

LE LOTTE PER LA SALUTE IN ITALIA E LE PREMESSE DELLA RIFORMA SANITARIA. PARTITI, SINDACATI, MOVIMENTI, PERCORSI BIOGRAFICI (1958-1978)*

Chiara Giorgi, Ilaria Pavan

1. *L'istituzione inventata*. Negli anni Sessanta, riconosciuti come una «fase di indubbia importanza per lo sviluppo e l'espansione del welfare» italiano¹, il dibattito sulla salute si aprì a nuovi orizzonti, prendendo forma compiuta nel corso del decennio successivo. Il percorso culminò nella legge 833 del 23 dicembre 1978, che istituiva il Sistema sanitario nazionale (Ssn). L'elaborazione del Ssn, frutto di un processo ventennale che accompagnò le trasformazioni fondamentali del paese, si combinò con l'emergere di nuove soggettività politiche, intercettando le domande di cambiamento e democratizzazione informanti gli intensi conflitti sociali di quegli anni. È così che il movimento per la riforma sanitaria e le vicende che portarono alla legge 833/1978 si intrecciarono – anzi ne furono espressione – con una «incoercibile pressione dal basso»², con le aspirazioni trasformative del tessuto sociale e degli assetti istituzionali, con pratiche politiche e partecipative inedite, con un fermento intellettuale di ampio respiro.

* La responsabilità del saggio è comune alle due autrici. Per quanto riguarda invece la redazione materiale del testo, il paragrafo 1 è congiunto, i paragrafi 2 e 3 sono di Chiara Giorgi, i paragrafi 4 e 5 di Ilaria Pavan.

¹ M. Jessoula, *Gli anni Sessanta e la parabola espansiva delle pensioni*, in M. Ferrera, V. Fargion, M. Jessoula, *Alle radici del welfare all'italiana. Origini e futuro di un modello sociale squilibrato*, Venezia, Marsilio, 2012, p. 209. Inoltre, sulle caratteristiche del welfare italiano in specie in questi anni si rinvia a U. Ascoli, *Il sistema italiano di welfare*, e M. Paci, *Il sistema di welfare italiano tra tradizione clientelare e prospettive di riforma*, entrambi in *Welfare state all'italiana*, a cura di U. Ascoli, Roma-Bari, Laterza, 1984, pp. 5-51 e 297-326; U. Ascoli, *Welfare State all'italiana. L'esperienza di questo dopoguerra*, in *Lo Stato sociale da Brodolini ad oggi*, Venezia, Marsilio, 1991, pp. 89-102; M. Ferrera, *Il Welfare state in Italia. Sviluppo e crisi in prospettiva comparata*, Bologna, il Mulino, 1984; G. Silei, *Espansione e crisi: le politiche di welfare in Italia tra gli anni Sessanta e Ottanta*, in *Momenti del welfare in Italia. Storiografia e percorsi di ricerca*, a cura di P. Mattera, Roma, Viella, 2012, pp. 121-156.

² G. Moro, *Anni Settanta*, Torino, Einaudi, 2007, p. 33.

Le numerose sintesi sull'Italia repubblicana, così come gli studi dedicati più in particolare al tornante degli anni Sessanta e Settanta, non hanno riservato spazio sufficiente al capitolo della riforma sanitaria e alla sua lunga gestazione, né alle connessioni tra le lotte per la salute e i concreti traguardi politico-istituzionali cui queste condussero³. Anche la recente storiografia sulla storia dell'ambientalismo non ha per ora approfondito i nessi tra il movimento ecologista italiano e il ripensamento che interessò il sistema sanitario, le sue strutture e i suoi principi⁴. Le numerose «occasioni mancate» vissute dal Paese, evocate spesso dagli studi, hanno fatto dimenticare che il movimento per la riforma sanitaria rappresentò, pur con limiti e ritardi, un obiettivo raggiunto. Fu il coronamento – una sorta di precipitato, si potrebbe definire – di una sinergia di forze, elaborazioni, iniziative qui ripercorse attraverso alcune delle molteplici ma convergenti voci protagoniste. Nel dibattito e nell'ideazione di quella «istituzione inventata»⁵ che fu il Ssn, furono coinvolti numerosi attori sociali e politici, ambiti collettivi di ricerca, nuovi saperi, legati soprattutto al settore medico-scientifico, ora ampiamente diffusi e condivisi («socializzati»), originali forme di lotta e di sperimentazione istituzionale⁶.

Un ruolo decisivo, già dagli inizi degli anni Sessanta, ebbero le riflessioni maturate in seno ai due principali partiti della sinistra, Pci e Psi, e ai sindacati, la Cgil in particolare, alle quali si affiancarono elaborazioni e pratiche portate avanti dai protagonisti della cosiddetta stagione dei movimenti, che ai temi della salute, della medicina e dell'ambiente diedero un contributo di altissimo rilievo, connettendolo alle più complessive istanze di trasfor-

³ Fanno eccezione gli approfondimenti dedicati alla riforma della psichiatria e il fondamentale S. Luzzi, *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, Roma, Donzelli, 2004.

⁴ Cfr. in S. Neri Serneri, *Incorporare la natura. Storie ambientali del Novecento*, Roma, Carocci, 2005; *Industria, ambiente e territorio. Per una storia ambientale delle aree industriali in Italia*, a cura di S. Neri Serneri, S. Adorno, Bologna, il Mulino, 2009.

⁵ Si mutua l'espressione da F. Rotelli, *L'istituzione inventata*, in «Per la salute mentale/Formal health», 1988, n. 1, p. 1; Id., *L'istituzione inventata. Almanacco Trieste 1971-2010*, Merano, Edizioni Alphabeta, 2015. Franco Rotelli, uno dei principali collaboratori di Basaglia a Parma e Trieste, fu dal 1979 direttore dell'Ospedale psichiatrico di Trieste e dopo la sua chiusura responsabile del Dipartimento di Salute mentale. Dal 1998 al 2010 è stato direttore generale dell'Azienda sanitaria di Trieste. Dal 2013 è consigliere regionale e presidente della Commissione sanità e politiche sociali della Regione Friuli-Venezia Giulia.

⁶ Come si è infatti osservato (G. Vicarelli, *La politica sanitaria tra continuità e innovazione*, in *Storia dell'Italia repubblicana*, III, *L'Italia nella crisi mondiale. L'ultimo ventennio*, t. 2, *Istituzioni, politiche, culture*, Torino, Einaudi, 1997, p. 584), è durante gli anni Sessanta e Settanta che si produsse un'ineguagliabile e «crescente convergenza culturale e politica sull'ipotesi di riformulare in termini universalistici e istituzionali il sistema sanitario».

mazione sociale e strutturale del Paese. In questo percorso emersero anche singolari biografie, punti di riferimento di un profondo ripensamento e rinnovamento medico-sanitario e più in generale del rapporto tra medicina, società e politica; figure di raccordo tra l'ambito medico-accademico, il mondo del lavoro e della fabbrica e lo spazio più propriamente politico. Spiccano tra queste Giovanni Berlinguer e Giulio Maccacaro.

Il primo, medico igienista, docente universitario, dirigente e parlamentare del Pci, fu studioso e politico appassionato, sin dagli anni Cinquanta impegnato a tutto campo nella denuncia delle obsolete strutture sanitarie del paese (è del 1959 un suo celebre pamphlet, *La medicina è malata*), nella richiesta di una loro profonda revisione e nella diffusione di un nuovo sapere medico, socialmente ed eticamente connotato⁷. Giulio Maccacaro⁸, medico e biologo, docente universitario tra i fondatori della statistica medica e della biometria in Italia, fu impegnato in una riflessione critica del rapporto tra medicina e politica, tra scienza e potere (dal 1973 riorganizzerà e dirigerà la storica rivista «Sapere») che lo portò ad una militanza spesa tra università, fabbrica, ospedali, scuole nell'arco dell'intenso decennio 1966-76. A lui si deve, agli inizi degli anni Settanta, la fondazione del movimento «Me-

⁷ Berlinguer (Sassari 1924-Roma 2015), laureato in Medicina, dal 1969 al 1995 ha insegnato Medicina sociale e Igiene del lavoro presso le Università di Sassari e Roma. A partire dal 1965 nel Comitato centrale del Pci e, dal 1972, più volte eletto in Parlamento, è stato dal 2005 membro della Commission on the Social Determinants of Health dell'Organizzazione mondiale della sanità. Il suo impegno decennale per il tema della difesa della salute, considerato anche nei suoi risvolti etici, è testimoniato dalla vastissima produzione che, tradotta in varie lingue, è stata un riferimento soprattutto in America Latina, e in Brasile in particolare (alla riforma sanitaria brasiliana degli anni Ottanta Berlinguer ha contribuito direttamente). Da ultimo, cfr. G. Berlinguer, *La salute tra scienza e politica. Scritti (1984-2011)*, Roma, Donzelli, 2016.

⁸ Maccacaro (Codogno 1924-Milano 1977) si unì, da studente di Medicina, alla Resistenza. Laureatosi a Pavia nel 1948, lasciò l'Italia per Cambridge dove sino al 1951 ha collaborato con Luigi Cavalli Sforza e Ronald Fischer. Professore di Microbiologia presso l'Università di Sassari dal 1964 e, dal 1966, a Milano sulla cattedra di Statistica medica e biometria. Oltre la produzione scientifica, notevole è stato il suo impegno editoriale: dal 1970 ha diretto le collane «Salute e Società» per Etas Kompass e dal 1971 «Medicina e Potere» per Feltrinelli e «La scienza critica» per Bompiani, mentre nel 1977 ha dato vita alla rivista «Epidemiologia e prevenzione», tuttora attiva. Per una sintesi dei suoi scritti: G.A. Maccacaro, *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976*, Milano, Feltrinelli, 1979; *L'umanità di uno scienziato: antologia di Giulio Alfredo Maccacaro*, a cura di E. Ferrara, Roma, Edizioni dell'Asino, 2010. Sulla sua attività: M.L. Clementi, *L'impegno di Giulio A. Maccacaro per una nuova medicina*, Milano, Medicina democratica, 1997; «Salute e territorio», XXVIII, 2007, n. 165, numero monografico Maccacaro. *Lo stratega del Ssn*.

dicina democratica. Movimento di lotta per la salute», poi costituitosi in associazione nel 1976. Non mancano altri protagonisti del mondo medico (come Alessandro Seppilli⁹ e Ivar Oddone¹⁰), intenti a dar vita sin dagli anni Cinquanta e Sessanta a molteplici iniziative a livello locale e regionale, propedeutiche per la messa a punto del Ssn e per una nuova concezione della salute e della sua difesa.

Ad accomunare queste figure furono una visione unitaria e integrata della salute – fisica e psichica, individuale e collettiva, legata alla comunità e al territorio; una concezione politica dell'ambito medico-sanitario e con essa una riconduzione della salute a fatto sociale; una consapevolezza delle responsabilità del capitalismo avanzato e dei suoi dispositivi di controllo e assoggettamento. A ciò si sommava una nuova impostazione del rapporto tra medico e paziente, nonché l'opzione per un'organizzazione sanitaria periferica e decentrata, per una sua gestione diretta e partecipata, per la centralità del momento preventivo (e qualitativo) su quello curativo (e quantitativo) dell'intervento sanitario. Maturò progressivamente la convinzione che il diritto alla salute, costituzionalmente sancito dall'art. 32, comportasse scelte politiche nelle quali tutta la popolazione doveva essere attivamente coinvolta, scelte culturali e istituzionali volte a modificare nel profondo gli assetti del Paese, a qualificare la natura stessa della democrazia, dei suoi strumenti e presidi. Di qui la critica all'impianto assicurativo tradizionale e prevalente, allora dominato dal sistema delle mutue, a uno Stato assistenziale paternalistico, categoriale e frammentato, alle logiche contributive vigenti nel sistema sanitario (e previdenziale) di quegli anni, e a quelle del profitto (largamente vigenti nel settore farmaceutico). Di qui la necessità di una tutela della salute da realizzarsi in modo capillare tramite la predisposizione di un servizio sanitario

⁹ Seppilli (Trieste 1902-Perugia 1995), medico igienista, docente universitario e sindaco socialista di Perugia dal 1953 al 1964. Sul suo ruolo di antesignano e architetto, sin dagli anni Cinquanta, della riforma sanitaria, si rinvia a C. Giorgi, I. Pavan, «Un sistema finito di fronte a una domanda infinita». *Alle origini del Servizio sanitario nazionale*, in «Le Carte e la Storia», 2018, n. 2, pp. 103-119.

¹⁰ Oddone (Imperia 1923-Torino 2011), da giovane studente di Medicina si unì alla Resistenza (è il Kim del *Sentiero di nidi di ragno*, cui Calvino ha dedicato il libro); docente di Psicologia all'Università di Torino, fu un pioniere della moderna medicina e psicologia del lavoro. Diede inoltre vita a numerosi studi e inchieste sulla medicina del lavoro, collaborando al Centro per la lotta contro la nocività dell'ambiente di lavoro, e fece parte della commissione medica della Camera del lavoro di Torino. Cfr. I. Oddone, A. Re, G. Briante, *Esperienza operaia, coscienza di classe e psicologia del lavoro*, Torino, Einaudi, 1977; I. Oddone, *Psicologia dell'ambiente. Fabbrica e territorio*, Torino, Giappichelli, 1979.

pubblico e universale, finanziato tramite il sistema della fiscalità generale, garantito a tutta la collettività nell'accesso e nel suo uso.

