

La fine della seconda guerra mondiale, vede un padronato che pur compromesso con il regime, si affretta a guadagnare la fiducia degli alleati, proponendosi come terminale di investimenti proficui. Si avvia un processo esteso di ricostruzione che necessariamente si accompagna a una ristrutturazione produttiva che tiene conto del mercato e degli interessi dei vincitori.

A livello internazionale, entra in vigore lo statuto dell'ONU (24 ottobre 1945). Il 7 aprile del '48 viene istituita l'Organizzazione mondiale della Sanità (WTO/OMS) con la sottoscrizione dello statuto da parte dei primi 26 paesi dei 61 che avevano aderito alla Conferenza. [Venne proposta da Brasile e Cina nell'aprile del 1945, nel febbraio 46 l' Economic and Social Council of the UN da mandato al Segretario Generale di convocare la Commissione, il 18 marzo si insedia il comitato tecnico incaricato di redigere lo statuto che viene presentato 5 aprile '46; viene convocata la conferenza costitutiva il 19 giugno la discussione si conclude il 22 luglio, quando lo statuto viene approvato e sottoscritto da 51 paesi membri dell'ONU e 10 stati non aderenti]

La prima convocazione del WTO/OMS si avrà a Genova nel giugno del '48 alla presenza di 53 dei 55 stati membri la commissione ad interim cesserà l'incarico il 31 agosto 1948

Se nel 1949 erano stati importati dagli Stati Uniti 957 miliardi di unità di penicillina e 3967 kg di streptomina, 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 streptomina una restrizione nel suo utilizzo alle sole patologie gravissime regimata da un complicato sistema burocratico articolato fra medici provinciali, comitati prefettizi, che investivano il Ministero dell'interno, che informava l'Alto Commissariato della Sanità, che attraverso Endimena distribuiva 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 streptomina (brevetto statunitense, direttamente commercializzato) 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 streptomina per il trattamento della tubercolosi, Il trial, progettato e condotto da Austin Bradford Hill (1897-1991)<sup>1</sup>, 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 medica nei riguardi del processo di randomizzazione che veniva liquidato come semplice "metodo statistico di prova dei trattamenti". La 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 statunitense era destinato a cambiare, non solo negli Stati Uniti, la modalità di valutazione e registrazione dei farmaci: 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 alla loro sicurezza (come previsto dalla precedente legislazione) Le resistenze a queste nuove norme furono superate sotto la spinta emotiva del caso talidomide. L'adozione delle nuove norme comportò un programma di rivalutazione di tutti i medicinali introdotti sul mercato negli Stati Uniti dal 1938 al 1961 (il programma DESI: Drug Efficacy Study Implementation). Il DESI rivalutò, in quasi vent'anni di attività, la documentazione relativa ad oltre 3000 prodotti medicinali, classificandone circa 1/3 come definitivamente inefficaci ]

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 era già iniziato negli anni precedenti il conflitto, ma si estende anche alla agricoltura produttiva, già fiaccata dalla guerra, che

riprende soprattutto 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.

Inurbamento delle masse contadine, sosterrà il settore edilizio, che sarà uno dei settori trainanti del boom.

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), dove ripartono le assunzioni. In Toscana, ad esempio, la componente operaia nel decennio 1951-1961 sale dal 34% al 44%.

Dopo la tornata di scioperi del "48 -"49 legati in prevalenza ai licenziamenti di massa 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", così durante la seconda rivoluzione industriale, alla crescita degli indicatori economici si accompagnano un aggravamento delle condizioni delle classi lavoratrici, che pagarono, anche con la vita, questo sviluppo produttivo

La situazione epidemiologica degli anni "50, si caratterizzò per una riduzione graduale della TBC anche per merito dell'introduzione della terpa a base di streptomina e isoniazide, ed una franca caduta della patologia infettiva, anche per merito della penicillina, la mortalità da infezioni e scese allo 0,42%, un quarto circa della media del ventennio precedente. L'uso estensivo del DDT aveva praticamente debellato la malaria, rimaneva tuttavia una mortalità infantile ancora elevata seppure in progressivo calo. Inizia invece gradualmente ad aumentare l'incidenza delle patologie di carattere cronico-degenerativo. La mortalità per cancro passa dallo 0,82% all' 1,27% e quella per malattie cardiovascolari dall' 1,98% al 2,54% ; il fenomeno è solo parzialmente giustificabile con la diminuzione della patologia infettiva, il dato evolverà, malgrado l'aumento dell'aspettativa di vita.

