

“un Paese avvilito e stremato” in cui “lo sfaldamento del tessuto sociale” superava le distruzioni materiali. Strade e ferrovie avevano subito danni ingenti e la produzione agricola si era dimezzata; la disoccupazione era diffusa e l’inflazione aumentava il costo della vita che nel 1944 superava di oltre 40 volte quello d’anteguerra. (Flash su SMI e Cavriglia)

L’aumento della mortalità generale salita dal 13,4‰ del 1939 al 15,9‰ del 1944 era dovuto principalmente alle malattie infettive, ed in particolare alla recrudescenza dei flagelli tipici del periodo fra le due guerre, TBC(+28%), malaria (+54%) e tifo (+44%).

L’aumento della mortalità per TBC aveva interrotto il progressivo declino osservato per tutti gli anni '30: nel 1945 i morti sopravanzarono quelli osservati nel 1939 di oltre 8.000 casi con un tasso di mortalità specifico passato da 761 a 930 per milione di abitanti. Successivamente la mortalità per TBC riprese l’andamento decrescente degli anni '30 riducendosi di oltre il 70% fra il 1947 ed il 1953, senza però una concomitante riduzione della incidenza di malattia; mentre la mortalità per polmonite rimase in crescita per alcuni anni, ridivenendo la causa di morte più frequente in età pediatrica.

Una pubblicazione ISTAT che metteva ordine nelle statistiche delle cause di morte del decennio 1938-1948 documenta che la mortalità generale aveva cominciato ad aumentare fino dal 1940 raggiungendo un picco di 15,9 morti per 1000 ab. nel 1944 contro i 13,4 /1000 ab. Del 1939.

Come per la Costituzione repubblicana, le basi fondamentali della Riforma Sanitaria sono sorte dalla Resistenza. Le elaborazioni partigiane erano fortemente influenzate da saperi democratici e scientifici d’oltralpe e in esse è forte è la diffidenza verso l’impostazione centralistica e autoritaria dello stato monarchico e fascista, mentre si recupera uno spirito democratico e partecipativo e la tradizione municipalista prefascista.

Le prime elaborazioni sulla sanità nascono nelle Repubbliche partigiane, in particolare la Val D’Ossola dove Durante i quaranta giorni della Repubblica dell’Ossola (9 settembre-23 ottobre 1944), Gisella Floreanni, seconda rappresentante del Partito Comunista nella Giunta, assunse l’incarico di Commissaria di governo: fu la prima donna a conquistare di fatto la carica di Ministra in Italia, quando alle donne non era neppure riconosciuto il diritto di voto. Non ci furono casi analoghi in altre zone liberate: le donne dell’Ossola furono protagoniste paritarie, dettero vita ai Gruppi di difesa della donna e rivendicarono migliori condizioni sociali. Il 7 ottobre 1944, durante la terzultima seduta della Giunta, Floreanni ottenne la delega di governo "all’Assistenza e ai Rapporti con le organizzazioni popolari", in particolare, le furono assegnati incarichi nei settori delle mutue, degli istituti contro gli infortuni, delle organizzazioni assistenziali e culturali dei lavoratori. Il suo contributo fu enorme: la competenza maturata a Ginevra negli Uffici Internazionali del Lavoro le permise di acquisire una visione moderna dell’assistenza, su basi nuove e democratiche. Fino a quel momento mancavano programmi di assistenza sociale, per questo motivo divenne indispensabile collaborare con le comunità locali per stabilire gli interventi da mettere in pratica ed in questo, ebbero un ruolo fondamentale i Gruppi di difesa della donna, già attivi nelle valli ossolane. Nella zona liberata, in gran parte montuosa, scarseggiavano generi di prima necessità, mancava un’organizzazione razionale per la distribuzione degli aiuti ed erano in vigore privilegi istituiti dai podestà fascisti. Riuscì ad impostare il coordinamento e la gestione decentrata dell’assistenza da parte delle 32 amministrazioni comunali coinvolte, ad ottenere il supporto della Croce Rossa elvetica e del Governo Svizzero. Coadiuvata dalla Croce Rossa di Domodossola, da donne di diversa matrice ideologica, suore, medici e assistenti, riuscì a mettere in sicurezza, oltre confine, più di cinquecento bambini: questa rete di solidarietà sopravvisse alla caduta della zona libera.

