostacoli che ancora si frappongono alla realizzazione sollecita di tali iniziative, mediante una rigorosa azione politica ed un coerente ed adeguato impegno organizzativo. [...] In nessun campo come in questo i doveri dello Stato di garantire un'assistenza per tutti sono assoluti, in nessun altro campo, come in questo, odiosa la speculazione privata.¹³⁹

Dalla relazione di Silvano Labriola si può tenere traccia dell'attività del PSI nelle sue organizzazioni territoriali nella fase precedente l'approvazione della riforma Mariotti, nel 1968: il partito "si è impegnato di provvedersi dei necessari strumenti di elaborazione e di lavoro, con la costituzione della commissione sanitaria nazionale e con l'impulso dato alle federazioni per analoghe iniziative a livello provinciale."¹⁴⁰ Venivano ricordate come a un ottimo livello di elaborazione le commissioni sanitarie delle federazioni toscane, di Napoli, di Parma, alcune delle quali avevano organizzato dei convegni sul tema che contribuivano a costruire le opinioni del partito e a orientarne le rivendicazioni. Inoltre, notevole impegno si riscontrava nell'ambiente dei sindacati; tutto il partito si dichiarava in estremo accordo con l'opera dell'ex ministro della sanità socialista Mancini e con il ministro Mariotti. Principi guida della posizione socialista nel settore sanitario e ospedaliero erano: la democraticità nella gestione degli enti e delle strutture; l'adeguatezza tecnologica e scientifica nella predisposizione dei mezzi; il carattere pubblico del reperimento, del controllo e della distribuzione delle risorse finanziarie; le condizioni di uguaglianza e di gratuità da raggiungersi progressivamente nella distribuzione dei servizi; l'adeguatezza del trattamento economico e giuridico del personale tecnico e amministrativo; la concentrazione delle competenze fino a questo momento frazionate nell'amministrazione caotica della sanità, che sarebbe invece dovuta essere opportunamente frammentata e decentrata secondo il dettato costituzionale. Anche l'urgenza del problema ospedaliero

¹³⁸ Libro bianco della riforma ospedaliera, op. cit., p. 161.

¹³⁹ Ivi, p. 162.

¹⁴⁰ Ivi, p. 163.

rispetto agli altri problemi sanitari ha un'origine nell'elaborazione del partito socialista, in particolare la questione dell'aggiornamento della legislazione del settore; inoltre il partito vedeva la riforma ospedaliera come il primo passo della riforma sanitaria in senso lato.

Nel corso degli anni Sessanta, la Sezione Centrale Sicurezza Sociale del PSI si esprimeva su un finanziamento alla riforma sanitaria dato dal contributo dello Stato, degli enti mutualistici e degli enti locali¹⁴¹; della necessità di costituire un Fondo nazionale ospedaliero, di partire dalla riforma ospedaliera e di iniziare scorporare dalle mutue l'assistenza specialistica.¹⁴² In seguito all'elaborazione del programma quinquennale di sviluppo economico del 1965, la Commissione nazionale per la sicurezza sociale del Psi, attraverso un suo documento, sottolineò l'importanza del contributo offerto dal programma stesso che, per la prima volta nell'ambito delle strutture pubbliche, riusciva a dare una visione unitaria dei tre grossi settori della sicurezza sociale, e ad individuare per ciascuno di essi moderne e avanzate linee di riforma; venivano espresse però preoccupazioni riguardanti i tempi di attuazione.¹⁴³

I primi documenti di governo relativi alla riforma sanitaria risalgono al 1970, quando all'insediamento del terzo governo Rumor, il Presidente del Consiglio aveva dichiarato che “la politica della previdenza e della sanità costituisce [...] un altro impegno fondamentale: ciò anche in rapporto all'esigenza di far fronte al deficit consolidato degli enti previdenziali. Per quanto riguarda i problemi dell'assistenza sanitaria, occorre procedere a una programmazione accurata delle varie fasi di trasformazione dell'intero sistema”¹⁴⁴. A questa dichiarazione si erano dichiarati estremamente favorevoli sia il ministro Mariotti sia i sindacati, che avevano già presentato dei piani di riforma al Governo e avevano intenzione, in questi anni, di assumere una posizione da protagonisti nella pianificazione economica e sociale¹⁴⁵. Tra le motivazioni della caduta del Governo vi furono proprio intensi scioperi sindacali che mettevano in dubbio le capacità del governo di procedere all'attuazione delle riforme necessarie; tra le richieste dei tre sindacati confederati (CGIL, CISL e UIL) vi era la costituzione immediata del Fondo sanitario nazionale e delle Unità sanitarie locali.¹⁴⁶ Uno dei punti centrali della proposta socialista era quella della gestione centrale del fondo sanitario prima della ripartizione alle regioni, con intenti perequativi: non era dello stesso avviso il ministro democristiano del Lavoro Donat-Cattin, che si espresse spesso contro Mariotti su questo punto, ipotizzando che la strategia del partito socialista fosse di evitare che le Regioni, principalmente a guida democristiana e

¹⁴¹ V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 54.

¹⁴² Ivi, p. 61.

¹⁴³ S. Delogu, *Sanità pubblica, sicurezza sociale e programmazione economica*, op. cit., p. 109.

¹⁴⁴ V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 77.

¹⁴⁵ S. Turone, *Storia del sindacato in Italia. 1943-1969*, op. cit., p. 254.

¹⁴⁶ V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 83.

comunista, avessero potere sui soldi stanziati per la sanità.¹⁴⁷

Come ricordato Mariotti elaborò, tra il 1970 e il 1971 e sulla base delle proposte del suo partito, uno schema di legge che porta il suo nome, che confluì poi nelle successive proposte di riforma; le dichiarazioni del ministro socialista rendevano esplicite una serie di tensioni che la sua proposta aveva suscitato negli ambienti politici e di governo:

Al Consiglio dei Ministri si volevano approvare solo i lineamenti generali della riforma. Il che voleva dire nulla, perché il prossimo Consiglio dei ministri avrebbe potuto rimettere tutto in discussione come è accaduto da martedì ad oggi. Secondo Mariotti vi sarebbero dei sommozzatori che boicottano la riforma con una azione condotta in un momento di riflusso politico a destra di cui lo stesso Presidente del Consiglio sarebbe vittima.¹⁴⁸

Anche la riforma sanitaria, quindi, sembrerebbe aver seguito i processi ondivaghi cui andò incontro il sistema politico negli anni Sessanta e Settanta, illuminando un altro elemento che contribuì al ritardo dell'approvazione della legge: nei momenti in cui vi era il rischio di una tensione reazionaria o di un irrigidimento a destra, i lavori si bloccavano. Mariotti sosteneva che ufficialmente, l'unico partito che si era dichiarato apertamente contrario alla sua proposta era il PRI, che aveva addirittura minacciato la propria uscita dalla maggioranza in caso di approvazione; a favore della proposta si erano però schierati i sindacati, le Regioni e gli enti locali, e la sola contrarietà dei repubblicani non sarebbe stata sufficiente a bloccare la legge. Tuttavia, il consenso della DC e del PSDI secondo Mariotti era solo superficiale, poiché la prima era troppo presa dalle sue crisi interne e dai tentativi di stabilizzazione che impegnavano progressivamente i suoi dirigenti in misura sempre maggiore, di fronte all'avanzata del PCI, e il PSDI, pur dichiarandosi disponibile, "manda poi l'on. Preti¹⁴⁹ in Consiglio dei Ministri a dichiarare che finché starà al Governo, la fiscalizzazione per finanziare la riforma non si farà"¹⁵⁰. Il settore mutualistico veniva definito da Mariotti un "impero finanziario che non è controllato da nessuno, neppure dal ministro del Lavoro. I consigli di amministrazione dei grandi enti mutualistici fanno quello che gli pare. Di fatto le mutue vivono già a spese dello Stato, oltre che con i contributi delle imprese e dei lavoratori"¹⁵¹. Inoltre, Mariotti ricordava i grossi interessi commerciali dell'industria farmaceutica, che riceveva dal settore mutualistico degli incassi sicuri e non sufficientemente controllati dall'autorità pubblica; i guadagni dei medici, perché le mutue si basavano, per stipulare i contratti con i professionisti sanitari, su criteri non aggiornati, senza una

¹⁴⁷ *Oggi il Governo riprende il discorso sulle riforme*, in *Avanti!*, 8 febbraio 1970, Roma, in Archivio digitalizzato del Senato della Repubblica, https://avanti.senato.it/js/pdfjs-dist/web/viewer.html?file=/files/reader.php?f%3DAvantiIII/AVANTI_ROMA/1970/1970_9-10-11-12/1970_9_8_200_Edizione-romana.pdf, consultato il 24 novembre 2023.

¹⁴⁸ V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., pp. 192.

¹⁴⁹ Luigi Preti (1914-2009), importante esponente del Partito Socialista Democratico Italiano, ministro del Bilancio impegnato in questi anni con la riforma del sistema tributario.

¹⁵⁰ V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 193.

¹⁵¹ *Ibidem*.

valutazione chiara della domanda sanitaria di base; infine, le “speculazioni vergognose” delle case di cura private, soprattutto per le malattie gravi o croniche, che vedevano secondo il ministro socialista minacciati i propri incassi dalla creazione di strutture pubbliche e ospedali aggiornati e moderni. Il ministro della Sanità in questi anni rilasciò spesso interviste e dichiarazioni che dimostravano il suo essere fortemente scettico sulla volontà politica di approvare la riforma, che a suo parere stava “affondando più o meno silenziosamente tra le pratiche inevase”¹⁵². Questo temporeggiamento durò lunghi anni; con i governi Andreotti, la riforma della sanità subì in effetti una battuta d’arresto. Il nuovo ministro della sanità eletto fu il democristiano Remo Gaspari, che parlò di dieci anni necessari all’attuarsi della riforma e, nel frattempo, predispose un nuovo disegno di legge sul quale l’ex ministro socialista Mariotti si espresse in termini molto critici, sostenendo che si trattava soltanto di un modo di tenere in vita il “carrozzone mutualistico”¹⁵³. Per il PSI, rimandare la riforma era un elemento che avrebbe solo peggiorato la situazione del mondo sanitario.

Il Partito socialista avrebbe espresso un parere sostanzialmente positivo riguardo la legge del 17 agosto 1976 n. 386, che rappresentò il primo passo verso la riforma; il partito si espresse in realtà come il più soddisfatto di questo traguardo, nonostante alcuni punti del suo programma fossero stati nettamente sacrificati nel testo finale. In particolare, un principio su cui il PSI si era sempre dichiarato a favore e poi finito nel dimenticatoio era quello della democratizzazione degli enti: venne rivendicato, in alternativa, che la gestione delle USL e dei Consigli sanitari regionali fossero espressione rispettivamente dei Comuni e delle Regioni, secondo l’attenzione tradizionalmente dedicata agli enti locali. Le questioni legate alla prevenzione, altro tema tipicamente socialista e spesso rivendicato, veniva espresso nel testo ma lasciato molto nel vago per quanto riguardava le applicazioni pratiche. Ciò è coerente con l’osservazione che il PSI, avendo legato politicamente la propria posizione nei confronti delle riforme sociali al lavoro e alle classi lavoratrici¹⁵⁴, per via della propria base elettorale, alla fine dovette cedere su alcuni punti, perché l’approccio istituzionale rispetto a questi temi era piuttosto distante, in questo momento, da questo genere di preoccupazioni.

7.3 Il dilemma democristiano

Durante il decennio degli anni Cinquanta, come anticipato, l’interesse del partito democristiano era principalmente diretto verso temi di stabilizzazione del governo democratico, di consolidamento economico, di compimento dei processi della ricostruzione, di legittimazione internazionale¹⁵⁵.

¹⁵² Ivi, p. 195.

¹⁵³ Ibidem.

¹⁵⁴ C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello Stato sociale in Italia*, op. cit., p. 323.

¹⁵⁵ G. Galli, *Storia della DC*, op. cit., p. 272-274.

L'interesse nei confronti dei temi sociali, soprattutto organizzati all'interno delle istituzioni pubbliche di previdenza e assistenza, elemento di modernità negli stati occidentali, passò per il primo decennio repubblicano per un problema minore.

Il primo passo verso una formalizzazione delle proprie posizioni in questo settore fu il programma elettorale 1958-1963, nel contesto del quale la DC si propose come centro organizzatore degli interessi operanti nel settore, in un'ottica di efficientamento del sistema e di consolidamento delle posizioni esistenti.¹⁵⁶ Fedele allo slogan che caratterizzò quella campagna elettorale, "progresso senza avventure", dal punto di vista sanitario emergono due punti di interesse: la proposta di miglioramento del sistema previdenziale, decentrando l'organizzazione, semplificando strutture e servizi, gradualmente adeguando le prestazioni e generalizzando le forme essenziali di previdenza attraverso più equi sistemi di finanziamento, specie nel settore agricolo, e l'aggiornamento di modi e strumenti di assistenza (sussidi, lavoro e riqualificazione dei disoccupati). Si proponeva anche la graduale unificazione delle prestazioni sanitarie, coordinando, con la partecipazione delle rappresentanze mediche, le erogazioni e gli enti, in modo che fosse possibile garantire agli assistiti la possibilità di ricorrere a qualsiasi ente di assistenza sul territorio¹⁵⁷. Da queste proposte si nota come obiettivo fondamentale della DC era quello di mediare tra i diversi interessi operanti nel settore sanitario, con grande attenzione a scontentare il minor numero possibile di persone; la copertura sanitaria totale veniva garantita soltanto ai lavoratori e in caso di eventi gravi, rendendo evidente la scarsa volontà di creare un sistema ad ampie garanzie. La posizione democristiana in questa fase è particolarmente importante, perché il sistema mutualistico e della sanità, come tanti altri settori del Paese, si strutturano avendo come interlocutore politico solo il partito scudocrociato. È da sottolineare inoltre che la Democrazia Cristiana rappresentava tradizionalmente gli interessi di due categorie coinvolte nella riforma del sistema sanitario, che cercò di tutelare in tutte le fasi che portarono verso il processo di riforma: quella dei lavoratori degli enti parapubblici e quella dei professionisti medici.¹⁵⁸ Più volte, inoltre, la DC era stata coinvolta nelle dinamiche di cambiamento del sistema assistenziale della Repubblica, e sempre aveva dovuto fare i conti con delle contraddizioni interne: il ruolo della Chiesa, le resistenze corporative, l'impossibilità di alternanza con l'altro maggiore partito italiano, la necessità di tutelare i ceti medi prima di tutto e un'impostazione particolaristica del sistema assistenziale e sociale che non si voleva più di tanto cambiare.¹⁵⁹

Una nota tesi relativa allo stato sociale e all'ampliamento delle sue coperture è che nei Paesi che nel corso del Novecento sono passati a sistemi universalistici del welfare si sia verificata una convergenza di interessi a favore proprio delle classi medie, una situazione che rendeva l'attuazione di questo

¹⁵⁶ S. Delogu, *Sanità pubblica, sicurezza sociale e programmazione economica*, op. cit., p. 36.

¹⁵⁷ Ivi, p. 38.

¹⁵⁸ S. Luzzi, *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, op. cit., pp. 114-117.

¹⁵⁹ C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello stato sociale in Italia*, op. cit., p. 323.

genere di riforme particolarmente conveniente per gli strati centrali della società.¹⁶⁰ La convinzione di chi scrive è che ciò sia stato valido anche per la riforma sanitaria in Italia: con l'allargamento della coperture delle casse mutue, le classi medie in effetti già beneficiavano di un sistema pubblico di assistenza sociale, e questo ampliamento ebbe luogo negli anni Cinquanta e nella prima metà dei Sessanta, quando la DC era più saldamente al potere. Ciò era perfettamente coerente con gli interessi di un partito che doveva tutelare le classi centrali della società. Tuttavia, progressivamente si rese evidente l'insostenibilità del sistema, e la necessità di abbassare il già alto costo del lavoro per favorire la competitività internazionale di un modello basato sui bassi salari, che avevano tra l'altro subito significativi aumenti dopo la stagione delle lotte sindacali.¹⁶¹ Se questa ricostruzione fosse corretta, la DC si sarebbe trovata di fronte a un dilemma: tenere insieme gli interessi delle classi medie (la vecchia piccola borghesia, che rappresenta storicamente una importante base del potere politico in Italia¹⁶²), dei poteri corporativi tradizionali, che alla riforma erano contrari, e la crescita economica del Paese, che negli anni Settanta andava rallentando. La DC avrebbe tentato di fare da sponda ai vecchi poteri il più a lungo possibile, per poi cedere alle altre due spinte, ormai negli anni Settanta troppo forti rispetto alla prima. Questa ipotesi spiega anche il ritardo della riforma italiana rispetto al contesto internazionale, ma anche rispetto allo stesso dibattito interno: le contraddizioni del partito al potere, che doveva tenere insieme interessi diversi e contrapposti nei confronti del settore sanitario, impedì lo smuoversi della situazione fino a che esso non fu praticamente obbligato dalle circostanze economiche e sociali sempre più avverse al mantenimento del sistema. Ma cerchiamo di ricostruire innanzitutto il dibattito interno del partito democristiano.

La posizione della DC rispetto a questo tema fu, già a partire dagli anni Cinquanta, di apprezzamento per il lavoro del personale sanitario e ministeriale, ma di consapevolezza dell'inadeguatezza della situazione generale e della necessità di una riforma strutturale dell'assistenza sociale, nonostante la vaghezza e l'imprecisione con cui ci si riferiva a questa riforma.¹⁶³ L'influenza culturale della dottrina sociale cattolica, la vicinanza a situazioni popolari della corrente dossettiana, che confluì poi in correnti più favorevoli al centro-sinistra, l'eredità sturziana rappresentavano radici del partito che non potevano essere indifferenti alle questioni sociali della Repubblica, tra le quali la sanità si inseriva a pieno titolo. Era il settore assistenziale quello che attraeva maggiormente le riflessioni e le attività dei cattolici, che tuttavia non erano disposti a cedere il controllo sui servizi che già afferivano al mondo ecclesiastico; un sistema di servizi pubblici non era per questo motivo visto di buon occhio dal partito. Durante il IV congresso nazionale della DC, nel novembre 1952, trovò spazio una lunga relazione

¹⁶⁰ P. Baldwin, *Class bases of the European welfare state (1875-1975)*, Cambridge University Press, Cambridge 1990.

¹⁶¹ S. Turone, *Storia del sindacato in Italia. 1943-1969*, op. cit., p. 182.

¹⁶² Il riferimento qui è al classico R. De Felice, *Il fascismo. Le interpretazioni dei contemporanei e degli storici*, Laterza, Bari 1970, pp. VIII-XXI.

¹⁶³ C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello Stato sociale in Italia*, op. cit., p. 352.

sulla sicurezza sociale del più volte citato Giuseppe Petrilli¹⁶⁴: tra i problemi principali che quest'ultimo indicava per la situazione italiana, che giudicava comunque soddisfacente rispetto a quella degli altri Paesi europei, vi erano l'alta disoccupazione e l'eccessiva frammentazione in categorie lavorative troppo poco solidali l'una con l'altra. Da non trascurare in questa fase anche il problema del sottofinanziamento degli enti locali, i cui amministratori democristiani facevano pervenire alla direzione del partito le loro lamentele per trovarsi in una situazione senza uscita: scarsità di finanziamenti pubblici, veto nel produrre debito, necessità di finanziare i servizi locali, tra cui la sanità agli iscritti alle liste comunali degli indigenti.¹⁶⁵

Nel 1959, per far fronte alle crescenti questioni sanitarie che venivano affrontate dal partito, nacque presso la Direzione centrale del partito l'Ufficio problemi della sanità, sotto la guida dell'onorevole Vito Lattanzio, medico barese e deputato per lunghi decenni repubblicani, e nacquero parallelamente anche gli Uffici provinciali dei problemi della sanità¹⁶⁶. Negli anni Sessanta, tra i dirigenti dell'Ufficio centrale sanità della DC si annoverava Angela Gotelli, che lascerà la direzione nel 1963 per dedicarsi completamente alla direzione dell'ONMI, indicando come successore Giancarlo Bruni¹⁶⁷. A favore della sua nomina anche le infermiere professionali democristiane, che in questi anni erano state sentite dal partito, che aveva organizzato dei convegni per confrontarsi con loro per le linee di riforma riguardo al personale¹⁶⁸.

Tra la documentazione dell'Ufficio centrale si trova anche riscontro dei numerosi appelli dei farmacisti, e in particolare dei proprietari di farmacia, alla CISL e alla Democrazia Cristiana, generando le rimostranze dei farmacisti non proprietari per una riforma della legislazione che tutelava nell'esercizio della professione quasi esclusivamente i proprietari nella dinamica concorsuale pubblica dell'assegnazione delle farmacie, la cui licenza era soggetta a numero chiuso, problema che sembrava coinvolgere forti interessi economici di fronte ai quali la DC si mostrava interdetta.¹⁶⁹

Nel 1960, Camillo Giardina, senatore DC e ministro della Sanità dal 1959 al 1962, invitava la Direzione DC a discutere dei risultati della commissione interministeriale che durante la terza legislatura della Repubblica lavorava a cercare di risolvere la situazione debitoria tra enti mutualistici

¹⁶⁴ Istituto Sturzo, Archivio Democrazia Cristiana, Fondo Congresso nazionale (1944-1989), Scatola 3, Faldone 5, *IV Congresso nazionale della DC – Relazione del prof. Giuseppe Petrilli sulla sicurezza sociale*, 24 novembre 1952.

¹⁶⁵ Istituto Sturzo, Archivio Democrazia Cristiana, Fondo Segreteria politica (1944-1992) – Amintore Fanfani, Corrispondenza con il Governo, Scatola 79, Fascicolo 4, *Democrazia Cristiana – Direzione centrale: Ufficio centrale enti locali, Finanza locale*, 26 ottobre 1955.

¹⁶⁶ Istituto Sturzo, Archivio Democrazia Cristiana, Fondo Segreteria Politica (1944-1992) – Aldo Moro, Uffici centrali – Circolari emesse dagli uffici, Scatola 103, Fascicolo 8, *Circolare n. 1612 – 59*, 1° agosto 1959.

¹⁶⁷ Istituto Sturzo, Archivio Democrazia Cristiana, Fondo Segreteria politica (1944-1992) – Aldo Moro, Uffici centrali – Circolari emesse dagli uffici, Scatola 126, Fascicolo 106, *Lettera riservata da Gotelli a Moro*, 27 agosto 1963.

¹⁶⁸ Istituto Sturzo, Archivio Democrazia Cristiana, Fondo segreteria Politica (1944-1992) – Aldo Moro, Uffici centrali – Circolari emesse dagli uffici, Scatola 126, Fascicolo 106, *Associazione cattolica infermiere professionali e vigilatrici d'infanzia ad Aldo Moro*, 28 marzo 1963.

¹⁶⁹ Istituto Sturzo, Archivio Democrazia Cristiana, Fondo Segreteria Politica (1944-1992) – Aldo Moro, Uffici centrali – Circolari emesse dagli uffici, Scatola 119, Fascicolo 16 II, *Lettera dott. Mario Giordano chimico farmacista all'on. De Maria*, 24 agosto 1959.

e ospedali che veniva a galla in quegli anni. Insieme al problema del debito, altri errori gestionali aggravavano la situazione ospedaliera e venivano individuati da Giardina nell'assunzione di personale in esubero, nell'impianto ed esercizio di servizi collaterali all'attività ospedaliera ma obbligatori per legge che ne depauperavano ulteriormente le risorse, e soprattutto nei crediti contratti con gli istituti di credito locali per pagare i fornitori¹⁷⁰. Nel 1960, Giardina scrisse una lettera a Moro per parlare della sua proposta di legge e dei problemi che affliggevano il mondo della sanità in modo secondo lui preoccupante: oltre ai già citati, aggiungeva l'insufficienza e l'impreparazione degli infermieri, che a volte venivano sostituiti da personale di manovalanza¹⁷¹; l'insoddisfazione dei medici per lo stato giuridico e la carriera che gli veniva riservata negli ospedali¹⁷²; l'instabilità degli assistenti e degli aiuti e la competizione tra accademici e gli ospedalieri, aggravato dal problema della non regolarità dei concorsi¹⁷³. Gli stessi problemi furono riportati anche nella seduta del 12 ottobre 1961 alla Camera, quando il ministro si pronunciò a favore della presa in carico del problema da parte dello Stato, anche nei termini di un piano di edilizia ospedaliera, ma senza che alle dichiarazioni seguissero risultati concreti.¹⁷⁴ Nel 1962 anche Natale Santero, chirurgo e deputato democristiano, si rivolgeva alle massime cariche della DC e in particolare al capo di Governo Fanfani, in conseguenza della presentazione di un disegno di legge di iniziativa parlamentare, il disegno Santero-Monaldi che intendeva riorganizzare delle carriere e delle attrezzature ospedaliere. Santero chiedeva di inserire nel programma di governo una proposta vaga, e quindi accettabile, come se della sanità si potesse parlare

¹⁷⁰ Atti parlamentari, Camera dei Deputati, III legislatura, Discussioni, *Mozioni sulla situazione ospedaliera*, Seduta del 18 dicembre 1959, pp. 12391-12393.

¹⁷¹ Il problema del personale infermieristico rimase irrisolto fino al 1978; riportiamo alcune osservazioni in proposito raccolte in un volume del 1972 prodotto dal Ministero della sanità sulla formazione del personale sanitario:

Ancora più importante – e purtroppo meno noto e discusso – è il problema dell'adeguamento del servizio infermieristico, che, nel nostro Paese, è assolutamente insufficiente dal punto di vista qualitativo e quantitativo; mi riferisco naturalmente al personale professionale qualificato, che consta di una cifra di poco più di 1000 infermiere diplomate per anno, laddove un numero cinque volte superiore sarebbe appena sufficiente: il corso stesso degli studi per il conseguimento del diploma è troppo breve perché sia assicurata una preparazione idonea. Su questo grave problema non si può fare a meno di meditare sul giudizio, contenuto in un articolo del Guardian di Londra del 16 dicembre 1960: "In Italia il problema più urgente degli ospedali è quello di assicurare un rifornimento di infermiere esperte. Per tradizione il servizio infermieristico viene espletato da suore. Alcune di queste sono infermiere perfettamente addestrate e tecnicamente brillanti secondo uno standard molto elevato. Una parte di esse dopo anni di esercizio diventano molto competenti; una parte, infine, specialmente nei piccoli centri, sono soltanto delle monache. Le infermiere laiche addestrate sono poche, non perché, come in altri Paesi europei, vi sia una scarsità di giovani donne, ma perché un tale lavoro non è un'occupazione gradita alle ragazze del ceto medio, mentre quelle delle classi inferiori mancano della necessaria educazione. Tale stato di cose è, invero, quasi identico a quello che esisteva in Inghilterra nel sec. XIX prima di Fiorenza Nightingale". Cfr. Ministero della sanità – Centro studi, *La formazione del personale sanitario. Indagine svolta dal CENSIS – rapporto conclusivo*, Roma 1972, pp. 25-62.

¹⁷² Ivi, pp. 65-66: Per quanto si riferisce al personale si comprende facilmente come in un programma di razionale organizzazione ospedaliera debba trovare una giusta soluzione il problema del servizio e della carriera dei medici ospedalieri, oggetto oggi di dibattiti e polemiche: da più parti si sente con ragione proporre la stabilità della carriera ospedaliera con caratteristica di full-time o a pieno impiego, cioè con esclusione di altri incarichi od attività e con retribuzione adeguata alla funzione di ciascun sanitario. L'introduzione di un tal sistema appare vantaggiosa al servizio ed alla preparazione scientifica della classe ospedaliera, alla quale potrà essere affidata una più larga parte dell'insegnamento professionale a livello universitario.

¹⁷³ Istituto Sturzo, Archivio Democrazia Cristiana, Fondo Segreteria politica (1944-1992) – Aldo Moro, Scatola 148, *Lettera da Giardina a Moro*, 5 marzo 1960.

¹⁷⁴ C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello Stato sociale in Italia*, op. cit., p. 423.

solo facendovi dei brevi riferimenti poco compromettenti.¹⁷⁵ L'instabilità dei governi democristiani, in questi anni di tentativi di avvicinamento tra Nenni e Moro per la formazione dei primi governi di centro-sinistra organico (ovvero non con l'appoggio esterno dei socialisti, ma con i socialisti e i democristiani insieme al governo) danneggiò l'approvazione dei disegni di legge relativi alla sanità. Così Santero in una seconda lettera a Moro, datata settembre 1963:

Caro Moro, il ministro Jervolino (ministro della sanità, n.d.r.) ha inviato in luglio all'ufficio legislativo della Presidenza del Consiglio dei ministri i due disegni di legge su ospedali e servizi sanitari [...], che sono stati approvati senza alcuna modifica. Senonché ora vengo a sapere che il Presidente Leone non ha intenzione di presentarli al Consiglio dei Ministri per il motivo che l'attuale Governo ha durata limitata.

Mi permetto di osservare che questa linea di condotta presenta due inconvenienti. Primo che le categorie interessate alla soluzione di detti problemi finiscono per avere favorevole l'opinione pubblica quando si agitano accusando il Governo di avere insensibilità nei confronti di essi.

Altro inconveniente è, a parer mio, che in un Governo non più monocolore potrebbe esservi un ministro della Sanità non democristiano e così verrebbe sfruttata politicamente l'impressione che ci voleva un ministro di un altro partito per avere l'iniziativa etc. etc. Avrà certamente il consenso della grande maggioranza degli individui di tutti i ceti, ma specialmente di chi non può fare affidamento su cliniche private specializzate, quel partito che dimostrerà di avere a cuore questo problema sociale et umano. Pertanto, a parer mio, vi sarebbe un motivo psicologico e politico per dimostrarci più sensibili alla soluzione di detto problema.¹⁷⁶

Un convegno centrato sulla riforma della sicurezza sociale, nel frattempo, era quello organizzato dalla DC a San Pellegrino (BG) nel settembre 1961, nel quale si rifletteva sull'avvio di una strategia di riforme, collocandole nel quadro dei principi costituzionali, dimostrando nel partito democristiano una disponibilità all'organizzazione regionale della sanità e alla istituzione di un servizio sanitario con la soppressione delle mutue;¹⁷⁷ tuttavia, Angela Gotelli, in varie lettere, lamentava che si era trattato di un'iniziativa autonoma del Segretario regionale DC dell'Emilia Romagna Corghi, che tendeva a prendere iniziative in un'ottica personalistica e che non condivideva le "confuse" posizioni espresse.¹⁷⁸ Lo scetticismo della ex partigiana e deputata democristiana, terza donna a diventare sottosegretario di Stato negli anni repubblicani, investiva anche le proposte di nazionalizzazione degli ospedali che venivano presentati in Parlamento da altri esponenti della DC, come la proposta Bonadies¹⁷⁹, facendo trasparire "amarezza per la superficialità con cui vengono trattati questi temi in

¹⁷⁵ Istituto Sturzo, Archivio Democrazia Cristiana, Fondo Segreteria politica (1944-1992) – Aldo Moro, Corrispondenza con il Governo, Scatola 149, *Lettera di Natale Santero a Fanfani*, 1° marzo 1962.

¹⁷⁶ Istituto Sturzo, Archivio Democrazia Cristiana, Fondo Segreteria politica (1944-1992) – Aldo Moro, Corrispondenza con il Governo, Scatola 150, *Lettera di Natale Santero a Moro*, 25 settembre 1963.

¹⁷⁷ C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello Stato sociale in Italia*, op. cit., p. 354.

¹⁷⁸ Istituto Sturzo, Archivio Democrazia Cristiana, Fondo Segreteria politica (1944-1992) – Aldo Moro, Uffici centrali – Circolari emesse dagli uffici, Scatola 125, Fascicoli, Lettera di Angela Gotelli, 1962.

¹⁷⁹ Istituto Sturzo, Archivio Democrazia Cristiana, Fondo Segreteria politica (1944-1992) – Aldo Moro, Uffici centrali – Circolari emesse dagli uffici, Scatola 125, Fascicoli, *Commenti alla proposta di nazionalizzazione ospedaliera Bonadies*, 6 settembre 1962.

Parlamento da esponenti del nostro partito, anche di alta cattedra”¹⁸⁰, e una certa sottovalutazione del tema del malfunzionamento ospedaliero da parte degli organi centrali sulla sanità del partito. In generale, la posizione del partito era sicuramente favorevole all’autonomia ospedaliera, e le posizioni a favore della nazionalizzazione erano tacciate di “indisciplina”¹⁸¹. La documentazione attesta comunque un’attenzione crescente sul tema durante questi anni: influenza sui temi sociali ebbe tra il 1959 e il 1965 anche il Concilio Vaticano II, un concilio di apertura a istanze di confronto con il mondo contemporaneo che diede avvio ad esperienze di deciso impegno politico e sociale¹⁸², un clima di cui il partito cattolico recepì sicuramente gli spunti.

Nel corso degli anni Cinquanta e Sessanta, le esigenze di redistribuzione dei crescenti proventi del boom economico a favore delle categorie non beneficiarie del miracolo furono politicamente agite dalla DC, partito di governo: tuttavia, le modalità con cui il sistema assistenziale fornì benefici e sussidi è stato fortemente criticato dalle storie del welfare, per l’uso a fini clientelari delle risorse e per il ricalcare, nelle modalità, schemi familistici, maschilisti e categoriali.¹⁸³

Con il progressivo allargamento verso sinistra, la DC prese in carico le direttive sul piano quinquennale e sui progetti di riforma che il PSI stava elaborando in questi anni. Pur essendo convinta della necessità di avviare un processo di rinnovamento e razionalizzazione del settore mutualistico, fino alla fine degli anni Sessanta le dichiarazioni furono altalenanti, proponendo la costituzione delle USL per il momento preventivo, ma anche la coesistenza di queste ultime con gli enti di assistenza malattia¹⁸⁴; un altro punto su cui le dichiarazioni della DC erano dubbie era la gratuità del nuovo sistema. Questa incertezza era dovuta a posizioni che su alcuni punti erano difficili da smussare: in occasione degli scioperi degli ospedalieri degli anni Sessanta di cui si è più volte parlato, il direttore dell’Ufficio centrale sanità Bruni rassicurava i medici della possibilità di un lodo di durata massima di un anno che garantisse delle condizioni favorevoli al loro lavoro, trovando un accordo tra sindacati, parlamentari e lavoratori purché gli scioperi rientrassero, soprattutto in concomitanza delle elezioni amministrative¹⁸⁵;

Riguardo poi ad ingiustificati allarmi circa l’istituzione di un Servizio Sanitario Nazionale che nazionalizzi la medicina ed i medici, abolendo quindi la libera professione, l’Ufficio Sanità fa presente che si tratta di una richiesta comunista in assoluto contrasto col

¹⁸⁰ Ibidem.

