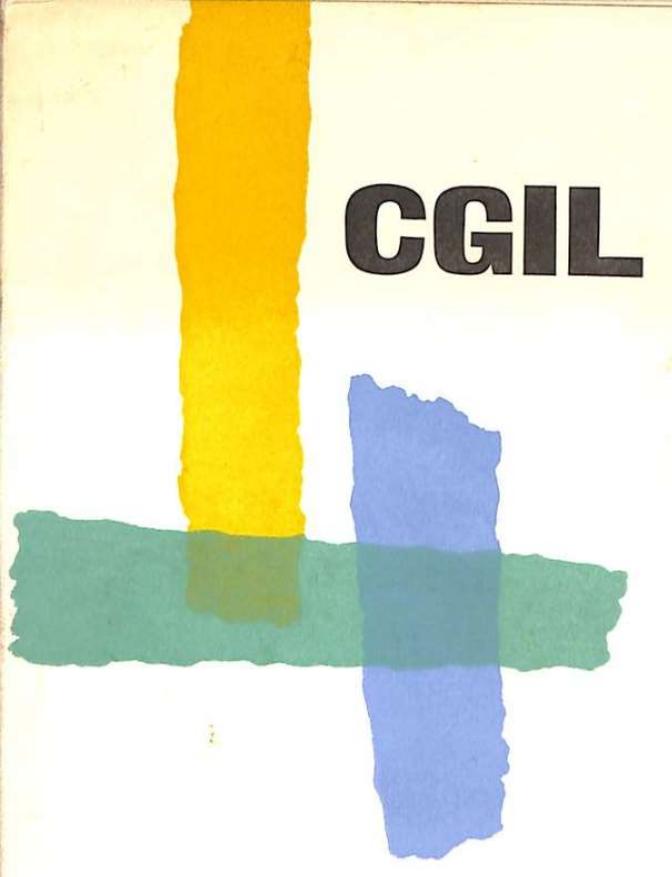


Dalla storia dei documenti d'archivio  
alla costruzione collettiva di storie  
contemporanee attraverso competenze  
digitali ed uso delle tecnologie  
informatiche

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



# CGIL

atti del convegno nazionale sulla  
sicurezza sociale - roma ridotto  
dell'eliseo 10 - 11 - 12 giugno 1959

EDITRICE LAVORO

**sicurezza sociale**

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.



Un periodo di forte scontro sociale chiude gli anni 50; con la caduta del governo Tambroni si avvia una nuova fase nelle relazioni capitale-lavoro, di lì a poco si susseguiranno 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».

Già nel 1960 si era avvicinato alla Camera del lavoro di Torino un gruppo di tecnici (medici, psicologi, sociologi, ingegneri, ecc. non riducibile quindi ai soli operatori sanitari) che, con dirigenti attivisti e sindacali, misero a confronto le diverse conoscenze degli ambienti di fabbrica



La “contrattazione di tutti gli elementi del rapporto di lavoro” divenne lo slogan con cui la Cgil sintetizzò la nuova linea di articolazione rivendicativa, adottata al congresso del 1960.

Il concetto sarà ancora la “*monetizzazione*”, ma (Oddone e Chiattella), non derivava da un generico attaccamento a quote maggiori di salario, ma piuttosto dal fatto che un maggior salario era l'unico dato concreto, tangibile e facilmente quantificabile, nell'ambito dei valori sociali “pregiati”, valore concreto che può essere sostituito dal valore salute nella misura in cui diventa più credibile un tipo di lavoro diverso.



Nei reparti fonderia e sbavatura Fiat-Grandi Motori e Fonderie Fiat-Mirafiori, i membri di commissione interna cominciarono ad affrontare il problema del rischio di silicosi, o - come disse un operaio - a "balbettare" sulla necessita di contrattare l'ambiente di lavoro -, alla Camera del lavoro di Torino venne istituita una commissione medica di medici, assistenti sociali, studenti, vi facevano parte I.Oddone, professore di psicologia all'Universtà di Torino i medici E.Arian e V.Grassini; il segretario della Camera del Lavoro, S.Garavini; e dirigenti sindacali (metalmeccanici, chimici e tessili): E.Pugno, A.Pace, A.Surdo, F.Posso, G.Borgaro, C. Calcatella e R.Peirin Ramella.

Nel 1961 la prima, vera, inchiesta sulla nocività sul luogo di lavoro, fu condotta presso l'impianto chimico Farmitalia di Settimo Torinese coordinata da Ivar Oddone, apriva una lunga stagione di iniziative di questo genere che avrebbero portato a un rinnovato protagonismo e ad una inedita consapevolezza operaia sui temi della salute, sintetizzata negli anni successivi da slogan divenuti celebri come «*la salute non si vende*» e incarnata nei nuovi principi della «*non delega*» e della «*validazione consensuale*»



Cgil aprì una vertenza aziendale, a cui partecipò il 97% delle maestranze. Il contributo dei tecnici permise di sperimentare forme di lotta originali: fu possibile attuare scioperi di breve durata, di grande efficacia, nei momenti critici della lavorazione delle sostanze chimiche (sciopero a scacchiera).



## Conclusioni modeste a fronte di una vertenza partecipata

L'aver ricondotto la sintomatologia denunciata dai lavoratori alla letteratura scientifica oscurò il carattere sinergico dei fattori ambientali. La letteratura scientifica, all'epoca, non riconosce tutti quei disturbi aspecifici che incidono pesantemente nella vita degli uomini e delle donne che lavorano e che originano nella organizzazione del lavoro: *nevrosi, insonnie, gastriti, dolori reumatici, disturbi sessuali, sterilità, e tantomeno quella fatica fisica e mentale, che toglie anche la gioia di vivere.*

La parola d'ordine della “*non monetizzazione*” era apparsa astratta e poco praticabile in una situazione di bassi salari in assenza di una possibilità di contrattazione dell'organizzazione del lavoro.



