

## Storia dell'organizzazione della sanità in Italia fra ideologia e scienza.

Umberto Moscatello

20 ottobre 2004

L'organizzazione della sanità è correlata certamente allo sviluppo della scienza e della tecnica. L'efficacia degli interventi per contrastare la diffusione delle malattie infettive è la risultante della conoscenza della loro eziologia microbica e dei meccanismi patogenetici della loro diffusione, così come la efficacia degli interventi medici e chirurgici è dipesa dalla disponibilità di farmaci prodotti dalla ricerca scientifica.

Eppure i modi in cui nel tempo è stata pensata e vissuta dalla comunità l'assistenza ai malati o le ragioni che hanno portato negli ultimi 150 anni all'azione dello stato nella organizzazione degli interventi sanitari, sono correlati alle ideologie sociali e politiche predominanti in quel determinato periodo storico piuttosto che allo sviluppo scientifico. Questo sviluppo e la disponibilità di tecnologie adeguate hanno fornito per così dire lo strumento dell'intervento statale, ma non lo hanno determinato.

Gli storici della medicina hanno chiarito da tempo come l'impulso ad assistere il malato nasca da una pulsione primordiale dell'uomo ad essere solidale con un membro del proprio gruppo che soffre o che è in pericolo; l'assistenza è quindi l'espressione della solidarietà di gruppo. E poiché il gruppo di cui si ha la prima e più fondamentale esperienza è la famiglia, l'assistenza è rimasta per lunghissimi tempi un fatto essenzialmente privato. Con l'affermarsi del Cristianesimo, la sofferenza acquisisce un valore salvifico: di conseguenza, l'assistenza al sofferente diviene collaborazione alla salvezza e quindi opera meritoria di chi la esercita. Ma l'opera di assistenza al malato resta un'azione di singoli a favore di singoli.

Con la nascita degli stati moderni e gli sviluppi conoscitivi e tecnici della scienza medica prende inizio l'impegno dello stato in ambito sanitario. Tuttavia, come è ben dimostrato dalle cosiddette "poor laws" promulgate in Inghilterra negli anni trenta del XIX secolo, questi interventi rimasero in un primo tempo limitati alla pura assistenza discrezionale e di emergenza.

Una analisi storica degli interventi dello stato in ambito sanitario rivela la complessità dei fattori in gioco. Lo studio della storia della sanità in Italia dalla unificazione ad oggi permette una analisi di questo fenomeno particolarmente interessante. La storia politica dello stato italiano nel periodo considerato è infatti caratterizzata da rapidi cambiamenti del modello ideologico di società predominante, transizioni associate a, o determinate da, altrettanto rapide modificazioni nella struttura economica.

Sia pure schematizzando, si può affermare ragionevolmente che la storia dell'Italia post-unitaria è stata caratterizzata da quattro diversi modelli ideologici di società, e cioè:

- Il modello classico-libertario del periodo della borghesia liberale;
- Il modello autoritario del periodo fascista
- Il modello solidaristico dei diritti di cittadinanza della prima repubblica
- Il modello neo-liberista della seconda repubblica.

Lo scopo del presente seminario è di mostrare come l'evoluzione storica di questi diversi modelli ideologici e il successivo affermarsi della loro predominanza nella recente storia d'Italia abbia condizionato la tipologia degli interventi dello stato in ambito sanitario.

### 1. *Il modello classico-libertario del periodo della borghesia liberale post-unitario.*

Come è ben noto, l'unificazione dell'Italia fu fortemente voluta dalla borghesia liberale in una situazione economica che caratterizzata dai primi tentativi di capitalismo industriale. La costruzione

dello stato unitario fu quindi realizzata secondo il modello ideologico classico-libertario tipico della borghesia liberale.

In questo modello ideologico, l'individuo ha una priorità tendenzialmente assoluta, al punto che le interferenze statali o di terzi in genere sono ridotte al minimo: si parla infatti di "stato minimo" avente la funzione di garantire a ciascuno la più ampia libertà d'azione.

Coerentemente, lo stato è assolutamente insensibile al valore delle scelte dell'individuo ed è sostanzialmente indifferente nei confronti della tutela della salute dei cittadini. Nel suo Trattato di Diritto Amministrativo del 1905, V.E.Orlando precisa con esemplare chiarezza: "è evidente che ad ogni singolo spetta di vegliare da sé medesimo alla conservazione della propria salute, *non essendo compito dello stato* di surrogarsi all'individuo e di provvedere a tutti i bisogni di lui. Ma è altrettanto vero che lo stato *ha un grande interesse alla conservazione della salute dei singoli*, poiché appunto laddove difettano le malattie, si ha una popolazione sana e numerosa, e la sanità e il numero della popolazione è il presupposto necessario della potenza dello stato (*Diritto amministrativo italiano* a cura di V.E.Orlando, Soc Ed.Libreria, Milano, 1905, p.213)".

