

DAL MUTUALISMO
AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
(Prospettiva Marxista – settembre 2024)

La maturazione imperialistica ritardata del capitalismo italiano, rispetto a Regno Unito, Germania e Francia, si riflette in molteplici aspetti sociali, tra i quali si conta senza dubbio il modello sanitario adottato storicamente in successive fasi.

Dopo un'origine privatistica, solidaristica e residuale di assistenza sanitaria, in cui la Chiesa con le Opere Pie svolgeva un ruolo centrale, la borghesia italiana arriva ad adottare sotto il fascismo un modello mutualistico che perdura sostanzialmente fino all'introduzione, a fine anni Settanta, del Servizio sanitario nazionale (SSN).

Il mutamento della forma politica del dominio capitalistico non ha comportato dunque una cesura per quanto riguarda la struttura sanitaria, rimanendo essa sostanzialmente inalterata nel passaggio tra involucro fascista e democratico.

Inoltre, legate al sistematico ritardo nell'adottare soluzioni già sperimentate decenni prima all'estero, le specificità proprie della formazione economico-sociale italiana hanno fatto sì che quando veniva infine abbracciato un modello sanitario ciò avvenisse dopo lunghe titubanze politiche e con modalità tipiche di un capitalismo poco concentrato, quindi non particolarmente efficiente sul lato organizzativo.

Sotto il fascismo

L'intervento dello Stato, comitato d'affari di una borghesia nazionale e rappresentante dei suoi interessi generali, in tema di igiene pubblica non può ignorare politiche di contrasto delle malattie epidemiche maggiormente diffuse in un dato periodo quando queste intralciano lo sviluppo o il consueto funzionamento del capitalismo. Patologie come malaria, tubercolosi, sifilide, ma anche vaiolo e colera, hanno visto lo Stato, prima liberale e poi fascista, mettere in campo decise azioni per arginare e debellare simili flagelli.

La scienza medica internazionale negli anni Venti e Trenta del Novecento aveva del resto fatto un notevole salto di qualità, sia con l'introduzione di nuovi farmaci che nel campo della chirurgia e di altre specialità mediche. L'industria dei farmaci come merci per un mercato capace di accoglierle, da un lato, e l'esigenza di tutelare la disponibilità e la fruibilità della forza-lavoro salariata, dall'altro, sono i due motori che hanno dato impulso ad un salto di qualità delle politiche e dell'organizzazione sanitaria negli Stati che andavano sempre più maturando capitalistamente.

La distribuzione del chinino contro la malaria, le opere come la bonifica delle paludi, ma anche l'assistenza alla maternità e all'infanzia per il sostegno alla crescita demografica, rispondono alla logica di interesse generale della borghesia. Anche in questi casi però i proclami propagandistici vanno misurati con i fatti e gli storici concordano che la cosiddetta "bonifica integrale" è stata sì avviata, ma completata solo per circa un sesto durante il ventennio fascista. Inoltre i risultati della farmaceutica, soprattutto angloamericana ma anche di area germanica, arrivarono in seconda battuta in Italia: la penicillina, la streptomina e il pesticida per le zanzare (il DDT) furono disponibili solo a partire dal 1947.

Il primo documento importante sotto il fascismo che annunciava un programma di assicurazioni sociali e sanitari lo si trova nella Carta del lavoro del 21 aprile 1927 in cui viene promesso «il perfezionamento dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e la disoccupazione involontaria; il miglioramento della tutela della maternità; l'assicurazione per le malattie professionali e la TBC come avviamento dell'assicurazione generale contro tutte le malattie».