Nel 1961, intanto, il numero di zone (gabbie salariali) fu dimezzato, si passò da 14 a 7, e la forbice tra i salari si ridusse dal 29% al 20%

Alle soglie degli anni sessanta, anche a fronte del forte incremento della ricchezza generale del paese e della macroscopica forbice sociale, fu disconosciuto il pregiudizio di insostenibilità economica verso un sistema di protezione sociale universalistico.

Il nuovo dirigente dell'INAM Savoini (già componente della commissione D'Aragona, e dirigente delle ACLI) nell'intervento al congresso delle ACLI del 1955 poneva una discriminante morale “.. *che la nuova Costituzione rispetta e dalla quale non può discostarsi senza cadere nel paradosso di un'assurda uguaglianza fra chi lavora e chi non vuol titolo di nobiltà dal lavoro*” posizione riflessa nella formulazione dell'articolo 38; respinta la mozione di Togliatti “*Tutti i cittadini hanno diritto all'assicurazione sociale contro gli infortuni, le malattie, l'invalidità, la disoccupazione involontaria, la vecchiaia*”

In sostanza la politica sociale ripristinava la distinzione fra soccorso al bisogno di persone senza specifici diritti, affidato alla carità privata e a quella legale dello stato ed il diritto a mantenere il proprio status sociale di lavoratore, in condizioni di avversità, maturato in ragione della contribuzione. Nel primo caso si trattava del riconoscimento di un bisogno meritevole di supporto, nel secondo caso di un diritto formale acquisito dal proprio status sociale.

I primi risultati positivi dell'estensione delle trattative all'organizzazione del lavoro si raccolsero nei rinnovi contrattuali del 1962-63. Nel 1964 la FIOM ottenne la vicepresidenza del MALF (Mutua Aziendale dei Lavoratori della Fiat) e l'accesso parziale agli dati relativi alla condizione sanitaria.

In quegli anni compare il fenomeno dell'"assenteismo" che aveva spinto le direzioni aziendali a chiedere e talora adottare sanzioni pecuniarie e misure punitive stigmatizzando il fenomeno come "pigrizia" in particolare delle nuove leve meridionali,

Concezione ampiamente smentita dagli studi internazionali sul fenomeno, registrato come comune a tutte le società industriali avanzate non attribuibile alla qualità delle maestranze.

Un'indagine specifica della FIOM evidenziò come le "assenze" essenzialmente correlassero alla distanza da percorrere dal domicilio al posto di lavoro piuttosto alla provenienza regionale, ma l'azienda negò l'accesso ai dati del centro meccanografico del MALF che avrebbe consentito di valutare le relazioni con la posizione lavorativa ed i carichi di lavoro

L'obiettivo della salvaguardia della salute nella strategia volta a migliorare le condizioni dei lavoratori non solo sul piano del reddito, ma nella sfera stessa della produzione, **riproponeva l'attualità dei temi del controllo e dell'autonomia operaia**; centrali del dibattito teorico che aveva appassionato la sinistra tra la fine degli anni Cinquanta e gli inizi degli anni Sessanta.



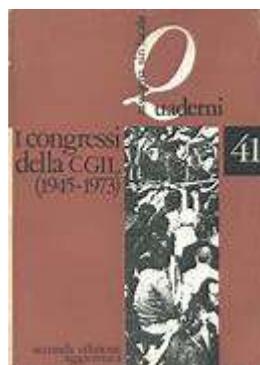
L'attenzione fu rivolta non solo alle trasformazioni tecniche, ma anche alle modificazioni nella composizione della forza lavoro ed in particolare al ridimensionamento del ruolo degli operai professionalizzati, a fronte dei cosiddetti “operai massa”, che rappresentavano ora la componente principale della classe ed erano caratterizzati dalla scarsa professionalità generale, ma alta competenza specifica sulla singola frazione del ciclo produttivo e sui suoi macchinari.



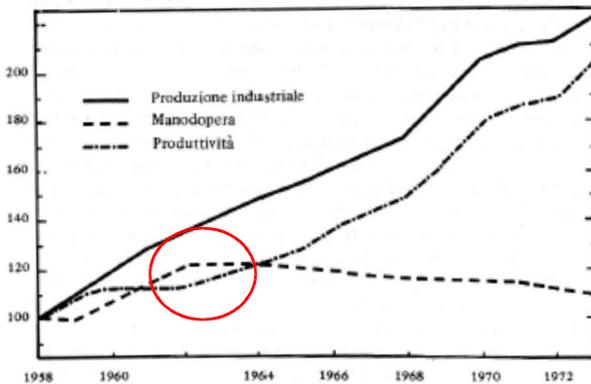
La portata innovativa della tornata contrattuale fu però limitata da una mancata sedimentazione in termini di teoria e pratica politica, come mostrarono le incertezze manifestate dal sindacato di fronte alla recessione del 1964-65.

Insufficiente fu la riflessione sul ruolo della democrazia: l'allargamento della partecipazione di base alle scelte del sindacato, fu considerato solo uno strumento più efficace di organizzazione del consenso e non una risorsa per il governo della crescente complessità del ciclo produttivo.

Seguirono numerosi interventi pubblicati, in varie testate riferibili alla Cgil, che superavano la scissione tra salute ambientale e organizzazione del lavoro, con l'intento 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): ***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 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.