2. *Un'inedita sinergia a sinistra.* Archiviati i primi progetti di riforma sanitaria, già nati in senso ai commissariati regionali per l'igiene e la sanità del Comitato di liberazione nazionale-Alta Italia¹¹, la questione della tutela della salute tornò presto all'attenzione del Paese. Complice la constatazione del perdurare dell'inadeguato sistema di welfare forgiato ed ereditato dal fascismo e la drammatica situazione fotografata dalle inchieste sociali degli anni Cinquanta (sulla misera, la disoccupazione e sulla condizione dei lavoratori), fu la Cgil che nel 1958 approvò un documento nel quale, per la prima volta, si chiedeva l'istituzione di un sistema sanitario nazionale, a fronte della mancanza in Italia di «una politica sociale efficace e, in particolare, di una moderna politica sanitaria»¹². Dinnanzi alle sperequazioni nella protezione tra le diverse categorie di lavoratori e tra le diverse zone del paese, alla grave situazione degli enti di previdenza e malattia e ai mezzi inadeguati a loro disposizione, al prevalere di principi privatistici e assicurativi e di misure frammentarie e disorganiche nella tutela sanitaria e, infine, a criteri di direzione fortemente accentrata presenti nell'ordinamento di allora, la predisposizione di un nuovo ordinamento diventava centrale per l'iniziativa sindacale. Esso doveva fondarsi su un principio fondamentale: «la salute dei lavoratori e dei cittadini costituisce un bene che lo Stato deve tutelare nell'interesse del singolo e dell'intera collettività nazionale». Particolarmente avanzati erano i lineamenti essenziali del nuovo Servizio sanitario nazionale immaginato e proposto (sul piano della prevenzione, dei principi fondativi, degli organi politico-amministrativi e di direzione sanitaria e tecnica, dell'assetto organizzativo che doveva garantire «il massimo di decentramento, di autogoverno, di controllo democratico e di coor-

¹¹ Si rinvia per questo a Giorgi, Pavan, «*Un sistema finito di fronte a una domanda infinita*», cit., p. 105. Ulteriore momento di riflessione su questi temi fu rappresentato dai lavori della Commissione per la riforma della previdenza sociale, la cosiddetta «Commissione D'Aragona», attiva per pochi mesi nel corso del 1947 e che, tuttavia, non sfociò in alcuna proposta di riforma concreta. Cfr. P. Mattera, *All'alba della Repubblica: i progetti di riforma sociale degli anni Quaranta e la «Commissione D'Aragona»*, in *Momenti del welfare in Italia*, cit., pp. 81-119.

¹² Cfr. *La Cgil per l'attuazione di un sistema di Sicurezza sociale. Le linee generali del Servizio Sanitario nazionale, della protezione economica dei lavoratori, del finanziamento della sicurezza sociale*, in «Rassegna sindacale», 1958, n. 3, pp. 101 sgg.

dinamento»)¹³. Nel giugno del 1959, in occasione del convegno nazionale della Cgil dedicato al tema della sicurezza sociale, la questione della riforma sanitaria tornava a essere discussa nel quadro più ampio della riflessione sul passaggio ad un sistema moderno «che superi le tradizionali forme di previdenza e assistenza per configurarsi secondo i criteri della “sicurezza sociale” per tutti i cittadini». Era il segretario generale Agostino Novella a soffermarsi sull'elemento organizzativo e sulla necessità di attribuire agli enti locali le competenze relative alla protezione sanitaria, affidando il coordinamento «di tali organi dello Stato democratico» al ministero della Sanità¹⁴. L'obiettivo era quello di garantire l'unità di indirizzo quale condizione per realizzare una politica sanitaria fondata sull'organico impiego di ogni servizio e mezzo tecnicamente e scientificamente specializzato. Coordinamento a livello statale e competenza a livello decentrato/locale avrebbero consentito la difesa e il miglioramento della salute dei lavoratori come di tutta la popolazione, garantendo al contempo quanto ritenuto irrinunciabile dal sindacato: l'«effettivo controllo democratico sugli organi gestori, reale qualificazione della responsabilità dei medici esercenti la professione». Infine, contro le tradizionali divisioni istituzionali, prevenzione, cura e recupero dovevano costituire gli assi di un intervento sanitario coordinato, interdipendente, unitario¹⁵. Colpisce la ricchezza di materiali e di voci coinvolte nel convegno, intente tanto a tener conto delle esperienze di altri sistemi e realtà, quanto a fornire competenze di varia natura (mediche, istituzionali-organizzative, tecnico-scientifiche) necessarie per una proposta di profonda riorganizzazione delle strutture sanitarie italiane. Come sarà per altre esperienze significative degli anni a venire in materia di riforma sanitaria, il significato di quest'ultima assumeva e assumerà «un grande valore culturale e scientifico», trattandosi di un rinnovamento più profondo e generale della stessa società¹⁶.

Di lì a poco si susseguirono numerose iniziative sui temi della salute negli

¹³ Ivi, pp. 102-103.

¹⁴ A. Novella, *Una politica di sicurezza sociale fattore decisivo di progresso civile e di sviluppo economico*, in *Atti del convegno nazionale sulla sicurezza sociale*, Roma, Ridotto dell'Eliseo, 10-11-12 giugno 1959, a cura dell'Ufficio stampa della Cgil, Roma, Editrice Lavoro, 1959, pp. 19 sgg. Va ricordato che il ministero della Sanità venne istituito nel 1958, nascendo tuttavia depotenziato nelle sue funzioni (basti pensare che il Viminale continuò sino al 1968 a mantenere il decisivo controllo sugli ospedali).

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ F. Piersanti, *Indirizzi fondamentali di una politica sanitaria basata sullo sviluppo delle scienze mediche*, in *Atti del convegno nazionale sulla sicurezza sociale*, cit., p. 76.

ambienti di lavoro (la fabbrica *in primis*) e a livello territoriale, secondo un percorso che nel corso degli anni si sarebbe articolato lungo la traiettoria «salute-fabbrica-territorio». Nel 1961 la prima inchiesta sulla nocività sul luogo di lavoro, condotta presso l'impianto chimico Farmitalia di Settimo Torinese, fu patrocinata dalla Camera del lavoro di Torino, dove si era costituita una commissione medica che per la prima volta riuniva insieme sindacalisti, lavoratori, medici, assistenti sociali. L'inchiesta, coordinata da Ivar Oddone, apriva una lunga stagione di iniziative di questo genere che avrebbero portato a un rinnovato protagonismo e a una inedita consapevolezza operaia sui temi della salute, sintetizzata negli anni successivi da slogan divenuti celebri come «la salute non si vende» o incarnata nei nuovi principi della «non delega» e della «validazione consensuale»¹⁷. Nel 1966, per iniziativa di Gastone Marri¹⁸, nacque presso l'Inca-Cgil il Centro ricerche e documentazione rischi e danni da lavoro (Crd) – dal 1974 struttura della Federazione Cgil-Cisl-Uil. Il Crd, che svolse un ruolo fondamentale di raccolta di informazioni e di elaborazione sul tema della salute dell'ambiente di lavoro, fu a lungo punto di riferimento per tutto il movimento sindacale e per quanti al di fuori del sindacato si impegnarono nelle lotte per la salute e la realizzazione della riforma sanitaria. Frutto di un impegno collettivo pluriennale, che raccolse l'esperienza di alcuni lavoratori della V Lega di Mirafiori ancora una volta coordinati da Oddone, nel 1969 uscì inoltre, a cura della Fiom, il manuale *L'ambiente di lavoro*. Tra le pubblicazioni sindacali italiane più note (oltre 130.000 le copie diffuse), la dispensa illustrava, anche attraverso una scelta grafica studiata e accattivante, il cosiddetto «modello operaio» di lotta per la difesa della salute. *L'ambiente di lavoro* divenne una sorta di vademecum del movimento per la salubrità

¹⁷ I. Oddone, *Torino, il processo di conquista di una linea autonoma*, in *Ambiente di lavoro e riforma sanitaria*, «Quaderni di Rassegna sindacale», IX, gennaio-febbraio 1971, n. 28, pp. 120-121. Per un quadro generale si vedano M.L. Righi, *Le lotte per l'ambiente di lavoro dal dopoguerra ad oggi*, in «Studi Storici», XXXIII, aprile-settembre 1992, nn. 2-3, pp. 619-652; A. Grieco, P.A. Bertazzi, *Per una storiografia italiana della prevenzione occupazionale ed ambientale*, Milano, Franco Angeli, 1996.

¹⁸ Marri (Massa Lombarda 1921-2006), dirigente dell'Inca-Cgil ed egli stesso medico, fu figura eminente nel periodo più intenso della partecipazione diretta dei lavoratori alle lotte sindacali che migliorarono le condizioni di lavoro. La sua attività è testimoniata da un'ampissima produzione su questi temi. Segnaliamo, tra le molte, *L'ambiente di lavoro in Italia: l'organizzazione della ricerca «non disciplinare» (1961-1980)*, in *Le ricerche per la trasformazione del lavoro industriale in Italia: 1969-1979*, a cura di F. Butera, in «Sociologia del lavoro», 1980, nn. 10-11, pp. 71-149.

dell'ambiente di lavoro e dell'ambiente più in generale, non solo in Italia (fu tradotta in diverse lingue, compreso il giapponese), espressione di una nuova cultura della prevenzione e veicolo di crescita culturale e politica per migliaia di lavoratori¹⁹.

L'intento di molte iniziative sindacali, come di numerosi interventi pubblicati in varie testate facenti riferimento alla Cgil, fu dunque quello di mettere insieme salute ambientale e organizzazione del lavoro, superandone la scissione; di estendere l'obiettivo della tutela della salute dalla fabbrica alla società intera; di saldare prevenzione e partecipazione; di promuovere conoscenza e informazione (oltre all'impegno nelle vertenze aziendali e locali)²⁰. *Ambiente di lavoro e malattia; Medicina preventiva e ambiente di lavoro; Lotta contro la nocività; Tempo uomo e tempo macchina; Indagini operaie sull'ambiente di lavoro; Dall'ambiente di lavoro al Servizio sanitario nazionale; L'ambiente di lavoro alla Fiat; Un accordo aziendale sugli accertamenti sanitari*: sono solo alcuni dei titoli più esemplificativi degli articoli pubblicati su «Rassegna sindacale», «Quaderni di Rassegna sindacale» e «Rassegna di medicina dei lavoratori» tra la metà degli anni Sessanta e i primi anni Settanta.

Spiccava il dibattito ospitato nell'inverno del 1971 sui «Quaderni di Rassegna sindacale» dal titolo *Dall'ambiente di lavoro al Servizio sanitario nazionale*. In modo significativo si metteva in relazione la necessità di una mobilitazione e di una risposta sindacale su questo tema con la «violenta offensiva padronale sulle questioni delle condizioni di salute in fabbrica», allora scatenatasi in seguito alla conquista dello Statuto dei lavoratori (in specie relativamente alle norme sugli accertamenti sanitari e sulla tutela della salute dei lavoratori). Al contempo, si sottolineava sia il processo di elaborazione compiutosi attorno alla definizione della Usl, sia la maturazione di una ipotesi di lavoro del sindacato «in direzione della costruzione di

¹⁹ Il cosiddetto «modello operaio» ebbe una eco soprattutto in America Latina, ma anche diversi interventi su prestigiose riviste statunitensi testimoniano la diffusione e l'interesse internazionale per il caso italiano. Per una comparazione con analoghe esperienze maturate negli Stati Uniti, cfr. M. Reich, R. Goldman, *Italian Occupational Health: Concepts, Conflicts, Implications*, in «American Journal of Public Health», Vol. 74, 1984, No. 9, pp. 1031-1041.

²⁰ Uno dei momenti più alti dell'elaborazione sindacale su questi temi fu probabilmente il convegno *La tutela della salute nell'ambiente di lavoro*, organizzato nel marzo del 1972 a Rimini dalle tre confederazioni; cfr. *Fabbrica e salute*, Atti della Conferenza nazionale Cgil-Cisl-Uil «La tutela della salute nell'ambiente di lavoro», Rimini, 27-30 marzo 1972, Roma, Seusi, 1972.

movimenti, di forme di collegamento fra lavoro di fabbrica e lavoro fuori della fabbrica», estendendo alla nocività generale delle condizioni di lavoro le singole iniziative prese a livello aziendale²¹. Il segretario generale della Filtea-Cgil riprendeva l'obiettivo di una generalizzazione delle singole esperienze portate avanti in merito alla contrattazione dell'ambiente di lavoro, collegandola alla riforma sanitaria e ai suoi strumenti, l'Usl *in primis*. In termini complessivi, emergeva la chiara indicazione di tenere insieme battaglia sull'ambiente di lavoro e difesa della salute, dentro e fuori la fabbrica. Il che comportava intervenire sull'ambiente di lavoro, ma anche su quello sociale «nelle sue determinazioni concrete – casa, trasporti, servizi sociali», agendo sulle «cause di fondo della malattia», sulle cause cioè, si affermava, «di morte e di vita»²².

In un altro articolo volto a ripercorrere i passaggi dell'iniziativa sindacale sui temi della salute a livello cittadino e regionale tra gli inizi degli anni Sessanta e il 1978 (in Piemonte e in particolare a Torino, città non a caso protagonista della ristrutturazione capitalistica in corso), si riassumevano efficacemente le «tappe» di questa attività²³. Essa intercettava tanto l'azione svolta dal sindacato nelle singole vertenze e relativamente alle questioni dell'organizzazione capitalistica del lavoro, della nocività dell'ambiente, della democrazia e rappresentanza nelle fabbriche, quanto le novità prodottesi a livello regionale nel corso degli anni Settanta. Coglieva anche, seppur indirettamente, un nuovo terreno del conflitto, subentrato in ordine alla ristrutturazione capitalistica e all'«estensione della forza lavoro nel sociale e sul territorio»²⁴. Dalla fase della «*salute in fabbrica*, che definisce un periodo di interesse prevalente e quasi esclusivo sui temi dell'ambiente di lavoro», si era così progressivamente passati a quella del rapporto tra la «*fabbrica e il territorio* che caratterizza i primi tentativi di esportazione del modello maturato in fabbrica», ovvero di estensione all'ambiente sociale più vasto delle lotte sindacali contro la nocività, coinvolgente gli stessi enti locali. L'ultima tappa dell'attività sindacale era infine denominata «*la fabbrica nel territorio*» e indicava l'impegno orientato a

²¹ Cfr. l'intervento di E. Giovannini, in *Dall'ambiente di lavoro al Servizio sanitario nazionale. Dibattiti*, in «Quaderni di Rassegna sindacale», IX, gennaio-febbraio 1971, n. 28, pp. 3-4.

²² Ivi, p. 38.

²³ A. Caruso, P. Lai, A. Surdo, *L'iniziativa sindacale sui temi della salute a Torino e in Piemonte (1961-1978)*, in «Quaderni di Rassegna sindacale», XVI, novembre-dicembre 1978, n. 75, pp. 136 sgg.

