



# UTOPIE

# Al posto della paura

Percorsi di storia dei modelli sanitari,  
tra passato e futuro

*A cura di*  
Jacopo Perazzoli



© 2020 **Fondazione Giangiacomo Feltrinelli**

Viale Pasubio 5, 20154 Milano (MI)

[www.fondazionefeltrinelli.it](http://www.fondazionefeltrinelli.it)

ISBN 978-88-6835-341-4

Prima edizione digitale maggio 2020

Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questo volume può essere riprodotta, memorizzata o trasmessa in alcuna forma o con alcun mezzo elettronico, meccanico, in disco o in altro modo, compresi cinema, radio, televisione, senza autorizzazione scritta dalla Fondazione. Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da Fondazione Giangiacomo Feltrinelli.

Segui le attività di Fondazione Giangiacomo Feltrinelli:

 [facebook.com/fondazionefeltrinelli](https://facebook.com/fondazionefeltrinelli)

 [twitter.com/Fondfeltrinelli](https://twitter.com/Fondfeltrinelli)

 [instagram.com/fondazionefeltrinelli](https://instagram.com/fondazionefeltrinelli)

## Il testo

La creazione di un sistema sanitario accessibile ha rappresentato uno dei punti focali della riflessione socialdemocratica nel corso del Novecento. Oggi, dopo un lungo trentennio di politiche influenzate dal neoliberismo, quel filo deve essere ripreso con un obiettivo molto chiaro: provare a immaginare una società libera dalla paura. Costruito grazie a contributi originali e alla riproposizione di documenti del patrimonio storico della sinistra europea, il volume prova a indicare un metodo di lavoro: un futuro più giusto può essere tratteggiato solo se si riconoscono alcuni diritti non sacrificabili sull'altare del profitto.



# Indice

Parte I	9
Jacopo Perazzoli, <i>Introduzione: la sanità pubblica come antidoto della paura</i>	10
Gianluca Scroccu, <i>Prevenire per la democrazia: le ragioni politiche della nascita del welfare state dopo il 1945</i>	15
Chiara Giorgi e Francesco Taroni, <i>Espansione pubblica e riorganizzazione privata. Come sono cambiati i sistemi sanitari in Italia e in Europa</i>	20
Parte II	27
<b>Le origini del National Health Service inglese</b>	<b>28</b>
Documento 1 - Aneurin Bevan, Cabinet Memorandum. The Future of the Hospital Services	28
Documento 2 - Cabinet Memorandum by the Minister of Health	38
Documento 3 - Bevan's Speech to the House of Commons on the Appointed Day	49
Parte III	65
<b>Le origini del Servizio Sanitario Nazionale italiano</b>	<b>66</b>
Documento 1 - La CGIL per l'attuazione di un sistema di Sicurezza sociale. Le linee generali del Servizio Sanitario Nazionale, della protezione economica dei lavoratori, del finanziamento della Sicurezza Sociale	66
Documento 2 - Giovanni Berlinguer, Perché il Servizio Sanitario Nazionale	94
Documento 3 - Proposta di legge d'iniziativa dei deputati Tiraboschi, Balzamo, Achilli, Di Vagno, Colucci, Felisetti, Ferri, Giovanardi, Magnani Noya Maria, Novellini, Saladino, Salvatore, Ferrari Marte, Cresco, Frasca, presentata l'11 febbraio 1977, per l'istituzione del Servizio sanitario nazionale	99
Il curatore e gli autori	125

# Al posto della paura

Percorsi di storia dei modelli sanitari,  
tra passato e futuro



# PARTE I

## **Introduzione: la sanità pubblica come antidoto alla paura**

*Jacopo Perazzoli*

“Il campo in cui l’avidità del commercialismo individuale entra in immediato conflitto con una concezione rispettabile dei valori sociali è quello della sanità”.<sup>1</sup> Formulata da Aneurin Bevan, colui che, quale ministro della sanità del governo laburista di Clement Attlee, inventò il National Health Service (NHS) inglese, quella affermazione mette in mostra l’evidente distanza tra il diritto alla salute e il profitto. Come a dire: nella sanità il secondo non può affatto prevalere sul primo.

Nel 1952, quindi quando Bevan mise nero su bianco quell’affermazione nelle pagine di *In Place of Fear*, il suo testamento ideologico, nessun esponente politico, socialdemocratico o moderato che fosse, metteva in dubbio il primato della dimensione pubblica sulla sfera privata nella gestione della sanità. Al giorno d’oggi, va da sé, la situazione è molto diversa. Il ruolo del pubblico nella sanità è stato sostituito da una gestione mista, in cui anche gli attori privati hanno visto ampliarsi notevolmente gli spazi d’azione. Per quanto riguarda il contesto italiano, il caso di Regione Lombardia, vero e proprio feudo del berlusconismo-leghismo, potrebbe far pensare che la sanità pubblica abbia mostrato preoccupanti elementi di debolezza laddove la responsabilità politica è nelle mani del centro-destra.

In realtà, l’esempio lombardo è da ascrivere ad un’inversione di tendenza generale complessiva che si è gradualmente realizzata a partire dagli anni

Settanta-Ottanta, quando il pensiero neoliberale, riducendo “la complessità umana alla sua dimensione economica (...) nel nome del solo interesse individuale”, ha spinto gli attori politici a lavorare soprattutto per l’“arricchimento personale”.<sup>2</sup> Attori politici certamente conservatori, visto che l’ondata neoliberale, iniziata da Margaret Thatcher e da Ronald Reagan, è riuscita ad influenzare anche i partiti progressisti, modificandone le agende e le parole chiave.<sup>3</sup>

Viste e considerate le difficoltà degli apparati sanitari nel gestire l’emergenza provocata dal Covid-19 alla luce delle scelte attuate dalla politica nazionale e locale (de-finanziamento della sanità, aumento del ruolo e delle responsabilità dei privati) si tratta adesso di iniziare ad immaginare le modalità secondo cui mettere in campo un progetto di sanità, nuovamente universalista ed egualitario, che abbia nel suo baricentro principi, evidentemente troppo spesso sottovalutati in tempi recenti, “di democrazia, di cooperazione sociale, di responsabilità condivisa, di socializzazione della cura”.<sup>4</sup>

È un’operazione certamente complicata, data la dimensione della sfida e la sua portata. Ma non rappresenta affatto una novità nella storia novecentesca. Non a caso, dopo la Seconda guerra mondiale, in Europa, continente sul quale sarebbe a lungo rimasta la memoria del conflitto e delle sue drammatiche conseguenze,<sup>5</sup> si procedette, come ricorda anche Gianluca Scroccu nel suo breve saggio, alla costruzione di ampi sistemi di welfare con l’obiettivo di fornire assistenza sul piano sociale ai cittadini, in particolare ai più bisognosi.

All’interno di quella vastissima operazione, che di fatto si realizzò secondo modalità e tempistiche diverse in base alle condizioni specifiche di ciascun Paese europeo nel trentennio compreso tra il 1945 ed il 1975,<sup>6</sup> un tassello particolarmente significativo fu rappresentato dall’istituzione di sistemi sanitari pubblici su base nazionale. Tony Judt ha spiegato che l’apogeo dello Stato europeo ebbe i tratti evidenti della visione socialdemocratica, capace di adoperare le risorse statali “per eliminare le patologie sociali connesse alle forme capitalistiche di produzione e agli effetti non controllati di un’economia di

mercato”.<sup>7</sup>

Questa tesi è particolarmente evidente per quanto riguarda il caso inglese. Benché alcuni elementi di un progetto complessivo volto a tutelare la salute pubblica fossero già stati predisposti prima dello scoppio della Grande guerra (nel 1911, ad esempio, venne promulgato un sistema di assicurazione sanitaria per i lavoratori industriali), il National Health Service vide la luce il 5 luglio 1948. In linea con quanto già sostenuto da William Beveridge nel suo famoso rapporto del 1942 e con il proposito di “garantire il miglioramento della salute fisica e mentale della popolazione di Inghilterra e Galles”,<sup>8</sup> il lavoro preparatorio fu avviato da Bevan nell’ottobre 1945, pochi mesi dopo l’insediamento dell’esecutivo laburista avvenuto a seguito della vittoria nelle elezioni generali britanniche del 21 luglio.

Nella prospettiva del Ministro della sanità, l’operazione avrebbe consentito – come si legge nel primo dei tre documenti relativi al caso inglese riproposti in questo volume – di “nazionalizzare i servizi ospedalieri”. Una volta posti sotto il diretto controllo dello Stato nazionale, i servizi sanitari non sarebbero più dipesi dalle disponibilità finanziarie degli enti locali, condizione fino a quel momento imprescindibile, ma sarebbero stati sostenuti economicamente dal centro del sistema grazie alla fiscalità generale.

La nascita del NHS raffigurò un successo per il governo Attlee, anche se, per ottenerlo, Bevan dovette ingaggiare una vera e propria battaglia con l’associazione dei medici britannici, restia a prestare servizio negli ospedali pubblici per ragioni logistiche – ovvero la scarsa propensione dei dottori professionisti ad essere spostati nelle zone prive di copertura sanitaria – ed economiche – ovvero un salario medio di fatto più basso rispetto a quello garantito dal libero mercato. Al netto di questa difficoltà, l’istituzione del Servizio sanitario pubblico su base nazionale raffigurò una profonda trasformazione per il *welfare state* inglese, che non fu intaccata neanche durante i governi conservatori, per lo meno fino all’avvento di Margaret Thatcher nel 1979.

Un percorso diverso caratterizzò, invece, l'istituzione del Sistema sanitario nazionale (SSN) in Italia. Mentre il NHS inglese fu il frutto, soprattutto, della volontà di Bevan e dei laburisti, il SSN italiano venne messo a punto attraverso ad una vera e propria politica delle alleanze, in cui trovarono spazio sia le conquiste operaie e sindacali in fabbrica, le pressioni e mobilitazioni portate avanti dalle varie realtà di movimento, capaci a loro volta di influenzare la prospettiva dei partiti di massa (socialisti e comunisti, certo, ma anche democristiani), sia i primi provvedimenti di pianificazione regionale sanitaria.<sup>9</sup>

Al tempo stesso, la nascita del SSN, che diventò realtà grazie alla legge 883 del 23 dicembre 1978, avvenne a conclusione di un percorso ventennale di riflessioni e discussioni pubbliche.<sup>10</sup> Sull'onda di un dibattito che si era sviluppato nel Paese già nella prima metà degli anni Cinquanta, nel 1958 la CGIL predispose un ampio e dettagliato progetto che – come si legge nel primo dei tre documenti relativi al caso italiano ripubblicati in questo volume – descriveva “la salute dei lavoratori e dei cittadini” come “un bene che lo Stato” avrebbe dovuto “tutelare nell'interesse del singolo e dell'intera collettività nazionale”. Considerando che si parlava esplicitamente di lavoratori e cittadini, ovvero della popolazione nel suo complesso, l'istituzione di un sistema universale di sanità pubblica doveva essere realizzata per non lasciare indietro nessuno in una fase in cui il Paese stava vivendo un'impetuosa crescita economica.

Analogamente a quanto previsto dal NHS britannico, anche per la CGIL e per il PSI e il PCI, ovvero le due forze politiche che di fatto inglobarono la proposta sindacale nei rispettivi propositi programmatici,<sup>11</sup> si trattava di tutelare al massimo la salute fisica e mentale della popolazione italiana. Vi era – ed esiste tutt'oggi – tra i due sistemi sanitari una sostanziale differenza: mentre quello inglese fu pensato dai laburisti con un'elevata centralizzazione grazie al collocamento dei poteri direzionali presso il governo statale, il SSN italiano si sviluppò seguendo una linea d'azione e di controllo che aveva nelle Regioni e negli enti locali il cuore del sistema.

Guardare oggi a quei percorsi non può portare in alcun modo a rimpiangere

il passato, che per definizione difficilmente potrà ripresentarsi. Al contrario, significa comprendere che i sistemi sanitari pubblici sono stati messi a punto per dare risposte alle inquietudini e alle preoccupazioni di vasti settori della popolazione. O meglio: per sostituire le paure che pervadevano le società, una soluzione passava dalla creazione di una sanità aperta a tutti, quindi che non fosse soggetta alle disponibilità di reddito o ai luoghi di residenza.

Una volta superata l'emergenza provocata dal Covid-19, che, come spiegano Chiara Giorgi e Francesco Taroni nel loro intervento, ha messo a nudo le deficienze dei sistemi sanitari, segnati dal de-finanziamento e dall'ascesa del ruolo dei privati, non bisognerà cadere nell'errore di rievocare vecchi modelli. Semmai, conterà ritornare ad un approccio in cui la salute torni ad essere ritenuta un diritto non sacrificabile sull'altare del profitto. Una nuova stagione di diritti sociali, in cui le politiche sanitarie torneranno ad avere un ruolo centrale, dovrà quindi basarsi su quell'approccio che la socialdemocrazia ha saputo mettere in campo nel corso del XX secolo, ovviamente aggiornandolo alle condizioni del nuovo millennio.

<sup>1</sup> A. Bevan, *Il socialismo e la crisi internazionale* (ed. or. *In Place of Fear*, Heinemann, London, 1952), Einaudi, Torino, 1952, p. 87.

<sup>2</sup> E. Felice, G. Provenzano, *Perché la democrazia è in crisi? Socialisti e liberali per tempi nuovi*, "il Mulino", n. 6, 2019, pp. 890-891.

<sup>3</sup> Cfr. M. L. Salvadori, *L'occasione socialista nell'era della globalizzazione*, Laterza, Roma-Bari, 2001, pp. 93-107.

<sup>4</sup> C. Giorgi, *La salute in tempi di emergenza e in tempi di normalità. La traiettoria di una sanità pubblica*, "L'antivirus": <http://lantivirus.org/la-salute-in-tempi-di-emergenza-e-in-tempi-di-normalita/>, link verificato il 16 aprile 2020.

<sup>5</sup> Cfr. T. Judt, *Quando i fatti (ci) cambiano* (ed. or. *When the Facts Change. Essays 1995-2010*, Penguin, London, 2015), Laterza, Roma-Bari, 2020, pp. 78-81.

<sup>6</sup> Cfr. M. Ferrera, *Modelli di solidarietà: politica e riforme sociali nelle democrazie*, Il Mulino, Bologna, 1993.

<sup>7</sup> Cfr. T. Judt, *Dopoguerra. Come è cambiata l'Europa dal 1945 a oggi* (ed. or. *Postwar. A History of Europe since 1945*, Penguin, London, 2005), Mondadori, Milano, 2007, pp. 448-449.

<sup>8</sup> Così citato in N. Thomas-Symonds, Nye. *The Political Life of Aneurin Bevan*, I.B. Tauris, London-New York, 2015, p. 133.

<sup>9</sup> C. Giorgi, *La salute in tempi di emergenza e in tempi di normalità. La traiettoria di una sanità pubblica*, cit.

<sup>10</sup> Cfr. C. Giorgi, I. Pavan, *Le lotte per la salute in Italia e le premesse della riforma sanitaria. Partiti, sindacati, movimenti, percorsi biografici (1958-1978)*, "Studi storici", n. 2, aprile-giugno 2019, pp. 417-455.

<sup>11</sup> Cfr., oltre all'intervento di Giovanni Berlinguer riproposto nel presente volume, *I socialisti si batteranno perché questo programma sia realizzato*, "Avanti!", 24 marzo 1963.

**Prevenire per la democrazia:  
le ragioni politiche della nascita del welfare state  
dopo il 1945**  
*Gianluca Scroccu*

“Su una cosa, però, tutti, partigiani e politici, erano d’accordo: la necessità di ‘pianificare’”<sup>12</sup>. In questa frase di Tony Judt è riassunta la spinta essenziale da cui trasse origine la politica dello sviluppo dello stato sociale post 1945. Le macerie dell’Europa uscita dalla Seconda guerra mondiale fecero capire presto alla nuova classe dirigente che la democrazia poteva davvero divenire il modello più appetibile soltanto se lo Stato si fosse messo al servizio del cittadino che avrebbe comunque partecipato all’interno di un sistema fiscale con imposizioni impensabili nei decenni precedenti.<sup>13</sup> La distruzione totale del continente, e il serio rischio che dalla povertà, dalla fame e dalla disperazione potessero ripresentarsi da un lato quei fantasmi che avevano provocato l’apocalisse bellica, dall’altro il modello totalitario sovietico, diedero la spinta per una scelta fondamentale come quella a favore dello sviluppo del *welfare state*.

L’obiettivo era chiaro: evitare che i cittadini non riuscissero ad avere standard minimi di esistenza; sostenere i popoli delle rispettive nazioni in momenti di difficoltà, dovute a cause naturali o a motivazioni economiche o politiche; permettere a tutti cittadini, dalla “culla alla tomba”, l’accesso a diritti fondamentali, spesso citati nelle nuove costituzioni nate dalla fine dei totalitarismi, come quello all’istruzione, alla sanità e alla casa.<sup>14</sup> Cui si aggiungeva la necessità di allargare i diritti politici, a partire dal voto alle donne,

come nel caso dell'Italia nel 1946.

Le scelte erano dunque di natura preventiva e provenivano da un comune sentire che ispirava le filosofie politiche tanto dei socialisti che dei cattolici democratici o dei riformisti liberali, non a caso anche all'origine delle scelte ispiratrici alla base della Comunità Economica Europea.

L'apocalisse del secondo conflitto mondiale si portava dietro del resto tutte le discussioni dei decenni precedenti su proposte politiche come il *New Deal*, il corporativismo, l'assistenza sociale sino ad arrivare alle teorie di John Maynard Keynes sul ruolo dello Stato come leva centrale per aiutare le economie in difficoltà. Uno scenario, quello del periodo compreso tra Prima e Seconda guerra mondiale in cui lo Stato, memore anche dei provvedimenti del secondo Ottocento come quelli nella Germania di Bismarck, aveva iniziato ad assumere una funzione organizzatrice e di servizio dei cittadini, all'interno di contesti sia democratici che totalitari. La sfida del 1945 era quella di evitare di compiere lo stesso errore compiuto a Versailles nel 1919, ovvero di riproporre il modello statale ottocentesco e di sacrificare milioni di cittadini alle logiche della vendetta e della stretta economica.

All'interno di un contesto simile, la convergenza verso un disegno unitario garantito dalla volontà di superare le atrocità e le sofferenze della Seconda guerra mondiale si affiancava alla ricerca di un modello che potesse fungere da esempio per gli altri stati, pur nel quadro delle differenze delle singole nazioni.

Quel riferimento lo fornì la Gran Bretagna grazie all'operato del governo di Clement Attlee, che aveva portato il suo partito a vincere clamorosamente le elezioni contro Winston Churchill nel 1945.

Partendo dall'analisi sviluppate dalle riflessioni di sir William Beveridge contenute in particolare nei suoi piani presentati nel 1942 e nel 1944, la proposta laburista aveva il grande merito di mettere insieme l'idea della sicurezza per i cittadini garantita dallo Stato, anche attraverso un ruolo attivo nell'economia, con la consapevolezza che il diritto al lavoro come piena occupazione dovesse diventare il pilastro della nuova democrazia uscita dalle sofferenze della Seconda



guerra mondiale. Idee destinate a divenire una stella polare non solo per gli altri socialisti del continente, ma anche per i cristiano democratici e i liberali attenti in particolar modo alla sfera sociale, oltre che per gli stessi conservatori inglesi che sino all'avvento della Thatcher non provarono a smantellarlo in profondità.

La nuova Europa democratica che si accingeva a rinascere dalle ceneri dei totalitarismi fascisti e allo stesso tempo dal rifiuto del modello comunista vedeva quindi una generazione di politici consci del fatto che lo Stato non potesse tirarsi indietro nel risolvere le situazioni di indigenza, a partire dal problema della casa e del sostegno ai redditi. L'investimento statale deciso subito dopo la guerra, ma in particolare tra la fine degli anni Quaranta e tutti gli anni Cinquanta, divenne così da una parte una polizza assicurativa di stabilizzazione per le giovani o per le sopravvissute democrazie, dall'altra l'occasione per creare un mercato comune solidale e il più possibile omogeneo dove il cittadino potesse avere un reddito e condizione di vita sufficienti per assurgere anche al suo ruolo di consumatore.<sup>15</sup>

D'altro canto, l'allettante propaganda che i partiti comunisti svolgevano in quella fase a favore del modello sovietico, indicato come paradiso dell'eguaglianza e del superamento delle divisioni in classi secondo una narrazione destinata ad entrare in crisi seriamente solo nel 1956, doveva essere affrontato in maniera profonda dalle democrazie liberali se volevano vincere la sfida contro Mosca. I diritti sociali divennero così uno dei pilastri delle nuove costituzioni degli stati che si riscoprono democratiche, a partire da quella italiana varata nel 1948, assecondando in pieno un modello di vita occidentale che metteva al centro i diritti al vivere senza affanni dei suoi cittadini. Queste importanti acquisizioni generali non nascondevano naturalmente le differenze tra i singoli paesi nell'ambito delle voci di spesa dedicate al settore sociale, così come l'acquisizione delle tematiche del *welfare* continuavano a convivere con un impianto ideologico, quello delle forze socialiste, che in quei primi anni Cinquanta erano ancora condizionate da istanze palingenetiche. In tal senso, come hanno notato Fulvio Conti e Gianni Silei, nessun partito socialista poteva ancora ritenere di esaurire la propria *mission* politica di abbattere le

contraddizioni del capitalismo solo attuando nazionalizzazioni e programmi di ingresso massiccio nel mondo del lavoro;<sup>16</sup> più che altro con quelle politiche si poteva parlare di una specie di ingresso positivo e lungimirante, ma parziale, nel cammino verso l'edificazione del socialismo.

Incentivi sui redditi più bassi, provvedimenti tesi a rendere i lavoratori meno esposti ai rischi con l'incremento delle polizze assicurative, interventi settoriali in ambito sanitario, ambiziosi disegni di incremento dell'edilizia popolare come nel caso del piano Fanfani in Italia<sup>17</sup>, furono comunque tutti elementi che segnarono politiche determinate da una precisa visione capace di interpretare le necessità del presente per guardare al futuro.

All'interno di questo contesto il modello fordista rimase centrale nel mondo della grande industria, capace com'era di garantire una certa stabilità del mondo del lavoro funzionale alla produzione seriale e di scala. I lavoratori, del resto, si stavano trasformando progressivamente in consumatori e come tali i loro salari dovevano diventare strumento di acquisizione di beni e servizi capaci di alimentare lo stile di vita occidentale. Dove la mediazione fra capitale e lavoro, ovvero il mondo sindacale, non riusciva a trovare accordi adeguati, era compito dello Stato sanare fratture e disuguaglianze a partire dai sussidi di disoccupazione. E del resto stavano emergendo settori considerati strategici sul piano industriale, ad esempio quello energetico, i trasporti, il tessile o l'alimentare, in cui il ruolo dello Stato diventava centrale attraverso fenomeni di nazionalizzazione e di gestione di interi comparti, come nel caso dell'Iri, fondamentali per lo sviluppo economico complessivo del paese. Questa linea di tendenza durò per tutti gli anni Sessanta e i primi anni Settanta specie grazie all'operato delle forze socialdemocratiche, quando la crisi petrolifera, la fine del sistema di Bretton Woods, l'inflazione galoppante, la necessità di contenere la prima esplosione del debito pubblico e il ruolo sempre più forte della finanziarizzazione dell'economia determinarono la fine di questa lunga fase di espansione.<sup>18</sup> Un percorso che dagli anni Ottanta giunge sino ai nostri giorni, quando la crisi del 2007-2008 e l'attuale situazione di stasi economica mondiale

generata dall'epidemia globale del Coronavirus del 2020 sembrano destinate a riproporre con forza la domanda di come gli Stati, e l'Unione Europea in particolare, intendano operare per evitare che i cittadini perdano molti dei diritti conquistati da quel lontano 1945.

<sup>12</sup> T. Judt, *Dopoguerra. Come è cambiata l'Europa dal 1945 a oggi*, Mondadori, Milano 2007, p. 87.

<sup>13</sup> Su questo insiste in maniera particolare M. Mazower, *Le ombre dell'Europa. Democrazie e totalitarismi nel XX secolo*, Garzanti, Milano 2005, in particolare nel capitolo 9.

<sup>14</sup> I. Kershaw, *Roller-coaster Europe 1950-2017*, Penguin, London 2019, p. 145.

<sup>15</sup> G. Silei, *Welfare State e socialdemocrazia. Cultura, programmi e realizzazioni in Europa occidentale dal 1945 ad oggi*, Lacaita, Manduria-Bari-Roma 2000, pp. 115-215.

<sup>16</sup> F. Conti, G. Silei, *Breve storia dello stato sociale*, Carocci, Roma 2005, p. 207.

<sup>17</sup> Sul tema in generale P. Mattera (a cura di), *Momenti del welfare in Italia. Storiografia e percorsi di ricerca*, Viella, Roma 2012.

<sup>18</sup> T. Detti, G. Gozzini, *L'età del disordine. Storia del mondo attuale 1968-2017*, Laterza, Roma-Bari 2017, pp. 3-16, oltre al bel libro-testamento di T. Judt, *Guasto è il mondo*, Laterza, Roma-Bari 2010.

# **Espansione pubblica e riorganizzazione privata. Come sono cambiati i sistemi sanitari in Italia e in Europa**

*Chiara Giorgi e Francesco Taroni*

La traiettoria dei sistemi sanitari in Italia e in Occidente è stata condizionata da fasi alterne di espansione del welfare – fino alla fine degli anni Settanta – e di ritorno a modelli di mercato caratterizzanti le politiche neoliberiste avviate a partire dagli anni Ottanta. Da quel momento storico ebbe inizio una riorganizzazione del capitalismo occidentale segnata dalla liberalizzazione dei mercati, dalla privatizzazione dei servizi pubblici e dei servizi collettivi del welfare, da una forte espansione della finanza, da una crescente estensione dei processi di accumulazione in ambiti legati alla riproduzione sociale.