Accanto a G. Floreanni c’è il lavoro del medico igienista dell’Università di Milano A. Giovanardi che nel settembre del 1945, su incarico del Comitato di Liberazione del Veneto, presiede una commissione che presenta un progetto di riforma dell’ordinamento sanitario che prevedeva: l’unificazione dei servizi di Sanità pubblica e di Assistenza sanitaria, creando al vertice del sistema, il Ministero della Sanità e dell’Assistenza; il decentramento delle attività sanitarie ed assistenziali

impennate su due livelli: uno prevalentemente ordinativo, identificabile con le Regioni e l'altro essenzialmente operativo, corrispondente ai Comuni. L'istituzione a livello locale, nell'ambito dei grandi Comuni e mediante aggregazione dei piccoli e medi Comuni, degli uffici comunali e consorziali di sanità e assistenza, come organismi unitari di erogazione delle prestazioni assistenziali, delle strutture specifiche, con veste di Unità Sanitarie Locali, quale elemento base di riassetto dell'assistenza. (Augusto Giovanardi: La riforma Sanitaria del CLN del Veneto, edizione delle Autonomie, Roma, 1978),

Una molecola particolarmente significativa prodotta in quegli anni fu il DDT (acronimo di Dicloro-Difenil-Tricloroetano), nuovo prodotto insetticida attivo sia sulle zanzare (vettore A) che sulle larve interrompendo in questa maniera il ciclo biologico del plasmodio.

L'intento era quello di eradicare la malaria in tutta Italia; l'esperimento col DDT era già stato fatto in altri piccoli territori d'Italia (Napoli e foce del Tevere 1944-1946) dove ricomparve la malaria a causa del sabotaggio tedesco delle pompe idrovore della bonifica ed il conseguente impaludamento della zona; azione deliberata per ottenere l'aumento della malaria, come segnalato da Missiroli e Mosma dell'Istituto Superiore di Sanità) e all'estero (Egitto e Brasile) con risultati soddisfacenti, ma per farlo come modello sperimentale in una regione più vasta ed estenderlo poi alle altre regioni fu scelta la Sardegna. L'alta frequenza della malattia e forse il malcelato intento di far diventare la Sardegna il cinquantatreesimo Stato degli Stati Uniti d'America in relazione, soprattutto in quel momento, data la sua importantissima posizione strategica nel Mediterraneo, furono i motivi che pesarono maggiormente sulla scelta della nostra isola per praticare la campagna sperimentale antianofelica e antilarvale, avente come obiettivo finale l'eliminazione della malaria. In accordo coi finanziatori che erano l'UNRRA (United Nations Relief and Rehabilitation Administration), l'ECA (Economic Cooperation Administration) e la Rockefeller Foundation (che contribuì anche con la direzione tecnica del progetto attraverso la propria Health Division), l'alto Commissariato Italiano per l'Igiene e la Sanità istituì il 12 aprile 1946 l'ERLAAS (Ente Regionale per la Lotta Anti Anofelica in Sardegna). Questo ente era il braccio operativo della campagna e aveva tra l'altro il compito di reclutare e addestrare il personale e di documentare con mezzi scritti e visivi il procedere delle operazioni di bonifica. Alcuni numeri sono indispensabili per capire l'enorme sforzo economico e umano profuso in questa campagna che durò quattro anni (dal 1946 al 1950). Furono impiegati oltre 32.000 uomini e cinque milioni di litri di DDT; furono trattati 1.200.000 focolai e cinque milioni di stabili di tutti i tipi; fu speso un milione di dollari (sette miliardi di lire corrispondenti a circa sette miliardi di euro attuali). La prima campagna iniziò nel 1947 ad aprile e finì a ottobre e interessò la regione sud occidentale dell'isola per una superficie di 5.400 chilometri quadrati che furono divisi in dieci sezioni e raggruppati in due divisioni. Ogni sezione venne divisa in nove distretti e ciascun distretto venne a sua volta diviso in sei settori. I distretti vennero pure divisi in sottosectori ciascuno dei quali rappresentava la superficie da trattare in una giornata e comunque la divisione venne fatta in modo tale che il settore più lontano venisse trattato di lunedì mentre quello più vicino venisse trattato il sabato. La seconda campagna iniziò nel 1948 a febbraio e finì ad ottobre. Questa campagna fu più accurata in quanto vennero definiti con più precisione i confini dei territori da trattare e venne coinvolta la popolazione residente con la richiesta di segnalare la presenza di eventuali focolai larvali e comunque di superfici non trattate in precedenza. La terza campagna iniziò nel 1949 a febbraio e terminò ad ottobre e interessò le regioni in cui vennero segnalati focolai di sopravvivenza delle anofeli. Durante questa campagna si capì che i settori da trattare erano troppo grandi e vennero ristretti. In questo modo la campagna fu più soddisfacente. L'ultima campagna fu effettuata nel 1950 e servì come controllo delle precedenti tre campagne. Nel corso dell'ultima campagna venne prodotta la documentazione scritta e visiva delle precedenti campagne. Dal punto di vista scientifico i risultati di queste campagne non vennero considerati un completo successo in quanto non fu possibile eliminare completamente il vettore indigeno della malaria. Dal punto di vista sociale invece il successo fu totale e pienamente soddisfacente. Nel 1950 furono segnalati solo 44 casi di infestazione e quindi la malaria come malattia sociale venne considerata sconfitta.