²⁴ L. Falciola, *Il movimento del 1977 in Italia*, Roma, Carocci, 2016, p. 124.

«un processo di saldatura effettiva fra la fabbrica e il territorio», a una «ricomposizione concreta dei momenti della prevenzione, cura e riabilitazione», a una «integrazione reale fra i servizi, attraverso una *nuova* capacità della struttura (Unità locale dei servizi) di pianificare e verificare permanentemente gli interventi, su priorità definite attraverso la partecipazione»²⁵.

Come è noto, la cornice più ampia è quella dei mutamenti verificatisi con il ciclo di lotte iniziato nel 1968, a partire dal progressivo decentramento aziendale della contrattazione, «ora generalizzato», da una inedita combattività, da un nuovo contenuto delle rivendicazioni e delle finalità delle lotte, da «un nuovo tipo di politicità di base»²⁶. L'esito sarà quello dell'affermarsi di un sindacato – inizialmente spiazzato dalle lotte, ma poi deciso a far propria un'interpretazione *generale* del loro significato, mobilitandosi per le riforme in gioco – «capace di agire con efficienza di strumenti all'interno di un sistema industriale avanzato» (con forte discontinuità rispetto agli anni Cinquanta e oltre)²⁷. Il risultato sarà quello del «passaggio da una tutela dei diritti dei lavoratori subordinati gestita da organizzazioni rigide e accentrate con scarsa partecipazione, a una diffusione della capacità di autotutela gestita direttamente sul luogo di lavoro»²⁸. Di qui un'ulteriore peculiarità del caso italiano: l'orientarsi del sindacato al terreno più esteso e organico delle riforme – a una lotta per le riforme – (quale strumento per il suo rientro «in politica con una nuova identità», quale «risposta alle esigenze di dare più largo campo d'azione alla nuova militanza» della fine del decennio)²⁹. Riforme che, oltrepassando anche l'attinenza diretta con il mondo del lavoro, presero a oggetto l'intera organizzazione della società. È in tal senso, si è osservato, che gli obiettivi portati dai sindacati italiani alla

²⁵ Caruso, Lai, Surdo, *L'iniziativa sindacale*, cit., p. 136. Nello specifico e nel quadro dell'istituzione delle Regioni, alcune delle quali in verità attive già da tempo nell'avvio di nuove forme di organizzazione sanitaria, il riferimento era alla appena approvata legge regionale del Piemonte (n. 39/1977) sulla riorganizzazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali. La legge istituzionalizzava il ruolo degli enti locali e di altri organismi di base rispetto alle scelte e alla pianificazione territoriale in questi ambiti, con l'intenzione di far confluire nell'Unità locale i servizi assistenziali, sanitari, ma anche abitativi, scolastici, ricreativi, sociali. Si rinvia ad A. Zucconi, a cura di, *Regioni e servizi sociali*, Milano, Edizioni di Comunità, 1974, e a M.C. Bassanini, C. Lucioni, P. Pietroboni, E. Ranci Ortigosa, *Servizi sociali: realtà e riforma*, Bologna, il Mulino, 1977.

²⁶ A. Pizzorno, *I soggetti del pluralismo. Classi, Partiti, Sindacati*, Bologna, il Mulino, 1980, pp. 123 e 102.

²⁷ Ivi, pp. 139 e 149.

²⁸ Ivi, p. 150.

²⁹ Ivi, pp. 145-146.

negoziazione con il governo in questi anni furono più ampi di quanto non avvenne rispetto alla loro azione politica in altri paesi³⁰.

Decisiva e centrale, dunque, fu l'elaborazione che il movimento per la difesa della salute maturò in seno all'esperienza della fabbrica e del sindacato. Dal canto loro, già dai primi anni Sessanta i due principali partiti della sinistra, Pci e Psi, fecero della richiesta di istituire un Servizio sanitario nazionale uno dei punti caratterizzanti i programmi elettorali presentati per le elezioni politiche (a partire da quelle della primavera 1963)³¹. Il Psi propose una idea dettagliata di Ssn, sottolineando il carattere universalista nelle prestazioni, la struttura decentrata e ramificata e il finanziamento tramite tassazione ordinaria³². Anche il Pci dedicò alla riforma sanitaria e alla sicurezza sociale particolare attenzione, come attestano, ad esempio, i lavori del convegno del febbraio-marzo 1963, *Riforma sanitaria e sicurezza sociale*, quelli di specifiche sezioni interne del partito e di giornate di studio dedicate al tema, nonché la presentazione di una proposta di legge – poi insabbiata e respinta – presentata in Senato nel novembre del 1965 e intitolata *Attuazione dell'art. 32 della Costituzione e istituzione del Servizio sanitario nazionale*³³.

In termini complessivi, il Pci agì in questi anni «da “pungolo” nei confronti della maggioranza di Governo»³⁴, tallonandola su alcune questioni, aprendo contraddizioni nel suo seno, avanzando varie proposte in ambito assicurativo, previdenziale e sanitario. La cornice era quella di un programma di democratizzazione dello Stato e della società da realizzarsi tramite forme di gestione e controllo da parte dei lavoratori e dei loro rappresentanti (so-

³⁰ Ivi, p. 186. Cfr. tra gli altri anche I. Regalia, M. Regini, *Sindacato e relazioni industriali*, in *Storia dell'Italia repubblicana*, vol. III, *L'Italia nella crisi mondiale. L'ultimo ventennio*, t. 1, *Economia e società*, Torino, Einaudi, 1996, pp. 777-836; D. Giachetti, *L'autunno caldo*, Roma, Ediesse, 2013.

³¹ Per le posizioni dei vari partiti cfr. V. Petroni, R. Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale*, Roma, Ragnò, 1975, pp. 18-27. Solo Pci e Psi si espressero già allora per un totale superamento del sistema delle mutue. Sul riformismo del Psi si veda da ultimo E. Bartocci, *I riformismi del Psi nella stagione del centro-sinistra (1957-1968)*, in *I riformismi socialisti al tempo del centro-sinistra (1957-1976)*, a cura di E. Bartocci, Roma, Viella, 2019.

³² Cfr. «Avanti!», 24 marzo 1963, ove venne pubblicato il programma elettorale per le elezioni di quell'anno.

³³ Sulla proposta di legge del Pci del marzo del 1965 si rinvia a Luzzi, *Salute e sanità*, cit., pp. 221 sgg. e a G. Berlinguer, *Presentazione del progetto di legge attuazione dell'art. 32 della Costituzione*, in «Rivista italiana di sicurezza sociale», II, 1964, n. 4, pp. 613-662.

³⁴ Jessoula, *Gli anni Sessanta*, cit., p. 218.

prattutto sindacali) in gangli vitali della società: dall'impresa pubblica alle partecipazioni statali, al sistema previdenziale, al collocamento, alla scuola, alla sanità³⁵. Di fatto le proposte comuniste e quelle della Cgil trovarono convergenza, a tratti furono sovrapponibili, nella richiesta di un Servizio sanitario unico, decentrato territorialmente, volto a garantire universalmente prestazioni sanitarie gratuite, così come nella valorizzazione del momento preventivo, nella lotta ai danni ambientali e alla nocività di fabbrica, nell'impostazione di «un nuovo rapporto uomo-natura-società»³⁶ – come avrebbe detto Giovanni Berlinguer.

Fu in particolare quest'ultimo, non a caso incaricato nello stesso periodo dalla Commissione per la programmazione economica di redigere un rapporto sull'argomento³⁷, a impegnarsi sul tema, insieme a Luigi Longo, in particolare con una dettagliata relazione nel corso del convegno dell'inverno 1963. Intento di Berlinguer era far luce sulla situazione sanitaria italiana e al contempo perorare la necessità dell'istituzione di un Servizio sanitario nel quadro della urgente «attuazione di un sistema di sicurezza sociale» quale «parte integrante della programmazione economica e dello sviluppo economico della democrazia». I due obiettivi, riforma sanitaria e sicurezza sociale, erano considerati «parte integrante e insostituibile di un programma economico», in ordine a numerose ragioni, tra le quali l'efficace redistribuzione del reddito, l'attuazione dell'articolo 3, comma 2°, e il miglioramento delle condizioni di vita dei cittadini (oltre che a ragioni connesse a una maggiore «produttività del lavoro»). A metà degli anni Sessanta erano dunque già chiari i fondamenti dell'auspicato Servizio sanitario: impiego organico delle moderne tecniche di prevenzione, cura e recupero; sviluppo di attrezzature ospedaliere e ambulatoriali su tutto il territorio nazionale; accentuazione del carattere preventivo dell'intervento sanitario; superamento del principio assicurativo; attribuzione di attrezzature e prestazioni allo Stato tramite ministero della Sanità, Regioni, Province e Comuni. A supporto di questo,

³⁵ A. Höbel, *The Pci, Reforms and Welfare between the 60s and 70s*, in «Journal of Modern Italian Studies», Vol. 22, 2017, Is. 2, pp. 254-272.

³⁶ G. Berlinguer, *La politica sanitaria del Pci*, in *Enti locali e politica sanitaria*, Atti delle giornate di studio del Pci, luglio 1966, Roma, Editori Riuniti, 1966, citato in Höbel, *The Pci, Reforms and Welfare*, cit., p. 258, al quale si rinvia per una dettagliata analisi.

³⁷ Cfr. *Schema di Piano Sanitario Nazionale (1964-1968)*, in «Rivista italiana di sicurezza sociale», I, 1963, n. 3, pp. 393-474. Il cosiddetto «Piano Berlinguer» verrà ampiamente utilizzato, per la parte sanitaria, dal ministro del Bilancio Antonio Giolitti per il Programma di sviluppo economico 1965-1969.

Berlinguer citava lotte e istanze che abbracciavano l'intero mondo del lavoro e, forse con troppo ottimismo, quello del personale sanitario. Soffermandosi al contempo su alcuni dei nodi più problematici – la (auspicata) nazionalizzazione dell'industria farmaceutica, la situazione ospedaliera nazionale e le fonti di finanziamento (perorando la causa di una riforma tributaria generale) – le conclusioni vertevano sulla possibilità di un accordo tra ampi strati della popolazione propizio alla rapida riforma sanitaria; sulla possibile utilizzazione di «ingenti risorse economiche e intellettuali» provenienti dal disarmo e «rese così disponibili ai fini del benessere umano»; sulla valorizzazione di quanto messi in moto a livello sindacale, in specifiche realtà di fabbrica, in seno agli enti locali (ai Comuni soprattutto). Era da un incontro tra movimento operaio, «nuova democrazia articolata negli organi di governo locale» e competenza dei medici che poteva, a suo parere, «sorgere quel che di nuovo attende il paese per la tutela della sanità pubblica, nelle fabbriche, in ogni ambiente», per la realizzazione «di una protezione integrale della popolazione»³⁸. E proprio le condizioni di salute e di sicurezza nei luoghi di lavoro costituirono lo speciale oggetto di inchiesta portata avanti dal Gruppo di lavoro per la Sicurezza sociale del Pci in quegli anni, sotto la guida dello stesso Berlinguer. Il volume *La salute nelle fabbriche* pubblicato nel 1969 ne raccoglieva i principali risultati. Di rilievo era la sinergia registrata sulla questione tra il Pci, il movimento studentesco – resosi consapevole, affermava Berlinguer, «che neppure la medicina è neutrale nei conflitti sociali del nostro tempo» – e il movimento sindacale, a sua volta edotto dal fatto «che un ambiente morbigeno non può essere compensato da incentivi salariali, ma va modificato, reso più salubre»³⁹.

L'indagine, partita nei primi mesi del 1968, era frutto dello studio su 366 luoghi di lavoro relativi a oltre 225 aziende diverse e si fondava su colloqui, registrati su appositi questionari, che avevano coinvolto circa 300.000 lavoratori. Riecheggiando la tradizione marxiana dell'inchiesta sulla situazione delle classi lavoratrici, ripresa, rilanciata e risignificata nel 1964 da Raniero Panzieri e dal lavoro sull'inchiesta operaia dei «Quaderni rossi»⁴⁰, l'indagine si soffermava sulle generali condizioni di lavoro; sugli aspetti organizzativi

³⁸ G. Berlinguer, *Relazione*, in G. Berlinguer, L. Longo, *Riforma sanitaria e sicurezza sociale. Relazione e conclusioni al Convegno nazionale indetto dal Pci (Roma, 28 febbraio, 1°-2 marzo 1963)*.

³⁹ *La salute nelle fabbriche*, a cura di G. Berlinguer, Bari, De Donato, 1969, p. 7.

⁴⁰ Si rinvia ad A. Del Re, *L'inchiesta operaia e le forme di riproduzione della forza-lavoro*, in *Rileggere il Capitale*, a cura di C. Giorgi, Roma, manifestolibri, 2018, pp. 65 sgg.

del lavoro in rapporto alla fatica fisica e a tutti gli elementi considerati stancanti (orari, ritmi, pause, monotonia, ripetitività, responsabilità, pericolosità); sugli effetti dannosi provocati sulla salute degli operai (infortuni, malattie professionali, malattie aspecifiche). Al contempo, come era avvenuto in analoghe esperienze, l'inchiesta aveva finalità più direttamente politiche, volte a raccogliere informazioni utili ai fini di percorsi di formazione e soggettivazione dei lavoratori/lavoratrici. E infatti, si documentava, la parte conclusiva del questionario riguardava i cosiddetti rapporti interumani esistenti sul luogo di lavoro:

Sia gli organismi ufficiali e gli enti preposti alla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, sia gli organismi elettivi e rappresentativi dei lavoratori (Commissioni interne, sezioni sindacali di azienda, addetti alla sicurezza e comitati paritetici per la sicurezza), sia infine il Pci e la sua capacità di collegarsi con i luoghi di lavoro e di far maturare nei lavoratori la consapevolezza del rapporto esistente fra condizione operaia nell'azienda e situazione economica e politica nazionale⁴¹.

A tal proposito, l'inchiesta faceva luce sulla scarsa efficacia di enti e istituzioni (dal medico di fabbrica, all'Ispettorato del lavoro, all'Ente nazionale prevenzione infortuni, ai Comuni) volti a proteggere la salute della popolazione italiana e dei lavoratori in particolare; così come sulla frequente debolezza degli organismi sindacali all'interno delle fabbriche. Anche rispetto al ruolo del Pci (se esso riuscisse cioè a collegarsi alle lotte, a «muovere le assemblee elettive e le altre forze politiche»)⁴², le risposte ai questionari erano spesso molte critiche, attestando al contempo un alto livello di consapevolezza sul rapporto esistente tra sfruttamento e salute, sull'importanza dell'organizzazione politica dentro e fuori la realtà di fabbrica.