Un meccanismo di tutela della salute è così istituito a fine degli anni Venti, nel 1928,

quando nelle corporazioni fasciste, quindi ad alcuni settori lavorativi, viene data la possibilità di fare una mutua. Le casse mutue erano enti assicurativi interclassisti le cui radici affondavano in parte nelle società operaie e di mutuo soccorso sviluppatesi grandemente nella seconda metà dell'Ottocento, che avevano invece un carattere e una delimitazione maggiormente classista e potevano essere di ispirazione sia socialista che cattolica. Le società di mutuo soccorso persero poi la loro centralità nella prima fase del Novecento cedendo il passo all'emergere dei sindacati. Quel che restava del mutualismo operaio venne ricondotto infine sotto il fascismo nel quadro della repressione o della sussunzione delle istanze proletarie. Alcune associazioni mutualistiche derivavano invece addirittura dalle corporazioni di mestiere dalla tradizione secolare, come per il caso dei tipografi.

Enti mutualistici pubblici, operanti alle direttive del Ministero del lavoro, hanno consentito così a certe categorie, ma su base volontaria, di essere coperti da assicurazione sanitaria e non dover rimettersi più alle istituzioni private.

Negli anni Venti e Trenta le strutture ospedaliere, private e fondamentalmente facenti capo alla Chiesa, vivono con proventi lasciati da benefattori, ma progressivamente si vedono entrare nella gestione anche le banche e gli enti pubblici come i comuni.

Quando un paziente andava in ospedale il conto veniva pagato dalla sua mutua, ma spesso in ritardo, generando deficit, ecco perché comparvero allora i cosiddetti "padiglioni per solventi", coi rispettivi cartelli in bella vista, ovvero aree dedicate ai clienti paganti sull'unghia.

Nel fascismo viveva una situazione intricata, che ricorda sotto questo profilo quella attuale, in cui i medici avevano la possibilità di esercitare la loro attività privatamente *intra moenia*, ovvero all'interno dell'ospedale. Inoltre i medici ottenevano dall'ospedale incentivi economici se avevano più assistiti paganti, che non mutuati.

Le mutue, almeno nella loro prima fase, sono un argomento complesso e poco studiato anche per il fatto che gran parte del patrimonio documentario e archivistico è andato, sorprendentemente, perso.

Certo è che fino all'aprile del 1943 l'adesione alla mutua è su base volontaria, poi, a guerra in corso e a pochi mesi dalla caduta del fascismo, diventa obbligatoria e vengono creati l'ENPAS (Ente nazionale previdenza e assistenza dipendenti statali) e l'INAM (Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie).

Le Casse mutue, prima appannaggio solo dei settori privati, si estesero in quel frangente anche ai dipendenti pubblici ed ai loro familiari, cosicché gli assicurati complessivi arrivarono grosso modo al 35% della popolazione.

Seguendo pertanto con decenni di ritardo il modello tedesco, avviato con Bismarck, si è assistito anche in Italia ad un allargamento a raggiera, a partire dalla classe operaia che si conferma centrale, delle coperture sanitarie, con il mantenimento di una compartimentazione di categoria.

Continuità repubblicana

Le conseguenze della Seconda guerra mondiale sulla sanità furono gravi, soprattutto sul fronte delle malattie infettive che ovviamente subirono una recrudescenza, i malati di tifo aumentarono del 44%, quelli di malaria del 54%, di tisi del 28%.

Le istituzioni sanitarie versavano allora in una crisi profonda e l'apparato previdenziale viene descritto dagli storici della sanità come un imponente edificio in rovina.

Mentre in Gran Bretagna il Rapporto Beveridge, enunciato nel 1942, elaborava quello che nel 1948 sarebbe diventato il National Health Service, modello del futuro Servizio Sanitario Nazionale, in Italia era ancora in corso, come accennato, la definizione del sistema delle mutue, quel fitto reticolo di casse, istituti ed enti di assicurazione sanitaria che vennero confermati, ed estesi, anche nell'ordinamento repubblicano.

Difatti alcune mozioni timidamente riformiste sulla previdenza, contenute nell'Assemblea Costituente, vennero messe nel cassetto, con il prevalere di un accordo tra DC e PCI che rimandava la discussione a più avanti.