Le altre due molecole significative, la penicillina e la streptomina, i due grandi antibiotici prodotti dalla ricerca angloamericana della Seconda guerra mondiale, divennero disponibili in Italia in quantità significative solo a partire dal 1947 con le prime donazioni nel programma di aiuti dell'UNRRA e poi del Piano Marshall (ERP), rimpiazzando rapidamente i sulfamidici di produzione tedesca già presenti ed utilizzati.

Dal punto di vista del dibattito alla critica sull'uso della scienza per fini bellici (la bomba atomica) veniva contrapposto la penicillina “sorella buona della bomba” a sostegno dell'impatto enorme che la capacità tecnico-industriale americana aveva avuto sull'immaginario europeo, con il progetto “Manhattan per la biomedicina”, che affiancava quello della bomba. Gli scontri politici e commerciali condizionarono pressantemente l'approvvigionamento e la distribuzione dei nuovi farmaci e vanificarono la capacità di controllo dello stato oltre che produrre un grave ritardo nella capacità dell'industria farmaceutica italiana.

L'“americanizzazione” dei sistemi nazionali di ricerca e innovazione, produrrà la tendenza a formare filiere dedicate in cui le funzioni di ricerca di base, sperimentazione clinica, produzione industriale e commercializzazione componevano un'unica traiettoria senza soluzioni di continuità. In analogia al *complesso militare industriale*, verso il quale Eisenhower mise in guardia nel famoso discorso di saluto.

Sul piano tecnico, l'abbandono della sintesi chimica, a favore della produzione biologica e purificazione dei prodotti, portò negli Stati Uniti ad un processo di rapida concentrazione dell'industria farmaceutica (La Pfizer titolare del brevetto della “fermentazione sommersa” aumentò di 7000 volte la produttività). Dal '43 al '45 si distribuirono miliardi di unità di penicillina a militari e civili. Nel '43 una dose costava 20 dollari – 250 volte più dell'oro per unità di peso – ma alla fine della guerra solo 6 centesimi (poco più del costo di confezionamento).

La vicenda penicillina ha un andamento tortuoso [Nel 1895 un giovane medico, Vincenzo Tiberio (1869-1915), aveva pubblicato un saggio (Sugli estratti di alcune muffe) sugli «Annali di Igiene Sperimentale», una rivista prestigiosa dell'epoca. Il fascioletto conteneva i risultati delle ricerche che lo avevano portato a scoprire il potere battericida delle muffe]. Essendo stata scoperta in Inghilterra la penicillina non godeva dei privilegi legati ai brevetti della proprietà intellettuale in vigore negli Stati Uniti, ma a fronte del significato “strategico” della scoperta, fu organizzata una sorta di joint venture con l'industria farmaceutica americana, che brevettando il procedimento di produzione, rese sostanzialmente impossibile la produzione del farmaco al di fuori degli USA fino agli anni 50.

In Italia arrivata sostanzialmente per “donazione” della UNRRA veniva importata da una azienda a partecipazione statale (Endimea) costituita ad hoc per distribuire gli aiuti e controllata dal ministero del Tesoro, la distribuzione era effettuata con un farraginoso sistema governato dall'Acis (Alto Commissario per l'Igiene e la Sanità) attraverso la rete dei prefetti, con sostanziali limitazioni nell'uso alle patologie più gravi.

Già nel periodo immediatamente successivo al conflitto gli Stati Uniti proposero la possibilità di delegare le produzioni per uso civile, dapprima ai paesi alleati e poi anche agli sconfitti, partendo da quelli che sarebbero poi finiti nella sfera di influenza sovietica a scopo dissuasivo. L'ipotesi fu proposta anche all'Italia, ma la Lepetit declinò l'offerta per ragioni economiche [l'UNRRA offriva gratuitamente i brevetti ed un contributo di 500.000 \$, ma le spese di installazione dei processi e i costi di produzione erano a carico dei produttori, e la penicillina non poteva essere prodotta per il mercato, ma solo per l'uso “pubblico”], a quel punto il Direttore dell'Istituto Superiore di Sanità (Domenico Marotta), contattò Ernst Boris Chain premio Nobel con Fleming e si offrì di attivare presso l'Istituto un sito di produzione della penicillina, ma su suggerimento dello stesso Chain utilizzò il finanziamento di 500 milioni e due successivi stanziamenti di 350 milioni l'uno del governo italiano, per finanziare non solo la produzione di penicillina, ma la realizzazione di un centro di ricerca di avanguardia condotto dallo stesso Chain e da Daniel Bovet dell'Istituto Pasteur. Il progetto andò in porto (cerimonia della prima pietra con De Gasperi il 12 febbraio 48, completato nel 1951) e condusse alla produzione delle prime penicilline semisintetiche (la meticillina nel 1959), fatto che non fu particolarmente apprezzato oltreoceano.

