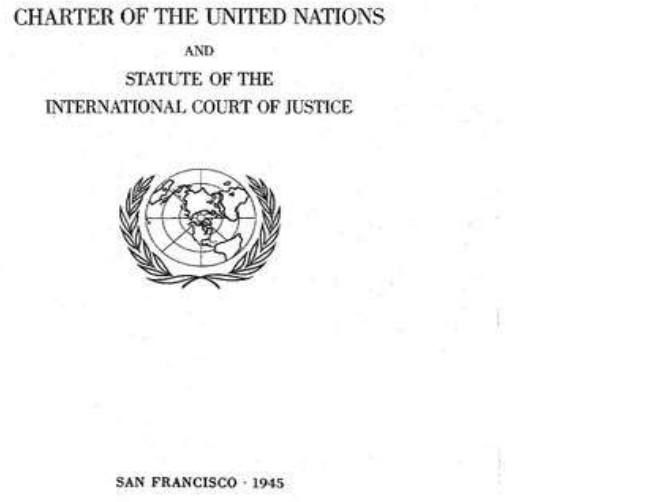
Dalla storia dei documenti d'archivio alla costruzione collettiva di storie contemporanee attraverso competenze digitali ed uso delle tecnologie informatiche

Dalle lotte per la salute alle leggi sanitarie nel ventennio “60 - “80
Il secondo dopoguerra


CHARTER OF THE UNITED NATIONS

AND

STATUTE OF THE

INTERNATIONAL COURT OF JUSTICE

SAN FRANCISCO · 1945

Firma dello Statuto delle Nazioni Unite: 26 giugno 1945
Entrata in vigore dello Statuto: 24 ottobre 1945

WHO istituita il 7 aprile del “48 ,divenuta operativa con la sottoscrizione dello statuto da parte del 26° paese aderente. La prima convocazione sarà il 4 giugno”48
A Genova con 53 paesi su 55 firmatari.

Se nel 1949 erano stati importati dagli Stati Uniti 957 miliardi di unità di penicillina e 3967 kg di streptomicina, l'acquisto fu sospeso fino al 1951 a causa dell'embargo imposto a questi prodotti per lo scoppio della guerra di Corea, provocando, in particolare per la streptomicina, una restrizione del suo utilizzo alle sole patologie gravissime; regimata da un complicato sistema burocratico articolato fra medici provinciali e comitati prefettizi, che investivano il Ministero dell'interno che, a sua volta, informava l'Alto Commissariato della Sanità, che attraverso Endimea distrubuiva le dosi disponibili.

La prima ditta privata che stabilì impianti di produzione in Italia fu la Leo-Industrie chimico-farmaceutiche, fondata a Roma nel 1950 da Giovanni Armenise, imprenditore barese che si era arricchito durante il fascismo con la vendita del dentifricio Odol e che nel 1947 comprò dalla danese Løvens la licenza per il processo produttivo della penicillina. Dal 1950 al ’52 la Leo ebbe il monopolio della produzione italiana e sopperì a tutte le richieste nazionali di penicillina

La sperimentazione sulla streptomicina in Inghilterra fu l'occasione di messa punto per la prima volta del metodo di randomizzazione, nella valutazione della ricerca clinica, inserito in disegni multicentrici, diventerà uno standard per l'approvazione dell'uso di nuove molecole sull'uomo, ma si dimostrerà insufficiente in più occasioni nei decenni successivi

Nel 1948 il British Medical Journal pubblicava un articolo sulla sperimentazione controllata randomizzata (randomized controlled trial - RCT) della streptomicina per il trattamento della tubercolosi, Il trial, progettato e condotto da Austin Bradford Hill (1897-1991)1, era iniziato nel 1946 e aveva vissuto anche fasi di grande tensione sociale a causa delle enormi attese da parte dei cittadini e di una forte opposizione concettuale di parte della classe medicaLa pubblicazione di questa sperimentazione sul BMJ era accompagnata da un editoriale nel quale, tra le altre cose, si affermava: «È proprio quando un gruppo di pazienti si ristabilisce che abbiamo a che fare con il dilemma post hoc propter hoc. Il risultato è dovuto al trattamento o alla vis medicatrix naturae?» *Nel 1962 un intervento legislativo (USA) il Kefauver-Harris “Drug Control Act”, che introduceva l’obbligo di rendere disponibile, per tutti i farmaci, la documentazione relativa alla loro efficacia e non solo quella relativa allo loro sicurezza*

Le necessità della ricostruzione insieme alla omologazione al ruolo di trasformazione/esportazione dell'apparato produttivo, voluto dagli alleati, produce uno stravolgimento della composizione sociale del paese, con destini diversi per i lavoratori dei vari settori.

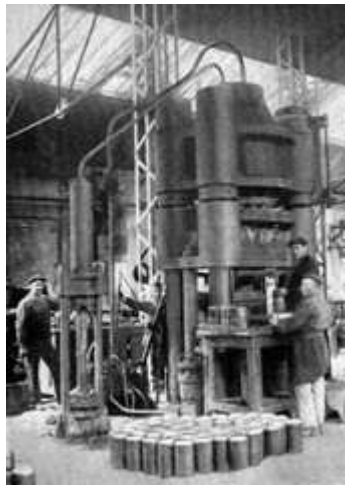
In primis l'abbandono dell'agricoltura: quella di sussistenza, già iniziato negli anni precedenti il conflitto, si estende anche alla agricoltura produttiva, già fiaccata dalla guerra, che riprende sopratutto nei nord con l'impiego estensivo dei mezzi meccanici e dei presidi chimici, di fatto riducendo in modo consistente il bisogno di manodopera, al contempo la questione agraria tiene banco al sud dove il latifondo mantiene incolte gran parte delle terre, ed impedisce ai braccianti il loro utilizzo con l'aiuto della mafia e dello stato, questo creerà quell'"esercito di manodopera di riserva" che si sposterà nell'industria del nord Italia.