In termini generali si registrava un peggioramento netto delle condizioni di lavoro in fabbrica e un conseguente «senso di ribellione che pervade le classi lavoratrici, e che è destinato a manifestarsi ed esplodere in lotte sempre più ampie e vigorose»⁴³. Specificamente, si registravano cattivo ambiente di lavoro, ossia difficili condizioni climatiche delle fabbriche, uso di sostanze inquinanti, fattori di affaticamento fisico, mancanza di adeguata prevenzione e protezione antinfortunistica, alti ritmi di lavoro, impreparazione professionale. Le stesse trasformazioni tecniche subentrate nel corso degli anni del «miracolo economico» non avevano inciso rispetto alla realtà dello

⁴¹ *La salute nelle fabbriche*, cit., p. 23.

⁴² *Ivi*, p. 120.

⁴³ *Ivi*, p. 25.

sfruttamento psicofisico delle classi lavoratrici, creando «squilibri gravissimi tra ritmi e rendimento, tra spazio e lavoro», aumentando «notevolmente lo stress produttivo», ritmi e orari di lavoro e accentuando il logorio della forza lavoro soprattutto a livello nervoso. A commento conclusivo del lavoro di inchiesta, si affermava a chiare lettere che la situazione nelle fabbriche dal punto di vista sanitario e delle condizioni di lavoro era drammatica («le pagine di questo volume richiamano spesso effettivamente i *reportages* di guerra») e che ad esserne colpiti non erano solo gli operai, ma tutti gli esseri umani sottoposti a ritmi di vita massacranti, a inquinamento generalizzato, a sfruttamento intenso delle proprie vite. Se dunque il vero e ultimo responsabile era il capitale, se il problema della salute riguardava tutti, l'impegno per «porre fine alla demolizione psicofisica di coloro che creano le ricchezze del paese», per la salvaguardia e rivalutazione dell'essere umano, chiamava in causa sindacati, studenti, movimento operaio nel suo complesso, Comuni, Province, specialisti e intellettuali di ogni disciplina⁴⁴. Fu un'ulteriore e concomitante iniziativa, di carattere prettamente scientifico, a qualificare l'alto livello di consapevolezza creatosi attorno al tema medico-sanitario, attestando al contempo sia l'intreccio profondo presente tra scienze mediche e scienze sociali, sia l'inevitabile connessione che una riforma specifica poteva avere rispetto al cambiamento complessivo della società e delle sue istituzioni. Nel 1967 l'Istituto Gramsci organizzò infatti un importante convegno su *La medicina e la società contemporanea*. Vi furono chiamati a partecipare studiosi di diverse discipline (dalla filosofia, all'antropologia, alla medicina) con il fine di aprire la medicina a una più forte interazione con le scienze sociali. A monte vi era la profonda convinzione che la malattia non potesse «essere più considerata come un processo puramente biologico», essendo invece strettamente connessa con la vita sociale e il suo carattere storico. Le malattie, osservava Berlinguer nella sua introduzione, «sono uno degli specchi più fedeli del modo come l'uomo entra in rapporto con la natura, di cui è parte, attraverso il lavoro, la tecnica e la cultura, cioè attraverso rapporti sociali mutevoli e acquisizioni scientifiche storicamente progredienti». In questa direzione, a partire dall'intrinseco rapporto esistente tra la medicina e il carattere storico della società, venivano riformulati i confini tra salute e malattia, tra medico e paziente/malato, tra sapere medico e scienze sociali. Fermo era l'assunto di una collocazione delle malattie (non più fisiogene ma antropogene) nel contesto

⁴⁴ Ivi, pp. 9 sgg.

del sistema capitalistico, del cui carattere disumanizzante esse erano una «componente intrinseca»⁴⁵. Nel contesto di un'analisi complessiva informata da una critica radicale ai processi di espropriazione, sfruttamento e reificazione fondanti il capitalismo, a essere messi sotto attacco erano tanto una pratica medica ancorata a un «criterio mercantile», così come a regole di assoggettamento funzionali alla riproduzione dell'assetto socio-economico dato, quanto il carattere asfittico – di «circuito chiuso» – proprio del rapporto medico-malato. Di qui l'impegno a un ripensamento (metodologico e politico) della medicina quale scienza «che pone in cima alla scala dei suoi valori il benessere di ogni singolo uomo e di tutti gli uomini»⁴⁶, secondo la stessa eco dell'articolo 32 della Costituzione.

Era soprattutto l'intervento di Laura Conti – tra le figure più rappresentative della sinergia tra impegno medico, ambientalista e politico caratterizzante gli anni Sessanta e Settanta, emblematiche di quella sintesi gramsciana «specialista + politico» di cui il movimento per la riforma sanitaria fu espressione⁴⁷ – a fornire gli elementi qualificanti del vivace confronto romano. Come già evidenziato dal titolo della relazione, *Struttura sociale e medicina*, l'attività medica non poteva che essere concepita quale «espressione della società, dei rapporti che si instaurano tra gli uomini, dello sviluppo storico di questi rapporti, e cioè della storia umana». La storia soltanto, ovvero le operazioni di storicizzazione, poteva impedire di cadere in valutazioni positiviste o idealiste, inclini a concepire la salute come bene assoluto, appunto astorico, teleologicamente orientato. Parimenti, Conti metteva in discussione altre definizioni consuete della salute: «la salute come rispondenza a un determinato modello ideale, o "normalità"» (e quindi «la malattia come diversità» e «la medicina come restituzione della normalità»), e la salute come «diminuzione della probabilità di sopravvivenza di un determinato individuo». I concetti di normalità e anormalità erano infatti decostruiti a partire da una chiara consapevolezza storico-culturale; il concetto di sopravvivenza individuale dalla critica al carattere competitivo e individualista della società capitalista. Qui risiedeva il cuore del suo discorso: una decisa critica alla natura competitivo-produttiva della società (financo al principio mutualistico, il cui senso era stato «quello di proteggere le condizioni di

⁴⁵ G. Berlinguer, *Introduzione*, in *La medicina e la società contemporanea. Atti del Convegno promosso dall'Istituto Gramsci: Roma, 28-30 giugno 1967*, Roma, Editori Riuniti-Istituto Gramsci, Roma, 1968, pp. 10-11.

⁴⁶ Ivi, pp. 13-14.

⁴⁷ Così Berlinguer, *Introduzione*, cit., pp. 9 sgg.

vendita della forza lavoro»). Tuttavia, forte di una formazione materialistico-dialettica, Conti rintracciava nelle contraddizioni del capitalismo la leva della trasformazione del carattere competitivo della medicina, ma anche, più in generale, della società medesima. Secondo un'analisi informata dalle categorie marxiane (e luxemburghiane), se la società era sede del conflitto tra due diverse tendenze, quella volta allo sfruttamento e quella dello sviluppo delle forze produttive; se a sua volta la medicina era espressione della società nel suo insieme con i suoi antagonismi, con la presenza in essa della classe operaia, da questa dialettica scaturivano le possibilità del cambiamento. Di più, era proprio il confronto con altre culture e società (non capitalistiche) a porre le condizioni perché la medicina diventasse «difesa della vita, amore della vita, *dalla parte della vita*». La stessa elaborazione, allora in corso, del Servizio sanitario nazionale, propugnato da soggettività alternative, dalla stessa classe operaia, «proprio per il fatto di garantire la salute di tutti i cittadini», contrastava con «il carattere competitivo della medicina», aprendo lo spazio per lo sviluppo delle attività mediche su un terreno *altro*⁴⁸. Egualmente coinvolti nella discussione erano non a caso alcune delle figure portanti del futuro Ssn: Gianni Barro (medico igienista, dirigente del Pci, esponente dell'*équipe* umbra di Alessandro Seppilli impegnata nella predisposizione della riforma sanitaria) rivendicò nel suo intervento l'Unità sanitaria locale quale struttura basilare del servizio, indicando nella inedita figura del medico cosiddetto di base un rinnovato modo e contenuto del suo lavoro. «Credo – affermava – che dobbiamo indicare al medico *generico* di oggi che vogliamo fare di lui il medico di base di domani, la cui funzione nel sistema non sarà quella di smistatore e distributore di farmaci, ma quella di esaurire una larga quantità degli interventi sanitari che nascono [...] nella vita quotidiana»⁴⁹.

Quanto discusso nel convegno romano rifletteva l'ampio percorso di elaborazione in corso in quella particolare congiuntura storica, fuori e dentro le Università, nei circuiti culturali più illuminati, negli stessi movimenti di contestazione, nei luoghi di lavoro (la fabbrica), nelle realtà urbane, coinvolti nel ripensamento dei principi e delle strutture portanti dell'assetto socio-economico esistente. La riproposizione del ruolo e dello statuto della medicina, lungi dall'essere isolata a questo specifico ambito, investiva l'in-

⁴⁸ L. Conti, *Struttura sociale e medicina*, in *La medicina e la società contemporanea*, cit., pp. 259-279.

⁴⁹ G. Barro, *Interventi*, ivi, p. 334.

tero spazio della comunità, coinvolgeva nuovi attori, era il portato di istanze complessive di «democratizzazione della vita quotidiana e dei rapporti sociali»⁵⁰. I protagonisti di questo ordine del discorso provenivano da esperienze comuni sempre più diffuse sul territorio nazionale, in seno alle quali prendeva corpo la nuova riflessione relativa ai nessi tra scienza e potere, a una dimensione collettiva della salute, a una sperimentazione istituzionale dei servizi socio-sanitari, a una ricerca capace di investire l'intero sistema ambientale, indagandone storture e nocività. L'originalità del «caso» italiano risiedeva insomma nel legame profondo instauratosi tra le lotte operaie e studentesche e il nuovo movimento di rinnovamento della medicina. La stessa rivendicazione della riforma sanitaria nasceva da questa sinergia e alleanza, giovandosi di quella originale dialettica apertasi tra «popolazioni e istituzioni» nella «costruzione di forme di rappresentanza diretta, capaci di esprimere un potere dal basso, nei luoghi di lavoro e nella realtà urbana»⁵¹.

3. «*La medicina del capitale*». *La riflessione di Giulio Maccacaro*. A Bologna, nel maggio del 1976, nel corso del congresso costitutivo dell'associazione Medicina democratica, movimento di lotta per la salute (Md), Giulio Maccacaro tracciava le linee fondamentali di un nuovo approccio alla salute, confermando il proprio impegno in direzione di una medicina aperta alle problematiche sociali⁵². Egli stesso riconosceva la lunga e complessa gestazione del movimento, rispetto al quale «decisive e significative» erano state «le lotte studentesche e operaie degli ultimi anni Sessanta e dei successivi». In quell'arco di tempo erano a suo parere venuti maturando due fondamentali processi, di segno opposto: «la medicalizzazione della politica e la po-

⁵⁰ Moro, *Anni Settanta*, cit., p. 66.

⁵¹ G. Barro, *La qualità della salute. Dalla riforma un nuovo sapere medico*, con prefazione di G. Berlinguer, Roma, Napoleone, 1978, pp. 120 sgg. e 61.

⁵² Medicina democratica nacque sulla spinta di una mozione presentata dal Gruppo di prevenzione ed igiene ambientale del Consiglio di fabbrica della Montedison di Castellanza (Va) nel 1971 durante un convegno nazionale sui temi della prevenzione dei rischi e delle nocività in fabbrica, svoltosi presso l'Istituto di Biometria e Statistica medica dell'Università degli studi di Milano, diretto da Giulio Maccacaro, con la partecipazione di delegati di fabbrica, studenti, ricercatori, tecnici, operatori della sanità, intellettuali, rappresentanti di comitati, associazioni e movimenti impegnati sul terreno della salute e dell'ambiente. La mozione aveva al suo centro: la «non delega della salute ai tecnici»; la «preminenza della soggettività operaia»; la «validazione consensuale dei dati tecnici (ambientali e clinici) da parte del Gruppo Omogeneo di Lavorazione»; il «rifiuto della monetizzazione della nocività e del rischio». Per il testo della mozione cfr. il numero zero della rivista «Medicina democratica», aprile 1976, pp. 2-3.