Il 25 giugno del 1946, data di inizio dei lavori della Assemblea costituente, il nostro sistema

previdenziale aveva assunto ormai delle caratteristiche ben definite, con dei meccanismi propri dell'assicurazione privata, con delle prestazioni dogmaticamente proporzionate ai contributi versati e con un limitato intervento dello Stato a favore dei soggetti più disagiati.

Tuttavia sul piano dell'organizzazione e della operatività era allo sfascio, il patrimonio delle Casse Mutue basato sull'investimento in titoli di stato si era volatilizzato con l'inflazione al 4000%; molto del patrimonio ospedaliero era andato distrutto; la disoccupazione aveva azzerato il gettito contributivo. L'apparato previdenziale era descritto come "un imponente edificio in rovina". Tale contesto era aggravato dallo stato di precarietà degli ospedali, che, nel 1945, avevano una capacità ricettiva del 25% inferiore al 1939, e dei sanatori, dove, fra requisizioni e danneggiamenti vari, la percentuale di riduzione del numero dei posti-letto era addirittura più elevata.

La questione, quella della previdenza era talmente importante che già nel marzo del 1944, con R.D.L. n. 120, il Governo provvisorio di Salerno istituiva, presso il Ministero dell'Industria, del Commercio e del Lavoro, una Commissione reale «*per l'esame delle forme di previdenza e assicurazioni sociali attualmente in vigore in Italia, ai fini di una riforma della legislazione vigente ispirata alle esigenze di un ordinamento più semplice, più uniforme e che estenda i limiti dell'assistenza dello Stato in favore delle classi lavoratrici*» L'atto legislativo rimarrà lettera morta fino al D.L.L. n. 330, l'ottobre 1944, che dettava una nuova disciplina per la costituzione della Commissione, parzialmente istituita solamente nel maggio del 1945 senza peraltro entrare mai in funzione.

Il primo documento non scientifico ma politico fu elaborato l'8 agosto dalla consulta di sanità del comitato di liberazione nazionale del veneto e ratificato il 15 settembre 1945 dai commissari regionali per la sanità del CLN AI "comitato di liberazione Nazionale dell'alta Italia" ed individuò tre ordini di problemi, programmatico, istituzionale e funzionale, intorno ai quali si svolgerà un intenso dibattito. La proposta elaborata in tempo di guerra dall'insigne igienista Augusto Giovanardi per conto del Comitato di Liberazione Nazionale Alta Italia fu accolta con freddezza al I° Congresso degli Igienisti a Firenze. Il Progetto non trovò l'appoggio necessario, sia per la carenza di risorse disponibili, che per la resistenza del mondo imprenditoriale e della casta medica.

Il nuovo laboratorio politico scelto per l'osservazione di tali fenomeni è quello della Commissione per la riforma della previdenza sociale, istituita presso il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale nell'aprile 1947 e presieduta dall'ex Ministro del lavoro, il socialdemocratico Ludovico D'Aragona. Che non concluse con un testo organico, ma con una serie di 88 raccomandazioni, che soffrivano dello stesso atteggiamento ambiguo che aveva indotto alla costituzione della commissione [*.....le norme vigenti nel campo delle finanze previdenziali, emanate senza un preventivo disegno unitario sotto l'assillo e la pressione di necessità immediate e per fronteggiare situazioni contingenti e particolaristiche formano oggi un complesso disorganico di disposizioni, di deroghe, di modificazioni di ardua applicazione, richiedenti costosi impianti amministrativi, onerosi tanto per le aziende che per gli stessi enti previdenziali. Il carico contributivo talvolta (ad esempio per le assicurazioni generali obbligatorie) grava esclusivamente sul datore di lavoro, tal'altra, per certe forme previdenziali e per particolari categorie professionali, anche sul lavoratore, tal'altra ancora soltanto su quest'ultimo.*] e senza una stima dei costi dei provvedimenti proposti; i risultati portati a nel 1948 alla vigilia della tornata elettorale, si convertirono in un nulla di fatto con Fanfani, Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale, il ministero avocò a se i calcoli di fattibilità e lo stesso De Gasperi a domanda del Parlamento rispose che bisognava mettersi la mano sul cuore e valutare se le risorse fossero disponibili.

