Abbiamo visto come un periodo di forte scontro sociale chiuda 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, avviarono indagini, impostarono nuove rivendicazioni aziendali.

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.

Infatti la monetizzazione, come sottolineano Oddone e Chiattella, non derivava da un generico attaccamento a quote maggiori di salario, ma quanto piuttosto dal fatto che la conquista di un maggior salario e un dato concreto, tangibile e facilmente quantificabile che sta nell'ambito dei valori sociali “pregiati”. Questi valori tangibili concreti possono essere sostituiti da altri valori come la 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 meglio - come disse un operaio - a "balbettare" sulla necessità di contrattare l'ambiente di lavoro -, alla Camera del lavoro di Torino venne formalizzato il gruppo, già operante dal 1960, di medici, assistenti sociali, studenti e venne istituita una commissione medica. Della commissione facevano parte Ivar Oddone, professore di psicologia all'Università di Torino e vero teorico del gruppo, i medici E. Arian e V. Grassini; il segretario della Camera del Lavoro, S. Garavini; e dirigenti sindacali di varie categorie dell'industria (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, con il patrocinio dalla Camera del lavoro di Torino, per il tramite della commissione medica che, per la prima volta, riuniva insieme sindacalisti, lavoratori, medici, assistenti sociali. L'inchiesta, coordinata da Ivar Oddone, apriva una lunga stagione di iniziative di questo genere che avrebbero portato a un rinnovato protagonismo e 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*» [I. Oddone, Torino, il processo di conquista di una linea autonoma, in *Ambiente di lavoro e riforma sanitaria*, «Quaderni di Rassegna sindacale», IX, gennaio-febbraio 1971, n. 28, pp. 120-121. Per un quadro generale si vedano M.L. Righi, *Le lotte per l'ambiente di lavoro dal dopoguerra ad oggi*, in «Studi Storici», XXXIII, aprile-settembre 1992, nn. 2-3, pp. 619-652;]

Dopo una paziente indagine sui principali fattori di rischio e sulle malattie derivanti dall'alta concentrazione di sostanze nocive presenti nello stabilimento, nel nuovo clima di mobilitazione di quegli anni, la 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, infatti, attuare scioperi di breve durata, ma di grande efficacia, perché attuati nei momenti critici della lavorazione delle sostanze chimiche (sciopero a scacchiera).

La vertenza aziendale si chiuse con l'avvio di un'inchiesta sulle condizioni ambientali, cui partecipò, anche un medico di nomina sindacale. La situazione però rimase “abbastanza simile a quella precedente”, non essendosi ottenuti strumenti di controllo permanenti gestiti dai lavoratori.

A determinare conclusioni così modeste a fronte di una vertenza vivace e partecipata fu, fra l'altro, l'aver ricondotto la sintomatologia denunciata dai lavoratori alla letteratura scientifica che aveva fatto perdere di vista il carattere sinergico dei fattori ambientali. Le statistiche sanitarie non segnalano, all'epoca, tutti quei disturbi specifici che pure incidono pesantemente nella vita degli uomini e delle donne che lavorano e che hanno origine nella errata 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 e in assenza di una prospettiva di contrattazione sull'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, espresso negli anni “50 [*una riforma integrale delle assicurazioni sociale, senza dubbio necessaria in Italia, pone seri problemi quanto alla possibilità per la nostra economia di sopportarne il peso* (Anselmi 1950:862) *poiche l'Italia non è in condizioni oggi di applicare un piano di protezione sociale esteso a tutta la popolazione, in pratica si dovrebbe più semplicemente comprendere nel sistema protettivo, oltre ai lavoratori dipendenti, numerose altre categorie che, al momento attuale, sono insufficientemente protette o non lo sono affatto*(Anselmi 1950; 861)]