Il lungo ciclo di crescita del secondo dopoguerra si esaurì negli anni Settanta, portando a un brusco arresto dell'espansione dei sistemi di welfare: stagflazione a bassa crescita, alta inflazione e crescente disoccupazione minacciarono una “crisi fiscale dello Stato” che rimise in discussione il patto sociale postbellico alla base della nascita di questi.<sup>19</sup>

Furono due rapporti della Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) a definire l'agenda del ridimensionamento del welfare perseguita poi dai governi occidentali, individuando cause e suggerendo soluzioni diventate poi un “classico” delle politiche pubbliche. Tra le cause individuate c'erano: la riduzione dei dividendi della crescita utilizzabili per politiche redistributive, la rivolta fiscale dei contribuenti e l'invecchiamento della popolazione. Al contempo, le soluzioni vennero individuate, oltre che

nell'aumento della produttività, in politiche selettive di restrizione delle tutele e nella riduzione degli sprechi attraverso il contrasto alle burocrazie professionali dei vari settori statali più interessati, fra cui in primo luogo, insegnanti e medici.<sup>20</sup>

Le politiche sanitarie rappresentarono da subito un campo privilegiato di applicazione delle “nuove politiche di welfare”.<sup>21</sup> Quanto all'oggetto, le politiche sanitarie passarono dall'obiettivo di assicurare a fasce sempre più ampie di popolazione l'accesso ai servizi sanitari, a quello del controllo dell'eccesso dei consumi sociali e della spesa pubblica. Quanto agli strumenti, le politiche sanitarie furono inizialmente dominate in tutti i paesi occidentali da rigide politiche di bilancio, tramite programmi di controllo dell'offerta, dei servizi forniti e del costo delle prestazioni. Negli Stati Uniti l'espansione dell'offerta in termini di nuovi ospedali e/o di grandi tecnologie fu “governata” attraverso meccanismi di autorizzazione statale preventivi, definiti *certificate of need* (CON); nonché per via del razionamento delle prestazioni sanitarie – disciplinato dal ricorso a consulti tra il medico curante e altri medici sulla loro appropriatezza clinica. Al contempo le tariffe di rimborso delle prestazioni mediche e ospedaliere vennero definite prospetticamente attraverso *Relative Value Based Scale* (RVBS) e *Diagnosis Related Groups* (DRGs), che trasferirono all'erogatore il rischio della sovrapproduzione delle attività di cura.<sup>22</sup> Tutti questi strumenti sfruttavano il potere coercitivo e monopolistico dello Stato, in evidente contraddizione con l'ideologia dello Stato minimo professata dai governi neoconservatori saliti al potere alla fine degli anni Settanta negli Stati Uniti, in Gran Bretagna e nella maggior parte dei paesi europei. La delusione provocata dal fallimento dei sofisticati strumenti elaborati negli Stati Uniti e rapidamente diffusi in numerosi altri paesi creò lo spazio per l'emergere di strategie pro-competitive che si proponevano di aumentare la produttività e contenere i costi del sistema sfruttando le forze del mercato, anziché il potere dello Stato.

Negli Stati Uniti il nuovo assetto competitivo si realizzò attraverso la riorganizzazione spontanea del mercato che integrava verticalmente la funzione

di remunerazione con quella di produzione delle prestazioni attraverso i “contratti selettivi” con i produttori sottoscritti da *Health Maintenance Organizations* (HMO), finanziate a quota capitaria dalle compagnie assicuratrici (quando non ne erano proprietarie).

In Europa, la trasformazione in senso pro-competitivo dei grandi sistemi a integrazione verticale completa come il NHS inglese richiese invece la loro disintegrazione, con la privatizzazione di segmenti delle attività sanitarie da parte dello Stato. L’Inghilterra di Margaret Thatcher fu la principale sede di elaborazione e di applicazione del modello definito dei “mercati interni” o dei “quasi-mercati” a tutti i principali settori delle politiche sociali, investiti da una serie di riforme che segnarono “la più significativa cesura nella politica sociale inglese dopo il periodo fra il 1944 ed il 1948”.<sup>23</sup> In particolare, il libro bianco *Working for patients* esercitò una profonda e duratura influenza sulle politiche sanitarie di tutti paesi occidentali, provocando un’“epidemia di riforme” che destrutturarono i sistemi sanitari combinando in diversa misura i tre principi ispiratori delle politiche sanitarie di questi anni. Nello specifico essi furono: creazione di mercati virtuali delle prestazioni attraverso la frammentazione dei grandi sistemi sanitari verticalmente integrati, separando produttori da compratori di servizi sanitari (il *purchaser-provider split*); uso di incentivi monetari, sia per indirizzare il comportamento degli operatori e degli utilizzatori (ora definiti clienti), sia per governare il funzionamento delle organizzazioni sanitarie, sulla base dei modelli manageriali del New Public Management.<sup>24</sup> E ancora: selezione di un pacchetto “elementare” di prestazioni al fine di limitare la funzione solidaristica del finanziamento pubblico, legittimando contemporaneamente lo spazio per un “vero” mercato dei servizi sanitari esclusi dalla copertura pubblica.

A questa prima ondata di riforme “razionalizzatrici” e orientate ai modelli di mercato ne seguì una ulteriore a partire dalla seconda metà degli anni Novanta, la quale tenne in maggiore considerazione le esigenze di programmazione sanitaria e di cooperazione tra soggetti diversi. Anche questa ulteriore fase si

aprì in Europa con un modello proveniente dall’Inghilterra. Il Libro Bianco da imitare era, in questo caso, *The New NHS. Modern, dependable*, manifesto politico questo della terza via applicata alle politiche sanitarie, espressione del nuovo governo laburista guidato da Tony Blair all’indomani della sua prima vittoria elettorale e all’insegna di una campagna condotta su un programma fortemente caratterizzato dai temi sanitari. Quest’ultimo eliminava gli aspetti privatistici più eclatanti dell’organizzazione interna e limitava fortemente l’enfasi sulla competizione dal lato dell’offerta, sostituendo i contratti di breve periodo con accordi di collaborazione negoziata di lungo periodo.<sup>25</sup>

### **La “riforma della riforma” italiana: aziendalizzazione, regionalizzazione e privatizzazione**

In Italia queste idee esercitarono un influsso significativo sulle proposte di riforma elaborate nella seconda metà degli anni Ottanta e introdotte nei primi anni Novanta, in un periodo peraltro segnato dalla grave crisi economica del 1992 e dalla tormentata stagione di Tangentopoli. La riforma Amato-De Lorenzo del 1992 conferì al Servizio sanitario nazionale (SSN) un assetto pro-competitivo e diede impulso alla sua privatizzazione. Questa spinta venne poco dopo contrastata dal decreto correttivo del 1993 del governo Ciampi-Garavaglia e l’assetto del sistema fu rimodellato alla fine del decennio dalla riorganizzazione “collaborativa” operata dalla riforma Bindi (1999), interpretata da alcuni come la “rivincita del piano sul mercato”.

Nello specifico, la prima riforma degli anni Novanta (sotto il dicastero della Sanità di Francesco De Lorenzo) introdusse nell’organizzazione del SSN tre concetti fortemente innovativi rispetto ai quei principi fondamentali e criteri organizzativi che ne avevano informato lo spirito e la struttura iniziale. Il SSN, giova ricordarlo, venne infatti istituito alla fine degli anni Settanta (23 dicembre 1978), in assoluta controtendenza rispetto a quanto avviato nel resto del mondo. Quella che in Italia fu una delle più importanti riforme in materia di welfare, forse la più rivoluzionaria, si realizzò quando a livello internazionale proprio

l'ambito della sanità diveniva il bersaglio di politiche di contenimento della spesa pubblica. Il carattere fortemente innovativo del servizio stava in una tutela della salute da realizzarsi in modo capillare, mediante la predisposizione di un servizio sanitario pubblico e universale, decentrato, finanziato tramite il sistema della fiscalità generale, garantito a tutta la collettività nell'accesso e nel suo uso.

Con la riforma del 1992, definita appunto "la riforma della riforma" si procedette in tre diverse direzioni: aziendalizzazione, regionalizzazione del servizio, privatizzazione del sistema. L'aziendalizzazione della gestione trasformava le USL da organizzazioni gestite dai Comuni ad aziende pubbliche controllate dalla Regione e prevedeva la possibilità di scorporare gli ospedali dalla gestione diretta delle USL, costituendoli in Aziende ospedaliere autonome, permettendo così la realizzazione della separazione fra compratori e produttori di prestazioni. La Lombardia (ma anche la Sicilia) fece largamente ricorso a questo strumento per caratterizzare la sua identità in competizione con le altre regioni e con il governo centrale e facendo così venir meno alcuni dei principi fondamentali della legge del '78. In particolare, quelli riferiti a un modello di pianificazione nazionale volto a ottenere prestazioni uguali e uniformi in tutto il territorio, con obiettivi di eguaglianza e omogeneità delle prestazioni fornite nel segno anche di una idea di solidarietà tra le Regioni.

La nuova regionalizzazione del sistema venne motivata sulla base dei principi del federalismo, ma ebbe l'effetto di irrigidire il vincolo di bilancio delle Regioni rispetto alla spesa sanitaria, in quanto trasferì loro la responsabilità di far fronte con risorse proprie a eventuali eccessi di spesa oltre ai trasferimenti statali, in cambio di più ampie competenze sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi. La privatizzazione attribuì alle Regioni la possibilità di disporre l'uscita volontaria di parte dei loro cittadini dal SSN verso "altri incaricati di servizio", identificati a titolo esemplificativo come "mutue professionali, aziendali, volontarie o assicurazioni private" col compito di provvedere alla "erogazione, in tutto o in parte, dei livelli uniformi di assistenza". È così che il riferimento esplicito alla possibilità di uscita dal SSN rappresentò una rottura con i suoi



ricordati principi fondamentali.

### **Privatizzazioni e universalismi selettivi**

L'opportunità di sviluppare un sistema sanitario a due livelli, già prospettata nel corso degli anni Ottanta dal ministro della Sanità Costante Degan e dalla Ragioneria dello Stato, trovò la formulazione più esplicita e completa nel "decreto fiscale" del governo Amato. Il decreto legge 19 settembre 1992, n. 384 recante "Misure urgenti in materia di previdenza, di sanità e di pubblico impiego, nonché disposizioni fiscali" riaffermava la competenza del governo nella definizione dei livelli di assistenza e disponeva "nei confronti degli assistiti che appartengono a nuclei familiari il cui reddito complessivo risulti per l'anno 1991 superiore a 40 milioni di lire [...] la cessazione dell'assistenza medica di base, dell'assistenza farmaceutica, con esclusione dei farmaci salvavita, delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e delle altre prestazioni specialistiche, ivi comprese quelle di fisiokinesiterapia, nonché delle cure termali" (art. 6, comma 1). Il decreto stabiliva in 41 milioni la soglia di reddito per mantenere la copertura del SSN, con l'esclusione di circa 24 milioni di persone. La norma fu soppressa in sede di conversione in legge del decreto ma venne poi riproposta in una versione attenuata nel decreto legislativo n. 502/92 all'art. 9 relativo alle "Forme differenziate di assistenza" e riformulata nel decreto correttivo Ciampi-Garavaglia ricordato in precedenza. Durante tutti gli anni Novanta una eterogenea costellazione di soggetti si espresse in varie forme a favore dell'apertura del sistema sanitario ai capitali privati, come testimoniano tanto le reiterate segnalazioni indirizzate al governo dall'Autorità garante della concorrenza e del mercato per aprire alla competizione il mercato delle prestazioni ospedaliere; quanto la proposta di Confindustria di strutturare il nuovo sistema secondo il modello delle assicurazioni private abbracciato dall'Olanda. Su questo punto e non solo, la riforma attuata nel giugno 1999 (Dlgs n. 229) dalla neoministra della Sanità Rosy Bindi (Governo Prodi) segnò un ritorno ai principi fondamentali del SSN, in particolare per l'introduzione e la

puntuale definizione del concetto di Livelli Essenziali ed Uniformi di Assistenza (Lea) per qualificare la profondità delle garanzie universali assicurate dal SSN. La chiusura al pluralismo delle fonti di finanziamento per prestazioni sostitutive di quelle che avrebbero dovuto essere garantite dal SSN attirò aspre critiche e le successive modifiche introdotte accantonarono o lasciarono a metà strada questa riforma di fine secolo.

La sanità italiana che si è trovata a fronteggiare l'epidemia di coronavirus è il risultato di questa successione di riforme e controriforme. Le debolezze del sistema evidenziate dalla emergenza – l'abbandono della prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro, lo stentato sviluppo dell'assistenza primaria e territoriale, l'enfasi sui grandi ospedali, il ruolo della sanità privata – sono tutte il risultato delle spinte al ridimensionamento della spesa e alla privatizzazione dei decenni passati.

Questo momento di tragica pandemia dovrebbe allora interrogarci sull'esigenza, più che mai attuale, di ricostruire un servizio sanitario pubblico, universalista, egualitario.

<sup>19</sup> J. O'Connor, *The fiscal crisis of the state*, St. Martins, New York, 1973.

<sup>20</sup> Organization for Economic Cooperation and Development, *The welfare state in crisis*, Paris, 1980; Organization for Economic Cooperation and Development, *Social expenditure 1960-1980. Problems of growth and control*, Paris, 1985.

<sup>21</sup> P. Pierson, *The new politics of the welfare state*, "World Politics", n. 48, 1996, pp. 143-179.

<sup>22</sup> D. Dranove, *The Economic Evolution of American Health Care*, Princeton University Press, Princeton, 2000.

<sup>23</sup> J. Le Grand, W. Bartlett, *Quasi-market and social policy*, Basinkstoke, McMillan, 1993.

<sup>24</sup> C. Hood, *The new public management in the 1980s: variations on a theme*, "Accounting, Organisation, Society", n. 20, 1995, pp. 93-109.

<sup>25</sup> M. Goddard, R. Mannion, *From competition to co-operation: new economic relationships in the National Health Service*, "Health Economics", n. 7, 1998, pp. 105-119.

## **PARTE II**

# **Le origini del National Health Service inglese**

## **Documento 1**

### **Aneurin Bevan, Cabinet Memorandum. The Future of the Hospital Services, 5th October 1945<sup>26</sup>**

—

I hope to put to my colleagues soon my general proposals for a National Health Service. Before I can make further headway, I need a decision on one big question of principle – the future of the voluntary and municipal hospital systems. I am going to propose:

(a) the complete taking over – into one national service – of both voluntary and municipal hospitals; but with special provision for the big teaching hospitals;

(b) the concentration in the Minister of Health of responsibility for a single hospital service, coupled with the delegation of day-to-day administration to new regional and local bodies appointed by the Minister (after consultation with the appropriate local organisations) and responsible to him;

(c) the centralising of the whole finance of the country's hospital system, taking it right out of local rating and local government.

#### **The Voluntary Hospitals**

1) In the White Paper it was proposed:

(i) to regard the voluntary hospitals as separate contractors, providing services in accord with a local health services plan for their areas and being paid

from public funds for doing so;

(ii) to impose on them, apart from the local area plan, certain national conditions – e.g., regulating the terms of service of nursing and other staff, the selection of properly qualified specialist staff;

(iii) to provide for regular inspection of the hospitals;

(iv) to pay them from the local rates and from the Exchequer sums which would together represent the greater part of each hospital's income, although leaving some field for continued appeal for voluntary support;

(v) subject to the above points, to leave them entirely under their own independent management as autonomous bodies.

In the discussions since the White Paper there have been various changes suggested; but, broadly, the attitude which I have just summarised has remained the general attitude adopted towards the voluntary hospitals.

1. From estimates formed in my Department it seems clear that the moneys which would have to flow into the voluntary hospitals from public funds, local or central, would certainly amount to 70 per cent. or more and would often amount to 80 or 90 per cent. of the individual hospital's income – and even that is on the questionable assumption that some voluntary support will continue to be forthcoming. Even the small remainder of the voluntary hospitals' income would not wholly represent current voluntary support, as it would include income from investments and endowments dating from the past. In such a situation I do not see how we could possibly be justified in doing what the White Paper proposed and leaving the hospitals under the independent management which they have now. I believe strongly that we must insist on the principle of public control accompanying the public financing of the hospitals, broadly in proportion to the extent of that financing.

2. If we do insist on this, it follows from the above estimates that we shall have to impose effective public control on every voluntary hospital. We might, it is true, limit ourselves to inserting a majority of publicly appointed representatives on the governing bodies, but this would only mean creating a

new hybrid sort of hospital under publicly provided governors and finance, with some relic of their previous identity and separate status. That would get us nowhere, and if we are in effect to take over the hospitals publicly, we must do it completely – i.e., put them completely in the hands of some form of public authority.

3. No doubt compromise schemes could be devised which would start by introducing only a minority element of public control into the governing bodies and would then enable this to be developed into a full majority control gradually, hospital by hospital, as the dwindling remnant of voluntary resources dried up. But, apart from offending against the principle of public control following public money, any such schemes for introducing and gradually expanding control would not much ease the opposition of the hospitals while achieving nothing of any real value in reforming the hospital services. I am sure the real choice lies between leaving the voluntary system broadly on the footing of the White Paper or taking it over, under some form of public authority, decisively and openly now. On merits I think there is no doubt but that we ought to take a bold course and do the latter.

4. I am strengthened in this by the conviction that, whatever its usefulness in earlier days, the voluntary hospital system has not succeeded in producing a really good hospital service (...). Some of the hospitals are thoroughly bad, just as some of them are good; but the great majority are mediocre and too small, the specialist staffing arrangements of many of them are inadequate – and sometimes non-existent; the whole notion on which most of them have grown up, the notion of the self-contained, separate, independent “local hospital”, is nowadays a complete anachronism. I think the system has outlived its usefulness, and the time has come to leave it behind.

5. If the case for taking over the hospitals under full public control is admitted, this means taking over either by some form of local government machinery, or by the central government – and the next question is which is it to be. I would strongly deprecate the former, for reasons which I will give.

## **The Local Authority Hospitals**

1. A few local authorities run a good hospital system. The great majority are not suited to run a hospital service at all under modern conditions. Areas are usually too small for the needs of the specialised services; the present artificial demarcation of town and country in local government is inconsistent with the right arrangement of hospital responsibilities; the ordinary local authority cannot attract and maintain the quality of expert officers needed for organising modern specialist services; the costs of up-to-date hospital and specialist facilities cannot properly be thrown on local rates without heavy Exchequer subsidy and in any case would not fall equitably (except with a great deal of juggling) upon the present variety of rating areas which a big hospital service must serve. Local government, as we know it, is already overloaded – and a new nation-wide hospital and consultant service is too big and unsuitable a burden to put upon it.

2. Nor has the record of the local authorities in this field been very encouraging. Although they run many more hospital beds than the voluntary hospitals, nearly half of their ordinary hospital accommodation is still run by them in the general surroundings and atmosphere of the old Poor Law system, and their general hospital service as a whole is of questionable efficiency. Their infectious diseases hospitals are usually too small and are of very varying quality. Generally, they have come into the modern hospital field too late and at a time when developments in specialist medical services are moving rapidly away from a kind of local government system which was never designed for them.

3. The plain truth is that neither of the present hospital systems is the right one, and we have to look for something new in place of both. The first fundamental from now on is to picture, plan and provide a hospital service on a broad national scale, and to get rid once and for all of any purely historical impediments to doing so. The second fundamental, to my mind, is to recognise that in so highly technical and specialised a service as this we have got to achieve a new blend of the technical expert with the public representative. The

full principle of direct public responsibility must, of course, be maintained, but we can – and must – afford to bring the voice of the expert right into direct participation in the planning and running of the service. We have to achieve a fair balance in this – and local government has certainly not achieved it.

4. I have considered the possibility of creating some new and reorganised form of local government unit to run the hospital service, drawing a substantial part of its finance from the local rates and resting in some way on responsibility to the local government electors. The idea of a new directly elected authority for this one purpose can be rejected at once – as unlikely to attract polling interest and as representing a method of conducting local government which, if it were generalised, would produce an impossible hotchpotch of local government areas and rating. The other alternative, of combining existing authorities in some new form of joint board, must, in my view, also be rejected. There are always these objections to a joint board-system:

(a) the removal of local responsibility to two removes from the local electorate;

(b) the intense unpopularity of the system with local authorities, and particularly of the system of precepting on other authorities' rates for the joint board's money;

(c) the difficulty usually experienced in getting the right members of the constituent authorities to serve on joint boards.

I am quite sure that the joint board is not a good solution; it is a poor instrument in itself and would be popular with nobody.

## **A New National Service**

1. The right course, I am sure, is to nationalise the hospital services entirely and to take them out of the field of local government altogether. The future hospital situation is quite a new one. For the first time we shall be promising the whole population a full service – every kind of hospital and specialist care planned over the entire country. We shall (if my first proposal is accepted) be



amalgamating the two present hospital services into one single new service, and we have got to achieve as nearly as possible a uniform standard of service for all – when all pay their contributions to a national insurance scheme. This is important. Under any local government system – even if modified by joint boards or otherwise – there will tend to be a better service in the richer areas, a worse service in the poorer. Yet all the population will be paying the same national rates of insurance contribution and will expect the State to see that an equally good service is available everywhere. Every attempt we might make to fit this new conception to a local government pattern which was never designed for it, and to areas or even combinations of areas whose boundaries do not suit it, would simply mean hampering the sensible planning and running of the new service. This seems to me strongly to be a case of starting again with a clean slate.

2. It is true that, in the nationalising of the hospital services, the exchequer would have to make good the small proportion of the cost of the voluntary hospitals' services which would otherwise be met from voluntary sources. But even this small proportion includes income from investments and endowments, of which the exchequer would presumably get the benefit in future, and it is only the uncertain residue of purely voluntary, current gifts which would be lost. It is true, also, that by nationalising the hospital services we should be shifting a substantial body of costs from the rates to the exchequer – and that would be part of the purpose. But, even here, we must remember that sooner or later there will have to be a general examination and adjustment of the relations of local to central taxation and the shifting of a particular item now need not affect the total result when that adjustment is made.

3. This is how I would do it:

(1) The State, the central government acting through the Minister of Health, would be empowered to take over the full ownership of all hospitals, voluntary and municipal -including sanatoria, mental hospitals and mental deficiency institutions – in order to provide a national hospital service.

(2) The State would then exercise this power in respect of all these institutions except the main teaching hospitals on which the university arrangements for the training of the medical profession are principally based. It would exempt the latter partly on the ground of their exceptional standing in the hospital and medical world, partly because it is a good thing in itself to keep separate a field for innovation and independent experiment in method and organisation (for which purpose the teaching hospitals are excellently suited), partly because it is undesirable to introduce a full and direct State control and regulation into the educational field (determining what and how the medical profession should be taught).

(3) There would be set up, statutorily, new regional boards, one for each natural hospital region – the ten or so regions which always feature in proposals for organising hospital services. Each of these boards would be set up by the Minister and would consist of persons recommended by the major local authorities, persons selected by the Minister himself and an element of medical and other experts versed in the hospital and medical services. If at some future date local government can be reorganised on a wider regional basis – as we all want to see it – a situation may well arise in which we could adapt this system of hospital regional boards to the reorganised local government system, and perhaps get the hospital services back into a more modern form of local government. My present proposals should help, to some extent, in anticipating this.

(4) To the regional boards would be entrusted by the Minister the administration of all the hospitals in their regions in accordance with a detailed regional scheme to be worked out by each board with the Minister. The boards would work under the general directions of the Minister, and -whenever it became necessary – under his specific directions on detail; but for all normal purposes the aim would be the maximum degree of decentralisation in the administration. Where the geography of a region made it desirable, the regional board might need to do some of its work through two or more Divisional

Committees; but that is a matter to consider in more detailed proposals.

(5) For each natural hospital district – i.e., for each area able to support a general hospital or combined group of hospitals big enough to employ a full specialist staff for all normal needs (embracing about 1,000 beds in either a single major hospital or a related group of hospitals as local needs required) – there would be a District Committee to which the regional board will delegate the day-to-day running of the hospital or group of hospitals concerned.” These committees would be formed by the regional boards, subject to the Minister’s approval, and again the aim would be to select people of local and general experience to represent the public interest, with an admixture of medical and other experts.

(6) The whole hospital service so created would be centrally financed, but under a system ensuring a free and flexible degree of decentralised responsibility.

(7) Officers of the boards and committees would be appointed as officers of the Minister and, if possible, arrangements should be made for the interchange of such officers between the regions and the Minister’s headquarters. Medical and other staff of the hospitals would be engaged and paid by the boards as agents of the Minister, and the Minister would enlist the help of proper expert advisory machinery in each region in the selection of specialist staff and persons for senior hospital appointments. Generally, the Minister would be able, by direct action in a centrally controlled service, to ensure proper terms and conditions for all types of hospital officer or servant.

(8) Activities which need to be organised as out? Patient specialist activities of the hospitals (such as tuberculosis dispensaries and venereal disease clinics) would be transferred from local government to the new national service with the hospitals. The future allocation of the other local government health services? child welfare, district nursing, the provision of health centres for general medical and dental care, and so on – can be considered in detail when once a decision in principle has been reached on the hospital services. It looks at first sight as though the ultimate responsibility for these should rest with the Minister, to

ensure a unified health service, but there should be provision for delegation to existing persons and agencies for doing the day-to-day job.

1. That is my general proposal. There is no question but that it would provoke an outcry both from voluntary hospitals and from the local authorities. To the governing bodies of most of the voluntary hospitals it would mean extinction. To many in the local authority world it would appear to be wrenching away from them the very heart of their health services, although there would be some, even now, who would consider the principle sound. The attitude of the medical profession is uncertain; many doctors may take sides against the abolition of the voluntary hospitals, no doubt; but if the choice were before them between a primarily local government service and a primarily nationalised service, the overwhelming majority would prefer the latter – and, if the latter were part and parcel of a well-worked-out general health service in which they felt that the profession had a square deal, I think the profession would be solidly behind it. In any case, I believe that it is on these lines, of organisation on a nation-wide basis with regional and local delegation of management, that the best hospital service is to be attained. If my colleagues agree in principle, I will work out a detailed scheme to bring back to them.

