

Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*

Francesco Taroni**

SOMMARIO: 1. Il Ssn: cigno nero o calabrone? – 2. Le origini istituzionali della riforma. – 3. La stagione dei movimenti. – 4. I contenuti della legge. – 5. I bachi e i buchi della legge. – 6. Le inerzie governative e i ritardi delle Regioni. – 7. La caduta delle illusioni. – 8. Uno sguardo al futuro.

1. Il Ssn: cigno nero o calabrone?

La Legge 23 dicembre 1978 n. 833 di “Istituzione del Servizio sanitario nazionale” costituisce una rottura sul piano politico, istituzionale e giuridico che ha mutato radicalmente la vita materiale ed i diritti sociali e civili degli italiani.

Sul piano giuridico, la legge 833 ha contribuito al “disgelo della Costituzione” indicando nel Servizio sanitario nazionale (Ssn) lo strumento con cui la Repubblica tutela il diritto alla salute in attuazione all’art. 32 della Costituzione. Il primo comma dell’articolo 1 della 833 elegantemente riprende il testo Costituzionale, lasciando pudicamente cadere l’equivoco richiamo alla gratuità riservata agli “indigenti”: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività *mediante il Servizio sanitario nazionale*”. Sul piano politico ed istituzionale, il Servizio sanitario nazionale ha disboscato la “selva mutualistica” originata dalle proposizioni XXVII e XXVIII della Carta del Lavoro del 1927, icona del sistema corporativo e base delle politiche sociali del regime fascista ed implacabile macchina di produzione di diseguaglianze geografiche e sociali in epoca repubblicana. Sul piano dei diritti al tempo stesso sociali e civili, la legge costituiva in diritto di cittadinanza uniforme per tutti gli italiani in eguali condizioni di bisogno

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco. L’articolo è frutto della rielaborazione della relazione dell’Autore al XVI Convegno nazionale di Diritto sanitario dedicato a “Il diritto sanitario e sociosanitario a quarant’anni dalla legge 833”, organizzato il 29 e 30 novembre 2018 ad Alessandria dal CEIMS (Centro d’Eccellenza Interdipartimentale per il Management Sanitario dell’Università del Piemonte Orientale) e dalla SoDiS-Società italiana di Diritto sanitario.

** Professore associato di Medicina sociale nell’Università di Bologna, francesco.taroni@unibo.it.

quello che per oltre 50 anni era stato un beneficio riservato ad una parte dei lavoratori occupati e dei loro famigliari, con prestazioni differenziate per categoria, inquadramento professionale e relazioni di parentela, condizionate ai contributi versati secondo il “principio commutativo” proprio dei sistemi assicurativi. Universalistico ed egalitario nei principi, sul piano istituzionale ed organizzativo la struttura del nuovo Ssn sostituiva le popolazioni virtuali di assicurati delle casse mutue con una specifica comunità territoriale di riferimento governata da un unico organismo, l’Unità sanitaria locale (Usl), che favoriva sia la partecipazione istituzionale sia l’integrazione fra i tre settori incomunicanti in cui era divisa la medicina mutualistica.

Delle origini di questo salto di paradigma possono essere date rappresentazioni molto diverse. Le circostanze che fecero da contesto all’approvazione furono tanto eccezionali da giustificare l’impressione che la legge fosse un puro atto di volontà politica dettato dalle contingenze del momento. La legge fu approvata dopo poche settimane di dibattito parlamentare al finire di un anno eccezionale e difficile che aveva visto, fra l’altro, il rapimento e l’uccisione di Aldo Moro e le dimissioni del Presidente della Repubblica Leone. Lo stato di eccezione portò alla costituzione di alcuni governi anomali per l’affacciarsi del Partito Comunista nell’area di governo, fra cui il IV governo Andreotti definito “della non sfiducia”, un governo monocoloro della Democrazia cristiana con Tina Anselmi Ministro della Sanità, che si reggeva sull’appoggio esterno di tutti i partiti del cd. arco costituzionale, dal Partito Comunista a quello Liberale. L’autore principale della legge fu però il Parlamento che formulò quattro testi che vennero rielaborati e fusi con le proposte di fonte governativa, a partire da quella del Ministro V. Colombo di quattro anni prima. Infine, ma non da ultimo, la riforma fortemente espansiva dei diritti sociali e civili era in controtendenza rispetto ad un’economia nazionale prostrata dal doppio shock petrolifero, quando a livello internazionale era già avviato il ridimensionamento dei sistemi di promozione e protezione sociale, a partire dalla scuola e dalla sanità¹. Malgrado le apparenze, l’istituzione del Ssn non è stata però un cigno nero, un evento puntuale determinato dalla combinazione improvvisa di fatti inattesi. Sia la cronaca che la storia mostrano radici lontane che spiegano i motivi e gli scopi dell’istituzione, ne evidenziano i limiti e permettono una migliore comprensione degli effetti di lungo periodo.

La cronaca della L. 833/78 nella sua forma definitiva è ricompresa nel periodo fra l’estate 1974 e la primavera 1982. La data d’inizio è segnata da quella che Giovanni Berlinguer definì la “battaglia d’agosto” sulla conversione in legge dell’ennesimo decreto per il ripiano dei disavanzi delle mutue che portò alla politicissima decisione di finanziare gli ospedali creditori e non più le mutue debentrici, decretandone il fallimento e preannunciando il loro scioglimento². La legge 386 recava nel titolo anche l’impegno per “l’avvio della riforma”,

¹ OECD, *The welfare state in crisis*, Parigi, 1981.

² G. BERLINGUER, *Una riforma per la salute. Iter e obiettivi del Servizio sanitario nazionale*, Bari, De Donato, 1979.

che venne onorato dal Ministro della Sanità Vittorino Colombo depositando il primo testo di fonte governativa, preceduto da una lunga relazione illustrativa che dava conto della crisi di legittimità prima ancora che finanziaria del sistema delle mutue³. La fase di elaborazione della legge si può definire conclusa soltanto con la legge finanziaria-bis del 1982 che intervenne tanto pesantemente sugli aspetti finanziari che la sua relazione illustrativa ritenne necessario precisare che “il processo di riforma non si arresta ... ma si assesta alle mutate e oggettive condizioni economiche del paese”.

La storia della riforma sanitaria e delle sue idee di giustizia sociale nell'organizzazione della sanità comincia invece con le strade non prese di fronte alle proposte di ricostruzione civile del paese avanzate nei primi anni del secondo dopoguerra e continua tutt'ora ... Nelle ragioni del quieto abbandono di tutti i propositi di cambiamento del regime sanitario ereditato dal fascismo, da quelle più radicali di Augusto Giovanardi alle tesi timidamente riformiste della Commissione D'Aragona⁴, stanno le radici del lungo freddo che ha prima portato a trapiantare nell'ordinamento dell'Italia Repubblicana le Casse Mutue e ha poi assicurato il loro dominio incontrastato sulla politica sanitaria fino all'agosto 1974, quando crollarono sotto il peso dei loro debiti e della crisi di legittimità sociale⁵. Il periodo del centrismo e gli anni del miracolo economico videro l'espansione del sistema delle mutue che moltiplicò enti e categorie in armonia con le basi particolaristico-clientelari del nascente sistema nazionale di welfare. La crescita della “selva mutualistica” avvenne all'ombra dell'INAM il cui strapotere per numero di iscritti, patrimonio finanziario e influenza politica non fu intaccato neppure dalla istituzione nel 1958 del Ministero della Sanità, un'implicita sfida cui l'INAM rispose nel 1959 con una autocratica autoriforma che ne ribadiva autonomia e preminenza, tanto da avvalorare la tesi secondo cui “il vero Ministro della sanità è il presidente dell'INAM”⁶. I governi di Centro-sinistra degli anni '60 elaborarono ambiziosi programmi di riforma “di struttura”, come i Piani Giolitti e Pieraccini, in competizione con le proposte di semplice riordino amministrativo elaborate con il supporto autorevole del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro, all'epoca tenace sostenitore del regime mutualistico fino ad entrare in aperto contrasto con la Presidenza del Consiglio. L'unico prodotto in ambito sanitario degli anni della “illusione riformista”⁷ fu la riforma ospedaliera Mariotti del 1968, una risposta parziale alle istanze di modernizzazione portate anche in ambito sanitario dalla rivoluzione dei consumi (e dei costumi) prodotto del miracolo economico. Al momento del loro scioglimento le 782 Mutue per le malattie cd. “comuni” (che escludevano la tubercolosi “in forma attiva”, affidata all' Inps, gli infortuni e le malattie

³ MINISTERO DELLA SANITÀ - CENTRO STUDI, *L'istituzione del Servizio sanitario nazionale*, Roma, 1977.