¹⁸¹ Istituto Sturzo, Archivio Democrazia Cristiana, Fondo Segreteria politica (1944-1992) – Mariano Rumor, Uffici centrali – Circolari emesse dagli uffici, Scatola 173, Fascicolo 42, *Lettera di Giancarlo Bruni*, 23 novembre 1965.

¹⁸² G. Alberigo, A. Melloni (a cura di), *Storia del Concilio Vaticano II*, Il Mulino, Bologna 1995-2001, vol. III, p. 136-155; ma anche P. Craveri, *La Repubblica dal 1958 al 1992*, in G. Galasso (a cura di), *Storia d’Italia*, op. cit., pp. 210-216.

¹⁸³ M. Ferrera, V. Fargion, M. Jessoula, *Alle radici del welfare all’italiana: origini e futuro di un modello sociale squilibrato*, op. cit., pp. 22-23.

¹⁸⁴ V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 52.

¹⁸⁵ Istituto Sturzo, Archivio Democrazia Cristiana, Fondo Segreteria politica (1944-1992) – Mariano Rumor, Uffici centrali – Circolari emesse dagli uffici, Scatola 169, *Circolare espressa ai segretari provinciali, regionali, dirigenti e incaricati uffici sanità*, 4 dicembre 1964.

programma della DC come col programma del governo di centro-sinistra, e, pertanto, destinata a restare una tesi dell'opposizione.¹⁸⁶

Queste spinte verso l'accordo e la pacificazione sociale spingevano i medici ad accordarsi con le mutue e con gli ospedali su contratti favorevoli; l'intervento di ministri, sindacati, esponenti democristiani e associazioni di medici simpatizzanti del partito, come la FIARO, rappresentava un'opera di pressione che non teneva troppo conto dei vincoli di bilancio di questi enti, soprattutto in circostanze che avrebbero compromesso i risultati elettorali della DC.¹⁸⁷

Un'intera sessione del Consiglio nazionale della DC fu dedicata alla fine dell'aprile 1965 alla discussione e alla valutazione del programma di sviluppo economico che poneva, secondo le affermazioni di Mariano Rumor,

il partito e le altre forze politiche di fronte a un fatto nuovo, a una scelta precisa, a un modo di guardare ai complessi problemi del Paese avendo presenti il quadro globale e l'insieme delle cose da fare e i mezzi disponibili. [...] La Dc condivide l'obiettivo finale del programma in campo sanitario, previdenziale e assistenziale e soprattutto la conseguente necessità che il raggiungimento di questo obiettivo comporta, ovvero l'allargamento delle prestazioni a tutta la popolazione; a migliorare la qualità e l'efficienza delle prestazioni; a riordinare i diversi regimi ed istituti; a fiscalizzare progressivamente il regime di finanziamento.¹⁸⁸

Tuttavia, la posizione democristiana evitava una netta presa di posizione a favore dell'assunzione della totale responsabilità economica del settore da parte dello Stato, così come l'ipotesi di quella che veniva chiamata la "nazionalizzazione dei medici", ovvero la loro assunzione con contratto di lavoro dipendente tra le fila dei dipendenti pubblici.

Nel 1968, nel corso del terzo Convegno di politica sanitaria, Bruni affermava che accanto alle USL vi era in progetto la riorganizzazione del settore mutualistico; nella stessa occasione, il segretario e futuro Presidente del Consiglio Mariano Rumor si era espresso sulla necessità a chiamare ogni cittadino a partecipare alla spesa per il previsto SSN in rapporto alla propria capacità contributiva. Nel 1965, di fronte a un consiglio nazionale della DC, lo stesso Rumor aveva fatto delle dichiarazioni a tutela delle componenti private della sanità:

Secondo la nostra concezione ed i nostri principi si pone certamente il problema di una direzione e di una responsabilità dei pubblici poteri, poiché la tutela della salute, oltre ad essere un diritto riconosciuto dalla Costituzione dell'individuo, è anche un interesse generale, ma si esclude qualsiasi prospettiva di nazionalizzazione della medicina e dei medici. Noi progettiamo un sistema che, pur essendo a direzione pubblica, non preveda che tutto lo spazio relativo sia occupato dai pubblici soggetti, cosicché intendiamo garantire l'ospedale pubblico e l'ospedale privato, il medico pubblico ed il medico libero professionista, secondo i principi posti alla base della nostra convivenza civile e politica

¹⁸⁶ Ibidem.

¹⁸⁷ Istituto Sturzo, Archivio Democrazia Cristiana, Fondo Segreteria politica (1944-1992) – Mariano Rumor, Uffici centrali – Circolari emesse dagli uffici, Scatola 169, *Circolare Ufficio sanità – Riservata – Prot. N. 2649-64*, 10 novembre 1964.

¹⁸⁸ S. Delogu, *Sanità pubblica, sicurezza sociale e programmazione economica*, op. cit., p. 105.

e nel pieno rispetto del libero rapporto di fiducia medico-paziente.¹⁸⁹

Nel 1970, la prospettiva era già cambiata, perlomeno per quanto riguardava la soppressione del sistema mutualistico, del quale nel frattempo si era resa evidente la totale insostenibilità economica anche in conseguenza della riforma ospedaliera¹⁹⁰; il ministro del Lavoro democristiano Donat Cattin era però scettico sui tempi, ipotizzando per il traguardo degli uguali diritti per tutti un periodo di sei o sette anni.¹⁹¹ La riforma ospedaliera voluta dal ministro Mariotti veniva indicata negli ambienti DC come una “partenza con il piede sbagliato”,¹⁹² poiché il SSN “non è pensabile come un servizio di Stato, ma come un sistema coordinato, programmato ed articolato negli apporti autonomi e differenziati degli enti locali, territoriali e no, delle Regioni e dello Stato stesso”¹⁹³, e l’alternativa delle mutue volontarie private doveva essere, secondo i democristiani, mantenuta. Il Ministro del Lavoro era particolarmente favorevole alla conservazione dell’organizzazione mutualistica per i lavoratori autonomi, che, interessando oltre dieci milioni di assistiti, aveva creato forme di gestione che secondo il ministro conciliavano la responsabilità individuale con una maggiore economicità di esercizio.

La posizione democristiana è anche in questo caso biforcata: da una parte semplice razionalizzazione delle casse mutue o parziale sostituzione di queste, dall’altra Moro e altri esponenti della sinistra democristiana che parlavano di nuova organizzazione della sicurezza sociale¹⁹⁴. Tra l’altro, con il susseguirsi delle dichiarazioni degli esponenti della DC, diventava sempre più chiaro che gran parte del partito considerava la riforma ospedaliera di Mariotti un vero e proprio errore, che aveva peggiorato gravemente la situazione economica del settore ospedaliero. Tuttavia, durante la seduta della Commissione Igiene e Sanità del Senato in cui si era approvata la riforma ospedaliera, si era verificata un’ampia convergenza di voti a suo favore; chi votò contro fu il PCI, più per questioni di principio (volevano l’intera riforma) che per critiche nel merito della legge; il senatore democristiano Samek Ludovici, invece, attribuì al ministro Mariotti il merito di aver finalmente iniziato una politica di rinnovamento e di valorizzazione in un settore fino a quel momento mantenuto ai margini della vita del Paese.¹⁹⁵ Con gli aumenti di spesa che la riforma ospedaliera aveva portato con sé, la posizione democristiana diventava meno convinta della bontà di quell’endorsement. I dati elaborati dal centro studi della DC per quanto riguardava i consumi pubblici per igiene e sanità confermavano

¹⁸⁹ V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 52.

¹⁹⁰ Riviste; la riforma ospedaliera aveva infatti portato alla luce il problema della retta, che in realtà esisteva da molti anni. Con i ritocchi economici che la legge garantiva, però, la situazione era andata completamente fuori controllo.

¹⁹¹ V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 87.

¹⁹² Ivi, p. 88.

¹⁹³ Ibidem.

¹⁹⁴ G. Formigoni, *Aldo Moro. Lo statista e il suo dramma*, op. cit., p. 297-324.

¹⁹⁵ Atti parlamentari, Senato, Commissione Igiene e sanità, 23 settembre 1965.

aumenti considerevoli tra il 1969 e il 1971¹⁹⁶:

Consumi pubblici in miliardi di lire correnti			
	Mezzogiorno	Centro-Nord	Italia
Anno 1969	163,3	417,7	581,0
Anno 1970	164,4	453,6	618,0
Anno 1971	185,6	512,4	698,0

Tenendo in considerazione anche la spesa privata per igiene e sanità, gli aumenti erano stati ancora maggiori, passando da 2.629 miliardi complessivi nel 1969 a 3.760 nel 1971.¹⁹⁷

Nel 1971 sembrava che si fosse raggiunta una certa concordia in merito alla riforma all'interno del partito democristiano: il 6 agosto, al termine di una riunione svoltasi a Palazzo Chigi sotto la presidenza di Colombo, Mancini rilasciò la dichiarazione che il Presidente del Consiglio aveva "preso l'impegno di presentare al primo Consiglio dei Ministri, che si terrà subito dopo le ferie estive, il disegno di legge sulla riforma sanitaria."¹⁹⁸ Nella stessa occasione, Mariotti si definiva compiaciuto per l'accordo; Forlani, segretario della DC, si arrogava il merito di aver portato l'opinione favorevole del proprio partito sul progetto di riforma sanitaria, mentre La Malfa continuava a dichiararsi scettico sulla sostenibilità della riforma, dichiarando che

Soltanto dopo aver avuto ulteriori elementi di giudizio sugli oneri aggiuntivi che la riforma comporterà e sull'inserimento di questa spesa nella situazione della spesa pubblica e finanziaria dello Stato, potrà essere espresso il definitivo giudizio dei repubblicani sulla riforma.¹⁹⁹

Mariotti lo rassicurava affermando che una delle voci nuove il cui costo sarebbe stato notevolmente alto, ovvero l'estensione dell'assistenza ospedaliera all'intera popolazione, compresi gli abbienti, era stata spostata a dopo il 1975, per trovare prima dei correttivi alla dilatazione della spesa pubblica che questo avrebbe comportato. L'onere complessivo relativo all'applicazione della riforma nel quinquennio 1971-75 sarebbe stata di circa 1400 miliardi, con una riduzione della spesa privata di circa 700 miliardi; ma la proiezione per il 1980, con l'attuazione della riforma, era nell'ordine dei 4700 miliardi, con risorse da destinare ad investimenti in strutture ospedaliere ed extraospedaliere di

¹⁹⁶ Istituto Sturzo, Archivio Andreotti, Serie Governo, III Governo Andreotti, b. 883, Centro studi investimenti sociali, *Spese per consumi pubblici (in miliardi di lire correnti)*.

¹⁹⁷ Istituto Sturzo, Archivio Andreotti, Serie Governo, III Governo Andreotti, b. 883, Centro studi investimenti sociali, *Spese per consumi privati e pubblici (in miliardi di lire correnti)*.

¹⁹⁸ V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 171; il disegno di legge è riportato anche in Istituto Sturzo, Archivio Andreotti, Serie Governo, III Governo Andreotti, b. 883, Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Ufficio studi e legislazione – Appunto sulla riforma*, settembre 1971.

¹⁹⁹ V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 172.

più di 200 miliardi, con un aumento del 30% dei posti letto.

Questi numeri inquietavano i repubblicani, ma anche le correnti più conservatrici del partito democristiano: Andreotti, in qualità di presidente del gruppo parlamentare DC, costituì nello stesso anno un comitato di studio per la legge di riforma, per seguire da vicino e contribuire alla stesura del disegno di legge finale. Questa iniziativa rappresentava anche un tentativo di controllo rispetto alle proposte socialiste, cui le critiche sia repubblicane, sia democristiane e, in misura minore, anche missine concordavano su alcuni aspetti: alla riforma venivano attribuite capacità taumaturgiche e di risoluzione dei problemi del settore che erano ingiustificate.²⁰⁰ La Malfa affermava emblematicamente che il costo eccessivo della riforma non era certo un pretesto escogitato dalle forze conservatrici per non farla; e che si tendeva a ignorare il momento di decrescente produttività del sistema economico italiano, non si inserivano dei meccanismi di controllo della spesa, di programmazione degli investimenti, e di revisione del sistema che aveva portato all'attuale situazione. Ed anche il Ministero del Tesoro avanzò alcune osservazioni sul progetto di riforma del 1971: significativamente, innanzitutto, la soppressione della parola "gratuitamente" nell'art. 1 della proposta di legge, che stabiliva che "la tutela della salute era organizzata gratuitamente dal servizio sanitario"²⁰¹. Altre osservazioni riguardavano il fondo sanitario nazionale (soprattutto la necessità di introduzione di limiti di spesa o della non eliminazione di quelli esistenti); l'eliminazione della necessità di riassorbimento di tutto il personale mutualistico e dei farmacisti, che tra l'altro non avevano neppure contratti di lavoro dipendente dalle casse mutue; la necessità della partecipazione dell'utente alle spese per i farmaci, ma anche per il vitto negli ospedali e per l'assistenza specialistica.²⁰²

Nel 1972, sulla stampa si iniziò a parlare di affossamento delle proposte finora presentate per iniziare invece a parlare di "controriforma Andreotti" o di "ministero delle mutue"²⁰³, ipotesi poi smentite dalla Presidenza del Consiglio. Secondo gli appunti conservati nella documentazione del partito, in effetti, la riforma risultava tra "gli impegni prioritari della DC per il nuovo governo"²⁰⁴ per almeno tre ordini di motivi: la ormai evidente inadeguatezza delle strutture mutualistiche ai nuovi compiti di

²⁰⁰ Atti parlamentari, Camera dei Deputati, V Commissione Bilancio e programmazione – partecipazioni statali, Discussioni – Seduta dal 16 al 23 dicembre 1978, *Progetto di legge (discussione e approvazione): Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*, p. 26155. Pino Rauti in questa circostanza affermava: "e così decolla la cosiddetta riforma sanitaria, che per noi altro non è che il trasferimento definitivo e formale di tutte le strutture della sanità pubblica all'area della lottizzazione partitica. [...] Oggi noi riaffermiamo qui il nostro radicale dissenso, in nome delle competenze che sono state emarginate, delle professionalità e dei valori che sono stati esclusi, degli interessi legittimi che sono stati e saranno lesi, e di ogni concetto di funzionalità ancora una volta sacrificato. Questa riforma, per noi, è una colossale avventura demagogica..."

²⁰¹ Istituto Sturzo, Archivio Andreotti, Serie Governo, III Governo Andreotti, b. 883, Fascicolo sanità, *Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ufficio studi e legislazione – Appunto sulla riforma*, settembre 1971, p. 17.

²⁰² Ivi, p. 18.

²⁰³ V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità*, op. cit., p. 144.

²⁰⁴ Istituto Sturzo, Archivio Andreotti, Serie Governo, III Governo Andreotti, b. 883, Fascicolo sanità, *Appunto riservato*, gennaio 1972, p. 1.

prevenzione della salute; l'ascesa inarrestabile e perfino imprevedibile del deficit di gestione del sistema mutualistico, che aveva costretto il Governo al reperimento di 400 miliardi solo a parziale copertura dei crediti ospedalieri nei confronti delle mutue loro debentrici; l'assunzione di ogni libera iniziativa nel settore sanitario da parte delle Regioni in assenza di una legge-quadro a causa del D.P.R. 14 gennaio 1972 n. 4, che aveva trasferito alle Regioni le funzioni statali sulla sanità, con il pericolo di peggiorare gli squilibri territoriali nazionali.²⁰⁵ La soluzione individuata era una realistica previsione dei tempi di attuazione del SSN che, pur inserito senza equivoci in una legge-cornice organica e definitiva, avrebbe dovuto consentire di compiere passi successivi di impianto delle nuove strutture secondo modalità compatibili con lo sviluppo del reddito nazionale; inoltre, si suggeriva il superamento della legge ospedaliera; l'abolizione del limite di assistibilità INAM di 180 giorni (che colpiva i disoccupati e i malati gravi, ma era un onere già sostenuto dalla collettività); l'estensione dell'assistenza anche ai poveri dei Comuni e ai pensionati e dei livelli INAM agli autonomi; la fissazione della data di inizio della fiscalizzazione e l'azzeramento del debito ospedaliero.

Sulla base di questo estremo realismo politico, organizzativo ed economico, è dunque superabile l'attuale diatriba tra le forze del centro-sinistra per l'attuazione del Servizio sanitario nazionale, evitando sia il danno dell'immobilismo che il rischio di una insostenibile spesa.²⁰⁶

Sulla stampa e nella documentazione dell'archivio Sturzo si trova nota di una bozza di proposta di passaggio graduale al Servizio sanitario nazionale data l'impraticabilità delle precedenti proposte per via dei cambiamenti intervenuti nel frattempo, come l'attribuzione di alcuni poteri alle Regioni; la nuova bozza si differenziava da quelle precedenti per una fase transitoria in cui si ipotizzava un momento di concentrazione degli enti assicurativi per le categorie dei dipendenti dello Stato, degli enti pubblici, dei privati e dei lavoratori autonomi e per la partecipazione dell'utente ad alcune prestazioni, come si è anticipato. Queste proposte erano considerate vicine agli ambienti democristiani e repubblicani. In effetti, in questi anni il Centro studi investimenti sociali del partito democristiano produceva dei documenti dal tono preoccupato riguardo alla situazione del settore sociale in Italia²⁰⁷. Il fenomeno dell'esplosione della spesa in questo ambito veniva registrato chiaramente, con un passaggio da 4.130 miliardi nel 1961 a 10.800 miliardi nel 1971, con un incremento del 160%. Le ragioni degli aumenti erano imputabili a fattori positivi, come il miglioramento dell'assistenza, la maggiore scolarizzazione, le spese per l'edilizia residenziale; ma per controllare e gestire questo enorme aumento di spese, la frammentazione che aveva caratterizzato il settore fino a questo momento non andava più bene. Mantenendo questa impostazione, il rischio

²⁰⁵ Ibidem.

²⁰⁶ Ivi, p. 3.

²⁰⁷ Istituto Sturzo, Archivio Andreotti, Serie Governo, I Governo Andreotti, b. 800, Centro studi investimenti sociali, *Promemoria per la Presidenza del Consiglio*, 9 marzo 1972.

secondo il Centro studi DC era “di frantumazione settoriale e sub-settoriale degli interventi, con il conseguente pericolo che l’espansione della spesa segua più una logica di autoalimentazione delle strutture e delle pressioni corporative che uno sforzo di corrispondenza al variare dei bisogni collettivi”²⁰⁸. La tradizionale accusa alla DC di usare i fondi in modo corporativo e clientelare, e di aver orientato il welfare italiano in questo senso, si potrebbe, leggendo queste parole, bilanciare con la consapevolezza che il partito leggeva questa situazione più come un problema e un’eredità dell’organizzazione del sistema precedente che come un vantaggio. Va però allo stesso tempo tenuto presente che l’uso politico delle informazioni non è registrato nella documentazione, e quindi non è possibile sapere quale fosse l’interpretazione degli esponenti di partito e le loro posizioni in campagna elettorale rispetto all’aumento della spesa e alle pressioni corporative. Tuttavia, è possibile ipotizzare che l’uso clientelare della spesa sociale agito dalla DC negli anni repubblicani ricalcasse una struttura preesistente, difficile da modificarsi caso per caso, che richiedeva un ripensamento complessivo che avvenne soltanto quando la spesa stessa andò fuori controllo, e che probabilmente in alcuni casi fu usata in senso clientelare, ma nascondeva altre cause ereditarie che sarebbe ingiusto accollare completamente alla DC. Il centro studi del partito rilevava anche un pericolo nel

Consequente (rispetto al fenomeno degli aumenti di spesa, n.d.r.) declino della “presa” politica dell’intervento sociale che in effetti è sempre più condizionato dall’opera di contenimento del Tesoro ed ancor più dal fatto che l’ispirazione politica che ha mosso o coperto l’aumento delle spese sociali in Italia (lo sviluppo dei consumi pubblici, le riforme ecc.) sta rapidamente esaurendo la propria carica vitale.²⁰⁹

Di fronte ai crescenti vincoli di bilancio, per il diverso clima economico ma anche per il crescente ammontare della spesa sociale, era necessario definire insomma una nuova linea politica rispetto a questo settore, che permettesse di assumere una rilevanza in un campo, quello delle riforme sociali (sanità, casa, urbanistica, trasporti) che era stato fino a questo momento dominio di altre parti politiche, che corrispondesse alle crescenti esigenze di razionalizzazione del settore e che offrisse linee di rilancio per alcuni interventi che altrimenti sarebbero stati destinati a declinare. Nel contesto del centro studi, si formulavano due proposte: stimolare la maturazione di alcune linee di una politica di bilancio per la spesa sociale e tentarne una prima formulazione concreta nelle successive leggi di bilancio; e avviare il lavoro di predisposizione di una sorta di “decretone di politica sociale” in cui inserire in maniera organica “e politicamente impressiva”²¹⁰ una serie di interventi sociali improrogabili: si parlava di edilizia scolastica, politica sanitaria, estensione di alcune coperture assicurative.²¹¹ Nel 1972, infatti, venne avviata un’indagine che aveva l’obiettivo di individuare i più

²⁰⁸ Ibidem.

²⁰⁹ Ibidem.

²¹⁰ Istituto Sturzo, Archivio Andreotti, Serie Governo, Il Governo Andreotti, b. 800, Centro studi investimenti sociali, *Studi per la spesa sociale*, marzo 1972, p.1.

²¹¹ Ivi, p. 3.

significativi fenomeni di inefficace o inefficiente impiego delle risorse pubbliche nel settore dell'assistenza sanitaria, analizzarne le cause di ordine strutturale e istituzionale, per individuare i rimedi praticabili all'interno del quadro legislativo e quelli invece perseguibili solo attraverso una riforma. Tra le critiche del sistema esistente, la scarsa diminuzione del tasso di mortalità infantile e della morbilità della popolazione italiana; l'uso massiccio e incontrollato di farmaci e l'eccessivo ricorso al ricovero ospedaliero, mancando servizi extra-ospedalieri territoriali:

Vi sono insomma degli squilibri tra la spesa per la prevenzione e spesa per la cura delle malattie e tra i diversi sub-settori di quest'ultima (ospedali, assistenza medica generica, specialistica e farmaceutica), nonché fra spesa sanitaria ed alcuni settori della spesa per assistenza sociale (per esempio, rigonfiamento della spesa ospedaliera per il ricovero degli anziani, in assenza dei servizi sociali ad hoc). E dietro questi squilibri sta, com'è noto, un assetto istituzionale del sistema sanitario a carattere insieme burocratico e privatistico, anziché pubblico e partecipativo.²¹²

Si guardava con favore a una collaborazione con la FIARO e con le Regioni per identificare gli sprechi del sistema ospedaliero, anche retrospettivi, perché avrebbero aiutato nella pianificazione della fase successiva. Ma dell'elaborazione di una proposta ad opera del centro studi della DC non si trova traccia nella documentazione, che si limita invece a criticare o mettere in luce criticità delle proposte che di volta in volta venivano discusse in sede parlamentare o di Governo. In un Fascicolo sanità conservato tra la documentazione della DC del 1972, la proposta che veniva riportata era di questo tenore:

gli enti mutualistici potrebbero essere inizialmente raggruppati in tre federazioni nazionali: una per i lavoratori privati (INAM ecc.), la seconda per i dipendenti pubblici (ENPAS ecc.), la terza per gli autonomi e i professionisti. [...] I cittadini oggi esclusi dalle assicurazioni obbligatorie dovrebbero essere inquadrati tra i lavoratori privati; con i contributi di coloro che godono i redditi più alti (industriali e commercianti con reddito superiore a cinque milioni) si potrebbe far fronte anche alla spesa per l'assicurazione alle categorie indigenti, finora prive di ogni tutela.²¹³

A seguito di una riunione di Direzione DC nel 1973, Gaspari affermava che nella sua idea della nuova organizzazione dell'assistenza sanitaria il ministro avrebbe avuto il compito di fissare le direttive generali, di coordinare l'attività delle Regioni, di sovraintendere alla gestione del fondo sanitario nazionale, che avrebbe dovuto assorbire il 7-8% del PIL per provvedere ai bisogni sanitari del Paese. Accanto a questi organi nazionali, sul piano regionale la gestione dell'assistenza avrebbe dovuto essere di competenza delle Unità sanitarie locali, organi operativi della regione, dotati di piena autonomia. Al fondo sanitario nazionale sarebbero state destinate tutte le somme incassate dalle mutue e gli stanziamenti iscritti nel bilancio dello Stato per scopi sanitari, compresi i versamenti per

²¹² Istituto Sturzo, Archivio Andreotti, Serie Governo, II Governo Andreotti, b. 801, *Spesa per sanità*, 1972.

²¹³ Istituto Sturzo, Archivio Andreotti, Serie Governo, II Governo Andreotti, b. 883, Fascicolo sanità, *Proposte e osservazioni*.

colmare il deficit degli istituti di previdenza.²¹⁴ Altro punto essenziale della proposta era il controllo diretto delle regioni sulla gestione degli ospedali, inglobati dalle Unità sanitarie locali e privati della loro personalità giuridica. L'attuazione di tutto il processo, con i passaggi dalle mutue alle USL progressivamente di tutta l'assistenza, avrebbe richiesto cinque anni. Questa proposta venne discussa alla Direzione Generale della Democrazia Cristiana il 26 gennaio 1973; interessanti le osservazioni di Andreotti:

La riforma sanitaria richiede un grande sforzo, all'insegna prevalente del miglioramento qualitativo e dell'estensione delle terapie e della prevenzione. Non è una riforma indolore; accanto alla generalizzazione ed al miglioramento delle assistenze mediche, molti odierni privilegi debbono cadere; alcuni guadagni vanno ridimensionati; certi sprechi devono finire e vanno imposti sacrifici economici e di prestigio. Non si può lasciare in piedi tutta l'impalcatura esistente creando confusioni e sovrastrutture. [...] Il progetto in questione risponde a notevoli esigenze, salvo naturalmente ulteriori approfondimenti e miglioramenti. La spesa sarà notevole e certo, in un quadro di programmazione, se si darà la priorità alla riforma sanitaria e a quella scolastica, bisogna rinviare altre spese a tempi migliori.²¹⁵

Le preoccupazioni maggiori riportate erano anche in questo caso relative al disegno di riforma ospedaliera Mariotti: in presenza di un sistema ospedaliero strettamente condizionato dall'esistente sistema sanitario, si era pensato di trasferire prima e separatamente gli ospedali alle Regioni, scaricando cioè sulle Regioni i costi dell'assistenza ospedaliera, senza possibilità di intervenire sugli strumenti a monte degli ospedali che ne condizionavano il funzionamento.²¹⁶ Nello stesso tempo si prevedeva che, con decreto del Ministro del Lavoro, si ridimensionassero le misure dei contributi afferenti ai vari enti mutualistici in relazione alle esigenze finanziarie per le rimanenti forme di erogazione dei servizi e delle prestazioni. Il dubbio dichiarato da Roberto Mazzotta, deputato DC ed economista, era che secondo questo progetto non venivano trasferite al SSN le prevenzioni sanitarie degli infortuni e l'assistenza antitubercolare svolta dall'INPS. Un altro dubbio di Mazzotta era che la fase transitoria avrebbe irrobustito le mutue, che avrebbero continuato ad ottenere contributi parziali sul lavoro: non venendo soppressi i Consigli di amministrazione, e in connessione con una politica di uniformazione dei servizi e di mantenimento in funzione delle loro attrezzature, ciò avrebbe potuto significare che i Cda delle mutue sarebbero potuti rimanere dei centri di potere non disposti ad essere dismessi. Anche la sostenibilità economica preoccupava sia Mazzotta sia Donat-Cattin, considerando che gli aumenti in seguito alla riforma ospedaliera avevano sensibilmente peggiorato la situazione dell'INAM: nel periodo 1965-1969, infatti, il costo della gestione ospedaliera ammontava al 10,5 %

²¹⁴ V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., pp. 242-243.

²¹⁵ Ivi, pp. 243-244.

²¹⁶ Ministero della Sanità – Ufficio stampa, *Cinque mesi che contano. Attività svolta dal Ministero della Sanità dal 1° agosto 1971 al 31 gennaio 1972*, op. cit., p. 97.

del totale delle disponibilità dell'ente, per poi passare al 13% nel periodo 1968-1972: continuando con questo genere di aumenti, il costo per le casse pubbliche sarebbe stato insostenibile²¹⁷. Lo scetticismo riguardo ai costi nella DC era alto: l'ex vicepresidente del partito nel 1965 Giovanni Galloni si dichiarava preoccupato del fatto che per l'attuazione della riforma, secondo dati ministeriali, bisognava passare da un investimento nella sanità "dall'attuale 5% del reddito nazionale almeno all'8%, cioè un aumento di spesa di 200 miliardi annui"²¹⁸. Con quali fondi si sarebbero portate avanti le altre riforme, urbanistica, scuola e trasporti?

Tra ottobre 1973 e febbraio 1974 vi furono due occasioni organizzate dalla DC che avevano al centro la questione sanitaria. Innanzitutto un impegno era stato assunto dal partito in apertura dei lavori del Convegno organizzato dall'Ufficio sanità del partito nell'ottobre '73: il segretario, Fanfani, sosteneva che ormai i tempi erano maturi per l'approvazione di una riforma definitiva, dopo la lunga fase di proposte e progetti:

la segreteria politica della DC ha promosso l'odierno incontro per confortare, con opportuni consigli, quanti, in rappresentanza della DC, si accingono all'interno della maggioranza e del Governo a prendere decisioni definitive.²¹⁹

I pareri erano concordi sulla non ulteriore dilazionabilità della riforma, e si registrava una certa concordanza di opinioni tra le forze politiche della maggioranza; era matura anche la riflessione sulla gradualità dei tempi e delle misure da introdurre in un quadro organico di riforma. Durante la riunione indetta dall'Ufficio sanità nel mese di febbraio, poi, ai rappresentanti regionali del Partito che si occupavano della sanità parlarono il deputato DC e dal 1976 vicepresidente della XII commissione Igiene e sanità Leandro Rampa, il ministro della Sanità in carica Luigi Gui e Antonio Valiante, che era stato presidente di una commissione interministeriale incaricata di elaborare un progetto di riforma sanitaria [negli anni?]. Per Gui, ciò che non era chiaro era l'ordine e la priorità degli interventi da svolgere: la creazione delle Unità sanitarie locali e degli organi centrali del SSN; il superamento del sistema mutualistico; la formazione del personale medico e paramedico; il passaggio alle Regioni della competenza delle varie forme di assistenza ospedaliera e sanitaria.

Nel 1975, il centro studi della DC mise in rapporto gli stanziamenti alle Regioni del Fondo nazionale ospedaliero con le spese di gestione per l'anno corrente, rilevando un ammanco di 594 miliardi di lire

²¹⁷ Nella documentazione del partito democristiano si legge che "in soli quattro anni – dal 1968 al 1972 – le rette ospedaliere in Italia sono aumentate in media del 250%", con i maggiori aumenti ad Ancona, Bari, Catania, Firenze, Genova, Messina ed alcuni ospedali di Roma. Le cause di tali aumenti venivano attribuite, anche secondo il partito scudocrociato, oltre al miglioramento dell'assistenza tecnico-sanitaria, soprattutto al forte incremento dei compensi corrisposti al personale degli ospedali. Il costo della retta, al 1972, era costituito per il 4% dal vitto, per il 12% da diagnosi e cura, per il 15% dalle spese generali, per il 69% dalle spese per il personale. Cfr. Istituto Sturzo, Archivio Andreotti, Serie Governo, II Governo Andreotti, b. 800, Centro studi investimenti sociali, *Promemoria per la Presidenza del Consiglio*, 9 marzo 1972.

²¹⁸ ²¹⁸ V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 247.

²¹⁹ Ivi, p. 288.

rispetto alle necessità reali della sanità italiana. Si riporta, per un'analisi più dettagliata delle esigenze delle diverse regioni, la tabella elaborata dalla FIARO e dal citato centro studi²²⁰:

	Spesa occor- rente	Acconti pa- gati	Residuo al 31/10/1975	Saldo nov. dic. 1975	Situazione al 31/12/75
V. D'ao- sta	6,5	4	2,5	0,8	-1,7
Piemonte	253,6	165,3	88,3	33	-55,3
Lombar- dia	612,4	375,8	236,6	75,2	-161,4
Trentino	65,9	35,4	30,5	7,1	-23,4
Veneto	385,4	224,2	161,2	44,8	-116,4
Friuli V. G.	105,4	63,2	42,2	12,7	-29,5
Liguria	154,8	86	68,8	17,2	-51,6
Emilia R.	289,9	193,4	96,5	38,6	-57,9
Toscana	247,5	169,8	77,7	33,9	-43,8
Umbria	59,3	34,6	24,7	6,9	-17,8
Marche	105,4	65	40,4	13	-27,4
Lazio	230,6	185,9	44,7	37,2	-7,5
Abruzzo	65,9	45,2	20,7	6,9	-17,8
Molise	9,9	9,4	0,5	1,8	+1,3
Campania	184,4	157,4	27	31,5	+4,5
Puglia	191	139,9	51,1	28	-23,1
Basilicata	23	19,1	3,9	3,9	-
Calabria	65,9	65,4	0,5	13,1	+12,6
Sicilia	171,3	151,8	19,5	30,6	+11,1
Sardegna	65,9	59,2	6,7	11,7	+5
TOTALE	3294	2250	1044	450	-594

Queste rilevazioni creavano preoccupazioni all'interno del partito, e rappresentavano motivazioni, anche legittime, per le frange più scettiche e preoccupate di fronte a un percorso di riforma che non risolvesse questi problemi. [?]