2. A decision in principle is urgently needed. All the current administration of the hospital services by my department is affected by the present uncertainty as to the broad shape of the future. The preparation of draft legislation on the health services as a whole has to be held up for a decision on this hospital issue. Yet the drafting of that legislation needs urgently to go on as a Health Bill this session is vital if national insurance is not to be delayed, if the newly developed war services of the Emergency Hospital Scheme are not to be dissipated, and if returning men and women from the Forces – doctors, nurses and others – are to be able to make their plans in knowledge of which their future opportunities are to be. If we can reach a decision on the issue in this paper now, I can go ahead. I shall have to have some talk with the local authorities and others affected by the decision, to work out details of ways and means, but generally I shall try to avoid embarking on a new series of White Paper negotiations.

# REGIONAL HOSPITAL AREAS in England and Wales



<sup>26</sup> Fonte: <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/the-sma-and-the-foundation-of-the-national-health-service-dr-leslie-hilliard-1980/aneurin-bevan-and-the-foundation-of-the-nhs/cabinet-memorandum-proposals-for-a-national-health-service-13-december-1945/>, link verificato il 15 aprile 2020.

**Documento 2**  
**Cabinet Memorandum by the Minister of Health, 13rd**  
**December 1945<sup>27</sup>**

1. I submit my general proposals for a National Health Service. I should like to be authorised to prepare a Bill on the lines of these proposals now, so as to come back to my colleagues with it as early as possible in the new year. I do not seek detailed decisions until then. But I need a decision now as to whether this is the broad shape which the Bill should take.

2. When my proposals for the hospital part of the service were approved in principle by the Cabinet on the 18th October 1945 some further details were asked for, particularly as to the new regional and local administration. These are included in the present paper. Misgivings among some of my colleagues attached to the effect of my proposals on local government and – more generally – to the risk of losing from the health service the benefits of local interest and local knowledge in day-to-day administration. I am alive to the importance of both points.

3. I have reviewed, not only the hospital service, but the health service as a whole, in the light of the views expressed at the Cabinet meeting. It is only by seeing the new service as a whole that we can judge the right shape for its parts.

4. As I see it, the undertaking to provide all people with all kinds of health care, using virtually the whole of the medical and other health professions to do it, creates an entirely new situation and calls for something bolder than a mere extension and adaptation of existing services. Here is an opportunity which may

not recur for years, for a thorough overhaul and reconstruction of the country's health position. I see in this reconstruction a proper place both for local and for central government, as the complementary instruments of the public who will be paying for this service through insurance contributions and taxes to the exchequer and through local rates. In a fully modernised service, there will be some things which the State can do better than local authorities, and some things which local Authorities can do better than the State. There is also, in my view, both room and need for giving a voice, in the guiding and providing of the service, to those professional people who will in future be almost wholly absorbed in it and on whom its success will depend. This will involve in some cases – as in the provision for a family doctor service – new forms of executive machinery, in which the representatives of the potential patients and those of the professional people undertaking their care can combine.

5. I set out my proposals in the appended statement, as shortly as the range of the subject allows. I believe that they will achieve a sensible – although new – distribution of responsibility between local and central government, that they will preserve proper decentralisation (in functions which central government assumes) so as to keep up a healthy local interest in administration, and that they will give a useful and reasonable share in future to professional people in helping to steer the service along the right lines.

6. To keep the proposals as short as possible, I have omitted argument. There is much general matter in the original White Paper with which I agree – in particular with the scope of the service to be provided, with the conception of the Health Centre as the new feature of general medical practice, with the importance of rationalising the hospital services for the first time, with the need to take the present bits and pieces of the health services as they have historically emerged and to recast them into a coherent single new service, and generally with the objective of a universal and free service. On method, however, I often disagree; hence these amended proposals.

7. All of this is concerned only with the general treatment services. It has to

be backed by a review, as we go on, of the environmental provision for health – in local government and otherwise – and by a vigorous policy of health education. It leaves untouched, for the present, the question of industrial health and hygiene. It will need to be supplemented, next session, with measures for the general care and welfare (other than health treatment) of young children, the aged, the blind and the permanently crippled – all of which must become the responsibility of some new service (and, I hope, a local government service) when the present system of Public Assistance is superseded.

8. But the immediate need is to settle the shape of a National Health Service, backing National Insurance for a Bill this session. If the appended proposals commend themselves to my colleagues, I will prepare the Bill. While I do this, I propose to meet the representative bodies of the local authorities, medical profession and others, for some discussion of the principal points in the Bill. But I do not propose, nor would time allow, to embark upon any long series of negotiations before the Bill is settled. Nor will the Bill itself have to settle all the details; it will provide the general structure, within which many matters will have to be later discussed and negotiated.

## **Summary of Proposals for a National Health Service**

### **I. The Minister as the Central Authority**

1. General responsibility for the service will rest on the Minister of Health. This will extend to mental, as well as physical, health services – the administrative functions of the Board of Control in mental health being absorbed by the Minister, and the Board exercising only the quasi-judicial functions relating to the liberty of the subject under the lunacy and mental deficiency Acts.

2. The Minister will discharge his general responsibility through three main channels:

(1) For parts of the service best organised nationally – the hospital and specialist services – he will assume direct responsibility; but he will delegate the



bulk of administration to new regional and local bodies, acting on his behalf and designed to give scope to people with local experience and knowledge to serve on them.

(2) For parts of the service best organised locally – a wide variety of domiciliary and clinic services – direct responsibility will rest on local government, acting in its ordinary relationship with the Minister; this responsibility will be unified in the present major authorities, the county borough councils.

(3) For new family practitioner services – doctor and dentist – new local executive machinery will be set up, composed partly of members drawn from local authorities, partly of people selected by the Minister, partly of representatives of the doctors and others engaged in the service. These new local bodies will act within national regulations made by the Minister; and by the side of the Minister there will be a special, mainly professional, body to regulate the distribution of general medical practitioners over the country as a whole.

### **New central advisory machinery**

3. To provide the Minister with expert advice, in the technical planning and conduct of the service, there will be a new Central Health Services Council.

4. In addition – to free the Council for its general work on the service as a whole – it will have Standing Advisory Committees on special aspects of the service (medical, hospitals, nursing, mental health service, &c.).

## **II. Hospital and Specialist Services**

### **Taking over the existing hospitals**

6. The ownership of the present public hospitals, voluntary and municipal, will be taken over by the Minister (subject to special arrangements in the case of the teaching hospitals, described later).

## **Regional Hospitals Boards**

7. The country will be divided into about twenty natural areas or regions for hospital organisation. Each area will be based on one of the eleven university medical teaching centres – the natural focal points of specialist medicine and therefore of hospital services. Two or more areas will sometimes base on the same medical teaching centre, to avoid the areas becoming too big for practical organisation.

8. For each area or region there will be set up a Regional Hospitals Board of some 20-30 members, appointed by the Minister and drawn from the major local authorities in the area, from local people selected by the Minister for their general suitability for the work involved (some of whom may be ex-voluntary hospital experts), and from people representing the university teaching centre and specialist and general medicine in the area. Principal officers of the Boards will be appointed by the Boards subject to the approval of the Minister.

9. Each Regional Board will be required to appoint, subject to the Minister's approval, a number of smaller Local Hospital Management Committees. There will be one of these committees for each local group of hospitals which together form a natural hospital unit in a planned service – i.e., one or more main hospitals, with some outlying smaller “feeder” hospitals, together providing about 1,000 beds under a common specialist staff, and capable of dealing as a group with all the more normal hospital needs of their immediate area. Sometimes a large hospital not needing to be so grouped –e.g., a mental hospital – will have one of those committees to itself. All the committees will be essentially local executive bodies, although their field of operation cannot be restricted to existing local government boundaries. Their members will be drawn from the local authorities of the areas served by the hospitals after consultation with those local authorities, and from other local people selected by the Regional Boards (including, where desirable, people of local voluntary hospital experience), together with some professional members.

10. The Minister will determine with each Regional Board the best

reorganisation of all available hospital and specialist resources in their region, and will supplement those resources as and where necessary, as soon as this can be done. Owning the hospitals, he will entrust their administration to the Regional Boards. The Boards will settle with the Minister each year a budget of normal expenditure, and within that budget will be given as much independence as possible; abnormal, or excess, expenditure will be under more detailed control. The Boards will make all consultant and specialist appointments in the hospitals – regional advisory panels of experts being set up to advise on the professional suitability of candidates.

11. The day-to-day work of running the hospitals will then be entrusted by the Boards to the Local Management Committees. These will be the effective managers on the spot, appointing all ordinary staff of the hospitals, dealing with supplies, handling ordinary running and minor capital expenditure, and generally acting as the “governing bodies.” In mental hospitals they will take the place of the present Visiting Committees. The principal officer of each Committee will be appointed by the Committee with the approval of the Regional Board and will act also as the chief administrative officer of each hospital covered by the Committee.

### **Special Provision for Teaching Hospitals**

12. Special provision will be made in relation to hospitals providing the bases for the clinical teaching of medical students. They will be taken over by the Minister like other hospitals, and play their part in the national service; but they will be given the special status and measure of independence necessary to enable them to take their proper place as academic institutions standing in close association with the universities whose educational needs they must be organised to meet. Universities must be enabled to exercise an effective influence on the policy and activities of teaching hospitals. Essential features of the organisation of a teaching hospital emphasised by the Goodenough Committee are a governing body which is personal to the hospital and has wide discretion

as to expenditure within a reasonable budget; representation of the university and of the teaching staff on that governing body; and selection of medical staff (other than holders of university posts) by a special advisory committee, representative of the governing body of the hospital and of the university.

With these objects in mind it is proposed that the hospitals which are from time to time regarded by the universities and the Minister as providing the main facilities for undergraduate or post-graduate clinical teaching and research shall be differentiated from other hospitals in the following manner:

(1) Instead of being entrusted to the ordinary Regional Boards and local management committees described above, the teaching hospital (in some instances the main and associated hospitals which together constitute the teaching centre) will have its own specially constituted Board of Governors.

(2) The Board of Governors will, as recommended by the Goodenough Committee, include reasonable representation of the university and of the teaching staff. In addition, it will have members nominated by the Regional Hospitals Board and by the Minister (some of whom will be drawn from the present governing bodies).

(3) The teaching hospital will have a separate annual budget approved by the Minister, and within that budget the Governors will have the fullest discretion in expenditure (subject always to observance of any nationally agreed terms of service and remuneration). They can also be allowed to retain various endowments in their possession. Further, the Governors will receive additional funds from university sources, and will be at liberty to accept them from private sources for experimental work and innovations in organisation.

(4) The Governors will have full freedom to appoint their own staff, and in making medical staff appointments will be advised by a special selection committee constituted in the light of the Goodenough Committee recommendations.

### **III. Local Clinic, Domiciliary and Welfare Service**

14. This part of the service will be the direct function of local government – of the county and the county borough councils – and will include:

- (a) School medical services.
- (b) Maternity and child welfare (in co-operation with the hospital service on the specialist side).
- (c) Domiciliary midwifery.
- (d) Health visiting.
- (e) Home nursing services.
- (f) Home help services for households in time of sickness.
- (g) Vaccination and immunisation services.
- (h) Various forms of care and after-care for the sick and those recovering from sickness.
- (i) A general ambulance services.
- (j) The provision and maintenance of Health Centres, Dental Centres, and similar local premises as bases for the Family Practitioner service (to be described later).
- (k) Ascertainment of mental cases.

### **IV. Family Practitioner Services**

31. This part of the service will cover general medical care by a personal, or family, doctor – with necessary medicines, drugs and appliances – to be available to the whole population as from an appointed day. General dental care – with necessary dentures – will be developed as fast as the supply of dentists allows. There will be priority dental provision from the outset, however, for mothers and children. (This priority dentistry will be provided by local authorities through their maternity and child welfare services and school medical service – and it is not affected, therefore, by the following proposals for the more general service.)

32. A principal objective from the outset, in the general medical and general dental services, will be the development of the Health Centre system, equipping

the practitioner with publicly provided premises, apparatus and ancillary staff. This system will be developed as fast and as widely as possible. The arrangements for the provision of the Centres and the engagement of the doctors and dentists in them are referred to below.

33. While the Health Centre system is developing, it will be supplemented by arrangements with doctors in separate practice – to join in the service from their own surgeries. This will be so arranged that everyone can be assured of a family doctor from the outset – either in a Health Centre or not. For dentistry, this assurance cannot be given until more practitioners are available, but during the development of the Health Centre system arrangements will be made to supplement it as much as possible by enabling individual dentists to treat patients at the cost of the new service wherever this can be arranged.

### **Local Executive Committees**

34. There will be a new system of Local Executive Committees for the family practitioner services. There will be a Committee for each county and county borough area, but with power to the Minister to combine two or more areas under one Committee, wherever desirable.

35. Each Committee will have a chairman, appointed by the Minister and one half of its members will represent the “consumer” interest, the public, while the other half represents the professional people providing the service – doctors, dentists and chemists. Of the public representatives, two-thirds will be nominated by the Local Authority of the area and the other third by the Minister...

### **Health Centres**

36. The provision and maintenance of Health Centre (including Dental Centre) premises and equipment – and of nursing, secretarial and other ancillary staff – will rest with the county and county borough councils. It can thus be correlated with their provision of child welfare clinics, school clinics, and other

activities. To arrange for the use of the Centres by doctors and dentists in the family practitioner services, the local authority will in each case deal with the new Local Executive Committee, which will be contracting with the doctors and dentists for these services generally – and on which the local authority will have substantial representation. The doctors’ and dentists’ general terms of service covered by national regulations, will cover the terms and conditions governing their use of Health Centres provided by local authorities. The doctors and dentists will thus remain in contract with the Local Executive Committee and be remunerated by it, whether inside or outside the Centres, to secure unity and mobility throughout the family practitioner services.

### **Remuneration of Doctors**

37. Doctors working in Health Centres, whole-time or part-time, will be paid a basic salary, as part of their public income; the rest of a “sum due” to each of them will be pooled in the Centre and divided among the doctors under something like a partnership agreement. The “sum due” will be calculated on a capitation rate for all patients in the care of the doctors in the Centre, while being distributed among them as above. Doctors working outside the Health Centres (while these are being developed) will similarly be paid a basic part salary, the rest of their remuneration depending on a capitation rate in respect of patients on their lists.

38. All remuneration of doctors, under either system, will be fixed by national regulations and will have regard to any national standards recommended by the present Spends Committee or any subsequent body set up for the purpose. Scales of remuneration will be so arranged as to admit of extra inducement to practise in less attractive areas (...), and of extra rewards for special qualifications.

### **Remuneration of Dentists**

39. Dentists, working – whole-time or part-time – in Health Centres or Dental

Centres will be remunerated entirely by salary, in proportion to their attendance at the Centre. Supplementary arrangements will be made, while the Centre system is developing, whereby dentists accepting any patient under the public service in their own surgeries can be paid on a scale of fees for approved work done. This scale can provide for payment for minor or urgent work on claims submitted after the event (to avoid delay for the patient); but for more substantial work, the dentist will submit what he proposes to do for approval by a new small professional body, which will have branch offices about the country.

40. All remuneration of dentists, by salary or under scales of fees, will be fixed by national regulations and will have regard to national standards recommended by a body analogous to the Spends Committee for doctors, or other body set up for the purpose.

<sup>27</sup> Fonte: <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/the-sma-and-the-foundation-of-the-national-health-service-dr-leslie-hilliard-1980/aneurin-bevan-and-the-foundation-of-the-nhs/cabinet-memorandum-proposals-for-a-national-health-service-13-december-1945/>, link verificato il 15 aprile 2020.



## **Documento 3**

### **Bevan's Speech to the House of Commons on the Appointed Day, 9th February 1948<sup>28</sup>**

I beg to move:

“That this House takes note that the appointed day for the National Health Service has been fixed for July 5th; welcomes the coming into force on that date of this measure which offers to all sections of the community comprehensive medical care and treatment and lays for the first time a sound foundation for the health of the people; and is satisfied that the conditions under which all the professions concerned are invited to participate are generous and fully in accord with their traditional freedom and dignity”.

The House will recollect that this Debate was requested from this side of the House, and not by the Opposition. There is some significance in that fact. During the last six months to a year there has been a sustained propaganda in the newspapers supporting the party opposite, which has resulted in grave misrepresentation of the nature of the Health Service and of the conditions under which the medical profession is asked to enter the Health Service. There has been even worse misrepresentation, sustained by a campaign of personal abuse, from a small body of spokesmen who have consistently misled the great profession to which they are supposed to belong. I make a distinction, and I hope that distinction will be maintained throughout the Debate, between the hard-working doctors who have little or no time to give to these matters, and the small body of raucous voiced people who are alleged to represent the

profession as a whole.

So much misrepresentation has been engaged in by the British Medical Association (B.M.A.) that the doctors who have voted or are voting in the plebiscite are doing so under a complete misapprehension of what the Health Service is. It has been frightening to speak to some doctors and to learn the extent to which their representatives have failed to inform them about the facts of the case. I have even spoken to representatives of the doctors who have attended the various conferences which have been held in London, and at which the members of the negotiating committee were supposed to have reported their discussions with me, and they themselves did not and do not understand what the facts are.

From the very beginning, this small body of politically poisoned people have decided to fight the Health Act itself and to stir up as much emotion as they can in the profession. I have before me a letter written to the "Scotsman":

"Parliament, through the National Health Service Act – State Medical Service Act' would have been a more descriptive designation – has vested certain totalitarian powers in the Minister of Health. The Minister has not been slow in revealing these powers in his scheme of things to come. Stripped of the goodwill of his practice, subjected to 'negative' direction, denied the right of appeal to a court of law against dismissal from service and salaried from Whitehall – such is to be the lot of the physician of the Socialist future. In brigand-like fashion this would-be Fuehrer points an economic pistol at the doctor's head and blandly exclaims 'Yours is a free choice – to enter the service or not to enter it'". I have quoted from one of the more modest of the letters, because I am not anxious to raise the temperature just now. No doubt, hon. Members have seen letters which are even more virulent than that one.

The history of the Health Service Act is a very long one. It started with the National Insurance Act in 1911-12. Then in 1920 there was the report of a committee under Lord Dawson. Then in 1943 it was revived, and in 1944 there was a Coalition White Paper. Then there were protracted discussions with my

predecessor. Then there was a Government White Paper in 1945 and the National Health Service Act, which took 32 days in the Commons and 10 days in the Lords.

I would like to make one personal reference. It has been suggested that one of the reasons why the medical profession is so stirred up at the moment is because of personal deficiencies of my own. I am very conscious of these. They are very great. Absence of introspection was never regarded as part of a Celtic equipment; therefore, I am very conscious of my limitations. But it can hardly be suggested that conflict between the British Medical Association and the Minister of the day is a consequence of any deficiencies that I possess, because we have never been able yet to appoint a Minister of Health with whom the B.M.A. agreed. My distinguished fellow countryman had quite a little difficulty with them. He was a Liberal, and they found him an anathema. Then there was Mr. Ernest Brown who was a Liberal National, whatever that might mean, representing a Scottish constituency. They found him abominable. As for Mr. Willink, a Conservative representing an English constituency, they found him intolerable.

I am a Welshman, a Socialist representing a Welsh constituency, and they find me even more impossible. Yet we are to assume that one of the reasons why the doctors are taking up this attitude is because of unreasonableness on my part. It is a quality which I appear to share in common with every Minister of Health whom the British Medical Association have met. If I may be allowed to make a facetious transgression, they remind me of a famous argument between Chesterton and Belloc. They were arguing about the cause of drunkenness, and they decided to apply the principles of pure logic. They met one night and drank nothing but whisky and water, and they got drunk. They met the next evening and drank nothing but brandy and water, and they got drunk. They met the third night and drank nothing but gin and water, and again they got drunk. They decided that as the constant factor was water it was obviously responsible – a conclusion which was probably most agreeable to Bacchic circles.

I think we can dismiss at once the suggestion that the disagreements with the medical profession are a consequence of the personal qualification or disqualification of the Minister concerned, and I have made reference to it now only in order that I might call attention to the sort of propaganda which seems to be recurrent in British politics where issues of principle are vulgarly personalised. It is becoming almost impossible for the citizens of Great Britain to see the differences of political principle through the smoke of personal misrepresentation. That is one of the reasons, but the least important reason, why the Government thought it necessary to have this Debate this afternoon.

It has been suggested by the spokesmen of the B.M.A. that we have not negotiated with them sufficiently, that if we had only been more approachable things would have been different. But there were long negotiations with Mr. Brown and long negotiations with Mr. Willink, and on every occasion the B.M.A. rejected the advances made. I have met the Negotiating Committee itself eight times, three times before the Bill was introduced and – I hope this will not be brought against me – most irregularly I met them three times whilst the Bill was before the Committee. I consider this was somewhat of a sin against constitutional practice because I do not believe a Minister ought to be running two committees at the same time, one in the House of Commons and the other outside. I did it in order to give them every opportunity of stating their case.

Since the Act I have met them twice, and since August 1945, the officials of my Department have met representatives of the Negotiating Committee 28 times. There have been continuous discussions, so microscopic that I am almost weary of the issues involved because they have been so much investigated. But the Negotiating Committee on its side was never in a position to negotiate. It had received from its own committees, at its own request, instructions not to negotiate. Indeed – and I would like the House to note this – when I met members of the Negotiating Committee in December of last year for a two-day discussion, I was presented with a printed circular which they had themselves caused to be printed rejecting the Act before the final negotiations had taken

place. All the main features of the Act are contained in that document; not merely remuneration, not merely basic salary, not merely the appeal to the courts, but every important provision in the Act had been rejected by the Negotiating Committee before negotiations were concluded.

I called the attention of the chairman of the Negotiating Committee to that fact and asked him what the use of two days' negotiations was when one side had already decided to reject the whole scheme. The answer was that they had already made up their minds.

The hospitals section is included in the rest. This document is in the Library for hon. Members to look at – it rejects the Sections dealing with distribution, buying and selling of practices, remuneration, right of appeal to the courts, midwifery, the administrative bodies, public hospitals, hospital accommodation for private patients, facilities for diagnosis, statutory health committees, public health service, representation of the profession on the administrative bodies.

We are not now dealing with a body which is seeking to bring about the modification of principles in what they consider to be the legitimate interest of the members of the medical profession. We are dealing with a body organising wholesale resistance to the implementation of an Act of Parliament.

Furthermore, and I would like the House to note this, they had already rejected the Act before they knew the terms of remuneration for the general practitioner. They had not been told by me officially whether or not there would be a basic salary. They had not been told at this stage what was to be the scale of remuneration and, when they go around the country at the present time saying that one of the main causes of their decision is the basic salary, it should be remembered that they had decided to reject the Act before they knew there would be a basic salary in the remuneration.

In fact the whole thing begins to look more like a squalid political conspiracy than the representations of an honoured and learned profession and, I say this deliberately, when the bulk of the doctors in the country learn the extent to which their interests have been misrepresented by some of their spokesmen, they

will turn on those spokesmen. In fact, one of the weaknesses of the B.M.A.'s present position is that they have mustered their forces on the field by misrepresenting the nature of the call and when the facts are known their forces will disperse.

There are four main issues on which the B.M.A. say they join issue. They say, in the first place, that they cannot accept the abolition of the sale and purchase of practices. The abolition of the sale and purchase of practices was recommended by the profession's own health commission. They voted for the abolition in their own plebiscite and all I have done, and all the Government and the House have done, is to put in the Act recommendations about this step based on the best medical information. We regard it as being inconsistent with a civilised community and with a reasonable health service for patients to be bought and sold over their heads. When I am told that all they desire is that patients should have the best medical treatment, how can that be argued when a doctor succeeds to another doctor's panel not on account of personal qualifications but on the size of his purse? How can it reasonably be argued that there is any effective free choice of doctor when the doctors negotiate the terms between themselves and the patient knows nothing at all about it? This system exists in no other country in the world. It is a blot upon our medical system.

I ask the Opposition whether they accept or do not accept the abolition of the sale and purchase of practices. We should like to know. We should like the Opposition to tell us – because I think that these matters ought to be made quite clear – whether they are in favour of doctors being able to buy and sell their panels in the public service. It is very necessary that we should know. It is very necessary that we should know the body of opinion behind this practice so that we can estimate what it is worth. One of the main reasons why we are having this Debate today is not merely in order that the Government can clear up their position, but that the Opposition shall have the opportunity of making their position clear, too. After all, the second body of importance next to the Government is the Opposition, and I do not think that the nation ought to be

denied the counsel of the Opposition in this matter. There cannot be, as far as we are concerned, any question at all that a Health Service which we consider to be reputable must not retain the buying and selling of private practices.

The doctors have said that their second objection – indeed, many of them said that this is the one thing that is offending them – is that they will not accept a basic salary as part of their remuneration. The first time that a full-time salaried practitioner service was put before the medical profession was in 1943, in the days of the Coalition Government. It came from Mr. Ernest Brown. I hope the Opposition will note that. This principle, to which such exception is taken, which is supposed to reveal such Socialist partisanship, which is supposed to embody such regimentation, did not come from a Socialist Minister of Health but from a Government composed of Conservatives, Socialists and Liberals, and was put forward by a National Liberal. And I rejected it; I thought it contained too much of the element of regimentation.

There were some hon. Members on this side of the House who expressed the view that competition for patients on panels had the effect of degrading the standards of the service, and that, consequently, it was much better to have a full-time salaried service. It was argued out on Committee stage and on the Second and Third Readings, and it was decided that that was not what we were going to do. But what I made clear during the passage of the Bill was that young doctors ought to have the opportunity of living decently whilst they were building up their practices. At the moment, the only way in which a doctor can get into general practice is either by becoming an assistant to a principal, and accepting very important limitations when he takes up his work, or by borrowing sums of money and, therefore, for the first 15 to 30 years of his professional life, loading himself with debt, so that when he is approaching his patients he is not in the state of mind in which a doctor ought to be.