⁴ L. D'ARAGONA, *Orientamenti programmatici della riforma della previdenza sociale*, in *Previdenza Sociale*, 1947, n. 6, pp. 201-205.

⁵ F. TARONI, *Politiche sanitarie in Italia*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 2011, pp. 39 ss.

⁶ S. DELOGU, *Sanità pubblica, sicurezza sociale e programmazione economica*, Torino, Einaudi, 1967.

⁷ S. LANARO, *Storia dell'Italia Repubblicana*, Padova, Marsilio, 1997.

professionali, competenze dell'Inail oltre alle condizioni psichiatriche e ad alcune malattie dichiarate "sociali", affidate alle provincie) assicuravano oltre il 92% della popolazione italiana, garantendo una copertura pressoché' universale in estensione ma diseguale per tipologia di prestazioni assicurate e contributi assicurativi fra enti, categorie, inquadramenti professionali e persino fra iscritti principali e loro familiari. Le differenze nella struttura occupazionale fra un Nord industriale e un Sud agricolo trasferivano sul piano geografico le differenze sociali nella copertura assistenziale che, unitamente all'ineguale distribuzione dell'offerta ospedaliera di più antica origine, contribuirono a creare un apparato assistenziale grottescamente distorto a favore della parte più sviluppata, ricca e sana del paese, una rappresentazione icastica della inverse care law⁸. L'apparato produttivo, cresciuto in assenza di un disegno organizzativo, era frammentato fra le attività di prevenzione svolte dagli Uffici di igiene dei Comuni e ai Laboratori delle Provincie, l'assistenza medica di base, affidata a liberi professionisti convenzionati con i Comuni come medici condotti e con le singole Mutue come "medici della mutua", l'assistenza specialistica ambulatoriale, prodotta da medici convenzionati in poliambulatori direttamente gestiti dalle mutue più grandi e quella ospedaliera attraverso enti ospedalieri autonomi sotto il controllo dei Comuni o di enti religiosi. Complessivamente, prima ancora di porsi il problema della imprescindibile necessità di un decoroso livello di integrazione organizzativa, finanziaria e professionale, il banale dovere amministrativo di gestire oltre 130.000 convenzioni con altrettanti soggetti diversi.

È questo il lascito con cui si trovò a fare i conti il nuovo Ssn, alle prese con gli immani problemi relativi a principi, organizzazione e banale amministrazione creati dal regime mutualistico fra il 1927 ed il 1974. La risposta fu il disegno di un sistema che fissava obiettivi e stabiliva criteri di organizzazione molto alti ("della stoffa di cui sono fatti i sogni" li definì Larry Brown⁹ e ponevano compiti difficili per l'attuazione, che erano ben presenti ai legislatori. Le difficoltà si rivelarono tuttavia superiori alle pessimistiche previsioni. Ambiguità e incompletezze della legge istitutiva, frutto dell'approssimazione e dei compromessi opachi negoziati per assicurarne finalmente l'approvazione; la polverizzazione della vasta ed eterogenea coalizione riformista che l'aveva sostenuta ed il mutamento del quadro politico generale, che ne affidava l'attuazione ad un esponente del partito che l'aveva bocciata in parlamento; inerzie governative e delle regioni e, non da ultimo, il nuovo clima politico internazionale determinata dall'ascesa di Margaret Thatcher e di Ronald Reagan hanno contribuito a realizzare quella immagine di successo ideale e di fallimento pratico con cui viene spesso percepita la legge. I tre grandi cambiamenti della aziendalizzazione, regionalizzazione e privatizzazione introdotti dalla "riforma della riforma" Amato-De Lorenzo del 1992 sono stati presentati come le soluzioni necessarie per risolvere i problemi emersi

⁸ J.T. TUDOR HART, *The inverse care law*, in *Lancet*, 1971, pp. 405-412.

⁹ L.D. LARRY BROWN, *Health reform, italian style*, in *Health Affairs*, n. 3, pp. 75-101.

con l'attuazione della 833. L'aziendalizzazione della gestione e la regionalizzazione del governo sono rimasti tratti fondamentali del Ssn, pur con vari aggiustamenti a cominciare dalla revisione della legge Bindi del 1999 che, richiamandosi espressamente ai principi del 1978, ha invece rimosso gli strumenti per la privatizzazione, rimasta tuttavia come un'aspirazione mai completamente sopita pronta a riemergere ad ogni crisi finanziaria. Infine, la modifica del Titolo V della Costituzione entrata in vigore a seguito del referendum confermativo nel 2001, ha nuovamente riproposto il tema irrisolto delle relazioni fra i livelli di governo della Repubblica sotto il riduttivo aspetto del riparto delle competenze. La definizione del nuovo ambito della "tutela della salute" ha paradossalmente aumentato le incertezze sui confini ed ha segnato la fine dei grandi disegni di riforma a livello nazionale lasciando il campo a leggi regionali di organizzazione con cui alcune Regioni hanno nuovamente fatto della sanità il terreno privilegiato della loro connotazione identitaria, spesso in competizione fra loro e con il governo centrale¹⁰ rimettendo inevitabilmente in moto il pendolo del regionalismo sanitario, fra le istanze centralizzatrici del referendum del 2016 e la recente ripresa del secessionismo. In questo senso esiste una continuità logica fra le soluzioni che l'istituzione del Ssn riteneva di dare ai problemi creati dal regime delle mutue ed i nodi attorno a cui si aggroviglia la fitta trama delle questioni attuali.

2. Le origini istituzionali della riforma

Gli obiettivi generali di quella che è rimasta la riforma sanitaria per antonomasia si indirizzavano da un lato alle manchevolezze istituzionali, organizzative e finanziarie del regime delle mutue e, dall'altro, manifestavano una grande attenzione ai temi della giustizia sociale, dell'equità e dello sviluppo. A queste due categorie generali possono essere ricondotte sia la duplice origine della riforma sia l'oggetto delle sue disposizioni relative a principi generali e assetti organizzativi.