L'aumento della concorrenza, in presenza di una giornata lavorativa sostanzialmente stabile, aveva spinto l'aumento dei ritmi di produzione attraverso l'accelerazione dei cicli; sia forzando la velocità delle macchine, che aumentando il numero delle macchine da controllare; **i livelli di temporizzazione in quegli anni avevano raggiunto il sedicesimo di secondo.**



Fonte: Credito Svizzero, *La Svizzera in cifre*, 1974.

La produttività crescerà, tuttavia, lentamente in tutta Europa in modo solo leggermente superiore alla crescita del numero di addetti. L'esempio svizzero è abbastanza indicativo della tendenza generale in Europa.

La situazione economica, quindi, evolveva verso la prima grande crisi recessiva del dopo boom, i conflitti di lavoro del biennio 1962-63, in un periodo di pieno impiego, e la conseguente crescita dei salari, la necessità di stabilizzare il mercato interno, avevano imposto l'esigenza di una più equa distribuzione della ricchezza generata dagli italiani.

Alla conseguente “perdita di competitività” dei prodotti nazionali, si associano inquietanti movimenti speculativi, con la fuga dei capitali all'estero da parte di un padronato che si sentiva “minacciato” dalla nazionalizzazione dell'industria elettrica e all'esordio del primo governo di centrosinistra (il cosiddetto centrosinistra organico) sotto la presidenza di Aldo Moro (il Piano Solo... “ il tintinnar di sciabole”..)

La recessione del 1964-65, compressa di nuovo il potere di acquisto per l'inflazione che passò dal 4,7 per cento del 1963, al 7,5, un anno dopo. Volgeva al termine il «boom economico» accompagnato al fenomeno delle grandi migrazioni interne ed al tumultuoso sviluppo demografico dei maggiori centri urbani nel triangolo Genova-Torino-Milano

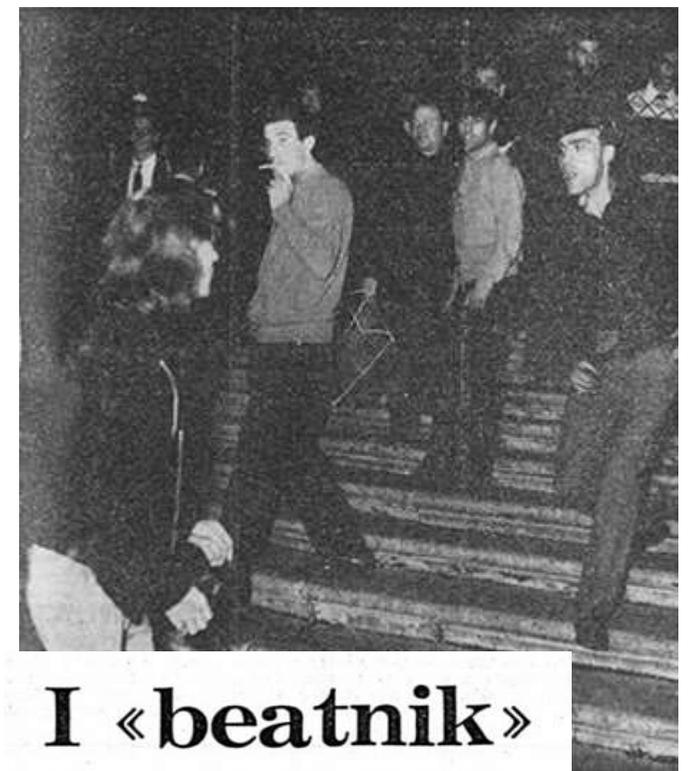


La crescita della domanda, concentrata nelle aree urbane, finì per generare ulteriori spinte al rincaro dei prodotti. La bilancia commerciale si chiudeva con un preoccupante disavanzo verso l'estero. Questo portò ad un arretramento delle condizioni di lavoro e di vita nel triennio "65-"68, che insieme all'esaurirsi dei risultati della tornata contrattuale del "62-"63, vide un progressivo intensificarsi del conflitto sociale sia sui posti di lavoro che nella società.





1965 approda in Italia in fenomeno Beatnik [neologismo dispregiativo], che viene alla ribalta con gli scontri di Piazza di Spagna a Roma



**LETTERE AL DIRETTORE**  
**Elsa Morante difende i «capelloni» invocando le ombre di Einstein e Dante**

Vengono fra noi i giovani dai lunghi capelli e dal vestiario dimesso - In mezzo a loro può esserci un Goethe; e il libero cittadino ha il diritto di pettinarsi a suo talento

Quest'anno Diotima, il ministro più ovato e la militante che in Italia, oltre di destra democratica, chiede un nome libero di pettinarsi vestirsi come meglio crede, salvo omaggio alla decenza.

Il costume non vede con simpatia il suo gruppo nella ruggine dei capelli lunghi e del vestire dimesso e serio. Con lavoro, si legge su ogni dei gruppi, si vuol giurare, si va mentre governatore che protettore. I fatti dell'epoca, lo Roma, si fermano tutti coloro che il ministero si affrettò senza concludere il lavoro, come se il ministero non fosse mai esistito, e si affrettò a tornare a casa. La signora, allora, si affrettò a presentarsi per quel lavoro, fra i quali, lo pettinare i suoi capelli.

Primo: la signora, oltre a essere un ministro, è una donna che ama il suo lavoro e il suo paese. Il fatto di essere ministro non le impedisce di essere una donna che ama il suo lavoro e il suo paese. Il fatto di essere ministro non le impedisce di essere una donna che ama il suo lavoro e il suo paese.

Il ministro, in una situazione di crisi, si affrettò a tornare a casa. La signora, allora, si affrettò a presentarsi per quel lavoro, fra i quali, lo pettinare i suoi capelli.