We not only desire in this scheme to relieve patients of financial anxiety; we desire to relieve the Doctor of Financial anxiety when he approaches his patients. It is one of the most deplorable features of the existing system that young

doctors, when they go into practice – and they are by no means boys, but men of 24 to 30 years of age, with young families to feed and educate and clothe and look after just at that time when the young doctors ought to be freest of financial burdens, they have financial burdens put upon them. We consider, therefore, that a salary, only of £300 – but, nevertheless, a salary of £6 a week – plus what he can get from capitation fees, would be a financial support for the young doctor whilst he is building up his practice. It is perfectly true that if a general practitioner believes that this element of basic salary is repugnant, and by its very existence makes him into a State salaried servant, he need not take it. He can give it back. The Chancellor of the Exchequer would be delighted. It will be of interest to see how many general practitioners find this so dishonourable to the traditions of the profession, so besmirched by the element of regimentation that they will hand it back as though it were poison. There is nothing at all to prevent a general practitioner from handing it back if he likes. But it would be a most complicated arrangement if we had two capitation fees running simultaneously in the Service. We can see how extremely complicated it would be if we consider what effect it would have on the national and local pool available for the payment of general practitioner's remuneration. One of the concessions made, which has not been italicised, is that for the first two years we shall pay into the pool a sum equal to 95 per cent. of the total population of the country, because the general practitioners will be assumed to be at risk for a large number of people who will not have signed their lists at all. To work that basic salary under conditions of that sort would be extremely difficult and cumbersome.

Another argument we have heard advanced is that the partnership agreements will be rendered very difficult and that it is hard to see what the Act means when partnership agreements remain after the Act has come into operation. The mind of the general practitioner has been confused by the B.M.A. propaganda in this respect; but there is natural anxiety among general practitioners as to what is the effect of the Act upon partnership agreements. In



order to try to clear it up I have decided, with the co-operation of the Attorney-General and the Lord Chancellor, to appoint a legal committee to inquire into it and to recommend what they consider should be done. It is a most unusual proceeding. As a general rule, when Parliament passes a Bill and it becomes law, it is left for the courts to construe it. However, if any further light can be thrown on this matter, if competent legal opinion can find any way in which those Sections of the Act can be clarified, I shall be perfectly prepared to recommend the Government to have an amending Bill for that part of the Act to make clear where the general practitioners stand.

The other thing to which the B.M.A. take serious objection is what they consider to be the removal of their legal rights. Here, the representation has reached really staggering proportions. It has been said that a doctor has taken away from him his rights of appeal to the courts against unlawful dismissal. That is entirely untrue. A doctor will have exactly the same right of appeal to the courts against unlawful dismissal as any other citizen in the country. It has never been challenged during the whole of my negotiations with the representatives of the profession. They have never been able to show any part of the Act which takes away from the doctors those legal rights. But some of them want to go further than that. They want to have the right of appeal to the courts against dismissal from the service on the ground of misconduct or neglect.

I want the House fully to appreciate the significance of what is being asked. It is perfectly competent to go to the courts against a Minister on the ground that he has unlawfully removed any doctor from the Service. That remains. It is an entirely different matter if they want to take the Minister – whoever he might be – to the courts on the ground that he has acted wisely or unwisely, because whether a Minister has acted wisely or unwisely is for this House to determine, not the courts. If a doctor has the right to go to the courts to ask the courts to arbitrate, not on the law, but on the merits, how can that right be denied to anybody else – to the teachers, to the railwaymen, the miners, everybody, in both public and private service?

Under this reasoning, if there were this right to go to the courts of law, appealing not on the ground that the doctor has been unlawfully dismissed, but on the ground that he has been wrongfully dismissed in the terms of his contract, what would be the situation? The relationship of the judiciary to the legislature would be completely revolutionised. Day by day the courts would be arbitrating on a thousand and one matters on which they are utterly incompetent to judge. The courts are competent to judge the law and to construe the statutes; but the courts are not competent to say whether a foreman ought to get rid of a workman or a workman ought to dismiss an employer – because the converse is always the case, and under conditions of full employment it is as easy for the workman to dismiss the employer as for the employer to dismiss the workman. But if the B.M.A. had their way, if this queer constitutional doctrine were accepted, both would be tied together by an Act and with the courts. We should find ourselves in an entirely impossible situation. Therefore, we decided it was constitutionally impossible to give the doctors this concession.

However, when the Act was being drawn up and the protection of the doctor being considered, I gave this point special attention. I would have the House realise that, under the existing National Health Insurance Act, protection for the doctor is merely an appeal to the Minister. It is only that. The local insurance committee reports the doctor to the Minister; the Minister makes an inquiry, and the doctor is upheld or removed. That is the existing situation. That was the situation as it was left by my predecessor. Mr. Willink, in his scheme, had left the position under the new Health Service exactly the same as it is now; but I, of my own volition, decided that that protection for the doctor was not sufficient, on the ground that the new Health Service would be universal and that removal from the Health Service of the future would carry heavier penalties than removal from the National Health Insurance Act scheme. So, I decided to put a tribunal in between the local executive council and the Minister.

The present position, therefore, is that, under the scheme the general practitioners are in contract with the local executive council, on which they have

seven direct representatives – I emphasise, seven direct representatives – not appointed by the Minister, but elected by the doctors in the locality themselves. That is the first body to discuss the behaviour of a doctor. If, after examination, that body decide that a doctor ought to be removed, they report it to the Minister. At that stage the Minister can do nothing. All he can do is to refer it to this tribunal, the chairman of which is appointed by the Lord Chancellor, and on which there is another doctor and a layman. If that tribunal decides that the doctor should be retained, the Minister can do nothing at all about it, and the doctor is retained.

The Minister is brought into the picture only where the doctor himself invokes the Minister against the decision of the tribunal. The Minister can then order another inquiry, public or private, as the doctor requires, with witnesses if need be, and with all the apparatus of full investigation; and the Minister can then decide whether or not the contention of the doctor should be upheld. There is no professional body in Great Britain or the world where more protection exists than that. The fact is, I am myself beginning to wonder whether the public is sufficiently protected under machinery of that sort. Certainly no doctor could claim that he is not adequately protected in those circumstances.

Let me ask this question, which I hope the doctors will read tomorrow: what would be the consequence of the sort of protection for which their so-called spokesmen are asking- compare it with this. Suppose that we did find it constitutionally practicable – which we do not- to give the doctor the right of appeal to the courts in these circumstances. Consider what a weapon of tyranny that would put in the hands of the Minister. Because remember, not only would the doctor have the right of appeal to the courts, but the Minister, being responsible to the House, would himself have the right of appeal to the courts for the removal of a doctor. In such circumstances any Minister would have very considerable powers of intimidation over the doctor, because he could take a doctor to the courts, force the man to undergo all the odium of publicity, to have his conduct examined, newspapers reporting it, all the circumstances of the

case revealed to everybody, and his professional reputation besmirched.

The fact is that, if the medical profession could be given what they are demanding, then in six months' time they would be cursing the people who asked for it. In fact, in this matter lay people like ourselves have acted with a far greater sense of responsibility in protecting the doctor than their own professional representatives. Those are the main facts on which the doctors are at present making their complaint.

These are the four main grounds upon which the doctors have been alleging their opposition to entrance into the service. I apologise for keeping the House so long, but this is a matter of very great importance, and I am desperately anxious to get the medical profession into the scheme, enthusiastically and harmoniously, and I deplore the atmosphere which has been created in the last six months. I would point out to the House that so anxious was I not to take part in these polemics, that I made no public speech of any sort until the meetings in January, when the B.M.A. decided to reject the Act. Although, for between six months and a year, meetings have been held all over the country and the most extravagant things have been said, I nevertheless took the view that it would be better for me to say nothing at all at that stage, or I might have added to the acrimony rather than reduced it. Therefore, I made no statements of any sort. It may be that the miseducation of the doctors is partly my responsibility, and that if I had not left their education solely to those who are supposed to speak on their behalf, they might now know a little more than they do about the Act.

It may be said by the right hon. Gentleman the Member for Saffron Walden when he replies, more in sorrow than in anger, "Well, now, cannot we get together? Is it not possible, at this late hour, for some concession to be made to assuage the high feeling and try to bring about greater harmony between the Government and the doctors?" The Opposition might want to put themselves into the position of "honest broker"? a position, historically, very difficult for them to occupy; but it might appear to them to be congenial in these

circumstances to take up that position. But that would be to assume that there have been no concessions made to the medical profession, and that we should start off once more negotiating and making concessions. I want to point out to hon. Members in all parts of the House that these negotiations have been a long series of concessions from us, and none from the medical profession – not a single one. Indeed, one Member of the Negotiating Committee boasted that during these negotiations they had not yielded a single inch.

Consider what we have done. Consider the long record of concessions we have made. First of all, in the hospital services we have accorded paid bed blocks to specialists, where they are able to charge private fees. We have accorded, in addition to those fees for those beds which will have a ceiling, a limited number of beds in the hospitals where there is no ceiling at all. I agree at once that these are very serious things, and that, unless properly controlled, we can have a two-tier system in which it will be thought that members of the general public will be having worse treatment than those who are able to pay. That is a very grave danger, and it is a very serious and substantial concession made to the medical profession. We have also conceded that general practitioners and specialists can have private patients. That was repugnant to many of my hon. Friends. They hated it, because they said at once that we can have, if we are not careful, a revival of the old Poor Law system, under which the man who does not pay, does not get the same treatment as the man who does.

This kind of propaganda contains the possibility of developing that atmosphere. I would warn hon. Members opposite that it is not only the British working class, the lower income groups, which stands to benefit by a free health service. Consider very seriously the tradition of the professional classes. Consider that social class which is called the “middle class.” Their entrance into the scheme, and their having a free doctor and a free hospital service, is emancipation for many of them. There is nothing that destroys the family budget of the professional worker more than heavy hospital bills and doctors’ bills. There is no doubt about that at all, and if hon. Members do not know it,

they are really living in another world. I know of middle-class families who are mortgaging their future because of heavy surgeons' bills and doctors' bills. Therefore, it is absolutely vital, not only for the physical good health of the community, but in the interests of all social groups, that they should all be put in the system on 1st July and that there should not be some in and some out of the scheme. That is why I deplore the letter today in "The Times" from a distinguished orthopaedist, who talked about private practice as though it should be the glory of the profession. What should be the glory of the profession is that a doctor should be able to meet his patients with no financial anxiety.

I now come to the Amendment on the Paper, and may I say at once that the Government are prepared to add the Amendment to this Motion? I think that the language of the Amendment reflects the political sagacity of the Opposition. They are not anxious to enter the tilting yard led by such doubtful leaders as the B.M.A. They wish to avoid the tourney and are prepared to stand on one side and gather up whatever spoils may come to them. If hon. Members look at the Amendment, they will see that it is one to which all Members of the House can subscribe. It:

"declines to prejudice in any way the right of individuals in all the professions concerned to express their opinions freely, according to their traditions, and in the interest of their patients, upon the terms and conditions of service under the proposed National Health Scheme".

Who disagrees with that? A more innocuous collection of bromides I have never heard of or seen.

The sting in the Amendment is, of course, that it leaves out the last part of the Motion. If Members opposite think there is anything in the Act which interferes with the freedom of choice, they should say so; we should hear it. If they think there is anything in the Act, scheme, or terms of remuneration, which prejudices the doctor patient relationship, we should hear it. So far, we have not. We do not object, and never have objected, to the doctors expressing their opinions freely; we do not object to the B.M.A. recommending their doctors not to take service

under this scheme. What we do take serious objection to is to organised sabotage of an Act of Parliament. We desire to know from the Opposition whether they support that. Do they support the B.M.A. organising resistance on 5th July, because I would warn them that the beginning of that road might look very pleasant but the end would be exceedingly unpleasant, not only for us but for Members opposite. It must be clear to everybody that if there is one thing we must assert; it is the sovereignty of Parliament over any section of the community. We have not yet made B.M.A. House into another revising Chamber. We have never accepted the position that this House can be dictated to by any section of the community.

We do concur in the right of any section of the community to try to persuade the House of Commons to change its mind. That is perfectly sound. The position we are taking up is that the B.M.A. have exceeded their just constitutional limitations, and that the best thing they can do now is to put on record their opinion that while they may disagree with the Act in this or that particular, or in general if they wish, nevertheless, they will loyally accept the decision of Parliament and continue to agitate for such revisions as they think proper. That is the right position for any section of the community to take up.

May I say this in conclusion? I think it is a sad reflection that this great Act, to which every party has made its contribution, in which every section of the community is vitally interested, should have so stormy a birth. I should have thought, and we all hoped, that the possibilities contained in this Act would have excited the medical profession, that they would have realised that we are setting their feet on a new path entirely, that we ought to take pride in the fact that, despite our financial and economic anxieties, we are still able to do the most civilised thing in the world – put the welfare of the sick in front of every other consideration. I, therefore, deplore the fact that the best elements in the profession have been thrust on one side by the medical politicians, who are not really concerned about the welfare of the people or of their own profession, but are seeking to fish in these troubled waters. I hope the House will not hesitate to

tell the British Medical Association that we look forward to this Act starting on 5th July, and that we expect the medical profession to take their proper part in it because we are satisfied that there is nothing in it that any doctor should be otherwise than proud to acknowledge.

<sup>28</sup> Fonte: <https://api.parliament.uk/historic-hansard/commons/1948/feb/09/national-health-service>, link verificato il 15 aprile 2020.



## **PARTE III**

# Le origini del Servizio Sanitario Nazionale Italiano

## Documento 1

**La CGIL per l'attuazione di un sistema di Sicurezza sociale. Le linee generali del Servizio Sanitario Nazionale, della protezione economica dei lavoratori, del finanziamento della Sicurezza Sociale, in "Rassegna sindacale", n. 3, 1958, pp. 101-113.<sup>29</sup>**

(...)

### **Premessa**

Il Comitato Direttivo della CGIL rileva con viva soddisfazione che sul documento relativo al Servizio sanitario nazionale e la riforma dei trattamenti pecuniari per malattia, infortunio, malattie professionali, tubercolosi e maternità – approvato, nel luglio del 1956 dal Comitato Esecutivo confederale – si è sviluppato tra i lavoratori, nelle loro organizzazioni e nel Paese, un vivace dibattito sulla situazione esistente nel campo di previdenza e assistenza di malattia, sui problemi che tale situazione pone e sugli indirizzi di politica sociale da seguire per risolverli.

Il dibattito ha reso evidente la complessità dei problemi da affrontare, ma, nello stesso tempo, ha confermato la validità sia del giudizio della CGIL sulle condizioni oggettive favorevoli che già esistono nel nostro Paese per un'organica riforma dell'ordinamento vigente, sia degli orientamenti di politica sociale a cui si ispirano le proposte di riforma della CGIL.

Il Comitato Direttivo confederale, tenendo conto delle proposte più meditate

che sono scaturite nel corso del dibattito e delle ulteriori elaborazioni della Commissione confederale per la sicurezza sociale, prospetta ai lavoratori italiani e al Paese, nelle loro linee generali, concrete proposte per la istituzione di un Servizio sanitario nazionale e per la riforma dei trattamenti pecuniari per malattie infortuni, malattie professionali, tubercolosi, maternità. Queste proposte tendono a far avanzare il nostro Paese sulla via della realizzazione di un moderno sistema di sicurezza sociale, che garantisca ai lavoratori e a tutti gli italiani una adeguata protezione in qualunque stato di bisogno.

### **Richiamo alla situazione attuale**

1 – È ormai largamente riconosciuto che lo stato attuale, nel campo della previdenza e assistenza di malattia, è insoddisfacente e caotico. Il nostro Paese manca di una politica sociale efficace e, in particolare, di una moderna politica sanitaria. Nonostante il notevole livello della spesa sanitaria pubblica, rispetto alla spesa sanitaria complessiva del Paese, e l'estensione dell'assistenza di malattia ad oltre i due terzi della popolazione, non si constata nel complesso un apprezzabile miglioramento delle condizioni generali della salute del popolo italiano e, in particolare, dei lavoratori. Rimangono, e si accentuano, le sperequazioni di protezione fra le diverse categorie di lavoratori e tra le varie zone del Paese, le prestazioni pecuniarie, in caso di inabilità temporanea e permanente per malattia e per causa di lavoro, restano per larghe masse di lavoratori ad un livello talmente basso da non consentire nemmeno l'acquisto dei prodotti alimentari di più largo consumo, e, in generale, non consentano di far fronte allo stato di bisogno derivante dalla perdita temporanea o permanente del salario. La grave situazione finanziaria degli Enti di previdenza di malattia e l'insufficienza dei mezzi a disposizione degli Enti locali, portano a compressioni delle prestazioni mediche, farmaceutiche, ospedaliere, con grave danno per i mutuatati e i cittadini interessati, ma anche delle stesse categorie sanitarie.

In realtà l'ordinamento attuale è il risultato di una sovrapposizione – attuata con misure frammentarie e disorganiche – della protezione sanitaria pubblica e

di previdenza malattia al vecchio ordinamento ispirato, prevalentemente, a indirizzi di carattere assistenziale e caritativo, cioè non basato su un ben definito diritto del lavoratore o del cittadino alla tutela in caso di bisogno. Nonostante il carattere pubblicistico dell'ordinamento vigente, esso resta dominato da principi privatistici e assicurativi, che privano l'organizzazione sanitaria previdenziale e pubblica – la più estesa del Paese – della capacità di iniziativa per la difesa e il miglioramento della salute dei lavoratori e dei cittadini in genere.

Inoltre, l'ordinamento attuale è basato su criteri di direzione fortemente accentrata. Da ciò deriva quel pesante burocratismo che soffoca anche l'attività delle istituzioni periferiche, attività che risulta insoddisfacente anche quando si tenga conto dei limiti ristretti che ne regolano l'esplicazione.

### **Le caratteristiche generali del nuovo ordinamento**

2 – Il nuovo ordinamento deve ispirarsi a questo principio fondamentale: la salute dei lavoratori e dei cittadini costituisce un bene che lo Stato deve tutelare nell'interesse del singolo e dell'intera collettività nazionale. Il cittadino deve avere perciò diritto ad essere protetto contro tutte le cause che possono menomare il suo stato di salute e di integrità fisiopsichico, e deve altresì avere diritto ad essere reintegrato nello stato di salute e di efficienza. In particolare, il lavoratore deve avere diritto alle prestazioni pecuniarie nei casi di inabilità temporanea o permanente derivanti da malattie, infortunio, malattie professionali e del lavoro, tubercolosi, maternità. Inoltre, i superstiti del lavoratore deceduto per cause di lavoro, debbono aver diritto ad adeguati mezzi di sostentamento.

La realizzazione degli strumenti necessari e il reperimento dei mezzi occorrenti per il soddisfacimento di questi diritti impegna tutta la società nazionale, chiamata così ad assolvere ad uno dei fondamentali doveri di solidarietà umana.

Il nuovo ordinamento dovrà attuare la massima unità degli indirizzi di politica sociale e sanitaria e, perciò, di direzione dei servizi relativi, tendendo a

superare le notevoli disparità oggi esistenti nel Paese, dovute alle diverse condizioni economico-sociali, al vario grado di sviluppo dei servizi sanitari e sociali fra il Nord e il Sud, fra la città e la campagna, alla diversità di protezione tra le categorie dei lavoratori e fra lavoratori e familiari.

Il nuovo ordinamento dovrà attuare anche il massimo decentramento di responsabilità e di autonomia per garantire la più alta efficienza dei servizi sociali e sanitari, affinché l'attività di tali servizi risponda alle molteplici esigenze, aderisca alla multiforme realtà, alla disparità delle situazioni locali, ambientali, di lavoro, eviti i pericoli di burocratizzazione attraverso l'attiva partecipazione, a tutti i livelli, dei cittadini, dei lavoratori e delle categorie sanitarie alla direzione politico-amministrativa e tecnica degli organi responsabili.

### **Indirizzi della nuova politica sanitaria**

3 – Il Comitato Direttivo della CGIL afferma che l'istituzione del Servizio sanitario nazionale nel nostro Paese, non deve significare soltanto un miglioramento dei trattamenti vigenti di previdenza malattia, ma deve portare al superamento degli odierni criteri in materia di protezione di malattia, attuando l'art. 32 della Carta Costituzionale il quale prevede che “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività”.

Per perseguire, concretamente ed efficacemente, l'alto obiettivo della difesa della salute dei lavoratori e dei cittadini, l'azione protettiva deve essere svolta sulla base di una chiara e moderna politica sanitaria, la quale per essere tale deve:

a) garantire a tutti i cittadini la profilassi e la prevenzione, la terapia e il riadattamento, attraverso l'impiego, da parte del Servizio sanitario nazionale, degli strumenti e delle tecniche sanitarie più moderne, poste a disposizione tempestivamente, in forma diretta e senza limiti di tempo;

b) assicurare l'intervento del Servizio sanitario nazionale ogni qualvolta il cittadino ne faccia richiesta, ma garantendo anche il pieno assolvimento dei

compiti di profilassi e di prevenzione ad iniziativa dello stesso Servizio;

c) realizzare lo sviluppo delle attrezzature sanitarie secondo un programma che garantisca la corrispondenza dei servizi sanitari e tecnici alle esigenze di una completa protezione sanitaria;

d) curare l'aggiornamento e il perfezionamento, sul piano tecnico e scientifico, delle categorie sanitarie;

e) provvedere all'ammodernamento di tutte le attrezzature, in rapporto al progresso scientifico e tecnico.

### **La nuova protezione sanitaria**

4 – Affinché un tale indirizzo di politica sanitaria trovi piena applicazione, è necessario superare l'attuale stato di incertezza sul diritto alle prestazioni sanitarie, mediante una chiara determinazione della nuova protezione sanitarie, che dovrà comprendersi.

A) La profilassi e la prevenzione:

- le prestazioni medico-generiche, specialistiche e tecniche per sistematici accertamenti ai fini della diagnosi precoce delle malattie;

- le cure mediche, chirurgiche, farmaceutiche, balneo-termali, idropiniche e climatiche;

- il ricovero in colonie permanenti, in preventori per infanzia e per adulti;

- il controllo sull'applicazione delle leggi sanitarie;

- la lotta contro le malattie infettive e diffuse e contro le epidemie, anche attraverso le vaccinazioni obbligatorie ovvero eccezionalmente necessarie;

- il controllo sull'applicazione delle norme di igiene del lavoro e la lotta contro le malattie professionali e da lavoro.

B) Le prestazioni terapeutiche:

- prestazioni ambulatoriali e domiciliari medico-generiche e pediatra, a scopo diagnostico e terapeutico;

- prestazioni ambulatoriali e domiciliari dello specialista e del consulente, a scopo diagnostico e terapeutico;

- prestazioni ospedaliere e presso istituti di cure specializzati;
- prestazioni farmaceutiche;
- prestazioni ostetriche.

C) Il riadattamento ed il recupero funzionale:

- la rieducazione psico-fisica, anche mediante ricovero presso istituti specializzati e presso convalescenziari;
- le cure balneo-termali e idropiniche a scopo di riadattamento;
- la fornitura di protesi e di presidi terapeutici;
- le prestazioni chirurgiche estetico-funzionali e fisiologiche.

Le prestazioni sanitarie ai malati ritenuti incurabili devono comprendere le prestazioni domiciliari e ambulatoriali specialistiche ed il ricovero in cronicari, gerontocomi e in istituti specializzati.

I cittadini debbono essere lasciati liberi di richiedere anche soltanto parte delle prestazioni di cui hanno diritto, e anche di non rivolgersi affatto al Servizio sanitario nazionale. I medici debbono essere liberi di aderire o no al Servizio stesso.

### **Autonomia, decentramento ed efficienza tecnica del Servizio sanitario nazionale**

5 – Il Comitato Direttivo della CGIL ritiene che il Servizio sanitario nazionale, per ispirarsi ai principi enunciati, deve essere, al centro, diretto dal Ministero della Sanità, e, alla periferia, in tutto il Paese, deve essere diretto dagli Enti territoriali previsti dalla Costituzione – Regione, Provincia, Comune – così da garantire, nell'autonomia, il massimo di decentramento, di autogoverno, di controllo democratico e di coordinamento.

Alla Regione, alla Provincia, al Comune debbono essere perciò affidati istituzionalmente, secondo la competenza territoriale di ciascuno di essi, i compiti relativi alla difesa della salute. Tali compiti devono essere svolti in piena autonomia e, pertanto, i rapporti fra questi Enti dovranno essere regolati secondo i principi di collaborazione e di integrazione, e non di dipendenza e di

subordinazione gerarchica.

Al Ministero della Sanità debbono essere affidati i compiti relativi alla politica di difesa della salute in tutto il territorio nazionale, di coordinamento e di vigilanza tecnica sui servizi sanitari e sugli Enti Locali.

L'obiettivo della difesa della salute dei lavoratori e dei cittadini dovrà essere perseguito anche mediante specifici programmi di iniziative e di misure di interesse nazionale, regionale o locale.

La distribuzione dei servizi sanitari e tecnici, di vario tipo e grado, deve essere regolata secondo un piano regionale. I rapporti fra i diversi servizi dovranno informarsi ai principi della dipendenza tecnica della istanza inferiore da quella superiore, e dell'autonomia di gestione a ciascun grado. Il territorio regionale dovrà essere suddiviso in Circoscrizioni sanitarie territoriali.

Nel territorio di ciascuna regione deve essere realizzato il massimo e razionale impiego delle attrezzature sanitarie esistenti, pubbliche e private, e deve essere programmato lo sviluppo di quelle pubbliche per adeguarle alle esigenze.

I piccoli comuni si assoceranno fra loro in consorzio, per la costituzione di una circoscrizione sanitaria territoriale. A ciascuno di essi saranno però ugualmente attribuiti i poteri connessi alla tutela della salute pubblica e il controllo dei servizi operanti nell'ambito del loro territorio, attraverso propri uffici sanitari.

Nei grandi comuni i servizi sanitari potranno essere decentrati in rapporti alle esigenze e alle condizioni territoriali (frazioni, borgate, villaggi, ecc.), su deliberazione del Consiglio comunale che ne stabilirà i tipi, i compiti e le norme di gestione.