Deludendo le aspettative dei riformatori che avevano chiesto un Ministero della sanità, il primo cambiamento di un qualche rilievo nell'organizzazione sanitaria ereditata dal fascismo è l'istituzione il 12 luglio del 1945 (governo Parri) dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità Pubblica (ACISP), alle dirette dipendenze della Presidenza del Consiglio dei Ministri, che partecipava al Consiglio dei Ministri solo su invito e senza diritto di voto. La prima nomina andò a Gino Bergami, un fisiologo di Lecce, già sottosegretario all'Agricoltura nel 1944 affiancato dal socialista Nicola Perrotti, noto psicanalista.

La materia sanitaria, così, venne sottratta al Ministero dell'Interno e all'Alto Commissario

vennero attribuite le funzioni di tutela della salute pubblica, della vigilanza sulla Croce Rossa, sull'opera nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia" (OMNI), interrompendo momentaneamente la tradizione autoritaria ("questurina") rappresentata dalla gestione del Ministero degli Interni.

Sostanzialmente vengono affidate tutte le funzioni che il Testo Unico sulle leggi sanitarie del 1934 affidava al Ministero del Lavoro, tranne il potere di vigilanza e di tutela sugli ospedali che resta di competenza dell' Interno.

In periferia, i prefetti mantengono inalterati i poteri in materia sanitaria, con l'unica differenza rispetto al periodo precedente che sui temi sanitari ricevono disposizioni dall'ACISP, anziché dal Ministero dell'Interno. Questo intervento è chiaramente ben lontano da quello che la situazione sanitaria del paese e le aspettative avrebbero richiesto.

Il nuovo organismo è istituzionalmente debole, non avendo la dignità e l'autonomia di un ministero, e limitato nelle competenze a causa della significativa esclusione dei poteri sugli ospedali, (ha diretta responsabilità solo sulla Croce Rossa e sull'OMNI).

L'organizzazione sanitaria precedente "scivolò" così in epoca repubblicana con poche modifiche, riconoscendo una sostanziale continuità alle istituzioni previdenziali e mutualistiche create dal regime fascista, che transitarono pressoché immodificate negli uomini e nell'organizzazione nel nuovo ordinamento repubblicano.

Fu mantenuto il sistema tripartito, fra assistenza per i poveri in capo ai Comuni, interventi dello Stato in materia di Igiene pubblica e infrastrutture ospedaliere e le casse mutue come principale finanziatore

All'assemblea costituente impegnata nell'elaborazione della nuova Costituzione repubblicana ed il "consenso previdenziale" di esperti, partiti politici, e organizzazioni sindacali, i propositi di una nuova politica sociale rimasero limitati ad una stretta cerchia di addetti ai lavori, rigidamente separati fra "previdenzialisti" attenti agli aspetti politico-istituzionali degli istituti previdenziali esistenti e i "sanitari", di prevalente estrazione igienistica e principalmente interessati all'organizzazione della sanità pubblica

In tutto il primo periodo del secondo dopoguerra il dibattito è caratterizzato da un atteggiamento "schizofrenico" nei confronti della necessità della copertura sanitaria, che attraversa non solo le compagini più francamente liberiste, ma anche sindacati e partiti della sinistra, che pur "omaggiando" il sistema Beveridge riconoscendone le valenze etiche, ripiegavano su una relativa razionalizzazione del sistema assicurativo esistente, in ragione della pesante congiuntura economica (una sorta di "vorrei ma non posso").

Tuttavia in molti Paesi "guerra e *welfare* erano andati a braccetto", alimentando grandiosi progetti di riforma sociale, e in Gran Bretagna il Rapporto elaborato da Beveridge aveva enunciato già nel 1942 i principi del nuovo stato sociale che le Nazioni alleate avrebbero realizzato dopo la vittoria.

Mentre in Gran Bretagna, il piano Beveridge veniva attuato dal governo labourista di Bevan che lasciò scritto: "dobbiamo essere orgogliosi del fatto che, malgrado le nostre preoccupazioni sulla situazione economica e finanziaria, siamo comunque stati capaci di fare la cosa più civile (decent) che esista al mondo- anteporre il benessere delle persone malate a qualsiasi altra considerazione(1950)", in Italia, nella fase costituente, le proposte di una riorganizzazione della struttura sanitaria trovarono poco ascolto e le mozioni timidamente riformiste della Commissione per la riforma previdenziale presieduta da D'Aragona, e salutata all'insediamento come "la piccola Costituente della previdenza", vennero quietamente messe da parte nel silenzio generale.