Se la crisi finanziaria degli enti mutualistici e ospedalieri agì da catalizzatore, l'istituzione delle Regioni, un nuovo soggetto istituzionale che rivendicava il trasferimento delle funzioni statali in materia di "assistenza sanitaria ed ospedaliera" in attuazione dell'art. 117 della Costituzione fu l'evento politico ed istituzionale di rottura. La loro irruzione sulla scena politica nazionale permise infatti di superare lo stallo determinato dal "triangolo di ferro" composto dagli enti mutualistici, dagli enti ospedalieri e dai medici che aveva dominato l'organizzazione dell'assistenza sanitaria nei primi 30 anni di vita repubblicana e rispetto a cui lo Stato aveva esercitato solo un ruolo di conciliazione e di finanziatore di ultima istanza. Fin dalla loro istituzione, i governi regionali avevano assunto una linea

¹⁰ R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in *Quaderni Regionali*, 2002, pp. 65-85; R. BALDUZZI, *Esiste ancora un Servizio sanitario nazionale?*, in AA.VV., *Il governo della salute. Regionalismo e diritti di cittadinanza*, Roma, Formez, 2005.

politica unitaria a favore della rapida approvazione di una legge generale di riforma della sanità tenacemente ma inutilmente sostenuta dal Ministro Mariotti. Le Regioni non si limitarono tuttavia ad agire da stimolo al governo né a gestire le competenze sulla programmazione ospedaliera prima e sullo scioglimento delle mutue poi. Senza attendere i decreti di formale trasferimento delle competenze, alcune Regioni intrapresero iniziative autonome, emanando leggi di settore che sviluppavano nuovi modelli di organizzazione e servizi innovativi, nati da sollecitazioni dei movimenti e/o da esperienze degli enti locali, spesso diffusi a Regioni a diversa direzione politica e talora trasferiti alla legislazione nazionale. È il caso ad es. dei Consorzi sanitari di zona (CSZ) per la gestione associata dei comuni delle loro tradizionali competenze di igiene pubblica, ambientale e di medicina del lavoro che, nati nel 1972 in Lombardia, hanno costituito il nucleo primitivo da cui si sono sviluppati soprattutto in Toscana ed Emilia-Romagna, i Consorzi socio-sanitari anticipatori delle Unità sanitarie locali¹¹ La volontà innovatrice ed il fine ultimo di queste iniziative è meglio esemplificata dalla legge lombarda di istituzione dei Comitati sanitari di zona (L.5 dicembre 1972 n.37) che all'art.1, mentre ne decreta l'istituzione, contemporaneamente stabilisce la loro decadenza automatica "all'atto della istituzione delle Unità sanitarie locali", precisando (art.2) che il loro compito è di avviare e favorire "la partecipazione delle Comunità locali alla preparazione della riforma sanitaria". La permeabilità alle istanze "dal basso" e la capacità innovativa sul piano dei modelli organizzativi e della produzione legislativa, anche a fronte della diffidenza dei movimenti e delle resistenze di una burocrazia centrale recalcitrante, avvicina le Regioni italiane nei primi anni della loro istituzione al ruolo di "laboratori di democrazia" pensati da Louis Brandeis per gli Stati americani che "sperimentano nuovi esperimenti sociali ed economici, senza porre a rischio il resto del paese" e giustificano l'affermazione di Putnam secondo cui l'istituzione delle Regioni è stata "l'innovazione più significativa della politica italiana in più di trent'anni di Repubblica"¹². L'accorta gestione politica della fortuita circostanza dell'urgenza di far fronte all'ennesima crisi finanziaria degli enti mutualistici e la presenza di un nuovo soggetto istituzionale come le Regioni aprì una finestra di opportunità per quella riforma complessiva dell'assistenza sanitaria che era stata ripetutamente annunciata ma continuamente rinviata per oltre un decennio. Ma il contenuto della riforma aveva radici più profonde che risalivano ai dibattiti del secondo dopoguerra per i temi di giustizia sociale e di democrazia e alle idee elaborate durante la "stagione dei movimenti" degli anni '60 e '70 che contribuirono alla modernizzazione del paese e delle sue istituzioni.

¹¹ F. TARONI, *Salute, sanità e regioni in un Servizio sanitario nazionale*, in M. SALVATI, L. SCIOLLA, *L'Italia e le sue regioni. L'età repubblicana*, Vol. I, Roma, Istituto dell'Enciclopedia Treccani, pp. 411- 428.

¹² R.D. PUTNAM, R. LEONARDI, R.Y. NANETTI, *Explaining institutional success: the case of Italian regional government*, in *American Political Science Review*, 1983, pp. 55-74.

3. La stagione dei movimenti

Secondo Giovanni Berlinguer per la istituzione del Ssn “il vero motore fu il popolo che in quegli anni diede una spinta decisiva nella battaglia dei diritti“. L'affermazione colloca la legge di riforma sanitaria nel contesto di una serie di leggi che nei settori più diversi, come scuola, lavoro, fisco e famiglia, furono promosse da ampi movimenti di opinione e modificarono profondamente sia i diritti sociali e civili degli italiani che le istituzioni dello Stato contribuendo grandemente alla loro modernizzazione. Da questo punto di vista i lunghi anni '70 sono stati anche uno dei periodi più intensi e dinamici nella vita sociale, politica ed istituzionale del paese, magistralmente descritti da Alberto Arbasino come “il decennio delle illusioni, della caduta delle illusioni, della distanza vertiginosamente decrescente fra l'ascesa e la caduta delle illusioni”¹³.

I temi della salute erano uno dei più frequenti terreni d'incontro fra istituzioni e movimenti in esperienze che combinavano attenzione alle sollecitazioni internazionali, organizzazione autonoma di pratiche autogestite e esercizio di una pressione dal basso per definire l'agenda politica ed imporre cambiamenti radicali ad istituzioni che si dimostrarono permeabili sia a livello locale che regionale e nazionale. Caratteristica peculiare del protagonismo dei movimenti emergenti per il riconoscimento di diritti ad un tempo sociali e civili era di porre una domanda collettiva di riforme istituzionali e, contemporaneamente, di affermarne l'esercizio autonomo attraverso l'azione diretta da parte di gruppi auto-organizzati che si presentavano non raramente come soggetti di pratiche “alternative”. Un tramite frequente per l'istituzionalizzazione dei temi sollevati dai movimenti era rappresentato dalle organizzazioni sindacali che agirono da sollecitazione per i partiti politici, con cui si trovarono non raramente in competizione, e da stimolo per i governi a livello regionale e nazionale, con cui sottoscrissero ben due accordi per l'attuazione della riforma sanitaria. Un esempio della peculiare permeabilità delle istituzioni a pratiche adattate e rielaborate da esperienze straniere, in genere nordamericane e spesso presentate come alternative è offerto dallo sviluppo del movimento delle donne che ha avuto un ruolo centrale nelle diverse leggi regionali e nazionale per la maternità “libera e responsabile”. E' infatti alle peculiarità del movimento femminista, sviluppatosi in Italia “nelle maglie della politica”¹⁴ che si deve la diffusione e la rielaborazione di idee di provenienza internazionale (come ad es. il volume *Noi e il nostro corpo* in origine un manuale di autogestione del gruppo femminista di Boston)¹⁵, la loro trasformazione in pratiche autogestite spesso presentate come alternative alla medicina tradizionale, che le diffondevano attraverso servizi come i

¹³ A. ARBASINO, *Un paese senza*, Milano, Garzanti, 1980.

¹⁴ Y. ERGAS, *Nelle maglie della politica. Femminismo, istituzioni e politiche sociali nell'Italia degli anni '70*, Milano, Franco Angeli, 1986.

¹⁵ THE BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE, *Our bodies, Ourselves*, New York, 1971 (trad. it., *Noi e il nostro corpo. Scritto dalle donne per le donne*, Feltrinelli, Milano, 1974).

Consultori a platee più ampie, con l'intermediazione – spesso vista con sospetto – delle organizzazioni sindacali e dei partiti ed infine codificate in leggi regionali e nazionali, non raramente considerate inadeguate ed insufficienti se non come un tradimento dei significati originari.