I principi di riferimento della politica sociale post-bellica emergono dalle risposte del nuovo dirigente dell'INAM Savoini, (già componente della commissione D'Aragona, e dirigente delle ACLI) nell'intervento al congresso delle ACLI del 1955, alle domande: “*quale politica sociale intendesi fare? La politica per il cittadino o la politica sociale per il lavoratore?*” si rispondeva: “*come porre sullo stesso piano, con gli stessi trattamenti, colui che nega la socialità vivendo da parassita senza lavorare e colui che invece concorre al bene comune con il proprio lavoro? Non può esserci tale eguaglianza.*” Si 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*” Questa posizione era riflessa nella formulazione dell'articolo 38 che aveva respinto 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. Lo sciopero FIAT del 1962 per il rinnovo del contratto fu un successo e alle elezioni delle Commissioni Interne del 1963 la CGIL ottenne alla FIAT la maggioranza relativa. Relativamente ai temi della prevenzione e della previdenza, nel 1964 la FIOM ottenne la vicepresidenza del MALF (Mutua Aziendale dei Lavoratori della Fiat) e con essa l'accesso parziale agli dati relativi alla condizione sanitaria; in quegli anni il fenomeno dell'“assenteismo” aveva spinto le direzioni aziendali a chedere 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. La FIOM chiese un'indagine specifica sulle assenze che evidenziò come essenzialmente correlassero alla distanza da percorrere dal domicilio al posto di lavoro, piuttosto che con la provenienza regionale, tuttavia 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'inserimento dell'obiettivo della salvaguardia della salute nel quadro di una strategia volta a migliorare le condizioni dei lavoratori non solo sul piano della redistribuzione del reddito, ma nella sfera stessa della produzione, riproponeva l'attualità dei temi del controllo e dell'autonomia operaia; temi 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 dell'espansione delle figure 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 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, che compresse di nuovo il potere di acquisto con l'inflazione, che passò dal 4,7 per cento del 1963, al 7,5, un anno dopo.

Inoltre fu insufficiente la riflessione sul ruolo della democrazia: l'allargamento della partecipazione di base alle scelte del sindacato, di cui si discuteva molto sin dal '55, fu considerato a lungo solo uno strumento più efficace di organizzazione del consenso e non una risorsa per il governo della crescente complessità del ciclo produttivo.

Numerosi interventi pubblicati in varie testate facenti riferimento alla Cgil, misero insieme salute ambientale e organizzazione del lavoro, superandone la scissione; 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 solo alcuni dei titoli più esemplificativi degli articoli pubblicati su «Rassegna sindacale», «Quaderni di Rassegna sindacale» e «Rassegna di medicina dei lavoratori» tra la metà degli anni Sessanta e i primi anni Settanta.

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.

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. Ad aggravare la crisi contribuì 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. È il periodo del Piano Solo sotto la presidenza della Repubblica di Segni; quando Nenni dichiarò di avvertire "... il tintinnar di sciabole" ed il PCI avvertì gli attivisti di un possibile "colpo di satana".

Volgeva al termine, in quel 1964, il «boom economico» che si era accompagnato al fenomeno delle grandi migrazioni interne, associato 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 e l'inflazione salì. Intanto 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, portò ad un progressivo intensificarsi del conflitto sociale sia sui posti di lavoro che nella società.

Nel 1965 approda in Italia il fenomeno Beatnik [neologismo dispregiativo per indicare il movimento della Beat Generation, coniato da Herb Caen un colonnista di un giornale di San Francisco sintetizzando il termine Beat uscito nel settembre '57 e il termine Sputnik il satellite lanciato un mese dopo dai russi, alludendo alla lontananza intrinseca dei due fenomeni, ma alludendo anche ad una matrice comunista del movimento, in Italia diventeranno i "capelloni", e si esprimerà come l'insofferenza verso il mito delle tre M (mestiere, moglie, macchina)] che viene alla ribalta con gli scontri di Paiazza di Spagna a Roma, prime avvisaglie di un ancor lontano "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: le morti causate 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%) e quelle dovute a problemi del sistema circolatorio (dal 12,3% al 30%), la tendenza continuerà fino ai giorni nostri.