Così non solo negli uomini al comando, ma anche nelle strutture, il modello impostosi nel fascismo trovava continuità nel nuovo corso repubblicano. Tanto più emblematico di ciò fu che ai due enti maggiori, ancora oggi operanti e centrali, battezzati entrambi nel '33, bastò togliere la F di fascista, così l'INFPS divenne l'INPS (Istituto nazionale per la previdenza sociale) e l'INFAIL l'INAIL (Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro). A onore del vero ricordiamo che l'INFAIL era la trasformazione della antica Cassa nazionale infortuni istituita nel 1883, così come l'INFPS aveva il suo precursore nella Cassa nazionale di previdenza per l'invalidità e la vecchiaia creata nel 1898. Ma il punto è che la struttura complessiva e le competenze specifiche in queste materie restarono inalterate: lo Stato dava l'indirizzo della sanità generale e si occupava della igiene pubblica senza avere però una responsabilità diretta, la quale rimaneva principalmente nelle mani delle mutue, che si dovevano finanziare da sé e che tutelavano unicamente i propri iscritti e le rispettive famiglie. A questo quadro si aggiungeva infine un ruolo anche per i Comuni a cui spettava la carità legale elargita agli indigenti iscritti alle liste dei poveri.

Dal punto di vista politico la direzione generale della sanità sottostava al Ministero degli interni, le casse mutue di categorie sotto il Ministero del lavoro, ma l'assicurazione contro la tubercolosi, che prevedeva un vasto programma sanatoriale, era di spettanza dell'INPS, che a sua volta rispondeva al Ministero delle finanze.

Nel 1958, durante il secondo Governo Fanfani, venne istituito il Ministero della sanità, che fu fino al '63 in mano alla Democrazia Cristiana, la quale, fin dalla sua nascita, spingeva per rimanere nel mutualismo e nel mantenere essenziali gli strumenti di assistenza del mondo cattolico.

Quel Ministero venne però anche definito come il Ministero dei "salvo", poiché gli erano precluse numerose competenze, come per esempio le vaccinazioni che restavano appannaggio dei comuni.

Le mutue stesse restavano sotto il Ministero del lavoro e della previdenza sociale, in cui c'era anche l'INAIL, e avevano un bilancio dieci volte superiore a quello di cui disponeva il Ministero della sanità.

Dal punto di vista ospedaliero è interessante ricordare, soprattutto se si guarda all'attualità, che il massimo dei posti letti, in proporzione alla popolazione, si ebbe a fine anni Cinquanta. In quegli anni continuava l'estensione del sistema delle mutue, anche alle casalinghe e ai pensionati, quando in precedenza era strettamente riservato a chi risultava attivo e produttivo, includendo i famigliari stretti.

Ma come detto il sistema mutualistico era, oltre che interclassista, intercategoriale e comportava notevoli disparità di trattamenti. In una data categoria, quella della lavorazione del legno o del ferro, piuttosto che dei sarti o dei farmacisti per fare degli esempi, sia i padroni che i lavoratori dipendenti pagavano una tassa che costituiva la cassa assicurativa e quindi elargiva la prestazione sanitaria all'occorrenza. Per tale motivo c'erano mutue, con colori e ricettari di colori diversi, con più disponibilità, alcune più "ricche" e altre più "povere", generando quindi coperture anche nettamente differenziate.

Dentro la stessa INAM, che racchiudeva tutte le mutue, c'erano forti differenze: se la media dei contributi pro capite era di 20 mila lire annue, nel comparto dell'agricoltura era poco più di 2 mila lire, era di 28 mila lire per nel settore industria e commercio, di 26 mila lire per i pensionati, mentre per gli addetti del credito e delle assicurazioni i contributi arrivavano addirittura a 40 mila lire.