liticizzazione della medicina», l'una «come scelta della classe del capitale», l'altra come «scelta della classe del lavoro». La scelta del nuovo movimento si collocava ovviamente all'interno di quest'ultima tendenza, all'insegna di un pensiero e di una pratica politica volti ad assumere la salute nella sua dimensione collettiva («come condizione e sostanza di quella individuale»). Chiara era una lettura di classe delle lotte (collettive) per la salute (collettiva), le quali investivano tutto il modo di produzione, uscendo dallo specifico della realtà di fabbrica – nella quale la spoliamento della salute e la concentrazione della nocività raggiungevano il massimo grado – e generalizzandosi a ogni ambito sociale. Forte era la denuncia della falsa «o deviata» razionalità del sistema capitalistico, la quale pretendeva di «porsi come modello per la gestione della società in tutte le sue articolazioni: dalla struttura urbana all'organizzazione dei servizi, dalla scansione dei tempi al dettato dei consumi, dalla scuola alla sanità. A essere decostruito era quel meccanismo tale per cui tale asservita razionalità del modo di produzione vigente recuperava «da *questa* sanità modi e strumenti per dare una risposta performata e normalizzante, quindi contenitiva ed infine repressiva, ad una domanda che nasce da un malessere classificato come patologico ma autenticamente esistenziale (sociale)». La medicalizzazione del malessere sociale, così come della collettività e della politica, nasceva da quei tentativi di controllo intenti a «rinchiudere un problema di relazione, cioè strutturale, nella malattia dell'individuo, cioè accidentale, per separare il lavoratore dalla sua classe e la classe dalla sua coscienza». Dinnanzi alla crisi della medicina contemporanea che, si diceva, «di giorno in giorno si fa sempre più assistenzialmente inefficace e socialmente repressiva», l'impegno di Md – «globalmente politico e specificamente sanitario» – era ad amplissimo raggio: una lotta per la salute volta a non separare il campo sociale da quello sanitario, attraversando entrambi «secondo una direttrice fondamentale segnata dalla contraddizione di classe»; un radicale cambiamento degli studi medici vigenti; una formazione di tutto il personale sanitario orientata a saldare la pratica con la teoria, a mettere la prevenzione al primo posto, a dare la priorità alla medicina di base e di comunità, ad attendere all'educazione sanitaria come premessa di partecipazione. Medicina democratica si impegnava inoltre «ad operare per la deistituzionalizzazione dell'assistenza e per la territorializzazione dei servizi nel pieno e diretto controllo popolare di tutta l'attività sanitaria»; a valorizzare l'autogestione della salute, assunta non come «un riduttivo “far da sé”», ma come momento per la riaffermazione delle diverse soggettività e per il riconoscimento di quanto insegnato

dal movimento operaio e dalla lotta dei movimenti femministi. E ancora, nel rifiuto di qualsiasi «uso repressivo, di controllo sociale, di emarginazione della devianza da parte della medicina e dei suoi operatori», così come nel rifiuto di ogni condizionamento «della libertà della donna in ordine alle sue scelte di generazione e di salute», gli obiettivi di Md erano di impegnare i suoi aderenti a dar «senso e prassi alla concezione della medicina come servizio per il popolo». Pur esprimendo la propria autonomia come movimento – si diceva – «autonomo di base», Md era pronta a cercare solidarietà con istanze e iniziative espressione degli stessi obiettivi di classe, alleandosi anche con movimenti di altri paesi attivi nelle «lotte per la riappropriazione e l'autogestione della salute». Egualmente chiari erano i bersagli di questo impegno. Essi andavano dalle «nuove forme di organizzazione capitalistica del lavoro e della società», alla subordinazione della salute alle logiche del profitto, alla «consegna al capitale pubblico, privato e misto» della progettazione e gestione dei presidi sanitari. Di qui, il fondamentale accento sul tema, riformulato, della partecipazione; dell'autogestione di base nella tutela della salute; dello «sviluppo di forme di governo popolare e di democrazia diretta» nello specifico ambito socio-sanitario⁵³. Proprio alla questione della partecipazione Maccacaro (non meno di altri «pionieri» del movimento)⁵⁴ dedicò larga parte dei propri scritti ed energie. In particolare in un famoso articolo dal titolo *L'Unità sanitaria locale come sistema*, Maccacaro tracciava le linee essenziali di una nuova organizzazione sanitaria fondata sulle Usl, ovvero su quegli organi di governo della salute capaci di essere sede «di autogestione democratica», di una «partecipazione attiva della società civile al governo del proprio sistema sanitario»⁵⁵. Su questo tema, forte era l'eco di una ricca elaborazione prodottasi già negli anni precedenti (in particolare grazie agli igienisti Giovanardi e Seppilli)⁵⁶; così come la sintonia con quegli operatori, attivi a livello territoriale, che consideravano le Usl il portato del laboratorio di idee ed esperienze degli anni Sessanta e Settanta. Incisivo era

⁵³ G.A. Maccacaro, *Medicina democratica, movimento di lotta per la salute*, relazione introduttiva al convegno costitutivo di Medicina democratica, Bologna, 15-16 maggio 1976, ora in Id., *Per una medicina da rinnovare*, cit., pp. 462 sgg.

⁵⁴ A. Stefanini, C. Bodini, *Salute e partecipazione della comunità. Una questione politica*, in «Sistema Salute», LVIII, 2014, n. 3, pp. 308-315.

⁵⁵ G.A. Maccacaro, *L'Unità sanitaria locale come sistema*, in «A.b.c.d.e.», VII, 1972, n. 1, poi in Id. *Per una medicina da rinnovare*, cit., pp. 383-405.

⁵⁶ Si rinvia a Giorgi, Pavan, «Un sistema finito di fronte a una domanda infinita», cit., pp. 105-108.

al contempo l'incipit del saggio: il richiamo al 2° comma dell'articolo 3 della Costituzione, ossia al principio di uguaglianza sostanziale. Fondante era infine la ridefinizione del concetto di istituzione che, investito di una inedita domanda di partecipazione da parte degli utenti, ritrovava il pieno significato di *istituere*, andando così oltre a quello stesso di «funzionamento-funzione-governo». La sfida per Maccacaro si collocava esattamente nel saldare e conciliare il massimo dell'efficienza con il massimo della partecipazione, momento tecnico e momento politico, ossia un'immagine tecnica e un'immagine politica «della “forma” sanitaria». In questo senso, a chiare lettere egli affermava:

*L'unica efficienza che conti è quella della partecipazione al governo che individua le funzioni cui subordina il funzionamento del sistema sanitario in generale e dell'Unità sanitaria locale in particolare*⁵⁷.

D'altra parte, al fine di riempire di contenuti concreti il concetto di partecipazione (affinché «non decada a indicatore di un generico democraticismo»), Maccacaro chiariva che «si ha *partecipazione* quando un'azione collettiva è voluta e operata da più agenti nel ruolo di soggetti», laddove nel caso specifico l'azione era relativa alla *decisione* in materia di intervento sanitario. Si trattava allora operativamente di individuare i soggetti (individuali, collettivi e istituzionali) e gli oggetti della partecipazione della Usl, come anche di definire l'atto partecipatorio e quello informativo. In questa elaborata concettualizzazione era significativa la critica nei confronti di una definizione troppo tecnica o solo di tipo demografico (e quindi ristretta) dei soggetti della partecipazione dell'Usl. Quest'ultima era dunque un sistema: sistema non solo sanitario, ovvero semplice aggregazione coordinata di enti e di servizi, ma anche e soprattutto «partecipatorio». Nei suoi vari livelli di organizzazione e di qualificazione (quali il distretto, la sub-unità e l'unità), l'Usl riusciva così a esaurire «i bisogni sanitari dei suoi cittadini rinviandone, per sua competenza, soltanto quelli di più rara occorrenza e di più speciale esigenza all'ospedale regionale o ad altri presidi esterni al suo perimetro»⁵⁸.

Il fortissimo accento posto da Maccacaro sulla partecipazione – intesa come esercizio di governo democratico, frutto di un agire concreto –, così come sullo «sviluppo delle strutture partecipatorie», sembra riflettere due aspetti

⁵⁷ Maccacaro, *L'Unità sanitaria locale come sistema*, cit., p. 388.

⁵⁸ Ivi, p. 398.

qualificanti e profondamente contraddittori di quel periodo storico. Da un lato esso rifletteva la produzione del nuovo sapere maturata in seno ai movimenti e alle esperienze di quegli anni, che avevano di fatto riaperto il concetto, le pratiche e le «istituzioni» della partecipazione, dell'autonomia e dell'autorganizzazione per far fronte alla crescita di bisogni e diritti in parte misconosciuti dall'organizzazione tradizionale del sistema. Dall'altro lato, l'insistenza di Maccacaro rispetto a questo aspetto sembrava presagire uno degli elementi di arenamento e sconfitta delle istanze più avanzate del movimento di riforma della sanità. Proprio le successive indeterminanze contenute nella legge 833/1978 rispetto al presupposto della partecipazione dei cittadini nelle scelte sanitarie e nella gestione dei servizi, così come la derubricazione della partecipazione a rappresentanza meramente consultiva della popolazione/utenti, ne sarebbero state la conferma definitiva. Le parole conclusive di Maccacaro contenevano il nucleo principale del suo impegno e delle sue originali riflessioni: l'avvento dell'Usl così concepita avrebbe segnato «il passaggio da un'interpretazione insiemistica ad un'interpretazione sistemistica della sanità locale ed anche da un governo delegato ad un governo partecipato della stessa», quale processo «che si definisce nel suo compiersi»⁵⁹. Senza dubbio, quanto elaborato da Maccacaro aveva radici profonde nella generale mobilitazione operaia e studentesca di quegli anni. Le esperienze per la difesa della salute degli operai nate in seno alle fabbriche, così come le elaborazioni e lotte del movimento studentesco, ebbero infatti un'importanza decisiva (a partire dalla stessa contestazione da parte degli studenti di medicina del riformismo del centro-sinistra letto in chiave di «razionalizzazione tecnocratica»)⁶⁰. Il movimento degli studenti di Medicina di Milano, ad esempio (ma lo stesso si potrebbe dire per altre esperienze del movimento studentesco, in particolare per il collettivo di Medicina di Roma)⁶¹, rivendicava con forza «l'affermazione di una politica sanitaria al servizio delle masse popolari», organizzando lezioni, seminari e iniziative volti a creare una cosiddetta contro-cultura, ad approfondire i nessi tra politiche

⁵⁹ Ivi, pp. 383 sgg.

⁶⁰ Si rinvia a C. Papa, *Alle origini dell'ecologia politica in Italia. Il diritto alla salute e all'ambiente nel movimento studentesco*, in *L'Italia repubblicana nella crisi degli anni Settanta*, vol. II, *Culture, nuovi soggetti e identità*, a cura di F. Lussana, G. Marramao, Soveria Mannelli, Rubbettino, 2003, p. 408, e a M. Revelli, *Movimenti sociali e spazio politico*, in *Storia dell'Italia repubblicana*, vol. II, *La trasformazione dell'Italia: sviluppi e squilibri*, t. 2, *Istituzioni, movimenti e culture*, Torino, Einaudi, 1995, pp. 383-476.

⁶¹ Cfr. Papa, *Alle origini dell'ecologia politica in Italia*, cit., pp. 404 sgg.

sanitarie, potere e sistema capitalistico, a stringere alleanze con i lavoratori sui temi della salute in fabbrica, sui problemi dell'assistenza sanitaria, sul più complessivo e tematizzato diritto alla salute⁶².

Quanto espresso in seno al collettivo dell'Istituto Superiore di Sanità – per riportare un altro esempio – rifletteva a sua volta l'alto livello di conoscenza e critica allora in corso, soprattutto in relazione al carattere storicamente determinato di un modo di produzione le cui logiche attentavano alla salute, nella fabbrica e fuori di essa (con il drammatico «problema dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo»). Diffusa era la critica di un modello di medicina «come fornitrice cosciente di surrogati attraverso i quali realizza obiettivamente una funzione normalizzatrice di tensioni sociali». Risuonavano le medesime note, ampiamente sviluppate da Maccacaro e da Berlinguer, di critica radicale a una medicina al servizio della competizione, della pacificazione sociale, della neutralizzazione politica, degli interessi di una sola classe. «La medicina – si osservava – ci si presenta così con le seguenti caratteristiche principali: 1. come riparazione del danno; 2. come sostituzione di domande insoddisfatte di beni sociali; 3. come tranquillante sociale». Laddove, si aggiungeva, l'aspetto particolarmente interessante era quello di un «uso della diagnosi di sub-normalità nell'estromissione della forza-lavoro». Vale a dire, come era emerso qualche anno prima nel convegno organizzato dall'Istituto Gramsci, la costruzione e deformazione di un criterio di giudizio della normalità (e quindi dell'anormalità) funzionale al carattere competitivo della società e al livello prestazionale imposto ai singoli. Funzionale, per dirla con il linguaggio politicizzato di allora, a un determinato «adattamento all'organizzazione produttiva e sociale» esistente⁶³. Era un'analisi strettamente legata a quella del coevo movimento di riforma dell'assistenza psichiatrica, altrettanto decisivo nel dibattito e nelle lotte per la salute degli anni Settanta. Ad accomunare queste elaborazioni, queste pratiche politiche, questi movimenti – quello di riforma dell'assistenza psichiatrica basagliano⁶⁴, quello di rinnovamento della medicina e quello per la riforma sanitaria – erano soprattutto una ricerca, un impegno e una coscienza critica collettive, sociali e politiche. Per dirla con Berlinguer, «le soluzioni ai problemi che vengono man mano

⁶² Cfr. ad esempio, *Movimento studentesco. Storia e documenti*, a cura di L. Cortese, Milano, Bompiani, 1973, pp. 88 sgg.

⁶³ Collettivo dell'Istituto Superiore di Sanità, *La medicina nella società industriale*, in *La salute e il potere in Italia*, Bari, De Donato, 1971, pp. 15 sgg.

⁶⁴ Da ultimo si rinvia a J. Foot, *La «Repubblica dei matti». Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Milano, Feltrinelli, 2018.

individuati non sono quasi mai [...] soluzioni tecniche, ma sono soluzioni essenzialmente sociali e politiche»⁶⁵.

In quei primi anni Settanta dal confronto tra movimento e istituzioni nascevano altre occasioni di discussione e ricerca: nel novembre del 1973 il coordinamento toscano del Pdup organizzava a Firenze un importante convegno sulla salute, nato dalle ricerche promosse dal Consiglio di fabbrica della Montedison di Castellanza-Varese, con cui dagli inizi del decennio Maccacaro collaborava attivamente. All'incontro fiorentino presero parte delegati di fabbrica, studenti di Medicina, medici, operatori sanitari, rappresentanti dei collettivi di base, amministratori locali, psichiatri. Anche in questo caso l'oggetto di indagine era la salute dentro e fuori le fabbriche; l'obiettivo quello di una battaglia comune – «che mobilita e unifica vasti strati sociali» – per la salute, quale «momento generale, unificante della lotta contro il sistema capitalistico». L'iniziativa scaturiva da una delle tante mobilitazioni diffuse a livello territoriale (in questo caso, nella Toscana) e coinvolgenti soggetti diversi (organismi di base, consigli di fabbrica e di quartiere, comitati attivi nelle istituzioni, collettivi di infermieri e operatori sanitari, movimento studentesco), intenti a confrontare saperi diversi, a sfidare le resistenze alle modifiche dell'assetto sanitario-assistenziale, a rilanciare «una "ipotesi" di "riforma" che affidava alla lotta dei lavoratori, al loro intervento l'avvio di una rottura del sistema sanitario vigente». A essere coinvolti su questo fronte comune di sfida all'organizzazione del lavoro, della società, delle strutture sanitarie, del potere (medico *in primis*) erano la lotta nelle fabbriche e quella sul territorio nei loro reciproci rapporti e in quelli con le istituzioni e gli strumenti giuridico-legislativo (anche ai fini di un loro cosiddetto «uso»). «Non sembra quindi giusto – si affermava nell'introduzione – trascurare il momento istituzionale, in cui bisogna anzi intervenire per aprire e accentuare le contraddizioni, per mettere in difficoltà il sistema». Si trattava insomma di quella tendenza, tipica del linguaggio e delle elaborazioni degli anni Settanta, volta a un cosiddetto «uso alternativo del diritto» e dei suoi dispositivi; tesa cioè al doppio movimento di de-istituzionalizzare le strutture vigenti e di inventare nuove istituzioni di intervento, gestione e controllo popolare⁶⁶. In particolare – si diceva – la

⁶⁵ G. Berlinguer, *Interventi*, in *La medicina e la società contemporanea*, cit., p. 98.