L'inurbamento delle masse contadine, sosterrà il settore edilizio, che sarà uno dei settori trainanti del boom. Molti agricoltori si riconvertiranno ad operai edilli, più tardi anche a infermieri

Nel settore industriale si ha la dicotomia fra le lotte nei settori in dismissione e quelli in espansione.

In Toscana, esemplare la vicenda delle miniere di lignite del Valdarno dopo una serie di lotte scioperi nel 48-49 si arriva nel 1950 ad un periodo di gestione cooperativa (LAMIVA, poi ELV) diventerà un caso nazionale, ma definitivamente dismessa nel 1958, dopo vani tentativi di riconversione.

Mentre i settori come in siderurgico/bellico rimasti attivi anche nelle fasi finali della guerra, avviano processi di ristrutturazione allargandosi alle produzioni civili e specializzandosi (vedi il caso della SMI di Fornaci e Campo Tizzoro in Toscana), ripartono le assunzioni, in Toscana, ad esempio, la componente operaia nel decennio 1951-1961 sale dal 34% al 44%,



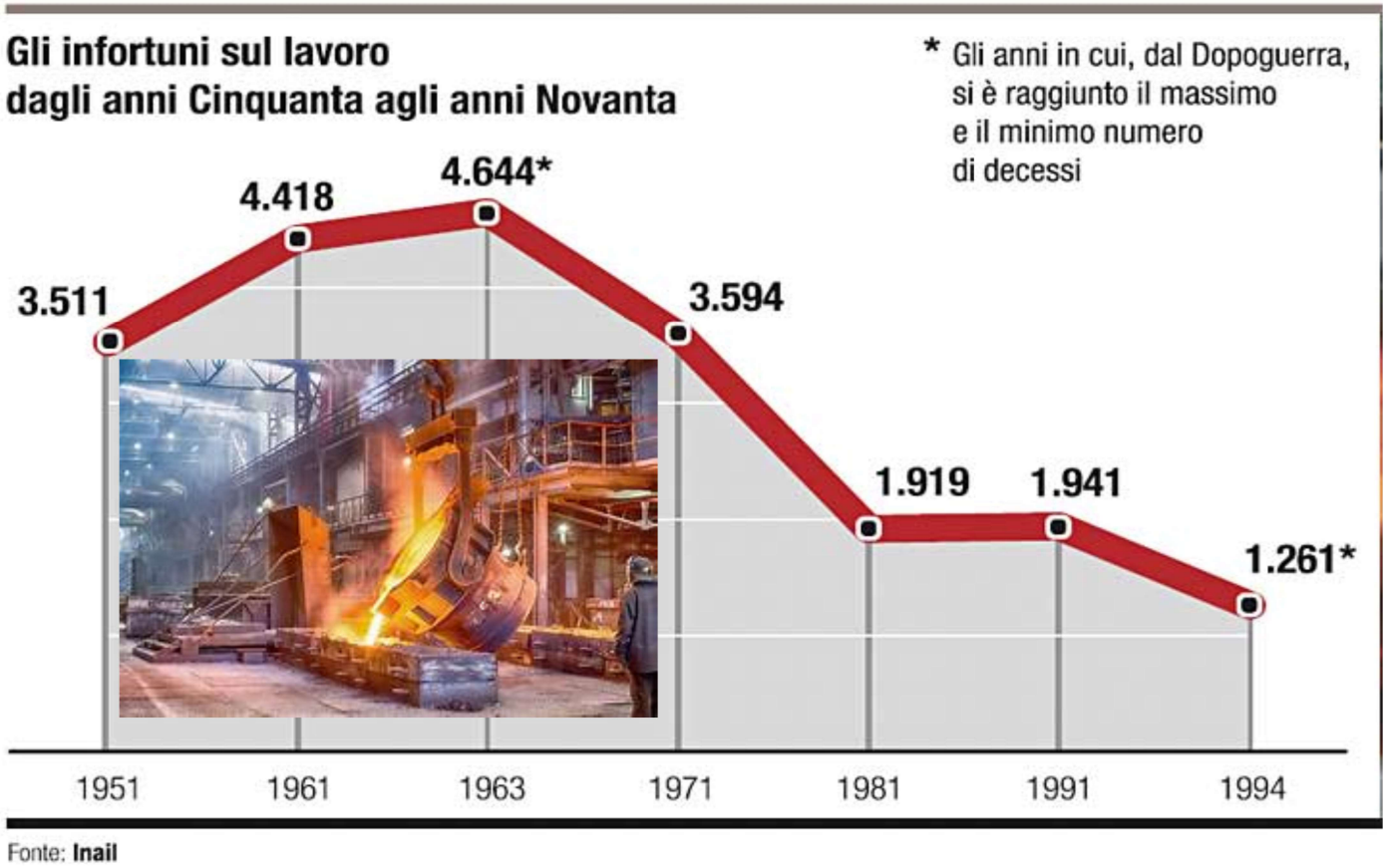
Ma le condizioni di lavoro restano pessime, il cottimo è generalizzato e i salari al limite della sussistenza.