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 così 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 per 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. Proprio nel 1963, anno di massimo sviluppo della produzione industriale, 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.

Diminuì invece, seppure lentamente, la gravità degli incidenti, da una media annua di 8,31 casi su mille nel quinquennio 1951-1955 (con un picco di 8,83 per mille nel 1955) al 7,88 del 1956-1960 (il punto di svolta pare rappresentato dal 1958, anno in cui si passò al 7,60 per mille dall'8,13 dell'anno precedente) e diminuirono ulteriormente nel periodo 1961-1965 (7,25 per mille). 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). La scarsa significatività delle statistiche INAIL sulle malattie professionali di quegli anni, va ricercata nell'esordio differito rispetto al periodo lavorativo, inoltre 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'Università di Padova, Rinaldo Pellegrini, ebbe a definirle le “ecatombi sussurrete, silenziose”, perché “mimetizzate come processi morbosi da comuni fattori eziologici”.

Le recrudescenze epidemiche di poliomielite del “53, del “58 e dei primi anni sessanta, portarono all'ordine del giorno la questione della vaccinazione che venne iniziata con il vaccino Salk (con virus ucciso) in uso dalla metà degli anni “50 e prodotto in Italia dalla Sclavo, nelle more della produzione e dell'istituzione di obbligatorietà, nel 1958 P.B.Sabin produce un nuovo vaccino (con un virus vivo attenuato) che si dimostra più efficace, tuttavia le autorità sanitarie italiane lo introdurranno nella vaccinazione obbligatoria in sostituzione del Salk solo nel 1966, per consentire lo smaltimento delle scorte nel frattempo prodotte dalla Sclavo. A questo ritardo sono ascrivibili, circa 1000 decessi e più di 8000 paralisi. Questo caso fa il paio con il caso talidomide (farmaco usato come anti-nausea 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. Come ebbe a Scrivere G. Maccacaro “*Sto forse suggerendo che l'intreccio fra industria farmaceutica, amministrazione 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 Ministro della Sanità, che ne era informato, non sospese, 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 contratto 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**”.*

Questa formulazione rappresentò la sintesi di un aspro confronto fra 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*, e riuscirono ad approvare la versione finale del testo con 458 voti favorevoli su 520 votanti ovvero l'88% degli elettori attivi. Seppure l'impostazione globale e universalistica non trovasse pieno riconoscimento, tuttavia risultò dominante nello spirito dell'articolo anche a fronte delle obiezioni pratiche sull'impossibilità di disporre delle risorse necessarie, per una maggiore copertura. La discussione sulla platea degli assistiti conservò il criterio del cittadino *inabile* che il senatore Medi (DC) chiedeva di abolire in favore di una estensione a tutti i cittadini, la mozione di soppressione del concetto di *mantenimento* proposta dai repubblicani Mazzei e La Malfa, fu respinta e venne mantenuta aperta la possibilità della previdenza e assistenza integrativa, adottando la sintesi di Terranova sul principio dei tre pilastri (assistenza caritatevole, da iniziativa privata e dallo stato)

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'aerazione, 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. E 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 salariali 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 fra 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 verso l'automazione integrale, la quale sottraendo al lavoratore i compiti esecutivi avrebbe consentito, in tempi relativamente brevi, una nuova umanizzazione del lavoro. L'aumento degli infortuni, però, mandava presto deluse tali aspettative.

Per la tutela della salute dei lavoratori, la fiducia nel futuro risultava una prospettiva altrettanto impraticabile quanto quella della intransigente difesa dell'esistente.

Sono gli anni del “paternalismo padronale”, le grandi industrie nazionali in espansione adottano politiche di “supporto” alla produzione, introducendo un consistente welfare aziendale, parallelo alla previdenza e assistenza istituzionale degli enti mutualistici e 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. [a titolo di esempio di Fornaci di Barga in Toscana, sede della SMI si erano strutturati, in paese, due bar diversi per gli operai e gli impiegati; il campo sportivo aziendale era aperto all'accesso dei figli degli impiegati,

ma non di quelli degli operai; le case fatte costruire dall'azienda a beneficio dei contadini inurbati dalla Garfagnana, erano organizzate in grandi edifici lungo la strada, a distanza dalla fabbrica, mentre le costruzioni per impiegati e dirigenti constavano 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 inoltre aperto una scuola professionale per la preparazione di tecnici da impiegare poi nell'azienda, oltre che 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" degli anni "50.