Sul piano interno 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 della modificazione del sistema di distribuzione, [Sul Corriere della Sera (27/28 novembre 1957) c'è un breve articolo di cronaca che racconta la nascita del primo supermercato italiano a Milano, luogo nel quale i milanesi avrebbero potuto trovare zuppa di canguro, nidi di rondine, pinne di pescecane accanto ai cibi tipici e tradizionali: un modo di “*comperare modernamente*”, recitava l'occhiello] e della pubblicità, nasce Carosello il 03 Febbraio 1957. [saranno prodotti tipici egli anni 50-70 i prodotti plastici: la Formica (la prima versione nasce nel “27 negli USA), ma arriverà da noi solo nel secondo dopoguerra; nel 1954 l'ingegnere chimico italiano Giulio Natta scopre il polipropilene; grazie a questa invenzione vince nel 1963 il Premio Nobel insieme al tedesco Karl Ziegler, che l'anno precedente aveva isolato il polietilene. Il polipropilene diventerà uno dei simboli del “boom economico”, prodotto industrialmente dal 1957 con il marchio “Moplen”; nel 1959 viene inventato il policarbonato, nel 1963 nasce il LEGO]

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 andarono 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, ma soltanto nel 1966 i contratti modificarono la normativa sulle questioni ambientali, rimasta inalterata dal 1948, con l'introduzione di **comitati tecnici antinfortunistici** in alcuni comparti industriali. Questi comitati, variamente denominati, avevano composizione paritetica e compiti circoscritti, di studio e proposta; nel caso dei tessili, addirittura, si limitavano a valutare l'adeguatezza dell'indennità di nocività.

Ciononostante, per le rappresentanze sindacali di fabbrica, costituirono un utile momento di conoscenza e studio delle condizioni ambientali: in molti casi le indagini ambientali che si avviarono nel 1968-69 erano state imposte proprio nell'ambito dei comitati antinfortunistici (Alfa Romeo a Milano; metalmeccanici di Genova, la Solvay di Rosignano, Montedison di Spinetta

Marengo)

Entrano in campo energie nuove in particolare i giovani con le magliette a strisce di moda in quel periodo, fra gli studenti, e l'immigrazione giovanile dal sud verso le grandi aziende del nord industriale. 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. Il sindacato 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 il "gruppo omogeneo" e "l'inchiesta operaia"; esperienza che si concretizza in un gruppo di operai della V Lega di Mirafiori della 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. In termini generali si registrava un peggioramento netto delle condizioni di lavoro in fabbrica e un conseguente «senso di ribellione che pervade le classi lavoratrici, e che è destinato a manifestarsi ed esplodere in lotte sempre più ampie e vigorose»

L'esperienza condiziona 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 ne 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 e salute, saranno in particolare 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 e contro gli infortuni (figlio di un "caduto" sul lavoro e vittima egli stesso di infortunio in cui aveva perso le braccia). Il contributo al dibattito di ciascuno di loro sarà essenziale nel cambiamento di visione che caratterizzerà il passaggio dagli anni della protesta operaia al varo della riforma sanitaria.

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)[V. Petroni, R. Pietropaolo, Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio sanitario nazionale, Roma, Ragnò, 1975, pp. 18-27]. Il Psi propose una idea dettagliata di SSN, sottolineandone il carattere universalista delle prestazioni, la struttura decentrata e ramificata ed il finanziamento tramite tassazione ordinaria [E. Bartocci, I riformismi del Psi nella stagione del centro-sinistra (1957-1968), in I riformismi socialisti al tempo del centro-sinistra (1957-1976), a cura di E. Bartocci, Roma, Viella, 2019]. Anche il Pci dedicò alla riforma sanitaria e alla sicurezza sociale particolare attenzione, come attestano, ad esempio, i lavori del convegno del febbraio-marzo 1963, In quell'occasione fu Berlinguer a spendersi, insieme a Luigi Longo, con una dettagliata relazione sui nodi della riforma sanitaria, nel quadro dell'urgente «attuazione di un sistema di sicurezza sociale». Entrambi gli obiettivi, erano ritenuti «parte integrante e insostituibile di un programma economico», in ordine anche all'efficace redistribuzione del reddito, all'attuazione dell'articolo 3, comma 2 della Costituzione, ed al miglioramento delle condizioni di vita dei cittadini. G. Berlinguer diede vita, divenendone il direttore, alla rivista significativamente intitolata «Rivista italiana di sicurezza sociale», pubblicata dalle Edizioni Scientifiche Leonardo. Ebbe l'incarico dal partito di redigere un rapporto sull'argomento, rapporto che sfociò in un vero e proprio *Schema di Piano Sanitario Nazionale* (1964-1978). Si chiedeva l'istituzione di un Servizio sanitario nazionale, finanziato da tutti i cittadini attraverso le imposte,