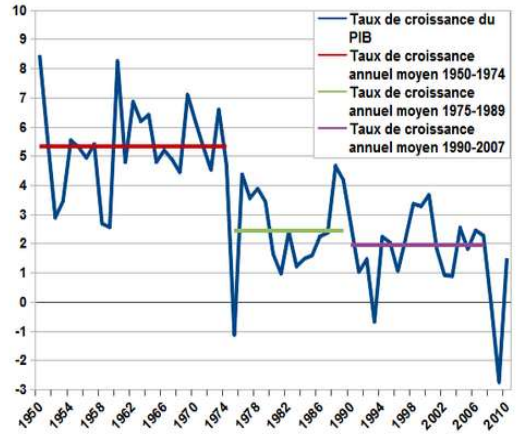
Dopo la tornata di scioperi del “48 -”49 legati in prevalenza ai licenziamenti di massa (Il numero dei disoccupati passa da 1.654.880 nel 1946 a 2.025.140 nel 1947 e a 2.142.474 nel 1948) della fase di ristrutturazione post-bellica, riparte l'espansione economica.

Come al decollo industriale del secolo scorso aveva corrisposto un vero e proprio “genocidio pacifico”, cosi durante la seconda rivoluzione industriale, alla crescita degli indicatori economici si accompagno un aggravamento delle condizioni delle classi lavoratrici, che pagarono, anche con la vita, questo sviluppo produttivo.

Negli anni del (“boom” economico (1952-1963), gli infortuni sul lavoro registrarono un aumento costante, in termini assoluti e percentuali, direttamente proporzionale all'andamento del ciclo produttivo, smentendo cosi la tesi, cara agli imprenditori, che attribuiva la causa principale degli infortuni all'inesperienza e alla disattenzione del lavoratore .

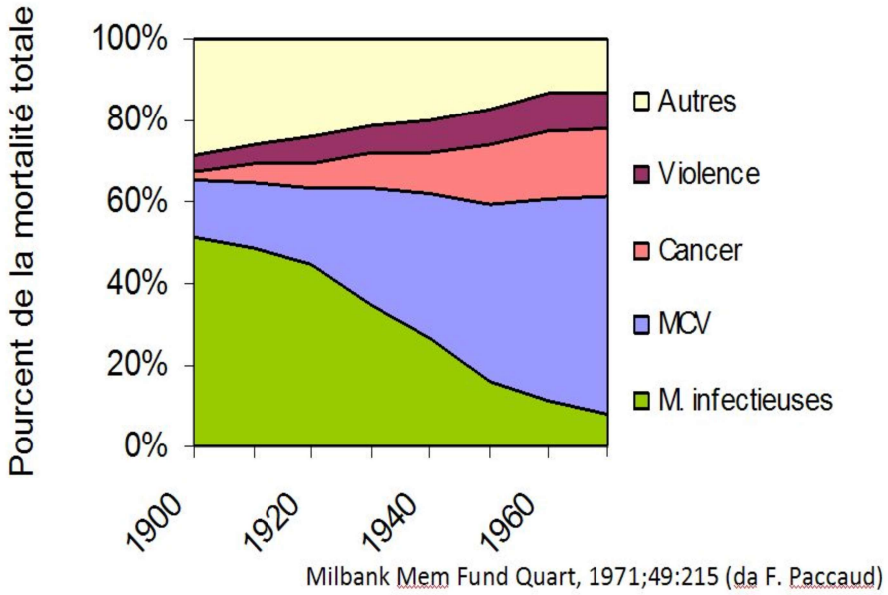
Da una media di 171,47 /mille operai/anno nel quinquennio 1951-1955 si giunse a 193,17 per mille nel successivo quinquennio 1956-1960, e a 209,47 casi su mille occupati nel 1963, anno di massimo sviluppo della produzione industriale, in cui si registrò la maggior incidenza di infortuni, in tutti i comparti produttivi e in particolare nella metallurgia, che con il 231,63 per mille raggiunse un insuperato massimo storico. I casi mortali, cui l'edilizia da sola contribuiva per il 40%, passarono da una media dello 0,53 per mille per il quinquennio 1951-1955 allo 0,44 del quinquennio successivo, con una leggera ripresa nel 1961-1965 (0,46 per mille).





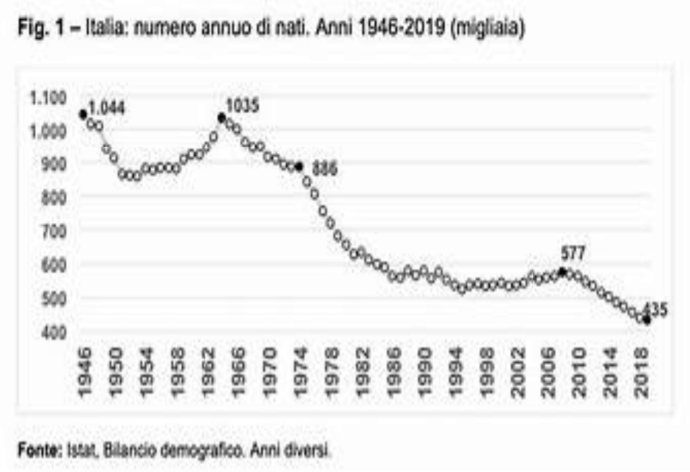
Non significative le statistiche INAIL sulle malattie professionali; per l'esordio differito, in un numero rilevante di casi le tecnopatie vengono erroneamente considerate “malattie comuni” (non riconosciute o non denunciate affatto). L'allora direttore dell'Istituto di medicina legale dell'Universita di Padova, Rinaldo Pellegrini, ebbe a definirle le “ecatombi sussurrate, silenziose”, perche' “mimetizzate come processi morbosi da comuni fattori eziologici”