In altre parole, la tutela della salute collettiva da parte dello stato ha una finalità essenzialmente economica. In una situazione infatti di paleo-capitalismo non esente da velleità di espansione colonialistica, la forza-lavoro richiesta è assai poco qualificata ed è intesa semplicemente come numero di individui sani capaci di lavorare: il numero diviene quindi uno strumento fondamentale. La transizione allo stato unitario fu realizzata anche in ambito sanitario mediante l'adozione del modello organizzativo piemontese, già delineato dalla legge del 1859: la tutela della salute veniva demandata all'esecutivo, in particolare al Ministero dell'Interno ed alle sue espressioni periferiche. Nel primo ventennio dello stato unitario, la classe dirigente ha fatto uno sforzo straordinario per conoscere la situazione sanitaria del paese nella consapevolezza che cominciava ad essere almeno tecnicamente possibile provvedere. Non mancarono anche polemiche nella valutazione dei dati emergenti da tale analisi. Per esempio, il primo governo guidato da Ricasoli, preoccupato della gravissima situazione igienico-sanitaria rilevata nel meridione, accusò i fautori delle cessate Dinastie di esasperare ad arte le differenze sanitarie fra nord e sud al fine di dimostrare la impossibilità di integrazione in uno stato unitario.

L'inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie nei comuni del Regno condotta nel 1885 e resa pubblica l'anno successivo fu alla base della Legge Crispi del 1888 che dettava le norme del nuovo codice sanitario.

E' interessante rilevare che anche nel definire i modi della organizzazione sanitaria, la borghesia liberale ribadiva l'esigenza di dare origine ad uno stato nettamente laico. Non fu estranea a questa volontà la decisione di basare la organizzazione sanitaria periferica sulle condotte mediche. In qualche modo il medico condotto era portatore in periferia, nella realtà sociale dei piccoli paesi ancora largamente rurale, della nuova cultura laica e scientifica che si contrapponeva a quella tradizionale religiosa centrata sulla figura del parroco. Naturalmente il medico condotto era anche lo strumento periferico di attuazione del programma sanitario del governo.

Tuttavia, anche nella nuova organizzazione, l'assistenza al malato singolo restava affidata alla famiglia o, quando ciò non era possibile per ragioni sociali o economiche, era affidata ad istituzioni caritatevoli private o comunali: tali erano in fondo anche le istituzioni ospedaliere. Queste erano state affidate agli sforzi delle amministrazioni locali su cui era ricaduta altresì con la legge Coppino del 1877 la gravissima responsabilità ed i costi dell'obbligo dell'istruzione elementare.

Ma nonostante gli sforzi veramente enormi dei comuni, il sistema ospedaliero continuava a mostrare una debolezza intrinseca, cioè il fatto di essere basato sull'ideologia della reclusione ospedaliera, cioè la tendenza ad isolare il malato quasi a sottolinearne la pericolosità esattamente come i malati di mente: anche laicizzato, l'ospedale non riesce ad affrancarsi dal sistema delle Opere Pie: il cammino verso una nuova ideologia dell'ospedale rimarrà molto lungo e tenderà a concludersi solo verso la prima guerra mondiale.

Basati su una solidissima e coraggiosa analisi della situazione sanitaria del Paese, gli interventi dello stato nel settore igienistico e della prevenzione delle malattie infettive furono estremamente efficaci, avviando gli strumenti per il controllo delle malattie infettive e della loro diffusione epidemica.

Tuttavia, a questa innegabile volontà di migliorare la situazione sanitaria dal punto di vista delle malattie infettive, non corrispose un reale interesse ad affrontare i gravi problemi sanitari che nascevano dalla povertà e dalla emarginazione sociale. Eppure, i bassi livelli di igiene personale e delle case, gli infimi standard alimentari, l'incidenza delle malattie parassitarie contribuivano congiuntamente a mantenere il tasso di mortalità al di sopra delle medie europee anche quando non si verificavano epidemie. Bisogna riconoscere che l'avvio a soluzione di questi problemi di ordine sociale avrebbe richiesto un impegno finanziario probabilmente insostenibile; tuttavia la rimozione del problema dal dibattito sulla sanità era coerente con l'assunto ideologico che giustificava l'intervento dello stato per la tutela della salute.