Presso le aziende potranno essere costituite Unità Sanitarie aziendali con compiti di medicina del lavoro, di tutela della salute e di cura dei lavoratori. Le Unità Sanitarie aziendali assorbiranno le funzioni di carattere sanitario delle attuali Mutue aziendali. Per l'attuazione della politica sanitaria e dei programmi per la difesa della salute dei lavoratori e dei cittadini, dovranno essere costituiti organi politico-amministrativi ed organi di direzione sanitaria e tecnica.



## **Gli organi politico-amministrativi**

6 – Presso il Comune, il consorzio fra Comuni, la Provincia e la Regione si dovrà costituire un Comitato Sanitario, con ordinamento autonomo, quale organo politico-amministrativo delle amministrazioni locali, attraverso il quale gli Enti Locali svolgeranno i compiti loro attribuiti dalle leggi e dai regolamenti.

Il Comitato Sanitario comunale dovrà essere nominato dal Consiglio comunale e composto dal Sindaco (o da un suo delegato) con funzioni di presidente, dal Capo della Direzione sanitaria territoriale e da membri eletti dal Consiglio comunale, da rappresentanti dei lavoratori e dei medici e da esperti nominati dal Consiglio comunale. I Consigli comunali dei grandi Comuni, su proposta del Comitato sanitario comunale, potranno costituire Comitati Sanitari delegati (di frazione, di quartiere, ecc.) determinandone la composizione e le attribuzioni. I presidenti di questi Comitati faranno parte di diritto del Comitato sanitario comunale.

I Consigli dei Comuni consorziati nomineranno un unico Comitato sanitario.

Il Comitato Sanitario comunale (o intercomunale) dovrà proporre i bilanci di spesa e approvare i bilanci consuntivi dei servizi sanitari e tecnici da esso dipendenti, dovrà formulare regolamenti di attuazione per l'attività sanitaria nel territorio di sua giurisdizione, dovrà stipulare le convenzioni con le istituzioni sanitarie private e con le categorie sanitarie interessate, dovrà amministrare il personale dei servizi in gestione diretta da essa dipendenti, e dovrà predisporre, per il Consiglio comunale, le relazioni annuali sullo stato di salute della popolazione e sulle attività dei servizi dipendenti, nonché formulare le proposte per la futura attività.

Il Comitato Sanitario provinciale dovrà essere nominato dal Consiglio provinciale e sarà composto del Presidente della Giunta provinciale (o da un suo delegato) che lo presiede, dal Capo della Direzione Sanitaria provinciale, da membri eletti dal Consiglio provinciale, da rappresentanti eletti dai Consigli comunali, da rappresentanti dei lavoratori e dei medici, e da esperti nominati dal Consiglio provinciale.

Il Comitato Sanitario provinciale dovrà proporre i bilanci di spesa e approvare i bilanci consuntivi dei servizi sanitari e tecnici da esso dipendenti, dovrà formulare i regolamenti di attuazione per l'attività dei servizi sanitari e tecnici da esso dipendenti, dovrà stipulare le convenzioni con le istituzioni sanitarie private e con le categorie sanitarie interessate, dovrà amministrare il personale dei servizi in gestione diretta da esso dipendenti, e dovrà predisporre, per il Consiglio provinciale, le relazioni annuali sullo stato di salute della popolazione e sull'attività dei servizi dipendenti, nonché formulare le proposte per la futura attività.

Il Comitato Sanitario provinciale dovrà inoltre controllare le attività dei servizi dipendenti dai Comitati Sanitari comunali (o intercomunali) e dovrà coordinare i programmi dei medesimi.

Il Comitato Sanitario regionale sarà nominato dal Consiglio regionale e composto dal Presidente della Giunta regionale (o da un suo delegato) con funzioni di Presidente, dal Capo della Direzione Sanitaria regionale, da membri eletti dal Consiglio regionale, da rappresentanti eletti dai Consigli provinciali, da rappresentanti dei lavoratori e dei medici, e da esperti nominati dal Consiglio regionale.

In attesa della costituzione dei Consigli regionali, il Comitato Sanitario regionale dovrà essere nominato dall'assemblea dei consiglieri delle province, e avrà sede presso l'Amministrazione provinciale del capoluogo di regione.

Il Comitato Sanitario regionale dovrà proporre i bilanci di spesa ed approvare i bilanci consuntivi dei servizi sanitari e tecnici da esso dipendenti, dovrà formulare i regolamenti di attuazione per l'attività dei servizi Sanitari e tecnici da esso dipendenti, dovrà stipulare le convenzioni con le istituzioni sanitarie private e con le categorie sanitarie interessate dovrà amministrare il personale dei servizi in gestione diretta da esso dipendenti, e dovrà predisporre, per il Consiglio regionale, le relazioni annuali sullo stato di salute della popolazione e sull'attività dei servizi dipendenti, nonché formulare le proposte per la futura attività.

Il Comitato Sanitario regionale dovrà coordinare l'attività dei Comitati provinciali e, in particolare, dovrà formulare programmi di sviluppo dell'attrezzatura sanitaria, predisporre l'organico e le norme di concorso per le assunzioni del personale sanitario, tecnico e amministrativo dei servizi operanti nell'ambito del territorio regionale. Lo stesso Comitato dovrà infine, predisporre proposte di regolamentazione generale dei servizi e dei programmi sanitari per il territorio della Regione da sottoporre al Consiglio regionale, ed esprimere pareri per la formulazione dei programmi nazionali.

Presso le Unità Sanitarie aziendali dovrà essere costituito un Comitato Sanitario aziendale eletto dai lavoratori dell'azienda interessata e del quale farà parte un rappresentante della direzione aziendale. Il Comitato avrà compiti di direzione politico-amministrativa della Unità Sanitaria aziendale.

Presso il Ministero della Sanità dovrà essere costituito il Comitato Sanitario nazionale di nomina del Presidente della Repubblica. Esso dovrà essere costituito dal Ministro per la Sanità, con funzioni di presidente; da rappresentanti del Senato della Repubblica e della Camera dei Deputati; da un rappresentante di ciascun Consiglio regionale; dal Direttore Generale della Sanità; da rappresentanti dei Ministeri del Lavoro e della Previdenza Sociale, degli Interni, dei Lavori Pubblici, dell'Istruzione, dell'Industria e del Commercio, dell'Agricoltura, della Difesa; da rappresentanti dei lavoratori e dei medici, e da esperti. Il Comitato sanitario nazionale potrà costituire nel suo seno sottocomitati. In particolare, il Comitato Sanitario nazionale dovrà elaborare le linee della politica sanitaria nazionale, formulare programmi generali di iniziativa per la sua attuazione e coordinarne l'applicazione; dovrà predisporre piani di indagine sull'andamento dello stato di salute della popolazione e sulle condizioni sanitarie del Paese; dovrà predisporre la relazione annuale al Parlamento sullo stato di salute e sull'attività del Servizio Sanitario nazionale; dovrà esprimere pareri e formulare proposte su ogni altra questione interessante la difesa della salute dei cittadini italiani.

## **Gli organi di direzione sanitaria e tecnica**

7 – Presso ciascun Comitato Sanitario locale è costituita una Direzione Sanitaria territoriale (comunale o intercomunale, provinciale o regionale) la cui composizione e i cui compiti saranno stabiliti dai corrispondenti Consigli degli Enti Locali, in sede di formazione dei regolamenti dei servizi sanitari locali di loro competenza.

Alla Direzione Sanitaria compete la direzione, il coordinamento e il controllo di tutti i servizi sanitari e tecnici istituiti nel territorio di competenza, secondo le attribuzioni dei rispettivi Enti Locali.

Della Direzione Sanitaria fanno parte di diritto i direttori delle principali branche dei servizi sanitari.

8 – Per favorire l'unità di indirizzo nella direzione dei servizi tecnici, presso il Ministro della Sanità dovrà essere costituita una Direzione generale sanitaria unificata, composta dai direttori generali del Ministero della Sanità stessa e dal Direttore dell'Istituto Superiore di Sanità. In particolare, la Direzione generale sanitaria unificata dovrà sovrintendere ai Servizi sanitari di interesse nazionale (vigilanza sanitaria alle frontiere, ai porti ed aeroporti, stazioni contumaciali, lebbrosari, istituti specializzati a carattere nazionale, ecc.).

9 – L'Istituto Superiore di Sanità dovrà essere potenziato e posto nella condizione di svolgere i nuovi compiti ed il maggiore lavoro derivante dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale. In particolare, l'Istituto Superiore di Sanità dovrà formulare proposte per i programmi sanitari nazionali; elaborare le tecniche di protezione e di controllo della sanità pubblica; controllare, direttamente o attraverso i laboratori regionali di sanità, la produzione dei farmaci, delle sostanze terapeutiche ed i presidi di uso sanitario; giudicare sulle proposte avanzate dal Comitato sanitario nazionale per l'iscrizione nella farmacopea ufficiale di nuovi prodotti farmaceutici; approvare i progetti dello strumentario e degli apparecchi sanitari e provvedere ai necessari collaudi; formulare programmi per corsi di perfezionamento e di aggiornamento del personale sanitario del Servizio sanitario nazionale; formulare indirizzi sul piano

tecnico sanitario per l'attuazione dei programmi sanitari delle Regioni e sovrintenderne alla applicazione anche per coordinarli al programma nazionale, istituire speciali centri di indagine.

Presso l'Istituto Superiore di Sanità sarà istituita una Scuola superiore di sanità per la preparazione e l'aggiornamento del personale direttivo sanitario e tecnico del Servizio sanitario nazionale.

### **L'organizzazione sanitaria territoriale**

10 – Il Comitato Direttivo della CGIL rileva la grande importanza che riveste il problema della struttura dell'organizzazione territoriale dei servizi sanitari e tecnici. Esso sottolinea la esigenza dell'utilizzazione massima e razionale delle attrezzature ambulatoriali ed ospedaliere – pubbliche e private – perché da ciò dipende in pratica il rapido miglioramento della protezione sanitaria e l'efficacia di ogni azione in difesa della salute dei lavoratori e dei cittadini.

Il piano di suddivisione del territorio regionale in Circoscrizioni sanitarie territoriali, il grado e l'ampiezza dei servizi sanitari, nonché la loro distribuzione nell'ambito del territorio di ogni Circoscrizione, dovrà essere predisposto dal Comitato sanitario regionale, sentiti i Comitati sanitari provinciali e comunali e intercomunali. Tale piano, prima dell'approvazione definitiva da parte del Consiglio regionale, sarà sottoposto all'esame dei Consigli provinciali e comunali, che dovranno esprimere un giudizio motivato e formulare eventuali proposte di modifiche. In attesa della costituzione dei Consigli regionali, il piano dovrà essere approvato dall'Assemblea di tutti i Presidenti e di tutti gli Assessori provinciali della Regione. Le successive modifiche del piano saranno predisposte e deliberate seguendo le stesse procedure.

Le Circoscrizioni sanitarie territoriali che non coincideranno con un territorio comunale, dovranno essere delimitate mediante l'associazione di più comuni così da costituire un territorio che presenti unità economico-sociale.

Nel determinare tali unità si dovrà, pertanto, tenere anche conto dello sviluppo della rete viaria e dei pubblici servizi di trasporto.

Le Circoscrizioni sanitarie territoriali dipenderanno dai Comitati sanitari comunali o intercomunali, sotto la cui giurisdizione territoriale esse operano. La Circoscrizione sanitaria territoriale nei grandi comuni potrà essere suddivisa, su deliberazione del Consiglio comunale, in sotto-circoscrizioni sanitarie territoriali. L'attività di ciascuna di tali sotto-circoscrizioni sarà regolata da una direzione sanitaria comunale.

### **I principali servizi sanitari**

11 – I servizi sanitari fondamentali compresi nell'ambito della Circoscrizione sanitaria territoriale saranno i seguenti:

a) i servizi per il controllo della salute della popolazione (approvvigionamento idrico e sorveglianza sugli acquedotti; smaltimento dei rifiuti liquidi e solidi e sorveglianza sugli impianti; controllo sulle sostanze alimentari e sulle bevande; controllo sugli esercizi pubblici e sul personale addetto; controllo sul latte e sull'istituzione di centrali del latte; controllo sulle abitazioni; lotta contro le malattie infettive e vaccino-profilassi);

b) i servizi di medicina del lavoro (controllo sugli ambienti di lavoro; prevenzione contro le malattie professionali e da lavoro; prevenzione contro gli infortuni sul lavoro; controllo sui rifiuti delle lavorazioni industriali);

c) i servizi di protezione dell'infanzia e di tutela della maternità (impianti e vigilanza sugli asili nido e sui nidi di infanzia; servizi medici e medico-pedagogici; servizi di profilassi e vaccina-zone dell'infanzia; colonie e centri climatici);

d) i servizi di protezione di malattia e di riadattamento (domiciliari, ambulatoriali, farmaceutici, ospedalieri).

12 – L'ospedale dovrà essere il centro naturale di cura degli ammalati e, perciò, dovrà provvedere alle prestazioni medico-generiche, ostetrico-ginecologiche, pediatriche e specialistiche.

L'attrezzatura ospedaliera deve costituire la base della organizzazione sanitaria e deve avere distribuzione regionale.

Speciali istituzioni ospedaliere potranno essere organizzate e dirette dal Ministero della Sanità. Gli ospedali dovranno essere di primo e di secondo grado, policlinici e specializzati.

Gli ospedali di secondo grado e gli ospedali specializzati, che operano per un territorio superiore ad una circoscrizione, dipenderanno dalla Direzione sanitaria provinciale o da quella regionale.

Gli ospedali policlinici saranno sede delle facoltà mediche, delle scuole di preparazione, di specializzazione e di perfezionamento del personale sanitario. Sulla istituzione degli ospedali policlinici decideranno congiuntamente i Ministeri della Sanità e della Pubblica Istruzione, determinandone l'ordinamento speciale. Gli ospedali policlinici potranno essere integrati nei servizi sanitari dipendenti dalla Direzione sanitaria regionale. Gli ospedali di secondo grado potranno essere costituiti in ospedale policlinico. Gli ospedali di primo grado dovranno essere provvisti di un numero di letti che garantisca la migliore funzionalità ed economicità della gestione e debbono avere reparti di medicina e chirurgia; sezioni per ciascuna delle principali specialità secondo le disposizioni di legge; idonei servizi generali ed un reparto per l'osservazione degli ammessi, distinti per sesso; un reparto per l'isolamento dei contagiosi. In particolare, essi debbono avere una sezione di radiologia e una di terapia fisica, nonché un laboratorio di analisi.

Gli ospedali di secondo grado debbono essere provvisti di un numero di letti che consenta una gestione funzionale ed economica e debbono avere, oltre ai reparti di medicina e chirurgia, sezioni di ostetricia e ginecologia, di pediatria, di oculistica, di otorinolaringoiatria, di urologia, di cardiologia, di oncologia; sezioni speciali per l'osservazione e l'isolamento dei malati contagiosi e sospetti; sezioni di radiologia e di terapia fisica; un centro diagnostico isto-chimico-batteriologico; un servizio farmaceutico; un gabinetto di anatomia patologica; una scuola per la preparazione del personale infermieristico.

13 – Le Circoscrizioni sanitarie territoriali dovranno avere una attrezzatura sanitaria che comprenda almeno un ospedale di primo grado, poliambulatori e

ambulatori.

Il funzionamento dei poliambulatori e degli ambulatori sarà regolato da norme predisposte dalla Direzione sanitaria ospedaliera ed approvate dal Comitato sanitario competente. La Direzione degli ambulatori e dei poliambulatori sarà posta alle dipendenze della Direzione sanitaria dell'ospedale.

Il poliambulatorio dovrà provvedere, nella zona di sua competenza, alla erogazione delle prestazioni medico-generiche, chirurgiche e specialistiche di maggiore ricorso (pediatria, stomatologia, oculistica, otoiatria, dermatologia, ginecologia, neurologia, cardiologia, radiologia) e ai servizi di pronto soccorso; esso dovrà, inoltre, garantire la consulenza medica e i servizi di analisi di laboratorio di più frequente necessità. Il poliambulatorio dovrà perciò essere dotato delle attrezzature sanitarie e tecniche necessarie all'espletamento dei suoi compiti. Ad esso potrà anche essere assegnata una attrezzatura mobile per garantire l'efficienza della protezione sanitaria in particolari zone. La protezione medico-generica domiciliare o ambulatoriale sarà assicurata da un corpo di medici e da personale sanitario in organico o convenzionato.

Ai poliambulatori, situati in particolari zone e dotati di servizi medico-generici e specialistici idonei, potrà essere annessa un'infermeria che dovrà avere sale di degenza e servizi generali rispondenti alle disposizioni regolamenti stabilite dal Comitato sanitario competente.

Ove non sia ritenuto necessario o possibile istituire un poliambulatorio, allo scopo di assicurare la erogazione delle prestazioni specialistiche essenziali, potranno essere costituite Unità distaccate del servizio poliambulatoriale; e ciò in particolare presso gli agglomerati minori. Presso le aziende potranno essere costituite le Unità sanitarie aziendali. Sia le Unità distaccate che le Unità aziendali dovranno essere dotate delle attrezzature necessarie all'espletamento dei compiti ad esse demandati.

14 – Ogni ospedale avrà una gestione autonoma diretta da un Comitato di gestione che dovrà avere tutte le attribuzioni necessarie per assicurare il regolare funzionamento del servizio ospedaliero e dei servizi ambulatoriali e



poliambulatoriali, sul piano tecnico ed economico amministrativo. Il Comitato di gestione dovrà predisporre i bilanci preventivi e i rendiconti consuntivi, secondo gli schemi previsti dai regolamenti, da sottoporre all'approvazione del Comitato sanitario competente.

15 – L'attività tecnico-sanitaria dei servizi ospedalieri ed extra-ospedalieri (ambulatoriali e domiciliari) sarà diretta dalla Direzione sanitaria dell'ospedale, che dovrà essere collegiale ed unitaria. Questa direzione dovrà operare secondo gli indirizzi generali dettati dalle Direzioni sanitarie territoriali competenti e sarà coadiuvata dal Collegio dei primari dirigenti le varie branche dei servizi ospedalieri e poliambulatoriali.

16 – Le case di cura private, riconosciute idonee dalle autorità sanitarie competenti, potranno svolgere la loro attività ad integrazione delle attrezzature sanitarie pubbliche, mediante accordi liberamente stipulati tra le parti. Le case di cura private convenzionate dovranno attenersi alle prescrizioni stabilite dalle autorità sanitarie competenti sia per quanto riguarda il loro funzionamento, sia per ciò che concerne l'efficienza delle attrezzature e i rapporti con il personale dipendente. I poliambulatori privati, riconosciuti idonei dalle autorità sanitarie competenti, potranno svolgere la loro attività ad integrazione della attrezzatura sanitaria pubblica mediante accordi liberamente stipulati fra le parti. I poliambulatori convenzionati dovranno attenersi alle prescrizioni stabilite dalle autorità sanitarie competenti, sia per quanto riguarda il loro funzionamento, sia per ciò che concerne l'efficienza delle attrezzature e i rapporti con il personale dipendente.

### **I medici nel Servizio sanitario nazionale**

17 – Il Comitato Direttiva della CGIL richiama l'attenzione dei lavoratori e del Paese sulle condizioni in cui si trovano costretti ad operare decine di migliaia di medici italiani. Tali condizioni sono caratterizzate non soltanto da un basso reddito di lavoro professionale e da uno stato di sottoimpiego, che colpisce in particolare i giovani medici, ma da limitazioni che pongono il medico in gravi

difficoltà nell'uso dei moderni mezzi diagnostici e nell'applicazione delle terapie più progredite.

A lungo andare, tutto ciò non potrà non influire negativamente sul livello culturale e professionale di parte notevole della categoria dei medici, e le conseguenze non potranno non ricadere sui lavoratori e sui cittadini in generale.

In un periodo di grande sviluppo scientifico e tecnico, quale è quello attuale, è dovere della collettività nazionale difendere il patrimonio culturale e professionale rappresentato dalla categoria dei medici, ed è interesse della collettività stessa favorirne lo sviluppo, mediante iniziative adeguate che offrono, in particolare ai giovani medici, garanzie di lavoro e di progresso culturale e professionale.

Il Comitato Direttivo – tenuto conto anche delle esperienze di altri paesi – ritiene che la istituzione del Servizio sanitario nazionale proposto dalla CGIL, realizzerà condizioni nuove, di aumento del reddito dei medici italiani, di piena occupazione, di maggiore sviluppo culturale e professionale.

18 – I medici potranno prestare la loro attività per il conseguimento dei fini del Servizio sanitario nazionale aderendo liberamente ad una delle seguenti forme di rapporti con il Servizio stesso:

1. entrando a far parte, mediante pubblici concorsi regionali, del personale sanitario in organico dei vari servizi sanitari in gestione diretta: 2. prestando la loro attività come liberi professionisti convenzionati.

A tutti i medici, sia a quelli che entreranno a far parte dell'organico che a quelli che presteranno la loro attività soltanto come medici convenzionati, sarà pienamente garantito l'esercizio della libera professione. L'organizzazione dei servizi sanitari dovrà essere tale da garantire, in ogni caso, la presenza di almeno un medico generico ogni duemila abitanti e la presenza di un medico nei piccoli comuni e negli agglomerati con meno di duemila abitanti. In tal modo i medici in organico saranno così distinti:

1) Medici generici: destinati ai piccoli comuni. Nella prima fase di applicazione del nuovo ordinamento saranno inseriti in organico di diritto i

medici condotti che già ricoprono l'incarico in seguito a regolare concorso.

2) Medici poliambulatoriali: specialisti, aiuti, primari. I primari e gli aiuti svolgeranno consulenza ambulatoriale e domiciliare nel territorio di loro competenza. I concorsi dovranno garantire una efficace direzione culturale dei poliambulatori da parte dei primari.

3) Medici ospedalieri: a) medici interini e cioè una categoria formata da gruppi di medici che verranno sostituiti di due anni in due anni allo scopo di consentire il perfezionamento dei medici neolaureati. Tale categoria dovrà sostituire quella attuale dei medici volontari ed avrà diritto ad una regolare retribuzione. I posti di interino saranno aperti senza concorso a tutti i neolaureati. La distribuzione nei vari Ospedali sarà effettuata tenendo conto della graduatoria degli esami di laurea; b) Medici effettivi ospedalieri: assistenti, aiuti, primari.

4) Medici destinati ai servizi di prevenzione e di profilassi: medici del lavoro, scolastici, igienisti, ecc.

Il Servizio sanitario nazionale dovrà garantire la stabilità e il pieno sviluppo della carriera dei medici in organico, attraverso successivi concorsi, e facilitare, a tal fine, il passaggio dei medici dall'una all'altra categoria.

I medici generici che vorranno prestare la loro opera quali medici convenzionati, dovranno farne soltanto richiesta agli organi competenti. I neolaureati, per ottenere la iscrizione fra i medici convenzionati, dovranno dimostrare di prestare la loro opera retribuita presso ospedali nella qualità di assistente interino.

Anche i medici specialisti, che non svolgano attività nei poliambulatori in gestione diretta – quali medici in organico – potranno essere convenzionati per prestare la loro attività presso gli stessi ambulatori in base ad accordi liberamente negoziati fra le parti.

A tutti i medici, in organico e convenzionati, sarà garantita la piena libertà di operare secondo “scienza e coscienza”. Le modalità di erogazione delle prestazioni non potranno in alcun caso, e per nessuna prestazione, prevedere

norme di contrasto con tale principio, e ciò allo scopo di riconoscere al medico la responsabilità propria della sua attività.

Le condizioni normative, le forme dei compensi e la misura degli stessi, sia per i medici in organico che per i medici convenzionati, saranno regolate mediante libera negoziazione fra l'amministrazione sanitaria e le categorie interessate.

Ai cittadini sarà garantita la libera scelta del medico di fiducia nell'ambito della circoscrizione sanitaria territoriale.

Ai cittadini sarà assicurata, inoltre, la libertà di scelta del medico specialista e dell'ospedale o casa di cura nell'ambito della Circostrizione sanitaria territoriale. Il Comitato sanitario competente stabilirà le modalità per l'esercizio di questa facoltà e per garantire la regolare attività dei servizi sanitari, nonché per disciplinare l'accesso ad istituzioni sanitarie di grado superiori, non esistenti nell'ambito della Circostrizione sanitaria territoriale.

Per i medici in organico e convezionati dovranno essere istituiti corsi di aggiornamento ed attuate altre iniziative tendenti alla elevazione professionale e culturale degli interessati. La partecipazione a tali corsi ed iniziative non dovrà comportare alcuna diminuzione di reddito per gli interessati.

Tutti i medici, il personale sanitario ausiliario e gli esercenti arti sanitarie alle dipendenze degli Istituti previdenziali, enti ed istituzioni i cui compiti verranno attribuiti al Servizio sanitario nazionale, potranno di diritto passare alle dipendenze della nuova amministrazione sanitaria, nel rispetto dei diritti acquisiti.

## **La protezione economica dei lavoratori**

19 – Il Comitato Direttivo della CGIL afferma l'esigenza di dare attuazione al principio sancito dalla Costituzione che garantisce ai lavoratori il diritto a che “siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria”, cominciando con la riforma dei trattamenti economici in vigore, per malattia,

infortunio, malattie professionali, tubercolosi e maternità.

### **Le prestazioni pecuniarie per inabilità di carattere temporaneo**

20 – Tutti i prestatori d'opera, compresi coloni e mezzadri e apprendisti, devono avere diritto alle indennità giornaliera sostitutive del salario per il periodo di assenza dal lavoro causato da malattia, infortunio, malattie professionali e da lavoro, tubercolosi e maternità.

Le indennità giornaliera dovranno decorrere dal primo giorno di insorgenza dell'evento che determina l'assenza dal lavoro, ad eccezione della indennità per maternità che dovrà decorrere dal giorno di interdizione obbligatoria dal lavoro. L'indennità giornaliera di malattia dovrà essere corrisposta per un periodo massimo di un anno continuativo. L'indennità per la maternità dovrà essere corrisposta fino al giorno in cui sia consentita la ripresa del lavoro. Nessun limite di tempo dovrà sussistere per quanto concerne le indennità per infortunio, per malattie professionali e da lavoro e per tubercolosi.