capace di garantire protezione sanitaria gratuita, completa a tutta la popolazione e un adeguato sviluppo di attrezzature sanitarie ed igieniche. Capace altresì di consentire – accentuando il carattere preventivo dell'intervento sanitario – una migliore distribuzione dei medici sul territorio e di favorire un alleggerimento dell'apparato burocratico relativo all'assistenza sanitaria. Ci si soffermava inoltre sul settore ospedaliero e farmaceutico (del quale si prospettava una regolamentazione nazionale e pubblica). Il Servizio era pensato come un sistema pubblico unificato, posto sotto la sorveglianza del ministero della Sanità, ma operante a livello locale tramite le Regioni e dotato di una ramificazione territoriale incentrata sulle unità sanitarie locali per l'igiene e la prevenzione. Inoltre, l'istituzione del Servizio, dinnanzi alla frammentata, incoerente e dispendiosa realtà in cui versava allora l'assistenza italiana, si calcolava avrebbe fatto risparmiare cinque miliardi di lire in quattordici anni (1964-78) Il piano fu pubblicato sulla Rivista italiana di sicurezza sociale nel fascicolo luglio-settembre 1963. Nel marzo del 1965 Berlinguer pubblicò la relazione utilizzata per introdurre il disegno di legge "Attuazione dell'art. 32 della Costituzione e istituzione del servizio sanitario nazionale", che il Pci presentò al Senato nel novembre successivo (primo firmatario Antonino Maccarrone); il progetto di legge rimase lettera morta. 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.

Nel 1966, per iniziativa di Gastone Marri [Marri (Massa Lombarda 1921-2006), dirigente dell'Inca-Cgil ed egli stesso medico, fu figura eminente nel periodo più intenso della partecipazione diretta dei lavoratori alle lotte sindacali che migliorarono le condizioni di lavoro. La sua attività è testimoniata da un'amplessissima produzione su questi temi. Segnaliamo, tra le molte, *L'ambiente di lavoro in Italia: l'organizzazione della ricerca «non disciplinare»* (1961-1980), in *Le ricerche per la trasformazione del lavoro industriale in Italia: 1969-1979*, a cura di F. Butera, in «Sociologia del lavoro», 1980, nn. 10-11, pp. 71-149.], nacque presso l'Inca-Cgil il Centro ricerche e documentazione rischi e danni da lavoro (Crd) – dal 1974 struttura della Federazione Cgil-Cisl-Uil. Il Crd, che svolse un ruolo fondamentale di raccolta di informazioni e di elaborazione sul tema della salute dell'ambiente di lavoro, fu a lungo punto di riferimento per tutto il movimento sindacale e per quanti al di fuori del sindacato si impegnarono nelle lotte per la salute e la realizzazione della riforma sanitaria.

Frutto di un impegno collettivo pluriennale, che raccolse l'esperienza di alcuni lavoratori della V Lega di Mirafiori ancora una volta coordinati da Oddone, nel 1969 uscì, 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» [A. Del Re, *L'inchiesta operaia e le forme di riproduzione della forza-lavoro*, in *Rileggere il Capitale*, a cura di C. Giorgi, Roma, manifestolibri, 2018, pp. 65 sgg.] L'indagine si soffermava sulle generali condizioni di lavoro; sugli aspetti organizzativi del lavoro in rapporto alla fatica fisica e a tutti gli elementi considerati stancanti (orari, ritmi, pause, monotonia, ripetitività, responsabilità, pericolosità); sugli effetti dannosi provocati sulla salute degli operai (infortuni, malattie professionali, malattie aspecifiche).