Dicevamo interclassista perché le mutue includevano anche i padroni e la piccola borghesia. Questo aspetto viene colto bene, sebbene senza la precisione dell'analisi marxiana, dal discorso classista che don Milani riporta in *Lettera a una professoressa*:

L'elemosina l'operaio gliela fa tutti i giorni perfino quando sala la minestra. Gli studenti stanno studiando a spese sue. Ma loro non lo fanno o non lo vogliono sapere. Uno studente delle medie superiori costa ai poveri 298.000 lire l'anno. Il suo babbo ne spende in tasse scolastiche 9.800. Uno studente universitario costa ai poveri 368.000 lire l'anno. Il suo babbo ce ne mette 44.000. Un medico costa ai poveri complessivamente 4.586.000 lire. Il suo babbo ce ne mette 244.000. Poi con quella laurea che gli hanno regalato i poveri chiede ai poveri 1.500 lire per una visita di un quarto d'ora,

sciopera contro la loro Mutua e è contrario alla medicina nazionalizzata di tipo inglese.

La crisi delle mutue e l'adozione del SSN

La legge Petragliani del 1938 aveva diviso in tre categorie gli ospedali, sulla base delle dimensioni (piccole, medie e grandi). Nelle grandi città risultavano concentrati quelli con più di mille posti letto e già allora si evidenziava una maggiore diffusione di piccoli ospedali, comprensibilmente con meno risorse, al meridione.

Un ulteriore passaggio cardine nel mutamento del sistema ospedaliero si ebbe quarant'anni dopo, nel 1968, con la legge Mariotti, dal nome del deputato socialista allora a capo del Ministero della sanità, che sanciva la centralizzazione in mano statale degli ospedali, diventati così enti pubblici. Tuttavia gli ospedali non ricevettero finanziamenti diretti dall'erario, fatto che se in sé non aumentò le differenziazioni territoriali, certamente non ne stemperò le disparità e probabilmente aumentò il relativo ritardo italiano nell'acquisizione di macchinari all'avanguardia.

Già Crispi nel 1890 aveva trasformato le Opere Pie in Istituti pubblici di assistenza e beneficenza, facendoli passare sotto il controllo dei comuni, ma attraverso le congregazioni di carità. Ma chiaramente ciò non poteva essere un colpo di spugna su un'influenza sociale, materiale, diffusa e capillare come quella che aveva la Chiesa.

In un processo di erosione della presenza delle istituzioni cattoliche nella gestione degli ospedali, questi furono gestiti sempre più da medici e non videro più i locali situati vicini ai conventi, bensì sempre più si impongono le moderne strutture a padiglioni che tengono distinte patologie e funzioni. Con la legge Mariotti la maggior parte degli ospedali non furono più gestiti da enti di beneficenza e assistenza, ma divennero strutture di proprietà dello Stato.

Il medico della mutua, delegittimato rispetto allo specialista ospedaliero che gode invece di grande prestigio nonché influenza politica ed elettorale, è quello efficacemente rappresentato da Alberto Sordi nell'omonimo film di Luigi Zampa del '68, in cui Guido Tersilli è alla disperata ricerca di pazienti perché sono a tutti gli effetti clienti: quante più prestazione riesce a fare, tanto più il medico è pagato.

Le mutue erano ancora l'ossatura portante del sistema sanitario che poi diventava fattivo negli ospedali pubblici, ma anche in misura secondaria nelle case di cura private convenzionate. Queste strutture a seconda dei giorni di degenza, e della copertura della specifica mutua, ottenevano poi un rimborso.

All'inizio degli anni Settanta gli enti mutualistici entrarono in crisi essendo stati colpiti da un grave dissesto finanziario. Nel dibattito politico, sull'onda anche di spinte riformistiche legate ad un ciclo di lotte di classe tradeunionistiche, a seguito del boom economico e della concomitante, ultima fase, della disgregazione contadina, si cominciava a porre l'ipotesi concreta di una rottura radicale con l'adozione di un diverso impianto nazionale sanitario, questa volta su ispirazione della soluzione sperimentata nel Regno Unito, di una sanità pubblica che si prende cura dei cittadini "dalla culla alla tomba".