La legge istitutiva del ministero della Sanità venne infine 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 diffuse; 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.

Bisogna considerare che 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.

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.

Tuttavia gli enti previdenziali INAM INPS INAIL rimanevano sotto il controllo dei rispettivi ministeri (Lavoro, Finanze, Interni) si univano 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.

Secondo la Legge 13 marzo 1958, n. 296,

articolo 1: «È istituito il Ministero della sanità con il compito di provvedere alla tutela della salute pubblica. Per il conseguimento della finalità predetta spettano al Ministero della sanità le seguenti attribuzioni:

1) provvedere ai servizi sanitari attribuiti dalle leggi alle Amministrazioni civili dello Stato, ferme restando le attribuzioni delle Amministrazioni con ordinamento autonomo e quelle esercitate dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale a mezzo dell'Ispettorato del lavoro;

2) sovrintendere ai servizi sanitari svolti dalle Amministrazioni autonome dello Stato e dagli Enti pubblici, provvedendo anche al coordinamento, eventualmente necessario, per adeguare l'organizzazione e l'efficienza dei servizi stessi alle esigenze della salute pubblica;

3) emanare, per la tutela della salute pubblica, istruzioni obbligatorie per tutte le Amministrazioni pubbliche che provvedono a servizi sanitari;

4) provvedere alla vigilanza tecnica sulle organizzazioni, enti e istituti che svolgano attività sanitaria e non rientrino tra quelli previsti dalle disposizioni precedenti.

Qualora la legge non disponga diversamente, i provvedimenti in materia di sanità rientrano nella competenza del Ministero della sanità».

Nell'articolo 2 si specifica che: «Il Ministero della sanità, inoltre, di concerto con quello dei lavori pubblici, sentito il Consiglio superiore di sanità, approva i progetti per la costruzione di ospedali, istituti di cura in genere e altre opere igieniche da parte di pubbliche Amministrazioni; dichiara la pubblica utilità e, quando occorra, l'indifferibilità ed urgenza delle relative opere».

Il Ministero della Sanità assorbe quindi tutte le competenze dell'Alto commissariato e di tutte le altre amministrazioni relativamente alla sanità.

Non tarderanno a comparire, tuttavia, problemi di sovrapposizione di compiti con gli altri Ministeri sotto cui rimangono Inps, Inail e Inam.

Sono organi periferici del Ministero della Sanità l'Ufficio del medico provinciale e l'Ufficio del veterinario provinciale, coordinati dal prefetto, insieme agli ufficiali sanitari dei Comuni e dei Consorzi comunali.

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 assetto diventava centrale per l'iniziativa sindacale.

L'11 aprile 1959 Sciopero dei metallurgici, 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.

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 Sanità [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)].

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 e reale qualificazione della responsabilità dei medici esercenti la professione». Infine, contro le tradizionali divisioni istituzionali, la prevenzione, la cura ed il recupero (riabilitazione) dovevano costituire gli assi di un intervento sanitario coordinato, interdipendente, unitario.

Di lì a poco si susseguirono numerose iniziative sui temi della salute negli 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 frattempo la tensione nel paese cresce, ancora; le iniziative di lotta, con gli scioperi e le manifestazioni dei primi anni '60 vengono duramente repressi. La polizia del governo Tambroni viene autorizzata 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.

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 risorse disponibili, portando 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 Petragliani del 1938, che classificava gli ospedali in base al numero medio di degenze giornaliere il primo tentativo di riordino organico viene nel 1968 con la legge Mariotti che riclassifica gerarchicamente gli ospedali sulla base di un bacino di utenza programmato da cui discendono le dotazioni medico-scientifiche attribuite per ogni livello. Tuttavia la difesa del principio di autonomia, non consentì l'istituzione di un finanziamento statale e la crisi di liquidità delle mutue e dei comuni ricorre per tutti gli anni '60 veniva regolarmente ripianata con provvedimenti governativi ad hoc via via assunti nei bilanci. La spesa mutualistica passò 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