Alla legislatura decisiva per la riforma sanitaria, la settima (1976-1979), la DC si presentava all'elettorato "raccolgendo un vastissimo consenso indicando che in questa legislatura avrebbe

²²⁰ Istituto Sturzo, Archivio Andreotti, Serie Governo, Il Governo Andreotti, b. 800, *Ripartizione del Fondo nazionale in rapporto alle spese di gestione 1975*.

tentato di assolvere agli impegni nel campo della sicurezza sociale: servizio sanitario nazionale; riscossione unificata dei contributi; razionalizzazione del settore pensionistico; servizi sociali; ecc.”²²¹ In questa occasione, la riforma sanitaria ed altre riforme sociali, tra cui l’unificazione delle gestioni pensionistiche, erano indicate come “riforme che non costano”, una posizione sorprendente rispetto alle preoccupazioni di alcune parti della Dc. Progressivamente, però, la sanità era entrata sempre di più nella cultura degli italiani come una riforma necessaria e dovuta; così Leandro Rampa al segretario del partito ed ex ministro del Lavoro e della Previdenza sociale Benigno Zaccagnini in una lettera che riportiamo quasi tutta, perché sembra particolarmente rilevante ai fini della comprensione delle dinamiche di questi anni relative alle politiche assistenziali:

Caro segretario, facendo seguito alla mia precedente lettera sento il dovere di informarti che, in un incontro tenutosi ieri con il ministro Dal Falco, il sottosegretario Foschi, i collaboratori del ministro e alcuni parlamentari impegnati nel settore sanità della Camera e del Senato, abbiamo valutato – alla luce delle informazioni che potevamo avere e che speriamo parziali o inesatte – l’esigenza che, contrariamente a quanto appare, sia affrontato in modo aperto, come tema programmatico della costituzione del nuovo governo, il problema della riforma sanitaria e, più specificatamente, dell’istituzione del SSN. [...] Ci risulterebbe invece che non soltanto il tema della riforma non è stato ancora trattato in nessuna sede ma che, addirittura, ci si proporrebbe se non la soppressione, quanto meno lo smembramento di funzioni dell’attuale ministero della Sanità, con grave pregiudizio degli stessi compiti dello Stato [...] Inoltre, abbiamo rilevato sia con i nostri esperti economici sia in sede di trattativa sindacale il problema della partecipazione alla spesa per i farmaci nel quadro di una necessaria revisione della spesa sanitaria globale; [...] tuttavia, sembra politicamente inadeguato proporre questo pur importante problema al di fuori della contestuale proposta programmatica per l’attuazione della riforma. Per mandato degli amici che hanno partecipato all’incontro di ieri sera, ti ho voluto sinteticamente informare, caro segretario, della questione perché tu possa portare avanti, con la delegazione democristiana, questo relevantissimo problema che, se fosse da noi ignorato, non lo sarebbe certamente da parte degli altri partiti di opposizione. Anzi, devo dirti in proposito che siamo sottoposti quotidianamente alla sollecitazione dei responsabili del PCI e del PSI per un incontro allo scopo di concordare la presentazione comune di un nuovo progetto di legge. Al che, evidentemente, ci siamo opposti pur dovendo e volendo convintamente confermare il nostro autonomo impegno per la riforma sanitaria.²²²

In quest’ultima fase del percorso di valutazione del progetto di legge, fondamentale per l’attuazione della riforma nella sua forma definitiva, sembra che alla DC siano rimaste due scelte: la discussione del progetto di legge insieme alle proprie proposte e aggiustamenti, oppure lasciare alle opposizioni il merito di una riforma ormai giudicata necessaria anche dal proprio elettorato. Per uscire dal rallentamento economico della seconda metà degli anni Settanta, nel 1976 la DC chiedeva una fase di solidarietà nazionale in cui attuare misure anticongiunturali come la ripresa dell’accumulazione di capitali, l’espansione delle esportazioni e il contenimento dei prezzi; lo scarso aumento della spesa

²²¹ Istituto Sturzo, Archivio Andreotti, Serie Governo, IV Governo Andreotti, b. 900, Fascicolo sanità, *Obiettivi da raggiungere per la sicurezza sociale*, 19 luglio 1976.

²²² Istituto Sturzo, Archivio Andreotti, Serie Governo, IV Governo Andreotti, b. 900, Fascicolo sanità, Direzione centrale DC – Ufficio sanità, *Lettera a Benigno Zaccagnini*, 22/7/1976.

privata veniva compensato dalla concessione di alcuni “interventi strutturali che possibili nell’impegno del prossimo anno, tra questi in particolare quelli relativi alla finanza locale, all’edilizia, alla legge urbanistica, al settore sanitario e alle partecipazioni statali”²²³. Nel ’76 la Direzione Nazionale della DC parlava ormai convintamente di tempi maturi per “alcuni mutamenti di struttura relativi all’assetto istituzionale dell’intervento pubblico”²²⁴, tra cui il settore sanitario, “tenendo presente l’obiettivo di una maggiore economicità dell’intero servizio con la completa partecipazione degli utenti che scoraggi forme di pericoloso e costoso consumismo”²²⁵. La scelta del partito fu, quindi, la prima, e la legge 833/1978 trovò l’approvazione durante il quarto governo Andreotti, in un anno segnato da importanti eventi che ne hanno parzialmente oscurato la portata, dal rapimento e uccisione di Aldo Moro all’approvazione della legge sull’interruzione volontaria di gravidanza: eventi che segnalavano una presa del partito cattolico sulla società italiana che si andava sempre di più allentando.

7.4 Il PCI: da una posizione ambigua a catalizzatore culturale

Come abbiamo visto, il varo di una riforma del calibro di quella sanitaria del 1978 ha richiesto un lungo percorso di contrattazione e accettazione interno alla Democrazia cristiana, che ha portato progressivamente i sostenitori di una riorganizzazione seria e sostanziale della sanità a prevalere sui molti oppositori di questa soluzione all’interno del partito; non c’è dubbio però che il tema appartenesse culturalmente maggiormente ai partiti di sinistra, Psi e Pci, che si erano espressi maggiormente e da più tempo a sostegno del tema della sanità pubblica. A testimonianza dell’impegno del partito comunista su questo tema, si annoverano tra le loro fila personalità di teorici importanti delle innovazioni attuate con la riforma, come Giovanni Berlinguer, Severino Delogu, Giulio Alfredo Maccacaro; convegni e libri sulla salute nelle fabbriche, sulla prevenzione, dibattiti sulla migliore organizzazione delle USL; proposte di legge di impianto molto simile alla riforma poi effettivamente approvata, trasmettendo l’idea di un approccio interpretativo dei problemi sanitari molto avanzato e innovatore rispetto all’organizzazione vigente, come è stato sottolineato dalla storiografia²²⁶.

Un elemento fondamentale per capire le posizioni del PCI rispetto alla riforma è la constatazione che le proposte del partito nascevano dallo studio del rapporto tra salute e società nelle fasi di sviluppo

²²³ Istituto Sturzo, Archivio Democrazia Cristiana, Serie Direzione nazionale (1944-1993), Scatola 41, Fascicolo 509, *Elezioni anticipate*, 15 aprile 1976.

²²⁴ Istituto Sturzo, Archivio Democrazia Cristiana, Serie Direzione nazionale (1944-1993), Scatola 41, Fascicolo 510, *Relazione alla Direzione del 23 aprile 1976*.

²²⁵ *Ibidem*.

²²⁶ Cfr. C. Giorgi, I. Pavan, *Le lotte per la salute in Italia e le premesse della riforma sanitaria. Partiti, sindacati, movimenti, percorsi biografici (1958-1978)*, in *Studi storici*, op. cit., pp. 417-455.

del capitalismo in Italia.²²⁷ Durante l'VIII Congresso del partito, nel 1956, la linea approvata dal Pci riguardo la sicurezza sociale suonava così:

È indispensabile in Italia, per combattere e far sparire l'arretratezza e la miseria, che venga introdotto un sistema generale di assicurazioni sociali esteso non soltanto agli operai, ma a tutti i cittadini lavoratori, alle donne di casa, ai lavoratori agricoli di tutte le categorie. Questo sistema di sicurezza sociale deve garantire a tutti i cittadini, nello spirito della nostra Costituzione e a spese dello Stato, nel quadro di una riforma fiscale generale, una tutela sanitaria completa ed efficace e un'adeguata assistenza economica [...]. La creazione e l'estensione a tutti i lavoratori di un'efficace sicurezza sociale non è ancora il socialismo, ma è, soprattutto in un Paese come il nostro, e soprattutto per le masse più povere e le zone montane, del Mezzogiorno e delle Isole, una misura indispensabile di civiltà e di progresso sociale.²²⁸

Una sanità migliore, quindi, era necessaria negli anni del dopoguerra in un'Italia povera e da ricostruire, ma solo in attesa dell'inevitabile processo di dissolvimento del sistema capitalistico che avrebbe portato all'affermarsi di una società senza classi e senza stato, libera dall'economia di mercato. Anche un compiuto sistema di sicurezza sociale era nel frattempo necessario, ma era interpretato dal partito come una tappa nel processo storico di affermazione del mondo nuovo: questo approccio creò una sorta di scissione culturale relativa ai temi sociali in Italia negli anni Cinquanta²²⁹. Mentre nei sistemi socialdemocratici europei, in cui l'alternanza politica era possibile e le sinistre riuscivano ad accedere ad esperienze di governo, tali partiti adattavano le loro strategie all'economia di mercato, si davano un ruolo di mediazione del conflitto industriale, avendo come obiettivo una politica di alti salari in un quadro di garantita redistribuzione del reddito, e puntavano sugli effetti stabilizzatori della politica del welfare state, anche attraverso meccanismi di adattamento alla spesa pubblica e di proporzionata partecipazione fiscale da parte delle diverse classi sociali, il partito comunista italiano continuava a rimuovere il problema del mercato, a sollecitare una conflittualità sociale povera di strategie di redistribuzione del reddito, a sostenere politiche assistenziali senza preoccuparsi di riflessioni approfondite sul bilancio, rassicurati proprio dall'inaccessibilità del governo del Paese, precluso a causa degli equilibri internazionali.²³⁰ Queste osservazioni sono fondamentali per tenere ben presente la posizione comunista, la cui elaborazione procedeva spesso in modo meno ancorato alla realtà economica italiana rispetto agli altri partiti: la condizione di partito di opposizione a oltranza permise al Pci di portare avanti studi, proposte e convegni anche molto

²²⁷ G. Berlinguer, *Una riforma per la salute. Iter e obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale*, De Donato editore, Bari 1979, p. 45.

²²⁸ Ivi, pp. 45-46.

²²⁹ Cfr. anche C. Giorgi, I. Pavan, *Le politiche sociali tra anni Cinquanta e Sessanta*, in S. Pons (a cura di), *Il comunismo italiano nella storia del Novecento*, op. cit., pp. 485-500;

²³⁰ Cfr. P. Craverì, *La Repubblica dal 1958 al 1992*, in G. Galasso (a cura di), *Storia d'Italia*, op. cit., pp. 206-209; per un'accurata descrizione dei nessi tra politica nazionale e internazionale negli anni della guerra fredda, cfr. G. Formigoni, *Storia d'Italia nella guerra fredda (1943-1978)*, Il Mulino, Bologna 2016.

approfonditi e posizioni molto estreme, senza doverle mai temperare con la prova della sostenibilità; questo modellò l'attività sanitaria del partito, caratterizzandola come allo stesso tempo come avanzata su alcuni punti (la tutela del lavoratore, l'attenzione all'ambiente, l'attenzione alla prevenzione) e utopica su altri (le richieste di sanificazione delle fabbriche totalmente a carico dei datori di lavoro²³¹, la rivendicazione dell'ampliamento della tutela sanitaria a tutta la popolazione spesso a prescindere da un'analisi delle risorse disponibili). Molto travagliata fu anche l'elaborazione di una posizione politica riguardo al boom economico e ai consumi: quando l'espansione di questi ultimi arrivò, la prima reazione fu la paura dell'integrazione delle masse nel sistema capitalistico e della frammentazione e irrilevanza politica.²³² Tuttavia, prevalse l'idea di presentarsi come partito della modernità, e il Pci mantenne una posizione da una parte paternalistica, di tutela delle masse di fronte all'avanzamento del capitale, dall'altra pedagogica, con l'obiettivo di una sorta di educazione al consumo in un'ottica di scetticismo rispetto alle capacità degli italiani di tutelarsi dai nuovi rischi di assuefazione al benessere che arrivavano da oltreoceano.²³³ Tra le diverse missioni educative che il Pci si riconosceva, c'era anche quella sanitaria: era necessario sottolineare l'importanza di servizi pubblici efficienti, a carico della collettività, disincentivando la spesa privata per la salute, foriera di disuguaglianze sociali, e facendo in modo che fosse lo Stato a gestire un diritto sociale di così fondamentale importanza. I modelli di riferimento erano chiari: l'Unione Sovietica possedeva il più antico servizio sanitario universalista e gratuito del mondo, il sistema Semashko, concepito da un medico commissario del popolo nel 1918, all'indomani della Rivoluzione d'ottobre. Tale sistema era centralizzato, unificato a livello nazionale, a prestazioni gratuite, fortemente incentrato sul sistema ospedaliero, dotato di un finanziamento proveniente dal gettito fiscale, in cui lo Stato svolgeva una estesa funzione di controllo riguardo alla gestione, alla fiscalità e alla proprietà delle strutture sanitarie.²³⁴ Il modello culturale di riferimento per il Pci è un sistema di questo tipo, e in questa direzione si orienteranno le battaglie del partito per la riorganizzazione del sistema italiano.

Un luogo di scontro elettivo del partito per la difesa della salute della sua classe sociale di riferimento furono le fabbriche e, più in generale, i luoghi di lavoro, che nei periodi della ricostruzione e del miracolo economico ospitavano situazioni estremamente insalubri e offrivano scarsa protezione sia ai lavoratori che all'ambiente. Alcune pratiche, come la monetizzazione del rischio sanitario sui luoghi di lavoro, erano fortemente stigmatizzate dal partito e venivano considerate dal Pci "un baratto tra cose di ineguale valore; [...] in sostanza, ai pericoli della salute si è fatto corrispondere il sistema delle "indennità di rischio" e la domanda di estendere le cure mutualistiche; e ai danni per la vita

²³¹ Su questo punto, cfr. G. Berlinguer, *La salute nelle fabbriche*, De Donato editore, Bari 1969:

²³² B. Settis, *Il prezzo del miracolo. Ricostruzione, sviluppo, lotte sociali* in S. Pons, *Il comunismo italiano nella storia del Novecento*, Viella, Roma 2021, pp. 385-404.

²³³ *Ibidem*.

²³⁴ G. Freddi (a cura di), *Rapporto Perkoff: salute e organizzazione nel Servizio Sanitario Nazionale*, Bologna, Il Mulino 1984, pp. 186-188.

umana si è contrapposta la richiesta di rendite per infortunio e per malattia professionale, e di pensioni per invalidità”²³⁵. Può sembrare una lamentela sterile, poiché scorrendo i lavori parlamentari degli anni Cinquanta e Sessanta si nota facilmente come anche il Pci si occupasse delle istanze di ampliamento del sistema mutualistico alle categorie lavorative non coperte, accettando di fatto il sistema della sanità basata sul lavoro; tuttavia, nei convegni, nei movimenti e nelle associazioni comuniste si discuteva correntemente di servizio sanitario pubblico, di nazionalizzazione degli ospedali e della farmaceutica, di impossibilità del prevalere della preoccupazione di mantenere il posto di lavoro sui danni alla salute²³⁶. Se da una parte, nella fase di ampliamento dei diritti sociali, il Pci sostenne l’inclusione di più categorie lavorative possibili nel sistema, dall’altra il partito denunciò a più riprese le dinamiche di quelle che i comunisti consideravano improprio rafforzamento delle reti clientelari della DC tramite le risorse destinate all’assistenza, con la complicità dei prefetti e del ministero dell’Interno.²³⁷ La dinamica concorrenziale tra i due partiti, entrambi ormai capillarmente presenti nella società italiana e in decennale competizione tra loro come partiti di massa, investì anche e soprattutto le dinamiche assistenziali e sanitarie, campo privilegiato di scontro per la tutela della popolazione.

Come è stato sottolineato precedentemente da alcuni studiosi, infatti, grandi energie furono profuse dal Pci nel campo previdenziale e assistenziale, con delle sostanziali differenze nell’approccio ai due campi²³⁸. In campo previdenziale, infatti, l’esigenza di difendere le condizioni della propria base sociale alimentò un approccio che restò ancorato all’esaltazione del lavoro come veicolo di particolari diritti. È un’osservazione banale, se si considera che uno dei principali interlocutori sociali del Partito comunista era il popolo dei lavoratori, e nelle sue rivendicazioni per il diritto a una pensione dignitosa rientrava l’idea di questa come salario differito, slegando quindi necessariamente questa battaglia da quelle rivolte alla tutela di altre componenti della popolazione come i disoccupati, o all’introduzione di concetti di sostegno di base o reddito minimo vitale per i cittadini bisognosi. L’assistenza fu quindi un tema a cui il Pci prestò un’attenzione più scarsa rispetto ai problemi dei lavoratori: la questione della sicurezza sociale nell’Occidente capitalistico conservava infatti per il Pci ancora

un segno di classe ambiguo o francamente negativo: è nata spesso come una spinta solidaristica o conquista dei lavoratori ed è approdata il più delle volte a una stabilizzazione del capitalismo [...] e costituisce attualmente un terreno di elezione per il riformismo, non sempre un campo d’azione per la lotta di classe.²³⁹

Ciononostante, dal punto di vista sanitario, la coerenza del Partito comunista è da evidenziare

²³⁵ G. Berlinguer, *Una riforma per la salute. Iter e obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale*, op. cit., pp. 50-51.

²³⁶ Fondazione Gramsci, Archivio PCI, *Dipartimento problemi economici e sociali*, Sezione sanità, b. 596, f. 160, *Assemblea nazionale della sanità – Relazione introduttiva*, p. 2.

²³⁷ C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello Stato sociale in Italia*, op. cit., p. 319.

²³⁸ C. Giorgi, I. Pavan, *Le politiche sociali tra anni Cinquanta e Sessanta*, in S. Pons, *Il comunismo italiano nella storia del Novecento*, op. cit., pp. 485-500.

²³⁹ Ivi, p. 496.

soprattutto nella precocità della formulazione di una proposta di Servizio sanitario universalista sin dalle prime fasi dell'attività politica repubblicana del partito.²⁴⁰

È stato osservato che il cambio di passo rispetto a questo atteggiamento arrivò proprio negli anni Settanta, con il rallentamento della crescita economica, lo shock petrolifero, l'aumento della disoccupazione, il mutamento di alcune caratteristiche sociali ed economiche di lungo periodo. In conseguenza a questi fenomeni, il partito approfondì le riflessioni riguardanti le parti della società completamente escluse dal sistema, iniziando a interpretare il possesso di un lavoro come un fattore di protezione dalle distorsioni più dannose del sistema capitalistico. L'assistenza sociale assumeva quindi una connotazione diversa: non più una sorta di anestesia rispetto ai problemi delle società capitalistiche, ma un legittimo campo di azione sociale e politica. Il fatto che le Regioni fossero agenti primarie dell'assistenza sul territorio dopo la loro creazione nel 1970, e che si trattasse, in alcune aree d'Italia, del più alto livello istituzionale di gestione a cui il Pci era in grado di arrivare, in un periodo di crescita del peso elettorale del partito, ebbe un ruolo nel cambiamento dell'interpretazione delle misure legate all'assistenza sociale. Divenne insomma auspicabile il perseguimento di riforme realizzabili nell'assetto politico esistente, coerentemente con la percezione sempre più accentuata dell'improbabilità di una radicale modifica del capitalismo e coerentemente anche con il percorso verso il compromesso con le forze democratiche e con la Dc di Moro che caratterizzò tutti gli anni Settanta²⁴¹, fino all'omicidio dello statista pugliese. Va ricordato anche il mutato clima internazionale, che permetteva al comunismo italiano di sperimentare nuove strade da una posizione di partecipazione al governo del Paese, situazione unica in Europa.

Date queste premesse, è vero che “per il campo sanitario, i fattori menzionati [...] contribuirono a definire proposte di grande originalità da parte del Pci, combinando orizzonti di trasformazione e fattibilità concreta delle politiche sanitarie proposte, nel quadro di una egemonia politico-culturale che il partito seppe costruire interagendo con le elaborazioni e le esperienze più avanzate prodottesi in seno alla società civile”²⁴²; ma è anche vero che queste proposte soffrivano di alcuni problemi di comprensione ed aderenza alla situazione del mondo medico e dell'organizzazione dello Stato che cercheremo di evidenziare nelle prossime pagine.

Innanzitutto, i documenti d'archivio ci dicono che il tema aveva attirato gli interessi del partito molto precocemente, e che il dipartimento del Pci disponeva di una sezione Sanità, di una sezione Ambiente, sanità e lavoro e di una sezione Sicurezza sociale, oltre ai lavori della sezione Riforme e programmazione, che si occupava tra le altre anche della riforma sanitaria.²⁴³

²⁴⁰ S. Delogu, *Sanità pubblica, sicurezza sociale e programmazione economica*, op. cit., p. 39.

²⁴¹ S. Pons, *Berlinguer e la fine del comunismo*, Einaudi, Torino 2006, pp. 93-100.

²⁴² C. Giorgi, I. Pavan, *Le politiche sociali tra anni Cinquanta e Sessanta*, in S. Pons, *Il comunismo italiano nella storia del Novecento*, op. cit., p. 500.

²⁴³ Fondazione Gramsci, Archivio PCI, Organizzazione e sezioni.

Le prime osservazioni sull'insufficienza della copertura sanitaria della popolazione in Italia arrivarono molto presto da parte di diversi esponenti del partito comunista; nel 1959, Severino Delogu e Giovanni Berlinguer pubblicarono il pamphlet *La medicina è malata*, in cui si puntualizzavano i principali problemi del sistema mutualistico: prevenzione, mancanza di copertura per parte della popolazione, disorganizzazione e scarsa sostenibilità economica.²⁴⁴ La produzione di esponenti comunisti particolarmente vicini al mondo sanitario fu copiosa e continua per tutto il periodo precedente l'approvazione della riforma sanitaria, e riguardò anche alcuni esperimenti di sanità territoriale che si richiamavano a idee comuniste, come quello di *Medicina democratica* portato avanti dall'epidemiologo Giulio Alfredo Maccacaro che prese avvio a Milano e si allargò poi a molte altre città italiane, da Nord a Sud, concentrato sulla tutela dei lavoratori industriali, ma con punte molto innovative sull'inclusione dei disabili, sulla salute femminile, sulla salute psichiatrica²⁴⁵. Questo tipo di letteratura può essere usato come una fonte per comprendere le principali preoccupazioni del partito nel settore sanitario, che lamentava uno scarso impegno dello Stato in questo genere di problemi. Giovanni Berlinguer, in particolare, si esprimeva in modo critico sulla tendenza degli enti locali a rimanere passivamente nell'ambito della legislazione del periodo fascista²⁴⁶ nella fase che andò dall'approvazione della Costituzione fino al 1956. Secondo Berlinguer, "è intorno a quest'anno che prende corpo un maggiore interesse della società italiana e delle sue forze organizzate per i problemi sanitari, maggiore interesse che trova espressione anche nelle tesi dell'VIII Congresso del Pci"²⁴⁷, il primo congresso in cui il partito si trovò di fronte all'esigenza di teorizzare la cosiddetta via italiana al socialismo dopo la morte di Stalin e le critiche interne che vennero sul personalismo del suo governo e sulle grandi purghe degli anni Trenta dai suoi successori in URSS.²⁴⁸ La proposta togliattiana di fronte alle difficoltà che affrontava lo stalinismo e la strategia sovietica in est Europa legava a doppio filo democrazia, forze antifasciste e Costituzione e poneva le basi per il superamento della radicale opposizione tra diritti individuali e diritti dei movimenti sociali organizzati, che rappresentava il nocciolo ideologico del sospetto comunista nei confronti dei diritti propri delle liberaldemocrazie.²⁴⁹ Le contraddizioni del Pci del periodo togliattiano non vennero mai superate completamente, ma l'accettazione teorica da parte delle dirigenze del partito della via italiana al socialismo permise l'approccio ad alcuni temi sociali, tra cui quello della salute, all'interno della cornice democratica.

²⁴⁴ S. Delogu, G. Berlinguer, *La medicina è malata*, Laterza, Bari 1959.

²⁴⁵ Cfr. il numero 0 di *Medicina Democratica. Movimento di lotta per la salute*, fondato negli anni Settanta a Milano dall'igienista Giulio Maccacaro, vero e proprio manifesto politico dell'associazione, che si fondava su presupposti di giustizia e uguaglianza sociale di ispirazione marxista.

²⁴⁶ G. Berlinguer, *La politica sanitaria del PCI* in G. Berlinguer et al., *Enti locali e politica sanitaria*, Editori Riuniti, Roma 1966, p. 76.

²⁴⁷ *Ibidem*.

²⁴⁸ A. Cecchi (a cura di), *Storia del PCI attraverso i congressi*, Newton Compton Editori, 1977, p. 67.

²⁴⁹ D. Sassoon, *Togliatti e la via italiana al socialismo. Il PCI dal 1944 al 1964*, Einaudi, Torino 1997, p. 154.

Tra i temi di particolare interesse per il partito vi fu senza dubbio quello ospedaliero: una vasta messe di iniziative parlamentari sull'argomento da parte di deputati e senatori comunisti si ebbe a partire dal 1948: il culmine di questo genere di lavoro si ebbe con la proposta di legge per la riforma dell'ordinamento ospedaliero a firma del deputato Longo nel 1962, particolarmente critico nei confronti della parallela proposta di riforma governativa ad opera del ministro Giardina.²⁵⁰ Parallelamente alla critica sulle mutue come centri di potere democristiano²⁵¹, anche degli ospedali si parlava come “baronie bianche”, luogo di clientelismo e favoritismi:

le posizioni dominanti, distribuite da vere reti camorristiche, ridicolizzando i concorsi, diventano forti posizioni di importante privilegio economico a scapito della razionale e moderna assistenza sanitaria, oggi possibile solo con equilibrate équipes di medici e specialisti, distruggendo i potentati e i loro privilegi.²⁵²

Nel 1966, un convegno organizzato dal partito dal titolo *Enti locali e politica sanitaria* si concentrava sulla crisi del sistema mutualistico e si dimostrava molto critico sulle conquiste del centro-sinistra, che continuava nell'ottica comunista a rappresentare la “politica sanitaria delle classi dominanti”²⁵³. Un'alternativa che venne prospettata alla classe operaia nel ventennio successivo alla Liberazione fu quella di “lavoro o salute”, che contribuì a tenere sottotraccia le rivendicazioni dei lavoratori nel periodo della ricostruzione e del boom economico e che dal Pci venne denunciato come ricatto da parte padronale.²⁵⁴ Nel 1967 venne organizzato dal partito un convegno a Genova sulle tematiche sanitarie legate al lavoro di fabbrica, che ebbe una continuazione nel 1970 con il secondo convegno sul tema “La salute e il potere in Italia”. In queste occasioni si rimarcò lo scarso impegno sulla questione della salute da parte dei sindacati, fino ad arrivare a una legge che definiva qualche obbligo e divieto riguardante la salute degli operai, ovvero lo Statuto dei lavoratori del 1970. All'articolo 5 questa legge sanciva il divieto degli accertamenti da parte del datore di lavoro sull'idoneità e sull'infermità per malattia o infortunio del lavoratore dipendente. Questo genere di controlli veniva demandato ai servizi ispettivi degli Istituti previdenziali competenti; inoltre, l'articolo 9 stabiliva che i lavoratori, mediante loro rappresentanti, avevano il diritto di far controllare l'applicazione delle norme per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali. Centrali nell'attività del partito sulla salute nei luoghi di lavoro era considerato lo stimolo alle inchieste sulle condizioni delle fabbriche, sulla creazione di servizi comunali e provinciali di medicina preventiva, alle proposte di

²⁵⁰ S. Scarpa, *Il Pci e il problema ospedaliero*, in G. Berlinguer et al., *Enti locali e politica sanitaria*, op. cit., p. 79.

²⁵¹ Severino Delogu si esprime rispetto al problema delle mutue in termini molto critici nei confronti del partito democristiano. Dal dopoguerra agli anni Sessanta, secondo il medico sardo, il settore mutualistico si era caratterizzato come “uno dei settori più potenti del sottogoverno, [...] assumendo a pretesto un obiettivo politico giusto come quello della progressiva estensione sanitaria a tutta la popolazione”. Questa posizione era condivisa da tutto il Pci, che attribuiva il ritardo della riforma sanitaria alle difficoltà della Dc a rinunciare a un centro di potere così importante. Cfr. S. Delogu, *La salute dietro l'angolo*, op. cit., p. 15.

²⁵² S. Scarpa, *Il Pci e il problema ospedaliero*, in G. Berlinguer et al., *Enti locali e politica sanitaria*, op. cit., p. 88.

²⁵³ G. Berlinguer, *La politica sanitaria del PCI* in G. Berlinguer et al., *Enti locali e politica sanitaria*, op. cit., p. 16.

²⁵⁴ G. Berlinguer, *La salute nelle fabbriche*, op. cit., p. VII.

legge regionali sul tema.²⁵⁵ Grande interesse vi era anche intorno ai temi delle condizioni extralavorative (trasporti, abitazione, malnutrizione, istruzione), nell'ottica di una regolazione complessiva del rapporto uomo-ambiente; molti medici del Pci avevano come interessi a metà tra impegno politico e accademico l'epidemiologia e la medicina del lavoro, così come l'analisi di temi ai margini del dibattito pubblico sul lavoro, come gli irregolari, i lavoratori a domicilio, gli assunti fuori contratto, i minori, il cui numero maggiore si riscontrava specialmente nelle aree sviluppate (Lombardia e Veneto).²⁵⁶

Ciò veniva attribuito all'arretratezza dell'organizzazione sanitaria italiana rispetto agli altri paesi europei e alla scarsa incisività degli enti locali nei controlli necessari a garantire condizioni di sicurezza sufficienti; ma soprattutto nell'eccessiva onerosità che veniva attribuita dal "capitale", individuato negli esponenti di Confindustria e delle componenti più conservatrici dei governi e degli organi sanitari²⁵⁷, alla tutela del diritto alla salute rispetto al costo del lavoro.²⁵⁸

Chiaramente il partito portava avanti anche un'interpretazione teorica dei mutamenti in atto e dell'organizzazione sanitaria italiana, sottolineando le gerarchie interne alla sanità come strumento di potere: i centri direttivi delle mutue, le baronie accademiche, i grandi primari nelle corsie, con i redditi favolosi (anche al di sopra dei cento milioni l'anno negli anni Settanta) che derivavano da queste cariche rappresentavano nell'interpretazione comunista il perpetrarsi delle differenze di classe anche all'interno del sistema assistenziale, paradossalmente, perché questo non rappresentava niente di diverso da un'articolazione dello Stato. In quanto tale, vi riconosceva di fondo l'approccio della classe dominante e della Dc, che si faceva delle le migliaia di medici italiani, nell'interpretazione gramsciana "la categoria di intellettuali, forse la più importante, dopo quella ecclesiastica, per il prestigio e la funzione sociale che ha svolto nelle società primitive"²⁵⁹, un alleato importante. Il lavoro mutualistico veniva definito dal partito, in modo dispregiativo, "vero cottimo sanitario"²⁶⁰; venivano sottolineate anche le capacità distorsive del binomio partiti dominanti-classe medica sull'organizzazione dei servizi del Paese, come nel caso ospedaliero, in cui i Comitati ospedalieri regionali delle Regioni più ricche, in cui il numero di posti-letto era già elevato, spingevano per l'edilizia ospedaliera ottenendo più risultati delle Regioni che invece ne avrebbero avuto bisogno. Forte critica veniva dal partito anche per quanto riguardava la ricerca scientifica, considerata

²⁵⁵ Istituto Gramsci, Archivio PCI, Sezione ambiente e sanità – Relazioni, proposte e note, b. 647, f. 136, *Osservazioni sulla salute territoriale – 1972*.

²⁵⁶ G. Berlinguer, *La riforma per la salute*, op. cit., p. 84.

²⁵⁷ Veniva citato ad esempio un intervento di Petrilli all'IRI, tenuto nei primi anni Sessanta, in cui a parere del partito gli interessi dei lavoratori anche dal punto di vista sanitario venivano sacrificati allo sviluppo dell'industria di Stato. Cfr. S. Delogu, *Sanità pubblica, sicurezza sociale e programmazione economica*, op. cit., p. 112.

²⁵⁸ G. Berlinguer, *La politica sanitaria del PCI* in G. Berlinguer et al., *Enti locali e politica sanitaria*, op. cit., p. 18.

²⁵⁹ Fondazione Gramsci, Archivio G. Berlinguer, b. 76, 366-379, *La crisi politica: L'organizzazione sanitaria come strumento di potere*, 1967, p. 1.

²⁶⁰ Ivi, p. 2.

sottofinanziata e priva di interesse per le categorie dei professionisti medici, lasciando così al palo l'innovazione del settore e relegando il poco sforzo in questa direzione agli interessi privati.²⁶¹ A completare il novero delle "crisi" individuate dal Pci nel settore sanitario, la crisi morale, che trovava la propria massima espressione nella collusione con le grosse aziende farmaceutiche e i loro interessi, di cui una sintesi era stato il caso della talidomide, medicinale commercializzato negli anni Cinquanta e Sessanta come antiemetico, anti-nausea e ipnotico senza sufficiente approfondimento degli effetti collaterali, rivelandosi poi un teratogeno con effetti devastanti sul feto nei casi di somministrazione in gravidanza.²⁶²

A questo proposito, il Pci si schierava in questi anni apertamente contro i brevetti farmaceutici e il cosiddetto monopolio delle grosse aziende del settore: il partito si dichiarava contrario alla brevettazione del prodotto farmaceutico finale, considerato solo un modo per garantire all'azienda l'esclusiva sul farmaco e reputando sufficiente invece il brevetto sul procedimento. Le motivazioni riguardanti queste posizioni poggiavano sull'osservazione che, a fronte di una maggioranza di industrie di dimensione semi-artigianale, vi era un 2% delle aziende esistenti (circa 20) che detenevano negli anni Settanta il 90% della produzione di base, delle sostanze attive e delle materie prime²⁶³. Da questa situazione derivava una condizione di prezzi farmaceutici che determinava l'altissima entità della spesa farmaceutica a carico degli enti mutualistici, situazione di fronte alla quale i governi democristiani erano inerti a causa dei loro rapporti con Confindustria e Assofarma, la principale associazione dei grandi industriali farmaceutici italiani.