⁶⁶ Cfr. F. Rotelli, *Le istituzioni della «deistituzionalizzazione»*, in *Psichiatria, tossicodipendenze, perizia. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio*, a cura di F. Ongaro Basaglia, M.G. Giannichedda, Milano, Franco Angeli, 1987; Id., *L'istituzione inventata*, cit.

lotta per la salute non poteva accontentarsi del solo momento della contestazione, né delle strutture esistenti, ma doveva al contempo individuare «momenti di organizzazione della difesa della salute che offrano prospettive di alternativa all'attuale assetto sanitario nella direzione della sicurezza sociale». Anche in questo caso, le unità locali dei servizi sanitari e sociali (saldando il sanitario e il sociale) erano individuate quali assi portanti di questo rinnovamento, spazi rilevanti di una nuova partecipazione operaia e di massa⁶⁷. Tra le numerose voci di quel convegno vi furono anche quelle di Maccacaro e Basaglia. In particolare il primo, in un intervento dall'emblematico titolo *Classe e salute*, sintetizzava alcuni dei principali punti del proprio impegno scientifico e politico. L'opzione fondante il nuovo sapere medico era quella di classe, l'unica capace di svelare a suo parere l'assoggettamento della scienza medica al profitto, agli interessi del capitale, alla sua logica quantitativa (da cui anche una presa di distanza da posizioni di compromesso e di «moderatismo riformistico»)⁶⁸. Ripercorrendo la storia della salute operaia «dalla parte» del capitale, Maccacaro metteva sotto accusa una medicina definita, in termini battaglieri, «scientifica, fiscalista e borghese», interessata soltanto a salvaguardare lo sviluppo produttivo del capitale, ad «aumentare più che la salute la sua convertibilità, a assicurare più che a curare». Una medicina «disposta a classificare la malattia come ribellione [...] e la ribellione come malattia»; una medicina «sedativa ed emarginante»; una medicina «del silenzio per la voce della sofferenza operaia». Una medicina di tipo assistenziale divenuta «di fatto un sistema gestionale», espressione di «un aumento di capacità del capitale a gestire medicalmente la società magari fingendo di gestire socialmente la medicina». Parallelamente, egli analizzava la storia della salute operaia «nell'esperienza della classe del lavoro», individuandone tre fasi: di resa, di difesa e di lotta. Quest'ultima si situava negli anni Sessanta, a partire dall'«esplosione» di una inedita soggettività politica della stessa classe operaia, avviata su una strada non più solo difensiva, quella cioè di mera tutela delle capacità di lavoro anziché di tutela dell'integrità della salute. La svolta consisteva nel revocare «la passiva consegna di sé alla malattia e al medico» e nel rivendi-

⁶⁷ S. Biagioni, *Introduzione. I temi della lotta per la salute*, in *La salute in fabbrica*, Roma, Savelli, 1974, vol. I, pp. 8 sgg.

⁶⁸ Maccacaro era altrettanto critico nei confronti di quelle riforme del centro-sinistra segnate a suo parere da una richiesta di servizi assoggettata a logiche di efficienza, funzionamento e razionalizzazione del sistema, di conservazione/consumazione della salute della classe operaia.

care per le classi subalterne il ruolo di «soggetto di una ragione della salute che è salute della ragione». Alla «*esasperata tecnicizzazione dell'atto medico e del sistema sanitario*» con cui la medicina – *la medicina del capitale*, per riprendere il titolo del libro di Jean-Claude Polack, introdotto in Italia proprio da Maccacaro in quegli anni – si consegnava sempre più al controllo industriale⁶⁹, egli contrapponeva una medicina della classe operaia. Una medicina nella quale la classe operaia potesse esprimersi come soggetto medico e politico, «medico perché politico». I tempi erano a suo parere maturi per «puntare su tutte quelle forme di appropriazione e di autogestione che possano *mettere la classe a soggetto* di una lotta per la salute che non cessi mai di essere, in quanto tale, una lotta contro il sistema». In questa chiave il medesimo rapporto tra i cosiddetti tecnici e la classe operaia era risolto nei termini di un sapere e di un pensiero non più separati ma reintegrati, «cioè capace di pensare insieme la società e la natura, il lavoro e la salute»⁷⁰. All'operato di medici, infermieri e operatori sanitari asserviti alla logica della segregazione e del controllo sociale di fasce crescenti di emarginati era rivolto l'intervento critico di Franco Basaglia, il quale, a dodici anni dall'inizio della lotta per la trasformazione delle istituzioni psichiatriche, tornava a ribadire come sotto l'alibi dell'intervento tecnico si assolvesse a «un chiaro mandato politico nel mantenimento e nella conferma dell'istituzione manicomiale e della sua funzione di controllo sociale». Analogamente al percorso di Md, i motivi fondanti di Psichiatria democratica (1973) erano nella proposta di una lotta unitaria, dove il tecnico potesse offrire «una pratica che serva di verifica a istanze politiche, non solo sanitarie e tanto meno psichiatriche». La politicità dell'agire degli operatori psichiatrici si dava allora nella creazione «di situazioni alternative su cui si misura un reale schieramento di classe, arrivando a chiarificare i termini di una "lotta di classe"». Su questo terreno – essendo il lavoratore in generale l'attore della trasformazione nella gestione della salute, direttamente gestore del servizio rispondente alle proprie esigenze – «sano e malato (infermiere e internato)» potevano «incontrarsi», superando le tradizionali divisioni.

⁶⁹ G. Maccacaro, *Classe e salute*, in *La salute in fabbrica*, cit., pp. 17 sgg. Il libro *La medicina del capitale* (Milano, Feltrinelli, 1972) conteneva una tagliente lettera di Maccacaro al presidente dell'Ordine dei medici di Milano, che lo aveva convocato con l'accusa di aver leso la dignità professionale della categoria in occasione di una relazione tenuta al convegno «Informazione medica e partecipazione», organizzato a Perugia da Alessandro Seppilli, allora presidente dell'Istituto italiano di Medicina sociale.

⁷⁰ Maccacaro, *Classe e salute*, cit.

4. *Verso l'istituzione del Servizio sanitario nazionale.* Inserito nei documenti della programmazione economica del quinquennio 1971-1975⁷¹, un primo schema di riforma venne elaborato nell'autunno del 1970 dal socialista Luigi Mariotti, alla guida del dicastero della Sanità. «Così non si può andare avanti, la situazione sanitaria fa spavento – affermava il ministro – l'attuale sistema sanitario eroga a costi crescenti prestazioni limitate, discriminatorie e di basso livello, sottratte ad ogni forma di controllo pubblico». I conflitti e le tensioni con il ministro del Lavoro e della previdenza Carlo Donat-Cattin furono tuttavia decisivi nel determinare dapprima uno stallone e poi un definitivo inabissamento del progetto⁷² (ma giocò un ruolo anche lo studio voluto nel 1970 dal direttore generale dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie – Inam –, volto a sottolineare i costi «agghiaccianti» della riforma)⁷³. Durante il successivo Governo Andreotti un nuovo testo firmato da Dionigi Coppo e Remo Gaspari (rispettivamente ministri del Lavoro e della Sanità) fu interpretato da più parti come un palese tentativo di controriforma, nella misura in cui prevedeva l'ipotesi di una centralizzazione delle mutue esistenti – di fatto una loro sopravvivenza –, nella permanenza, in regime di libera concorrenza con le strutture pubbliche, di case di cura religiose e laiche. Le opposizioni tornarono quindi ad agire da pungolo nei confronti dell'azione del governo con la presentazione di un disegno di legge firmato da Luigi Longo a nome del Pci nel giugno del 1973⁷⁴. La stessa esplosione, nell'agosto successivo, di una epidemia di colera a Napoli rese ancora più evidente la precarietà della situazione sanitaria in varie zone del paese. Con i due esecutivi guidati da Mariano Rumor il tema della riforma tornò al centro dell'agenda politica.

⁷¹ Ministero del Bilancio e della programmazione economica, *Programma economico nazionale 1971-1975*, Parte generale, Roma, Istituto Poligrafico dello Stato, 1972, p. 134, e *Progetto obiettivo per la tutela della salute sul lavoro*, Parte speciale, Roma, Istituto Poligrafico dello Stato, 1972, vol. IV, pp. 195-208. Come detto nel *Programma di sviluppo economico per il quinquennio 1965-1969*, la riforma sanitaria fu inserita per la prima volta come impegno di governo.

⁷² Per i conflitti che opposero Mariotti e Donat-Cattin cfr. Petroni, Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità*, cit., pp. 155 e 215.

⁷³ G. De Corato, A.M. Coppini, R. Nicoletti, *Riforma sanitaria, elementi per una valutazione e delle strutture e dei costi negli anni 1970*, in «I problemi della sicurezza sociale», 1971, n. 1, p. 7. Nel maggio del 1970 il presidente dell'Inam Paolo Turchetti aveva dichiarato che la mutualità non era superata e sarebbero occorsi solo alcuni «aggiustamenti»: cfr. «Il Messaggero», 17 maggio 1970.

⁷⁴ Sul progetto comunista del 1973, cfr. G. Berlinguer, S. Scarpa, *La riforma sanitaria*, Roma, Editori Riuniti, 1974.

Le parole del nuovo ministro della Sanità Vittorino Colombo – «bisogna spazzare via le mutue»⁷⁵ – sembravano questa volta testimoniare una determinazione del governo dai contorni più netti. Rumor e Colombo avevano non a caso alle spalle un pluriennale impegno all'interno delle Acli, di cui erano stati tra i principali dirigenti. Lo schema della riforma venne quindi presentato alla Camera dei deputati il 12 agosto 1974.

A soli cinque giorni di distanza fu approvata la legge 17 agosto 1974, n. 386, fondamentale antecedente del nuovo Servizio sanitario, *Norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento delle spese ospedaliere e l'avvio della riforma sanitaria*⁷⁶. Il Tesoro veniva autorizzato a effettuare operazioni di ricorso al mercato finanziario (fino a un ricavo di 2.700 miliardi di lire) per estinguere i pesanti debiti nei confronti degli ospedali degli enti mutualistici, di cui si stabiliva il passaggio alla gestione commissariale dal 1° luglio 1975 e lo scioglimento definitivo entro il 30 giugno 1977. Come sottolineò Colombo, l'eliminazione del rapporto, perverso, tra mutue e ospedali, rappresentava una «premessa essenziale per l'istituzione del sistema sanitario nazionale»⁷⁷. La legge svelava inoltre la pretestuosità di una delle principali argomentazioni di chi si opponeva al progetto di riforma, ovvero il suo eccessivo onere finanziario, particolarmente gravoso – si aggiungeva – in un momento di difficoltà come quello legato alla crisi petrolifera. La non sostenibilità economica della riforma era tuttavia una posizione difficilmente sostenibile di fronte all'evidenza dell'incontrollabile aumento dei deficit degli enti mutualistici che appariva a tutti ben oltre il livello di guardia e che minacciava di portare al collasso l'intero sistema⁷⁸. La legge dell'agosto 1974 prefigurava inoltre il futuro assetto poiché trasferiva i compiti in materia di assistenza ospedaliera alle Regioni a statuto ordinario e speciale e alle Province autonome di Trento e Bolzano e prevedeva l'istituzione di un capitolo di spesa del bilancio statale denominato *Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera*, destinato

⁷⁵ Cfr. Petroni, Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità*, cit., p. 305.

⁷⁶ La legge convertiva l'omonimo decreto legge 8 luglio 1974, n. 264.

⁷⁷ Petroni, Pietropaolo, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità*, cit., p. 323.

⁷⁸ La situazione finanziaria degli enti mutualistici aveva già costretto il governo a un'operazione di ripianamento dei deficit: nel 1967 con un intervento di 467 miliardi, nel 1970 con uno di 500 miliardi. Sul tema si veda A. Brenna, *L'economia del sistema sanitario italiano*, in «Le Scienze», 1974, n. 73, pp. 110-122. Nel 1976 il deficit ospedaliero sarebbe stato di 1.650 miliardi, quello mutualistico avrebbe sfiorato i 4.000. Cfr. V. Petroni, *La spesa sanitaria. Storia e leggenda*, Milano, Giuffrè, 1977.

al finanziamento della spesa per l'assistenza ospedaliera, per l'impianto, la trasformazione e l'ammodernamento degli ospedali, per il rinnovo e l'adeguamento delle loro attrezzature sanitarie.

La discussione sul progetto di legge della riforma sanitaria iniziò nel febbraio del 1975, ma senza giungere alla conclusione dell'iter per il sopraggiungere della fine anticipata della VI Legislatura. Nella successiva (quella dei Governi Andreotti inauguratisi sotto il segno della solidarietà nazionale) fu il nuovo ministro della Sanità, il democristiano Luciano Dal Falco, a presentare un nuovo disegno di legge governativo, non dissimile da quello del predecessore. Nel frattempo, più istanze e soggetti andavano rafforzando le proprie convinzioni circa l'urgenza della riforma (gli stessi Pci e Psi si coalizzarono redigendo, nel dicembre 1975, un documento congiunto che si esprimeva contro un suo ulteriore rinvio). Un evento contingente e dirompente, il disastro di Seveso del luglio 1976, avrebbe inoltre contribuito in maniera decisiva a rinsaldare quel nesso, da anni portato avanti nelle lotte per la difesa della salute, tra denuncia delle nocività sul posto di lavoro, difesa dell'ambiente e riforme sanitarie (centrale fu anche il collegamento tra i fatti dell'Icmesa e il varo della legge 180 sulla interruzione volontaria di gravidanza)⁷⁹.