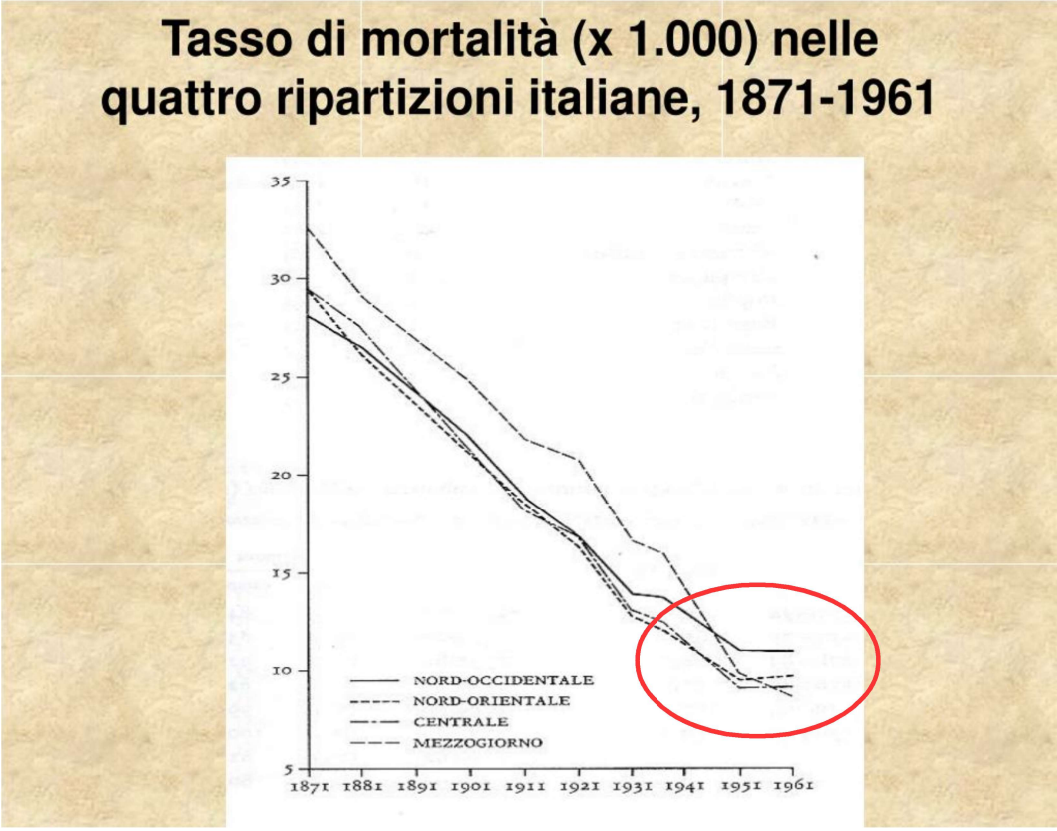
Figura 1. La transizione epidemiologica nei paesi industrializzati (1900-1970)



Milbank Mem Fund Quart, 1971;49:215 (da F. Paccaud)

In generale si comincia ad assistere al fenomeno della mutazione delle patologie ed a fronte di un crollo delle malattie infettive, si ha un incremento delle patologie cronico-degenerative





TAV. A -RIEPILOGO GENERALE ITALIA
INDUSTRIA E SERVIZI + AGRICOLTURA
Infortuni avvenuti in ciascun anno e denunciati all'INAIL

Claudio Stanzani Convegno CIV INAIL - *Milano, 11 luglio 2017*

Anno	DENUNCE	
	n. casi	di cui mortali
1951	728.788	3.511
1952	853.134	3.871
1953	937.698	3.763
1954	1.036.124	3.840
1955	1.104.455	3.950
1956	1.150.354	3.900
1957	1.196.360	3.948
1958	1.205.342	3.980
1959	1.269.509	3.883
1960	1.366.672	3.978
1961	1.486.070	4.418
1962	1.484.361	4.349
1963	1.577.352	4.644
1964	1.504.721	4.254
1965	1.321.166	3.823
1966	1.382.294	3.744
1967	1.496.492	3.935
1968	1.519.164	3.829
1969	1.565.788	3.863

Gli anni del boom economico in Italia

Gli anni della crisi economica

Il picco!

Lotte sindacali CCNL Chimici

La salute non si vende! PREVENZIONE!!!!

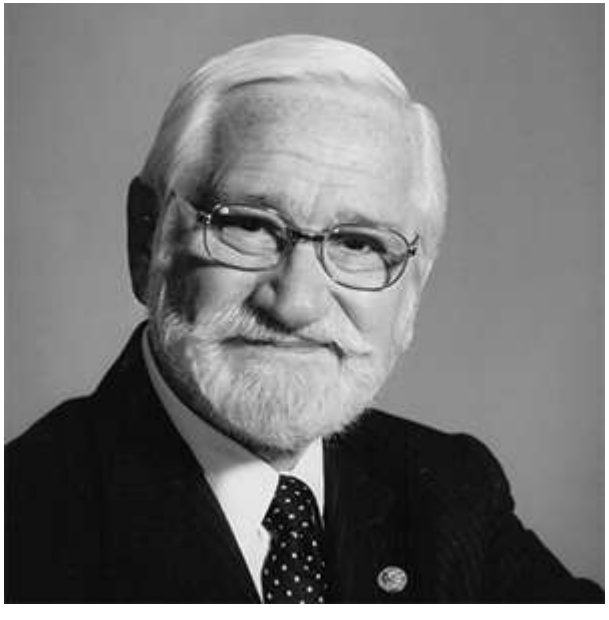
In un passaggio del famoso sketch di Dario Fo del 1962 sulle morti nei cantieri; l'ingegnere di un'impresa edile si rivolgeva al suo impiegato, con queste parole: "**Ehi, fai avvertire gli operai che il primo che casca gli spacco il muso…**"

picco nel 1963 con oltre 1.600.000 infortuni di cui oltre 4.500 mortali.

Le recrudescenze epidemiche di poliomielite del “53, del “58 e dei primi anni sessanta, portarono all'ordine del giorno la questione della vaccinazione, iniziata con il vaccino Salk (con virus ucciso) in uso dalla metà degli anni “50 e prodotto in Italia dalla Sclavo. Nel 1958 P.B.Sabin produce un nuovo vaccino (con un virus vivo atteniato) che si dimostra più efficace.