La risposta del Pci a questo tema era quella relativa alla statalizzazione della produzione dei farmaci di base, tema in comune con il Psi e che, nella prospettiva del partito, avrebbe eliminato grossi margini delle aziende maggiori che finivano nella pubblicità farmaceutica ai professionisti della sanità, vero elemento che condizionava le vendite e il mantenimento della situazione di semi-monopolio. L'eccessiva spesa relativa al settore farmaceutico che appesantiva i bilanci delle casse mutue era rappresentata, secondo le analisi del partito comunista, non come spesso si diceva dagli irrefrenabili appetiti di medicine dei mutuati o dall'eccessiva cedevolezza dei medici nel prescriberle, ma dalla "pesante presenza della promozione delle vendite, della schiacciante opera che le industrie farmaceutiche esercitano attraverso i 18 milioni di opuscoli che vengono fatte dai propagandisti scientifici e i 120 milioni di saggi gratuiti che vengono mandati a tutti i medici italiani".²⁶⁴ Queste analisi non tenevano conto poi del reato di comparaggio²⁶⁵, fenomeno che veniva attribuito in misura

²⁶¹ Fondazione Gramsci, Archivio Giovanni Berlinguer, b. 76, 366-369, *La crisi scientifica*, 1967, p. 12.

²⁶² Fondazione Gramsci, Archivio Giovanni Berlinguer, b. 76, 366-369, *La distorsione sanitaria e la crisi morale*, 1967, p. 3.

²⁶³ S. Scarpa, *La nazionalizzazione dei farmaci e l'industria farmaceutica*, in G. Berlinguer et al., *Enti locali e politica sanitaria*, op. cit., p. 89.

²⁶⁴ Ivi, p. 101.

²⁶⁵ Impegno, assunto da un medico o da un veterinario, di agevolare, a scopo di lucro, la diffusione di prodotti farmaceutici di un determinato marchio o produttore. È previsto come reato dal R.D. 27 luglio 1934 n. 1265, *Testo Unico delle Leggi*

maggiore nel discorso pubblico alle piccole e medie aziende farmaceutiche, mentre dalla Commissione parlamentare di inchiesta sui monopoli²⁶⁶ risultava una circolare di una grossa azienda, la Lederle, che

Informava i propri propagandisti di aver collocato nei capoluoghi di regione di tutta Italia un certo numero di casse di pasta alimentare, e di aver preparato un piano produttivo che rapportava i quantitativi di pasta disponibile al numero di pezzi di medicinale che ogni medico avrebbe dovuto prescrivere per ogni cassa; la Lederle aveva ricavato dalla moltiplicazione delle prescrizioni per i quantitativi di pasta il suo piano di produzione finale di un certo farmaco.²⁶⁷

Per questi motivi, riguardanti la distorsione del mercato, il Pci si schierava completamente in disaccordo rispetto al pagamento di una parte delle spese farmaceutiche da parte del paziente per mezzo dell'introduzione del ticket farmaceutico, della quale misura invece l'Assofarma si dichiarava completamente a favore. Secondo il Ministero della sanità, tra l'altro, il 45% del prezzo finale dei farmaci era dovuto alle spese per i grossisti e i farmacisti, ma secondo le analisi del partito comunista il patto stretto tra Assofarma e Anadisme (l'associazione dei grossisti) realizzava un vero e proprio cartello monopolistico,

con cui è l'Assofarma che ha nelle mani la maggior parte dei centri grossistici ed è l'Assofarma che con le sue industrie ha nelle sue mani 600 farmacie cosiddette private e persino un largo numero di farmacie interne agli ospedali. È questo il caso limite di violazione della legge italiana: in 19 province d'Italia esistono ospedali con farmacie interne, che sono subaffittate a grandi industrie e a grossisti farmaceutici. Cosa se ne deduce? Che è esistita ed esiste una integrazione tra istituzioni mutualistiche e industria farmaceutica. Per questo motivo ci dichiariamo a favore di aste pubbliche per l'approvvigionamento ospedaliero dei farmaci e la parziale nazionalizzazione della produzione.²⁶⁸

Un altro potere contro cui si scagliava il Pci era quello della FNOOMM: gli ordini dei medici erano considerati dagli esponenti del Pci che si occupavano di sanità come "una rappresentanza incostituzionale, illegale, immeritata, inconcludente"²⁶⁹, privilegiando invece l'idea di una rappresentanza legata ai sindacati. L'incontro dei sindacati dei lavoratori con i sindacati dei medici era la posizione più auspicabile dal punto di vista del Pci, e in particolare con i sindacati della CGIL²⁷⁰. Il Pci si considera negli anni Settanta si considerava, tra l'altro, un antesignano del tema sanitario in Italia: tra i risultati ottenuti, infatti, annoverano quello di pungolo e di stimolo per le altre forze politiche nell'approfondire il tema, soprattutto quando si cominciava a parlare più diffusamente e

sanitarie, agli artt. 170, 171 e 172; dal decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219 *Codice del farmaco* all'art. 147, comma 5; è proibito dall'art. 31 del codice deontologico dell'Ordine dei medici.

²⁶⁶ Commissione d'inchiesta della Camera *Limiti posti alla concorrenza in campo economico*, IV legislatura.

²⁶⁷ S. Scarpa, *La nazionalizzazione dei farmaci e l'industria farmaceutica*, in G. Berlinguer et al., *Enti locali e politica sanitaria*, op. cit., p. 107.

²⁶⁸ Ivi, p. 112.

²⁶⁹ *La politica sanitaria del PCI* in G. Berlinguer et al., *Enti locali e politica sanitaria*, op. cit., p. 22.

²⁷⁰ Ivi, p. 24.

concretamente di riforma: “mentre alcuni anni orsono le iniziative in questo settore si riducevano a poche righe, oggi tutti i partiti promuovono convegni, discussioni. La Democrazia Cristiana, il Psi, il Pri hanno organizzato degli uffici appositi, che si occupano dei problemi sanitari (questi uffici, ovviamente, dispongono di più uomini e mezzi di quanti noi ne abbiamo); vi è anche un’attività maggiore delle forze sociali in questo campo, da parte dei medici stessi (comunque si indirizzino), da parte dei sindacati dei lavoratori (qualunque sia il cammino della loro unità e della formulazione di una politica comune)”²⁷¹.

Di queste posizioni e rivendicazioni si trova traccia nelle proposte di riforma sanitaria del Pci, le cui intenzioni vennero chiarite innanzitutto attraverso le critiche ai progetti di riforma governativa degli anni Sessanta e Settanta. I principali punti di disaccordo erano la scarsa attenzione alla prevenzione, considerato un elemento fondamentale per garantire la sicurezza nei luoghi di lavoro; l’eccessivo appoggio alle resistenze da parte dei gruppi di potere che operavano nel campo sanitario, come mutue, medici e monopoli farmaceutici; i costi, che secondo il Pci venivano valutati male dal governo e dai partiti più cauti e che non tenevano conto del “costo della non riforma”, ovvero del mantenimento del sistema mutualistico, con i grossi debiti che sarebbero continuati ad aumentare.²⁷² Una prima proposta comunista risaliva al 1965 ed era rappresentata dal Disegno di legge n. 1429, presentato al Senato della Repubblica il 12 novembre 1965 con il titolo *Attuazione dell’articolo 32 della Costituzione e istituzione del Servizio sanitario nazionale*, d’iniziativa del senatore A. Maccarrone e altri senatori del gruppo del Pci. In questa proposta si ponevano le basi di alcune rivendicazioni che caratterizzarono il partito comunista fino alla legge di riforma del ’78, tra cui l’imprescindibilità dell’universalismo, il finanziamento completamente pubblico, e un’articolazione del livello più vicino al territorio molto simile a quella delle USL, con il nome alternativo di Consorzio sanitario intercomunale. Il compito del Ministero della sanità era quello di garantire prestazioni uniformi a livello nazionale; quello delle Regioni riguardava invece l’istituzione, regolamentazione, gestione e controllo delle strutture sanitarie del territorio, l’emanazione del piano regolatore generale dei servizi sulla base delle proposte delle Province e dei Comuni; questi ultimi enti territoriali si dedicavano invece all’erogazione dei veri e propri servizi, compresi quelli di prevenzione, igiene e profilassi, medicina del lavoro e scolastica, soccorso medico d’urgenza.²⁷³

Dopo ulteriori studi che esitarono nel il progetto di legge del 1970 *Provvedimenti per la tutela della salute dei singoli e delle collettività, di inizio costituzione del SSN e di risanamento di alcune istituzioni sanitarie*²⁷⁴, conservato in archivio ma di cui non si trova traccia nei lavori parlamentari, il

²⁷¹ Ivi, p. 26.

²⁷² V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., pp. 200-201.

²⁷³ G. Berlinguer, *Una riforma per la salute. Iter e obiettivi del Servizio sanitario nazionale*, op. cit., pp. 259-276.

²⁷⁴ Fondazione Gramsci, Archivio Giovanni Berlinguer, b. 76, 366-369, *Proposta di legge sulla sanità pubblica*, gennaio 1970.

12 giugno 1973 il gruppo comunista avanzò alla Camera la proposta di legge *Istituzione del servizio sanitario nazionale*, un progetto estremamente articolato e che rappresenterà un punto di riferimento nei lavori per l'articolazione della riforma anche per altri gruppi politici; ad esempio il democristiano Luigi Gui, ministro della sanità tra il 1973 e il 1974, vi fece riferimento come documento importante e da tenere presente nel corso dell'insediamento della Commissione Valiante, una delle commissioni degli anni Settanta incaricate di lavorare sul progetto²⁷⁵. La proposta comunista partiva dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale, considerando la tutela della salute pubblica come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività; venivano chiamati a svolgere questo servizio gli organi centrali dello Stato, le Regioni e gli enti locali territoriali. La proposta definiva i compiti del Servizio nell'attuazione delle misure di igiene, dei servizi di medicina preventiva, della diagnosi e della conoscenza della situazione sanitaria del Paese. Veniva inoltre stabilita la gratuità di tutte le prestazioni e gli interventi per tutti i cittadini, senza distinzioni; veniva stabilito che spettava allo Stato la funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative in materia di sanità delle Regioni perché esse rispondessero ad esigenze di carattere unitario, mentre le competenze legislative e le funzioni amministrative sulla materia sanitaria spettavano alle Regioni. La proposta comunista prevedeva anche la soppressione del Consiglio Superiore di Sanità, organo a parere del partito baronale e di antiquata impostazione; esso doveva essere sostituito dal Consiglio sanitario nazionale, presieduto dal ministro della Sanità e composto da tre rappresentanti per Regione eletti dal Consiglio regionale con il sistema del voto limitato. Uno dei compiti del Consiglio sanitario regionale era quello di redigere una relazione annuale pubblica sulla situazione del Paese da trasmettere al Parlamento e al Governo entro il 31 marzo di ogni anno; la Regione avrebbe dovuto predisporre, nell'ambito del programma economico regionale, un piano sanitario e promuovere, di intesa con i Comuni interessati, la costituzione delle Unità sanitarie locali; istituire il Consiglio regionale di sanità, con compiti consultivi di promozione e di iniziativa e con la partecipazione dei rappresentanti dei Comuni e delle Province. Era riservata, invece, al Parlamento la competenza legislativa relativa agli interventi contro le epidemie e alla produzione e alla registrazione dei farmaci. Ovviamente, una parte della proposta era riservata alla questione farmaceutica: la produzione pubblica dei farmaci doveva essere realizzata attraverso una azienda di Stato con capacità di intervento sul mercato e nella produzione, e sarebbe dovuta diventare fornitrice unica del Servizio Sanitario Nazionale.²⁷⁶

Un caposaldo delle rivendicazioni comuniste sulla sanità era rappresentato dalla fiscalizzazione degli oneri sociali, misura che, nell'ottica del partito, avrebbe contribuito ad aumentare l'equità del sistema, a garantire l'uso delle risorse del salario differito dei lavoratori per fini sociali e che aveva anche

²⁷⁵ V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 289.

²⁷⁶ Ivi, pp. 289-290.

l'ulteriore pregio di diminuire il costo del lavoro, elemento che non costituiva una rivendicazione del Pci ma che sarebbe servita a far approvare la riforma alle parti sociali più conservatrici e padronali. All'indomani della presentazione del piano quinquennale 1965-69 da parte del centro-sinistra, tale misura era inserita tra i punti programmatici per i cinque anni di governo. Tuttavia, il Pci ne vedeva i limiti nel mancato inserimento nel contesto di una riforma generale del sistema tributario italiano, e appoggiava la proposta dell'economista Sergio Steve di un'imposta sul reddito a base molto larga che finanziasse il SSN.²⁷⁷ Nel frattempo, erano state inaugurate delle misure di fiscalizzazione parziale; fu deciso però, invece di aumentare l'entità di tale intervento, di defiscalizzare i contributi interessati dalla misura in seguito ad alcune emergenze, come il sostegno ad alcune zone italiane alluvionate nel 1967. La decisione non era stata apprezzata da più parti:

La decisione di defiscalizzare non è sembrata opportuna sia ai lavoratori che ai datori di lavoro ed è stata fortemente criticata a livello tecnico. È stato giustamente osservato da parte delle Confederazioni dei Lavoratori che la precipitazione che aveva spinto il governo a fiscalizzare quote di contributi sociali senza riferire il provvedimento alla graduale attenzione di un disegno organico di riforma previdenziale, ha ugualmente spinto il Governo anche in occasione della decisione di defiscalizzare. A questo punto quello che importa non è continuare, sotto la pressione di situazioni contingenti, questa strana ginnastica finanziaria che danneggia tutti, ma elaborare un disegno di riforma che dia delle garanzie precise ai lavoratori. [...] Anche i datori di lavoro si sono dimostrati contrari al provvedimento di defiscalizzazione, non solo perché avrebbe fatto loro comodo continuare a risparmiare 300 e passa miliardi l'anno, ma anche perché contrari al sistema attuale che taglia in larga misura dalla manovra ingenti risorse finanziarie quali quelle amministrate dagli enti di previdenza.²⁷⁸

Una delle più frequenti critiche del Pci relativamente alla riforma sanitaria era rappresentata dall'inerzia del governo e dei partiti della maggioranza in merito all'attività legislativa. Al 1974, le uniche proposte di riforma esistenti erano quella del Pci e quella del Psi; considerando i tempi di discussione parlamentare e i vari passaggi tra le Camere, gli esponenti del partito comunista si dichiaravano molto preoccupati della data in cui la riforma di cui si parlava già da molti anni avrebbe alla fine visto la luce²⁷⁹. L'apporto del partito comunista alla legge di riforma fu significativo e puntuale: la presenza di molti esponenti del partito nelle Commissioni parlamentari che lavorarono sul progetto di legge definitivo permise una confluenza significativa di contenuti e principi comunisti nella legge 833/78; i deputati e gli esperti di sanità del partito si dimostravano comunque consapevoli che la riforma rappresentava un punto di partenza, e non di arrivo. La difficoltà di attuazione del SSN veniva considerata anche maggiore nel caso in cui i governi fossero stati ancora per lungo tempo a dominio incontrastato della DC: il partito comunista, infatti, attribuiva ritardi e resistenze della legge agli interessi in ambito sanitario dei democristiani. La Sezione sanità del partito osservò

²⁷⁷ S. Delogu, *Sanità pubblica, sicurezza sociale e programmazione economica*, op. cit., p. 131.

²⁷⁸ Ivi, pp. 131-132.

²⁷⁹ G. Berlinguer, *Una riforma per la salute. Iter e obiettivi del servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 100.

immediatamente dopo l'approvazione della riforma i pericoli del ritardo nell'approvazione del Piano sanitario nazionale²⁸⁰, uno dei problemi che rese meno efficace la legge 833/78 nel corso del triennio 80-82 e di tutti gli anni Ottanta. Secondo l'interpretazione comunista, questo ritardo favoriva i gruppi di pressione mercantili, corporativi e clientelari che traevano vantaggio da un'applicazione parziale dei cambiamenti prescritti nella legge, provocando un "ingigantimento dei consumi sanitari"²⁸¹. Particolarmente preoccupante per il partito era l'atteggiamento governativo, che continuava a modificare la legge tramite una valanga di emendamenti successivi, senza chiarirne i necessari punti chiave per la definizione del nuovo sistema, a partire dalla sua copertura fiscale:

La trasformazione complessiva è stata introdotta nel testo iniziale, e la massa degli emendamenti smantella l'enfasi originaria creando un testo sminuzzato in una serie interminabile di adempimenti banali e quotidiani, fra i quali spiccano di tanto in tanto scardinamenti gravi dei contenuti della riforma, tali da stravolgere anche la linea emergente dalla linea iniziale e dallo spirito della legge 833/78. [...] Particolarmente errata pare l'introduzione dei tickets, che sottopongono a sacrifici pesanti gli ultimi anelli della spesa, ovvero gli utenti, senza affrontare i nodi centrali del finanziamento.²⁸²

7.5 L'opinione dei medici

Le riflessioni provenienti dal mondo medico, raccolte in riviste e atti di convegni, riguardo l'organizzazione della sanità in Italia interessano comprensibilmente tutto il periodo preso in considerazione. I medici infatti guardavano ai rinnovamenti amministrativi e politici con speranza e timore insieme: speranza di risolvere i non pochi problemi che affliggevano la professione, che secondo molti aveva perso nel tempo di importanza e di possibilità di guadagno, e timore di perdere invece una serie di possibilità e privilegi che una posizione affermata nel settore sanitario ancora permetteva. Come infatti sottolineano alcuni studi sociologici incentrati sulle aspettative dei professionisti che hanno scelto di studiare e lavorare nel settore nel corso del Novecento, la professione medica si caratterizza tradizionalmente per una componente significativa di autoimprenditorialità²⁸³ e una altrettanto forte spinta al consociativismo²⁸⁴. Queste caratteristiche

²⁸⁰ Fondazione Gramsci, Archivio PCI, Dipartimento problemi economici e sociali – Sezione sanità, b. 596, f. 160, *Osservazioni sul piano sanitario nazionale, quale risulta dagli emendamenti governativi*, 1980.

²⁸¹ Ivi, p. 2.

²⁸² Ivi, p. 11.

²⁸³ Da molti studiosi è stato giustamente osservato che il titolo di laurea in medicina ha rappresentato nel Novecento in Italia (ma non solo) una forma di ascesa sociale di modello notabile; questa situazione affondava le sue radici nel declino delle antiche università medievali, che aveva provocato nei secoli successivi un decadimento formativo. Ancora nell'Ottocento la preparazione scientifica dei medici italiani rispetto a quella dei corrispettivi europei non reggeva il confronto, e aveva generato il riassorbimento della professione in un sistema corporativo nel quale il rango, l'appartenenza e la territorialità, tipicamente cittadina, erano preminenti rispetto ai contenuti scientifico-professionali. cfr. M. Malatesta, *Professionisti e gentiluomini. Storia delle professioni nell'Europa contemporanea*, Einaudi, Torino 2006, pp. 134-157.

²⁸⁴ Gli studi di Eliot Freidson sottolineano invece un importante aspetto riguardante l'importanza della comunità

dovevano adeguarsi in questo momento storico all'esigenza del Paese di una chiara individuazione di responsabilità e compiti da assegnare al personale sanitario pubblico, dovuto all'urgenza di dare finalmente agli italiani un servizio sanitario operante²⁸⁵. La professione medica aveva una caratteristica importante nel contesto italiano, che la accomunava e la accomuna tuttora ai Paesi dell'Europa meridionale: la prevalenza dei medici sugli altri professionisti del settore sanitario.

Tale predominanza, che inevitabilmente ha ricoperto un ruolo importante nell'applicazione delle politiche sanitarie italiane, rappresenta un dato di lungo periodo della realtà sociale della penisola, ed è stato quindi oggetto di importanti ricerche che hanno affrontato la storia associativa e occupazionale dei medici stessi²⁸⁶. Nell'ambito della sociologia, infatti, gli studi sulla storia delle professioni hanno permesso di analizzare i rapporti istituzionali ed economici all'interno dei quali si sono mossi tra Otto e Novecento gli esercenti le professioni liberali; i medici, in questo contesto, si pongono in una posizione particolare, in qualità di "mediatori per eccellenza tra la società e lo Stato"²⁸⁷. Dello stesso avviso il sociologo statunitense Eliot Freidson, considerato un punto di riferimento per gli studi sulla sociologia delle professioni, e sulla sociologia della medicina in particolare. In uno dei suoi testi fondamentali, *La dominanza medica*, Friedson sostiene che "al centro della sanità ci sono autorevoli organismi di esperti sostenuti e protetti dallo Stato. Foucault affermava che lo stato moderno si affida alla conoscenza delle discipline formali per la formulazione di politiche di controllo sociale, le quali sono più invasive e sottili della coercizione fisica dei tempi passati. [...] Il concetto di professione ci consente di dare corpo e sangue alla visione di Foucault fornendoci la possibilità di delineare e analizzare il modo in cui le varie forme di conoscenza vengono analizzate dai loro rappresentanti (medici, avvocati, assistenti sociali, pedagoghi, commercialisti e altri riconosciuti dallo Stato) dando vita a occupazioni economicamente vitali."²⁸⁸ Secondo Friedson, in inglese il termine "professione" non indica solo il lavoro che si svolge per vivere, ma indica invece un tipo di occupazione che gode,

professionale medica. Si sostiene infatti che la sua competenza è talmente specialistica che non può essere giudicata dal suo cliente o dal mercato: e questa è l'origine di un privilegio che consente il privilegio di un giudizio che può essere solo interno alla classe professionale. Cfr. E. Freidson, *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, FrancoAngeli, Milano 2002, p. 34. Negli scritti di Giovanna Vicarelli a queste osservazioni se ne aggiungono altre riguardanti nello specifico il nostro Paese, in particolare durante il periodo liberale e poi fascista, in cui avviene la fascistizzazione delle organizzazioni mediche da parte dello Stato e all'inverso il tentativo da parte dei medici di premere sullo Stato per ricevere adeguate garanzie, avendo raggiunto il monopolio occupazionale ma non un'adeguata sicurezza lavorativa. Cfr. G. Vicarelli, *Gli eredi di Esculapio. Medici e politiche sanitarie nell'Italia unita*, Carocci, Roma 2010, p. 132.

²⁸⁵ Ministero della sanità – Centro studi, *La formazione del personale sanitario. Rapporto conclusivo dell'indagine svolta dal CENSIS*, Tipografia D. Detti, Roma 1972, p. 11.

²⁸⁶ Si ricordano studi come A. M. Banti, *Storia della borghesia italiana (1861-1922)*, Donzelli, Roma 1996; M. Soresina, *I medici tra Stato e società. Studi su professione medica e sanità pubblica nell'Italia contemporanea*, Francoangeli, Milano 1998; P. Frascani, *I medici dall'unità al Fascismo*, in *Storia d'Italia, Annali*, vol. X, *I professionisti*, M. Malatesta (a cura di), Einaudi, Torino 1996; A. Lonni, *I professionisti della salute. Monopolio professionale e nascita dell'ordine dei medici (XIX e XX secolo)*, Francoangeli, Milano 1994.

²⁸⁷ R. Cea, *Il governo della salute nell'Italia liberale. Stato, igiene e politiche sanitarie*, op. cit., p. 19.

²⁸⁸ E. Friedson, *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, Francoangeli, Milano 2002, p. 27.

a livello politico-economico, di una posizione di privilegio, di grande prestigio e di diritto esclusivo sull'esercizio di determinate pratiche, che rimangono appannaggio di una classe professionale che condivide gli stessi percorsi formativi, generalmente accademici. Le istituzioni controllano e sono garanti delle istituzioni formative e dell'esercizio professionale esclusivo da parte dei membri abilitati, garantendo loro, con il sostegno dello Stato, il monopolio nell'esercizio di determinati compiti e funzioni. Friedson sostiene che questo permette ad alcuni professionisti, tra cui i medici, di svincolarsi dal controllo del libero mercato e di una concorrenza troppo nutrita sul loro lavoro; inoltre, la sua competenza risulta talmente specialistica da non essere valutabile dal paziente; tuttavia, la professione medica si configura secondo questa teoria sociologica come relativamente, ma non completamente libera dal controllo del paziente stesso, che continua a mantenere delle forme indebolite di potere, la prima e più importante tra le quali consiste nella scelta del professionista.

Nella ricostruzione del sociologo statunitense, uno degli accenti fondamentali è posto sul concetto di lavoro protetto, "inteso come strumento di attivazione di alcuni gruppi professionali che si garantiscono, attraverso di esso, la continuità e la sicurezza lavorativa. Per ottenere tale nicchia, le professioni debbono persuadere il mondo politico che le loro attività hanno una evidente importanza funzionale e che rispondono a interessi pubblici".²⁸⁹ Dal momento che la produzione di un servizio è però, oltre che un'azione scientifica o morale, anche un'azione economica, vengono a configurarsi e a consolidarsi delle istituzioni che erogano tali servizi, nell'interesse non solo e non tanto delle categorie protette (che possono essere i pazienti di un determinato ospedale o i cittadini di un intero stato, a seconda dell'ampiezza dell'istituzione creata), ma che costituiscono anche un'inevitabile fonte di sicurezza e di guadagno per la classe medica. Un'ulteriore forma di assicurazione dell'esercizio delle proprie prerogative in modo semi-svincolato da forme di controllo è l'affermazione, da parte della classe medica, che la propria competenza è talmente specialistica da non poter essere valutata dal paziente/cliente. Si tratta, di fatto, della creazione di un privilegio che gli consente di essere valutato dalla comunità dei colleghi piuttosto che dal mercato. Si viene a configurare, quindi, una notevole importanza della comunità professionale per chi esercita la professione medica: a partire dai luoghi di formazione, per continuare con l'esercizio della professione, Friedson riconosce nella classe medica nel suo complesso un forte interesse alla coesione. La protezione statale nei confronti dell'esercizio professionale conduce quindi a uno scarso confronto con i colleghi (e dunque alla sopravvalutazione personale), ma anche a una spiccata resistenza a giudicare i propri colleghi e a una notevole ipersensibilità alle critiche²⁹⁰.

Giovanna Vicarelli, analizzando il rapporto tra la professione medica e i diversi tipi di sistemi di welfare, da parte sua si chiede se "i paesi dell'Europa meridionale hanno conosciuto un modello di

²⁸⁹ Ivi, p. 19.

²⁹⁰ Ivi, p. 24.

professionalizzazione dissimile da quello continentale ed anglosassone, tale da non circoscrivere una posizione intermedia o ibrida tra i due, ma una posizione specifica”²⁹¹. Considerando infatti che le politiche sanitarie di qualsiasi paese in un determinato periodo di tempo sono il prodotto di un insieme di fattori, tra i quali il tessuto sociale, culturale e politico, i suoi valori e le sue strutture sociali, le istituzioni e le tradizioni politiche, il sistema giuridico e la precedente organizzazione sanitaria, trattandosi, come tutte le altre forme di organizzazione sociale, di processi calati in un contesto storico di cui risentono, si propone l’ipotesi che la macroarea dell’Europa mediterranea presenti dei peculiari caratteri di accesso alla professione medica. Sulla scorta dell’estensione operata da Maurizio Ferrera dell’estensione a tutta l’Europa meridionale dei caratteri di welfare particolaristico-clientelare, quindi, Giovanna Vicarelli pone l’accento su “la debolezza dei mercati sanitari privati, legati alle perduranti situazioni di povertà della popolazione”²⁹² nonché sulla gracilità della protezione sociale e sanitaria garantita dagli stati mediterranei, ipotizzando che queste caratteristiche strutturali abbiano portato la classe medica italiana a porre “le basi della propria legittimazione professionale non solo nel controllo dei diversi segmenti, pubblici e privati, ma in forti e profondi legami sociali”²⁹³, che vengono interpretati dall’autrice secondo il concetto di *clan*.

In effetti, il ruolo della classe medica come corporazione professionale, in grado di giocare un ruolo in modo abbastanza compatto nel susseguirsi delle riforme sanitarie nel corso del secondo Novecento in Italia viene riconosciuto quasi unanimemente dalla storiografia. Nel lungo percorso che porta alla costituzione della nuova organizzazione sanitaria, infatti, i medici si pongono in maniera non sempre netta (ad esempio, proprio in occasione dell’approvazione della l. 833/1978, si ricordano opinioni discordanti nella rivista di categoria, *Il medico d’Italia*²⁹⁴, che vengono riassunte da alcuni osservatori dell’epoca nell’atteggiamento “né aderire né sabotare”²⁹⁵ conseguente al tentativo di mantenere la possibilità di esercitare l’attività libero professionale che era garantita dalla legislazione pre-riforma). Secondo la ricostruzione di Vicarelli, ed è opinione maggioritaria tra gli studiosi della questione, per i medici la riforma sanitaria ha rappresentato più un’opportunità che un demansionamento o una riduzione della propria attività professionale, come temuto da alcuni esponenti della categoria e da alcuni loro rappresentanti politici, in particolare democristiani.²⁹⁶ Il timore infatti, con il venir meno dell’organizzazione mutualistica, era che sopraggiungesse un impedimento al cumulo delle mansioni, essendo sempre stata l’attività ospedaliera caratterizzata da compensi particolarmente bassi, lasciati in eredità dalla storica natura caritativa di tali enti; per sopperire a tale problema molti medici, e in

²⁹¹ G. Giarelli, *Convergenza e divergenza nelle riforme dei sistemi nazionali euro-mediterranei*, in G. Vicarelli (a cura di), *Regolazione e governance nei sistemi sanitari europei*, op. cit., p. 25.

²⁹² Ivi, p. 26.

²⁹³ Ibidem.

²⁹⁴ G. Berlinguer, *Una riforma per la salute. Iter e obiettivi del Servizio sanitario nazionale*, De Donato, Bari 1979, p. 89.

²⁹⁵ Ibidem.

²⁹⁶ G. Vicarelli, *Gli eredi di Esculapio*, op. cit., p. 95.

particolare i giovani che si affacciavano alla professione, cercavano l'affiliazione con le casse mutue (a volte anche più di una). Tuttavia, i medici riescono a entrare numerosi nel nuovo servizio pubblico, con criteri universalistici di ammissione e con una retribuzione "più che adeguata."²⁹⁷ Il 1979, che avrebbe dovuto rappresentare però l'anno di avvio della riforma e di un vasto processo di messa in opera, con aggiustamenti che erano già stati preventivati anche nel dettato legislativo, si presenta invece come il punto d'avvio di un processo di cambiamento economico e sociale che mette decisamente in secondo piano le istanze che avevano permesso l'approdo a un ancora imperfetto universalismo sanitario; i medici, in questo processo incompleto, si presentano fossilizzati su posizioni paternalistiche nei confronti del paziente, dovendo continuamente riaffermare, nel corso del tempo, l'importanza della propria competenza professionale, mentre il sistema sanitario pubblico, nel corso degli anni '80 e, ancor di più, '90, andava incontro a profondi processi di ristrutturazione organizzativa e finanziaria che ne metteva in discussione gli stessi presupposti. Secondo Giovanna Vicarelli, "il rapporto medico-paziente risulta sempre più difficile"²⁹⁸ a causa di una ambivalenza nei confronti del paziente stesso, che "si ritiene debba essere tutelato e al tempo stesso blandito perché utile nel mercato sanitario privato, oltre che in quello politico dei voti e delle relazioni clientelari. Si tratta, però, di posizioni di dominanza a cui viene meno nel tempo la legittimazione sociale, poiché di fronte allo scoppio di tangentopoli e all'evidenza della corruzione nell'ambito sanitario il cittadino trova confermate le proprie idee su un'attività medica troppo spesso governata dall'interesse economico, più che da uno spirito di servizio tipicamente professionale".²⁹⁹

Alla luce di queste osservazioni generali, si tenterà ora di analizzare le posizioni della categoria nei confronti delle dichiarazioni dei politici e dei passaggi parlamentari verso la riforma. L'attenzione della categoria medica ai dibattiti politici riguardanti i cambiamenti nell'organizzazione sanitaria del Paese fu comprensibilmente alta per tutto il periodo preso in considerazione, ma contemporaneamente la rappresentanza sindacale era molto frammentata: diverse organizzazioni si definivano portavoce della categoria, e questo determinava incertezza negli esponenti politici e di governo nella percezione unitaria delle esigenze della classe medica.³⁰⁰ Uno dei più importanti interlocutori sindacali che rappresentavano gli interessi dei medici era rappresentato dalla FNOOMM, la già citata unione nazionale degli storici organi provinciali di categoria. Di stampo conservatore, era però affiancata da associazioni di medici ospedalieri come la FIARO, di medici ambulatoriali come l'ANAAO, dei settori dedicati alla sanità dei sindacati tradizionali come CGIL e CISL e molte altre sigle specifiche di specializzazioni o settori professionali. Alla luce di queste osservazioni, una posizione unitaria che

²⁹⁷ Ivi, p. 96.

²⁹⁸ Ivi, p. 101.

²⁹⁹ Ibidem.