I lavoratori disoccupati dovranno conservare il diritto alla indennità giornaliera, qualora l'evento insorga entro 180 giorni dalla cessazione del rapporto di lavoro. L'indennità spetterà anche dopo questo periodo di tempo, qualora i lavoratori disoccupati frequentino corsi professionali o siano addetti a cantieri scuola.

21 – L'indennità giornaliera di malattia dovrà essere fissata nella misura del 75% della retribuzione giornaliera. Qualora lo stato di malattia si prolunghi oltre i 60 giorni, tale indennità dovrà essere elevata all'85% dalla retribuzione stessa.

Le indennità giornaliera per infortunio, per malattie professionali e da lavoro e per tubercolosi dovranno essere fissate nella misura dell'80% della retribuzione giornaliera. Qualora l'inabilità temporanea, dovuta ad infortunio o malattia professionale, superi i 30 giorni, le indennità dovranno essere elevate al 90% della retribuzione giornaliera, e dopo i 90 giorni le stesse indennità dovranno spettare nella misura del 100% della retribuzione.

L'indennità di maternità dovrà essere fissata nella misura dell'80% della

retribuzione giornaliera.

I trattamenti di maggior favore resteranno in vigore.

Per il settore dell'agricoltura, le indennità giornaliere dovranno essere commisurate al salario contrattuale provinciale previsto dagli accordi relativi alla scala mobile.

In ogni caso, per tutti i settori e le categorie, la retribuzione giornaliera presa a base per la commisurazione delle indennità giornaliere non potrà essere inferiore alle lire 1.000.

Per i periodi per i quali i lavoratori percepiscano le indennità giornaliere per malattia, infortunio, malattie professionali e da lavoro, tubercolosi e maternità, dovrà essere loro conservato il diritto agli assegni familiari, nella misura e secondo le condizioni previste per il settore dell'industria.

Per i lavoratori ricoverati e non aventi familiari a carico l'indennità giornaliera potrà essere ridotta del 25%.

### **Le prestazioni pecuniarie per inabilità di carattere permanente**

22 – Al lavoratore, che per infortunio sul lavoro o malattia professionale, subisca una riduzione della capacità lavorativa superiore al 10%, dovrà spettare una rendita (pensione).

La rendita dovrà essere commisurata direttamente al grado di inabilità permanente ad alla retribuzione annua del lavoratore.

(...)

Ai lavoratori che siano costretti ad abbandonare il lavoro per sopraggiunta inidoneità specifica al lavoro cui sono addetti o all'ambiente di lavoro, spetterà una rendita di passaggio nella misura dell'30% della retribuzione fino a quando al lavoratore interessato non sarà offerta occupazione confacente da parte dell'Ufficio di collocamento statale, o non sia stata liquidata la rendita per inabilità da causa di lavoro, o la pensione di invalidità.

(...)

23 – In caso di morte di lavoratore, dovuta a causa di lavoro, anche se il

lavoratore sia già titolare di rendita per inabilità permanente, spetterà al coniuge, o al familiare con funzioni di capofamiglia, una pensione nella misura del 70% della retribuzione annua percepita dal lavoratore. Ai familiari a carico del coniuge, o del superstite con funzione di capo famiglia, spetteranno gli assegni familiari secondo le condizioni e nelle misure previste per il settore dell'industria. Qualora superstiti siano soltanto i figli minori, dovrà essere loro attribuito un trattamento non inferiore al 60 e non superiore al 100% della retribuzione del lavoratore. Al coniuge, o al familiare con funzione di capofamiglia, del lavoratore titolare di rendita deceduto non per cause di lavoro, spetterà una pensione nella misura del 70% di quella dovuta al lavoratore, nonché gli assegni familiari secondo le condizioni e le misure previste per il settore dell'industria. In caso di morte di lavoratore dovrà essere dato inoltre un assegno funerario.

24 – Il rapporto di lavoro non potrà essere soggetto a rescissione da parte del datore di lavoro, per tutto il periodo di assenza dal lavoro dovuta a infortunio, malattie professionali e da lavoro, malattie, tubercolosi, maternità.

25 – L'Ente previdenziale gestore delle prestazioni pecuniarie potrà richiedere alle aziende di anticipare ai lavoratori assenti dal lavoro per malattia, infortunio, malattie professionali da lavoro, tubercolosi e maternità, le indennità giornaliere o un acconto sulle stesse spettanti al lavoratore. In ogni caso, la corresponsione delle indennità dovrà essere effettuata in corrispondenza dei periodi di paga.

(...)

### **Il finanziamento della sicurezza sociale**

28 – Il Comitato Direttivo della CGIL osserva che il finanziamento di un sistema di Sicurezza sociale non pone soltanto questioni tecniche, ma problemi di scelte politiche ed economiche. Tali scelte si riconnettono a giudizi di priorità nella distribuzione del reddito. Esse si inseriscono nell'ambito di un'organica politica salariale, che investa e consideri tutte le parti del salario come strettamente interdipendenti e, quindi, si collochi anche nell'ambito più ampio di

una politica economica.

Il problema specifico dei costi previdenziali si rivela, perciò, anche esso strettamente connesso a scelte politiche ed economiche, capaci di spostare l'accento sugli elementi creativi e liberatori che una riforma previdenziale può suscitare, più che su quelli meramente finanziari.

Nello spirito di queste considerazioni va vista la costituzione di un Servizio sanitario nazionale. Si potranno allora scorgere reali possibilità di autofinanziamento, e precisamente:

a) mediante una moderna politica sanitaria, che efficacemente persegua il miglioramento dello stato di salute dei cittadini e l'innalzamento della vita media; alla lunga ciò non può non significare – da un lato – preparare le condizioni per un maggior rendimento della forza-lavoro e – dall'altro – creare gradualmente condizioni per un minor bisogno di determinati interventi protettivi. A questo proposito, l'esperienza inglese e di altri paesi è largamente probativa. Comunque, tutti e due i casi citati dovrebbero provocare degli incentivi sia all'accrescimento che al risparmio del reddito nazionale e, quindi, corrisponderebbero, in sostanza, ad una riduzione dei costi previdenziali;

b) un'organica politica sanitaria comporterà poi una perequazione dei servizi di tutte le regioni del Paese, colmando in tal modo alcuni aspetti del ritardo economico e civile del Mezzogiorno e delle Isole, contribuendo quindi a creare dei particolari moltiplicatori dell'incremento dei redditi in tutto il Paese;

c) l'istituzione di un Servizio sanitario nazionale, alla lunga, può portare alla nazionalizzazione delle aziende produttrici dei medicinali e ad una razionalizzazione della distribuzione dei prodotti farmaceutici. In ogni caso, il monopolio della domanda che il Servizio sanitario darà alla nuova amministrazione sanitaria, assicurerà allo Stato un effettivo controllo sui costi di produzione e di distribuzione dei medicinali;

d) una moderna protezione sanitaria, garantita a tutti i cittadini, non potrà non influire sui consumi, spostandoli, almeno per determinate categorie di persone a reddito più alto, verso consumi più pregiati. Oltre al benefico effetto di



un tale spostamento su tutto il mercato e in genere sull'economia, è da considerare che questo fatto potrebbe creare grossi margini di tassazione su prodotti di lusso e consentire così ulteriori prestazioni sociali;

e) con la liberazione dei compiti di erogazione delle prestazioni sanitarie degli Enti previdenziali, si renderà possibile – come si è proposto – l'unificazione dei vari Istituti previdenziali; operazione che, unita all'ammodernamento delle tecniche amministrative e allo impiego delle nuove attrezzature elettroniche per le schedature, i calcoli, ecc. consentirà di realizzare ragguardevoli risparmi nei costi dei servizi amministrativi;

f) una moderna politica sanitaria, che impegni in un serio sforzo tutta la Nazione per la sua realizzazione, potrà significare la liberazione di immense energie a partire dagli scienziati che non urteranno più in ostacoli amministrativi nella ricerca in tutti i campi della biologia, della medicina, della farmacologia, ecc., per arrivare a tutti i lavoratori che troveranno, nei nuovi organismi, la possibilità di svolgere una efficace funzione di propulsione e di controllo.

29 – L'aumento sia della spesa sanitaria nazionale, sia della spesa per prestazioni pecuniarie per gli eventi considerati, che le riforme proposte comporteranno, verrà contenuto – nel complesso – entro limiti inferiori all'incremento delle spese sociali dal 12 al 15 16% del reddito nazionale, incremento che può essere realizzato oggi senza conseguenze negative per il nostro sistema economico.

A tale riguardo bisogna sfatare due luoghi comuni. Il primo è quello dell'alta incidenza, in Italia delle spese sociali sul reddito nazionale: in realtà tali spese incidono, a tutt'oggi, nella misura del 12 % circa, mentre in altri paesi – la Francia e la Germania occidentale per esempio – hanno raggiunto e superato il 20%. Il secondo è quello della incompatibilità della crescita delle spese sociali con l'incremento degli investimenti. Dal 1951 al 1957, mentre l'incidenza della spesa devoluta a fini sociali è passata dal 9,6 % al 12,4 % l'incidenza dei consumi sul totale degli utilizzi del reddito è passata contemporaneamente, dal 69,9 % al 67,2 %. Non si è riscontrata, quindi, alcuna incompatibilità.

Tutto ciò sta a dimostrare come una parte maggiore del reddito nazionale possa essere trasferita a fini sociali, senza nocimento per l'ulteriore sviluppo del reddito nazionale stesso. Le comparazioni internazionali e gli esempi italiani citati lo confermano.

(...)

### **La linea politica di attuazione delle riforme proposte**

32 – Il Comitato Direttivo riafferma la sua valutazione sulla situazione attuale: esistono le condizioni per l'attuazione delle riforme proposte dalla CGIL. La classe operaia e i lavoratori sanno però che ogni passo avanti sulla via del progresso sociale è il risultato di lotte sociali, spesso dure e lunghe.

La CGIL, nel formulare una linea politica di attuazione delle riforme proposte, sulla base della quale chiamare i lavoratori alla azione per attuarle, non può fondare le proprie scelte soltanto su criteri tecnici, ma deve soprattutto tener conto delle condizioni che occorre soddisfare per poter promuovere un movimento di pressione.

Lo scopo che la CGIL persegue con la sua iniziativa non è già quello di presentare soltanto progetti di riforma, ma di operare concretamente per la loro realizzazione, nella consapevolezza che esse corrispondono non soltanto agli interessi dei lavoratori dipendenti ma anche alle esigenze dei lavoratori indipendenti, dei piccoli e medi imprenditori, della grande maggioranza dei medici e delle categorie sanitarie.

33 – Nell'attuale situazione dei trattamenti previdenziali e assistenziali (...) si rende necessario proporsi obiettivi intermedi. Non si tratta – e questo va detto chiaramente – di porsi su un piano di generico gradualismo, né di proporsi obiettivi fine a sé stessi, bensì di rivendicare con forza provvedimenti per la realizzazione di obiettivi che si collocano nel quadro, e fanno parte, del nuovo ordinamento proposto.

Obiettivi che si ispirano a questo criterio e che soddisfano alle esigenze di un movimento di pressione sono schematicamente i seguenti, che debbono nel

complesso costituire la prima fase di attuazione del Servizio sanitario nazionale e della riforma dei trattamenti pecuniari per malattia, infortunio, malattie professionali e da lavoro, tubercolosi e maternità:

1. Protezione sanitaria: applicazione della protezione sanitaria, prevista dallo schema proposto, in favore di tutti i lavoratori dipendenti ed autonomi, ed applicazione dello schema, per quanto si riferisce alla prevenzione, in favore di tutti i cittadini.

2. Ordinamento della amministrazione sanitaria: attribuzione agli Enti Locali e al Ministero della Sanità dei compiti previsti dalla proposta del nuovo ordinamento; costituzione degli organi politico-amministrativi e degli organi di direzione sanitaria e tecnica previsti. Impegno della nuova amministrazione sanitaria alla utilizzazione massima e razionale delle attrezzature sanitarie pubbliche e private (comprese quelle di proprietà degli Enti previdenziali); alla elaborazione di un primo programma di sviluppo delle attrezzature pubbliche da attuare con finanziamento dello Stato e degli Enti previdenziali con gestioni a capitalizzazione; alla attuazione della nuova regolamentazione dei rapporti con i medici, mediante libera negoziazione e a coprire, con pubblici concorsi regionali tutti i posti previsti dagli organici.

3. Prestazioni economiche: estensione delle prestazioni pecuniarie per inabilità temporanea a tutti i lavoratori dipendenti, ai mezzadri e coloni e agli apprendisti, ed unificazione delle prestazioni stesse a livello più alto; abolizione del periodo di carenza ed aumento del periodo massimo di indennizzo per malattia a 240 giorni l'anno; conservazione del posto di lavoro; facoltà per gli Enti previdenziali di richiedere la corresponsione o l'anticipazione alle aziende delle indennità giornaliere dovute ai lavoratori. Per quanto concerne le prestazioni pecuniarie per inabilità permanente da cause di lavoro: miglioramento di tutte le rendite in atto e applicazione del nuovo trattamento proposto ai lavoratori che resteranno colpiti da inabilità permanente per infortunio e malattie professionali.

4. Finanziamento: unificazione e riforma contributiva; adeguata

partecipazione dello Stato alle spese sanitarie.

5. Costituzione del Consiglio di attuazione del sistema di sicurezza sociale: formato da rappresentanti del Senato della Repubblica e della Camera dei Deputati, da rappresentanti dei Ministeri del Lavoro, della Sanità, degli Interni, dei Lavori pubblici, del Tesoro e delle Finanze: da rappresentanti degli Enti di previdenza, da rappresentanti degli Enti Locali, da rappresentanti delle organizzazioni sindacali dei lavoratori e dei datori di lavoro. Il Consiglio dovrà essere presieduto da un membro del governo. Esso dovrà esprimere pareri e formulare proposte per la risoluzione dei problemi di attuazione delle riforme proposte. Alla unificazione degli Enti previdenziali ed alla trasformazione delle Mutue aziendali in Unità Sanitarie aziendali, si dovrà pervenire gradualmente e solo dopo che sia stata applicata la nuova protezione. In ogni caso dovrà essere sempre salvaguardato il trattamento di maggior favore.

34 – L'istituzione del Servizio sanitario nazionale e la riforma dei trattamenti pecuniari considerati, nonché la realizzazione degli obiettivi intermedi richiederanno, ovviamente, provvedimenti legislativi. La CGIL promuoverà la presentazione delle opportune proposte di legge al nuovo Parlamento.

Problema centrale, come si è già rilevato, resta però quello dello sviluppo di un forte movimento di pressione popolare. Il momento di propulsione e la garanzia di continuità e di intensificazione della pressione, vanno ricercati nella capacità di iniziativa del Sindacato, sul piano dell'azione rivendicativa a tutti i livelli. Ciò richiede da parte del Sindacato un impegno di elaborazione di rivendicazioni specifiche, di carattere immediato, necessariamente differenziato per corrispondere alle diverse esigenze dei lavoratori, le quali si configurano in modo vario per condizioni di lavoro e di vita oggettivamente multiformi, per effetto della varietà del grado di sviluppo tecnico-economico delle singole aziende e dei settori. Queste elaborazioni non debbono perdere mai di vista gli obiettivi intermedi e di prospettiva, debbono anzi partire da essi per giungere alla loro articolazione in obiettivi più particolareggiati.

Un esempio di ciò è certamente rappresentato dalle proposte della Segreteria

confederale all'INAM (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie) per la risoluzione di alcuni problemi urgenti, riguardanti il trattamento di malattia, il miglioramento della funzionalità dell'Ente e l'adeguamento della sua attrezzatura nel Mezzogiorno e nelle zone montane.

Ciò non è, tuttavia, ancora sufficiente. Il Sindacato – riconosciuta tutta l'importanza del “salario indiretto” – deve integrare le rivendicazioni per il suo miglioramento nel programma di rivendicazioni salariali. sul piano di una organica politica salariale, di cui le rivendicazioni di trattamenti previdenziali integrativi (rispetto a quelli previsti dalle leggi sociali) devono costituire uno degli aspetti rilevanti e divenire materia di negoziazione con le aziende e le associazioni padronali.

La CGIL impegnerà tutte le sue energie perché si sviluppi un largo movimento di pressione sindacale, che è condizione e garanzia per la realizzazione del nuovo ordinamento previsto dal presente documento (...).

<sup>29</sup> Fonte: <https://www.rassegna.it/archivio-storico/>, link verificato il 15 aprile 2020.

## Documento 2

**Giovanni Berlinguer, Perché il Servizio Sanitario Nazionale, “Rinascita”, a. XX, n. 9, 2 marzo 1963, pp. 3-4.<sup>30</sup>**

Anche la terza legislatura si è conclusa senza che le speranze di riforma del sistema sanitario e previdenziale abbiano trovato pratica attuazione. (...) La delusione per le mancate riforme si è accompagnata alle forti agitazioni delle categorie sanitarie, dai medici agli infermieri. L'opinione pubblica, già allarmata nei mesi precedenti dalle rivelazioni sulla qualità e sui prezzi dei farmaci, si è resa conto che le singole leggi in discussione trovavano ostacoli non già perché ogni norma fosse errata, ma perché prive di quel contenuto unitario che è solo una volontà politica riformatrice può assicurare. Nella carenza di questa volontà, spesso prevalso la confusione: si sono veduti medici scioperare contro le richieste di altri medici, i gruppi parlamentari di partito votare, in un ramo del Parlamento, in modo opposto al voto dato, dallo stesso partito, nell'altro ramo.

Non è stata però del tutto sterile, questa legislatura. (...) Quel che più conta è (...) il fatto che misura notevole è cresciuta in questi anni, nei lavoratori e nella cittadinanza tutta, nelle forze politiche nei sanitari, la coscienza che un'estensione quantitativa delle prestazioni non è più sufficiente virgola che la qualità delle prestazioni dirette (prevenzione, cura e riabilitazione) e le norme di finanziamento virgola di gestione e di erogazione (...) sono importanti, come e più della loro quantità. L'azione rivendicativa si è saldata maggiormente con la

consapevolezza politica virgola e l'idea di una riforma generale ha fatto, in questo campo, sensibili passi in avanti. L'attuazione di un sistema di sicurezza sociale può essere quindi, per la prossima legislatura repubblicana, uno degli obiettivi da porre all'ordine del giorno, tra i primi, tra i più urgenti, come premessa e come parte integrante della programmazione economica e dello sviluppo della democrazia.

La riforma sanitaria (...) è infatti parte integrante e insostituibile di un programma economico: perché fine di un piano deve essere non già il maggior profitto dei privati, ma il miglioramento delle condizioni di vita dei cittadini; perché la piena tutela della salute È condizione per una più elevata produttività del lavoro e per un progressivo sviluppo dell'economia; Perché la spesa sanitaria e previdenziale, notevolmente accresciuta come necessario, può contribuire a rimediare al fatto che oggi vengono soddisfatti i bisogni secondari rispetto ad altri essenziali, come la scuola, la casa, la salute; può contribuire a stabilire un diverso rapporto fra consumi pubblici e consumi privati virgola e orientare consumi e investimenti verso scelte determinate dalla necessità effettive della collettività virgola e non imposte da esigenze particolari di privati ed i gruppi; perché un sistema di sicurezza sociale può essere strumento efficace di redistribuzione del reddito, di superamento degli squilibri fra categorie, gruppi e zone geografiche del paese; perché ogni ampliamento della sfera dei diritti Sociali contribuisce (come afferma l'articolo tre della Costituzione) a "rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e la effettiva partecipazione di tutti i lavoratori alla organizzazione politica, economica e sociale del paese".

È già un importante conquista il fatto che i lavoratori dipendenti o indipendenti assicurati contro il rischio di malattia virgola in modo completo o parziale siano 42.285.000 (anno 1961), E che altri 3.301.000 siano assistiti dai comuni o da altri enti punto per 45.586.000 italiani, per oltre 9/10 della

popolazione, la protezione sanitaria è ormai acquisita come un diritto.

ma quale protezione sanitaria? Le proteste dei medici, i quali lamentano la scissione fra cultura ed esercizio professionale, fra le possibilità offerte dalla scienza i limiti imposti dall'attuale assetto mutualistico, si collocano – ha scritto recentemente “La Voce Repubblicana” – “Sullo stesso piano delle quotidiane proteste degli assistiti per la incoerente, lacunosa e sperequata protezione ricevuta; delle rivelazioni sulle scandalose speculazioni nel settore della produzione e la distribuzione dei farmaci; delle dolorose vicende di ammalati che non trovano ricovero negli ospedali; delle inchieste che documentano il primato del nostro paese tra quelle europee per la mortalità infantile; Delle statistiche sul numero, sulla distribuzione e sulla efficienza degli ospedali; Della protesta dei silicotici a cui viene riconosciuto lo stato di malattia soltanto quando il polmone è diventato di sasso; delle relazioni della Corte dei conti sulle vicende amministrative dei grossi istituti previdenziali”.

La pressione rivendicativa delle categorie è partita quasi sempre virgola in questi anni, dal fenomeno più evidente, la malattia in atto; da questo punto si è mossa per chiedere una protezione, un pronto soccorso terapeutico sempre più esteso virgola e ha ottenuto parzialisuccessi.se la tendenza centrifuga delle istituzioni nel caos degli ordinamenti sono estesi, ciò è dovuto alla carenza di volontà politica, anche da parte di quelle forze che oggi finalmente criticano a fondo la situazione e che chiedono, al pari dei comunisti, una riforma generale.

L'opera di prevenzione delle malattie, in particolare, è stata colpevolmente trascurata. E non a caso: prevenire significa, infatti, modificare le condizioni di vita, i rapporti di lavoro, le strutture civile della città e della campagna, significa ledere interessi potenti e guardare con audacia al futuro. Quanto è costata al paese la mancanza di queste opere di prevenzione? Citerò soltanto due esempi. Gli infortuni sul lavoro, ciò il prezzo pagato dai lavoratori all'accumulazione dei profitti negli anni del “miracolo”, sono passati nell'ultimo decennio:



nell'industria, da 558.579 nel 1951 a 1.191.087 nel 1961; nell'agricoltura, malgrado la riduzione della manodopera occupata, da 188.795 nel 1951 a 304.911 nel 1961. Anche gli infortuni letali sono cresciuti, nei due settori, da 3.909 a 4.350. (...) Si Dà la colpa di questo fatto alla meccanizzazione dell'industria e dell'agricoltura. Ma in verità, come afferma un eminente studioso, il Willis, la tecnica moderna renderebbe oggi possibile che “gli operai siano al lavoro cinque volte più sicuri che fuori”.

Il secondo esempio è lo stato della mortalità infantile. Nel 1961, 37.282 bambini, oltre 40 su 1000, sono morti prima di avere compiuto un anno di vita. (...) Poiché è probabile e auspicabile che le missioni di forza lavoro femminile nella produzione e nei servizi prosegue con ritmo intenso nei prossimi anni, deve essere chiaro che, se ciò avverrà senza organiche misure di protezione della maternità e dell'infanzia, gravi danni allo sviluppo psicofisico dei bambini saranno inevitabili virgola e non si riuscirà a ridurre, nella misura che la scienza rende oggi possibile, l'elevato tasso di mortalità infantile. E nota invece la difficoltà di assistere nelle abitazioni malsane, nelle famiglie che mancano del necessario; e nota la carenza di asili nido, dei servizi sociali per la donna che lavora, l'insufficienza della medicina nelle scuole.

In base ai risultati, peraltro non trascurabili, già raggiunti nell'assistenza sanitaria virgola e alle carenze accennate, si deve ritenere necessario e possibile che si realizzi entro il 1964 (...) un servizio sanitario nazionale che assicuri gratuitamente a tutta la popolazione, mediante un finanziamento basato su imposizioni progressive in rapporto al reddito, una protezione sanitaria completa. Ciò implica l'impiego organico delle moderne tecniche di prevenzione, cura e recupero; lo sviluppo di attrezzature ospedaliere, ambulatoriali e igieniche estese a tutto il territorio nazionale; la accentuazione del carattere preventivo dell'intervento sanitario, al fine di ridurre l'incidenza delle malattie di maggiore interesse sociale, gli sradicare per sempre alcune di esse virgola di ridurre la mortalità infantile e le altre morti precoci e premature; ciò implica il

superamento del principio assicurativo virgola e l'attribuzione delle attrezzature e delle prestazioni sanitarie allo Stato, attraverso il Ministero della sanità, le Regioni, le Province, i Comuni.

Le classi lavoratrici costituiscono la forza decisiva, per la creazione di un sistema di sicurezza sociale: ma contro i medici virgola e anche senza i medici virgola non può esservi in questo campo vero progresso sociale e scientifico. Accanto a queste due forze – lavoratori e medici (...) – vi sono gli enti locali, che allargando il movimento delle conferenze regionali, provinciali e comunali della sanità possono non solo esercitare una pressione sul Parlamento e sull'esecutivo, ma compiere i primi passi concreti verso il coordinamento delle attrezzature delle prestazioni, adempiere di fatto ai compiti loro attribuiti dalla Costituzione ,vi sono i ceti medi, Coltivatori, artigiani, commercianti, professionisti, interessati da un lato davvero al più presto un'assistenza completa, dall'altro modificare l'attuale sistema di finanziamento basato sull'unico parametro del numero degli occupati virgola che favorisce le imprese ad alta composizione organica del capitale e che schiaccia, per il peso delle aliquote contributive e per la complessità delle esazioni, le piccole medie imprese.

In sostanza, i comunisti intendono affrontare questi problemi senza promettere una facile soluzione legislativa o una ricetta ben confezionata: prevedendo resistenze accanite delle forze conservatrici, e si indicano nella ricerca e nella denuncia di tutte le carenze, nell'azione per soddisfare tutte le esigenze sanitarie delle popolazioni, la via per giungere gradualmente, ma rapidamente, ad un Servizio sanitario nazionale. Certo, i progetti di legge, le compiute elaborazioni programmatiche, sono necessari: hanno avuto una funzione positiva negli anni scorsi, lo avranno di nuovo nella quarta legislatura (...).