Al contempo, come era avvenuto in analoghe esperienze, l'inchiesta aveva finalità più direttamente politiche, volte a raccogliere informazioni utili ai fini di percorsi di formazione e soggettivazione dei lavoratori/lavoratrici. [La salute nelle fabbriche, a cura di G. Berlinguer, Bari, De Donato, 1969, p. 23]. Fu tra le pubblicazioni sindacali italiane più note (oltre 130.000 le copie diffuse), la dispensa illustrava, anche attraverso una scelta grafica studiata e accattivante, il cosiddetto «modello operaio» di lotta per la difesa della salute, divenne una sorta di vademecum del movimento, non solo in Italia (fu tradotta in diverse lingue, compreso il giapponese), espressione di una nuova cultura della prevenzione e veicolo di crescita culturale e politica per migliaia di lavoratori. Il modello di controllo della nocività individuava 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.[Il «modello operaio» ebbe una eco soprattutto in America Latina, ma anche diversi interventi su prestigiose riviste statunitensi testimoniano la diffusione e l'interesse internazionale per il caso italiano. Per una comparazione con analoghe esperienze maturate negli Stati Uniti, cfr. M. Reich, R. Goldman, Italian Occupational Health: Concepts, Conflicts, Implications, in «American Journal of Public Health», Vol. 74, 1984, No. 9, pp. 1031-1041.]

Negli stessi anni Giulio Maccacaro sviluppa la critica della medicina riconoscendone la natura di classe, basata sui concetti del conflitto uomo-natura, come sorgente della patologia e sulla presunzione di successo basata sullo sviupp tecnologico. 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 esponente emblematica di quella sintesi gramsciana «specialista + politico» di cui il movimento per la riforma sanitaria fu espressione[G. Berlinguer, Introduzione, in La medicina e la società contemporanea. Atti del Convegno promosso dall'Istituto Gramsci: Roma, 28-30 giugno 1967, Roma, Editori Riuniti-Istituto Gramsci, Roma, 1968] – 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 storico, teleologicamente orientato. Parimenti, metteva in discussione altre definizioni consuete della salute: «la salute come rispondenza a un determinato modello ideale, o «normalità»» (e quindi «la malattia come diversità» e «la medicina come restituzione della normalità»), e la salute come «diminuzione della probabilità di sopravvivenza di un determinato individuo». I concetti di normalità e anormalità erano, così, decostruiti a partire da una chiara consapevolezza storico-culturale ed il concetto di sopravvivenza individuale, dalla critica al carattere competitivo e individualista della società capitalista. Qui risiedeva il cuore del suo discorso: una decisa critica alla natura competitivo-produttiva della società (financo al principio mutualistico, il cui senso era stato «quello di proteggere le condizioni di vendita della forza lavoro»). Conti rintracciava nelle contraddizioni del capitalismo la leva della trasformazione del carattere competitivo della medicina, ma anche, più in generale, della società medesima se la società era sede del conflitto tra due diverse tendenze, quella volta allo sfruttamento e quella dello sviluppo delle forze produttive; se a sua volta la medicina era espressione della società nel suo insieme con i suoi antagonismi, la presenza in essa della classe operaia, avrebbe innescato la dialettica da cui scaturivano le possibilità del cambiamento e il confronto con altre culture e società (non capitalistiche), e porre le condizioni perché la medicina diventasse «difesa della vita, amore della vita, dalla parte della vita». Il Servizio sanitario nazionale «proprio per il fatto di garantire la salute di tutti i cittadini», contrastava con «il carattere competitivo della medicina», aprendo lo spazio per lo sviluppo delle attività mediche su un terreno altro[L. Conti, Struttura sociale e medicina, in La medicina e la società contemporanea, cit., pp. 259-279]