Jonas Salk

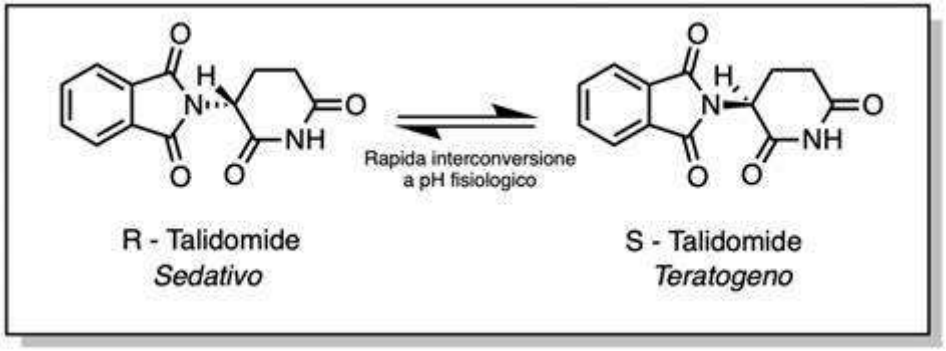
Le autorità sanitarie italiane lo introdurranno il Sabin nella vaccinazione obbligatoria in sostituzione del Salk solo nel 1966, per consentire lo smaltimento delle scorte nel frattempo prodotte dalla Sclavo.

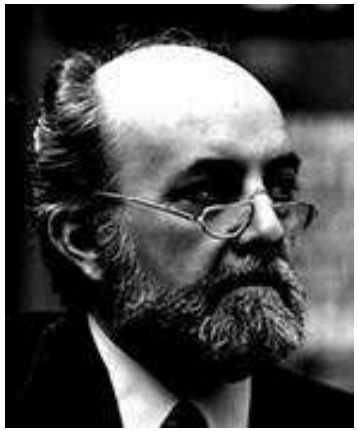


Albert Sabin

A questo ritardo sono stati attribuiti, circa 1000 decessi e più di 8000 paralisi

Il caso talidomide (farmaco usato come antinausea in gravidanza, pubblicizzato dalla Chemie Grünenthal), commercializzato a partire dal 1957, si dimostrò essere causa di gravi malformazioni fetali (oltre 10.000 bambini con focomelia) e l'azienda provvide a ritirarlo sul mercato europeo nel novembre del 1961, ma il nostro ministero ne proibì la vendita solo nell'estate del 1962, senza peraltro dare nessuna comunicazione sugli effetti





Giulio A, Maccacaro

“Sto forse suggerendo che l'intreccio fra industria farmaceutica, anninistrazione sanitaria e professione medica è, nel nostro paese, tanto fitto da eludere ogni tentativo di guardarlo in trasparenza? Forse è così, ma al di là di questo spessore vedo e ne sono colpito, queste date: il talidomide fu ritirato dalla vendita al pubblico dalla Germania Occidentale, dalla Svezia e dalla Gran Bretagna fra l'ultima decade di novembre e la prima di dicembre del 1961. Mail nostro Ministrodella Sanità che ne era informato, non sozspese, nemmeno cautelativamente, la vendita delle specialità medicinali italiane contenenti il maledetto farmaco fino all'estate del 1962”

Il dibattito costituzionale sulla questione della sanità si accompagnava a quello sulla previdenza e la definizione del contretto sociale fu alla fine sintetizzata nell'articolo 38 "*Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria. Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale. Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato. L'assistenza privata è libera*"

Le otto formazioni partitiche presenti nell'Assemblea costituente (Democrazia Cristiana, Partito socialista Italiano di Unità proletaria, Partito Comunista Italiano, Partito Liberale Italiano, Fronte dell'uomo qualunque, Partito Repubblicano Italiano, Blocco Nazionale delle libertà, Partito Democratico del lavoro) che trovarono un compromesso riguardo il contratto sociale, che fu approvato con 458 voti favorevoli su 520 votanti ovvero l'88% degli elettori attivi.

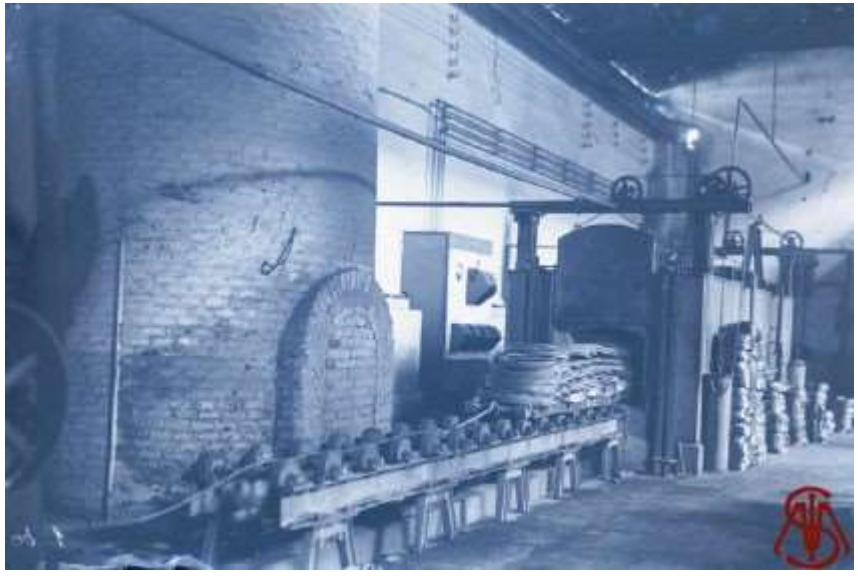
DEL
CONTRATTO SOCIALE,
OSSIA PRINCIPJ
DEL DIRITTO POLITICO
DI
G. G. ROUSSEAU
CITTADINO DI GINEVRA.