<sup>30</sup> Fonte: <http://bibliotecaginobianco.it/flip/RIN/20/0900/#2>, link verificato il 15 aprile 2020.

### **Documento 3**

## **Proposta di legge d’iniziativa dei deputati Tiraboschi, Balzamo, Achilli, Di Vagno, Colucci, Felisetti, Ferri, Giovanardi, Magnani Noya Maria, Novellini, Saladino, Salvatore, Ferrari Marte, Cresco, Frasca, presentata l’11 febbraio 1977, per l’istituzione del Servizio sanitario nazionale.<sup>31</sup>**

La riforma sanitaria (...) deve (...) avere piena attuazione mediante una “legge quadro”, che istituisca il Servizio sanitario nazionale (...).

Considerata l’estrema urgenza di provvedere ad un nuovo assetto del sistema sociosanitario (...), si è ritenuto opportuno procedere ad un recupero, sia pure con un ripensamento critico e con le opportune integrazioni, del lavoro elaborato nella scorsa legislatura dal Comitato ristretto della Commissione sanità della Camera.

Prima di esaminare le linee direttrici del disegno di legge istitutivo del Servizio sanitario nazionale, è necessario sottolineare alcune premesse politiche di carattere generale ed attualizzare la questione sanitaria inquadrandola nel momento politico, economico e sociale che il paese attraversa, abbandonando orientamenti illuministici del passato e sforzandosi di mettere a fuoco i reali bisogni, le richieste che vengono dal mondo del lavoro e dai più vasti strati della popolazione.

Vi sono sostanzialmente due modi di intendere le riforme sociali e, in primo luogo, quella sanitaria, che tiene il campo da più tempo (anche perché realmente

prioritaria corrispondendo al bisogno primario della salute).

Uno è quello di razionalizzazione degli ordinamenti, dell'organizzazione, delle strutture, degli strumenti tecnici, allo scopo di realizzare una migliore e magari ottimale efficienza dei servizi. È quello che, grosso modo, è stato realizzato dalle grandi socialdemocrazie del nord e dagli stessi paesi dell'Est europeo. Non è certo cosa da poco, specie quando si accoppia, come nei casi della Svezia e della Gran Bretagna, ad obiettivi di giustizia sociale, quale l'uguaglianza dei cittadini di fronte agli eventi lesivi della salute ed il contributo ad una sostanziosa redistribuzione del reddito.

Questa impostazione comporta la sostanziale accettazione del ruolo di pacificazione sociale assegnato, all'interno del sistema capitalistico occidentale e del capitalismo di stato orientale, all'esercizio della medicina ed ai servizi sociosanitari in genere.

L'altro modo di intendere le riforme sociali e questa riforma in particolare, è quello di vederle come parte — e non trascurabile, ma essenziale — della trasformazione del sistema.

Non è un'utopia se si pensa a tutta la carica progressiva insita nel bisogno di salute e di miglioramento della qualità di vita, sempre più connaturato alla richiesta ed alla volontà di autogestione della salute (fisica, psichica e sociale), almeno nel nostro paese, in parallelo al crescere del movimento dei lavoratori (principio della non delega, statuto dei lavoratori, contratti di grandi categorie) e del movimento per i diritti civili.

È chiaro che tutto questo implica un modo alternativo di intendere e di essere dell'esercizio della medicina e della complessiva tutela della salute, legato non più agli interessi del capitale e del "suo" sistema, ma a quelli dei lavoratori e della maggioranza dei cittadini.

E comporta scelte anche di carattere economico e necessità di oculata programmazione, specie nella fase attuale di ricostruzione economica, sociale e morale del paese

La scelta, fra queste due maniere di concepire e di volere la riforma sanitaria e

le altre riforme sociali, prima ancora che dalle forze sociali e politiche, è stata fatta dalla Costituzione con gli articoli 3, 32 e 38, non ancora attuati dopo quasi 30 anni.

È questa scelta in senso autenticamente riformatore, incidente in senso trasformativo sull'intera società, che giustifica il privilegio da attribuire al momento preventivo, o meglio all'impregnazione preventiva di tutto il futuro servizio sanitario nazionale.

Astratta da questo contesto, la prevenzione appare termine aggiuntivo al già esistente e rischia di divenire terreno di ulteriori costose speculazioni tecnicistiche e strumentali.

È ovvio che la ricerca dell'efficienza dei servizi rimane comunque obiettivo imprescindibile, ricordando a tale proposito un fatto ed una conclusione dottrinarie: il primo è che un sistema, come quello sanitario attuale nel nostro paese, non basato su una filosofia riformatrice, non è in grado di assicurare neanche un minimo di efficienza; la seconda è quella a cui sono pervenuti studiosi di problemi sanitari e sociali di tutto il mondo e di cui si è fatto autorevole portavoce il dottor Mahler, Direttore generale dell'organizzazione mondiale della sanità (26a sessione del Comitato regionale dell'Europa – Atene, 14 settembre 1976): cioè, che una vera e propria rivoluzione sociale si imponga nella sanità pubblica, che i problemi sanitari e sociali sono intimamente intrecciati, che la “partecipazione” degli utenti e degli operatori sia il fattore essenziale per il miglioramento della tutela della salute, al quale molto meno di quanto si crede, contribuiscono le costose e sofisticate innovazioni tecniche.

### **La riforma sanitaria e l'attuale momento politico ed economico**

Per quanto riguarda il dibattito nel paese non è facile quantificare il grado di interesse del tema della riforma sanitaria ma, a fronte di una constatabile attenuazione della mobilitazione di massa sul problema generale, attribuibile al diffuso scetticismo determinato dalle tante passate delusioni della strategia delle riforme e dalle preoccupazioni immediate per l'occupazione e per il valore

d'acquisto del salario, è da registrare la più estesa ed intensa coscienza dei problemi della tutela della salute, acuita da alcuni episodi eclatanti, come quelli di Seveso e di Manfredonia,<sup>32</sup> dalle ricorrenti piccole epidemie di salmonellosi, al malessere ed alle disfunzioni degli ospedali, specie nelle grandi città, alle stesse risorgenti polemiche sull'aborto.

La grave situazione economica, la necessità di tagli alla spesa pubblica improduttiva, la volontà di destinare la maggior parte delle risorse disponibili al processo di riavvio della produzione industriale sono tutti elementi che indurrebbero, ad un primo superficiale esame, a ritenere difficilmente attuabile, in tempi brevi, la riforma sanitaria.

A prescindere comunque dalle valutazioni di carattere sociale, etico e costituzionale, ad una più attenta riflessione la riforma sanitaria appare, anche per motivi economici ed in un momento di risanamento dell'economia, non solo possibile, ma necessaria ed abbastanza urgente.

Una prima considerazione è che non è più percorribile l'abusata strategia dei due tempi: prima il risanamento della congiuntura, attraverso il maggior prelievo fiscale e la contrazione dei consumi individuali (il che avviene soprattutto a danno dei lavoratori a reddito fisso e degli strati più disagiati della popolazione) e poi le riforme, la ripresa del processo produttivo, la maggiore occupazione, ecc.

Tutti si aspettano invece che, oltre al prelievo fiscale e alla diminuzione dei consumi individuali, ci sia anche il miglioramento dei servizi pubblici: dalla sanità, ai trasporti, alla scuola, alla casa e la eliminazione dei parassitismi in essi annidati.

È d'altronde opinione ormai consolidata negli stessi economisti che l'uscita dalla crisi non può essere tutta, ed in fase iniziale specialmente, affidata ad un indiscriminato e generico aumento della produzione industriale, specie se non preceduto da un processo di riaccumulazione e da nuovi investimenti, in mancanza dei quali si determinerebbero invece grossi inconvenienti con ulteriore grave deterioramento della ormai critica situazione economica: svalutazione

monetaria; peggioramento della bilancia dei pagamenti per le connesse maggiori importazioni, inflazione, nuova compressione dei consumi interni, ecc.

Per la ripresa economica e per arginare la crisi occupazionale, specie giovanile, bisognerà puntare anche su settori, come la agricoltura ed i servizi pubblici, facendo anche per questi ultimi delle scelte, che non privilegino come per il passato i settori più ampiamente parassitari e clientelari della pubblica amministrazione, ma quelli induttori di produzione di beni e di occupazione professionalmente qualificata.

Che i servizi sociosanitari appartengano a quest'ultima categoria non vi è nessun dubbio. Il che non significa negare che anche al loro interno, allo stato attuale – e proprio per una insufficiente “partecipazione” degli operatori e degli utenti ad un processo “attivo”, dotato di una sua orgogliosa etica, di tutela della salute – esistano fenomeni di colpevole parassitismo corporativo.

Non è stato, ad esempio, ancora esattamente calcolato il giro di miliardi di fatturato industriale che ruota attorno al sistema sanitario e quanto esso incida sul deficit della bilancia commerciale, e dell'intera economia, poiché trattasi, per la maggior parte, di prodotti importati e la nostra industria in materia è non solo gracile, ed a capitale in gran parte estero, ma di carattere soltanto trasformativo e di assemblaggio, interessante, per lo più, solo le ultime fasi dei processi di fabbricazione.

Non c'è bisogno, poi, di molte parole per illustrare l'importanza occupazionale dei servizi sociosanitari.

Il fatto stesso che tutti i piani di preoccupazione giovanile contemplino l'impiego dei giovani in attesa di lavoro è sufficientemente significativo.

### **Gli aspetti economici della riforma sanitaria**

Il dato da cui bisogna partire è che nell'anno 1975 la spesa sanitaria direttamente calcolabile è stata intorno agli 8.200 miliardi, pari al 7,33 per cento del reddito nazionale lordo ed all'8,97 per cento dei consumi totali.

Non si vede perché l'abolizione degli Enti nazionali e l'affidamento dei servizi

alle Regioni ed agli Enti locali con le loro Unità locali dovrebbe portare a maggiorazione di spesa, né vale obiettare che quanto accaduto con la riforma ospedaliera avvalorò i timori che ciò possa ripetersi.

Innanzitutto, perché in quel caso l'aumento dei costi fu ed è connesso a tre fattori precisi:

1) l'aumento degli organici, determinato dalla necessità di adeguare gli standard di assistenza;

2) la prima contrattazione dei medici ospedalieri e degli altri dipendenti avvenuto in un particolare periodo e con spinte corporative non efficacemente dominate;

3) il sovraccarico dell'assistenza sull'ospedale.

Si calcoli, poi, che all'interno della cifra globale oltre il 50 per cento è rappresentato dalle spese per assistenza ospedaliera e farmaceutica, cioè proprio quelle parti della spesa sanitaria la cui tendenza ascensionale, tumultuosamente moltiplicativa, la riforma potrebbe e dovrebbe limitare.

La partecipazione dei cittadini alla gestione ed al controllo delle articolazioni del servizio sanitario nazionale è l'unica forma reale di "responsabilizzazione" alla spesa che possa condurre all'eliminazione di tanti sprechi attuali.

La riforma, appare, quindi, l'unica misura in grado di riordinare, di razionalizzare e di limitare la spesa sanitaria.

Altro argomento che non bisogna dimenticare, specie nell'attuale fase di difficoltà dell'industria, che si ripete spesso aver bisogno di non eccessivi aumenti del costo del lavoro, è quello della fiscalizzazione degli oneri sociali ed in particolare di quelli connessi alla tutela della salute.

La fiscalizzazione non deve rimanere però solo un obiettivo finalistico e cronologicamente rinviato in maniera indeterminata, al termine di un lungo processo di realizzazione del nuovo sistema, ma deve vedere tempi ben precisi e delimitabili anche per il suo completamento.

Tra l'altro, in una rinnovata programmazione dell'economia la fiscalizzazione



può essere utilmente impiegata in una utilizzazione selettiva per favorire investimenti settoriali e dislocativi di particolare interesse nella ristrutturazione industriale.

Quanto al problema dei costi della riforma, o meglio della previsione di spesa sanitaria in regime di Servizio sanitario nazionale, quel che deve apparire chiaro è che lo stato economico del paese impone estremo rigore soprattutto nel governo del personale e nel dominio delle spinte corporative, nell'impiego delle risorse disponibili.

Una delle scommesse su cui si gioca non solo il destino di questa riforma ma anche della complessiva strategia delle riforme, cioè, della trasformazione democratica e progressiva del paese, è infatti il dimostrare che la spesa del nuovo sistema sanitario a parità di condizioni non sarà maggiore — e dovrà risultare di maggiore efficienza e maggiore consenso — rispetto a quella che sarebbe stata la spesa per l'attuale caotico insieme di servizi.

Lo sforzo deve essere quello di qualificare la spesa correggendo progressivamente l'attuale preponderante frequenza di alcune voci, quali quella dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza farmaceutica. Bisogna aver chiaro e chiarire agli utenti ed agli operatori che la prevenzione non è un'aggiunzione né in genere richiede strutture o strumentazioni ad hoc, ma che, al contrario, la parte essenziale della prevenzione deve essere affidata e svolta dalle équipes di base (medico di base — servizi domiciliari ed ambulatoriali infermieristici e di servizio sociale, ecc.). Su ciò insiste giustamente anche il dottor Mahler nella già citata relazione, mettendo anche in guardia contro l'erronea tendenza da parte dei medici e degli stessi utenti a ritenere che il miglioramento dello stato di salute pubblica sia connesso alla introduzione di costose e sofisticate tecnologie.

È del resto in corso in tutto il mondo una spietata revisione demistificatrice dei risultati, in termini di salute, delle innovazioni tecnologiche in medicina.

## *I principi istituzionali*

### **Le Unità sanitarie locali**

La riforma sanitaria, che prevede l'istituzione del servizio sanitario nazionale e quindi il superamento del sistema mutualistico, ha il suo perno nell'unità sanitaria locale e non tanto perché non vi siano altre novità nel progetto di disegno di legge destinato ad incidere in profondità nel tessuto connettivo del nostro Paese (vedi tipizzazione della professione del medico, problemi dei farmaci, quanto perché tutti questi elementi in un modo o nell'altro, variamente collocati, vanno a confluire ed a interferire in questo organismo di base.

Non v'è dubbio che dall'esito positivo o meno dell'esperimento delle unità sanitarie locali dipenderà anche la bontà dell'intera riforma e questo per due motivi ben precisi: l'uno inerisce allo stretto legame esistente tra unità sanitaria locale ed assetto territoriale, per cui è evidente che se l'organismo non riuscirà ad avere o a raggiungere una sua dimensione ottimale, difficilmente potrà essere operativo; l'altro ha origine dalla constatazione che oggi il fatto organizzativo, anche a livello regionale, e di cui le unità sanitarie locali sono una delle prime applicazioni, ha rilievo determinante.

Da questi cenni, ne discende che chiaramente lo studio della struttura giuridica dell'unità sanitaria locale è essenziale per rendere effettiva la ristrutturazione dei servizi pubblici sanitari e quindi l'istituzione del servizio sanitario nazionale, cui sarà affidato il compito della tutela della salute di tutti i cittadini con l'estensione dell'assistenza sanitaria nelle varie forme.

Il primo nodo da sciogliere riguarda quindi proprio la configurazione giuridica dell'organismo unità sanitaria e non è certo questione di poco conto sol che si tenga presente il rilievo che assume l'assetto organizzativo rispetto a tutte le altre componenti: non è sempre infatti tanto avvertito il legislatore da valutare che, configurato in un certo qual modo un determinato organismo, questi opera in una realtà giuridico-amministrativa molto complessa, per cui nel momento operativo, gli si imputano effetti giuridici non esplicitamente previsti.

Dal punto di vista giuridico è naturalmente determinante stabilire quali compiti debbono svolgere le unità sanitarie, ma ad ogni modo riteniamo che un

problema sul quale si dibatterà a lungo è quello dell'autonomia delle unità sanitarie locali rispetto agli organismi dai quali dipendono: i comuni ed i consorzi di comuni.

Questo è un problema aperto, anche perché l'autonomia si riflette su quelle che sono le direttive politiche cui deve rispondere l'unità sanitaria locale; le unità sanitarie locali dovrebbero, a nostro avviso, avere rispetto ai comuni o ai consorzi una autonomia, ad esempio, di gestione per i beni ed i contratti e contabile.

L'unità sanitaria locale è un organismo alla cui direzione deve prevedersi un organo collegiale (ad esempio un Comitato di gestione).

Un ultimo problema che si pone è la dipendenza o meglio l'inclusione nelle unità sanitarie locali del cosiddetto servizio ospedaliero ed è questo uno dei punti nodali della riforma sanitaria: la soppressione dell'ente ospedaliero come tale.

Qui il discorso è completamente aperto: se noi andiamo alla nostra storia amministrativa, vediamo che ancora non si ha notizia di enti pubblici, quantitativamente e qualitativamente importanti, che abbiano perso la loro qualità.

Già oggi gli enti ospedalieri non hanno più piena autonomia (...). Non c'è autonomia finanziaria e di bilancio e gli ospedali non hanno più quello che in fondo era il punto caratterizzante della loro autonomia; oggi un ente ospedaliero non può più istituire un servizio se non con l'autorizzazione della regione. Quindi non c'è più quella che è la vera essenza dell'ente ospedaliero, la ragione per cui poi era ente pubblico ed aveva altre autonomie: l'autonomia di darsi un'organizzazione tecnica confacente agli interessi della collettività a cui rispondeva.

Non c'è più, del resto ovviamente una autonomia relativa al personale, perché già la legge Mariotti ed i decreti delegati, minuziosamente stabiliscono quelle che sono le varie articolazioni relative al personale, ed il resto lo prevede il contratto unico.

Di quel complesso di autonomie che un tempo avevano gli ospedali, ne rimane una sola ed è quella di gestione.

In conclusione, siamo del parere che gli enti ospedalieri debbano comunque dipendere dalla Unità sanitarie entro cui sono allocati, indipendentemente dal cosiddetto bacino di utenza: qualsiasi altra soluzione farebbe risorgere in fatto i Consigli di amministrazione.

## **La prevenzione**

Per quanto attiene il concetto di prevenzione occorre ribadire il principio che l'attività prevenzionistica ha, tra l'altro, come obiettivi fondamentali, quelli di:

ricercare ed analizzare, in modo sistematico e con il concorso determinante dei lavoratori e dei cittadini interessati, i fatti di pericolosità e di nocività presenti negli ambienti di lavoro e di vita;

rendere pubblici i risultati delle indagini e delle rilevazioni effettuate, privilegiando le strutture di base per ciò che attiene l'ambiente di lavoro;

rimuovere i fattori di pericolosità e nocività, imponendo quei mutamenti tecnologico-organizzativi necessari per prevenire rischi gravi e i loro effetti sulla salute e sulla sicurezza.

Altro concetto da riaffermare è quello della globalità delle competenze del Servizio sanitario nazionale su tutto quanto attiene alla tutela della salute.

È necessario pertanto che lo Stato, attraverso una delega generale e permanente, trasferisca alle Regioni, in base all'articolo 118 della Costituzione, tutti i servizi e le funzioni di carattere prevenzionistico (...).

Alla base di questa richiesta, v'è la necessità che le Regioni e le Unità sanitarie locali siano messe in grado di avere una visione globale e complessiva dei problemi della prevenzione e che tutte le attività prevenzionistiche – che siano svolte da quegli stessi organismi preposti alla cura e alla riabilitazione, in modo da realizzare la più stretta integrazione, sia sul piano funzionale che organizzativo, delle attività di prevenzione con quelle rivolte alla cura e alla riabilitazione. I motivi di tale impostazione sono facilmente intuibili. Non si può

affrontare in modo serio il problema della prevenzione senza considerare globalmente le possibili cause – sempre multifattoriali – delle malattie, degli infortuni, dei disturbi, ciò che nessun Ente od organismo specialistico settoriale può fare. Né si può rinunciare ad utilizzare ai fini della prevenzione il momento della diagnosi e della malattia, che può rappresentare un campanello di allarme per far scattare l'attività di prevenzione.

Inoltre, ciò significa indicare – senza ledere l'autonomia organizzativa dell'Unità sanitaria locale – almeno i più importanti servizi di prevenzione che devono operare presso ogni Unità sanitaria locale e che sono almeno quelli dei seguenti settori: ambiente di lavoro, scuola, medicina perinatale. I primi due con ramificazioni nei luoghi di lavoro e nella scuola, al fine di dotare la struttura pubblica di una articolazione capace, tra l'altro, di sostituirsi agli attuali servizi sanitari di fabbrica gestiti dai datori di lavoro;

unificare in un Istituto di ricerca del servizio sanitario nazionale sia i compiti di ricerca biomedica, che quelli tecnico-scientifici e quelli prevenzionali funzionalmente non decentrabili a livello regionale e di Unità sanitaria locale.

Unico istituto di ricerca, dunque, che deve essere individuato nell'attuale Istituto superiore di sanità, concepito come servizio e non come centro direzionale, e che deve poter commissionare studi e ricerche anche ad altri organismi pubblici (quali, ad esempio, il Consiglio nazionale delle ricerche e le università).

Per quanto riguarda i poteri, è necessario conferire alle Unità sanitarie locali reali capacità di intervento, in tutte le fasi dell'azione preventiva, che consentano tempestivamente, non solo e non tanto di manifestarsi nel momento repressivo, quanto anche e soprattutto in quello della ricerca e della rimozione delle cause di pericolosità e nocività, imponendo – se del caso – i necessari mutamenti tecnologico-organizzativi, anche con procedure di urgenza, e con provvedimenti nei cui confronti può essere ammessa facoltà di ricorso alle istanze regionali.

Sempre in materia di poteri, inoltre, è necessario affidare alle Regioni, a norma dell'articolo 117 della Costituzione, il potere di emanare normative

tecniche specifiche, in attuazione delle leggi nazionali a carattere prevenzionistico.

Per ciò che concerne infine gli strumenti attraverso i quali si attua l'azione prevenzionistica è necessario che – pur nella salvaguardia dell'autonomia delle Regioni e delle Unità sanitarie locali – siano individuati almeno i più importanti strumenti dell'azione prevenzionistica, che sono le ricerche e gli osservatori epidemiologici, i registri dei dati ambientali e biostatistici e i libretti di rischio, cosa ben diversa, questi ultimi, dai tradizionali libretti sanitari.

## **Psichiatria**

Nel nostro Paese una serie di esperienze e di contributi scientifici e politici hanno consentito la crescita della coscienza pubblica sui problemi della salute mentale.

C'è stata una naturale evoluzione, dalla esperienza di Gorizia alle prime esperienze di strutturazione dei servizi territoriali di igiene mentale (Reggio Emilia, Arezzo, Perugia, ecc.); tuttavia non è più possibile rimanere bloccati ad una fase di sperimentazioni anche avanzate, ma totalmente isolate in una realtà arretrata e reazionaria.

Per questo occorre un concreto impegno delle forze democratiche, per garantire non solo una corretta riforma, ma anche la crescita, la generalizzazione, il controllo democratico delle esperienze e per assicurare un appoggio di massa ai quadri tecnici e politici impegnati nel cambiamento della realtà istituzionale.

Una prima considerazione da fare è che occorre superare la separazione tra i problemi della salute mentale ed i problemi della sanità in generale. Non è infatti possibile continuare ad avallare questa frattura, voluta da una distorta concezione della malattia mentale, mediante la presentazione di progetti di legge o provvedimenti separati.

(...)

La difesa della salute non può che essere un fatto globale ed unitario ed i

servizi della prevenzione, della cura e della riabilitazione debbono agire in una logica unitaria, senza dover discriminare le diverse categorie di cittadini.

La riforma sanitaria deve assumere la prevenzione come punto centrale e quindi non può accantonare i problemi delle strutture e dei servizi psichiatrici, perché il rischio psichiatrico è presente nella scuola, nelle campagne, nelle fabbriche, nel tempo libero, nella organizzazione della vita sociale.

La programmazione dei servizi sociali, dei consultori, della medicina del lavoro, della medicina scolastica, dei servizi sanitari e della riabilitazione non può ignorare i problemi della emarginazione e della selezione, non può ignorare la presenza delle istituzioni segreganti che pesano sul tessuto sanitario e sociale.

La prevenzione ha un senso se serve anche ad affrontare le acque profonde della emarginazione ed a sbarrare la strada che porta al manicomio.

I servizi territoriali della prevenzione debbono quindi obbligatoriamente affrontare in modo unitario, la realtà che è presente ed i rischi che insidiano la salute e l'integrità psicofisica dei cittadini e dei lavoratori.

Crediamo che sia necessario un serio impegno politico ed un chiaro quadro legislativo per smantellare quella mole di interessi economici e grettamente produttivistici che hanno obbligato i degenti psichiatrici a divenire, per forza, dei lungo-degenti con storie e situazioni incredibili.

Quindi riteniamo necessario superare tutta quella complessa stratificazione delle istituzioni della emarginazione e della segregazione: manicomi giudiziari; ospedali psichiatrici; istituti per minori; gerontocomi e case di riposo; scuole speciali e classi differenziali; laboratori e aziende protette.

Dunque, la riforma delle strutture e dei servizi psichiatrici deve essere affrontata nel quadro generale della riforma sanitaria, realizzando i seguenti obiettivi:

a) trasferimento e gestione dei servizi alle unità sociosanitarie locali che si assumono la responsabilità globale nel settore dell'assistenza sanitaria ed ospedaliera;

b) superamento ed eliminazione della struttura manicomiale, compresi i

manicomi giudiziari, con la creazione di servizi territoriali per l'intervento complessivo sanitario e sociale.

Questi servizi operano sul territorio con gestioni alternative alla gestione istituzionale, privilegiando gli interventi preventivi e realizzando una profonda integrazione con gli altri servizi della Unità socio-sanitaria locale.

In questa visione è necessario bloccare e riconvertire gli stanziamenti per la costruzione di nuovi ospedali psichiatrici con strutture di ricovero separate.

Per la fase acuta della malattia di natura psichiatrica saranno utilizzate le strutture ospedaliere civili, realizzando uno strettissimo collegamento e collaborazione tra i servizi che operano in una medesima area territoriale: ospedalieri ed extra ospedalieri.