Dopo l'approvazione da parte del Consiglio dei ministri il 4 marzo 1977, la proposta di Dal Falco passò all'esame della Camera il 16 marzo⁸⁰, poco dopo la presentazione da parte di Pci, Psi e Dp di altri tre disegni di legge relativi all'istituzione del Ssn. In tutti e quattro i progetti l'accento batteva sull'urgenza della riforma, ovvero su una modifica profonda del sistema capace di riorganizzare e riqualificare l'espansione della spesa sanitaria, a fronte – affermava il ministro – della «oggettiva gravità del deficit di gestione del sistema sanitario». L'auspicio di Dal Falco era che su un disegno di legge corrispondente «ai principi voluti dalla Costituzione per quanto riguarda la tutela della salute dei cittadini» il consenso fosse vasto e le convergenze ampie. Di rilievo erano le sue avvertenze finali:

⁷⁹ Su Seveso, cfr. L. Centemeri, *Ritorno a Seveso. Il danno ambientale, il suo riconoscimento, la sua riparazione*, Milano, Bruno Mondadori, 2006; B. Ziglioli, *La mina vagante. Il disastro di Seveso e la solidarietà nazionale*, Milano, Franco Angeli, 2010; cfr. inoltre il numero monografico di «Sapere», novembre-dicembre 1976, n. 796, dedicato interamente al disastro, con interventi di G. Maccacaro e L. Conti.

⁸⁰ Cfr. Atti Parlamentari, Camera dei deputati, *VII Legislatura, Documenti, Disegni di legge e relazioni* (n. 1252), seduta del 16 marzo 1977.

Il Governo sente il dovere di mettere in guardia contro due possibili tentazioni che potrebbero compromettere la stessa riforma: cedere, da una parte, a chiuse tendenze corporative e dare spazio, dall'altra, a forme assembleari di stampo populistico, in nome di una malintesa e deformante partecipazione⁸¹.

Un evidente monito questo tanto all'ordine dei medici e alle resistenze corporative in seno ad esso, quanto alle pressioni più radicali provenienti dal basso. È a questo punto che il movimento di lotta per salute vicino agli ambienti di Medicina democratica intervenne con un ampio articolo teso a evidenziare la propria distanza dal progetto in discussione. Essa riguardava lo scarso peso dato, secondo Md, alla prevenzione, al suo significato e al suo ruolo; la negazione di una reale partecipazione dal basso che sanciva – si affermava – «nuovi livelli di delega accentratrice e impotente, e certificando nuove intromissioni dall'alto»; la subordinazione della malattia a una scienza medica separata dal contesto socio-territoriale; la conferma delle differenze di classe⁸². Il confronto dei quattro progetti di legge era l'occasione per rilanciare il contenuto della «battaglia» condotta da Md, che si diceva contraria a quella che riteneva una *non riforma*, accompagnata da «un disegno di chiara controriforma sanitaria teso a far sí che il nuovo assetto sanitario ribadisca e sviluppi la pubblicizzazione della spesa e non dei servizi e la privatizzazione degli utili e non dei costi»⁸³. Tra i punti evidenziati come «obiettivi sui quali in questi anni il movimento ha espresso la sua capacità di lotta» vi erano in particolare: la de-medicalizzazione della salute e il superamento di tutte le commissioni tecniche intese come momenti separati dai soggetti protagonisti delle lotte per la salute; la partecipazione come azione collettiva; il decentramento dei servizi a tutti i livelli così come quello di tutti i momenti direzionali e di controllo; la centralità assoluta del momento preventivo (della prevenzione); la deospedalizzazione e il decentramento dei servizi ospedalieri; la chiusura degli ospedali psichiatrici e la tutela dalla salute mentale; la gratuità di tutti i servizi (compresi i farmaci); l'educazione e l'informazione sanitaria per tutta la popolazione; la formazione dei medici e dei paramedici nel territorio sotto il controllo delle Usl locali; il superamento degli ordini dei medici⁸⁴.

⁸¹ *Ibidem*.

⁸² *Riforma sanitaria: una proposta di riflessione e di dibattito*, in «Medicina democratica», giugno 1977, pp. 1 sgg.

⁸³ *Non riforma sanitaria e contro-riforma*, ivi, febbraio 1978, p. 2.

⁸⁴ *I progetti di legge a confronto col movimento*, ivi, giugno 1977, pp. 3 sgg., ribaditi in *Non riforma sanitaria e contro-riforma*, cit., pp. 2 sgg.

È chiaro che su più punti la distanza dalla proposta Governo era molto forte; tuttavia differenze vi erano anche rispetto ai progetti presentati dai partiti della sinistra. Questi ultimi, nonostante la maggiore radicalità delle posizioni espresse dalla proposta di Democrazia proletaria, mostrarono tuttavia una sostanziale affinità sui contenuti della riforma. Vi era sintonia nella volontà di conferire un ruolo centrale allo Stato – con l'intento primario di garantire un diritto alla salute uniforme su tutto il territorio nazionale –, ma anche rispetto all'interpretazione della riforma come momento qualificante di un rinnovamento (qualitativo) più complessivo dell'assetto socio-istituzionale del paese, come parte essenziale cioè «della trasformazione del sistema» non limitata alla mera razionalizzazione⁸⁵. Affinità vi era poi in ordine al decentramento democratico delle funzioni; alla centralità del momento preventivo nella globalità degli interventi; al richiamo all'articolo 32 della Costituzione; a un modo alternativo di intendere la medicina e la tutela della salute dalla parte dei cittadini e non «in base alle esigenze del profitto»⁸⁶; al passaggio da una «gestione burocratica, elefantica e clientelare degli istituti mutualistici» a quella decentrata delle Unità sanitarie locali⁸⁷.

La necessità – lo sottolineava la proposta del Pci – «di mutare il quadro politico del paese e di allargare le basi della democrazia in tutta la vita nazionale si pone perciò come una premessa e una delle conseguenze dell'attuazione del Servizio sanitario nazionale». Quest'ultimo veniva quindi a essere uno degli atti più qualificanti dell'«avvio della costruzione di una società rinnovata nel tipo di sviluppo economico e nei rapporti sociali e culturali»⁸⁸. Anche in riferimento al tema della partecipazione democratica dei cittadini, alla determinazione degli obiettivi e alla gestione dei servizi vi era coincidenza tra le posizioni dei tre partiti di sinistra, per quanto Democrazia proletaria esprimesse una posizione più netta (e a tratti più ideologica), richiamandosi al «filone del controllo dal basso» considerato come motivo ispiratore della propria proposta di legge. Quest'ultima prevedeva infatti «la massima possibilità di intervento della popolazione interessata, espressa anche in forme assembleari nelle aree elementari e tale comunque da garantire il continuo controllo sui programmi, sulla gestione e sui bilanci delle

⁸⁵ Così nella proposta di legge presentata dai deputati del Psi in data 11 febbraio 1977 (Atti Parlamentari, Camera dei deputati, *VII Legislatura, Documenti, Disegni di legge e relazioni*, n. 1145).

⁸⁶ Così nella proposta di legge del Pci presentata il 22 dicembre 1976 (ivi, n. 971).

⁸⁷ Così nella proposta di legge di Dp presentata il 3 febbraio 1977 (ivi, n. 1105).

⁸⁸ Proposta di legge del Pci presentata il 22 dicembre 1976, cit.

strutture sanitarie e sociali». Era d'altra parte la questione del controllo dal basso – espresso ad esempio in quello assembleare a livello dei servizi socio-sanitari di base – a legarsi strettamente a quella della prevenzione nel quadro di una visione integrata dell'intervento sanitario e di quello sociale (il quale a sua volta costituiva l'antidoto ad una «medicalizzazione dei momenti di emarginazione» tipica dell'allora vigente sistema sanitario nazionale). Le parole finali contenute nel progetto di Dp erano assai eloquenti rispetto all'obiettivo fondamentale da perseguire: la «riappropriazione della gestione della salute da parte della popolazione stessa»⁸⁹.

Una volta conclusa, nel dicembre 1977, la discussione dei vari disegni di legge, poi unificati in sede di Commissione permanente Igiene e sanità della Camera, lo schema passò dall'Aula, che lo approvò il 22 giugno 1978, grazie alla nota convergenza che si registrò in quei mesi tra Dc e Pci. Trasmesso al Senato, il disegno di legge venne approvato a metà dicembre di quell'anno. Conclusosi quindi anche il riesame da parte della Camera (dopo le lievi modifiche introdotte dal Senato), il Ssn vide la luce il 21 dicembre, con l'astensione del Pri e il voto contrario di Pli e Msi. Di «clamoroso errore», di «avventura demagogica» parlava Pino Rauti; di un «libro dei sogni costoso e inutile» il suo compagno di partito Adriano Cerquetti⁹⁰. Nelle dichiarazioni di voto finali, i rappresentanti dei tre partiti principali espressero pareri affini rispetto alla legge, concordando sul suo essere l'esito di un lungo processo – un «approdo legislativo» – di specifiche scelte politiche e culturali in tema di diritto alla salute, atto a «dare concretezza all'articolo 32» così come agli articoli costituzionali relativi alle autonomie locali⁹¹. Scelte, si diceva, fondate sulla globalità delle prestazioni, sull'universalità dei soggetti destinatari, sull'eguaglianza del trattamento, sul rispetto della dignità e della libertà della persona. In particolare, Giovanni Berlinguer nel suo intervento metteva l'accento sul fatto che la legge fosse «il risultato di un lungo e profondo sviluppo di lotte sociali per la salute, delle quali *erano* state protagoniste soprattutto le classi lavoratrici». Attribuendone la matrice all'«iniziativa del movimento operaio, rappresentato sia dalle organizzazioni sindacali, sia dai partiti della sinistra» battutisi per venti anni a favore di proposte riformatrici, egli ne

⁸⁹ Proposta di legge di Dp presentata il 3 febbraio 1977, cit.

⁹⁰ Atti Parlamentari, Camera dei deputati, VII Legislatura, Discussioni, Seduta dal 16 al 23 dicembre 1978, pp. 26148-26156.

⁹¹ Così Bruno Orsini (Dc), ivi, p. 26148.

attribuiva altresí il successo al nuovo clima politico, quale risultato del processo di «unità politica», quale frutto «dell'attuale maggioranza». Giovatasi peraltro delle idee e dei contributi di tutti i partiti «che la compongono», oltre che «di altri partiti, delle organizzazioni dei lavoratori, delle professioni sanitarie, delle regioni e dei comuni», la legge era anche il risultato di una «vasta elaborazione culturale e scientifica» approdata a definire il Ssn quale «strumento unitario di prevenzione, cura e riabilitazione». Era dunque da un articolato e vasto «movimento riformatore» che essa proveniva, al pari di altre leggi coeve (relative alla tutela del lavoro, della maternità e infanzia, alla psichiatria e al trasferimento di poteri sanitari alle Regioni e ai Comuni). Unanime era anche il parere relativo al fatto che la riforma segnasse l'inizio di un altrettanto lungo e complesso percorso collettivo (impegnando *in primis* il Governo, «un Governo che sia adeguato alle leggi che il Parlamento riesce ad approvare») volto a esigerne l'applicazione integrale, a prevenire, piú che curare, le malattie, a scardinare il vecchio sistema, «a contribuire all'opera dello Stato nella promozione della salute»⁹². Un percorso che richiedeva «un altissimo senso di serietà nella gestione, un coinvolgimento responsabilizzante di utenti, operatori sindacali, sindacati, enti locali, regioni, Parlamento, Governo»⁹³.

Non mancava il riconoscimento dei punti deboli e ambigui della legge (ad esempio rispetto al rapporto tra pubblico e privato sul quale batteva forte l'accento di Pci e Psi), oltre alle considerazioni relative all'enorme ritardo della sua approvazione (che rendeva «tutto piú incerto e difficile»). Tuttavia, restava forte la sintonia, soprattutto tra comunisti e socialisti, rispetto alla portata generale, di rinnovamento sociale complessivo, che la legge aveva e poteva avere per il Paese. Quanto alla sfasatura temporale, vi era piena consapevolezza del fatto che il Ssn giungesse alla sua approvazione con molti anni di ritardo dalla sua elaborazione, in un momento di forte crisi economica e di calo della «tensione ideale e di quel consenso popolare» che ne avevano accompagnato la progettazione per molto tempo⁹⁴. A questo proposito, infatti, se nelle memorie di quanti avevano partecipato a questa lunga battaglia resta ancora oggi forte l'eco di quella che fu vissuta come una conquista di civiltà, capace di tenere insieme le inedite istanze espresse nel lungo Sessantotto italiano e una nuova sperimentazione istituzionale,

⁹² Così Giovanni Berlinguer, *ivi*, pp. 26152-26154.

⁹³ Così Orsini, *ivi*, p. 26150.

⁹⁴ Così Angelo Tiraboschi (Psi), *ivi*, p. 26156.

nelle cronache giornalistiche dell'epoca – monopolizzate dall'emergenza terrorismo – si registrò un disinteresse generale. Solo «l'Unità» e l'«Avanti!» diedero la notizia del varo della riforma in prima pagina. «La Repubblica» destinava nelle pagine interne una breve intervista al ministro della Sanità Tina Anselmi, mentre il «Corriere della Sera» non dedicò alla riforma alcuno spazio, né il giorno dell'approvazione né in quelli successivi.

La legge istitutiva del Ssn si compose di ben 83 articoli. L'articolo 1 si richiamava all'articolo 32 della Costituzione e recitava: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il Servizio Sanitario nazionale». Sempre all'articolo 1 si indicava nel Ssn il «complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio» (echeggiando la stessa definizione di salute fornita nel 1946 dall'Organizzazione mondiale della sanità). Esso indicava inoltre nello Stato, nelle Regioni e negli Enti locali territoriali i soggetti di riferimento per l'attuazione del Ssn, al contempo «garantendo la partecipazione dei cittadini». L'articolo 2 delineava gli obiettivi fondamentali, che andavano dalla formazione di una moderna coscienza sanitaria alla prevenzione, alla diagnosi e cura degli eventi morbosi, alla promozione e salvaguardia della salubrità e igiene degli ambienti di vita e di lavoro, alla formazione professionale e all'aggiornamento del personale. Esso specificava che il Ssn perseguiva, tra gli altri obiettivi, il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese; la sicurezza del lavoro; le scelte responsabili e consapevoli di procreazione e la tutela di maternità e infanzia; la promozione della salute nell'età evolutiva; la tutela della salute mentale; l'eliminazione delle cause di inquinamento atmosferico, delle acque e del suolo. Al secondo capo si disponeva delle funzioni e strutture del Ssn, assegnando allo Stato competenze di indirizzo e coordinamento e alle Regioni compiti di integrazione, che tramite la fondamentale funzione legislativa in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera le rendeva comunque protagoniste. In particolare, l'articolo 10 era uno dei più importanti, trattando della rete completa di Usl – qualificate come «il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei Comuni, singoli o associati, e delle comunità montane i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale» – alle quali spettava la gestione unitaria della salute, in modo uniforme sull'intero territorio nazionale.