Fu contestata l'originalità del piano Beveridge, riprendendo motivazioni che erano già state espresse nella fase bellica dal regime, tuttavia Einaudi nelle sue *Lezioni di Politica Sociale* concludeva che "In una società dove non esistono privilegi di classe, nella quale ogni uomo è uguale giuridicamente ad ogni altro uomo, il concetto della *pax pubblica* (modello Beveridge) non può non essere riconosciuto prevalente e prevalere sulla mera *pax sociale* (modello Bismarck)", ammettendo in sostanza l'atteggiamento di scarsa fiducia nell'applicabilità dei principi. I cinque i principi su cui poggiava il nuovo modello di sicurezza sociale esposto da Beveridge erano

quelli: di globalità; di universalità; di uguaglianza; di solidarietà (contribuzione integrata); di unità organizzativa.

Il principio di globalità: implica la traslazione dell'intervento dal rischio assicurato al bisogno di reddito o di servizi.

Il principio di universalità indica il libero accesso a servizi assistenziali, previdenziali e sanitari garantito a tutti i cittadini, senza distinzione alcuna.

Il principio di uguaglianza: implica che i servizi previdenziali e assistenziali di reintegrazione e protezione del singolo dovessero rispondere ad un unico standard qualitativo e quantitativo.

Il principio di solidarietà o della contribuzione integrata: implica una generalizzata solidarietà sociale come metodo di finanziamento (fiscalità generale).

Il principio dell'unità organizzativa: è uno strumento d'organizzazione formale dell'intero sistema che richiede la creazione di un unico organismo pubblico con competenza nazionale, ma decentrato a livello funzionale e territoriale.

In fase di commissione, quindi, il dibattito costituente rimase sostanzialmente confinato fra gli specialisti, "previdenzialisti" da una parte preoccupati di avere un sistema poco partecipato dallo stato prevalentemente in funzione regolatoria, e "igienisti" dall'altra che vedevano un ruolo più rilevante dello stato in funzione organizzativa e amministrativa.

La posizione di partiti e sindacati erano favorevoli ad un modello sanitario analogo a quello inglese, mentre fra i sanitari prevaleva l'idea di estendere il modello adottato dai militari americani in Sicilia al momento della liberazione, con l'istituzione di Uffici Provinciali di sanità pubblica, coordinati da una Direzione regionale con il trasferimento ai Medici Provinciali delle funzioni svolte in precedenza dai prefetti, la nuova organizzazione al comando del Colonnello Bizzozzero sembrava armonica con i principi di unificazione, decentramento, autonomia tecnica dal potere amministrativo, principali obiettivi dei Medici Provinciali e degli Ufficiali Sanitari.

Il 23 e 24 aprile del 1947 in III Commissione (presidenza Terracini) va in discussione l'articolo 32 (il dibattito si incrocierà con quello sul divorzio e il riconoscimento dei figli illegittimi) Tuttavia dopo una complicata votazione (prima per alzata di mano, poi per divisione dei partecipanti, in fine a voto segreto) L'articolo viene approvato nella forma definitiva:

La Repubblica tutela la salute come un fondamentale diritto dell'individuo e come un generale interesse e della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge la quale, però, mai può violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana

[L'interpretazione "cure gratuite agli indigenti", che può essere foriera di interpretazioni restrittive (quanti e quali i veri "indigenti"?), va basata più su quel "gratuite": nel senso che tutti contribuiscono con il prelievo fiscale in proporzione al proprio reddito (art. 53 Costituzione), mentre per chi è "indigente" non è previsto alcun contributo. Inoltre si parla di "individui" e non di cittadini, per cui l'applicazione dell'articolo va estesa a chiunque si trovi sul territorio nazionale (es. migranti), indipendentemente dalla *cittadinanza*.]

Rilevante è anche l'articolo 117: "La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali. [. . .] Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a: [. . .]; tutela della salute; [. . .]. Spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato. [. . .]" "In questo senso la vulgata per cui lo Stato è tutto ciò che è pubblico va correttamente letta in base all'art. 114 della Costituzione: "La Repubblica è costituita dai Comuni, dalle Province, dalle Città metropolitane, dalle Regioni e dallo Stato", intendendo lo Stato propriamente detto come lo Stato centrale di Governo e Ministeri.