Alla metà degli anni “50 , dal punto di vista organizzativo il sindacato va alle elezioni delle commissioni interne di fabbrica, tuttavia la CGIL non raggiunge successi significativi, anche per la presenza sia del neonato sindacato cattolico (CISL, 30 aprile 1950, sulla spinta della rerum novarum di Leone XIII), che di sindacati gialli in particolare la CISNAL erede delle corporazioni pre-belliche.

Le condizioni di vita per i migranti interni sono ancora al di sotto della soglia di povertà assoluta e nascono le periferie raccontate nella stagione neo-realista del cinema italiano.

Già dal 1953 la CGIL alle elezioni delle commissioni interne aveva individuato nel legame tutela della salute e rispetto dei diritti civili in fabbrica il punto fondamentale delle rivendicazioni

un volantino diffuso alla SMI di Fornaci ad es. recitava “ Migliorare gli impianti industriali, curare l'igiene, l'areazione, l'illuminazione ed il riscaldamento dei locali... prevenire attraverso i dovuti provvedimenti previsti dalla legge le malattie professionali che nella fabbrica vengono contratte in modo particolare da coloro che lavorano sostanze nocive alla salute. Togliere immediatamente le medaglie. Per i provvedimenti disciplinari prima di applicarli consentire al lavoratore di discutere insieme alla C.I. ed alla Direzione la giustezza o meno del provvedimento. Consentire la circolazione della stampa sindacale e la discussione dei problemi dei lavoratori nei locali dello stabilimento, ad esempio il refettorio... Risolvere questi problemi significa dare un più giusto salario, eliminare il supersfruttamento e le dieci ore giornaliere, assumere almeno 400 nuovi lavoratori, finirla per sempre con la paura dei licenziamenti”



Nel 1954 il paese intero viene diviso in 14 zone nelle quali si applicano salari diversi a seconda del costo della vita (gabbie slariali istituite con l'accordo firmato il 6 dicembre 1945 tra industriali e organizzazioni dei lavoratori, entrate in vigore nel 1946). Tra la zona in cui il salario era maggiore e quella in cui il salario era minore la distanza poteva essere anche del 29%.

Nel gennaio 1955 Camera e Senato istituiscono la *Commissione Parlamentare d'inchiesta sulle condizioni dei lavoratori in Italia,* nella sua relazione nel 1959 riscontrava trasversalmente, pur nelle differenze fra vari settori e impianti, situazioni di discriminazione, durezza della disciplina interna, pratica del licenziamento arbitrario, per generare nelle maestranze una vera e propria “psicosi del licenziamento”. Verificò inoltre l'applicazione delle norme igieniche e contro gli infortuni e le malattie professionali, riscontrando l'intenso sfruttamento che si aveva nelle fabbriche.

La FIOM nel XII congresso (Genova,1956) denunciava la *“ violazione sistematica, permanente ed oltranzistica che le direzioni aziendali compiono contro i limiti legali e i controlli che vengono posti alla loro volontà di supersfruttamento e di intensificazione dei ritmi di lavoro”*
Vengono compilati fa il 1954 e il 1955 i *Libri Bianchi* delle grandi fabbriche italiane ad opera del sindacato, che lega definitivamente la questione dei diritti dei lavoratori nella fabbrica alla tutela della salute

Nonostante le denunce costantemente avanzate dalla Cgil sin dal 1952, e che pure avevano avuto grande parte nel far approvare dal parlamento nel 1955 nuove norme per la prevenzione degli infortuni, poco o nulla era mutato nella condizione reale dei lavoratori. La nuova legge era rimasta inapplicata: i corpi ispettivi dello Stato, quando non si dimostravano conniventi con le imprese, erano del tutto insufficienti al fabbisogno.

Fu proprio la perdita di consenso, resa evidente dalla sconfitta della Fiom alle elezioni di commissione interna Fiat nel 1955, che indusse la Cgil ad avviare una radicale revisione delle strategie contrattuali e delle strutture organizzative e la modifica del giudizio sulle tecnologie
Il taylorismo, anche sulla scorta della lettura fattane da Lenin, era percepito come un processo di razionalizzazione “obiettivo”, un passo doloroso ma necessario,m l'aumento degli infortuni, mandava presto tali aspettative.
Per la tutela della salute dei lavoratori, la fiducia nel futuro risultava una prospettiva altrettanto impraticabile della intransigente difesa dell'esistente

Sono anche gli anni del “paternalismo padronale”, le grandi industrie nazionali in espansione adottano politiche di “supporto” alla produzione, con un consistente welfare aziendale, parallelo alla previdenza e assistenza istituzionale degli enti mutualistici, che si caratterizza per la erogazione di servizi ai dipendenti ed alle loro famiglie, fidelizzate alle esigenze della produzione. In alcuni casi questo “welfare” raggiungerà gradi elevati di pervasività tale da deformare l'intera struttura sociale soprattutto nelle realtà dove la “fabbrica” rappresenta l'unica risorsa economica del territorio. Ne sono esempi significativi la FIAT di Valletta, l'Olivetti, la Lanerossi, Buitoni, la SMI degli Orlando, ecc.