³⁰⁰ Cfr. ad esempio G. Berlinguer, *La politica sanitaria del PCI*, in G. Berlinguer et al., *Enti locali e politica sanitaria*, Editori riuniti, Roma 1966, p. 16.

riassuma l'opinione dei medici nel periodo precedente la riforma è di difficile individuazione. Ciò che si può ragionevolmente osservare dal punto di vista generale è una preoccupazione della categoria riguardo un presunto peggioramento della loro condizione, sia dal punto di vista economico sia da quello del prestigio professionale. Le cause di tutto ciò andavano ricercate, secondo le maggiori organizzazioni di categoria, nell'estendersi dell'organizzazione mutualistica e previdenziale, che "ha intaccato il tradizionale rapporto fiduciario medico-malato, ha sostituito all'uomo la pratica, ha fatto prevalere le esigenze di bilancio a quelle della salute."³⁰¹ Eppure, dal 1948 agli anni Settanta l'organizzazione mutualistica, pur con tutti i suoi problemi, aveva garantito alla classe medica delle condizioni di sicuro impiego lavorativo, profitti alti, garanzie maggiori rispetto alla maggior parte dei settori lavorativi italiani, anche pubblici: tanto che Severino Delogu, medico comunista impegnato nella messa a punto di proposte di riforma del settore, osservava che

Non è un caso che proprio in quel periodo la categoria medica incomincia ad essere contestata sia per i baroni che la egemonizzano totalmente sia per lo scoperto legame tra professione e guadagni facili. Giravano in quel tempo sigle significative: le tre M (macchina, moglie, mutua), il DDT (dignità, decoro, tariffe).³⁰²

Alcuni cambiamenti del lavoro del personale sanitario prospettati nel tempo nelle proposte di riforma tenevano particolarmente alta l'attenzione della classe medica: oltre ai nuovi rapporti di lavoro, grande interesse suscitava la figura del medico di famiglia, considerato una sorta di figura intermedia tra il medico ambulatoriale e il medico condotto.³⁰³ Un grosso spauracchio della classe medica era la cosiddetta "impiegatizzazione": nelle riviste di settore è evidente il rifiuto di essere trattati alla stregua di generici impiegati pubblici, elemento che, a parere della maggioranza dei rappresentanti della categoria, rappresentava un declassamento e una mancata valorizzazione dell'elemento di libera professione insita nell'esercizio della medicina. In questo elemento è confermata ed evidente l'autoimprenditorialità che è stata osservata dai sociologi negli esponenti della categoria.

I progetti di riforma elaborati dalle rappresentanze mediche si concentravano sul ruolo delle USL esclusivamente come enti gestori della prevenzione e della salute pubblica, ma ribadivano la centralità assoluta del settore ospedaliero; si concentravano anche sulla valorizzazione delle competenze specifiche delle professioni sanitarie e sull'autonomia professionale³⁰⁴. Le proposte provenienti dalla classe medica dunque erano chiare, nonostante le critiche che venivano in particolare dall'ambiente comunista, che lamentava uno scarso contributo dei medici alla nuova organizzazione sanitaria

³⁰¹ S. Delogu, *Sanità pubblica, sicurezza sociale e programmazione economica*, op. cit., p. 39.

³⁰² S. Delogu, *La salute dietro l'angolo. Dalla riforma una svolta nell'organizzazione sanitaria del Paese*, op. cit., p. 16.

³⁰³ *Al congresso nazionale della FIMM il problema della collocazione del medico di base nel SSN*, in *Il medico d'Italia. Settimanale della Federazione nazionale degli ordini dei medici*, Anno XIV, n. 24-25, 16-23 giugno 1977, pp. 6-7.

³⁰⁴ Cfr. *Per una riforma sanitaria che non sia contro i medici*, in *Il medico d'Italia. Settimanale della Federazione nazionale degli ordini dei medici*, Anno XV n. 5-6, 21-31 gennaio 1978, p. 3; *I medici di fronte alla riforma*, in *Il medico d'Italia. Settimanale della Federazione nazionale degli ordini dei medici*, Anno XV n. 33-34, 14-20 giugno 1978, p. 10;

italiana, reputando la categoria maggiormente orientata alla conservazione di privilegi e proventi professionali rispetto all'interesse della costruzione di un sistema equo e ben funzionante. Tuttavia, va anche detto che negli ambienti medici aleggiavano disillusione e un certo sospetto nei confronti delle discussioni e dei dibattiti dei politici: le reazioni degli ambienti professionali ai dibattiti sulla riforma venivano definite dai medici stessi nelle loro riviste di "diffuso scetticismo", e questo era dovuto soprattutto alle incertezze politiche nelle proposte, nei confronti delle quali si sentivano in balia, e dei problemi economici conclamati del sistema mutualistico e pubblico, che si ripercuotevano sulla loro pratica quotidiana.³⁰⁵

L'approvazione del programma di sviluppo economico del 1965-69 scatenò una sensibile reazione negli ambienti medici, soprattutto in conseguenza delle dichiarazioni del ministro Mariotti sulla sua mancanza di volontà di statalizzare la professione; anzi, tra le dichiarazioni che accompagnavano il programma sanitario vi era un apposito paragrafo che indicava come obiettivo della programmazione l'adeguamento quantitativo dei servizi sanitari alle crescenti esigenze dei cittadini e il loro miglioramento qualitativo, nel rispetto anche del lavoro libero-professionale.³⁰⁶ La FNOOM reagì sottolineando l'importanza della libera scelta del medico curante da parte del paziente e la contrarietà rispetto ad ogni forma di "impiegatizzazione" dei professionisti sanitari. Particolarmente interessata dalle dinamiche di cambiamento era la figura del medico condotto, di cui negli scritti dei medici comunisti si riportava un'immagine quasi eroica, ma di cui sempre di più si rendeva evidente l'arretratezza delle condizioni di lavoro di fronte alle modernizzazioni della medicina:

Il medico del passato, il medico di famiglia, di campagna, di quartiere, di condotta, artigiano medico con la sua grandezza e la sua piccolezza, si rifiuta in fondo di prendere atto della sua alienazione e della mancanza di mezzi tecnici pregiudizievole ai suoi malati e alla sua stessa professione. [...] Questo tipo di medico rimane in fondo ferocemente conservatore; vive come un problema il fatto che la sua arma psicologica tradizionale, la suggestione del prestigio del medico tradizionale, venga spuntata dalle nuove dinamiche del progresso. [...] Il giovane medico, il medico nuovo manifesta oggi, prima di ogni altra cosa, grandi bisogni tecnici e si va sempre più convincendo che solo un lavoro d'équipe, in un centro sanitario moderno, può fornirgli i mezzi necessari per un'efficace azione clinica.³⁰⁷

Da parte comunista venivano anche critiche sull'atteggiamento della FNOOMM di fronte alle proposte del centro-sinistra contenute nel piano quinquennale. La critica riguardava un arroccamento della FNOOMM, secondo i comunisti, in una difesa acritica di posizioni legate più al prestigio professionale che a reali esigenze della categoria: la libertà di scelta degli assistiti, la libertà di prescrizione, un rapporto medico-paziente improntato alla deferenza. Il commento della FNOOMM riguardava anche il lato finanziario del progetto, contestandone la validità, sebbene non riportasse

³⁰⁵ *Perplexità su alcuni aspetti della riforma, non polemica. La vera posizione della FNOOMM*, in *Il medico d'Italia. Settimanale della Federazione nazionale degli ordini dei medici*, Anno XV n. 37-38, 1-13 luglio 1978, pp. 1-2.

³⁰⁶ S. Delogu, *Sanità pubblica, programmazione economica e sicurezza sociale*, op. cit., p. 116.

³⁰⁷ Ivi, p. 117.

l'opinione della categoria degli ospedalieri, che invece guardava il piano quinquennale con la speranza di una riforma dell'ordinamento ospedaliero e delle gerarchie interne. Il piano, infatti, investiva per la prima volta nella Repubblica il comparto ospedaliero pubblico di un programma di rinnovamento organico, che puntava a stanziare per l'edilizia del settore circa 330 miliardi, per un aumento complessivo di posti-letto di 80mila unità (prima tranche di ulteriori investimenti, che avrebbero dovuto coprire completamente il fabbisogno italiano, carente secondo i calcoli di 207mila posti-letto). La gran parte di questo piano andava a coprire le mancanze del Sud, anche in questo caso rappresentando un grosso cambiamento rispetto a quello che secondo alcuni osservatori del Pci avveniva fino a questo momento:

[...] gli interventi dello Stato nel settore non erano mai stati inquadrati in una qualunque disciplina, condizionati soprattutto da pressioni politiche e dalla forza economica delle amministrazioni ospedaliere. Un esame dettagliato della distribuzione territoriale dei contributi finanziari dello Stato dimostra chiaramente la veridicità di quest'affermazione: il maggior numero di opere che hanno beneficiato del contributo risiedono nelle regioni centro-settentrionali, anche per la ragione che il particolare sistema di intervento finanziario dello Stato favorisce gli enti ospedalieri dotati di beni patrimoniali ed esclude tutti quelli che non possono offrire garanzie reali per la copertura di mutui.³⁰⁸

La FNOMM e l'Intersindacale medica, che nel 1977 e nel 1978 rappresentarono unitamente gli interessi dei professionisti iscritti ai diversi sindacati in occasione dell'importante appuntamento della riforma, presero in esame in questi anni i disegni di legge in discussione presso le Commissioni parlamentari, esprimendo "piena adesione ai disegni di fondo del provvedimento"³⁰⁹. Lamentavano però un eccessivo potere attribuito ai Comuni e in generale agli amministratori degli enti locali, che erano sprovvisti di competenze tecniche, e a loro parere mancavano anche di organi giuridici e strumenti organizzativi adeguati. La partecipazione dei medici all'ambito decisionale era considerata inoltre troppo scarsa, e l'attenzione veniva portata sulla progressiva deresponsabilizzazione che avrebbe interessato i professionisti della materia.

I ministri del Lavoro degli anni Settanta, compresi i ministri democristiani come Donat-Cattin, che insieme a Mariotti fu tra i principali artefici delle linee di impostazione del disegno di riforma che andò incontro a numerosi riaggiustamenti fino al 1978, aveva le idee chiare sul rapporto che ci sarebbe dovuto essere tra i medici e il SSN. La linea politica maggiormente condivisa a partire dal 1970-1972 a questo proposito sembrava essere quella del rapporto a tempo pieno:

L'utilizzazione dei medici non dovrebbe essere lasciata alla valutazione dei singoli professionisti "che scelgono sul piano della convenienza dove esercitare la propria attività". Allo scopo di colmare le lacune e garantire un rapporto ottimale tra medico e cittadino in ogni zona, oltre che per dare unitarietà all'intero sistema occorre che con

³⁰⁸ Ivi, p. 120.

³⁰⁹ *Dalla FNOOMM e dall'Intersindacale medica proposti al Parlamento emendamenti alla riforma*, in *Il medico d'Italia. Settimanale della Federazione nazionale degli ordini dei medici*, Anno XV n. 1-2, 1-10 gennaio 1978, pp. 3-4.

gradualità si pervenga all'istituzione di rapporti più vicini alla forma del pubblico impiego che non a quello professionale. Per il Ministro del Lavoro soltanto un controllo periferico funzionale e democratico, la definizione di un unico rapporto per ciascun medico e la piena occupazione dei medici inseriti nel servizio potrà consentire di stroncare la deteriore abitudine delle prestazioni affrettate e delle visite a cottimo. "Abbiamo riscontrato" dice l'onorevole Donat-Cattin "come si corra il rischio di confondere una riforma che dovrebbe migliorare le prestazioni per gli assistiti in una riforma per gli assistenti. La riforma sarà attuabile con una rapidità tanto maggiore quanto meglio disposti saranno gli strumenti e ferma la volontà di contenere la rendita medica (attualmente vicina ai 1000 miliardi nel settore mutualistico ed ospedaliero per 80000 medici) e per abbattere la rendita farmaceutica."³¹⁰

Queste dichiarazioni risalivano al luglio 1970. Qualche mese prima lo stesso ministro del Lavoro aveva affermato in un'intervista di considerare un grave pericolo il fatto che le future Unità sanitarie locali avrebbero potuto stipulare convenzioni con singoli professionisti, eventualità che egli avrebbe voluto escludere dalle possibilità del SSN perché

allora saremmo daccapo con i medici che fanno dieci mestieri. No, noi vogliamo almeno l'esclusiva del medico. Si fa presto ad aggiungere 4 o 5 milioni di guadagno annuo con una convenzione con una Unità sanitaria locale, quando si lavora già come medico di fabbrica, come medico di ospedale, come medico generico o che so io³¹¹.

Della stessa opinione il ministero della Sanità che, nella figura di Mariotti, rassicurava che il medico non sarebbe diventato un semplice burocrate con il compito di smistare i malati e di compilare ricette, ma ribadiva la necessità del rapporto esclusivo di lavoro per gli impiegati nel SSN senza meglio specificare come sarebbe stata evitata la burocratizzazione della professione, nei confronti della quale i medici si continuavano a professare molto preoccupati.³¹² Delegazioni di rappresentanti dei sindacati medici furono periodicamente sentiti, in questi anni, dai rappresentanti dei Governi, che si mostravano sempre interessati alle opinioni dei lavoratori della sanità, proclamando l'importanza della loro soddisfazione nella riuscita della riforma, da Mariotti a Donat-Cattin, da Dal Falco ad Andreotti.³¹³ La FNOOMM si pose in posizione critica nei confronti dello schema di disegno di legge Mariotti: alcune dichiarazioni in seno alla Federazione lasciavano intendere che consideravano la proposta di legge degradante nei confronti della professione medica; Mariotti smentì poi questa interpretazione in alcune interviste, in cui dichiarava la sua contrarietà alla nazionalizzazione, alla subordinazione dei medici nei confronti degli amministratori e la pacifica accettazione della

³¹⁰ V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 132.

³¹¹ Ivi, p. 133.

³¹² *Attività libero-professionale nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale*, in *Federazione medica. Organo ufficiale della Federazione nazionale degli ordini dei medici*, vol. 29, gennaio 1977, p. 2.

³¹³ *Interrogativi sulla riforma rivolti all'on. Andreotti e all'on. Dal Falco in occasione della cerimonia svoltasi a Sanremo*, in *Il medico d'Italia. Settimanale della Federazione nazionale degli ordini dei medici*, Anno XIV, 1-10 giugno 1977, pp. 10-11.

possibilità di esercitare l'attività privata libero-professionale anche per i medici dipendenti del SSN³¹⁴. All'inizio degli anni Settanta, con il susseguirsi delle proposte di riforma, tutte le rappresentanze sindacali mediche indissero degli scioperi, allarmate dalle dichiarazioni del ministro del Lavoro Donat-Cattin, "riguardanti la possibilità di convenzionare in esclusiva una parte dei medici curanti con un rapporto a tempo pieno e non concorrenziale, con retribuzione forfettaria ed inibizione della libera professione"³¹⁵. Nel 1971, alla lettura delle prime proposte di legge governative sul disegno di riforma, i medici reagirono rilasciando dei comunicati e commentando sulle riviste di categoria che si trattava di proposte peggiorative rispetto allo stato delle cose, lamentando in particolare la perdita della libera scelta del medico e del luogo di cura, la mancata partecipazione dei medici alle fasi decisionale e gestionale del nuovo sistema; preoccupazione creava anche la possibilità di convenzione con le case di cura private solo nel caso in cui fossero necessarie per insufficienza della rete ospedaliera pubblica.³¹⁶ Alcuni docenti universitari di medicina, come quelli dell'Università di Firenze, si dichiaravano contrari alle rimostranze dei loro colleghi, definendo l'atteggiamento della FNOOMM come "corporativo" e "asociale"³¹⁷; anche alcune associazioni mediche e personalità di spicco facenti capo al partito comunista, come Medicina Democratica³¹⁸, Giovanni Berlinguer, Severino Delogu ed altri³¹⁹, si dichiaravano poco d'accordo con l'atteggiamento del resto della classe medica, o perlomeno concentrati su altri punti; si trattava però di una posizione minoritaria. Contestualmente, nel 1971, la FNOOMM minacciava una cancellazione di massa dall'albo come azione di protesta nel caso di accettazione di queste proposte, in modo da rendere impossibile l'avvio di una riforma così congegnata: "Secondo i progetti di riforma elaborati in sede tecnica e sostenuti in sede politica i cittadini italiani verrebbero inquadrati e costretti in un'organizzazione rigida, delimitata territorialmente e si vedrebbero automaticamente privati della libertà di scelta del medico e del luogo di cura".³²⁰ Altri forti timori che circolavano nelle federazioni mediche erano quelli della trasferibilità del medico da una regione all'altra per esigenze territoriali e il livellamento delle retribuzioni; indicativamente, la FNOOMM lamentava che, nel caso di un contratto senza differenze e uguale per tutti, "ben pochi si impegneranno a fondo senza la prospettiva di fare carriera e di guadagnare di

³¹⁴ V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 135.

³¹⁵ Ivi, p. 136.

³¹⁶ *La proposta di riforma del Governo in dodici punti*, in *Il Medico d'Italia. Settimanale della Federazione Nazionale degli ordini dei medici*, Anno VIII n. 5-6, 8-14 febbraio 1971, pp. 11-12.

³¹⁷ V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 137.

³¹⁸ Editoriale *Non-riforma sanitaria e controriforma sanitaria*, in *Medicina democratica. Movimento di lotta per la salute*, n. 9, 1978, pp. 1-5.

³¹⁹ G. Berlinguer, *Una riforma per la salute. Iter e obiettivi del Servizio sanitario nazionale*, De Donato Editore, Bari 1979, pp. 157-167.

³²⁰ V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 138.

più”³²¹.

Nel corso degli anni Settanta e attraverso il susseguirsi delle proposte e dei disegni di legge, le associazioni di categoria sembravano sempre più scettiche sulla reale attuazione della riforma. La situazione economica delle casse mutue, ormai chiaramente irrecuperabile, faceva propendere la maggioranza del mondo medico per una riorganizzazione del sistema assistenziale. Tuttavia, diversi elementi che trapelavano dal mondo politico facevano pensare a una scarsa realizzabilità della riforma: le obiezioni sul metodo di finanziamento, il rimpallo tra i ministeri, la mancanza di convergenza tra i rappresentanti del Governo su tempi e modi, la concentrazione delle forze politiche su problemi sempre più urgenti creavano un’atmosfera di scetticismo, anche e soprattutto a causa della scarsa chiarezza sul problema fiscale e del finanziamento del nuovo sistema.

Alla vigilia delle elezioni politiche del maggio 1972, che si risolsero in una riconferma della DC come primo partito e della formula di centro-sinistra, con un lieve aumento dovuto all’avanzata dei repubblicani, il Medico d’Italia effettuava un’indagine a livello delle segretarie nazionali dei diversi partiti per conoscere l’orientamento programmatico di ciascuno, per quanto riguardava la collocazione della figura nel medico nel futuro SSN.³²² La Dc si esprimeva nel senso di riconoscere nella riforma sanitaria una grande espressione dell’impegno costantemente perseguito dal partito nell’ottica di una riorganizzazione al servizio del cittadino, adeguando gli oneri finanziari alle risorse nazionali e “con la figura del medico di diagnosi e cura al centro della riforma sanitaria, in quanto è il tutore e il garante della salute dei cittadini”³²³. Tuttavia, la risposta democristiana rimaneva nel vago per quanto riguardava impegni e progetti concreti, soprattutto sugli aspetti economici e dei contratti di lavoro. Il Psi si esprimeva in toni più decisi, rivendicando la paternità del primo schema di riforma e criticando le modalità degli altri partiti di arrogarsi delle proposte che però si dimostravano parziali e ridimensionavano la portata del progetto. Veniva ancora una volta sottolineata la centralità della figura del medico, concedendo la possibilità di esercitare la libera professione compatibilmente con gli impegni di dipendente del SSN. Il Pci incentrava invece la sua risposta sulla necessità che il finanziamento della nuova organizzazione sanitaria passasse a carico dello Stato, che si organizzasse un servizio di nazionalizzazione almeno dei farmaci essenziali, che le prestazioni fossero uguali per tutti i cittadini, e gratuite. I liberali si dichiaravano essenzialmente d’accordo con un sistema sanitario pubblico a carico dello Stato, aggiungendo però un contributo di solidarietà soprattutto riguardante il settore farmaceutico, evitando la burocratizzazione dei professionisti e fatta salva la libertà di scelta del medico: una posizione molto ben allineata con quella dei medici. Il più critico nei confronti dell’idea di riforma che cominciava a circolare in questi anni era il Pri, che manterrà la sua contrarietà

³²¹ D. Minafra, *Riforma e professione*, in *Federazione medica*, aprile 1978, vol. 31, p. 183.

³²² V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 209.

³²³ *Ibidem*.

fino al 1978 basando la sua critica su punti ben precisi:

La necessità di una riforma del sistema sanitario italiano è di per sé evidente, in termini generali. Ma noi abbiamo anche detto che la spesa della riforma va collocata in un sistema produttivo in espansione, così che il bilancio nazionale possa sostenerla. E abbiamo in particolare affermato, in precisi e dettagliati documenti, che il progetto del Ministero della Sanità va rimeditato profondamente per superare molti degli inconvenienti che il progetto presenta, ed anche spunti degenerativo-burocratici. Uno dei pericoli che occorre evitare ad ogni costo è che il Servizio sanitario divenga una entità burocratica non rispondente a principi di funzionalità e con pesanti costi di gestione cui non corrispondono migliori e più qualificate prestazioni per gli assistiti. Noi non siamo per la statizzazione della medicina.³²⁴

Un altro partito nettamente contrario alla riforma sanitaria era il Movimento Sociale, che si proponeva di contrastarne i progetti di legge portati avanti, secondo l'interpretazione missina, dai partiti di sinistra; e dichiarando che tra i principali motivi di opposizione vi era proprio la statizzazione della professione del medico³²⁵.

Progressivamente, con l'approfondirsi dei debiti delle casse mutue e il peso molto maggiore che avevano assunto a questo punto i compensi dei medici ospedalieri nei bilanci, da ministri ed esponenti dei Governi cominciarono a giungere osservazioni sulla necessità di ridimensionare le richieste della classe medica. Nel 1973 lo stesso Mariotti si espresse nei termini di aver concesso "aumenti favolosi" agli ospedalieri dopo la sua riforma, mentre il ministro della Sanità degli anni 1972-1973, il democristiano Remo Gaspari, dichiarava che "i medici devono capire che i loro compensi non possono aumentare all'infinito"³²⁶, osservazioni che vennero commentate con indignazione nelle pagine delle riviste di settore, così come furono commentati, negli anni successivi, le osservazioni da parte della maggioranza delle parti politiche, con punte di maggiore incisività da parte dei rappresentanti del Psi, di una situazione assimilabile per la classe medica alle "caste braminate", di "clientele e privilegi parassitari", di "necessità di partecipazione ai sacrifici collettivi"³²⁷. Una frequente polemica che emerse all'intensificarsi del dibattito sul SSN da parte dei medici era un senso di ingiustizia dato dalla percezione di essere esclusi dall'ambito decisionale: nel corso degli anni, spesso sorgevano lamentele di mancate consultazioni in merito alle decisioni, nel tentativo da parte dei Governi di sfuggire al confronto e al controllo sociale,

respingendo, in pratica, ogni offerta di effettiva collaborazione avanzata dai rappresentanti della classe medica con l'intuibile fine di far trovare il Paese di fronte a una legge-quadro che si limiterebbe a semplici modifiche nominalistiche dell'attuale sistema, finalizzate all'istituto di gruppi di potere a livello regionale.³²⁸

³²⁴ Ivi, p. 211.

³²⁵ Il medico d'Italia, 1 febbraio 1973. (trovare riferimento)

³²⁶ Il medico d'Italia, 19 febbraio 1973. (idem)

³²⁷ Federazione medica, (idem)

³²⁸ V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario*

Nel 1977, quando si discusse nelle Commissioni parlamentari il progetto di riforma, il punto che interessò maggiormente le associazioni di categoria fu lo schema di convenzione con i professionisti sanitari nell'ambito della nuova organizzazione.³²⁹ Si raggiunse rapidamente un terreno comune sull'introduzione di una convenzione unica nazionale e di una quota capitaria³³⁰; i punti di dissenso riguardavano invece la determinazione del rapporto medico-assistiti, la regolamentazione dell'esercizio dell'attività professionale e l'esercizio della professione presso le case di cura private:

il testo del Senato, con il quale consente il gruppo comunista, lascia agli enti ospedalieri e alle regioni la facoltà di consentire la libera professione; il gruppo democratico cristiano propone invece di prevedere l'esercizio della libera professione all'interno delle strutture pubbliche nel rispetto delle modalità previste dagli accordi nazionali di lavoro.³³¹

Veniva sottolineata l'importanza di evitare difformità nei contratti lavorativi delle diverse regioni; e, nella diversità delle posizioni politiche, di arrivare in tempi rapidi a un compromesso, per non ritardare ulteriormente l'approvazione della legge. Nel dicembre del 1978, alla vigilia della nascita del SSN, la rivista *Il medico d'Italia* titolava: *La legge di riforma in aula: ignorate le richieste dei medici*, in cui venivano riportate le lamentele della categoria rispetto ai lavori parlamentari ormai quasi giunti a termine:

Nei numerosi incontri che si sono susseguiti a livello politico, la Federazione ha sottolineato l'esigenza di privilegiare le strutture pubbliche rispetto a quelle private attraverso l'inserimento nella legge quadro di norme che in primo luogo prevedono l'istituzione del ruolo medico a difesa della professionalità. Non solo, ma è stata illustrata la necessità di un coinvolgimento responsabile dell'intera categoria attraverso una adeguata rappresentatività negli organismi nazionali e locali del servizio sanitario, rappresentatività che non va intesa come volontà dei medici di gestire gli aspetti amministrativi o burocratici ma piuttosto come presenza attiva del medico [...] Vi è un particolare [...] che noi non possiamo sottacere: lo stato di tensione tra medici e la mancanza di una risposta adeguata alla richiesta di attività professionale, che sarà foriera di contrasti e di fratture nell'ambito della categoria fra i diversi sindacati e tra i sindacati

nazionale, op. cit., p. 307.

³²⁹ Ci sembra interessante riportare qui perlomeno la composizione della Commissione Igiene e Sanità della Camera nel biennio 1977-1978 con relativa appartenenza politica, data la rilevanza del dibattito per l'elaborazione della legge finale. Presidente: Martini Maria Eletta (DC); Vicepresidenti: Giovanardi Alfredo (PSI), Abbiati Dolores (PCI); Segretari: Agnelli Susanna (PRI), Forni Luciano (DC). Componenti: Andreoni Giovanni (DC); Armella Angelo (DC); Barba Davide (DC); Berlinguer Giovanni (PCI); Bisignani Alfredo (PCI); Boffardi Ines (DC); Brusca Antonino (PCI); Bubbico Mauro (DC); Carloni Andreucci Maria Teresa (PCI); Casapieri Quagliotti Carmen (PCI); Cerquetti Adriano (MSI-DN); Chiovini Cecilia (PCI); Cirino Pomicino Paolo (DC); D'Aquino Saverio (MSI); D'Arezzo Bernardo (DC); Del Duca Antonio (DC); Ferri Mario (PSI); Frasca Salvatore (PSI); Gasco Pierluigi (DC); Giovagnoli Angela (PCI); Lussignoli Francesco (DC); Mariotti Luigi (PSI); Maraffini Alfredo (PCI); Milani Armelino (PCI); Milano De Paoli Vanda (PCI); Morini Danilo (DC); Nicolazzi Franco (PSDI); Orsini Bruno (DC); Palopoli Fulvio (PCI); Pompei Ennio (DC); Presutti Alberto (DC); Rosini Giacomo (DC); Saccucci Sandro (Misto); Sandomenico Egizio (PCI); Savino Mauro (DC); Tessari Giangiacomo (PCI); Triva Rubes (PCI); Urso Giacinto (DC).

³³⁰ Atti parlamentari, Camera dei deputati, XIV Commissione Permanente Igiene e Sanità, Bollettino delle Commissioni, *Disegno e proposte di legge: istituzione del Servizio Sanitario Nazionale – Provvedimenti urgenti per la stipulazione delle convenzioni uniche per il personale sanitario e per l'avvio della riforma sanitaria*, 15 giugno 1977, p. 38.

³³¹ Ivi, p. 39.

e gli Ordini.³³²

Preoccupazione importante della Federazione era la situazione di sovraffollamento delle facoltà di medicina del Paese, che secondo le loro analisi avrebbe portato a una situazione di forte disoccupazione tra i medici, in particolare neolaureati, intorno al 1981-1982³³³, e in conseguenza della quale invocavano una legge sul numero chiuso che sarebbe poi arrivata solo nel 1987. La Federazione metteva in guardia addirittura le parti politiche su rischi di derive anarchiche e sovversive tra i giovani medici nel caso in cui non fosse arrivato qualche provvedimento in merito, nei confronti del quale si riportava unanimità politica.

La legge del 1978 contiene conquiste e delusioni per il settore medico. Il rapporto di lavoro dei professionisti sanitari, dipendenti dalle USL, diventava quello del pubblico impiego; il Governo veniva delegato ad emanare, entro la metà del 1979, uno o più decreti legge per dettagliare tali rapporti di lavoro, secondo alcune linee guida e principi direttivi. Riassumendo, veniva raccomandato di assicurare un unico ordinamento del personale in tutto il territorio nazionale, regolando i precedenti contratti provenienti da qualsiasi ente tramite apposite tabelle di equiparazione che tenessero conto anche dei trattamenti di quiescenza e di previdenza; garantire con criteri uniformi il diritto al libero esercizio dell'attività professionale per i medici e veterinari dipendenti dalle USL (la normativa su limiti e doveri veniva demandata alle Regioni); fissare delle modalità di aggiornamento obbligatorio del personale dipendente e prevedere disposizioni per rendere omogeneo il trattamento economico complessivo e per equiparare gli istituti normativi.³³⁴ La durata degli accordi veniva stabilita in tre anni e la sua natura doveva essere conforme a quella dei contratti collettivi nazionali stipulati tra il Governo, le Regioni, l'Associazione nazionale dei comuni italiani e le organizzazioni sindacali più rappresentative. Le direttive su tali accordi erano però piuttosto stringenti: si stabiliva che doveva essere normato il rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale e la pediatria, al fine di determinare il numero di medici generici e dei pediatri con il diritto di essere convenzionati con le USL, fatto salvo il diritto di libera scelta del medico per ogni cittadino; l'istituzione e i criteri di formazione di elenchi unici per i medici generici, per i pediatri, per gli specialisti convenzionati esterni e generici ambulatoriali; le modalità di accesso alla convenzione, consentito ai medici con rapporto di impiego continuativo a tempo definito; la disciplina delle incompatibilità e delle limitazioni del rapporto convenzionale rispetto ad altre attività mediche. Ma anche le ore di lavoro in rapporto ad altri impegni compatibili, l'incompatibilità con qualsiasi forma di cointeresse diretto o indiretto con case di cura private e aziende farmaceutiche, la differenziazione del trattamento economico a seconda della qualità e quantità del lavoro prestato in relazione alle funzioni esercitate

³³² *La legge di riforma in aula: ignorate le richieste dei medici*, in *Il Medico d'Italia. Settimanale della Federazione Nazionale degli ordini dei medici*, Anno XV n. 59-60, 23 novembre-6 dicembre 1978, pp. 10-11.

³³³ *Ibidem*.

³³⁴ Legge 833/1978, *Istituzione del servizio sanitario nazionale*, art. 47.

nei settori della prevenzione, della cura e della riabilitazione. Le tariffe per pediatri e medici generici avrebbero dovuto essere fissate secondo un compenso globale annuo per assistito; i compensi per zone disagiate e le modalità per garantire un'equa distribuzione sul territorio nazionale.³³⁵ Come si vede, alcuni obiettivi della classe medica vennero centrati, a partire dalla possibilità di mantenere l'attività libero-professionale anche da dipendenti del SSN; tuttavia, non vi era alcun cenno alla partecipazione nei processi gestionali e decisionali, nessun cenno al numero chiuso della facoltà di medicina; gli emendamenti proposti dalla FNOOMM furono essenzialmente ignorati, e la percezione dei medici fu quella di esclusione dalla riforma, governata dalla politica e dell'amministrazione dello Stato.

Taroni afferma giustamente che i medici ottennero dalla riforma “qualche concessione e una grande sconfitta”³³⁶: tra le vittorie, vi erano proprio i contratti di lavoro assicurati ai medici dalla legge, che erano di due tipi: convenzionale e di dipendenza. Quest'ultimo riguardava principalmente gli ospedalieri e prevedeva la possibilità di esercitare la libera professione (l'emendamento per eliminare tale possibilità era stato respinto con 316 voti contrari e 52 a favore). Una delle richieste più antiche della professione, l'assistenza indiretta (quindi la possibilità per il paziente di rivolgersi a strutture private e richiedere un rimborso pubblico) venne mantenuta, sebbene solo in casi forma straordinaria e su disposizione delle Regioni. Sempre secondo Taroni, però,

La grande sconfitta della classe medica organizzata fu l'istituzione del Ruolo Sanitario Unico che costituiva il “comparto sanità” entro la Pubblica amministrazione ed inglobava tutte le professioni sanitarie del SSN, negando ai medici un ruolo separato che avrebbe comportato il riconoscimento di una demarcazione netta fra i medici e le altre professioni sanitarie.³³⁷

I medici, nonostante questa sconfitta, ottennero condizioni non sfavorevoli; reagirono però alla legge di istituzione del SSN con scontento e delusione³³⁸. Tra l'altro, i decreti delegati che avrebbero dovuto essere emanati entro il giugno 1979 non si videro fino al 1994, con un ritardo di oltre 15 anni, lasciarono tra le altre cose la regolamentazione dei contratti di fatto alle Regioni, permettendo una larga discrezionalità nell'applicazione delle regole sul personale.

Con la mancata approvazione dei decreti delegati, la sensazione è quella di déjà-vu nei confronti della riforma del 1943 dell'INAM che, allo stesso modo, non vide mai la pubblicazione dei regolamenti attuativi annunciati. Se in quel caso le cause potrebbero essere individuate nel caos bellico e, successivamente, nell'incertezza politica della prima fase repubblicana, la sensazione è che gli alti principi espressi dalla legge 833/1978, considerata da tutti una legge epocale e dagli importanti

³³⁵ Ivi, p. 48.

³³⁶ F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia. Il servizio sanitario nazionale in una prospettiva storica*, op. cit., p. 209.

³³⁷ Ivi, pp. 209-210.