Questa impostazione municipalista e poi regionalista si rafforzò soprattutto dopo l'estromissione della sinistra PCI-PSI con la caduta del Governo Parri e le elezioni del 1948, con la sconfitta del Fronte popolare (PCI-PSI) e con la "conventio ad excludendum" (per cui al PCI era precluso l'accesso al Governo centrale anche per il suo rapporto con l'URSS) in ossequio agli

accordi di Yalta, perchè sarà la tattica usata dal PCI come strumento per governare localmente vista l'impossibilità di accedere al potere statale del paese, come risulta da documenti dell'epoca della Direzione del PCI.

Le politiche sanitarie degli anni '50 si svilupparono dunque in piena continuità con quelle del ventennio fra le due guerre, mantenendo la triplice divisione fra la "carità legale" dei Comuni rivolta agli indigenti iscritti nel loro elenco dei poveri, l'intervento diretto dello Stato nella Sanità pubblica, e la tutela assicurativa dei lavoratori attraverso gli Enti mutualistici.

Le casse mutue forniscono copertura sanitaria a circa il 35% della popolazione italiana, principalmente lavoratori del settore privato, a cui si aggiungono verso la fine della guerra lavoratori dello Stato, degli enti locali e loro familiari. Uno degli obiettivi principali è la lotta contro la tubercolosi: l'assicurazione obbligatoria contro questa malattia copre tutti i lavoratori del settore privato tra i 15 e 65 anni (con l'eccezione degli impiegati considerati benestanti) e garantisce ricovero in sanatori e istituti convenzionati, mentre i Dispensari istituiti da Comitati Provinciali Antitubercolari provvedono a profilassi e ricoveri per chi non ha assicurazione.

Le Casse mutue restarono sotto la vigilanza del Ministero del lavoro e della previdenza sociale, che conservava le sue competenze anche sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, inclusa l'assistenza per gli infortuni e le malattie professionali attraverso l'INAIL.

L'Istituto Nazionale per le Assicurazioni contro le Malattie (I.N.A.M.) (ex Mutualità - Istituto per l'assistenza malattia ai lavoratori) istituito con la legge 138 del gennaio del 1943, assume il nuovo acronimo con il D.L.C.P.S. 13.5.1947, n° 435. La citata legge istitutiva attribuiva all'I.N.A.M. il compito di gestire l'assicurazione obbligatoria contro le malattie in favore degli impiegati e operai dell'agricoltura, industria, commercio, credito, assicurazione e servizi tributari appaltati e prevedeva, inoltre, la possibilità di iscrizione, con decreto del capo dello Stato, di altre categorie di lavoratori. L'intenzione del legislatore era quella di estendere i compiti dell'INAM a tutte le categorie di lavoratori nella loro generalità, prevedendo la fusione degli enti e gestioni interessate.

Alla legge istitutiva non fece seguito il Regolamento di attuazione e per la situazione caotica dovuta agli eventi bellici, la legge non trovò piena applicazione. Con la fine della guerra, nel 1945, fu possibile dar corso alla fusione nell'INAM della cassa malattia per gli addetti al commercio, delle Federazioni nazionali delle mutue di malattia per i lavoratori dell'industria e dell'agricoltura, dell'Istituto nazionale di assistenza per i lavoratori delle aziende del credito, dell'assicurazione e dei servizi tributari appaltati, nonché delle basse circondariali e provinciali di Gorizia e Trieste.

Tutto il primo periodo del secondo dopoguerra è caratterizza da un atteggiamento "schizofrenico" nei confronti della necessità della copertura sanitaria, che attraversa non solo le compagini più francamente liberiste, ma anche sindacati e partiti della sinistra, che pur "omaggiando" il sistema Beveridge riconoscendone le valenze etiche, ripiegavano su una relativa razionalizzazione del sistema assicurativo esistente, in ragione della pesante congiuntura economica.

D'altra parte al con il I Congresso Nazionale della Protezione Sociale, (23-28 febbraio 1948), dopo aver affermato che "la protezione della salute è compito della collettività organizzata a Stato... il suo funzionamento non deve necessariamente gravare sullo Stato... non è sufficientemente giustificato, né tecnicamente conveniente che l'organizzazione della protezione sociale faccia parte integrante dell'apparato amministrativo dello Stato.". Blindando sostanzialmente il sistema mutualistico.

Il processo di fusione, quindi, si arrestò e non confluirono i numerosi enti che continuarono a gestire l'assistenza malattie e mediante la legittimazione a proseguire la loro attività nel campo della assistenza di malattia (ENPALS - CNAUAF - Casse Provinciali di Trento e Bolzano ecc.).