Frontespizio dell'opuscolo FIOM CGIL[62]

a titolo di esempio: a Fornaci di Barga in Toscana, sede della SMI, si erano strutturati, in paese, due bar diversi per gli operai e gli impiegati, il campo spostivo aziendale era aperto all'accesso dei figli degli impiegati, ma non di quelli degli operai, le case fatte costruire dall'azienda per i contadini inurbati dalla Garfagnana, erano grandi edifici lungo la strada, a distanza dalla fabbrica, mentre le costruzioni per impiegati e dirigenti di villette a schiera con giardino nelle prossimità dell'edificio produttivo; l'azienda organizzava il tempo libero con la banda musicale ed iniziative culturali, aveva aperto una scuola professionale per la preparazione di tecnici da impiegare poi nell'azienda,uno spaccio aziendale a prezzi moderati, ed un ambulatorio medico, di cui fruivano sia gli operai che le loro famiglie, **nella struttura sociale si riproduceva integralmente la gerarchia di fabbrica**

Ma le condizioni di lavoro restano pessime, il cottimo era generalizzato e i salari al limite della sussistenza, in armonia con la “sbornia liberista” di quegli anni .

Nel 1958, durante il secondo Governo Fanfani, venne istituito il Ministero della sanità, che fu fino al ‘63 in mano alla Democrazia Cristiana, la quale, fin dalla sua nascita, spingeva per rimanere nel mutualismo e nel mantenere essenziali gli strumenti di assistenza del mondo cattolico. La legge istitutiva venne approvata il 13 marzo 1958, e al Ministero “dei salvo” (così definito, per i numerosi “.... salvo che per ...” delle competenze dalle quali era escluso) furono affidate competenze in materia di igiene e profilassi delle malattie infettive e diffusive; ma il finanziamento delle relative attività, inclusi i ricoveri ospedalieri e le vaccinazioni, restarono a carico dei Comuni.

Significativo il primo bilancio, che ammontava ad appena 43 miliardi ed 882 milioni di lire; di oltre dieci volte inferiore al bilancio della sola INAM.

Il Ministero della Sanità fu la prima vera struttura istituzionale in materia di sanità pubblica.

Tale ministero era articolato in sette direzioni generali (per gli affari amministrativi e il personale, per i servizi di igiene pubblica, di medicina sociale, veterinari, per igiene degli alimenti e la nutrizione, gli ospedali ed il servizio farmaceutico) inoltre, gli uffici sanitari speciali o di frontiera fino agli anni ’50” . Ma il Ministero fu formato da funzionari e impiegati provenienti dal Ministero degli interni, con la cultura “questurina” che gli era propria.

Rimarrà però un fantasma

Le funzioni e gli istituti assistenziali erano ripartiti tra 13 organismi ministeriali o per compiti di gestione e di vigilanza o per compiti di finanziamento e di controllo, che l'apparato mutualistico per l'assistenza previdenziale e sanitaria si era esteso con un intreccio fittissimo di istituti nazionali ed anche locali. Gli enti INAM INPS INAIL rimanevano sotto il controllo dei rispettivi ministeri. si uniranno l'ENPDEP per i dipendenti degli enti di diritto pubblico, l'ENPALS per i lavoratori dello spettacolo e l'ENPAS per i dipendenti statali. Inoltre nascono enti che tutelano i pensionati dello Stato (1953), i coltivatori diretti (1954), gli artigiani (1956) e i commercianti (1960) e vengono istituiti enti minori quali: la Cassa nazionale di previdenza e assistenza per gli impiegati agricoli e forestali, e l'Istituto di previdenza e mutualità tra i magistrati.

Ad ogni ente è affidata la gestione del percorso di diagnosi e cura, mentre la prevenzione delle malattie resta una dimensione ignorata.

Ogni ente avrà inoltre una presidenza politica che sarà utilizzata come merce di scambio nell'ambito dei partiti di maggioranza.

Un'organizzazione del genere è in contraddizione con i principi espressi dalla Costituzione: l'assistenza al malato non è uguale per tutti, ma dipende strettamente dalla categoria lavorativa di appartenenza.

Nello steso anno (1958) la Cgil approvò un documento nel quale, per la prima volta, si chiedeva l'istituzione di un Servizio sanitario nazionale, a fronte della mancanza in Italia di «una politica sociale efficace e, in particolare, di una moderna politica sanitaria. Dinanzi 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, la predisposizione di un nuovo ordinamento diventava centrale per l'iniziativa sindacale.

L'11 aprile 1959 Sciopero dei metalllurgici, organizzato unitariamente da FIM, FIOM e UILM a sostegno della vertenza della Pracchi ,che minacciava 250 licenziamenti vide un'adesione del 95% Al picco di produzione del "boom", i lavoratori sono praticamente alla miseria, sotto scacco per le minacce di licenziamenti di massa, ma politicamente presentano un nucleo forte, inserito significativamente nelle avanguardie che escono dalla resistenza, che era stato determinante nella fase costituente.
La tensione sociale nel paese è alta il governo Tambroni adotta una linea intransigente contro le lotte operaie, reprimento con la polizia le manifestazioni.

Il vescovo coadiutore di Firenze, mons. Florit, ha fatto ieri opera di pacificazione degli animi, scendendo fra i gruppi di dimostranti in Piazza del Duomo (Telefoto)

Il 7 gennaio 1959, dopo l'annuncio da parte dell'azienda di 980 licenziamenti per ristrutturazione, la commissione interna, indice lo sciopero e l'occupazione della direzione aziendale, la polizia circonda la fabbrica e scheda gli occupanti, nel pomeriggio parte una grande manifestazione cittadina in piazza del duomo con scontri violenti con la polizia. Mons. Florit ed il Sindaco La Pira si schierano con i lavoratori, terrà banco la vicenda di don Bruno Borghi (prete operaio) che scrive una lettera di sostegno alla lotta, per la quale verrrà processato.

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 piú 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»

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

Effettivo controllo democratico sugli organi gestori, reale qualificazione della responsabilità dei medici esercenti la professione

Infine,prevenzione, cura e recupero dovevano costituire gli assi di un intervento sanitario coordinato, interdipendente, unitario.