³³⁸ G. Vicarelli, *La politica sanitaria tra continuità e innovazione*, in *Storia dell'Italia repubblicana*, vol. III, *L'Italia nella crisi mondiale*, op. cit., p. 592.

risvolti, risentirono di un'eccessiva approssimazione nel disegno organizzativo e nell'applicazione successiva. I partiti di Governo, nel frattempo, dall'annuncio della riforma trassero un importante ritorno di immagine in un momento di grave perdita di autorità dello Stato³³⁹. La crisi di sistema che attraversò gli anni Settanta, composta dagli ingredienti del terrorismo, della violenza politica e della criminalità organizzata, ma anche dall'azione di poteri occulti e da una crescente e sempre più palpabile corruzione pubblica³⁴⁰, trovava infatti nel 1978 il suo culmine in una serie di eventi fortemente destabilizzanti, tra cui il più terribile fu senza dubbio il rapimento e l'uccisione del segretario della DC Aldo Moro ad opera delle BR il 9 maggio. La legge, inoltre, consentì al Governo di far temporaneamente rientrare la crisi di bilancio delle casse mutue attraverso il reperimento delle risorse necessarie sui mercati: si trattò in realtà per larga parte di un semplice passaggio del debito dal sistema sanitario italiano al debito pubblico del Paese. La scelta di creare un sistema integrato e gestito dagli enti territoriali, sebbene fosse un dettato costituzionale, esitò facilmente nell'esclusione della classe medica dalla gestione reale della sanità, enfatizzandone invece il controllo politico. Alla classe medica questi risvolti della legge 833/1978 non passarono inosservati: reputarono in larga parte di essere stati estromessi e scavalcati, e non si espressero, nella maggior parte dei casi, con toni entusiastici nei confronti della tanto attesa riforma. Anche il ruolo dei medici di medicina generale, su cui a lungo si era riflettuto sulle riviste di categoria e che rappresentava il cuore della figura sanitaria del nuovo SSN, fu stabilito in modo molto più vago di quanto i medici avrebbero desiderato.³⁴¹ Le condotte mediche erano state infatti trasferite alle Regioni con il D.P.R. 14 gennaio 1972, n. 4; la legge 349/1977 aveva poi delineato la struttura generale della nuova medicina generale con le norme per la stipula della prima Convenzione Nazionale Unica. Secondo quest'ultima, il rapporto tra medici generali e pazienti era fissato a 1000 abitanti per medico, con un massimo di 1800 per le zone cosiddette carenti; il pagamento a quota capitaria fissa (eredità del più antico e comune contratto stipulato dagli enti mutualistici) per assistito iscritto alla lista, con trattamento economico da concordare tra Stato, Regioni e organizzazioni sindacali mediche (esclusi quindi gli ordini). Nella legge 833/1978 si definiva quindi che l'assistenza medico-generica doveva essere prestata da medici dipendenti dalle USL o convenzionati con le stesse³⁴². Qual era il significato di questa disposizione? Nel disegno di legge governativo, la preminenza veniva data ai contratti di convenzione con medici liberi professionisti, negando così le accuse di burocratizzazione della classe medica; i disegni di legge del Psi e del Pci, invece, capovolgevano il rapporto tra medici dipendenti e convenzionati,

³³⁹ P. Craveri, *La Repubblica dal 1958 al 1992*, op. cit., p. 539.

³⁴⁰ S. Pons, *Berlinguer e la fine del comunismo*, Einaudi, Torino 2006, p. 42.

³⁴¹ La contrattazione per questo tipo di figura professionale aveva rappresentato anche per il NHSS inglese un fondamentale passaggio verso la riforma, tenendo in scacco a lungo Bevan, perlomeno fino a che non vennero chiariti i requisiti del ruolo alla British Medical Association: cfr. H. Eckstein, *Pressure Group Politics: the case of the British Medical Association*, Stanford University Press, Stanford 1960.

³⁴² Legge 833/1978, *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*, art. 13.

dando preminenza al primo tipo di rapporto e prevedendo il secondo solo per sopperire ad eventuali carenze.³⁴³ Alla fine, quello che accadde era di prevedere entrambe le figure in modo indiscriminato; si affermò per prassi e per convenienza comunque l'opzione del rapporto libero-professionale con le unità sanitarie, ignorando gli indirizzi della riforma: una delle tante ambiguità che questa legge lasciò in eredità ai decenni successivi, ma che tutto sommato non provocavano troppi danni. Bastava ignorare il dettato legislativo, mantenuto del resto poco chiaro.

7.6 Un risultato in bilico

Una volta approvata la legge, la questione della nuova organizzazione sanitaria in Italia era tutt'altro che conclusa. Gli anni 1979-1980 furono infatti caratterizzati da una serie di impegni di transizione verso il nuovo modello. Questi i principali adempimenti normativi nel biennio successivo: entro l'11 febbraio 1979, la costituzione del Consiglio Sanitario Nazionale, cui spettava proporre le linee generali della politica sanitaria ed elaborare il piano nazionale; entro il 26 febbraio 1979, la soppressione dell'Ente nazionale prevenzione infortuni (ENPI) e dell'Associazione nazionale per il controllo della combustione (ANCC), compiti assunti dai comuni, dalle regioni e dallo Stato; entro il 30 aprile 1979, la presentazione al Parlamento del Piano sanitario nazionale per il triennio 1980-1982; entro il 29 giugno 1979, l'emanazione delle leggi regionali costitutive delle USL e dei Distretti e della disciplina dell'organizzazione della struttura e della gestione; entro il 30 giugno 1979, assegnazione del personale degli enti mutualistici alle USL, all'INPS, all'INAIL e agli altri enti pubblici, o a diversi ministeri; entro il 1° luglio 1979, trasferimento ai comuni delle competenze relative all'assistenza sanitaria protesica e specifica a favore dei mutilati e invalidi civili, sordomuti e ciechi; entro il 31 dicembre 1979, costituzione delle USL, dal 1° gennaio 1980 entrata in funzione della riforma, con l'estensione dell'assistenza sanitaria a tutti i cittadini, entro il 29 giugno 1980 la liquidazione di tutti gli enti, casse e gestioni mutualistiche ed, infine, a partire dal 31 dicembre 1980, la riforma degli accertamenti medico-legali per la pensione di invalidità, la rendita per infortuni sul lavoro, gli assegni familiari.³⁴⁴ Scadenze che non sempre furono rispettate, anzi molte saltarono o slittarono di brevi o lunghi periodi.

Il parere del CNEL sulla riforma, espresso nel 1978 poco prima dell'approvazione della legge definitiva, era di forte critica sul versante della spesa, che sarebbe costata 5000 miliardi di lire in più di quanto previsto³⁴⁵; ciononostante, il dibattito parlamentare si svolse in un clima abbastanza disinteressato, con critiche rispetto alla rapidità dell'approvazione da parte degli stessi

³⁴³ F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia: il futuro del SSN in prospettiva storica*, op. cit., p. 207.

³⁴⁴ G. Berlinguer, *Una riforma per la salute. Iter e obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale*, op. cit., pp. 10-11.

³⁴⁵ F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia: il futuro del SSN in prospettiva storica*, op. cit., p. 198.

parlamentari.³⁴⁶ Anche fuori dal Parlamento l'impressione è che al disegno di legge, significativamente riformatore rispetto alla situazione precedente in cui la sanità era garantita solo ai lavoratori occupati, venne riservata poca attenzione rispetto alla sua importanza. I quotidiani riservarono a questo cambiamento solo le pagine interne³⁴⁷; le nuove direttive erano scarsamente conosciute dal grande pubblico, e abbastanza confuse anche negli stessi articoli della legge.

Come se tutto il lavoro si fosse concentrato sull'ottenimento della riforma, sulle alleanze politiche e i compromessi necessari per permettere questo cambiamento, i contenuti delle questioni più burocratiche e organizzative rimanevano vaghi e poco definiti. Una delle questioni rimaste in questa vaghezza era rappresentata dalla gestione e della dimensione delle USL, problema per cui era stato chiesto anche il parere del CSS ma che poi era caduto abbastanza nel vuoto durante il dibattito parlamentare, venendo trattato in modo molto sbrigativo perché strettamente legato al nuovo ordinamento dei poteri locali previsto dal decreto legislativo 616 del 1977, il cui IV capo era dedicato all'assistenza sanitaria e ospedaliera. Tuttavia, la decisione relativa alla dimensione ottimale delle USL venne lasciata molto nel vago (tra 50.000 e 200.000 abitanti) e suscettibile di variazioni in conseguenza delle esigenze territoriali, demandando di fatto alle Regioni le decisioni finali; non veniva lasciato invece nessun dubbio relativamente alla dipendenza delle USL dai Comuni, e i suoi organi di governo, l'Assemblea e il Comitato di gestione, erano espressione dei Comuni stessi. Tuttavia, la natura delle USL come "complesso organizzativo" era istituzionalmente vaga, probabilmente per la difficoltà di dare una definizione più precisa, e diede luogo a incertezze e problemi perlomeno fino alla riforma del 1992, che ne decise l'aziendalizzazione. Gli ospedali, invece, persero con la riforma la loro tradizionale autonomia, inaugurando una chiara dipendenza organizzativa dalle USL e trasferendo i loro patrimoni ai Comuni.

Nella legge di riforma finale vennero inoltre fortemente depotenziati gli organi tecnici come i Consigli sanitari regionali, venendo meno anche alla richiesta delle organizzazioni dei medici (come la FNOOMM) di attribuzione di responsabilità dirigenziali a tecnici della sanità; la gestione delle USL fu invece attribuita ai Comitati di gestione, che riproducevano in numeri ridotti le forze politiche che costituivano i consigli comunali. La giustificazione di questo genere di organizzazione era nella necessità della "democraticità" dei servizi sanitari, uno dei punti fondanti della legge di riforma. Fu infatti scartata l'ipotesi di gestione del SSN da parte delle cosiddette tecnocrazie mediche a vantaggio di un modello incentrato sulla gestione territoriale, attraverso rappresentanti della popolazione che avrebbe usufruito dei servizi stessi. La "gestione sociale dei servizi sanitari" venne quindi chiaramente stabilita nell'art. 13 della legge, che sancisce che "i comuni esercitano le funzioni di cui

³⁴⁶ Ministero della Sanità – Centro studi, *L'Istituzione del Servizio sanitario nazionale*, Editore Abete, Roma 1977, p. 58.

³⁴⁷ F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia: il futuro del SSN in prospettiva storica*, op. cit., p. 199.

alla presente legge in forma singola o associata mediante le unità sanitarie locali”, assicurando “la più ampia partecipazione degli operatori della sanità, delle formazioni sociali esistenti sul territorio, [...], dei cittadini, a tutte le fasi della programmazione dell’attività delle unità sanitarie locali e alla gestione sociale dei servizi sanitari”³⁴⁸.

Questo sistema di governo delle USL fu giudicato ingiusto all’epoca dalle associazioni mediche, che avrebbero voluto un ruolo più preminente nella gestione della salute pubblica, ma fu giudicato molto criticamente anche dalle successive riflessioni sull’andamento della gestione sanitaria negli anni Ottanta.³⁴⁹ Il principale motivo di critica fu rappresentato dalla scarsa qualità di gestione di questi centri territoriali, dall’alta permeabilità alla corruzione e dall’andamento clientelare delle modalità di funzionamento della sanità territoriale³⁵⁰, fino a quando la riforma del 1992 cambiò completamente passo stabilendo invece una gestione molto tecnica e aziendalistica.

Problemi di gerarchia decisionale investivano anche la mancanza di una definizione tra livelli comunale, regionale e nazionale: non era chiaro se si trattasse di livelli separati e distinti, ognuno autonomo rispetto agli altri; i momenti e i protagonisti di incontro e confronto previsti dalla legge erano pochi, e a complicare la dinamica di gestione del nuovo SSN vi era anche il principio di responsabilità economica. Per il primo anno, venne stabilito il tetto del 6,5% del PIL, con percentuali decrescenti negli anni successivi³⁵¹; venne prevista la possibilità di chiamare alla partecipazione della spesa i pazienti del sistema, possibilità che venne ampiamente sfruttata nel corso degli anni Ottanta.³⁵² Non venne però chiaramente stabilito il tempo e il modo di concertamento dei vari “pezzi” istituzionali del SSN sulle variazioni della spesa: il coordinamento delle uscite rimase molto vago e impreciso, relegando queste decisioni all’approvazione annuale della legge di bilancio dello Stato, eliminando quindi la concertazione e sottoponendo le decisioni ai governi del momento, che spesso sacrificarono il finanziamento della salute ad altre esigenze considerate più urgenti.

Nel 1979, Giovanni Berlinguer denunciò un atteggiamento di dubbio e sospetto nei confronti della riforma da parte della stampa³⁵³; i sindacati, e in particolare la CGIL, parlavano di ambiguità eccessiva e di tradimento dei principi fondativi della riforma³⁵⁴, e il termine di “controriforma” cominciò a circolare quasi subito, per sottolineare la distanza tra i principi riformatori e la loro trascrizione legislativa. La riforma sanitaria, la cui percezione negli ultimi anni è sostanzialmente positiva, venne accolta con un senso di insoddisfazione e di sospensione del giudizio: troppi ritardi

³⁴⁸ Legge 833/1978, *Istituzione del Servizio sanitario nazionale*, art. 13.

³⁴⁹ Cfr. M. Ferrera, G. Zincone, *La salute che noi pensiamo: domanda sanitaria e politiche pubbliche in Italia*, Il Mulino, Bologna 1986, pp. 56-72.

³⁵⁰ F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia: il futuro del SSN in prospettiva storica*, op. cit., p. 204.

³⁵¹ Legge 833/1978, *Istituzione del Servizio sanitario nazionale*, art. 52.

³⁵² M. Ferrera, G. Zincone, *La salute che noi pensiamo: domanda sanitaria e politiche pubbliche in Italia*, Il Mulino, Bologna 1986, p. 76.

³⁵³ G. Berlinguer, *Una riforma per la salute. Iter e obiettivi del Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 191.

³⁵⁴ F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia: il futuro del SSN in prospettiva storica*, op. cit., p. 208.

nella sua approvazione, troppe incertezze nella formulazione degli articoli di legge, troppe vaghezze nel finanziamento e nell'organizzazione istituzionale; già nel 1979 Berlinguer scriveva che per renderla operante era necessaria compattezza di consenso, forte autorità politica, solida volontà di applicazione.³⁵⁵ Insomma, sembrava che il più non fosse alle spalle, ma che gli esiti fossero tutti da verificarsi. Negli stessi termini si pronunciava Severino Delogu nel 1978: “la sua attuazione [della legge di riforma, n.d.r.] non sarà priva di difficoltà, per ragioni oggettive e per ostilità di interessi corporativi e clientelari [...]. Questo significa che una volta approvata definitivamente, la riforma sarà occasione e terreno di una lotta”.³⁵⁶ Fondamentali, nella sua visione, sarebbero state le capacità organizzative e di gestione delle Regioni, la loro capacità di esprimere competenze e professionisti adatti all'organizzazione e al mantenimento di un sistema complesso come quello delle USL e della sanità territoriale; capacità che, a giudicare dalla situazione già all'inizio degli anni Ottanta, stentavano a venir fuori. Nei primi anni Ottanta, infatti, vennero indette da parte della XIV Commissione igiene e sanità della Camera delle audizioni informali con i rappresentanti delle Regioni, per dei confronti sullo stato di attuazione della riforma sanitaria: ne risultò che molti rappresentanti non si presentarono nemmeno, altri lamentavano le incapacità di programmazione della spesa delle USL, in generale non si evidenziò una sufficiente capacità gestionale da parte degli enti regionali.³⁵⁷ Il Ministero della sanità veniva accusato da molti esponenti della sanità regionale di non essere in grado di finalizzare le proprie responsabilità, a partire dalla regolarità e dalla chiarezza del fondo sanitario nazionale; si evidenziava lo squilibrio dimensionale delle USL³⁵⁸. Una maggiore precisione negli stanziamenti a favore delle Regioni veniva anche dai rappresentanti delle Regioni Veneto, Sicilia, Lombardia, Marche³⁵⁹; il CNEL, nel già citato rapporto del 1984 sull'attuazione della riforma sanitaria, riportava che a partire dal 1980 le Regioni erano state investite dell'opzione dell'autofinanziamento, in conseguenza delle incertezze nella determinazione della spesa delle USL (il 46% delle spese era per il personale sanitario)³⁶⁰. Con il 1° gennaio 1980 era entrato in vigore poi il nuovo sistema, accentrato presso l'INPS, di riscossione dei contributi per il finanziamento dell'assistenza di malattia, integrati da un contributo dello Stato in forma diretta, in aggiunta alla quota dovuta per la copertura degli oneri di malattia dei dipendenti pubblici.

³⁵⁵ G. Berlinguer, *Una riforma per la salute. Iter e obiettivi del Servizio sanitario nazionale*, op. cit., pp. 80-81.

³⁵⁶ F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia: il futuro del SSN in prospettiva storica*, op. cit., p. 213.

³⁵⁷ Archivio della Camera dei Deputati, XIV Commissione permanente Igiene e sanità, IX legislatura, b. 105, Documentazione Regione Toscana, *Audizione informale con le Regioni*, 24 novembre 1983.

³⁵⁸ Per quanto riguardava il Lazio, si sottolineava come ci fosse, accanto a una USL che amministrava 400 miliardi e 5.000 posti letto, una che ne amministrava solo 500 milioni, creando un forte squilibrio di amministrazione delle risorse. Cfr. Archivio della Camera dei Deputati, XIV Commissione permanente Igiene e sanità, IX legislatura, b. 105, *Incontri con la Regione Lazio*, 26 giugno e 6 luglio 1984.

³⁵⁹ Archivio della Camera dei deputati, XIV Commissione permanente Igiene e sanità, IX legislatura, b. 105, Documentazione Regione Toscana, *Audizione con le Regioni*, 24 novembre 1983.

³⁶⁰ Archivio della Camera dei deputati, XIV Commissione permanente Igiene e sanità, IX legislatura, b. 106, *Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro – La gestione del SSN nel 1984*, maggio 1985, pp. 626 e seguenti.

Tra le molteplici contraddizioni della legge di riforma, il CNEL sottolineava le distorsioni nella contribuzione dei privati cittadini al funzionamento del SSN, dovuti soprattutto al mantenimento dei diversi livelli contributivi in vigore nel periodo precedente. Nell'articolo 76 della legge 833/1978, infatti, veniva chiaramente stabilita la transitorietà del prelievo contributivo fino alla completa fiscalizzazione degli oneri sociali di malattia: "fiscalizzazione intesa come assunzione diretta degli oneri da parte dell'erario, ben diversa dai provvedimenti di rimborso di oneri adottati in questi ultimi anni, [...] che lasciando inalterati i meccanismi del prelievo contributivo, sono finalizzati ad alleviare l'onere del costo del lavoro in determinati settori in crisi e per periodi limitati di tempo, e quindi con caratteri di parzialità e di sostegno temporaneo dell'economia"³⁶¹.

Il SSN, in pratica, aveva ereditato, in teoria solo per la fase transitoria ma in vigore ancora nel 1984, l'impostazione del regime mutualistico, basato sulle stesse aliquote contributive stabilite sul rapporto tra salari e prestazioni, distinti per settori economici e categorie di lavoratori assicurati. A questo enorme problema, che aveva come risultato quello di non risolvere le sperequazioni precedenti relative al sistema mutualistico, ma che contribuiva invece ad approfondire il problema e ad affrontarlo con una legislazione-fiume successiva, ancora una volta particolaristica e di emergenza, si aggiungeva il problema dell'evasione contributiva. Con il passaggio della contribuzione sociale a carico dell'INPS, infatti, si perdeva la possibilità di controllo diretto da parte degli enti mutualistici sulla sola contribuzione sanitaria e si collegava l'evasione dei contributi di malattia a quelli più generali del settore previdenziale, storicamente più ampia, che riguardava in particolare il settore aziendale³⁶². La scarsa chiarezza della determinazione dell'obbligo contributivo, di responsabilità legislativa, non aiutava ad arginare il fenomeno; questo problema riguardava anche l'individuazione dei soggetti e dei redditi individuali soggetti all'obbligo contributivo, che riuscivano ad evadere anche più facilmente rispetto a quelli derivanti dal lavoro dipendente: un esempio lampante a questo proposito era quello del settore del commercio e delle libere professioni³⁶³. Tirando le somme, in modo forse semplicistico rispetto alla quantità di dati e norme, ma utile per trarre le conclusioni di un

³⁶¹ Ivi, p. 653.

³⁶² Al dicembre 1983, gli accertamenti ispettivi dell'INPS avevano evidenziato che il 55,4% delle aziende era in regola con il pagamento degli oneri per l'assistenza malattia; delle restanti aziende per le quali erano state individuate irregolarità contributive, nel 46,6% dei casi si era trattato di evasioni totali, contro il 32,8% rilevato per gli anni precedenti (in espansione); il 9% delle aziende responsabili dell'evasione non erano per nulla iscritte all'INPS. Si evidenziava infatti un cospicuo divario tra aziende "iscritte" regolarmente all'istituto e quelle effettivamente operanti: erano state individuate infatti 1.965.535 aziende operanti contro 1.032.851 aziende che avevano effettuato nell'anno precedente la rinuncia contributiva.

³⁶³ L'evasione di queste categorie era risultata dai controlli dell'INPS pari a 7% per i commercianti e all'8,7% per gli artigiani nel 1981, rispettivamente al 9,6% e al 12% nel 1982, con una tendenza alla crescita negli anni successivi. Per quanto riguardava invece i liberi professionisti, l'evasione contributiva risultava difficilmente quantificabile, "stante anche la difficoltà di realizzare forme di controlli incrociati con gli archivi fiscali e la mancanza di apposita normativa che obblighi gli ordini professionali a comunicare sistematicamente i nominativi degli iscritti". Ancora più complesso e facilmente eludibile il sistema di riscossione e verifica dei contributi dovuti da parte degli agricoltori, soprattutto i coltivatori diretti ma non solo, basato su elenchi nominativi e denunce autocertificate. Cfr. Archivio della Camera dei deputati, XIV Commissione permanente Igiene e sanità, IX legislatura, b. 106, *Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro – La gestione del SSN nel 1984*, maggio 1985, p. 670.

sistema estremamente intricato, si continuava ad evitare di slegare gli oneri sociali dai redditi da lavoro, situazione particolarmente preoccupante in un periodo in cui si iniziavano lentamente ad affrontare i problemi dei cambiamenti demografici, e ancor di più i fenomeni di contrazione dell'occupazione, e le crisi degli anni Settanta, che in tutti gli Stati europei inducevano a parlare sempre più convintamente di Stato minimo³⁶⁴. In Italia, insomma, gli introiti contributivi continuavano a farla largamente da padrone rispetto agli introiti fiscali anche in un sistema universalistico di finanziamento di un diritto costituzionale a beneficio di tutta la popolazione: si verificava quindi una discrepanza tra uniformità delle prestazioni, garantite in base al diritto di cittadinanza, e contributo per il funzionamento della sanità italiana, che continuava a gravare sul lavoro in modo prevalente, con gli effetti dannosi che ciò provocava su elementi come il costo del lavoro, le imprese a prevalente utilizzazione di manodopera rispetto alle imprese a maggiore utilizzo di capitale, il lavoro, particolarmente il lavoro dipendente. Questo punto è essenziale per comprendere la natura di un sistema considerato universalistico, ma che era universalistico più nell'erogazione delle prestazioni che nel finanziamento: le incertezze e i ritardi nella definizione delle regole dei prelievi fiscali avevano mantenuto le tare del sistema precedente, in cui il peso della malattia non gravava sulla totalità della popolazione in base al proprio reddito, ma continuava a gravare sul lavoro, in modo abbastanza simile a quanto avveniva nel sistema delle mutue.

Queste le conclusioni, a grandi linee, delle osservazioni del CNEL sul sistema di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale nel 1984: innanzitutto le entrate non risultavano in correlazione con il livello delle spese del Servizio Sanitario stesso. La dinamica delle entrate era condizionata dalla natura esclusivamente contributiva dei prelievi a carico degli utenti; la dinamica delle spese, invece, era regolata dagli adeguamenti progressivi alla spesa storica del 1977, con aggiustamenti operati di anno in anno attraverso il contributo dello Stato, che era andato crescendo dal 46,9% del 1982 al 50,6% nel 1984, contribuendo inoltre con un onere aggiuntivo come datore di lavoro del 9,6%.

I contributi del datore di lavoro pubblico, insieme a quelli dei lavoratori dipendenti del settore privato, dei lavoratori autonomi, professionisti e cittadini precedentemente non iscritti alle casse mutue; nonché dei datori di lavoro del settore privato, costituivano il complesso delle entrate contributive, che nel 1984 rappresentavano il 47,8% della spesa delle Regioni. Dell'integrazione statale, il 26% era proveniente da entrate effettivamente provenienti da oneri fiscalizzati, mentre veniva per il 12% da copertura di oneri per finanziamento di attività di competenza dello Stato già prima della riforma;

³⁶⁴ Questa situazione in Europa aveva avuto inizio con le due crisi del petrolio degli anni '70, che avevano interrotto il cosiddetto periodo d'oro dell'espansione dei welfare nazionali iniziata nei primi anni del dopoguerra. Tra i caratteri più preoccupanti della nuova situazione economica vi erano stagflazione, alta inflazione e alta disoccupazione, elementi che si ripercuotevano sulla fiscalità degli Stati nazionali. Veniva in questo modo meno il patto sociale sul quale si era basata la costruzione dei sistemi di welfare europei nel secondo dopoguerra: l'impressione era quella che di un eccessivo allargamento delle tutele degli stati assistenziali, la cui spesa e gli apparati burocratici erano cresciuti oltre i loro limiti. Per un approfondimento di questi elementi, cfr. P. Pierson, *The new politics of the welfare states*, Oxford University Press, Oxford 2001.

e per un ulteriore 12% da un effettivo esborso aggiuntivo, pari a 4.000-4.500 miliardi, indicato da più parti tra le cause del crescente disavanzo pubblico. Sembra interessante riportare una parte delle osservazioni finali, perché permettono di comprendere il quadro generale della situazione del finanziamento senza perdersi nelle singole norme parziali che si sono susseguite dal 1978 sul tema delle contribuzioni sociali:

Mentre il prelievo contributivo è stato ammesso dalla legge 833/78 come strumento transitorio, “fino alla completa fiscalizzazione degli oneri sociali” intesa come assunzione diretta degli oneri stessi da parte dell’erario, nei fatti sono stati mantenuti inalterati sia i meccanismi del prelievo contributivo, sia i provvedimenti di rimborso degli oneri esistenti all’entrata in vigore della riforma.

Più in particolare, si è determinata una molteplice casistica contributiva, derivante sia da precedenti disparità di trattamento, sia da diversità dei settori economici, sia da differenze tra categorie omogenee di lavoratori. Il primitivo quadro di riferimento è stato successivamente alterato con la disciplina specifica del finanziamento delle prestazioni economiche di malattia e di maternità; con l’aumento all’1% (nel 1982) della quota del contributo di malattia a carico dei lavoratori dipendenti del settore privato; con il nuovo meccanismo contributivo previsto per i lavoratori dipendenti dell’agricoltura.

Alla molteplicità delle aliquote contributive si assommano le disparità delle basi imponibili, ancora indicate dagli ordinamenti di ciascun ente o gestione preesistenti all’entrata in vigore del SSN. Ne derivano altresì difficoltà per l’Ente esattore unico, e grande complessità per lo svolgimento delle fasi di accertamento, gestione e controllo dell’intera materia della riscossione.³⁶⁵

Inoltre, dopo la prima fiscalizzazione degli oneri sociali di malattia prevista nel 1977, tale normativa venne spesso modificata, ampliando e ridefinendo il campo di applicazione, introducendo differenziazioni e condizionamenti al godimento dei benefici, ed infine disponendo variazioni diversamente motivate agli importi fiscalizzati. Un sistema carente sotto il profilo della razionalità e dell’equità, aggravato dai fenomeni di evasione contributiva. Infine, secondo il CNEL, la mancanza di precisione nei dati del finanziamento del SSN aveva indotto a pensare che il suo peso sul debito pubblico fosse maggiore della realtà: il carico del 12% del finanziamento sulle casse dello Stato, considerando che il resto veniva da contribuzioni sociali, rimborsi di contributi sociali, oneri di finanziamento di competenze a carico dello Stato già prima della riforma era considerato adeguato al sostegno delle funzioni della sanità pubblica, e non era ulteriormente contenibile, ma si parlava piuttosto di ampliamento e aumento della consistenza del contributo. Una smentita al legame molto spesso considerato strettissimo tra debito pubblico e stato sociale; per di più una smentita al concetto di equità fiscale del SSN, poiché, a parità di reddito, le diverse categorie di cittadini all’altezza del 1984 pagavano i contributi destinati alla sanità in misura disuguale: la contribuzione era ancora parzialmente fiscalizzata, ma non fiscale.

Questo ritardo nell’applicazione del dettato della legge 833/78 si intrecciò in realtà con due rapporti

³⁶⁵ Ivi, pp. 683-684.

dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OECD), risalenti al 1981 e al 1985, rimasti celebri per aver intercettato un cambiamento di clima culturale rispetto allo sviluppo dei sistemi di welfare. Si prospettava una crisi generale del mondo occidentale per quanto riguardava le misure di welfare per tre cause che sarebbero diventate un classico interpretativo delle successive analisi: il rallentamento della crescita economica in tutti i Paesi sviluppati, per effetto di fattori interni e di cambiamenti economici globali, riduceva il dividendo utilizzabile per le politiche redistributive; la protesta dei contribuenti per il crescente ed eccessivo peso degli oneri fiscali imposti dall'aumento della spesa pubblica, in parte a causa dell'espansione degli ambiti di intervento pubblico; l'aumento della popolazione anziana rispetto a quella attiva e occupata, che causava il combinato disposto di un aumento della spesa pubblica e di una diminuzione delle entrate fiscali.³⁶⁶ Studi successivi hanno evidenziato come queste analisi fossero probabilmente eccessive nelle preoccupazioni e come sottovalutassero le capacità di recupero di questi sistemi, ma erano coerenti con la nuova retorica dei politici conservatori che andarono al potere in questi anni in Europa e negli Stati Uniti³⁶⁷.

Mentre gli altri Paesi adottavano quindi politiche restrittive, in Italia nel 1978 veniva approvata una riforma fortemente espansiva in campo sanitario, proprio quando l'adesione al Sistema Monetario Europeo metteva fuori gioco la tradizionale strategia italiana di riequilibrio della bilancia dei pagamenti e di stimolo alle esportazioni attraverso la svalutazione della lira. All'inizio degli anni '80 anche l'Italia si adeguò al trend internazionale adottando politiche di bilancio che in ambito sanitario restrinsero le risorse disponibili attraverso le leggi finanziarie annuali. Quello che auspicava il CNEL quindi, ovvero l'aumento della copertura pubblica e l'effettiva fiscalizzazione degli oneri sociali, non avvenne.

E non avvenne nemmeno negli anni seguenti, a causa di un cambio di clima che intervenne nella seconda metà degli anni '80, caratterizzati al contrario dalla svolta manageriale impressa dai due principali disegni di legge presentati dai ministri Degan (1985), Donat-Cattin (1987) e De Lorenzo (1989-90), che andavano nella direzione poi proseguita negli anni '90 di contenimento della spesa e di aziendalizzazione delle USL. Tuttavia, alla luce delle riflessioni finora condotte, sembra che l'approccio alla spesa sanitaria sia stato estremamente prudente, anche più di quanto la legge di riforma aveva previsto, contrariamente a quanto vuole la vulgata sul welfare. Questa, sviluppatasi negli anni Novanta e Duemila sulla scia di un clima culturale di tipo neoliberale, ha attribuito agli anni Sessanta e Settanta una grossa irresponsabilità nell'approccio alla spesa pubblica, che andò a costituire il fondamento del debito italiano. A noi sembra che, sebbene la spesa per la sanità in questi decenni sia aumentata, questi aumenti fossero coerenti con l'aumento progressivo della copertura

³⁶⁶ F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia: il futuro del SSN in prospettiva storica*, op. cit., pp. 217-218.

³⁶⁷ M. Ferrera, *Il modello sud-europeo di welfare state*, in *Rivista italiana di scienza politica*, a. XXVI, n. 1, aprile 1996, DOI: 10.1017/50048840200024047.

sanitaria della popolazione, con i progressi tecnici del settore medico e soprattutto ospedaliero, e con l'aumento della spesa sociale che caratterizzò tutte le società occidentali; soprattutto coerente con l'obiettivo politico di un servizio sanitario pubblico, che era stato in realtà a lungo sacrificato proprio sull'altare della sostenibilità economica del sistema-Paese. Servirebbe forse un approccio interpretativo più chiaro sulla questione dal punto di vista culturale: dopo il 1978, gli obiettivi politici erano cambiati, i sistemi di welfare erano diventati pesanti per gli "Stati minimi" che si teorizzavano nelle scuole economiche angloamericane, le battaglie per la salute non erano più, legittimamente, una priorità per i politici di fine secolo come lo erano stati per i politici del dopoguerra.

Tuttavia, il discorso sulle irresponsabilità di spesa non sembra giustificato dal punto di vista storiografico: l'affermazione del diritto alla salute avvenne in Italia conformemente alle spinte dei protagonisti, in seguito a intensi dibattiti che riguardarono anche i temi economici, gestiti da professionisti dell'economia pubblica. Chiaramente, il Paese subì i ritardi e le incertezze, soprattutto sul piano fiscale, che caratterizzavano il suo ambiente politico-economico: ribadire questo concetto sembra l'approccio storiograficamente più onesto sulla questione.

Conclusioni

L'obiettivo di questa ricerca è stato quello di tentare di esplorare nuovi percorsi e interpretazioni nel contesto delle politiche pubbliche e dell'organizzazione sanitaria repubblicana, nel trentennio scarso che va dal 1945 al 1978. Nonostante alcuni elementi fossero già noti e studiati da vari punti di vista, in questo studio si è cercato di tenere insieme più elementi coinvolti nel governo della sanità: le caratteristiche e i problemi dei diversi enti erogatori dell'assistenza sanitaria, i professionisti, i partiti e le loro idee di riforma, il dibattito fiscale e sul debito, il problema relativo ai costi del welfare state, al suo peso sul mercato del lavoro e sul mondo della produzione e sui problemi che la riforma del 1978 poneva da questo punto di vista, nei limiti delle competenze di chi scrive. Si è tentato anche di dare un'interpretazione dei risultati a cui queste dinamiche hanno dato esito, dei loro risultati parziali e dei problemi irrisolti che hanno poi dato come risultato le riforme e i ridimensionamenti dei decenni successivi.