Il ministro, in una situazione di crisi, si affrettò a tornare a casa. La signora, allora, si affrettò a presentarsi per quel lavoro, fra i quali, lo pettinare i suoi capelli.

Il ministro, in una situazione di crisi, si affrettò a tornare a casa. La signora, allora, si affrettò a presentarsi per quel lavoro, fra i quali, lo pettinare i suoi capelli.



La scrittrice Elsa Morante durante una conferenza

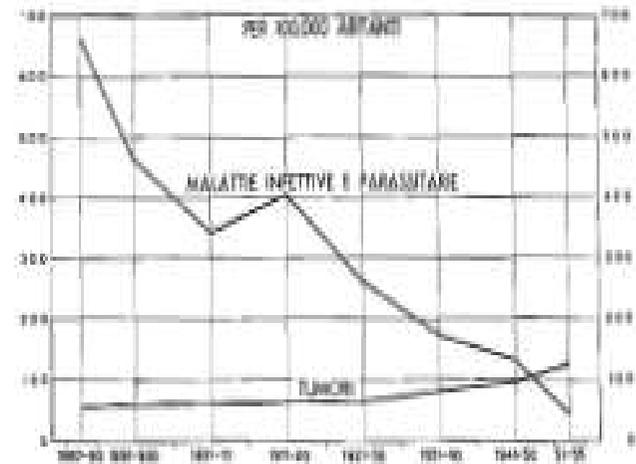
**I «beatnik» di ROMA: sono 17 gli espulsi**

Oggi è stato il turno di una olandesina di ventidue anni - In corso altri provvedimenti



prime avvisaglie del '68 studentesco, ma poi giovanile in genere; sono gli anni delle manifestazioni, negli Stati Uniti, contro l'escalation di Johnson nella guerra del Vietnam, che si estenderanno in tutta Europa, negli anni seguenti.

Dal punto di vista epidemiologico, si assiste a una definitiva transizione delle cause di morte: quelle da malattie infettive si riducono drasticamente (dal 15,2% nel 1930 al 2,9% nel 1960), aumentano quelle causate da tumori (dal 5,1% al 16%, i morti per tumori erano 154 nel 1961, 190 nel 1971 e 220 nel 1981); quelle dovute a problemi del sistema circolatorio (dal 12,3% al 30%, 1 morti per malattie cardiovascolari erano 244 nel 1951, 282 nel 1961, che salgono a 446 nel 1971) la tendenza continuerà fino ai giorni nostri.



La popolazione è aumentata dai 47 milioni del 1950 ai 54 milioni alla fine degli anni '60. Si riduce la mortalità infantile, da 43,9 per 1.000 nati vivi nel 1960 a 30,8 nel 1969. Il Pil aumenterà dell' 85,5% in termini reali tra il 1960 e il 1970.

La sanità delle mutue conta un numero di assicurati che cresce in modo dirompente: la percentuale passa dal 33% della popolazione nel 1950 all'82% nel 1966. Tuttavia il sistema diviene sempre più parcellizzato e a compartimenti stagni, ogni ente è rigorosamente all'oscuro delle attività dell'altro (prova ne è che un'indagine del Ministero della Sanità rivela che le persone assistite ammontano a 68.427.112, sedici milioni in più di quanto conta l'intera popolazione italiana).

La prevenzione delle malattie infettive acquisisce più rilevanza, attraverso le vaccinazioni. Vengono introdotte quelle principali dell'infanzia: pertosse (1961), poliomielite (introdotta nel 1964 e resa obbligatoria nel 1966), antitetanica (1968 per i nuovi nati, già disponibile dal 1963 per alcune categorie professionali).

Si modificano le abitudini alimentari, sotto la spinta congiunta del cambiamento del sistema di distribuzione e della pubblicità,



27/28 novembre 1957 un breve articolo di cronaca che racconta la nascita del primo supermercato italiano a Milano,

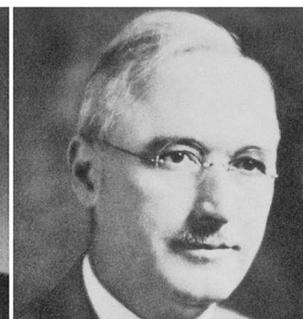
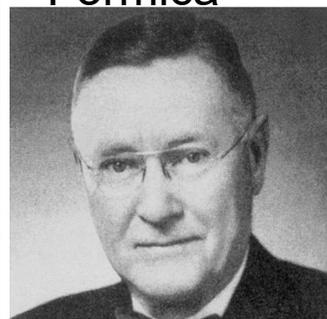
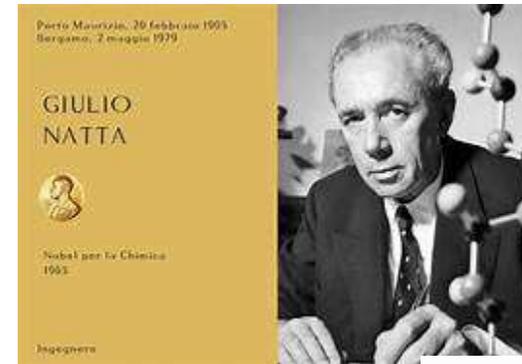


Nasce Carosello il 03 Febbraio 1957

saranno tipici negli anni 50-70 i prodotti plastici



Formica



Herbert A. e Daniel J. O'Connor



Si modifica, dagli anni Sessanta in poi, l'attitudine del consumatore medio, con lo spostamento della fiducia dal rivenditore, al marchio.