Sul piano più strettamente culturale, il contesto internazionale offriva una serie variegata di analisi del ruolo e del significato della medicina nella società moderna che andavano dal furore iconoclastico di Ivan Illich¹⁶ alla tesi di McKeown¹⁷ del modesto contributo della medicina alla salute della popolazione. La distinzione fra criteri di efficacia nel miglioramento delle condizioni di salute e requisiti di efficienza e di economicità nella valutazione delle scelte organizzative ed assistenziali molto più che non i limiti della scientificità della medicina per la larga diffusione di pratiche di non provata efficacia e, viceversa, per la mancata adozione di interventi di provata efficacia fu il criterio predominante sotto cui venne letto il diffusissimo libro di Cochrane, pubblicato in Inghilterra nel 1972 ed apparso in edizione italiana solo nel 1978 con il fuorviante titolo “L’inflazione medica”¹⁸ in una fortunata collana, *Medicina e Potere*, edita da Feltrinelli e curata da Giulio Maccacaro¹⁹. Una ricca elaborazione teorica originale attenta agli sviluppi culturali e scientifici internazionali derivava anche dal peculiare intreccio fra malattie della miseria e disastri del progresso, catturata dal titolo “Malaria Urbana” della raccolta di saggi di Giovanni Berlinguer pubblicato nel 1976. L’anacronistica epidemia di colera che aveva colpito Napoli e Bari nel 1973 e la modernissima nube tossica di Seveso per lo scoppio del reattore dell’ICMESA evidenziavano lo stato deficitario della sanità pubblica in tutte le aree del paese ed il perdurare delle differenze fra Nord e Sud, attirando l’attenzione su problemi di equità delle condizioni di salute e sui suoi rapporti con lo sviluppo economico posti dall’Oms al centro della nuova strategia di Alma Ata, accanto a quelli delle disparità nell’accesso alle prestazioni evidenziati dall’analisi del regime mutualistico.

4. I contenuti della legge

Il lungo articolato della L.833/78 si proponeva di approntare soluzioni ad entrambi questi ordini di problemi statuendo principi generali, indicando obiettivi specifici e disponendo disegni organizzativi sul piano della programmazione, della organizzazione e del finanziamento del sistema. I principi fondamentali ed i criteri di organizzazione del nuovo sistema

¹⁶ I. ILLICH, *Limits to medicine. Medical nemesis. The expropriation of health*. London, Marion Boyars, 1976.

¹⁷ T. MCKEOWN, *The role of medicine. Dream, mirage or nemesis?*, London, Nuffield Provincial Hospital Trust, 1976 (trad.it. *Il ruolo della medicina. Sogno, miraggio o nemesi?*, Palermo, Sellerio 1978).

¹⁸ A.L. COCHRANE, *Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services*, London, Nuffield Provincial Hospital Trust, 1972 (trad.it. *L’inflazione medica. Efficacia ed efficienza nella medicina*, Milano, Feltrinelli, 1978).

¹⁹ G.A. MACCACARO, *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976*, Milano, Feltrinelli, 1979.

che si intendeva creare. Una strategia definita “*blueprint*” dai testi classici²⁰ che avrebbe dovuto portare ad un cambiamento accuratamente pianificato secondo percorsi predefiniti che tradiva una incondizionata fiducia nelle capacità di programmazione e nei poteri di attuazione ma quanto mai idonea anche a coalizzare resistenze e facile preda dell’inerzia burocratica.

Un elemento pervasivo per quanto mai affermato esplicitamente come tale era la declinazione del principio dell’universalismo equitativo che rispondeva sia a principi di giustizia sociale che interpretava la salute (o, quantomeno, l’accesso ai servizi sanitari) come un diritto di cittadinanza sia all’esigenza di estendere la copertura a tutta la popolazione unitamente a quelli di uniformità (una risposta alla diversità delle prestazioni fra categorie professionali) e di globalità dell’intervento, che avevano anche lo scopo di porre fine alla antica distinzione fra le malattie comuni e le altre e ad integrare organizzativamente e professionalmente i circuiti separati della medicina mutualista. Gli articoli che componevano il nucleo essenziale della legge riflettevano con formulazioni spesso felici i principi fondamentali che si erano affermati nel corso del trentennale dibattito combinandoli con criteri di organizzazione spesso ambigui e talora contraddittori che configuravano un provvedimento alto nei principi, approssimativo in molti aspetti del disegno organizzativo e che si sarebbe rivelato molto problematico nell’attuazione.

Il primo periodo dell’art. 1 attribuiva al Ssn il compito di dare attuazione all’art. 32 della Carta Costituzionale: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo ed interesse della collettività, *mediante il Servizio sanitario nazionale*”. La trasposizione letterale dell’art. 32 nel testo della legge di riforma segnava la sua vittoria contro l’art.38 che aveva retto il regime delle mutue per i primi 30 anni della Repubblica. Seguendo l’articolo 32 Cost. (inserito nel titolo II della Carta, relativo ai Rapporti Etico-sociali) il nuovo sistema sanitario assumeva a fondamento il diritto di tutti i cittadini alla protezione della salute non quello previsto dall’art.38 (appartenente al titolo III dei Rapporti Economici) che tutela i lavoratori dal rischio di perdere la propria capacità lavorativa ed assicura agli indigenti una qualche forma di assistenza. Il contrasto fra le due impostazioni non si limitava ad astratte minuzie giuridiche ma esprimeva sostanziose discriminanti materiali ed aveva importanti conseguenze sulla struttura generale del sistema di welfare italiano. La contrapposizione fra il trattamento da riservare ai lavoratori opposti ai “parassiti” era stato uno degli argomenti più frequentemente utilizzati per negare non solo la problematicità delle differenze sostanziali fra l’assistenza mutualistica e la carità legale dei Comuni agli iscritti nella loro lista dei poveri, ma anche l’uguaglianza di trattamento fra le Casse mutue. Nelle sue vesti di direttore generale dell’Inam, Savoini da un lato si chiedeva ad esempio “come porre sullo stesso piano con gli stessi trattamenti, colui che nega la socia-

²⁰ C.H. TUHOY, *Accidental logics. The dynamics of change in the healthcare arena in the United States, Britain and Canada*, Oxford, Oxford University Press; cfr. anche F. TARONI, *Politiche sanitarie in Italia. Il future del SSN in una prospettiva storica*, 2011, Roma, Il pensiero scientifico, pp. 12 ss.

lità vivendo da parassita senza lavorare e colui che invece concorre al bene comune con il proprio lavoro? Non può esserci tale uguaglianza “e, dall’altro, sosteneva la programmatica disuguaglianza nell’accesso alle prestazioni e, di conseguenza, nei risultati finali, in quanto il diritto individuale non poteva non trovare un limite nello status, anche economico, antecedente l’episodio di malattia²¹ Sul piano della struttura generale del sistema di welfare invece, l’adozione dei principi dell’universalismo equitativo il Servizio sanitario nazionale si affrancava radicalmente dal carattere particolaristico-categoriale degli altri settori del welfare realizzando uno strappo che non si sarebbe più ricomposto.

Il testo di legge prosegue con la puntuale indicazione dei soggetti istituzionali interessati all’attuazione del SSN (“l’attuazione del SSN compete allo Stato, alle Regioni e agli Enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini”), esplicitando il riferimento alla Repubblica già presente nel testo costituzionale, cui aggiungeva quello al principio della partecipazione, che può essere letto sia come un portato della (o una concessione alla) “stagione dei movimenti” sia come la diluizione di un eccessivo statalismo. Con le nuove disposizioni, mentre lo Stato dismetteva il tradizionale ruolo passivo di mediatore di interessi e di composizione dei periodici conflitti fra mutue, medici ed ospedali, tutti i livelli di governo della Repubblica assumevano responsabilità dirette nel finanziamento, programmazione e gestione del nuovo sistema. La legge 833 era netta nell’attribuire allo Stato la direzione della politica sanitaria della nazione con il Piano sanitario nazionale ed il suo finanziamento attraverso la fiscalità generale; alle Regioni la programmazione ed il coordinamento, anche per via legislativa, di tutti gli interventi sanitari, ospedalieri, territoriali e di sanità pubblica; ai Comuni le responsabilità dirette di gestione delle Usl, in ragione delle funzioni amministrative a loro già riconosciute anche in campo sanitario.