Perugia fu sede di un'esperienza tra le più efficaci in Italia e probabilmente nel mondo, grazie alla sinergia creatasi tra figure professionali, amministratori locali, partecipazione cittadina e regionale, sperimentazione istituzionale, saperi medici. Un esperimento preparato da Seppilli e dalla sua equipe fin dagli anni cinquanta nel 1953 su sollecitazione della OMS Seppilli collaborò 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 "Educazione sanitaria". Il "core" della sua ricerca fu l'individuazione dei fattori ambientali sulla salute, ambito allora all'avanguardia, ma centrale rispetto al processo di deterioramento ambientale dovuto agli sviluppi scientifici e tecnologici del capitalismo avanzato. L'accento posto sulle responsabilità e sui compiti del sistema sanitario si accompagnarono ad una nuova visione del concetto di salute, legata alle numerose indagini di gruppo condotte sull'interazione tra salute dell'uomo e gli ambienti/stili di vita e lavoro, nonché alla valorizzazione del momento educativo, preventivo e partecipativo. L'importanza del lavoro dell'"officina umbra" si concretizza in ben cinque convegni in un solo anno dedicati al tema della riforma sanitaria, in particolare quello del luglio 1963 promosso dall'Istituto di Igiene della Facoltà di Medicina di Perugia e della Società Italiana di Igiene dal titolo "Le basi tecniche dell'organizzazione sanitaria" e quello del giugno 1964 su "Unità sanitarie locali e programmazione sanitaria". Di lì a poco, 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 gli stessi criteri, accentuando 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". Quanto discusso nel convegno romano rifletteva l'ampio percorso di elaborazione in corso in quella particolare congiuntura storica, fuori e dentro le Università, nei circuiti culturali più illuminati, negli stessi movimenti di contestazione, nei luoghi di lavoro (la fabbrica), nelle realtà urbane, coinvolti nel ripensamento dei principi e delle strutture portanti dell'assetto socio-economico esistente. Sarà in sostanza l'humus teorico sul quale cresceranno i movimenti di autogestione delle problematiche sanitarie che si esprimeranno con le lotte in fabbrica, ma anche con la stagione dei consultori e della difesa dell'ambiente.

A metà degli anni Sessanta erano dunque già chiari i fondamenti dell'auspicato Servizio sanitario: impiego organico delle moderne tecniche di prevenzione, cura e recupero; sviluppo di attrezzature ospedaliere e ambulatoriali su tutto il territorio nazionale; accentuazione del carattere preventivo dell'intervento sanitario; superamento del principio assicurativo; attribuzione di attrezzature e prestazioni allo Stato tramite ministero della Sanità, Regioni, Province e Comuni. A supporto di questo, Berlinguer citava lotte e istanze che abbracciavano l'intero mondo del lavoro e, forse con troppo ottimismo, quello del personale sanitario. Soffermandosi al contempo su alcuni dei nodi più problematici – la (auspicata) nazionalizzazione dell'industria farmaceutica, la situazione ospedaliera nazionale e le fonti di finanziamento (perorando la causa di una riforma tributaria generale) – le conclusioni vertevano sulla possibilità di un accordo tra ampi strati della popolazione propizio alla rapida riforma sanitaria; sulla possibile utilizzazione di «ingenti risorse economiche e intellettuali» provenienti dal disarmo e «rese così disponibili ai fini del benessere umano»; sulla valorizzazione di quanto messi in moto a livello sindacale, in specifiche realtà di fabbrica, in seno agli enti locali (ai Comuni soprattutto). Era da un incontro tra movimento operaio, «nuova democrazia articolata negli organi di governo locale» e competenza dei medici che poteva, a suo parere, «sorgere quel che di nuovo attende il paese per la tutela della sanità pubblica, nelle fabbriche, in ogni ambiente», per la realizzazione «di una protezione integrale della popolazione» [G. Berlinguer, Relazione, in G. Berlinguer, L. Longo, Riforma sanitaria e sicurezza sociale. Relazione e conclusioni al Convegno nazionale indetto dal Pci (Roma, 28 febbraio, 1°-2 marzo 1963)]