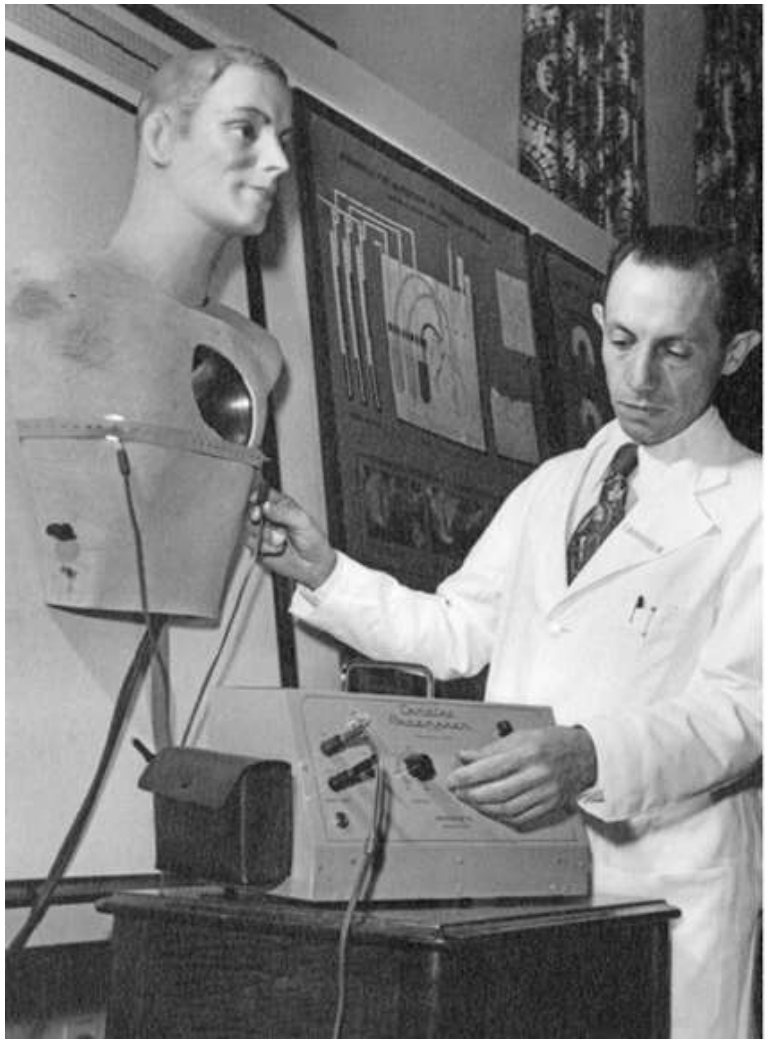
La tensione nel paese cresce, ancora; le iniziative di lotta, con gli scioperi e le manifestazioni dei primi anni “60 vengono duramente represse. La la polizia del governo Tambroni viene autorizza ad aprire il fuoco in "situazioni di emergenza" e alla fine della primavera-estate del 1960, dopo giornate drammatiche, si contarono undici morti e centinaia di feriti.

I**fatti di Genova del 30 giugno 1960** furono una serie di scontri seguiti al corteo indetto dalla Camera del Lavoro e appoggiato dall'opposizione di sinistra il 30 giugno 1960 per protestare contro la convocazione a Genova del sesto congresso del Movimento Sociale Italiano

Il corpo di Lauro Farioli, una delle cinque vittime della strage di Reggio Emilia 7 luglio 1960

Le cariche a Porta San Paolo; 6 luglio 1960

In questo contesto gli enti ospedalieri godevano di una sostanziale autonomia, ma la distruzione del patrimonio pregresso e la insolvenza degli enti pagatori, avevano ridotto significativamente le risosrse disponibili, portando ad ad un mancato adeguamento tecnico-scientifico, con una forbice che si allargava fra i vari enti in rapporto a aree di collocazione e possibilità di finanziamenti autonomi; la rete ospedaliera comprendeva 2444 enti con più di 400.000 posti letto ed un movimento di oltre 4 milioni di degenti per anno.



Dopo la legge Petragnani del 1938, non si avranno altri provvedimenti fino alla legge Mariotti del 1968 , I tentativi di mettere mano al problema si scontreranno per tutti gli anni “60 con la difesa strenua del principio di autonomia, che non consentì l'istituzione di un fianziamento statale e la crisi di liquidità delle mutue e dei comuni ricorrente per tutti gli anni “60 veniva regolarmente ripianata con provvedimenti governativi ad hoc via via assunti nei bilanci.

La spesa mtualistica passò così dai 900 mld del 1964 ai 4.500 mld nel 1974, cui contribuì un'elevata inflazione, ma anche un aumento del ricorso alle prestazioni sanitarie

Gli anni ’60 segnarono un forte incremento nella frequenza di ricovero ospedaliero in tutte le Regioni italiane.
Le statistiche INAM registrarono un aumento dal 5,6% degli assicurati nel 1955 al 12% nel 1965.
Il cambiamento rispetto a quella che era stata giudicata “una ripulsa secolare” al ricovero (all'ospedale si andava per morire) fu prontamente registrato dal Ministro della sanità Giardina nel 1959 durante il primo dibattito alla Camera sulla “questione ospedaliera”: “*I cittadini hanno ormai quasi del tutto superato quello stato d’animo (...) di paura o di diffidenza verso gli ospedali. Oggi la situazione è quasi capovolta: tutti preferiscono ricorrere all’ospedale anche per lievi infermità*”.

In realtà il ricorso all'ospedale è figlio anche delle difficoltà di accesso all'assistenza la mutua infatti per ogni procedura di malattia istituisce la pratica su denuncia dell'assicurato sia per la parte previdenziale che assistenziale, in armonia con la funzione di ente assicuratore