Dagli anni Settanta in poi, gli italiani oltre gli ingredienti tipici della dieta mediterranea avranno a disposizione anche altre tipologie di preparati che rivoluzioneranno, ad esempio, la colazione come il cacao, i cereali o i surrogati del caffè e andranno a sollecitare proprio il pubblico più giovane, i bambini.



L'introduzione nella dieta dei cibi preconfezionati, ridurrà i tempi di preparazione degli alimenti ed i costi, ma introdurrà forti differenze alimentari nella popolazione, che vedrà un ulteriore svantaggio delle classi più povere, che perderanno progressivamente l'accesso ad alcune categorie di alimenti in particolare quelli freschi, mentre avranno una maggiore disponibilità di proteine, zuccheri semplici e lipidi a basso costo



Ritardi nell'attuare la linea di contrattazione articolata si manifestarono anche relativamente ai temi della prevenzione e della previdenza nel 1965, primo tra i patronati sindacali, l'Inca propose alla Cgil di rivendicare, nei contratti nazionali, la presenza di un rappresentante di patronato nelle aziende, che sarà soltanto nel 1966 con l'introduzione di **comitati tecnici antinfortunistici**. In molti casi le indagini ambientali che si avviarono nel 1968-69 furono impostate proprio nell'ambito dei comitati antinfortunistici (Alfa Romeo a Milano; metalmeccanici di Genova, la Solvay di Rosignano, Montedison di Spinetta Marengo)

Dalle vertenze Farmitalia e FIAT emerse la convinzione che non fosse sufficiente l'irrigidimento delle norme di tutela, ma fosse necessario il coinvolgimento dei lavoratori nel controllo e nella progettazione degli ambienti di lavoro.

Si riconosce così la necessità che i gruppi operai di base assumano in prima persona senza delegare ad altri (tecnici o politici) sia l'analisi delle condizioni di lavoro, che l'individuazione dei cambiamenti necessari, che le azioni necessarie ad ottenere il risultato.

Nascono così i “**gruppo omogeneo**” e “**l'inchiesta operaia**”; esperienza che si concretizza in un gruppo di operai della V Lega Mirafiori FIOM che fornirà elementi conoscitivi originali e sostanziali anche per la “scienza medica”, basati su metodi epidemiologici, piuttosto che sulle relazioni causa/effetto fra agenti specifici e quadri sindromici.

L'esperienza condizionerà anche il dibattito in ambito tecnico (medico e altro) , non si tratta più di “diffondere” un sapere, travasando nozioni ad altri, ma di confrontare approcci cognitivi (scientifici) diversi elaborando metodi e linguaggi che consentano la comunicazione e l'integrazione organica. I termini della “**non delega**” e della “**validazione consensuale**” attraverso la sperimentazione daranno origine negli anni dal 1964 al 1967 ad un dibattito nazionale che coinvolgerà soggetti politici, sindacali, accademici.

Emergeranno in questo dibattito alcune figure accademiche e tecniche che modificheranno radicalmente la visione del rapporto fra scienza medica, salute e società: Giovanni Berlinguer medico, dirigente e poi deputato del PCI; Giulio A. Maccacaro direttore del dipartimento di biometria e statistica dell'Università di Milano, poi direttore della rivista sapere e fondatore di Medicina Democratica; Alessandro Seppilli medico igienista, poi sindaco di Perugia, autore del primo esperimento di costruzione di unità sanitarie locali, prima della riforma; Laura Conti, partigiana, medico, ambientalista fondatrice di Lega Ambiente e scrittrice; Luigi Mara sindacalista della Montedison di Castellanza, cofondatore di Medicina Democratica, e promotore di innumerevoli lotte per la salute.



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)

Pci dedicò alla riforma i lavori del convegno del febbraio-marzo 1963. Berlinguer e Longo faranno una dettagliata relazione che sarà la base della proposta di legge di "attuazione dell'art. 32 della costituzione" portata in parlamento nella primavera del 1965 (primo firmatario Antonino Maccarrone) e che non passerà. Berlinguer stilerà anche uno Schema di Piano Sanitario 1964-1978, il piano rimarrà la traccia programmatica su cui si costruirà il progetto di legge del PCI. Fu parzialmente ripreso dal socialista Mariotti (ministro della Sanità nei tre governi Moro 64-68 che già nel 1967 aveva nominato una Commissione consultiva generale al fine di elaborare una legge-quadro per la riforma sanitaria), ma trovò concretezza solo nella legge di riforma ospedaliera, che avrà comunque il merito di razionalizzare il sistema ospedaliero in balia di se stesso dalla riforma Petragliani del 1935

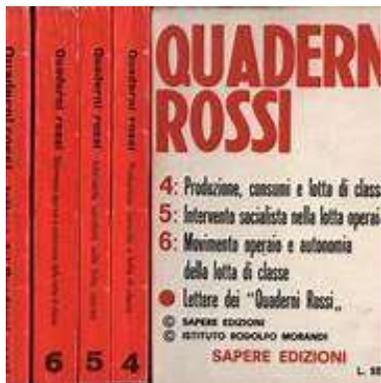


I principi essenziali della Legge Mariotti del '68 sono:  
Il riconoscimento di tutti gli enti ospedalieri come enti pubblici, indipendentemente dalla loro origine (carittativa, privata, istituzionale)

Riconosce l'obbligo di ricovero e soccorso gratuito per tutti i cittadini, Classifica gli ospedali in base al bacino di utenza, tentando anche una redistribuzione territoriale che riuscirà solo parzialmente