La definizione del Ssn come “il complesso delle funzioni, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica” (terzo comma, art. 1 della L. 833) dava una veste organizzativa al principio della globalità degli interventi creando le condizioni per l’integrazione organizzativa e professionale e richiamando la definizione di salute adottata dall’OMS come benessere fisico e psichico della persona. Il richiamo a garantire l’uniformità dell’accesso alle prestazioni “senza distinzioni di condizioni individuali e sociali e secondo modalità che assicurino l’eguaglianza dei cittadini nei confronti dei servizi” (art. 1) costituiva infine la risposta equitativa a parità delle condizioni di bisogno alle differenze fra persone appartenenti a settori economici e a categorie professionali diverse operate dal regime delle mutue.

Le differenze sociali fra le categorie professionali degli assicurati e le disuguaglianze geografiche nella quantità e nella qualità dell’offerta prodotte dal regime delle mutue erano affrontate sul piano dell’offerta, dell’accesso, del finanziamento, delle prestazioni e delle condizioni di salute, che riflettevano le istanze di universalizzazione dei diritti e di unifor-

²¹ V. SAVOINI, *Intervento*, in Atti Convegno Nazionale ACLI, Roma, 1955.

me esigibilità delle prestazioni secondo i principi fondamentali del Ssn. Mentre l'art. 2 prevedeva infatti il "superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni sociosanitarie del paese", l'art. 3 stabiliva che "la legge dello Stato [...] fissa i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantiti a tutti i cittadini" e l'articolo 4 (rubricato "Uniformità delle condizioni di salute sul territorio nazionale") affidava allo Stato il compito di dettare "norme dirette ad assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi per tutto il territorio nazionale". L'art. 51 infine disponeva un processo di riequilibrio basato su indici e standard di finanziamento per la spesa corrente e per la spesa in conto capitale per cui "tali indici e standard devono tendere a garantire i livelli di prestazioni sanitarie [...] in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, eliminando progressivamente le differenze strutturali e di prestazioni fra le Regioni".

Sul piano istituzionale, la riforma enunciava un grandioso progetto di integrazione verticale completa su base territoriale sotto l'unica proprietà pubblica del Ssn di tutti i servizi e gli enti erogatori di prestazioni sanitarie, inclusi gli enti ospedalieri che perdevano personalità giuridica e autonomia finanziaria per diventare strutture operative delle Usl. La qualificazione dell'Usl come "il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei Comuni, singoli o associati, e delle Comunità montane, i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del Ssn" (art.10) era una risposta alla frammentazione organizzativa del sistema delle mutue che, per la prima volta, assumeva come riferimento una comunità territorialmente definita, assicurando una base materiale agli interventi di prevenzione ambientale ed ai processi di partecipazione democratica, sia istituzionale che popolare.

L'obiettivo di realizzare l'equità fiscale colmando le sperequazioni fra settori e fra categorie del periodo mutualistico prevedeva il passaggio da un sistema contributivo basato su criteri di proporzionalità ad un finanziamento attraverso la fiscalità generale fondato sul principio di progressività che sarebbe però stato attuato soltanto negli anni '90²². Per il finanziamento delle Usl, la legge istituiva un sistema "a cascata" in cui il governo determinava annualmente l'ammontare complessivo delle risorse da iscrivere nel bilancio dello Stato entro la prospettiva triennale stabilita dal Psn e indicava la sua ripartizione fra le Regioni, anche a fini di riequilibrio fra nord e sud del paese ("tenuta presente l'esigenza di superare le condizioni di arretratezza socio-sanitaria che esistono nel paese, particolarmente nelle regioni meridionali", come si esprimeva l'art. 53). I poteri di spesa erano invece affidati alle Regioni, attraverso le scelte di programmazione dei servizi e di indirizzo delle attività, ma soprattutto alle Usl cui spettava la gestione delle attività correnti.

²² N. DIRINDIN, *Chi paga per la salute degli italiani?*, Bologna, Il Mulino, 1996.

5. I banchi e i buchi della legge

La numerosa schiera dei sostenitori della riforma che vedevano nell'istituzione del Ssn principalmente un'occasione di modernizzazione della amministrazione dello stato lamentavano che "mentre i principi fondamentali su cui basare il nuovo sistema sanitario hanno costituito il condimento d'obbligo di qualsiasi discorso in tema di sanità, scarsissima attenzione è stata rivolta alle implicazioni di tali principi, cioè ai problemi che la loro attuazione comporta"²³. In un articolo pubblicato da *Le Scienze* nel 1974, Lucio Rosaia aveva preconizzato che nella discussione parlamentare per l'approvazione della legge di riforma sanitaria "l'epicentro dello scontro fra il partito riformatore ed il partito conservatore sarà rappresentato dal disegno istituzionale del nuovo organismo sanitario ed in particolare da questi temi: i rapporti fra Regione e Comuni, la personalità giuridica delle Unità sanitarie locali, la dimensione territoriale di queste ultime"²⁴. La sensata previsione fu completamente smentita dai fatti²⁵. Molti di questi temi si sarebbero tuttavia rivelati nodi fondamentali su cui si sono concentrate le riforme e le controriforme che hanno attraversato i 40 anni successivi della turbolenta vita del Ssn: la forma delle relazioni fra Stato, Regioni e Comuni, gerarchica o cooperativa; la natura delle Usl, l'oggetto misterioso della riforma per stato giuridico e dimensioni; la qualificazione dell'universalismo, cui l'imposizione di crescenti compartecipazioni al costo delle prestazioni imponeva una torsione selettiva.

Se la legge chiamava giustamente in causa tutti i soggetti di governo della Repubblica il suo dispositivo definiva un Ssn che poteva essere plausibilmente interpretato sia come un'organizzazione unitaria su tre livelli ordinati gerarchicamente sia come un sistema multilivello governato da soggetti con pari autonomia politico-istituzionale che operavano entro indirizzi generali definiti congiuntamente in opportuni luoghi di concertazione delle politiche. In pratica, il decentramento affermato nei principi, già difficile per le rudimentali relazioni previste fra i soggetti del governo, era definitivamente schiacciato dal disegno di programmazione e, soprattutto, di finanziamento "a cascata" che risultava per di più esaltato dalla riforma fiscale fortemente centralizzata dei primi anni '70. Ne risultava un sistema di finanza derivata che dissociava i poteri di spesa da quelli di prelievo e di finanziamento e poneva delicati problemi di responsabilizzazione degli agenti di spesa, rappresentati principalmente dai Comuni, cui spettava il controllo della gestione delle Usl. Gli strumenti per il controllo della spesa costituivano uno dei punti di maggiore debolezza della legge di riforma, il male neppure tanto oscuro di cui la riforma era "malata"²⁶. L'eliminazione del tetto del 6,5% del PIL come vincolo esogeno alla spesa sanitaria chiesto dal Ministero

²³ *Ibidem*.

²⁴ L. ROSAIA, *Tre fondamentali esigenze per un Servizio sanitario nazionale*, in *Le Scienze*, 1974, n. 73, pp. 38-43.

²⁵ V. PETRONI, *Il Servizio sanitario nazionale*, Quaderni dell'EPACA, 1979, n. 12, Roma.

²⁶ F. CAVAZZUTI, S. GIANNINI, *La riforma malata: un servizio sanitario da reinventare*, Bologna, Il Mulino, 1982.

del Tesoro ma invisibile a tutte le forze politiche malgrado la precaria situazione economica generale aveva lasciato come unico strumento per l'equilibrio di bilancio il ricorso alla compartecipazione al prezzo delle prestazioni da parte degli utilizzatori, espressamente indicata come una delle fonti di finanziamento del Ssn (art. 57), che sarebbe stata largamente utilizzata negli anni '80 e costituisce tutt'ora uno dei tratti più discussi delle caratteristiche del Ssn nominalmente gratuito al momento del consumo. In assenza di luoghi deputati alla concertazione delle politiche sanitarie le relazioni istituzionali fra governi regionali e governo nazionale si espressero principalmente attorno alle politiche di bilancio decise unilateralmente in occasione della annuale legge finanziaria (oggi, di bilancio) per cui i provvedimenti per il controllo della spesa sanitaria assunti dal governo centrale con lo scopo di ridurre le disponibilità delle Usl finirono per comprimere significativamente le competenze delle Regioni²⁷.