Nel 1974 vengono trasferite alle regioni i compiti in materia di assistenza ospedaliera e nel dicembre del 1978, stante un Governo di unità nazionale con presidente Giulio Andreotti e ministro della Sanità Tina Anselmi (che ebbe anche un passato da dirigente sindacale CISL fino al 1955), viene istituito il Servizio Sanitario Nazionale. In quello stesso anno venne inoltre regolamentato l'aborto e introdotta la legge Basaglia per la riforma dei servizi psichiatrici. Ampi strati della DC avrebbero preferito limitarsi a un semplice accorpamento delle mutue in pochi grandi enti nazionali, mentre per il PCI l'approvazione del SSN fu una delle condizioni per mantenere l'appoggio esterno al Governo. Larga parte dell'associazionismo cattolico, Confindustria, gli altri partiti di sinistra furono concordi, ma non ad esempio il Partito Liberale e l'MSI. L'ordine dei medici era inizialmente contrario, ma avallò la riforma quando fu concesso loro di esercitare comunque la libera professione.

Allo Stato spettava dunque la direzione politica sanitaria nazionale, la raccolta delle risorse tramite il gettito fiscale e la gestione di queste, inoltre una buona parte del personale sanitario diventò così dipendente di un ente pubblico; alle regioni venne attribuito il potere della

programmazione e il coordinamento di tutti gli interventi sanitari, ospedalieri, territoriali e di sanità pubblica; mentre ai comuni la responsabilità diretta delle neonate Unità socio-sanitarie locali (USL).

Con esattamente trent'anni di ritardo rispetto al modello inglese della NHS, che da lì a pochi anni sarebbe stato posto sotto attacco dal ciclo liberista incarnato politicamente dalla Thatcher, anche in Italia la borghesia opta per questo modo di gestire la sanità: un sistema universalista per l'intera popolazione, quindi totale, ma totalmente interclassista, e "gratuito". Il fatto che al momento dell'erogazione del servizio questo fosse gratuito per tutti, significava solamente, e significa tutt'oggi, che il plusvalore estorto alla classe operaia viene poi riversato su tutti gli altri strati e classi, parassitari e sfruttatori: un sistema particolarmente conveniente per situazioni sociali in cui esiste una forte massa di piccola borghesia (mentre in linea teorica la presenza di una forte aristocrazia operaia potrebbe vedere di buon occhio anche una sanità differenziata a proprio vantaggio).

Le prestazioni elargite non sono assolute (sono escluse in larga parte le spese odontoiatriche), ma coprono una vastissima gamma a partire da quelle essenziali. C'è un effetto di assicurazione collettiva, di stemperamento di grandi difformità di trattamento sanitario, ma il conto lo paga il proletariato, l'unica classe che produce per tutti. Inoltre il principio di "eguaglianza dei cittadini di fronte alla malattia", stante il capitalismo e le enormi disparità sociali ed economiche tra le classi, non può che essere un beffardo inganno, una presa in giro.

Infine, e questo rispecchia la debolezza e i ritardi tipici della borghesia italiana, quando il SSN riesce a imporsi, mostra sia la corda che aspetti paradigmatici. Il ministro della sanità del nuovo corso è Renato Altissimo, del Partito Liberale, uno dei pochi che in Parlamento non ha votato a favore della riforma.

Emergeva poi fin da subito, oltre ad un piano generale non definito, una logica di spesa riduzionista. Il neo ministro commentò allora in questi termini la situazione: è «come se avessimo una Ferrari, ma la benzina per una 500». Significativamente avvenne poi una radicale riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale già a partire dai primi anni Novanta, con la svolta manageriale che trasformò le USL in Aziende sanitarie locali (ASL), confermando come le maggiori riforme sanitarie siano arrivate in concomitanza di momenti politici chiave della storia italiana: l'adozione delle mutue fu il canto del cigno del fascismo; il SSN avvenne alla fine del ciclo di lotte tradeunionistiche degli anni Settanta, che costituisce il lungo Sessantotto italiano; mentre la rimessa in discussione dello stesso si pose appena dopo il crollo della Prima repubblica.