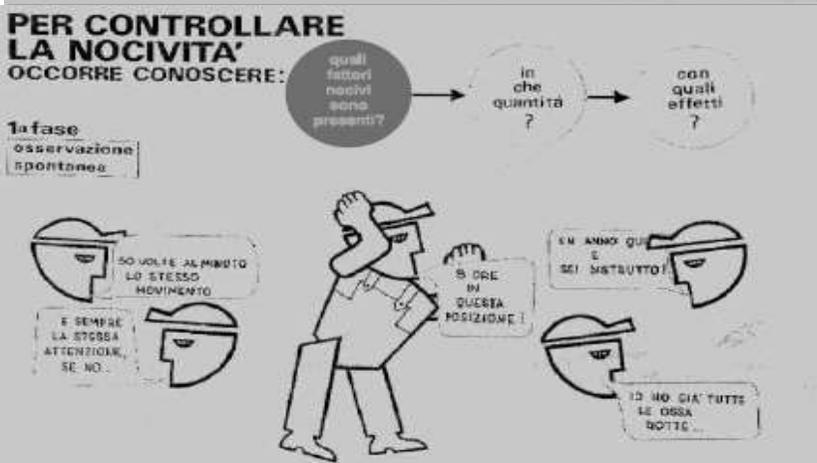


Dagli operai della V Lega di Mirafiori ancora una volta coordinati da Ivar Oddone, nel 1969 uscì, a cura della Fiom, il manuale *L'ambiente di lavoro*. L'indagine, partita nei primi mesi del 1968, era frutto dello studio su 366 luoghi di lavoro relativi a oltre 225 aziende diverse e si fondava su colloqui, 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»

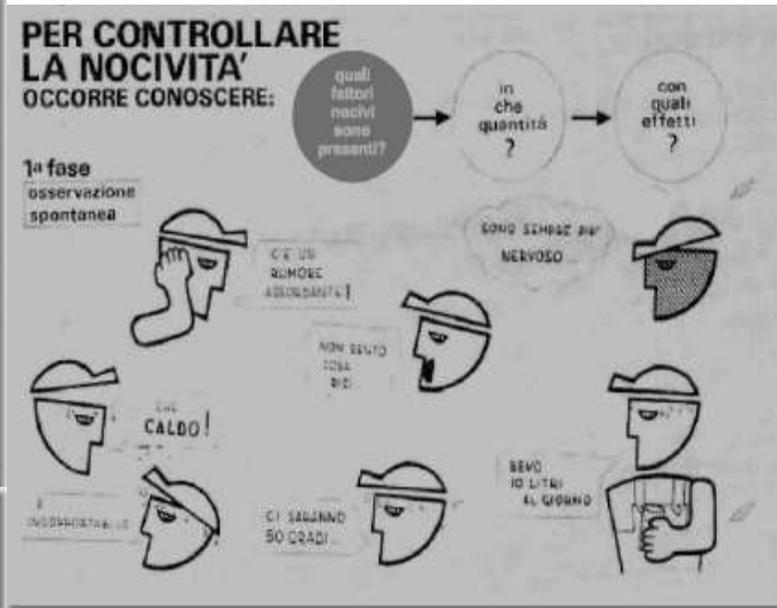


Rivista storica della sinistra operaista promossa nel 1961 da un gruppo di "eretici" di sinistra, tra cui Raniero Panzieri (1921-1964) e Mario Tronti. Dal gruppo originario uscirono nel 1963 Mario Tronti, Alberto Asor Rosa e Massimo Cacciari e altri per fondare la rivista "Classe Operaia" (cui collaborarono anche Toni Negri, Gaspare de Caro e altri).