La definizione della natura delle Usl e l'individuazione delle loro dimensioni ottimali erano strettamente intrecciati al nuovo ordinamento dei poteri locali che stava prendendo forma in quegli anni alla ricerca di un equilibrio fra economie di scala ed istanze di partecipazione. Le proposte dei partiti sulla natura delle Usl oscillavano fra un nuovo soggetto istituzionale con personalità giuridica propria ed autonomia amministrativa, un organo strumentale dei Comuni singoli od associati ed un organismo della Regione. Nell'impossibilità di arrivare ad una accettabile composizione fra le tesi degli alfiere delle regioni ed i sostenitori dei comuni (una divisione che si sarebbe prospettata anche successivamente a bloccare i lavori parlamentari) la questione fu aggirata con l'adozione di una anodina definizione della Usl come "complesso dei servizi", trasformandola nell'"oggetto misterioso" su cui ironizzò il dibattito parlamentare. Venne invece ignorato il problema delle sue dimensioni che, indicate fra 50.000 e 200.000 abitanti, modificabili in ragione delle caratteristiche locali vennero di fatto lasciate alla determinazione delle singole regioni. La scelta di privare della secolare autonomia gli enti ospedalieri e di includerli nell'ambito delle Usl fu invece, alla fine, netta ed inequivoca sia dal punto di vista organizzativo ("gli stabilimenti ospedalieri sono strutture della USL", art.17) che da quello istituzionale, con la soppressione della loro personalità giuridica ed il trasferimento del patrimonio ai Comuni. L'imponente processo di nazionalizzazione degli enti ospedalieri attraverso la loro inclusione nelle Usl costituì tuttavia un compromesso dell'ultimo momento fra ipotesi alternative che avevano attraversato tutti i partiti e si rivelò assai fragile, costituendo assieme ai temi altrettanto cruciali della natura e delle dimensioni delle Usl uno degli argomenti centrali del dibattito dei successivi 40 anni, a cominciare da quello degli anni '80 che sarebbe stato risolto con l'aziendalizzazione delle Usl e lo scorporo degli ospedali.

²⁷ E. BUGLIONE, G. FRANCE, *Skewed fiscal federalism in Italy: implications for public expenditure control*, in *Public Budgeting and Finance*, 1983, pp. 43-63.

Il tema del governo delle Usl era naturalmente intrecciato a quello sulla loro natura. Il Parlamento espresse una ferma posizione contraria ad una “gestione per esperti” a tutti i livelli del nuovo sistema sanitario, resistendo anche alle sollecitazioni provenienti dalla Federazione degli Ordini dei Medici che rivendicava un ruolo significativo per esponenti designati dalle organizzazioni della classe medica. Al vertice tecnico delle Usl fu posto invece un organismo collegiale, l’Ufficio di direzione, articolato in un settore sanitario ed uno amministrativo, ad ognuno dei quali era preposto un Coordinatore. Il governo fu affidato invece al Comitato di gestione, un organo politico composto da rappresentanti di tutti i partiti presenti nei consigli dei Comuni costitutivi della Usl nominati dall’Assemblea generale. Salvo sporadiche eccezioni, specie per alcuni servizi come i consultori, la partecipazione venne quindi principalmente intesa dalla riforma sanitaria come rappresentanza entro i Comitati di gestione di tutte le forze politiche presenti nei Consigli comunali, incluse le minoranze, come aveva già teorizzato il Ministro V. Colombo nella presentazione del suo progetto di legge, in quanto “chi dirige l’Unità sanitaria locale è nominato democraticamente dall’organismo democratico che rappresenta gli utenti soggetto-oggetto del servizio sanitario”²⁸ Questa fu, in effetti, l’unica forma istituzionale assunta dall’elusivo concetto di “partecipazione popolare” a lungo dibattuto in quegli anni.

La l.833 non contiene nessuna delle espressioni classiche della “dominanza” medica come potere di autocontrollo del proprio lavoro e della sua remunerazione in ragione, osserva Freddi, di un “pregiudizio anti-tecnocratico ed anti-elitario” diffuso in quegli anni nell’opinione pubblica e nella stessa classe politica²⁹. La Federazione nazionale degli ordini aveva reagito all’esclusione dall’elaborazione della legge e al rifiuto di inserire suoi rappresentanti ai vari livelli di governo con la sua strategia abituale “ne’ formalmente ostile ne’ pienamente partecipe”³⁰. Questa strategia è compendiate nei due numeri di fine ed inizio anno de “Il Medico d’Italia”, organo ufficiale della FNOOMM. A discussione parlamentare in corso, Il Medico d’Italia titolava a nove colonne in prima pagina “Riforma senza medici”, dando notizia della lettera inviata dal Presidente dell’Ordine al Presidente del Consiglio Andreotti e dell’appello rivolto al Presidente della Repubblica Sandro Pertini perché negassero la loro firma alla nuova legge in procinto di approvazione. La conferenza stampa del Presidente della FNOOMM Eolo Parodi nell’esprimere l’opposizione della classe medica “denunciava al paese l’exasperata impostazione burocratica attraverso una farraginoso impalcatura di gestione, l’esclusione della rappresentanza dei medici da tutti gli organismi del Ssn, l’impiegatizzazione del medico nella medicina di base, la mancanza di un ruolo medico e l’assenza di qualsiasi tutela per la sua professionalità”. Il primo numero del 1979 celebrava invece l’avvenuta approvazione con il titolo “La riforma sanitaria: un evento di

²⁸ V. PETRONI, *Il Servizio sanitario nazionale*, cit., p. 198.

²⁹ G. FREDDI, *Introduzione: cultura politica e professionalità medica*, in G. FREDDI, (a cura di) *Medici e stato nel mondo occidentale. Cultura politica e professionalità medica*, Bologna, Il Mulino, 1990, pp. 7-48.

³⁰ G. BERLINGUER, *Una riforma per la salute*, cit. p. 78.

grande rilievo economico e sociale”, non mancando di sottolineare che “in fase applicativa, la legge può essere votata all’insuccesso oppure migliorata ed integrata, in modo da chiarire le incertezze e da rendere possibile un moderno servizio di sicurezza sociale”.

6. Le inerzie governative e i ritardi delle Regioni

I due esempi più egregi dei ritardi governativi nella predisposizione dei provvedimenti attuativi previsti dalla legge di riforma sanitaria sono il passaggio al finanziamento attraverso la fiscalità generale e l’approvazione del primo Piano Sanitario Nazionale, che avrebbe dovuto guidare l’attuazione della riforma. La fiscalizzazione dei contributi di malattia fu attuata soltanto nella seconda metà degli anni ’90 ed il finanziamento del Ssn mantenne le profonde sperequazioni fra settori economici e fra categorie professionali, che a parità di reddito favorivano i lavoratori autonomi dando luogo a opachi fenomeni di redistribuzione fra gruppi sociali. Nell’economia della programmazione a cascata disegnata dalla L. 833 il Piano sanitario nazionale assumeva un ruolo centrale sia dal punto di vista programmatico che finanziario in quanto avrebbe dovuto definire i livelli di assistenza da garantire uniformemente in ambito nazionale e stabilire fabbisogno e dotazione finanziaria per il primo triennio di programmazione. Il Piano avrebbe dovuto essere presentato al Parlamento entro il 30 settembre 1979 ma non venne mai alla luce per l’impossibilità di coagulare una maggioranza parlamentare attorno ad un documento di tale complessità e rilevanza politica. Il primo Piano Sanitario Nazionale, delegificato nel 1992, fu infine approvato soltanto nel 1994, ben quindici anni oltre i termini previsti e a corollario, estremo paradosso, della “riforma della riforma” Amato-De Lorenzo.