Per fare questo si è pensato di partire da una base documentaria ampia e di proporre una prospettiva originale attraverso lo studio dell'attività di uno degli organi consultivi del Ministero della Sanità, il Consiglio Superiore della Sanità, per cercare fare luce sull'attività, le scelte e gli indirizzi delle politiche sanitarie dei decenni centrali della Repubblica. Il CSS è infatti uno degli enti che offrono più continuità nello studio della sanità repubblicana, in assenza della documentazione del Ministero della sanità: il lavoro di quest'organo è stato infatti quasi ininterrotto a partire dal 1861, prima come organo consultivo del Ministero dell'Interno, dal 1945 dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica e dal 1958 del Ministero della sanità.

Nel cercare di tirare le fila di questo lungo percorso, sembra adeguato concordare con le parole di uno dei ministri della Sanità che hanno maggiormente segnato le scelte degli anni Sessanta e Settanta, il socialista Luigi Mariotti, quando affermava che il Ministero della sanità “è andato faticosamente ricercando negli ultimi anni una propria identità di impulso politico”¹.

La scarsità delle fonti documentarie, come si è detto, non aiuta a far luce sulle scelte di tale ministero; tuttavia, ci sembra di poter affermare che proprio la scarsa capacità propositiva e organizzativa del

¹ Ministero della Sanità – Centro studi, *La formazione del personale sanitario*, Roma, CENSIS, Roma 1972, p. 5. La citazione di Mariotti prosegue così: “non soltanto perché è un Ministero relativamente giovane; non soltanto perché esso non può vivere di routine; non soltanto perché è un Ministero che molto avverte l'esigenza di dare ordine a una composizione e organizzazione delle competenze che riflettono una stratificazione storica di funzioni (amministrative, gestionali, di controllo, ecc.); ma anche e specialmente perché è un Ministero che deve avere compiti essenzialmente di impulso politico, quindi unitari ed organici; perché è un Ministero che deve far capo alle Regioni e ai poteri locali come organo di governo del sistema sanitario (e che quindi deve riservarsi prevalenti compiti di coordinamento); perché è un ministero che ha come sua “storica” responsabilità primaria il portare avanti uno dei più importanti disegni di riforma nella vita del Paese.”

giovane ministero italiano abbia inciso nei ritardi e nelle incertezze verso il percorso di riforma; l'altro elemento problematico era rappresentato dalle incertezze nelle scelte di politica economica. Il dibattito del periodo, accademico, tecnico e in misura minore politico, dimostra ampia consapevolezza della ripercussione economica della riforma sui conti pubblici, della fiscalizzazione degli oneri sociali sul costo del lavoro ma anche sul bilancio dello Stato, dei problemi collegati all'attribuzione dell'onere alla fiscalità generale nel contesto italiano. Al contrario di una vulgata comune in merito al discorso sul welfare, il dibattito del periodo si dimostra ricco e consapevole; non si è evidenziata, a nostro parere, una particolare irresponsabilità e leggerezza nell'approccio a questi problemi, quanto un dibattito permeato dall'idea delle responsabilità dello Stato rispetto al cittadino che è un portato culturale del secondo dopoguerra, e che si dimostrerà inadeguato già pochi anni dopo, di fronte al nuovo clima che si diffonderà a partire dagli anni Ottanta.

Il primo capitolo si è concentrato sulle origini del CSS, sui compiti, i componenti e la legislazione che ne determinò il funzionamento; ed anche sui cambiamenti che intercorrevano nella composizione dell'organo stesso nel corso del trentennio preso in considerazione; si sono analizzate le posizioni del CSS su alcuni temi particolarmente rilevanti nella storia della sanità repubblicana, come la produzione farmaceutica nazionale e la formazione del personale sanitario degli ospedali, o il problema dell'inquadramento delle case di cura nel nuovo sistema sanitario. Particolarmente rilevante è la documentazione riguardante opere igieniche, acquedotti, fognature, che è molto rilevante anche tra le carte dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica: il Paese si dotava delle strutture igieniche fondamentali e moderne nel periodo della ricostruzione. Si trattava senza dubbio della prima necessità del Paese nel settore della protezione della salute.

Nel secondo capitolo, si sono presi in considerazione i temi di lavoro del Consiglio nel corso degli anni Cinquanta: la questione della brevettabilità dei farmaci, la comparsa di nuove specialità medicinali, come i barbiturici, su cui il CSS veniva chiamato a esprimersi; elenchi sugli stupefacenti e norme sulla loro prescrivibilità e circolazione; campagne vaccinali di interesse nazionale, come quella antitetanica e relativi dibattiti sui vaccini; l'importanza di contesti socialmente gerarchici e irregimentati, come la scuola e ancor di più l'esercito, per la verifica dell'efficacia dei vaccini stessi. Si evidenziano inoltre i conflitti tra enti coinvolti nella tutela delle malattie in questo periodo, le difficoltà che l'organizzazione comportava nei casi di tutela delle malattie sociali.

Il terzo capitolo ha approfondito i lavori del CSS nel corso degli anni Sessanta, decennio in cui le interrogazioni da parte del Ministero della sanità si fecero più frequenti e il lavoro dell'organo più intenso; in questa fase alcuni temi continuavano a riguardare le campagne vaccinali, gli stupefacenti e la farmaceutica, ma in nuove declinazioni e attraverso nuovi problemi: il traffico di sostanze nel contesto internazionale, di cui l'Italia veniva accusata dalle organizzazioni internazionali che

cominciavano a nascere; la prima comparsa degli anticoncezionali e i problemi che il loro uso poneva ai medici e allo Stato, gli scontri accademici sulle migliori formulazioni per i vaccini. Una importante riforma del settore avvenuta negli anni Sessanta, la riforma Mariotti, che riformava l'organizzazione ospedaliera. Si tratta di un primo effetto del centro-sinistra al governo e della stagione del riformismo, e venne percepita come un primo passo verso la riforma: anche il CSS se ne occupò, offrendo pareri e rilevazioni sul personale, le gerarchie tra ospedali.

Gli anni Settanta combinarono temi vecchi a temi nuovi: la formazione del personale sanitario, le prime preoccupazioni riguardo l'inquinamento ambientale, le discussioni relative alle nuove proposte di organizzazione della sanità territoriale, gli aggiornamenti sui prontuari terapeutici mutualistici rappresentavano la maggior parte delle preoccupazioni dell'organo. Rimanevano importanti le questioni relative alla farmaceutica, alle malattie sociali, ai concorsi ospedalieri, mentre progressivamente perdevano di importanza le questioni legate a opere igieniche, acquedotti, fognature. I temi più legati al clima della ricostruzione e della tutela sanitaria di una popolazione povera, insomma, lasciavano spazio a problemi da Paese più avanzato: l'uso del metadone nei tossicodipendenti, la fine della concezione classica nella protezione materno-infantile attraverso l'ONMI, la destinazione dei fondi legati alla protezione antitubercolare, problema che decresceva; i dibattiti relativi all'imminente riforma che avrebbe dato vita al SSN.

Il quinto capitolo è dedicato invece al lavoro della più importante cassa mutua italiana, l'INAM, dei suoi problemi interni, che non riguardavano soltanto il comparto del finanziamento. Anche nel caso dell'Istituto in questione, analizzando la documentazione si evidenzia una profonda consapevolezza da parte dei dirigenti dei problemi organizzativi, gestionali e di personale; l'insoddisfazione dei professionisti convenzionati con questa cassa, e il dissesto provocato dal finanziamento ospedaliero e dalla farmaceutica. Nonostante le segnalazioni agli organi centrali, la situazione venne compromessa dall'impasse del sistema politico nei confronti della riforma.

A questo tema è dedicato il sesto capitolo, con un'analisi delle posizioni nei confronti dei temi sanitari dei principali tre partiti repubblicani, Pci, Psi e Dc; è stata analizzata anche la posizione dei medici, che difendevano alcune prerogative del loro lavoro, in particolare la componente libero-professionale e il rifiuto di un ruolo burocratizzato, come quello del dipendente pubblico nel contesto del SSN lasciava prefigurare.

Sulla riforma del 1978 osservatori internazionali affermavano: "Italy has legislated the stuff that dreams are made of. But would it work?"² La componente progettuale e programmatica della riforma fu messa in evidenza fin da subito, sottolineando come il suo funzionamento sarebbe dipeso da volontà e capacità che gli enti mutualistici non avevano la possibilità di esprimere, data la loro natura

² F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia: il futuro del SSN in una prospettiva storica*, op. cit., p. 207.

esclusivamente assicurativa. Da questo punto di vista, la maggiore responsabilità per la riuscita del progetto ricadeva sulle spalle delle Regioni. Il rapido cambiamento di contesto internazionale e la formulazione della legge in maniera più legata a principi grandi aspirazioni piuttosto che alla dettagliata prescrizione normativa, i consueti ritardi nell'emanazione dei regolamenti, che avrebbero permesso maggiori garanzie nella sua applicazione, nonché l'im maturità delle capacità gestionali delle Regioni, ha caratterizzato quella particolare condizione della legge 833/78, che è stata emblematicamente definita di "fallimento pratico e successo ideale"³. Anche il comparto del finanziamento della riforma ha risentito delle stesse ambiguità e di una ancora minore definizione nei termini, prestando il fianco a modifiche che giunsero dopo pochissimo. Ciò, secondo la nostra interpretazione, non è una caratteristica solo del settore sanitario: nei primi decenni di vita repubblicana, infatti, il termine "sicurezza sociale" aveva assunto un'accezione equivoca e polivalente, che rifletteva una concezione vaga ed imprecisa della situazione concreta, delle possibilità e degli interessi coinvolti. Le spese del nostro Paese sui costi della sicurezza sociale erano infatti, secondo le inchieste internazionali degli anni Cinquanta e Sessanta, in linea con quelle dei Paesi del gruppo più industrializzato ed avanzato d'Europa, nei quali per la sicurezza sociale si spendeva più del 10% del PIL: i commentatori dell'epoca sostenevano che questo significava collocarsi tra i Paesi del mondo che potevano permettersi "il lusso della sicurezza sociale"⁴. La spesa per quest'ultima, secondo l'interpretazione degli analisti del periodo, era funzione dello sviluppo economico e costituiva contemporaneamente uno dei principali strumenti di redistribuzione del reddito. Date queste sue caratteristiche, doveva essere trattata con estrema attenzione nel contesto di un'economia particolare e fragile come quella italiana: questo, a nostro parere, rappresentò la principale prudenza politica, perlomeno da parte conservatrice, nel dibattito sulla riforma sanitaria, e in particolare sulla fiscalizzazione degli oneri.

Parallelamente, questo ha reso la sicurezza sociale uno tra i principali obiettivi programmatici dei partiti di sinistra: non solo il complesso di servizi capaci di soddisfare i bisogni sociali, ma lo strumento più idoneo per realizzare uno sviluppo equilibrato, combinazione di fattori economici e sociali nell'ottica di assicurare un progresso continuo del processo globale di sviluppo. Si vede quindi come il superamento di una concezione assicurativa privatistica di una parte della popolazione, quella utile ai processi produttivi, si legasse ai compiti nuovi dello Stato del secondo dopoguerra: all'idea di una società democratica e capitalistica che avesse tra i suoi valori, in qualche forma, il concetto di equità. Gli impieghi sociali del reddito venivano percepiti, al di là delle loro realizzazioni concrete, come lo strumento essenziale di saldatura tra i due obiettivi fondamentali di un programma di

³ Ivi, p. 213.

⁴ S. Delogu, *Sanità pubblica, sicurezza sociale e programmazione economica*, p. 138.

sviluppo economico: l'accrescimento della produzione e il superamento degli squilibri. Fu proprio il minore interesse politico in quest'ultimo punto a favore di altri, come la competitività internazionale, a caratterizzare l'ingresso negli anni Ottanta con strumenti deboli per continuare il percorso di applicazione del SSN secondo i suoi principi ispiratori.

La posizione della classe medica all'interno di queste dinamiche è stata giudicata fondamentale: professione storicamente predominante in Italia rispetto alle altre professioni sanitarie⁵, secondo alcuni autori questo elemento si configura come uno degli elementi caratterizzanti del sistema sanitario della penisola.

Le scienze politologiche, infatti, hanno individuato all'interno del continente europeo quattro grandi macroregioni in cui possono essere classificati gli stati europei a seconda dei loro sistemi sanitari: la macroregione settentrionale, comprendente i sistemi sanitari scandinavi, del Regno Unito e d'Irlanda, fondati su modelli comprensivi di sistemi di servizi sanitari nazionali; la macroregione centro-occidentale, comprendente i sistemi sanitari di Francia, Germania, Austria, Olanda, Belgio e Lussemburgo, fondati su sistemi di assicurazioni sociali obbligatorie estremamente solidi ed efficienti; la macroregione centro-orientale, fondati su modelli di sistemi sanitari ex socialisti in via di transizione; e la macroregione meridionale, comprendente i sistemi sanitari di Italia, Spagna, Grecia e Portogallo, fondati su modelli peculiari di sistemi sanitari nazionali e su modalità di interazione con i rispettivi sistemi sociali sostanzialmente diversi da quelli che caratterizzano la macroregione settentrionale.⁶

Il paradigma mediterraneo si definisce secondo alcuni elementi comuni: una distribuzione professionale rispetto alla popolazione generale che presenta un rapporto sbilanciato a favore dei medici rispetto agli infermieri e agli altri professionisti della salute; un basso livello di spesa sanitaria pubblica e pro-capite, il ruolo rilevante della famiglia e delle reti sociali, sia informali (di parentela, di vicinato, amicali, ecc.) sia formali (associazioni di volontariato, auto-mutuo aiuto, di advocacy ecc.); un buon livello generale di salute, in termini di mortalità, morbilità e speranza di vita, nonostante il basso livello di spesa e l'orientamento prevalentemente curativo che presentano ancora oggi i sistemi sanitari di questa regione.⁷ Le aspirazioni dei medici nei confronti della riforma

⁵ G. Vicarelli, *Gli eredi di Esculapio. Medici e politiche sanitarie nell'Italia unita*, Carocci, Roma 2010.

⁶ G. Giarelli, *Convergenza e divergenza nelle riforme dei sistemi nazionali euro-mediterranei*, in G. Vicarelli (a cura di), *Regolazione e governance nei sistemi sanitari europei*, Il Mulino, Bologna 2011, p. 21. Questa classificazione, estremamente utile per la ricostruzione storica dei caratteri nazionali e regionali dei sistemi sanitari europei, si rifà alla loro articolazione classica, nel campo degli studi politologici, in tre modelli fondamentali: il modello bismarckiano, o delle assicurazioni sociali obbligatorie, istituito dal cancelliere Bismarck in Germania nel 1883 e poi diffusosi con qualche differenziazione nell'area germanofona e francofona dell'Europa centro-occidentale; il modello beveridgeano, o del Servizio sanitario nazionale, istituito nel 1948 in Gran Bretagna; e il modello Semashko, dal nome del ministro della sanità dell'Unione Sovietica, che negli anni successivi alla Rivoluzione d'Ottobre istituì un sistema sanitario completamente pianificato a livello centrale e funzionante secondo i piani quinquennali di sviluppo, poi replicato nei Paesi dell'Europa centro-orientale passati nel secondo dopoguerra sotto l'influenza sovietica.

⁷ Ivi, p. 29.

rimasero per la maggior parte frustrate; ciononostante, non si possono trascurare i dibattiti e le posizioni assunte da questa categoria professionale per comprendere l'organizzazione sanitaria italiana, sia prima che dopo la riforma del 1978, che modellò, oltre alle modalità di cura di tutta la popolazione italiana, anche il lavoro dei professionisti della salute.

Per concludere, si spera di essere riusciti con questo lavoro a illuminare una parte delle dinamiche repubblicane legate al mondo della sanità: da questo momento in poi, le cose cambiarono ulteriormente molte volte. Tuttavia, la riforma, inizialmente sostenute da élite culturali e del mondo sanitario del Paese, concretizzò istanze solidaristiche e democratiche che negli anni Settanta divennero condivise nel Paese, riuscendo a esprimere una spinta per un "diritto sociale di cittadinanza" largamente riconosciuto e reclamato⁸: almeno idealmente, e al netto di tutti i problemi di cui si è parlato, si tratta di una delle occasioni non mancate della Repubblica italiana.

⁸ G. Vicarelli, *Castelli di sabbia: progettazione e attuazione del Servizio Sanitario Nazionale*, CLUA, Ancona 1989, p. 99.

FONTI

Documentazione archivistica

ACS

Ministero della Sanità, Consiglio Superiore di Sanità pubblica, Verbali, buste:

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 30, 35, 36, 41, 42, 43, 44, 50, 51, 52, 55, 61, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 77, 80, 82, 85, 87, 89, 90, 92, 95, 97, 100, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220.

Ministero della Sanità, Consiglio Superiore di Sanità pubblica, Atti, buste:

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24.

Ministero della Sanità, Divisione ospedali, buste:

1, 3, 7, 10, 15, 20, 21, 45, 50, 62, 70, 100, 120, 134, 140, 170, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181.

Ministero della Sanità, INAM, buste:

1.

Ministero della Sanità, Riforma sanitaria, buste:

1.

Ministero della Sanità, Circolari, buste:

1, 2, 3, 4, 5, 6.

Ministero della Sanità, Ufficio attuazione Servizio Sanitario Nazionale, buste:

1, 2, 3, 4.

Archivio Aldo Moro, buste:

10, 18, 176.

Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, Direzione generale del personale, buste:

120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 135, 138, 140, 141, 142, 145.

Ministero del Bilancio e della Programmazione economica, buste:

12, 16, 25, 37.

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Gabinetto, serie:

1948-1950: buste 3887, 3888;

1951-1954: buste 3889, 4087;

1958-1963: buste 4286, 4310, 4312;

1965-1967: busta 6535.

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Verbali delle adunanze. Minute, buste:

15, 16, 19, 24, 33, 42.

Archivio INPS

Fondo INAM, Lettere circolari, Raccolte in volumi degli anni:

1945, 1946, 1947, 1948, 1949, 1950; 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1956, 1957; 1958; 1959;
1960; 1961; 1962; 1963; 1964; 1965; 1966; 1967; 1968; 1969 I; 1969 II; 1969, 1970, 1971,
1972, 1973, 1974; 1970; 1975; 1976; 1977; 1978 I; 1978 II; 1979.

Raccolta delle norme per l'applicazione delle convenzioni internazionali, Volume:

1.

Opuscoli, Convenzione nazionale mutue-farmacie, Volume:

1.

Istituto Sturzo

Archivio Andreotti, Serie Governo, III Governo Andreotti, buste:

883.

Archivio Andreotti, Serie Governo, IV Governo Andreotti, buste:

900.

Fondo Democrazia Cristiana, Serie congresso nazionale (1944-1989), scatole:

41, 42, 45, 46, 48, 52.

Fondo Democrazia Cristiana, Serie segreteria politica (1944-1992):

Fondo Amintore Fanfani, Corrispondenza con il Governo, b. 79;

Uffici centrali – Circolari emesse dagli uffici, scatola 35;

Fondo Aldo Moro, Corrispondenza con il Governo, scatole 148, 149, 150;

Uffici centrali – Circolari emesse dagli uffici, scatole 103, 108, 115, 117, 119,

124, 125, 126;

Fondo Mariano Rumor, Corrispondenza con il Governo, scatole 153, 154, 156, 157;

Uffici centrali – Circolari emesse dagli uffici, scatole 169, 170, 173, 174

180.

Fondazione Gramsci

Archivio Giovanni Berlinguer, buste:

10, 11, 45, 66, 67, 76;

Archivio PCI:

Dipartimento problemi economici e sociali – Sezione sanità, buste: 596, 598, 600, 601, 602;

Sezione riforme e programmazione, busta 499;

Sezione ambiente e sanità – Relazioni, proposte e note: b. 647, 648;

Sezione sicurezza sociale, buste: 275;

microfilm: 0209; 0280; 0299; 0305; 0309; 0316; 0322; 0330;

0331; 0489; 0492; 0530; 0539; 0747.

Archivio storico della Camera dei Deputati

Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei Disavanzi sanitari regionali, XV legislatura, buste:

1, 2, 4, 6, 7, 8.

XIV Commissione permanente, Igiene e sanità pubblica, legislature:

V, VI, VII, VIII, IX.

Archivio storico del Senato

XII Commissione Igiene e sanità del Senato della Repubblica, Igiene e sanità, legislature:

V, VI, VII, VIII, IX.

Riviste e pubblicistica

Archivio di medicina mutualistica, annate:

1957, 1958, 1960, 1962.

Segnalazioni Assofarma, annate:

1966, 1967, 1970, 1971, 1974, 1975, 1976, 1977.

Atti delle assemblee generali del CSS, annate:

1968, 1969, 1970, 1971.

Bollettino ENPAS, annate:

1967, 1969, 1970.

Bollettino informazioni INAM, annate:

1974, 1975, 1976, 1977, 1978.

Federazione medica, annate:

1963, 1964, 1965, 1966, 1967, 1969, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975-76, 1977, 1978.

I problemi del servizio sociale (dal 1958 I problemi della sicurezza sociale), annate:

1950, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960, 1961, 1962, 1963, 1965, 1966, 1967, 1968, 1970, 1971, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978.

Il medico d'Italia, annate:

1968, 1969, 1970, 1973, 1975, 1976, 1977, 1978.

Il popolo, archivio on-line, annate varie;

INAM – Studi e pubblicazioni, Stabilimento tipografico Ugo Quintily, Roma.

Informazioni INAM:

1979;

L'Unità, archivio on-line, annate varie;

Quaderni de I problemi della sicurezza sociale, Il sistema assistenziale dell'INAM, IV edizione;

Rassegna amministrativa della sanità:

1962, 1963, 1964, 1965, 1967, 1968, 1970, 1971, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978.

Bibliografia

J. Albers, N. Gilbert, *United in diversity? Comparing social models in Europe and America*, Oxford University Press, Oxford 2007.

M. Alberti, *Senza lavoro. La disoccupazione in Italia dall'Unità a oggi*, Laterza, Roma 2016.

G. Amato, *Economia, politica e istituzioni in Italia*, Il Mulino, Bologna 1976.

F. Amatori (a cura di), *Storia dell'IRI. Vol. 2: il "miracolo economico" e il ruolo dell'IRI*, Laterza, Roma 2013.

F. Ammannati (a cura di), *Social assistance and solidarity in Europe from the 13th to the 18th centuries*, Fondazione Istituto Internazionale di Storia Economica F. Datini, Firenze University Press, 2013.

F. Amoretti, *Le politiche sociali in età giolittiana*, in *Stato e mercato*, 27 n. 3, 1989.

G. A. Andersen, *The three worlds of welfare capitalism*, Princeton University Press, Princeton 1990.

N. Antonetti (a cura di), *Aldo Moro nella storia della Repubblica*, Il Mulino, Bologna 2019.

U. Ascoli (a cura di), *Welfare state all'italiana*, Laterza, Bari-Roma 1984.

U. Ascoli, E. Pavolini, *The Italian welfare state in a European perspective: a comparative analysis*, Policy Press, Bristol 2015.

B. M. Assael, *Il favoloso innesto. Storia sociale della vaccinazione*, Laterza, Roma-Bari 1995.

Atti del Consiglio Nazionale della Democrazia Cristiana del 28-30 aprile 1965, *La Democrazia Cristiana e il Piano*, Cinque Lune, 1965.

Atti della XI Commissione parlamentare – Lavoro, emigrazione, cooperazione, previdenza e assistenza sociale, assistenza post-bellica, igiene e sanità pubblica, 1945-1958.

Atti della XIV Commissione parlamentare – Igiene e sanità pubblica, 1958-1963.

- AA. VV., Presentazione di Cesare Cosciani, *La riforma fiscale in Italia*, FrancoAngeli editore, 1967.
- AA. VV., *CGIL e programmazione economica*, Editrice sindacale italiana, Roma 1965.
- A. Bagnasco, *L'Italia in tempi di cambiamento politico*, Il Mulino, Bologna 1996.
- R. Balduzzi, *Trent'anni di servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Il Mulino, Bologna 2009.
- P. Baldwin, *The politics of social solidarity. Class bases of the European Welfare State, 1875-1975*, Cambridge University Press, Cambridge 1992.
- A. M. Banti, *Storia della borghesia italiana (1861-1922)*, Donzelli, Roma 1996.
- F. Barbagallo, *L'Italia nel mondo contemporaneo. Sei lezioni di storia 1943-2018*, Laterza, Roma-Bari 2019.
- T. Baris, *Andreotti – Una biografia politica. Dall'associazionismo cattolico al potere democristiano (1919-1969)*, Il Mulino, Bologna 2021.
- P. Battilani – P. Benassi, *Consumare il welfare. L'esperienza in Italia nel secondo Novecento*, Il Mulino, Bologna 2013.
- M. Berg, G. Cocks, *Medicine and modernity. Public health and medical care in Nineteenth and Twentieth century in Germany*, Cambridge University Press, Cambridge 1997.
- G. Bergami, N. Perrotti, *Relazione sull'attività svolta dalla sanità pubblica nel biennio 1944-1945*, Roma 1946.
- G. Berlinguer, *Gli anni difficili della riforma sanitaria*, De Donato Editore, Bari 1982.
- G. Berlinguer, *La salute, tra scienza e politica: scritti*, Donzelli, Milano 2016.
- G. Berlinguer, *La salute nelle fabbriche*, De Donato editore, Roma 1977.
- G. Berlinguer, *Enti locali e politica sanitaria*, Editori riuniti, Roma 1974.
- G. Berlinguer, *La riforma previdenziale nella programmazione economica e nella lotta con il socialismo*, Istituto di studi comunisti, ciclostilato, 1965.
- G. Berlinguer, *Una riforma per salute. Iter e obiettivi del Servizio sanitario nazionale*, De Donato Editore, Bari 1979.
- G. Berlinguer, S. Delogu, *La medicina è malata*, Editori Laterza, Bari 1959.
- G. Berlinguer, S. Scarpa, *La riforma sanitaria*, Editori Riuniti, Roma 1974.
- V. Berridge, *Health and society in Britain since 1939*, Cambridge University Press, Cambridge 1999.
- M. L. Betri - A. Gigli Marchetti, *Salute e classi lavoratrici dall'Unità al fascismo*, FrancoAngeli, Milano 1982.
- E. Betti, *Precari e precarie: una storia dell'Italia contemporanea*, Carocci, Roma 2019.
- G. Bigatti, *Da bere per tutti. Servizi idrici e politiche dell'acqua in Italia tra Otto e Novecento. Uno sguardo di sintesi*, in TST rivista, marzo 2014, n. 26, pp. 110-127.

- E. Bini, G. Garavini, F. Romero, *Oil shock. The 1973 crisis and its economic legacy*, I. B. Tauris, Londra 2016.
- B. Bises, *Il progetto di riforma tributaria della commissione Cosciani cinquant'anni dopo*, Il Mulino, Bologna 2015.
- N. Bobbio (a cura di), *Discorsi parlamentari e politica costituzionale*, La Nuova Italia, Firenze 1966.
- L. Bonesio – D. Del Curto, *Il villaggio Morelli. Identità paesaggistica e patrimonio monumentale*, Mimesis 2018.
- P. Braghin (a cura di), *Inchiesta sulla miseria in Italia*, Torino, Einaudi 1978.
- A. Briggs, *The welfare state in historical perspective*, European journal of Sociology, vol. 2, 1961, pp. 221-258.
- B. Bryson, *Breve storia di (quasi) tutto*, Tea editori, Milano 2017.
- Bureau International du Travail, *Il costo della sicurezza sociale nel mondo 1958-1960*, Ginevra 1964.
- L. Burrioni, *Capitalismi a confronto. Istituzioni e regolazione dell'economia nei Paesi europei*, Bologna, Il Mulino 2016.
- C. Calabrò (a cura di), *Le vie della cittadinanza sociale in Europa*, Edizioni di storia e letteratura, Roma 2020.
- F. Cammarano, *Storia dell'Italia liberale*, Laterza, Bari 2011.
- A. Candela, *Storia ambientale dell'energia nucleare. Gli anni della contestazione*, Mimesis edizioni, Milano 2017.
- G. Canepa, *Dalla concessione al diritto soggettivo. Cittadinanza e assistenza nel dibattito sull'attuazione costituzionale*, in *Italia contemporanea*, 301, 2023 pp. 99-127.
- G. Canepa, *Managing the transition from war to peace: post-war citizenship-based welfare in Italy and France, 1944-1947*, in M. Baar, P. V. Trigt (a cura di), *Marginalized groups, inequalities and the post-war welfare. State whose welfare?*, Routledge, New York-London 2019.
- M. Capocci, *"A chain is gonna come". Building a Penicillin production plant in post-war Italy*, in *Dynamis*, 31, 2011, n. 2, pp. 343-362.
- C. Cappuccino, *Felicità chimica. Storia delle droghe*, Stampa alternativa, Roma 2004.
- A. Cardini (a cura di), *Il miracolo economico italiano (1958-1963)*, Il Mulino, Bologna 2007.
- F. Carnevale, *"La salute non si vende". La stagione delle lotte per la salute dei lavoratori in Italia, 1961-1978*, in *Rivista sperimentale di freniatria*, 2018/2, FrancoAngeli, Milano, pp. 105-120.
- E. A. Carlson, *The unfit: a history of a bad idea*, Cold Spring Harbor University Press, New York 2001.
- A. Cascadan, E. Simonetto, *Codice dell'ENPAS: prestazioni, procedure con giurisprudenza e bibliografia*, Cedam, Padova 1969.
- S. Cassese, *Burocrazia ed economia pubblica. Cronache degli anni Settanta*, Il Mulino, Bologna

1978.

S. Cassese, *Governare gli italiani. Storia dello Stato*, Il Mulino, Bologna 2011.

S. Cassese, *L'Italia: una società senza Stato?*, Bologna, Il Mulino 2011.

S. Cassese, *Il sistema amministrativo italiano, ovvero l'arte di arrangiarsi*, Il Mulino, Bologna 1983.

N. Castellino, V. Anzelmo, G. Castellani, F. Pofi, *Breve storia della medicina del lavoro italiana*, Isu Università Cattolica, Roma 2000.

V. Castronovo, *Storia economica d'Italia – Dall'Ottocento ai giorni nostri*, Einaudi, Torino 1995.

F. Cazzola (a cura di), *Anatomia del potere DC (vol. 29). Enti pubblici e centralità democristiana*, De Donato, Bari 1979.

R. Cea, *Il governo della salute nell'Italia liberale. Stato, igiene e politiche sanitarie*, FrancoAngeli, Milano 2019.

Centro Italiano di Storia Ospedaliera, *Storia della sanità in Italia: metodi e indicazioni di ricerca*, Il pensiero scientifico, Roma 1978.

O. Cesareo, *L'imposta generale sull'entrata*, Tipografia Squarci, Roma 1953.

CGIL – Ufficio stampa, *La protezione sanitaria in un sistema di sicurezza sociale: dagli atti del Convegno nazionale sulla sicurezza sociale, ridotto dell'Eliseo 10-12 giugno 1959: relazione e discorsi di Agostino Novella e altri*, Roma 1959.

A. Cherubini, *Storia dello Stato sociale in Italia (1860-1890)*, Editori riuniti, Roma 1977.

Z. Ciuffoletti, M. Degl'Innocenti, G. Sabbatucci, *Storia del PSI*, Editori Laterza, Bari-Roma 1992.

CNEL, *Osservazioni e proposte sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, Documenti della Camera, Assemblea, 7 maggio 1985, n. 205/153.

CNEL, *Parere sul disegno di legge concernente la "istituzione del Servizio sanitario nazionale"*, Documenti della Camera, Assemblea, 13-14 aprile 1977, n. 159/108.

CNEL, *Parere sul progetto di programma di sviluppo economico per il quinquennio 1965-1969*, Roma 1965.

J. Cohen, G. Federico, *The growth of the Italian economy (1820-1960)*, Cambridge University Press, Cambridge 2001.

S. Colarizi, *Storia politica della Repubblica. Partiti, movimenti e istituzioni 1943-2006*, Laterza, Roma-Bari 2007.

S. Colarizi, *Un Paese in movimento. L'Italia negli anni Sessanta e Settanta*, Laterza, Roma 2019.

S. Colarizi, M. Gervasoni, *La tela di Penelope. Storia della seconda Repubblica*, Laterza, Roma-Bari 2014.

C. Collicelli, *La salute come processo sociale: sanità e ricerca sociologica*, FrancoAngeli, Milano 2011.

F. Conti, G. Silei, *Breve storia dello stato sociale*, Carocci, Roma 2013.

L. Conti, *L'assistenza e la previdenza sociale: storia e problemi*, Feltrinelli, Milano 1958.

- M. A. Coppini (a cura di), *Relazione preliminare sulla riforma della previdenza sociale*, CNEL, Roma 1963.
- C. Cosciani (a cura di), *La finanza delle assicurazioni sociali in Italia (1919-1962)*, Mediobanca, Milano 1965.
- G. Cosmacini, *Guerra e medicina dall'antichità a oggi*, Laterza, Torino 2011.
- G. Cosmacini, *Medici nella storia d'Italia. Per una nuova tipologia della professione medica*, Laterza, Bari 1996.
- G. Cosmacini, *Medicina e sanità in Italia nel ventesimo secolo: dalla spagnola alla Seconda guerra mondiale*, Laterza, Bari 1989.
- G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia: dalla peste nera ai nostri giorni*, Laterza, Bari 2016.
- P. Costa, *Lo stato sociale come problema storiografico*, in *Quaderni fiorentini per la storia del pensiero giuridico moderno*, 46 n. 1, 2017.
- R. G. Cowherd, *Political economists and the English Poor Laws: a historical study of the influence of classical economics on the formation of social welfare policy*, Ohio University Press, Athens 1977.
- G. Crainz, *Il paese mancato. Dal miracolo economico agli anni Ottanta*, Donzelli, Roma 2015.
- G. Crainz, *Padania: il mondo dei braccianti dall'Ottocento alla fuga dalle campagne*, Donzelli, Roma 2007.
- G. Crainz, *Storia della Repubblica. L'Italia dalla liberazione ad oggi*, Donzelli, Roma 2016.
- G. Crainz, *Storia del miracolo italiano: culture, identità, trasformazioni fra anni Cinquanta e Sessanta*, Donzelli, Roma 2003.
- P. Craveri, *La Repubblica dal 1958 al 1992*, in *Storia d'Italia*, diretta da G. Galasso, Utet, Torino 1995.
- M. Crivellini – M. Galli, *Sanità e salute. Due storie diverse – Sistemi sanitari e salute nei paesi industrializzati*, FrancoAngeli, Milano 2016.
- B. Curli, *Il progetto nucleare italiano (1952-1964). Conversazioni con Felice Ippolito*, Rubettino, Soveria Mannelli 2022.
- A. Dafano, *La politica economica della Democrazia Cristiana (1948-1963) e il dibattito all'interno del partito*, MPRA Paper 72156, University Library of Munich, Germany, June 2016.
- A. D'Orsi, *Piccolo manuale di storiografia*, Mondadori, Milano 2002.
- C. Daneo, *La politica economica della ricostruzione, 1945-1949*, Torino, Einaudi 1975.
- A. J. Davis, *The medieval economy of salvation: charity, commerce and the rise of the hospital*, Cornell University Press, Ithaca, New York, 2019.
- R. De Felice, *Il fascismo. Le interpretazioni dei contemporanei e degli storici*, Laterza, Roma-Bari 2008.
- F. De Ferrari, C. A. Romano, *Sistema penale e tutela della salute*, Giuffrè, Milano 2003.