Le Usl, si disponeva, erano a loro volta articolate in Distretti sanitari di base e comprendevano bacini con una popolazione compresa tra 50.000 e 200.000 persone, salvo casi eccezionali. Gli organi consultivi della Usl erano l'Assemblea generale, il Comitato di gestione con il suo presidente e il Collegio dei revisori. La prima era a sua volta composta dal Consiglio comunale o dall'Assemblea generale dei Comuni o da quella della Comunità montana (art. 15)⁹⁵.

A finanziare il Ssn sarebbe stato il Fondo sanitario nazionale, con un importo stabilito ogni anno in sede di redazione del bilancio statale, ripartito tra le Regioni tenendo conto delle indicazioni presenti nei Piani sanitari nazionali e regionali e sulla base di indici e standard che dovevano «tendere a garantire i livelli di prestazioni sanitarie in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, eliminando progressivamente le differenze strutturali e di prestazioni tra le regioni» (art. 51). Altro punto portante della riforma come del precedente cammino della sua elaborazione era la programmazione pensata su due livelli: il Piano sanitario nazionale (da emanarsi entro il 1979) e i vari Piani sanitari regionali⁹⁶.

Gli articoli 20-24 erano ugualmente rilevanti, disponendo della prevenzione e della tutela della sicurezza negli ambienti di lavoro e di vita. La prevenzione si confermava come uno dei principali criteri portanti della riforma, presupponendo la centralità della salute – nella sua visione unitaria fisica e psichica, individuale e collettiva – rispetto alla malattia (e all'intervento postumo su essa). Sebbene le strutture sanitarie private non venissero cancellate (fu loro riconosciuto il diritto di convenzionarsi con il Ssn in ragione di una accertata necessità rispetto a quanto fornito dalle strutture pubbliche),

⁹⁵ Proprio la composizione dell'Assemblea generale delle Usl (così come dei Comitati di gestione in seguito al centro delle critiche di clientelismo e di spartizione partitica) sarebbe stata all'origine di uno dei limiti della legge: la ridotta predisposizione della partecipazione popolare, di fatto limitata ai soli consiglieri comunali, avrebbe comportato una sclerotizzazione di questo organo e una lottizzazione degli organi direttivi delle Usl, facendo scadere la stessa partecipazione a forme di rappresentatività di tipo politico e partitico. Ciò nonostante, l'articolo 13 disponeva che ai Comuni spettasse assicurare «la più ampia partecipazione degli operatori della sanità, delle formazioni sociali esistenti sul territorio, dei rappresentanti degli interessi originari, e dei cittadini, a tutte le fasi della programmazione dell'attività delle unità sanitarie locali e alla gestione sociale dei servizi sanitari, nonché al controllo della loro funzionalità e rispondenza alle finalità del servizio sanitario nazionale agli obiettivi dei piani sanitari triennali delle regioni».

⁹⁶ Il primo Piano sanitario nazionale venne promulgato solo nel 1993, a fronte di alcune esperienze realizzatesi in singole regioni capaci di dar vita ai Piani sanitari regionali con anticipo e competenza, come in Umbria e in Piemonte.

si universalizzavano le prestazioni sanitarie, farmaceutiche e riabilitative, ponendo fine all'impostazione vigente di tipo assicurativo e selettivo. Con il Ssn veniva superata la precedente frammentazione mutualistica, affermato il principio dell'universalità e dell'eguaglianza dei cittadini nell'accesso ai servizi, predisposto il carattere democratico del nuovo ordinamento⁹⁷. Pur segnata da ritardi e limiti, l'istituzione del Ssn rappresentò dunque una tappa epocale nella storia del Paese; nelle parole di uno dei suoi protagonisti, significò un «momento critico di rottura di un'organizzazione sociale non più corrispondente alle esigenze della comunità, e l'apertura ad un rinnovamento strutturale, ad una trasformazione profonda, di tipo rivoluzionario»⁹⁸. Ciò non cancella il fatto che il cammino successivo della riforma – che esula dagli obiettivi di queste pagine – avrebbe rappresentato un capitolo tortuoso. Le difficoltà di quel percorso erano già ravvisabili, come segnalava Giovanni Berlinguer, in «un'anomalia» che esprimeva «nel modo più acuto la contraddizione che agita[va] la vita della politica italiana»:

L'anomalia è questa: vi sono leggi riformatrici, che vengono approvate dalla grande maggioranza del Parlamento con il contributo determinante delle forze di sinistra, del Partito socialista e del Partito comunista, anzi, si tratta di leggi che sono state promosse da questi partiti, mentre la Democrazia cristiana, rispetto a questa come ad altre riforme, è stata per lungo tempo ostile o recalcitrante, anche se poi ha espresso anche un contributo positivo. Ma dopo l'approvazione di queste leggi, il compito più delicato e più rilevante, cioè la loro applicazione, viene affidata a un Governo che non riflette la maggioranza riformatrice⁹⁹.

5. «Una riforma difficile da evitare»

Questo passaggio da una riforma «difficile da fare» a una riforma «difficile da evitare» deriva da una lunga maturazione dell'opinione pubblica, dei sindacati, dei partiti, delle amministrazioni locali, deriva dall'affermazione del diritto alla salute

⁹⁷ Cfr. da ultimo G. Maciocco, *A quarant'anni dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale. L'assalto all'universalismo*, in «La Rivista delle politiche sociali», 2018, n. 2, p. 125.

⁹⁸ A. Seppilli, *Conoscere la riforma sanitaria*, Roma, Edizione delle Autonomie, 1982, p. 7.

⁹⁹ Atti Parlamentari, Camera dei deputati, *VII Legislatura, Discussioni, Seduta dal 16 al 23 dicembre 1978*, pp. 26148 e 26152. Sulle successive difficoltà della riforma cfr. F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del Ssn in una prospettiva storica*, Roma, Il Pensiero scientifico, 2011, pp. 217 sgg. Si conferma quanto osservato da M. Colucci (*Le politiche sociali*, in «Mondo contemporaneo», 2018, nn. 2-3, pp. 243-256) rispetto alla «mancanza, nello scorcio della fine degli anni Settanta, di una piena rivendicazione delle riforme sociali come percorso di politica sociale di matrice cattolica da parte dell'intero gruppo dirigente democristiano».

nella coscienza di milioni di lavoratori e di cittadini italiani: un processo lungo e contrastato, di cui sarebbe opportuno ricostruire la storia perché rappresenta probabilmente uno degli esempi più interessanti della formazione di una particolare *coscienza moderna* (umanitaria e scientifica, solidaristica e socialista) nel nostro popolo¹⁰⁰.

Le parole con cui Berlinguer, in un articolo dell'autunno 1974, invitava a riflettere, e a scrivere, la storia della riforma sanitaria riassume con efficacia il percorso complesso, a più voci, che portò al consolidamento del diritto alla salute in Italia. Più dati si possono trarre da quella intensa stagione di mobilitazioni. Innanzitutto, quanto tradotto in disposizioni legislative e nella nascita di nuove istituzioni provenne dal grado di consapevolezza nato in seno ai movimenti, alla società, ai conflitti. La stessa legge di istituzione del Ssn si ebbe a conclusione di un processo politico, legislativo, istituzionale nel quale un ruolo fondamentale ebbero anche il movimento femminista – che infatti diede un rilevante contributo «allo sviluppo dei servizi pubblici per le persone» tra gli anni Settanta e Ottanta¹⁰¹ – e quello della psichiatria radicale. Ciò che inoltre fu agito negli anni Settanta contribuì sia a riarticolare le pratiche e le «istituzioni» della partecipazione e dell'autorganizzazione della società per far fronte a bisogni e diritti misconosciuti dallo Stato e dalla famiglia (sino ad allora pilastro fondamentale del welfare); sia a ridefinire la «qualità» del conflitto. Conflitto che, infatti, investì la vita quotidiana e le sue strutture, ebbe come oggetto il sistema di welfare, il territorio e l'ambiente, la condizione femminile, la famiglia, le relazioni tra stato, cittadini e corporazioni, i rapporti tra locale e nazionale.

Nello specifico, è evidente poi che l'assetto del Ssn rispose a criteri di decentramento (in seno alle Regioni, ai Comuni, alle Usl), partecipativi, universalistici, opposti alla gestione tecnico-aziendalistica del servizio. Rispose altresì a un'impostazione della malattia come fatto sociale, alla centralità della prevenzione, a un impegno diffuso capace parimenti di investire questioni legate alla tutela dell'ambiente (di lavoro, ma anche al di fuori di esso).

Un'ulteriore osservazione concerne quella che può essere interpretata come la «filosofia» di fondo delle innovazioni datesi in ambito sanitario. Come agli inizi anticipato, le nuove istituzioni inventate – i servizi territoriali, le

¹⁰⁰ G. Berlinguer, *Una riforma difficile da evitare*, in Id., *Una riforma per la salute*, Bari, De Donato, 1979, p. 127. L'articolo era comparso su «Rinascita» nel settembre del 1974.

¹⁰¹ C. Saraceno, *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Bologna, il Mulino, 1998, p. 221.

cooperative sociali, le comunità terapeutiche nate attorno alla riforma della psichiatria, così come tutte quelle innovazioni prodottesi nelle politiche sociali a partire dagli anni Settanta – nacquero parallelamente a un processo di de-istituzionalizzazione coinvolgente tutta la società. Fu insomma la già richiamata contaminazione di due gesti espressi nell'istituzione negata e nell'istituzione inventata a produrre il terreno più proficuo dell'innovazione in ambito sanitario (e in specie in quello coinvolgente l'ambito psichiatrico). L'idea e la pratica della cosiddetta de-istituzionalizzazione furono così intese come un processo istituyente capace di creare, inventare, immaginare forme alternative, altre, le quali – mobilitando come protagonisti i soggetti sociali coinvolti – trasformarono gli stessi rapporti di potere tra istituzioni e pazienti, tra cittadini e organizzazione statale. Si trattò insomma di una sorta di doppio gesto. Da un lato, un gesto teso a de-istituzionalizzare le strutture vigenti; dall'altro, un gesto volto a inventare nuove istituzioni capaci di generare «welfare altro», sottratto alle logiche della mercificazione, della burocratizzazione, della delega, del clientelismo, dell'inerzia, della compartimentazione, dell'irresponsabilità¹⁰².

Infine, quel che emerge dallo studio delle dinamiche relative al Ssn è la particolare sinergia realizzatasi – già a valle dell'approvazione della legge 833/1978 – tra conquiste operaie e sindacali in fabbrica, elaborazione delle linee generali della riforma, pressioni e mobilitazioni portate avanti dalle varie realtà di movimento (in particolare da quella studentesca e femminista)¹⁰³, provvedimenti di pianificazione regionale sanitaria (rafforzati dalla nascita delle Regioni, dal decentramento territoriale dei servizi sociali e sanitari). La stessa iniziativa autonoma di molte Regioni prima della riforma costituì un'anticipazione di molte delle soluzioni adottate dopo la legge 833¹⁰⁴.

È così che alcune delle riforme rimaste inattuato negli anni centro-sinistra si giovarono della «spinta proveniente dalla società, dalla stessa macchina

¹⁰² Rotelli, *L'istituzione inventata*, cit.

¹⁰³ Sul rapporto «cruciale, anche se spesso ambivalente e conflittuale» tra movimento delle donne, Pci e sindacato, si rinvia a Saraceno, *Mutamenti della famiglia*, cit., pp. 222 sgg.

¹⁰⁴ Così in Lombardia, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, nella Provincia autonoma di Trento, già nel novembre e dicembre 1972 erano state approvate leggi sull'istituzione dei presidi sanitari di base, sul finanziamento di iniziative di medicina preventiva, sociale e di educazione sanitaria. Importante antecedente regionale del Ssn fu poi la menzionata legge regionale del Piemonte del 1977 (n. 39). Sulla base dell'art. 17 della legge 16 maggio 1970, n. 281, e dei successivi decreti delegati emanati nel gennaio del 1972, le Regioni potevano infatti già legiferare su numerose materie, tra cui assistenza sanitaria e ospedaliera.

dello Stato [...], dal movimento sindacale e dal Pci»¹⁰⁵. Quanto si realizzò relativamente all'istituzione del Ssn avvalorò questa particolare azione combinata, nonostante i noti ritardi e le debolezze italiane (delle stesse sinistre) concernenti il più complessivo sistema di welfare e i suoi caratteristici tratti selettivi, categoriali, occupazionali. La stessa peculiarità del caso italiano, per cui alcune delle riforme in materia di welfare si realizzarono quando altrove in Europa era cominciata già la fase di riorganizzazione del capitalismo in chiave neoliberale e il modello socialdemocratico entrava in un lungo processo di revisione, conferma la peculiarità del laboratorio italiano degli anni Settanta. Conferma altresì l'onda lunga del biennio 1968-69, la forza propulsiva e produttiva proveniente dalla «iniziativa diretta degli interessati», da quelle soggettività collettive e nuove interessate all'«introduzione di modelli profondamente innovatori»¹⁰⁶.

¹⁰⁵ E. Taviani, *Il Pci nella società dei consumi*, in *Il Pci nell'Italia repubblicana (1943-1991)*, a cura di R. Gualtieri, Roma, Carocci, 2001, pp. 285-326: 315.

¹⁰⁶ S. Rodotà, *Le libertà e i diritti*, in *Storia dello Stato italiano dall'Unità ad oggi*, a cura di R. Romanelli, Roma, Donzelli, 1995, pp. 357-358.