Alle inerzie governative fecero riscontro i problemi incontrati dalle Regioni, chiamate al loro primo serio impegno legislativo e di programmazione. Le Regioni intrapresero l’arduo compito di dare attuazione alla serie di leggi espansive dei diritti in ambito sanitario e sociale approvate nel corso degli anni ’70 proprio mentre a livello centrale dominavano le rigide politiche di contenimento della spesa pubblica imposte dalla congiuntura economica e dal vincolo esterno dell’adesione al Sistema Monetario Europeo. La dissociazione fra le politiche restrittive della spesa pubblica a livello nazionale e le politiche espansive dei diritti a livello regionale segnava una differenza di fase fra Stato e Regioni che finì per comprimere le nuove autonomie regionali e locali ed ostacolò il processo di attuazione della legge. Alla prova dell’attuazione di una normativa complessa che impegnava una burocrazia regionale di recente creazione con una intensa produzione normativa che avrebbe dovuto inventare nuove relazioni con il governo centrale e con gli enti locali, le Regioni risposero in modo molto differenziato in ragione delle risorse e della capacità politica ed amministrativa di ciascuna.

La valutazione dello stato di attuazione della riforma sanitaria condotta nel 1982 dal CNEL in collaborazione con le organizzazioni sindacali portò alla conclusione che “il decollo della riforma è stato, senza dubbio, molto più laborioso di quanto si potesse prevedere all’inizio e molti servizi funzionano ancora ad un livello inferiore a quello del precedente

sistema”³¹ Le differenze fra regioni nelle forme, nei modi e nei tempi di attuazione della riforma suggerirono al CNEL che “va aumentando il divario tra le regioni più progredite e quelle a più basso grado di sviluppo, risultato questo che costituisce una grave contraddizione rispetto ad uno dei principi fondamentali della riforma”³².

Alle differenze fra Regioni concorsero anche la diversità nelle relazioni fra società civile e classe politica che condizionarono le peculiari forme con cui la L.833 dava attuazione al principio della “partecipazione democratica”. La selezione del personale politico chiamato a far parte dei Comitati di gestione in nome della partecipazione secondo Lanaro stipò le Usl di “giovani faccendieri in ascesa, di opachi funzionari di seconda fila, di apprendisti pronti ad esibirsi su altri palcoscenici, di ex-deputati, ex-sindaci, ex-assessori e pensionati vari resisi benemeriti nelle “piccole patrie”³³. La “goffaggine istituzionale”³⁴ per cui legge di riforma aveva confuso obiettivi di rappresentanza democratica con esigenze di gestione attribuendo i poteri di gestione delle Usl a politici designati dai partiti rappresentati nei Consigli Comunali motivò l'accusa di un'estesa lottizzazione partitica degenerata in fenomeni di clientelismo politico e di corruzione. Questi fenomeni sarebbero stati particolarmente diffusi nelle regioni del Sud, dove il decentramento delle competenze realizzato dalla riforma delle autonomie locali degli anni '70 avrebbe costituito per il ceto politico “una inattesa e straordinaria opportunità di allocazione delle risorse, da incanalare secondo le pratiche consuete di natura particolaristica e clientelare, attraverso il voto di scambio”³⁵. La domanda di “depoliticizzare” l'assistenza sanitaria attribuendo la responsabilità di gestione delle Usl a personale tecnicamente qualificato costituì uno dei principali fattori che sostenne anche in Italia la “svolta manageriale” che caratterizzò le politiche sanitarie della fine degli anni '80.

7. La caduta delle illusioni

La portata trasformativa del disegno di riforma fu certamente limitata dalle ambiguità e dalle contraddizioni delle formulazioni del testo normativo, dai compromessi opachi negoziati per giungere infine ad un' approvazione parlamentare, dalle inerzie, resistenze e incapacità di dare attuazione al disegno di un sistema estremamente complesso che nessun altro paese aveva tentato prima (giova ricordare che il National health service inglese,

³¹ CONSIGLIO NAZIONALE DELL'ECONOMIA E DEL LAVORO, *Osservazioni e proposte sullo stato di attuazione della Riforma Sanitaria*, Assemblea 20 ottobre 1982, Roma, p. 98.

³² *Ibidem*.

³³ S. LANARO, *Storia dell'Italia Repubblicana*, Padova, Marsilio, 1997, p. 362.

³⁴ M. FERRERA, G. ZINCONI, *La salute che noi pensiamo. Domanda sanitaria e politiche pubbliche in Italia*, Bologna, Il Mulino, 1986, p. 231.

³⁵ V. FARGION, *Geografia della cittadinanza sociale in Italia. Regioni e politiche assistenziali dagli anni settanta agli anni novanta*, Bologna, Il Mulino, 1997, p. 124.

a torto o a ragione usualmente considerato il modello ispiratore del Ssn era stato istituito 30 anni prima in ben altri e più semplici contesti). Tuttavia, molti di quelli che sono stati frettolosamente giudicati problemi di attuazione propri di ogni grande riforma andrebbero piuttosto ricercati nella “distanza vertiginosamente decrescente fra l’ascesa e la caduta delle illusioni “acutamente segnalata da Arbasino come caratteristica del decennio.

In primo luogo, il disegno di riforma appariva sul piano storico *fuori dal tempo*, in quanto rappresentava un provvedimento che segnava l’esaurirsi delle politiche sanitarie di espansione dell’accesso a conclusione di un lunghissimo processo avviato nei primi anni del secondo dopoguerra piuttosto che l’inizio di un nuovo percorso in un contesto completamente cambiato in cui le politiche internazionali erano dominate dai problemi di controllo dei consumi e di “restrizione” dei sistemi di protezione sociale all’insegna dello stato minimo³⁶. Sul piano culturale, un decennio iniziato con una critica radicale dei limiti della medicina e della sua commercializzazione e con l’esaltazione dei diritti del cittadino si andava trasformando nella epoca della sovranità del consumatore. Inoltre, il lungo intervallo di tempo speso nella elaborazione della riforma aveva dissociato le risposte organizzative rispetto ai bisogni da soddisfare per cui “una modalità di tutela sanitaria elaborata nei venti anni precedenti [...] si trova ad essere realizzata in condizioni sociali profondamente mutate e a rispondere a bisogni in via progressiva di trasformazione” per la domanda di personalizzazione dei servizi avanzata dagli atteggiamenti consumistici di una società in via di transizione verso una “società post industriale”³⁷.

Nella sua dichiarazione di voto, Giovanni Berlinguer aveva ammonito che “la vera riforma sanitaria comincia con l’approvazione di questa legge”, auspicando autorevolezza della politica, efficienza nell’opera di governo e, soprattutto, vasto consenso popolare³⁸. In realtà, la rapida polverizzazione del vasto ma eterogeneo movimento che aveva sospinto la riforma aveva già eroso il capitale sociale necessario per l’attuazione del Ssn. Sul piano politico, iniziati con la crisi dei governi di Centro-sinistra e la travolgente avanzata elettorale del Partito comunista sulla scia dell’autunno caldo degli operai e degli studenti del 1968, gli anni ’70 terminarono con la marcia dei 40.000 impiegati a Torino e la fine dei governi di solidarietà nazionale. Sul piano sociale, la “stagione dei movimenti” delle donne, degli operai, degli studenti era degenerata da un lato negli “anni di piombo”³⁹ e dall’altro esitò, secondo l’immagine del Censis, nella “frantumazione del sistema” che portò alla fase del “cespuglio” che segnò l’affermazione di una “logica individualistica in cui

³⁶ P. PIERSON, *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher and the politics of retrenchment*, New York, Cambridge Univ. Press, 1994.