In ambito istituzionale, nell'ottobre 1964, la Commissione per la riforma ospedaliera, presieduta dal clinico chirurgo Achille Dogliotti, perviene a queste conclusioni, avversate da coloro che sostengono che non va fatta la parte prima del tutto: "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”. L'istituzione delle 15 Regioni a statuto ordinario avrà un percorso politicamente accidentato. Dal 1 gennaio 1948 passeranno 16 anni prima che la legge costituzionale 27 dicembre 1963 n. 3, modifichi l'articolo 131 della Costituzione, e 20 anni prima dell'approvazione, passando attraverso una furibonda battaglia parlamentare, della legge 17 febbraio 1968 n.108 “Norme per l'elezione dei consigli regionali delle regioni a Statuto ordinario.” e si arrivi ai consigli eletti con la tornata amministrativa del novembre 1969. Le Regioni a statuto ordinario entreranno in funzione il 1 gennaio 1970. Nel 1968, quindi entreranno, in vigore la legge n. 132 “Enti ospedalieri ed assistenza ospedaliera”, (meglio nota come “legge Mariotti”) 12 febbraio e la legge n.108 “Norme per le elezioni dei consigli regionali delle Regioni a statuto ordinario.” 17 febbraio. A partire anche dalla legge Mariotti, prosegue il dibattito sulla necessità di dare attuazione all'articolo 32 della costituzione e vengono proposti diversi schemi di riforma della sanità, con l'attuazione dell'art 117 ed il passaggio delle competenze in materia di sanità alle costituenti Regioni.

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» [G. Moro, *Anni Settanta*, Torino, Einaudi, 2007]. I protagonisti di questo ordine del discorso provenivano da esperienze comuni sempre più diffuse sul territorio nazionale, in seno alle quali prendeva consapevolezza la nuova riflessione relativa ai nessi tra scienza e potere, una dimensione collettiva della salute, una sperimentazione istituzionale dei servizi socio-sanitari, di 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» [G. Barro, *La qualità della salute. Dalla riforma un nuovo sapere medico*, Roma, Napoleone, 1978, pp. 120 sgg. e 61]

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 e vieta espressamente controlli sanitari da parte dell'azienda sui lavoratori.

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 contro 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). Dove 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'intervento di E. Giovannini, in Dall'ambiente di lavoro al Servizio sanitario nazionale. Dibattiti, in «Quaderni di Rassegna sindacale», IX, gennaio-febbraio 1971, n. 28, pp. 3-4.]

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

E 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», tramite i consigli di Zona, estendendo alla nocività generale delle condizioni di lavoro le singole iniziative prese a livello aziendale [l'intervento di E. Giovannini, in Dall'ambiente di lavoro al Servizio sanitario nazionale. Dibattiti, in «Quaderni di Rassegna sindacale», IX, gennaio-febbraio 1971, n. 28, pp. 3-4.]

Emergeva la chiara indicazione di tenere insieme battaglia sull'ambiente di lavoro e difesa della salute, dentro e fuori la fabbrica. Il che comportava intervenire sull'ambiente di lavoro, ma anche su quello sociale «nelle sue determinazioni concrete – casa, trasporti, servizi sociali», agendo sulle «cause di fondo della malattia», sulle cause cioè, si affermava, «di morte e di vita» [l'intervento di E. Giovannini, in Dall'ambiente di lavoro al Servizio sanitario nazionale. Dibattiti, in «Quaderni di Rassegna sindacale», IX, gennaio-febbraio 1971, n. 38, pp. 3-4.

Così si coglieva anche, seppur indirettamente, un nuovo terreno del conflitto, subentrato in ordine alla ristrutturazione capitalistica e all'«estensione della forza lavoro nel sociale e sul territorio» [L. Falciola, Il movimento del 1977 in Italia, Roma, Carocci, 2016, p. 124.]

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 poplo 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