## L'ambiente di lavoro,

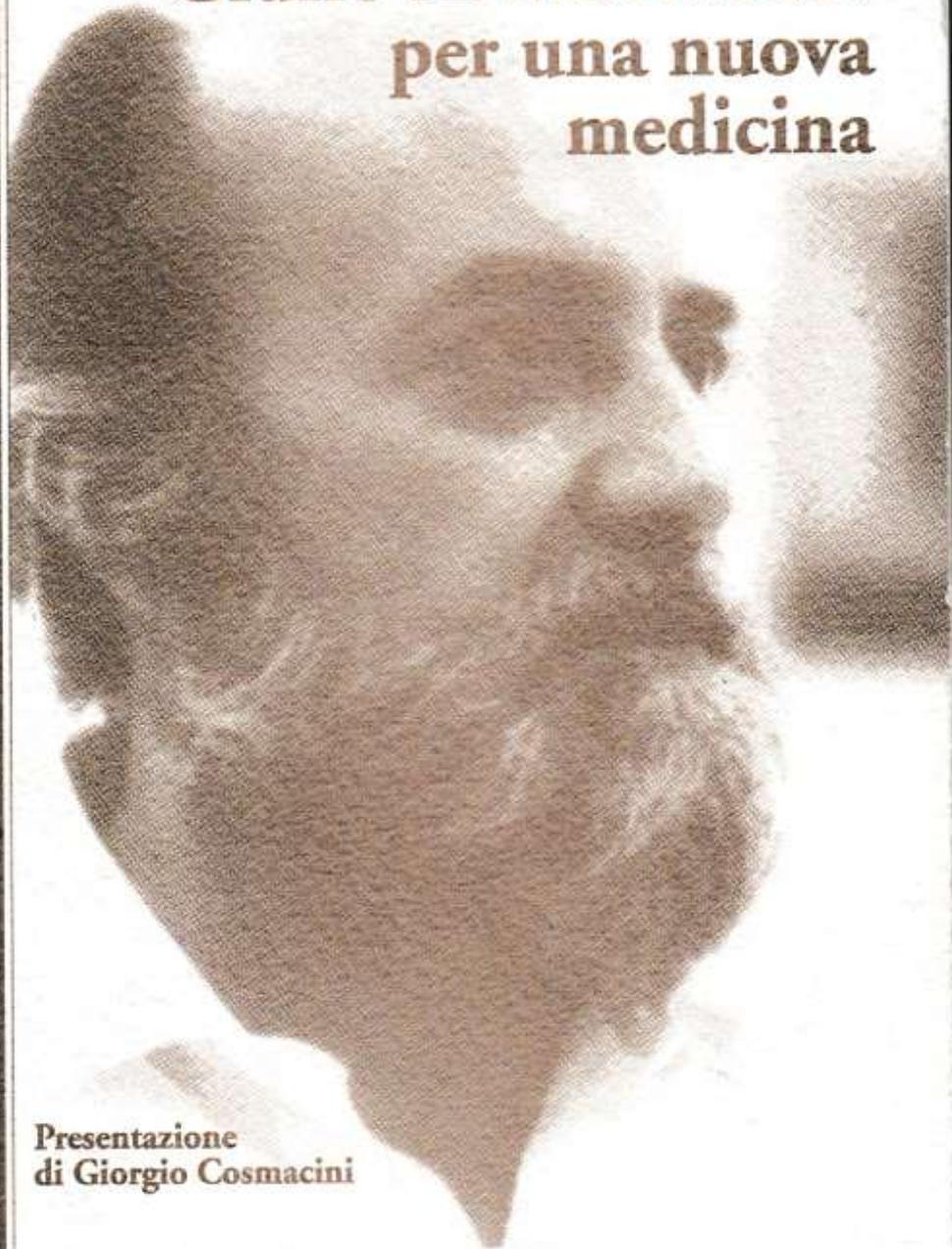


Il manuale, diffuso come dispensa dalla CGIL nel 1969, per la formazione sindacale, delinea il modello di controllo della nocività

Individua quattro gruppi di fattori: condizioni ambientali generali riscontrabili anche in una comune abitazione; condizioni particolari della fabbrica: gas, polveri, ecc.; fatica fisica legata al lavoro muscolare; effetti stancanti: ripetitività, ansia, ecc.

Ciò consentiva al gruppo di organizzare la propria esperienza valendosi anche delle conoscenze mediche tradizionali, e allo stesso tempo, però, di valutare le sinergie dei fattori in base agli effetti, verificati o prevedibili sulla salute

# L'impegno di Giulio A. Maccacaro per una nuova medicina



Presentazione  
di Giorgio Cosmacini

Medicina Democratica

L'oggettivizzazione (reificazione) della malattia come altro, rispetto al soggetto malato, scotomizza la soggettività e la sofferenza della persona, trasformando il processo patologico in "paziente affetto da" e la salute in "paziente non, o non più, affetto da", questa visione è presupposto della subordinazione della medicina al pensiero capitalista, dove la persona malata (segnatamente l'operaio) è assimilato alla macchina guasta, che interferisce con la linearità della produzione, deve quindi essere riparata; in senso più globale l'attività cui è chiamato il medico è quella di garantire, al ciclo produttivo, la disponibilità in quantità adeguata di oggetti uomo (divenuti pazienti), mantenendo un equilibrio fra la necessità del loro utilizzo ed il loro consumo. E' a questo punto, che il medico schierato con la classe operaia, ne deve adottare il punto di vista costruendo insieme ad essa un nuovo tipo di conoscenza scientifica

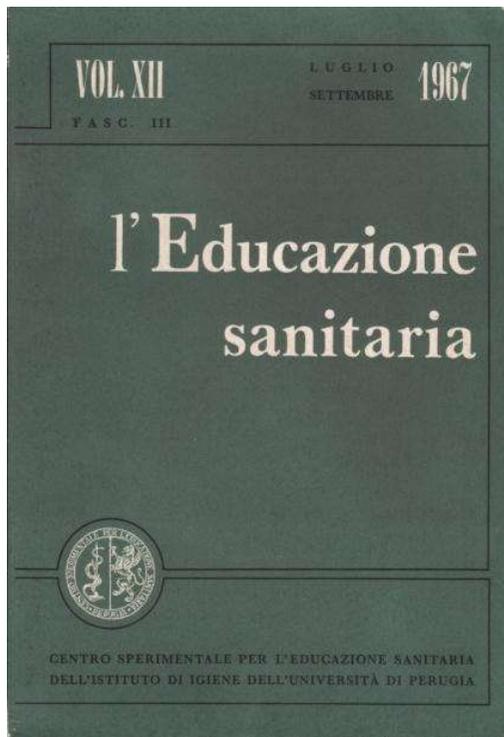
Fu Laura Conti a fornire gli elementi qualificanti del vivace confronto romano. “ .....l’attività medica non poteva che essere concepita quale «espressione della società, dei rapporti che si instaurano tra gli uomini, dello sviluppo storico di questi rapporti, e cioè della storia umana». La storia soltanto, ovvero le operazioni di storicizzazione, potevano impedire di cadere in valutazioni positiviste o idealiste, inclini a concepire la salute come bene assoluto, appunto astorico, teleologicamente orientato. Metteva in discussione le definizioni consuete della salute: «la salute come rispondenza a un determinato modello ideale, o “normalità”» (e quindi «la malattia come diversità», «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. Stigmatizzò il contenuto competitivo della medicina riconoscendone il carattere capitalista, auspicando che l’ingresso del punto di vista operaio attivasse anche nella medicina quella dialettica essenziale fra capitale e lavoro, fra sfruttamento e sviluppo delle forze produttive.