³⁷ G. VICARELLI, *La politica sanitaria fra continuità ed innovazione*, in *Storia dell’Italia repubblicana*, vol. 3.2, *L’Italia nella crisi mondiale. L’ultimo ventennio*, Torino, Einaudi, 1997.

³⁸ G. BERLINGUER, *Una riforma per la salute*, cit.

³⁹ R. LUMLEY, *States of emergency. Cultures of revolt in Italy from 1968 to 1978*, London, Verso, 1980, trad.it. *Dal ’68 agli anni di piombo. Studenti e operai nella crisi italiana*, Firenze, Giunti, 1998.

tutto c'è tranne moralità collettiva, coscienza civile, senso delle istituzioni"⁴⁰. Un fenomeno non solo italiano, che si accompagnava sul piano internazionale all'ascesa di figure come Margaret Thatcher e, successivamente Ronald Reagan, in una temperie culturale descritta da Rodgers come "l'età della frattura"⁴¹ in cui "il linguaggio della scelta, dell'autonomia e dell'autodeterminazione introdotto dai movimenti radicali degli anni '60 e '70 è stato largamente utilizzato per promuovere l'individualismo politico ed economico da parte dei neo-conservatori a servizio del mercato"⁴².

A coloro che nutrivano una visione della riforma sanitaria come occasione di trasformazione non solo della medicina ma addirittura della società si applica perfettamente l'immagine di Arbasino sul più rapido precipitare delle illusioni più alte.

Per coloro che consideravano la riforma una trasformazione politica della società i suoi limiti "derivano soprattutto dalle incongruenze tra una riforma che è basata su principi socialisti, anche se espressi in norme contraddittorie, e una società che mantiene le caratteristiche essenziali del capitalismo, esasperandone in molti casi i difetti" (corsivo nell'originale)⁴³. I movimenti sociali che avevano contribuito alla riforma sperimentando pratiche presentate come "alternative" ma assorbite dalle istituzioni non senza resistenze e polemici conflitti ne denunciavano il tradimento finale. La delusione delle grandi aspettative riposte nei poteri trasformativi della riforma indusse esponenti dei movimenti che maggiormente la avevano sostenuta ad esprimere giudizi molto severi sulla legge. Le Organizzazioni sindacali censurarono ad esempio "il carattere fortemente ambiguo e contraddittorio di alcune norme e delle soluzioni arretrate date ad alcuni problemi" soffermandosi in particolare sulla prevenzione, "il tema ove più gravi ed inaccettabili appaiono le indicazioni", soprattutto laddove fra i compiti del Ssn si indicava "la prevenzione delle malattie fisiche e psichiche" o si parlava addirittura di "assistenza sanitaria preventiva" contro tutte le esperienze e le elaborazioni sulla prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro, lamentando che "la ricca elaborazione culturale di questi anni [...] è del tutto ignorata"⁴⁴. Il giudizio negativo venne successivamente attenuato evidenziando "luci ed ombre" della legge, per passare poi a denunce esplicite di "tradimento della riforma"⁴⁵. Fra gli intellettuali che maggiormente avevano sostenuto il processo riformatore, la denominazione di "controriforma" fu utilizzata ancor prima della definitiva approvazione della legge ed anche coloro che esprimevano valutazioni più pragmatiche indicarono nella legge soprattutto "un varco

⁴⁰ CENSIS, *XIII Rapporto sulla situazione sociale del Paese*, Roma, 1979.

⁴¹ D.T. RODGERS, *Age of fracture*, Cambridge, Harvard University Press, 2011.

⁴² D. CALLAHAN, *La medicina impossibile. Le utopie e gli errori della medicina moderna*, Milano, Dalai, 1998, p. 219.

⁴³ G. BERLINGUER, *Una riforma per la salute*, cit.

⁴⁴ MINISTERO DELLA SANITÀ - CENTRO STUDI, *L'istituzione del Servizio sanitario nazionale*, cit., p. 286.

⁴⁵ Cfr. ad esempio il numero monografico di *Rassegna Sindacale*, rivista della CGIL, del giugno 1980 intitolato "I successi, i ritardi, le manovre sotterranee".

da allargare” e “una opportunità da sfruttare”⁴⁶. Altri invitavano invece a diffidare del “perfezionismo legislativo”, insistendo sul carattere di legge-quadro e spiegando insufficienze ed ambiguità della legge rispetto ad alcuni nodi fondamentali dell’organizzazione del Ssn con la necessità di rispettare l’autonoma determinazione delle istituzioni locali.

8. Uno sguardo al futuro

Fattori endogeni, quali le idee fondamentali alla base del Ssn, la loro traduzione normativa così come i limiti nella loro realizzazione sono stati la conseguenza e, contemporaneamente, l’origine di processi storici di lungo periodo, i cui effetti sono ancora al centro delle moderne politiche sanitarie. Con questi fattori interni al sistema hanno interagito fattori esogeni come la fragilità dell’economia e l’instabilità della politica italiane, accanto all’emergere di una *polity* divenuta stabilmente multilivello per il crescente ruolo dell’Europa da un lato e delle Regioni dall’altra. Gli uni e gli altri hanno determinato i nodi politico-istituzionali che costituiscono la fitta trama di continuità con cui si sono confrontate le politiche sanitarie dei 40 anni di vita del Ssn. Il nodo più significativo dal punto di vista istituzionale, evidenziato anche dalle frequenti ed ampie oscillazioni del pendolo del regionalismo sanitario è riconducibile al carattere nazionale del Ssn intrinseco al suo universalismo egualitario rispetto ad una programmazione ancorata invece al livello regionale ed alla sua gestione locale. Il secondo nodo riguarda i molti temi sottesi alla questione della aziendalizzazione, che esorbitano dai semplici aspetti giuridici e gestionali per estendersi alla configurazione generale del sistema. L’ultimo nodo, non certo per importanza, è la tendenza periodicamente riemergente ad imprimere una torsione “selettiva” o “condizionata” alla globalità di copertura e alla gratuità al momento del consumo promessa dall’universalismo egualitario della legge istitutiva del Ssn mettendo in discussione una o più delle tre componenti dell’universalismo egualitario in termini di estensione della popolazione tutelata; spessore/profondità della tutela, relativa a spettro, tipologia e qualità delle prestazioni garantite; entità dei costi delle prestazioni trasferiti sugli utilizzatori.

Il Ssn è finora sopravvissuto a tutte queste turbolenze a dispetto dei lamenti sulla sua sostenibilità finanziaria dimostrando una significativa resilienza sociale a fronte di avversità politiche, economiche ed organizzative. La plasticità e la capacità di adattamento del Ssn lo hanno addirittura proposto frequentemente come luogo di sperimentazione di nuove forme di organizzazione e di relazioni istituzionali poi estese ad altri settori della amministrazione. In questo senso, la metafora che più adeguatamente rappresenta il Ssn al compimento del suo quarantesimo anno è quella del calabrone cui le leggi della fisica negano la possibilità di volare ma continua testardamente a farlo. Ciò non significa che continuerà

⁴⁶ G. BARRO, *La riforma sanitaria*, in *Epidemiologia e Prevenzione*, 1979, n. 7, pp. 23-25.

necessariamente a farlo anche in un futuro più o meno prossimo. Le due lezioni che si possono trarre dalla fine del cinquantennale regime delle mutue sono che la scomparsa di grandi istituzioni radicate nel tempo e negli interessi di molteplici soggetti 1) non richiede decisioni epocali ma può essere la conseguenza di una deriva che assomiglia più all'impercettibile scivolamento dei ghiacciai che all'improvviso precipitare di una valanga e 2) le grandi istituzioni non crollano sotto il peso dei loro debiti ma si sfaldano per il venir meno della fiducia nella capacità di soddisfare adeguatamente la loro funzione sociale.