Solo con l'affermarsi di altre interpretazioni della società in opposizione a quella dominante della borghesia riportò l'attenzione su questi problemi. Infatti, le nuove forze di opposizione cattoliche e socialiste ponevano fra i punti programmatici più qualificanti una maggiore attenzione sulle conseguenze anche sanitarie della povertà e della emarginazione. Questo portava, sul piano concettuale, alla contrapposizione di due diversi modi di intendere la malattia: a fronte di coloro che intendevano la malattia come strettamente legata ad una causa precisa, in genere di natura microbica, si contrapponevano coloro che ritenevano la malattia una costruzione sociale, indotta da condizioni esterne che ne determinano di fatto l'insorgenza e la gravità. Esempio memorabile di questo scontro fu la battaglia sostenuta in Parlamento dal Angelo Celli per un intervento dello stato nella lotta contro la malaria. Ma, come è noto, l'emergere di queste nuove ideologie solidaristiche ebbe breve durata e fu rapidamente troncata dall'affermarsi del nuovo stato autoritario fascista.

## *2. Il modello autoritario su cui fu costruito lo stato dal fascismo.*

Come è noto, secondo l'ideologia fascista, lo stato è per così dire una entità assoluta, fonte non solo fonte del diritto, ma anche della morale: si parla infatti di stato etico. In tale modello ideologico, gli interessi e la vita dello stato sono gli unici interessi reali dell'azione politica e a fronte di tali interessi, le scelte, gli interessi e gli stessi diritti dei cittadini sono irrilevanti.

In questo modello autoritario, la tutela della salute è subordinata alla priorità assoluta degli interessi dello stato. La costruzione di uno stato forte esige che anche in ambito sanitario le esigenze dello stato siano comunque più rilevanti della libertà dei singoli cittadini. La salute del singolo non ha valore in sé, ma è strumento per l'azione collettiva. Così la salute diventa un aspetto dell'efficienza della persona: il malato è colui che non è in grado di produrre ed è quindi potenzialmente "pericoloso" per lo stato: "lo stato non può assolutamente disinteressarsi di tutto quello che nel campo sanitario riguarda la salute del singolo, perché, anche se si tratta di morbi individuali, non pericolosi immediatamente per la società, è certo mediamente dannoso al consorzio sociale il contegno del cittadino che trascurando la salute, deperisce come organismo e contribuisce anche la deperimento della razza" (S.Lessona, *Trattato di Diritto sanitario* I.Bocca, Torino, 1914).

Coerentemente con questi indirizzi, lo stato fascista sviluppò i suoi interventi non a favore della tutela della salute del singolo, ma come promozione della salute della razza. Esempari sono gli interventi a favore delle madri e dei fanciulli. La legge istitutiva dell'O.N.M.I del 10 dicembre 1925 afferma: "i compiti assegnati all'OMNI per la protezione della maternità e dell'infanzia, data la loro natura politica e sociale, sono compiti che devono in ogni caso essere direttamente controllati dallo stato." La circolare mussoliniana chiarisce esplicitamente che: "L'azione dell'OMNI si allarga e converge verso l'obiettivo finale dell'incremento demografico". L'incremento demografico equivale a potenza della nazione perché il numero è forza".

Il finanziamento delle istituzioni per la maternità e l'infanzia è procurato dalla tassa sui celibi.

Due anni dopo la promulgazione della legge istitutiva dell'OMNI, Mussolini ribadisce in modo molto chiaro: *“La condizione insostituibile del primato è il numero. Senza di questo, tutto decade e muore. La giornata della madre e del fanciullo, la tassa sul celibato e la sua condanna morale, la bonifica rurale, l'OMNI, le colonie marine e montane, tutto concorre alla difesa della razza”* (B. Mussolini, Discorso dell'ascensione. Libreria del Littorio, Roma, 1927, p.25)

Il regime fascista vuole che il popolo sia educato all'imperialismo il quale si traduce in atto col numero e la qualità. Ancora nelle celebrazioni del decennale dell'OMNI (1935) il relatore Fabbri ribadiva *“L'assistenza alla maternità ed all'infanzia non è considerata come forma isolata e non controllata di assistenza, ma è stata intesa come elemento fondamentale della politica nazionale, di rafforzamento, di potenza, di espansione. E' l'elemento sostanziale e fondamentale per il rafforzamento della stirpe proiettata nei secoli verso una perenne conquista”*.

In contrasto con questo forte impegno a favore della razza, il fascismo mostrò scarso disinteresse verso l'organizzazione sanitaria volta a tutelare il malato: questa non subì di rilievo rispetto al modello precedente: rimasero le condotte e rimase il fatto che il mantenimento degli ospedali fosse affidato alla iniziativa di beneficenza privata, con l'eccezione delle strutture assistenziali istituite per la lotta alle malattie di grande interesse sociale: TBC e sifilide. Nel 1934 venne approvato il testo unico delle leggi sanitarie. Nel 1938 vennero emanate le norme per l'organizzazione dei servizi e del personale sanitario negli ospedali. Anche in questo intervento, largamente amministrativo, il fascismo intese ribadire il significato ideologico dell'azione dello stato.