**LEGAMBIENTE**

Nell'ambito delle sperimentazioni che precederanno la riforma sanitaria e che coinvolgeranno cittadini, sindacati e istituzioni, si annovera il laboratorio umbro di Alessandro Seppilli e dalla sua equipe; preparato fin dal 1953 su sollecitazione della OMS Seppilli portò all'istituzione a Perugia del Centro sperimentale dimostrativo per l'Educazione Sanitaria della Popolazione-CeSpes (inserito in un'ampia rete di rapporti internazionali, formò negli anni numerosi operatori e diede vita a svariate iniziative locali, volte a creare consenso e sensibilizzazione sui temi della riforma sanitaria) e diede poi vita alla rivista "l'Educazione sanitaria".

Il "core" della sua ricerca fu l'individuazione dei fattori ambientali critici per la salute, ambito allora all'avanguardia, ma centrale rispetto al processo di deterioramento ambientale dovuto agli sviluppi scientifici e tecnologici del capitalismo avanzato. Seppilli stesso avrebbe dato una pregnante definizione della salute, riformulando quella fornita dall'Oms: **"la salute – scrisse – è una condizione di armonico equilibrio funzionale, fisico e psichico, dell'individuo dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale"** Nel 1969, in un articolo dal titolo "Linee generali della riforma dei servizi sanitari" ribadiva la natura di servizio "assicurato dallo Stato a tutti i cittadini" dell'assistenza sanitaria; l'accesso universale ai servizi; la natura democratica della sua gestione da parte dei cittadini che, si specificava *"debbono avere parte attiva, non solo nella gestione del servizio, ma anche e soprattutto nelle scelte programmatiche"*



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.

In ambito istituzionale, nell'ottobre 1964, la Commissione per la riforma ospedaliera, presieduta dal clinico chirurgo Achille Dogliotti, conclude: *“La riforma sanitaria, pur dovendo inquadrarsi nella più vasta riforma sanitaria, ha una sua propria menzione costituzionale che vale a sottolinearne l'urgenza e l'importanza... Occorre procedere alla razionalizzazione del settore con il decentramento alle Regioni delle funzioni normative e di controllo... Il finanziamento del servizio dovrà essere assicurato con una quota parte del bilancio statale”*

Le Regioni a statuto ordinario entreranno in funzione il 1 gennaio 1970.

Dopo un iter iniziato nel 1948, passando per la riforma costituzionale dell'art. 131 del 1963; la legge 108 sulle norme per l'elezione dei Consigli Regionali del 1968, si arriva alle elezioni nella tornata elettorale amministrativa del novembre 1969

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. Nasceranno su questa sfida nei primi anni '70 i Consigli di Zona.

In termini generali, nel 1968, 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»

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

In quella tornata di lotte nasceranno i nuovi consigli di fabbrica, sul modello di tutti elettori tutti eleggibili, che rispondeva alla nuova sensibilità creata con i gruppi omogenei



La rivisitazione del ruolo e dello statuto della medicina, lungi dall'essere isolata a questo specifico ambito, investiva l'intero spazio della comunità, coinvolgeva nuovi attori, era il portato di istanze complessive di «democratizzazione della vita quotidiana e dei rapporti sociali». 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»



Il movimento darà origine, fra l'altro, ad un lunga stagione di processi, che dura tutt'oggi



Nel 1970 entra in vigore la legge 300 "Statuto dei Lavoratori", che con l'articolo n 9 sancisce il diritto dei lavoratori di avere propri rappresentanti alla sicurezza

Spiccava il dibattito ospitato nell'inverno del 1971 sui «Quaderni di Rassegna sindacale» dal titolo all'ambiente di lavoro al Servizio sanitario nazionale. Che 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)



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 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 aziendale



L'ultima tappa dell'attività sindacale era infine denominata «la fabbrica nel territorio» e indicava l'impegno orientato: a «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».

Questo processo non fù affatto lineare, in quel periodo i neonati gruppi extraparlamentari, oltre che le iniziative di partecipazione civica, che avevano origine in case del popolo piuttosto che ambienti parrocchiali, o anche luoghi atipici di aggregazione, spesso gestiti dal movimento studentesco, portarono una visione più globale del conflitto, che il sindacato si trovò spesso a rincorrere.



Baracca di corso Toscana (Torino)Il comitato di quartiere Corso Molise;"Gruppo autonomo popolare""Comitato autonomo per l'autoriduzione" "I comitati di lotta per l'autoriduzione", "Il coordinamento dei comitati di lotta per l'autoriduzione, etc.





**TABELLA 4 - LE DATE DELLA SANITÀ ITALIANA**

|      |                                                                                                |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1943 | Istituzione dell'Ente Mutualità Fascista – Istituto per l'Assistenza di Malattia ai Lavoratori |
| 1945 | Alto Commissariato Igiene e Sanità Pubblica (Acis)                                             |
| 1947 | Trasformazione EMF in Istituto Nazionale Assicurazione Malattia (INAM)                         |
| 1948 | Commissione per la riforma della Previdenza Sociale (Comm. D'Aragona)                          |
| 1958 | Ministero della Sanità                                                                         |
| 1958 | Piccola Riforma dell'INAM                                                                      |
| 1964 | Piano Giolitti                                                                                 |
| 1968 | Riforma ospedaliera Mariotti (L. 132/68)                                                       |
| 1978 | Istituzione del Servizio sanitario nazionale (L. 833/78)                                       |
| 1992 | Riforma Amato-De Lorenzo (d.lgs. 502/92)                                                       |
| 1993 | Riforma Ciampi-Garavaglia (d.lgs. 517/93)                                                      |
| 1999 | Riforma D'Alema-Bindi (d.lgs. 229/99)                                                          |
| 2001 | Riforma Titolo V Costituzione                                                                  |