- G. Del Guerra, *Il fumo. Aspetti medico-sociali*, Editrice studium, Roma 1965.
- F. Della Peruta, *Malattia e medicina in Storia d'Italia, vol. VII*, Einaudi, Torino 1984.
- S. Delogu, *Sanità pubblica, sicurezza sociale e programmazione economica*, Einaudi, Torino 1967.
- S. Delogu, *La salute dietro l'angolo: dalla riforma una svolta nell'organizzazione sanitaria del Paese*, Napoleone ed., Roma 1978.
- U. De Siervo, S. Guerrieri, A. Varsori (a cura di), *La prima legislatura repubblicana. Continuità e discontinuità nell'azione delle istituzioni*, Carocci, Roma 2004.
- T. Detti, *Fabrizio Maffi. Vita di un medico socialista*, FrancoAngeli, Milano 1987.
- T. Detti, *Salute, società e stato nell'Italia liberale*, FrancoAngeli, Milano 1994.
- A. De Valles, *Sul preteso diritto di rivalsa dell'INAM*, estratto da *Il foro padano*, n. 12, dicembre 1959.
- A. Di Michele, *Storia dell'Italia repubblicana (1948-2008)*, Garzanti, Milano 2008.
- G. Di Nardi, *La politica di intervento nel Mezzogiorno: un consuntivo*, in *Il politico*, marzo 1967, vol. 32 n. 1, Rubbettino editore, pp. 191-199.
- N. Dirindin, P. Vineis, *Elementi di economia sanitaria*, Il Mulino, Bologna 2004.
- M. Doria, *L'acqua e la città. Storia degli acquedotti genovesi De Ferrari Galliera e Nicolay (secoli XIX-XX)*, Francoangeli, Milano 2008.
- A. Escohotado, *Piccola storia delle droghe. Dall'antichità ai giorni nostri*, Donzelli editore, Roma 2008.
- E. Felice, *Ascesa e declino. Storia economica d'Italia*, Il Mulino, Bologna 2018.
- M. Ferrera, *Le politiche sociali*, Il Mulino, Bologna 2019.
- M. Ferrera, *Modelli di solidarietà. Politica e riforme sociali nelle democrazie*, Il Mulino, Bologna 1993.
- M. Ferrera, *Il welfare state in Italia. Sviluppo e crisi in prospettiva comparata*, Il Mulino, Bologna 1984.
- M. Ferrera, "The Southern Model" of Welfare in Social Europe, in *Journal of European Social Policy* 1996 n. 1, pp. 17-37.
- M. Ferrera, *The boundaries of welfare: European integration and the new spatial politics of social protection*, Oxford University Press, Oxford 2002.
- M. Ferrera, V. Fargion, M. Jessoula, *Alle radici del welfare all'italiana: origini e futuro di un modello sociale squilibrato*, Marsilio, Venezia 2012.
- M. Flora, A. J. Heidenheimer (a cura di), *Lo sviluppo del welfare state in Europa e in America*, Il Mulino, Bologna, 1983.
- M. Ferrera, G. Zincone, *La salute che noi pensiamo. Domanda sanitaria e politiche pubbliche in Italia*, Il Mulino, Bologna 1986.

- G. Flora, H. Heideinheimer, *Lo sviluppo del Welfare state in Europa e in America*, Il Mulino, Bologna 1983.
- M. Flores, *Gli anni della Costituente. Strategie dei governi e delle classi sociali*, Milano, Feltrinelli 1983.
- FNOOMM, *Prime osservazioni sul progetto di programma di sviluppo economico per il quinquennio '65-'69*, Supplemento di Federazione medica, n. 2, 1965.
- V. Foa, *Sindacati e lotte operaie (1943-1973)*, Loescher, Torino 1975.
- J. Foot, *La Repubblica dei matti. Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia. 1961-1978*, Feltrinelli, Milano 2017.
- G. Formigoni, *Storia d'Italia nella Guerra fredda*, Il Mulino, Bologna 2016.
- G. Formigoni, *Aldo Moro. Lo statista e il suo dramma*, Il Mulino, Bologna 2023.
- J. Fourastié, *Les Trentes Glorieuses, ou la révolution invisible de 1946 à 1975*, Fayard, Paris 1979
- D. Franco, *L'espansione della spesa pubblica in Italia (1960-1990)*, Il Mulino, Bologna, 1993.
- P. Frascani, *I medici dall'unità al Fascismo*, in *Storia d'Italia, Annali*, vol. X, *I professionisti*, M. Malatesta (a cura di), Einaudi, Torino 1996.
- G. Freddi (a cura di), *Rapporto Perkoff: salute e organizzazione nel Servizio Sanitario Nazionale*, Bologna, Il Mulino 1984.
- E. Freidson, *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, FrancoAngeli, Milano 2002.
- G. Fumi, *Salute, malattia e sistema sanitario in Italia (1861-1978). Un bilancio*, in S. A. Conca Messina, V. Varini, *Il welfare in Italia tra pubblico e privato. Un percorso di lungo periodo*, FrancoAngeli, Milano 2020.
- A. Gagliardi, *Il corporativismo fascista*, Laterza, Bari 2010.
- L. Gaeta, *Lo stato sociale all'Assemblea costituente*, in *Quaderni fiorentini per la storia del pensiero giuridico moderno*, XLVI (2017).
- A. Gagliardi, *Il corporativismo fascista*, Laterza, Roma-Bari 2010.
- G. Galdabini, G. M. Gros-Pietro, S. Rolfo, *L'industria farmaceutica italiana. Analisi economico-finanziaria del settore*, Il Mulino, Bologna 1983.
- G. Galli, *Il decennio Moro-Berlinguer. Una rilettura attuale*, Dalai editore, 2006.
- G. Galli, *Il partito armato. Gli "anni di piombo" in Italia (1968-1986)*, Kaos editore, Bologna 1997.
- G. Galli, *Storia della DC*, Laterza, Bari 1978.
- F. Gastaldi, P. Liberati, *I nodi della finanza pubblica: teoria e politica. Scritti in onore di Antonio Pedone*, FrancoAngeli, Milano 2016.
- C. Gelmetti, *Il fuoco di Sant'Antonio. Dai misteri eleusini all'LSD*, Springer-Verlag Italia, Milano 2010.
- E. Gentile, *Fascismo. Storia e interpretazione*, Laterza, Roma-Bari, 2005.

- E. Gentile, *Le origini dell'Italia contemporanea. L'età giolittiana*, Laterza, Roma 2015.
- U. Gentiloni-Silveri, *Storia dell'Italia contemporanea. 1943-2019*, Il Mulino, Bologna 2019.
- M. Geyer, A. Tooze, *The Cambridge History of the Second World War*, Cambridge University Press, Cambridge, 2015.
- G. Giannelli, V. Raponi, *Libro bianco sulla riforma ospedaliera, Supplemento del Notiziario dell'Amministrazione sanitaria*, Roma, dicembre 1965.
- G. Giarelli, *Convergenza e divergenza nelle riforme dei sistemi nazionali euro-mediterranei*, in G. Vicarelli (a cura di), *Regolazione e governance nei sistemi sanitari europei*, Il Mulino, Bologna 2011.
- P. Ginsborg, *Italy and its discontents. Family, civil society, State 1980-2001*, Palgrave MacMillan, Londra, 2003.
- P. Ginsborg, *L'Italia del tempo presente: famiglia, società civile, Stato 1980-1996*, Einaudi, Torino 2007.
- P. Ginsborg, *Storia d'Italia 1943-1996. Famiglia, società, stato*, Torino, Einaudi 1998.
- P. Ginsborg, *Storia d'Italia dal dopoguerra a oggi. Società e politica 1943-1986*, Einaudi, Torino 1989.
- C. Giorgi, *La previdenza del regime. Storia dell'Inps durante il fascismo*, Il Mulino, Bologna 2004.
- C. Giorgi, I. Pavan, *Le origini del Servizio Sanitario Nazionale in Italia in Le carte e la storia*, 2018.
- C. Giorgi, *Le politiche sociali del fascismo*, in *Studi storici*, 2014 n. 1, pp. 93-108.
- C. Giorgi, I. Pavan, *Salute, sanità e assistenza nell'Italia repubblicana*, in *Italia contemporanea*, 301, aprile 2023, pp. 9-15.
- A. Giovagnoli, *La Repubblica degli italiani 1946-2016*, Laterza, Bari 2016.
- R. Girod, P. De Laubier, A. Gladstone, *Social policy in western Europe and the USA, 1950-80: an assesment*, Palgrave Mac Millan, Londra, 1985.
- A. Gissi, *Le segrete manovre delle donne. Levatrici in Italia dall'Unità al fascismo*, Biblink, Roma 2006.
- A. Gissi, P. Stelliferi, *L'aborto. Una storia*, Carocci, Roma 2023.
- P. Gootenberg (ed.), *The Oxford handbook of global drug history*, Oxford University Press, Oxford 2022.
- E. Gorrieri, *La giungla contributiva*, Il Mulino, Bologna 1975.
- M. Gorsky, M. Vilar-Rodriguez, J. Pons-Pons, *The political economy of the hospital in history: the construction, funding and management of public and private hospital system*, University of Huddersfield Press, Huddersfield, 2020.
- R. E. Goodin, *Reasons for welfare: The political theory of the Welfare state*, Princeton University Press, Princeton 1988.
- M. Granata, *Cultura del mercato. La Commissione parlamentare d'inchiesta sulla concorrenza*

- (1961-1965), Rubettino, Soveria Mannelli 2007.
- A. Graziani (a cura di), *L'economia italiana dal 1945 a oggi*, Il Mulino, Bologna 1972.
- A. Graziani, *Lo sviluppo dell'economia italiana. Dalla ricostruzione alla moneta europea*, Bollati Boringhieri, Torino 2000.
- A. Graziosi, *L'Unione sovietica (1914-1991)*, Il Mulino, Bologna 2011.
- A. Graziosi, *L'URSS dal trionfo al degrado. Storia dell'Unione Sovietica. 1945-1991*, Il Mulino, Bologna 2008.
- B. Greve (ed.), *De Gruyter Handbook of Contemporary welfare states*, Walter de Gruyter GmbH, Berlin/Boston, 2022.
- R. Gualtieri, *L'Italia dal 1943 al 1992. DC e PCI nella storia della Repubblica*, Carocci, Roma 2006.
- P. Guarnieri, *La storia della psichiatria. Un secolo di studi in Italia*, Leo S. Oschky editore, Firenze 1991.
- P. Guarnieri (a cura di), *Uscire dall'insopportabile. Culture e pratiche di psichiatria de-istituzionale nel Nordest Italia*, Fondazione museo storico Trentino, Trento 2021.
- M. Harjula, *Health citizenship and access to health services Finland 1900-2000*.
- R. Haring, I. Kickbusch, D. Ganten, M. Moeti, *Handbook of Global health*, Springer, Berlin 2021.
- K. Harper, *Plagues upon the Earth. Disease and the course of human history*, Princeton University Press, Princeton 2021.
- J. Henderson, *The impact of hospitals 300-2000*, Peter Lang Pub. Inc., Pieterlen, 2007.
- J. Higgs, *I have America surrounded. The life of Timothy Leary*, Harper Collings, New York 2009.
- B. R. Hoffman, *The wages of sickness. The politics of health insurance in progressive America*, The University of North Carolina Press, Chapel Hill, 2001.
- M. J. Hogan, *The Marshall Plan. America, Britain and the Reconstruction of Western Europe (1947-1952)*, Cambridge University Press, Cambridge 2008.
- E. M. Immergut, K. M. Anderson, C. Devitt, T. Popic, *Health politics in Europe. A handbook*, Oxford University Press, Oxford 2021.
- S. Inaudi, *A tutti indistintamente: l'Ente opere assistenziali nel periodo fascista*, Clueb, Bologna 2008.
- S. Inaudi, *La tubercolosi nell'Italia del secondo dopoguerra: l'azione dell'Unrra, in Italia contemporanea*, 301, aprile 2023, pp. 16-43.
- INPS, *Novant'anni di previdenza in Italia: culture, politiche, strutture. Atti del convegno, Roma 9/10 novembre 1988*, Roma 1989.
- C. Ipsen, *Fumo. La storia d'amore tra gli italiani e la sigaretta*, Le Monnier, Firenze 2019.
- ISLE (Istituto per la documentazione e gli studi amministrativi), *Atti del convegno: fiscalizzazione*

- degli oneri sociali e riforma della previdenza sociale*, Giuffrè, Milano 1965.
- M. Jessoula, E. Pavolini (a cura di), *La mano invisibile dello Stato sociale. Il welfare fiscale in Italia*, Il Mulino, Bologna 2022.
- T. Judt, *Dopoguerra. Com'è cambiata l'Europa dal 1945 a oggi*, Mondadori, Milano 2007.
- F. X. Kaufmann, F. Nullmeier, *Post-war welfare state development – The temporal perspective*, in F. G. Castles, S. Leibfried, J. Lewis, H. Obinger, C. Pierson, *The Oxford handbook of the Welfare state*, Oxford University Press, Oxford 2010.
- A. Kessler-Harris, M. Vaudagna, *Democracy and the Welfare state: the two Wests in the age of austerity*, Columbia university press, Columbia 2017.
- S. Lanaro, *Storia dell'Italia repubblicana: l'economia, la politica, la cultura, la società dal dopoguerra agli anni Novanta*, Marsilio, Venezia 1997.
- U. Leonzio, *Il volo magico, storia generale delle droghe*, Il saggiatore, Milano 2020.
- A. Lepre, *Storia della prima Repubblica. L'Italia dal 1943 al 2003*, Il Mulino, Bologna 2006.
- A. Lonni, *I professionisti della salute. Monopolio professionale e nascita dell'ordine dei medici (XIX e XX secolo)*, Francoangeli, Milano 1994.
- S. Luzzi, *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, Donzelli, Roma 2004.
- G. A. Maccacaro, *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976*, Feltrinelli, Milano 1981.
- G. Maciocco, *Politica, salute e sistemi sanitari. Le riforme dei sistemi sanitari nell'era della globalizzazione*, Politiche sanitarie 2003, vol. 4, n. 4, pp. 133-152.
- S. Maggi, *Storia dei trasporti in Italia*, Il Mulino, Bologna 2009.
- F. Maino, *Le politiche pubbliche in Italia. La politica sanitaria*, Il Mulino, Bologna 2001.
- M. Malatesta (a cura di), *I professionisti*, in *Storia d'Italia*, vol. X, Einaudi, Torino 1984.
- M. Malatesta (a cura di), *L'invenzione della fiducia. Medici e pazienti dall'età classica a oggi*, Viella, Roma 2021.
- M. Malatesta, *Professionisti e gentiluomini. Storia delle professioni nell'Europa contemporanea*, Einaudi, Torino 2006.
- F. Malgeri (a cura di), *Storia della Democrazia Cristiana, vol. II: De Gasperi e l'età del centrismo (1948-1954)*, Edizione Cinque Lune, Roma 1987.
- H. Margaron, *Le stagioni degli dei. Storia medica e sociale delle droghe*, Raffaello Cortina editore, Milano 2000.
- G. Marengo, *La nascita di un'enciclica. Humanae vitae alla luce degli Archivi Vaticani*, Libreria editrice Vaticana, Roma 2018.
- L. Mario, *Stato e Chiesa di fronte al problema dell'assistenza*, CISO ediz., Roma 1982.

- T. R. Marmor, R. Freeman, K. G. H. Okma, *Comparative studies and the Politics of Modern Medical Care*, Yale University Press, Yale 2009.
- G. Marongiu, *Storia dei tributi degli enti locali*, CEDAM, Padova 2001.
- N. Martinelli, *L'industria farmaceutica italiana, 1945-1978. Una storia economica*, Il Mulino, Bologna 2023.
- N. Martinelli, *Una "questione marginale"? L'epopea del brevetto dei farmaci in Italia*, in *Bollettino dell'archivio per la storia del movimento sociale cattolico in Italia*, 45, 2010, n. 2-3, pp. 341-383.
- D. Marucco, *Mutualismo e sistema politico: il caso italiano*, FrancoAngeli, Milano 1981.
- P. Mattera, *Changes and turning points in welfare history. A case study: a comparison of France and Italy in the 1940s*, in *Journal of Modern Italian studies*, 2017, pp. 232-253.
- P. Mattera (a cura di), *Momenti del welfare in Italia. Storiografia e percorsi di ricerca*, Roma, Viella 2012.
- P. Mattera, *Storia del PSI: 1892-1994*, Carocci, Roma 2010.
- P. Mattera, I. Pavan (2017), *The Italian welfare state in a supranational perspective: history and debates*, *Journal of Modern and Italian Studies*, 22:2, 163-166.
- G. Melis, *Fare lo Stato per fare gli italiani. Ricerche di storia delle istituzioni dell'Italia unita*, Il Mulino, Bologna 2015.
- G. Melis, *Storia dell'amministrazione italiana 1861-1993*, Il Mulino, Bologna 1996.
- M. Minesso, *Diritti e politiche sociali: le proposte delle parlamentari nelle Assemblee legislative dell'Italia repubblicana (1946-1963)*, FrancoAngeli, Milano 2017.
- M. Minesso, *Madri, figli, welfare. Istituzioni e politiche dall'Italia liberale ai giorni nostri*, Il Mulino, Bologna 2015.
- M. Minesso (a cura di), *Stato e infanzia nell'Italia contemporanea. Origine, sviluppo e fine dell'Onmi 1925-1975*, Il Mulino, Bologna 2007.
- Ministero della Sanità, *Relazione sulla situazione dell'Opera maternità e infanzia*, Roma, Tipografia regionale, 1969.
- Ministero della Sanità – Ufficio stampa, *Cinque mesi che contano. Attività svolta dal Ministero della Sanità dal 1° agosto 1971 al 31 gennaio 1972*, Roma, gennaio 1972.
- Ministero della Sanità – Centro studi, *La formazione del personale sanitario*, Roma, CENSIS, Roma 1972.
- Ministero della Sanità, *Stato sanitario del Paese e attività dell'amministrazione sanitaria negli anni 1959-1964. Relazione al Consiglio Superiore di Sanità*, Tipografia regionale in Roma, 1965.
- Ministero della Sanità, *Stato sanitario del Paese e attività dell'amministrazione sanitaria negli anni 1965-1967. Relazione al Consiglio Superiore di Sanità*, Tipografia regionale in Roma, 1968.
- Ministero del Bilancio, *Progetto di programma di sviluppo economico per il quinquennio 1965-1969*, Roma, giugno 1965.

- A. Molfese, *Il medico condotto. Storia dell'assistenza sanitaria sul territorio prima e dopo l'Unità*, Editore dal Centro Internazionale Radio Medico, Roma 2008.
- G. Moro, *Anni Settanta*, Einaudi, Torino 2007.
- G. Mortara, *La salute pubblica in Italia durante e dopo la guerra*, Laterza, Bari 2008.
- S. Musso, *Le regole e l'elusione: il governo del mercato del lavoro nell'industrializzazione italiana (1888-2003)*, Rosenberg&Sellier, Torino 2004.
- S. Musso (a cura di), *Storia del lavoro in Italia, Il Novecento*, Lit edizioni, Roma 2015.
- U. Neisser, *The rising curve: long-term gains in IQ and related measures*, in American Psychological Association, 14 (1998).
- P. Nencini, *La minaccia stupefacente. Storia politica della droga in Italia*, Il Mulino, Bologna 2017.
- G. Nicolosi (a cura di), *I partiti politici nell'Italia repubblicana*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2005.
- C. Noble, *Welfare as we knew it: a political history of the American welfare state*, Oxford University Press, Oxford 1997.
- V. A. Noble, *Inside the welfare state, Foundation of Policy and Practice in Post-War Britain*, Routledge, Londra 2008.
- M. Paci, *Mercato del lavoro e classi sociali in Italia. Ricerche sulla composizione del proletariato*, Il Mulino, Bologna 1973.
- M. Paci, *Pubblico e privato nei moderni sistemi di welfare*, Liguori, Napoli 1989.
- M. Paniga, *Il problema dell'assistenza. Socialisti e socialdemocratici nel Parlamento repubblicano (1948-1968)*, in *Bollettino dell'archivio per la storia del movimento sociale cattolico in Italia*, 2013, 1-2, dicembre 2014.
- M. Paniga, *L'Alto commissariato per l'igiene e la sanità pubblica: storia e documenti (1945-1958)*, FrancoAngeli, Milano 2020.
- M. Paniga, *Prima del Ministero della sanità. L'Alto commissariato tra la ricostruzione e gli anni Cinquanta*, Francoangeli, Milano 2021.
- M. Paniga, *Welfare ambrosiano. Storia, cultura e politiche dell'Eca di Milano (1937-1978)*, FrancoAngeli, Milano 2012.
- F. Paolini, *Storia sociale dell'automobile in Italia*, Carocci, Roma 2007.
- C. Papa, *Diritto alla salute e rischio nucleare. I tecnici della sanità nel dibattito sull'atomo civile degli anni Settanta*, in *Italia contemporanea*, 301, aprile 2023, pp. 128-154.
- A. Parodi, *Consumi sanitari*, in *Storia d'Italia, Annali*, n. XXVII, *I consumi*, Einaudi, Torino 1984.
- F. Parozzi, *Gli anni dell'atomo: storia dell'industria elettronucleare in Italia*, Biblion editore, Milano 2021.
- N. Pasini, *Confini irregolari. Cittadinanza sanitaria in prospettiva comparata e multilivello*, FrancoAngeli, Milano 2011.
- I. Pavan, *"La toppa è peggiore del male". Visioni e dibattiti sulla sicurezza sociale nell'Italia del secondo dopoguerra*, in *Quaderni fiorentini per la storia del pensiero giuridico moderno*, 46 (2017),

Giuffr  editore.

I. Pavan, *Le lotte per la salute in Italia e le premesse della riforma sanitaria. Partiti, sindacati, movimenti. Percorsi biografici (1958-1978)*, Studi storici, anno 60, cap. 2, aprile-giugno 2019, pp. 417-455.

I. Pavan, *These new rights. Social security in the postwar Italian debate*, in Journal of Modern Italian Studies, volume 22, 2017, pp. 175-193.

I. Pavan, *Un progetto "clandestino" di riforma. Fanfani e la previdenza sociale*, Contemporanea. / a. XVIII, n. 1, gennaio-marzo 2015.

E. Pavolini, A. M. Guillén, *Health care systems in Europe under austerity. Institutional reforms and performance*, Palgrave Mc Millan, New York 2013.

A. Pedone, *Evasori e tartassati. I nodi della politica tributaria*, Bologna, Il Mulino 1979.

J. M. Pelt, *Le droghe. Storia, classificazione, diffusione ed effetti*, Vallardi, Milano 1984.

A. Pescarolo, *Il lavoro delle donne nell'Italia contemporanea*, Viella, Roma 2019.

G. Petrilli, *La sicurezza sociale*, Cappelli editore, Roma 1956.

C. Piciocchi, *Il diritto alla salute nella Costituzione italiana: l'adempimento di una promessa difficile*, in *Estudios constitucionales*, 20, n. speciale, gennaio 2022.

M. Piemontese, *Un welfare state per le classi medie: democristiani e socialisti in Francia e Italia, 1945-1958*, Tesi di dottorato di ricerca Federico Chabod, 2012.

T. Piffer, *Gli Alleati e la Resistenza italiana*, Il Mulino, Bologna 2010.

A. Piperno (a cura di), *La politica sanitaria in Italia tra continuit  e cambiamento*, FrancoAngeli, Milano 1986.

G. J. Pizzorni, *L'industria chimica italiana nel Novecento*, FrancoAngeli, Milano 2006.

K. Polanyi, *The Great Transformation. The political and economic origins of our time*, Beacon Press, Boston 1957.

S. Pollard, *The international economy since 1945*, Routledge, London 1997.

P. Pombeni, *L'apertura. L'Italia e il centrosinistra (1953-1963)*, Il Mulino, Bologna 2022.

S. Pons, *Berlinguer e la fine del comunismo*, Einaudi, Torino 2006.

S. Pons, *I comunisti italiani e gli altri. Visioni e legami internazionali nel mondo del Novecento*, Einaudi, Torino 2021.

S. Pons, *L'impossibile egemonia. L'URSS, il PCI e le origini della guerra fredda (1943-1948)*, Carocci, Roma 1999.

S. Pons, A. Roccucci, F. Romero, *L'Italia contemporanea dagli anni Ottanta a oggi. Fine della Guerra Fredda e globalizzazione*, Carocci, Roma 2014.

S. Pons, *La rivoluzione globale. Storia del comunismo internazionale 1917-1991*, Einaudi, Torino 2012.

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica, *Stato sanitario del Paese e attività dell'amministrazione sanitaria negli anni 1951-1952*, Tipografia regionale in Roma, 1953.

D. Preti, *Per una storia sociale dell'Italia fascista. La tutela della salute nell'organizzazione dello Stato corporativo*, FrancoAngeli, Milano 1982.

D. Preti, *La modernizzazione corporativa, 1922-1940: economia, salute pubblica, istituzioni e professioni sanitarie*, FrancoAngeli, Milano 1987.

G. Procacci, *Warfare-welfare, intervento dello Stato e diritto dei cittadini (1914-1918)*, Carocci, Roma 1980.

G. Rabaglietti, C. A. Ragazzi, *Il Ministero della sanità e i suoi organi periferici: medico provinciale, veterinario provinciale, veterinario provinciale, ufficiale sanitario dei Comuni e dei consorzi comunali, uffici speciali*, SPEL, Bologna 1958.

D. Reisman, R. Titmuss, *Welfare and society*, Palgrave MacMillan, Londra 2001.

M. Ricciardi, *Sindacati, politica, contrattazione. Lezioni di storia sindacale*, CLUEB Mondadori, Milano 1992.

A. R. Rigano, *La Banca d'Italia e il progetto ENSI. Fonti per la storia dello sviluppo energetico italiano degli anni Cinquanta nelle carte dell'Archivio della Banca d'Italia*, in Banca d'Italia – Quaderni dell'Ufficio Ricerche storiche, Numero 4, Giugno 2002.

G. V. Rimgler, *Welfare policy and industrialization in Europe, America and Russia*, Wiley 1971.

G. B. Risse., *Mending bodies, Saving souls: a history of hospitals*, Oxford University Press, Oxford 1999.

G. Ritter, *Storia dello stato sociale*, Laterza, Bari 2003.

G. Rivieccio, *Enciclopedia cronologica delle scoperte e delle invenzioni*, Rosconi, Milano 1995.

U. Romagnoli, T. Treu, *I sindacati in Italia: storia di una strategia*, Bologna, Il Mulino 1977.

F. Romero, *Storia della guerra fredda. L'ultimo conflitto per l'Europa*, Einaudi, Torino 2009.

P. Rosanvallon, *La società dell'uguaglianza*, Castelvecchi, Roma, 2016.

P. Rosanvallon, *The new social question: rethinking the Welfare State*, Princeton University Press, Princeton, 2000.

S. Rossi, *La politica economica italiana dal 1968 a oggi*, Laterza, Roma 2020.

G. Rossini (a cura di), *De Gasperi e l'età del centrismo (1947-1953)*, Edizioni Cinque Lune, Quaderni di Storia n. 7, 1984.

M. S. Salvadori, *Storia d'Italia: il cammino tormentato di una nazione. 1861-2016*, Einaudi, Torino 2018.

M. L. Salvadori, *Tenere la sinistra: la crisi italiana e i nodi del riformismo*, Venezia, Marsilio 1992.

G. Sapelli, *Storia economica dell'Italia contemporanea*, Mondadori, Milano 2008.

C. Saraceno, *Trasformazioni dei welfare state e/o spostamenti discorsivi. Un commento*, in Stato e mercato, n. 97 (1), aprile 2013, pp. 67-80.

- C. Saraceno, *Il welfare. Modelli e dilemmi della cittadinanza sociale*, Il Mulino, Bologna 2013.
- G. Sartori, *Teoria dei partiti e caso italiano*, SugarCo, Milano 1982.
- W. Schivelbusch, *Storia dei generi voluttuari: spezie, caffè, cioccolato, tabacco, alcol e altre droghe*, Mondadori, Milano 2000.
- M. G. Schmidt, G. A. Ritter, *The rise and fall of a socialist welfare state: the German Democratic Republic (1949-1990) and German Unification (1989-1994)*, Springer, Berlino 2012.
- P. Scoppola, *La democrazia dei cristiani. Il cattolicesimo politico nell'Italia unita*, Laterza, Roma 2006.
- P. Scoppola, *La Repubblica dei partiti. Evoluzione e crisi di un sistema politico: 1945-1996*, Il Mulino, Bologna 1997.
- L. Scoppola Iacopini, *La Cassa per il Mezzogiorno e la politica. 1950-1986*, Laterza, Bari 2019.
- D. Serrani, *Il potere per enti. Enti pubblici e sistema politico in Italia*, Il Mulino, Bologna 1978.
- D. Seyferth, *The Rise and Fall of Tetraethyllead*, in *Organometallics*, vol. 22, n. 25, 2003, pp. 5154-5178.
- V. A. Sironi, *Da speciali a imprenditori. Storia dei Recordati*, Roma-Bari, Laterza 1995.
- V. A. Sironi, *Le officine della salute. Storia del farmaco e della sua industria in Italia dall'Unità al Mercato Unico Europeo (1861-1992)*, Laterza, Bari 1992.
- F. M. Snowden, *La conquista della malaria. Una modernizzazione italiana 1900-1962*, Einaudi, Torino 2008.
- C. Sorba (a cura di), *Cittadinanza. Individui, diritti sociali, collettività nella storia contemporanea*, Atti del convegno annuale SISSCO, Padova 2-3 dicembre 1999.
- M. Soresina, *I medici tra Stato e società. Studi su professione medica e sanità pubblica nell'Italia contemporanea*, Francoangeli, Milano 1998.
- N. Sowers, *From the "Thatcherisation of Europe" to Brexit*, French journal of British studies, XXIV-4, 2019.
- P. Starr, *The social transformation of American medicine: the rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*, Basic Books, New York 2017.
- D. Stone, *The Oxford handbook of postwar European history*, Oxford University Press, Oxford 2015.
- F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*, Il Pensiero scientifico, Roma 2009.
- P. Thane, *The foundations of the Welfare State*, Routledge, Londra 1996.
- L. Tedoldi, A. Volpi, *Storia del debito pubblico in Italia. Dall'Unità a oggi*, Laterza, Roma 2021.
- S. Telmon, *Ugo La Malfa. Il professore della Repubblica*, Rusconi, Milano 1983.
- E. Tognotti, *Vaccinare i bambini tra obbligo e persuasione. Tre secoli di controversie: il caso dell'Italia*, FrancoAngeli, Milano 2020.
- A. Tooze, *Lo schianto – 2008-2018. Come un decennio di crisi economica ha cambiato il mondo*,

- Mondadori, Milano 2020.
- F. Toth, *Il servizio sanitario nazionale*, Il Mulino, Bologna 2014.
- F. Toth, *La sanità in Italia*, Il Mulino, Bologna 2014.
- S. Turone, *Storia del sindacato in Italia (1943-1969)*, Laterza, Bari 1975.
- Ufficio sanitario della DC, *La DC per una moderna politica sanitaria*, AGI, Roma 1962.
- A. Varsori, *L'Italia nelle relazioni internazionali dal 1943 al 1992*, Laterza, Roma-Bari 1998.
- M. G. Vicarelli, *Alle radici della politica sanitaria in Italia: società e salute da Crispi al fascismo*, Il Mulino, Bologna 1997.
- M. G. Vicarelli, *Castelli di sabbia. Progettazione ed attuazione del Servizio Sanitario Nazionale*, Clua, Ancona 1987.
- M. G. Vicarelli, *Gli eredi di Esculapio: medici e politiche sanitarie nell'Italia unita*, Carocci, Roma 2010.
- M. G. Vicarelli, *Il servizio sanitario nazionale all'indomani della sua istituzione*, in *Italia contemporanea*, 301, aprile 2023, pp. 71-98.
- M. G. Vicarelli, L. Speranza, W. Tousijn, *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*, Il Mulino, Bologna 2008.
- G. Vicarelli, *La politica sanitaria tra continuità e innovazione*, in *Storia dell'Italia repubblicana, III, L'Italia nella crisi mondiale. L'ultimo ventennio*, 3.2, Einaudi, Torino 1997.
- M. G. Vicarelli (a cura di), *Regolazione e governance nei sistemi sanitari europei*, Il Mulino, Bologna 2011.
- R. Volpi, *Storia della popolazione italiana dall'unità a oggi*, La nuova Italia editrice, Firenze 1989.
- I. Wallerstein, *World-systems analysis. An introduction*, Duke University Press, Londra 2004.
- C. Webster, *The National Health Service: A political history*, UOP Oxford, Oxford 2002.
- P. Weindling, *International Health Organization and Movements, 1918-1939*, Cambridge University Press, Cambridge 2009.
- P. Willson, *Italiane. Biografia del Novecento*, Laterza, Roma-Bari 2010.
- V. Zamagni, *Introduzione alla storia economica d'Italia*, Il Mulino, Bologna 2008.
- V. Zamagni, *Povert  e innovazioni istituzionali in Italia. Dal Medioevo a oggi*, Il Mulino, Bologna 2001.
- P. Zocchi, *Il comune e la salute. Amministrazione municipale e igiene pubblica a Milano*, Francoangeli, Milano 2006.