Si aggiunsero via via altre particolari categorie di lavoratori, quali gli addetti ai servizi domestici, gli apprendisti, i pensionati, i lavoratori a domicilio, i pescatori addetti alla piccola pesca marittima e delle acque interne, gli organi dei lavoratori, i ministri di culto, i ciechi civili e con la

legge 860/1959 è stato attribuito all'INAM il compito della tutela sanitaria ed economica della quasi totalità delle lavoratrici madri; arrivando ad assistere circa 30 milioni di persone fra assicurati e familiari delle varie categorie; circa la metà della popolazione italiana.

Articolato in una sede centrale, sedi provinciali, sezioni territoriali ed unità distaccate. Sul piano tecnico sanitario, operava attraverso una vice-direzione centrale, le direzioni sanitarie provinciali ed il personale sanitario e parasanitario delle sezioni territoriali, nonché i medici generici iscritti agli albi mutualistici, gli ospedali pubblici, case di cura e servizi specialistici, ambulatori, gabinetti specialistici convenzionati.

Amministrativamente l'Istituto era dotato di organi elettivi quali il Presidente dell'Istituto, nominato con decreto del capo dello Stato; il Consiglio di Amministrazione; il Comitato esecutivo; il collegio sindacale e i comitati provinciali. I membri di tali organi erano nominati su designazione delle organizzazioni sindacali, dei datori di lavoro, del personale dell'Istituto. Erano chiamati a far parte di tali organi rappresentanti dei ministeri del Lavoro e Previdenza Sociale, degli Interni, Tesoro, Agricoltura e Foreste, Industria, Commercio ed i presidenti dell'INPS e dell'INAIL.

I Comitati provinciali erano composti da: nove rappresentanti dei lavoratori, nove rappresentanti dei datori di lavoro, dal medico provinciale, dal capo ufficio dell'Ispettorato del Lavoro, da un rappresentante dell'ordine dei medici e dal Direttore della sede provinciale con compiti di segretario. Vigilavano sull'attuazione delle direttive ed istruzioni in materia di riscossione contributi e di erogazioni delle prestazioni sanitarie ed economiche; e si pronunciavano sulle attività per la prevenzione e la profilassi contro le malattie. Per la realizzazione dei fini assegnati dalla legge l'ente beneficiava delle risorse derivanti dai contributi dei lavoratori e dei datori di lavoro, da quelli a carico dello Stato (contribuivano inoltre alcune quote delle gestioni speciali dell'INPS, che aveva come ricordato la titolarità dell'assicurazione contro la TBC e la gestione sanatoriale)

Le mutue per le malattie cosiddette "comuni" fornivano agli "iscritti principali" sia provvidenze economiche sostitutive del salario in una quota variabile fra il 50 e l'80%, sia prestazioni sanitarie comprendenti l'assistenza ospedaliera e medico-generica, che alcune mutue integravano con l'assistenza farmaceutica e specialistica.

La copertura garantiva solo un numero massimo di giornate annue per assistito, variabile fra gli enti e diverso per titolari e familiari (per l'INAM ad esempio era di 180 giorni/anno per gli iscritti principali e di 30 per i loro familiari). L'assistenza era assicurata tramite convenzioni con enti ospedalieri pubblici e case di cura private, con cui venivano negoziate le rette giornaliere di degenza.

Le prestazioni specialistiche erano erogate presso presidi ambulatoriali, che gli enti più grandi costruivano e gestivano direttamente; mentre quelle medico-generiche erano assicurate da liberi professionisti, convenzionati in genere con più mutue contemporaneamente, e remunerati "a notula", cioè in base alle prestazioni fornite, secondo un tariffario specifico per ciascuna mutua. L'INAM corrispondeva anche un "compenso fisso" per ricovero, differenziato secondo il reparto di degenza ed aggiuntivo rispetto alla retta giornaliera, che veniva diviso fra il primario (cui spettava il 50%) e i medici "secondari" del reparto.

Fortissime erano le differenze nell'ammontare della previdenza economica anche entro la stessa mutua: per l'INAM, il contributo medio complessivo annuo di 20.166 lire andava dalle 2.123 lire per il settore dell'agricoltura alle 42.022 lire dei lavoratori del credito e delle assicurazioni, passando per le oltre 28.000 lire dei dipendenti dell'industria e del commercio e le 26.000 lire circa dei pensionati

All'interno del processo costituente vennero attuate anche riforme riguardanti l'assistenza sociale che modificarono il criterio di beneficenza, fissato nel Regio Decreto 17/07/1890 n.6. 972 cd. «Legge Crispi» e in quelle attuate da Mussolini, si sviluppò l'idea del decentramento, della responsabilità e della solidarietà fra i cittadini, che saranno poi accolti nella Costituzione. Le riforme, oltre a predisporre aiuti per la cittadinanza in stato di bisogno sociale o economico, gettarono le basi per il coordinamento tra i vari enti.