Mentre per le necessità di ordine medico il servizio di igiene mentale potrà avvalersi dell'ospedale (dipartimento della emergenza; reparti di medicina, ecc.) lo stesso servizio sarà a disposizione dell'ospedale per bloccare e prevenire i meccanismi della emarginazione.

Quindi non reparti psichiatrici che possono ancora perpetuare la separazione della psichiatria dalla sanità, ma servizi ospedalieri a disposizione dei bisogni dei cittadini.

Questo può contribuire a superare la frattura tra operatori ospedalieri ed operatori extra ospedalieri. Inoltre, permetterà il superamento delle esperienze di psichiatria di settore.

Per i servizi di riabilitazione e socializzazione debbono essere evitate strutture separate e protette; occorre quindi realizzare strutture aperte (centri sociali, centri di assistenza polivalenti, servizi residenziali, gruppi famiglia) che non si propongono gestioni separate dal contesto sociale ed umano in cui operano. Il superamento di tutte le strutture della segregazione ed emarginazione (gerontocomi, case di riposo, scuole speciali, istituti, ospedali psichiatrici, ecc.) si realizza attuando reinserimenti che non significano la semplice restituzione del malato alla famiglia o al gruppo sociale; occorre invece creare le condizioni sociali e gli strumenti alternativi per permettere alla collettività organizzata di



affrontare le difficoltà ed i problemi dei cittadini in difficoltà, senza dover ricorrere alle gestioni istituzionali.

In questo quadro generale è necessaria una completa delega dei fondi e delle competenze, relative agli interventi sociosanitari ed assistenziali, da parte dei Ministeri che detengono ancora tali competenze, alle Unità sociosanitarie locali e Regioni (...).

### **Il problema dei farmaci**

La spesa per i farmaci è passata dai 330 miliardi del 1961 ai 1.400 del 1974, ai 1.900 miliardi del 1975 (...).

Le cause risiedono, più che nell'aumento del numero degli assicurati (+ 19,5 per cento), nell'aumento della frequenza delle prestazioni (+ 48 per cento) e nell'aumento del costo unitario (+ 32,5 per cento).

La spesa media pro-capite è stata: lire 20.000 in Italia, Francia, Lussemburgo; 13.000 in Belgio; 10.000 in Germania; 8.000 in Svezia, Norvegia, Danimarca; 7.000 in Gran Bretagna.

In questo quadro l'agitazione burocratica dei medici generici – che si protrae ormai dal maggio 1975 – che ruolo ha giocato?

Per il solo INAM (Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie) l'aumento della spesa è stato nel volgere di due anni di circa il 50 per cento, dovuto solo in parte a normali tassi di incremento e all'aumento generalizzato dei prezzi nella misura del 12 per cento stabilito dal CIPE (Centro interministeriale per la programmazione economica).

Le conseguenze per il massimo Ente mutualistico sono state disastrose: dai 613 miliardi del 1974 si è passati infatti ai 787 del 1975, ai 980 miliardi del 1976 (dato preconsuntivo).

Certo i medici generici hanno avuto il blocco delle convenzioni. Bisogna però anche dire che i medici convenzionati con lo sciopero non si sono attenuti alla convenzione farmaceutica (che consente la prescrizione di due sole specialità: pluriprescrizione – o di due pezzi dello stesso prodotto: prescrizione multipla),

ricevendo egualmente, da parte degli Enti, i relativi compensi.

Quali i rimedi per una contrazione e – al tempo stesso – per una qualificazione della spesa farmaceutica?

Non certo il ticket dalla cui introduzione deriverebbe non già una diminuzione della spesa ma una sua diversa distribuzione. Una partecipazione alla spesa del 20 per cento si tradurrebbe infatti in un minore onere per le mutue di circa 220 miliardi che verrebbero scaricati sui lavoratori. Per i non indifferenti problemi tecnici che deriverebbero dalla compartecipazione dell'assistito alla spesa in misura percentuale, è stata prospettata la possibilità di far concorrere l'assistito in misura fissa (lire 200 ad esempio per ogni prescrizione).

I minori oneri per le mutue sarebbero in tal caso dell'ordine di circa 150 miliardi.

Dai dati esposti emerge con tutta evidenza che il ticket di per sé non può rappresentare il toccasana ed un valido strumento per il contenimento e la qualificazione della spesa farmaceutica, rendendosi invece necessario un contesto più generale di provvedimenti che puntino ad un organico riequilibrio dell'intero settore farmaceutico.

Sostenere poi che il ticket è stato adottato nella quasi generalità dei paesi significa dare una rappresentazione non completa della realtà. Perché allora bisognerebbe dire che i Paesi che si prendono a riferimento hanno anche altri strumenti per il governo della spesa sanitaria e farmaceutica e una situazione nel complesso profondamente diversa (...).

Il fatto è che l'unica vera forma di responsabilizzazione alla spesa rimane la partecipazione degli utenti alla gestione e al controllo del sistema.

Quali allora i rimedi realmente efficaci da adottare per una diminuzione ed una qualificazione della spesa farmaceutica?

Togliere dal commercio tutti i farmaci dannosi o inutili e ridurre pertanto la farmacopea allineandola a quella di altri Paesi.

Il problema è infatti quello di sfoltire la farmacopea e non di classificare i farmaci in categorie con ardite operazioni di ingegneria farmacologica.

Nello stesso tempo si potrebbe opportunamente intervenire per eliminare le distorsioni nella distribuzione (a fronte di 350 grossisti per 13.000 farmacie esistenti nel nostro paese, abbiamo 56 grossisti per 15.000 farmacie in Francia, 80 grossisti per 11.000 farmacie nella Repubblica federale tedesca).

Vietare ogni forma di propaganda non scientifica ed ogni forma di attività promozionale da parte delle aziende (200 miliardi di propaganda a fronte di 50 miliardi per la ricerca). La ricerca va invece incentivata con programmi adeguati e con contributi pubblici e privati. Fra l'altro buona parte dei 50 miliardi è assorbita dalle spese richieste per svolgere relazioni sulla validità del farmaco, relazioni il più delle volte di scarsa utilità o addirittura inutili, trattandosi di farmaci noti e scopiazzati. L'informazione scientifica sui farmaci andrebbe posta invece sotto il controllo diretto del Ministero della sanità. Nello stesso tempo occorrerà promuovere, nelle scuole di ogni ordine e grado, iniziative di educazione sanitaria sul corretto uso del farmaco e sui possibili effetti dannosi connessi ad un loro uso indiscriminato.

Abolizione dello sconto farmaceutico, accompagnata da una contestuale congrua riduzione – generalizzata – del prezzo del farmaco. L'abolizione dello sconto farmaceutico consentirebbe, tra l'altro, di sopprimere l'Ufficio sconti (UANSF) (...) che per l'esecuzione di tutta una serie di adempimenti burocratici e ripetitivi conta quasi 3.000 dipendenti con una spesa complessiva annua, stando al consuntivo del 1974, di 21 miliardi e mezzo.

La riduzione del prezzo dei farmaci è possibile, d'altra parte, ove si consideri che, nonostante nel settore viga nominalmente il blocco, il prezzo medio di una confezione farmaceutica era di 890 lire nel 1970 ed è salito nel 1975 a 1.250. In regime di blocco nominale dei prezzi c'è stato quindi un aumento di oltre il 40 per cento attuato sia attraverso il marchingegno del cambio di confezione che mediante lo spostamento dell'attività promozionale delle imprese da vecchi prodotti a basso prezzo a prodotti di recente introduzione con prezzi di gran lunga superiori.

(...)

Adozione di una confezione unica su standard stabilito dal Ministero della sanità, con la conseguente eliminazione di tutte le confezioni di lusso perché inutili e soprattutto perché il farmaco non può essere trattato alla stregua dei prodotti concorrenziali (profumi, creme).

Introduzione anche nel nostro Paese del brevetto sulla materia prima e sul procedimento per il quale potrebbe prevedersi la possibilità di una concessione limitata a poche imprese al fine di evitare indiscriminate e troppo generalizzate proliferazioni nella produzione dei farmaci.

Nuova regolamentazione della registrazione dei farmaci accentuando la, possibilità, da parte degli organi dello Stato, di effettuare controlli diretti sia farmaco-tossicologici che clinici.

Occorre vietare nel contempo la registrazione di farmaci che abbiano cambiato confezione o aumentato il dosaggio delle varie componenti con nulla o scarsa base scientifica.

In considerazione che la legge disciplina, in tutti i suoi aspetti, il procedimento per la registrazione, sicché per la formulazione del parere sui requisiti tecnici di ciascuna specialità medicinale, il Ministero della sanità si avvale di un'apposita Commissione consultiva, appare quanto mai necessario, da un lato, regolare in modo più organico e puntuale l'intera materia, dall'altro prevedere più Commissioni per gruppi di farmaci in quanto il continuo progresso scientifico non consente ad una sola Commissione di poter sempre esprimere un obiettivo giudizio sulle domande di registrazione presentate.

(...)

L'obiettivo che si dovrebbe cercare di raggiungere sembra comunque quello di eliminare i gravi scompensi fin qui registrati nel settore dove prodotti assolutamente identici sono venduti a prezzi completamente diversi; non solo ma i farmaci più venduti sono proprio quelli più cari.

## **La formazione del personale**

Per la formazione del personale, il dibattito politico e culturale non sembra

essere giunto ancora a completa maturazione e vi sono indubbe necessità e difficoltà di raccordare l'argomento a quelli della riforma universitaria e della riforma della scuola secondaria.

Occorre comunque ribadire due concetti: il primo è la utilizzazione di tutte le strutture dell'istituendo Servizio sanitario nazionale per la didattica e la formazione del personale; il secondo è il rifiuto di una scuola di sanità completamente avulsa dal tronco universitario.

Sembra, quindi, che tutto sommato lo stralcio qui si imponga: con la chiara avvertenza, però, che il problema non può essere a lungo dilazionato e che, qualora le citate riforme scolastiche dovessero tardare, si imporrà in tempi brevi una legge ad hoc.

### **Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico**

La materia concernente gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico richiede ulteriori approfondimenti ai fine di attuare una soluzione organica e un riordino globale del settore.

Non è sembrato pertanto opportuno definire, all'atto dell'istituzione del Servizio sanitario nazionale, un problema così complesso e delicato che potrà avere invece una regolamentazione più puntuale e precisa con una normativa specifica.

Le linee di indirizzo cui tale normativa dovrà uniformarsi possono così riassumersi: una ricerca biomedica ristrutturata e potenziata ma soprattutto finalizzata; potenziamento degli Istituti di ricovero e cura e loro gestione democratica, pienamente integrata nel Servizio sanitario nazionale; sviluppo di una incisiva azione di controllo per evitare una indiscriminata proliferazione di tali strutture; inserimento della parte assistenziale di questi Istituti nella programmazione sanitaria regionale e conseguente controllo, da parte delle Regioni, degli atti amministrativi; disciplina della ricerca biomedica attraverso la stipula di contratti con lo Stato e le Regioni che potranno a questo fine utilizzare i fondi previsti dalla legge ospedaliera; revisione dei Consigli di amministrazione

e più organica ripartizione delle competenze.

### **La questione dei tempi e delle modalità di passaggio al nuovo sistema**

Uno dei nodi essenziali su cui si gioca il risultato della riforma è indubbiamente quello dei tempi e delle modalità di passaggio dal vecchio al nuovo sistema.

Vi sono qui, innanzitutto, due esigenze di segno opposto: l'una è quella che la transizione sia la meno traumatica possibile e consenta che la macchina assistenziale non abbia pause di funzionamento; l'altra è quella che fin dall'inizio appaiano con ogni evidenza i segni del nuovo: dalla partecipazione, all'indirizzo preventivo, al collegamento con gli altri problemi sociali, al governo unitario e comunitario del territorio, al progressivo miglioramento della qualità di vita, senza rimanere imbrigliati in vecchi schemi ed in abitudini routinarie del passato.

Essenziale è il problema del passaggio e della nuova utilizzazione del personale proveniente dagli Enti locali e dagli Enti nazionali mutuo-previdenziali. Passaggio che deve avvenire utilizzando la specificità professionale ed il prezioso bagaglio di esperienze di questo personale ed evitando inflazioni di ruoli con nuove assunzioni da parte delle regioni (...).

È chiaro anche che vanno attentamente tutelati i diritti acquisiti da questo personale. Mentre dall'altro canto vanno accuratamente prevenute e impedito le spinte salariali, sempre purtroppo verificatesi nel passato anche recentemente (...).

Certamente il problema della utilizzazione del personale degli enti previdenziali e assicurazione malattia è stato enfatizzato; infatti la maggior parte del personale periferico (quello delle sezioni territoriali ed in larga misura anche delle sedi provinciali) troverà utile impiego nelle unità locali e nei pochi presidi ultra comprensoriali del servizio regionale, mentre un'altra parte, quella addetta alle prestazioni economiche, andrà a rinforzare il personale dell'Istituto nazionale di previdenza sociale, che dovrà provvedere a tali prestazioni.

Rimane il problema del personale, in gran parte appartenente a categorie direttive, delle direzioni generali (circa 5.000 dipendenti) che non può essere caricato alle regioni, ma che deve andare a far parte di un ruolo speciale ad esaurimento a disposizione della Presidenza del Consiglio, che potrà utilizzarlo, vagliando le singole competenze, nei vari ministeri svuotati di quadri dirigenti validi dalla legge dei superburocrati e da quella per i combattenti.

Una parte limitata, ma estremamente qualificata, dovrà essere posta a disposizione del Ministero della sanità per costituire un “Ufficio del piano per l’attuazione del Servizio sanitario nazionale”, strumento utilissimo proprio per programmare, in maniera flessibile e dinamica, e guidare la transizione al nuovo sistema ed il funzionamento iniziale del Servizio sanitario nazionale.

L’esigenza di non creare soluzioni di continuità tra il vecchio e il nuovo sistema richiede infatti una adeguata pianificazione per evitare operazioni simultanee che coinvolgano contemporaneamente tutto il congegno sanitario e sociale.

Di qui la necessità di procedere alla elaborazione di un preciso e organico “piano” di attuazione della riforma sanitaria, con riferimento anche ai singoli provvedimenti indicati dal disegno di legge e alle relative scadenze, piano da considerarsi, ovviamente, globalmente inserito nell’ambito della legge-quadro di riforma.

Attraverso l’anzidetto piano di attuazione potranno prefigurarsi analiticamente le fasi e i termini di trasformazione del sistema predeterminando, caso per caso, le soluzioni e i relativi modelli operativi, le modalità concrete di trasferimento, la destinazione dei mezzi umani e strumentali e le connesse disposizioni normative. Ciò per evitare che l’avvio della riforma si traduca subito in situazioni di grave difficoltà e addirittura di ingovernabilità e che, soprattutto, le Regioni si trovino di fronte ad una serie di strutture disarticolate che non sarebbero in grado di far funzionare razionalmente.

## **Linee generali del “piano di attuazione” proposto**

a) all'entrata in vigore della legge: adempimenti relativi alla definizione preliminare della Convenzione unica con le categorie sanitarie; trasferimento alle regioni dei presidi (Enti ospedalieri, ospedali pubblici, Istituti di prevenzione), dei loro beni e del personale;

b) entro trenta giorni: costituzione del Consiglio sanitario nazionale; adempimenti relativi alla uniformazione dei trattamenti assistenziali con abolizione dei limiti temporali per le prestazioni sanitarie; soppressione degli Enti mutualistici e nomina dei Commissari liquidatori; istituzione dei Consigli sanitari regionali;

c) entro il primo trimestre: trasferimento alle Regioni delle prestazioni medico-specialistiche.

Verrebbe in tal modo favorito il concreto avviamento delle Unità sociosanitarie locali e la più agevole realizzazione della prevenzione, dell'igiene scolastica e della protezione materno-infantile.

d) entro il primo semestre:

1) progetto operativo concernente la gestione, da parte del Consiglio sanitario nazionale, della medicina generica. Verrebbe in tal modo favorita la definizione dei problemi riguardanti il rapporto ottimale, l'elenco unico, il massimale unico, il modulario unificato e il completamento dell'anagrafe degli assistibili a livello regionale e nazionale per il successivo trasferimento alle Regioni;

2) progetto operativo della esazione unificata dei contributi di malattia;

3) adempimenti delle Regioni relativi all'individuazione degli ambiti territoriali delle Unità sanitarie locali e dei distretti di base; discipline dei compiti, strutture, gestione, funzionamento, ecc., delle Unità sanitarie locali; adempimenti delle Regioni per la costituzione delle Unità sociosanitarie locali.

e) entro un anno:

adempimenti relativi alla completa riforma normativa dell'indennità economica di malattia e di infortunio con trasferimento della gestione all'Ente che assumerà il compito di erogarla (INPS). In tale occasione occorrerà valutare



anche il problema riguardante la possibilità dell'anticipazione dell'indennità da parte delle aziende salvo conguaglio con i contributi sociali; adempimenti relativi al trasferimento dei beni degli Enti soppressi e disciplina dell'erogazione dell'assistenza ex-mutualistica;

adempimenti relativi al completamento dell'Anagrafe generale degli assistibili; adempimenti relativi alla costituzione delle "Anagrafi regionali" collegate all'Anagrafe centrale.

f) alla scadenza dell'anno:

attuazione del progetto operativo per la esazione unificata dei contributi di malattia;

adempimenti relativi al definitivo trasferimento alle Regioni dell'assistenza medico-generica e assunzione da parte delle stesse di tutti i rapporti con le categorie sanitarie.

g) entro il biennio:

adempimenti relativi a tutti i provvedimenti residui per la piena attuazione della riforma sanitaria onde predisporre in tempo utile le diverse modalità tecniche nonché quelle relative alla utilizzazione, formazione e addestramento del personale trasferito dagli Enti mutualistici soppressi. Il proposto piano di attuazione costituisce, in conclusione, un insieme articolato e coordinato di misure atte ad influire positivamente, da un lato, sul disegno di legge di riforma sanitaria, e ad agevolare, dall'altro, il passaggio dal vecchio al nuovo sistema riducendo al minimo gli inconvenienti insiti inevitabilmente nel congegno di passaggio dal regime mutualistico al Servizio sanitario nazionale.

Gli elementi più qualificanti del piano, sotto il profilo operativo, possono così riassumersi:

1) Trasferimento a breve termine alle Regioni della medicina specialistica e dei presidi poliambulatoriali con possibilità di conseguire:

a) l'immediata operatività delle Unità sanitarie locali che potrebbero contemporaneamente ampliare la loro sfera di intervento nei settori dell'igiene ambientale, della protezione materno-infantile, dell'igiene scolastica, del lavoro,

ecc., nonché della “Medicina preventiva”;

b) la migliore utilizzazione del personale medico e paramedico ospedaliero che potrebbe, per una parte del tempo disponibile, prestare la propria attività nei servizi specialistici poliambulatoriali;

c) la possibilità di utilizzare gli esami specialistici effettuati in poliambulatori nei confronti dei ricoverati con ripristino della funzione “filtro” che risulta essenziale al fine di una razionalizzazione dei ricoveri.

2) Affidamento nella fase transitoria al Consiglio sanitario nazionale della gestione della medicina generica, favorendo in tal modo l’attuazione della Convenzione unica e il conseguimento degli essenziali obiettivi che ad essa si ricollegano quali ad esempio il completamento delle anagrafi degli assistibili, l’elenco unico, il massimale unico, il modulario unificato, ecc., promuovendo altresì l’attuazione del rapporto ottimale medico-assistiti.

3) Nello stesso tempo potrà concretarsi la definizione operativa della esazione unificata dei contributi di malattia, con affidamento ad un unico Ente (INPS) e riduzione delle spese di gestione, nonché col potenziamento dei mezzi di accertamento anche attraverso l’assegnazione, all’Ente preposto, dei necessari mezzi umani e strumentali.

4) Entro gli stessi termini dovrebbe provvedersi ad una organica riforma normativa dell’indennità economica di malattia trasferendo del pari la gestione a un solo Ente (INPS) valutando, nella circostanza, l’opportunità di rendere possibile l’anticipazione dell’indennità stessa da parte delle aziende.

Trattasi quindi di un complesso di provvedimenti finalizzati ad operare l’immediata attribuzione alle Regioni e quindi alle Unità sanitarie locali di gruppi di competenze per settori omogenei e senza soluzione di continuità dall’attuale al nuovo sistema consentendo così di pervenire alla prevista soppressione degli Enti e creando nello stesso tempo, anche attraverso la sollecita funzionalità dei nuovi organismi, le migliori condizioni per la destinazione del personale proveniente dagli Enti soppressi e l’utilizzazione di tutti gli strumenti disponibili.

La concreta attuazione dei punti qualificanti sopra elencati presuppone la creazione di un organismo esecutivo (“Comitato”) assistito da un apposito ufficio tecnico destinato, nella prima fase di attuazione della riforma, a coordinare la realizzazione nella lettera e nello spirito della riforma stessa.

## **Le disposizioni**

Le linee direttrici del disegno di legge sulla riforma sanitaria possono essere così sintetizzate:

a) radicale trasformazione dell’intervento protettivo con il passaggio, dalla frammentarietà delle competenze e dalla disparità dei trattamenti, alla tutela globale della salute, senza distinzione di condizioni individuali o sociali, nei tre momenti essenziali della “prevenzione”, “cura” e “riabilitazione”, estendendo l’intervento stesso alla salvaguardia dell’ambiente naturale e di lavoro, all’igiene degli insediamenti, degli alimenti e di ogni altra implicazione attinente la salute dell’individuo e della collettività;

b) costituzione, attraverso la nuova struttura del “Servizio”, di un sistema funzionale organico, territorialmente articolato, che garantisca la più ampia e democratica partecipazione a livello locale di tutte le componenti sociali (Regioni, Enti locali, organizzazioni sindacali, categorie sanitarie, utenti del servizio, ecc.) al governo della gestione e la loro piena corresponsabilizzazione;

c) riunificazione di tutte le competenze, oggi ripartite anche con duplicazione e sovrapposizione di attribuzioni, tra una molteplicità di organismi e utilizzazione, quindi, nel modo più razionale e proficuo, di tutti i mezzi umani e strumentali disponibili promuovendo ogni utile iniziativa finalizzata a privilegiare il momento della prevenzione sia nel campo più propriamente sanitario che in quello concernente la casa, il lavoro, la scuola, il territorio, ecc.

Il significato più profondo della riforma consiste, pertanto, più che in una nuova strutturazione e organizzazione del sistema, in un radicale mutamento

dell'impostazione concettuale della programmazione e delle modalità dell'intervento pubblico per conseguire concretamente una tutela globale della salute per tutti i cittadini. Si tratta infatti, come appare chiaro, di una impostazione estremamente moderna e di vasto respiro che, tuttavia, per la sua ampiezza ed estensione, potrà essere validamente realizzata soltanto attraverso una razionale e meditata programmazione ed un graduale processo di trasformazione.

La riforma sanitaria costituisce un obiettivo ed una conquista irrinunciabili sul piano nazionale e sociale, ma la sua attuazione e la sua validità futura non ammettono, come è di tutta evidenza, né improvvisazioni, né l'affidamento del suo successo al solo strumento legislativo specie nella delicata fase di avviamento. Il trapasso della gestione e delle attrezzature dal sistema attuale a quello futuro implica un momento organizzativo che, per la vastità dei problemi e delle conseguenze, coinvolge gli interessi di larga parte delle forze economiche e sociali del Paese e che, per l'entità delle componenti che vi sono implicate, è suscettibile di incidere profondamente sullo stesso assetto istituzionale ed economico dello Stato.

<sup>31</sup> Fonte: <https://www.camera.it/dati/leg07/lavori/stampati/pdf/11450001.pdf>, link verificato il 15 aprile 2020.

<sup>32</sup> Per quanto concerne il centro lombardo, il richiamo è alla fuoriuscita della diossina dall'azienda ICMESA di Meda nel luglio del 1976. Nel medesimo anno, Manfredonia fu sconvolta dall'incidente presso il sito petrolchimico Anic Monte Sant'Angelo.

## Il curatore e gli autori

### Il curatore

**Jacopo Perazzoli** è ricercatore dell'area memoria presso la Fondazione Giangiacomo Feltrinelli, docente a contratto di Contemporary History presso l'Università degli Studi di Milano e redattore della "Rivista storica del socialismo".

### Gli autori

**Chiara Giorgi** è ricercatore confermato a tempo indeterminato in storia delle istituzioni politiche (SPS/03) presso l'Università degli studi di Roma, "La Sapienza" (Dipartimento di Filosofia, Facoltà di Lettere e filosofia). I suoi temi di ricerca sono l'evoluzione dei sistemi di sicurezza sociale e welfare, il colonialismo italiano in Africa e l'amministrazione coloniale, il dibattito sulla Costituzione italiana, la storia del socialismo, l'opera di Lelio Basso e la sua biografia politica, la storia delle donne e alcuni temi riguardanti la storia del marxismo. È membro del comitato scientifico della Fondazione Lelio e Lisli Basso, del comitato di redazione delle riviste "Le carte e la storia" e "Parolechiave".

**Gianluca Scroccu** è ricercatore TdB in storia contemporanea presso il Dipartimento di Storia, Beni culturali e Territorio dell'Università degli Studi di Cagliari. I suoi temi di ricerca sono la storia politica e sociale dell'Italia

Repubblicana e le vicende dei partiti della sinistra italiana tra XIX e XXI secolo, la figura e dell'opera di Piero Gobetti, la storia dell'Unione Europea (rapporti tra Italia e Spagna), la storia della globalizzazione, con particolare attenzione all'Asia e all'Africa, e il rapporto fra religione civile e religione civile nei presidenti degli Stati Uniti.

**Francesco Taroni** è professore associato di medicina sociale presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia presso l'Università di Bologna. I suoi temi di ricerca sono la storia delle politiche sanitarie in Italia dall'Unità a oggi, il rapporto tra ricerca scientifica e sanità pubblica, e l'epidemiologia della responsabilità professionale, giudiziale ed extragiudiziale.