L'Ospedale, anche nella sua strutturazione, non deve essere visto come il luogo dell'assistenza a chi soffre, ma deve apparire come strumento della guerra che lo stato conduce contro le malattie per la difesa della razza: l'ospedale acquisisce di conseguenza una struttura in un certo senso militare come si evince dal trasferimento alla sua organizzazione dei termini propri della organizzazione militare: Divisione, Reparto, Servizi, Guardia.

### *3. Il modello solidaristico dei diritti primari della prima repubblica.*

La caduta dei regimi totalitari produce una immediata e radicale modificazione del modello ideologico di società. Le democrazie europee più avanzate elaborano un modello di stato basato sulla completa estensione del diritto di cittadinanza a tutte le persone indipendentemente dalla loro collocazione sociale. Questo diritto di cittadinanza si articola nel concreto in una serie di diritti, primo fra tutti quello alle libertà individuali. Il processo che ha portato all'allargamento dei diritti di cittadinanza, che rimanda alla principale teoria del Welfare, è il risultato, secondo Marshall, di una persistente tensione nel mondo occidentale verso l'estensione dei diritti di cittadinanza via via a tutti gli abitanti, a partire dai diritti civili, poi a quelli politici ed infine a quelli sociali (T.H. Marshall, *Citizenship and Social Class*, Cambridge University Press, Cambridge, 1950; *Sociology at the Cross Road*, Heinemann, London, 1963).

Ma per realizzare questi diritti nel concreto, è necessario l'intervento dello stato, dal momento che, essendo i cittadini socialmente diseguali, non sarebbero altrimenti garantiti i loro diritti. Grazie ai diritti sociali lo stato garantisce ai cittadini quella disponibilità minima di beni e servizi primari attraverso i quali è possibile vivere vite decenti ed esprimere al meglio la propria individualità e realizzare il proprio programma di vita.

Anche in Italia, l'affermarsi di questo nuovo modello interpretativo del contratto sociale ha comportato una radicale modificazione del concetto di tutela della salute da parte dello stato. In quanto condizione necessaria per il pieno sviluppo delle libertà fondamentali, la salute diviene diritto primario della persona ed in quanto tale deve essere garantita e tutelata dallo stato. La salute diviene un valore in sé, collegabile, ma non subordinabile ad interessi esterni come i costi, il tornaconto etc. ed il suo raggiungimento diviene obiettivo giuridico tutelato dalla stessa Costituzione repubblicana (Art.32).

All'affermazione contenuta nel dettato costituzionale ha corrisposto sul piano organizzativo l'edificazione, anche in Italia come già in Gran Bretagna ed in Svezia, del sistema sanitario nazionale con la promulgazione della legge 833 del 1978.

La legge istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale, basata sul concetto che la salute è un diritto primario il cui godimento è garantito dallo stato a tutti i cittadini, attribuiva allo stato la totale responsabilità della promozione della salute della collettività e del singolo e negava nel contempo alla sanità la caratteristica di una attività di mercato.

La legge di riforma del 1978 fu accompagnata da accese polemiche fra chi riteneva che non vi sarebbe stata la volontà politica di applicarla e chi riteneva la legge strutturalmente sbagliata nei suoi fondamenti, chi infine affermava la validità di fondo della legge, ma lamentava l'insufficiente previsione delle conseguenze economiche della sua applicazione. Purtroppo, in breve tempo, nelle discussioni politiche il richiamo alla priorità dei valori costituzionali divenne sempre più tenue.

#### *4. Il modello neo-liberista della seconda repubblica.*

In realtà in queste discussioni sui costi della sanità cominciava ad affiorare una polemica ben più di fondo che riguardava il modello di stato sociale che aveva ispirato la riforma sanitaria : a partire dagli anni ottanta, infatti, entrava con forza nel dibattito politico l'ipotesi di un modello neo-liberistico dello stato, basato sul *privatismo economico*. Questo modello è costruito partendo dall'idea dell'assoluta superiorità del meccanismo economico di mercato rispetto ad ogni altro valore della società umana ivi compreso l'uomo, per cui la funzione dello stato è ricondotta alla sola tutela di questa libertà di mercato di cui lo stato è garante. Il modello neo-liberista respinge la domanda di garanzie pubbliche di diritti sociali connessi al concetto di cittadinanza, anche se, in ambito italiano, la tradizione laica e liberale e la stessa dottrina sociale della Chiesa ha permesso di attenuare gli aspetti fanatici del neo-liberismo.

Non sorprende quindi la sempre più esplicita negazione di garanzie pubbliche per la perequazione di beni e servizi essenziali per la salute e per il mantenimento di una vita di pari dignità rispetto al comune statuto di ogni cittadino. Con estrema chiarezza è stato affermato che nella prospettiva economica del neo-liberismo, " la salute è un bene esclusivamente individuale ed il cittadino vi provvede nei limiti del proprio bilancio familiare, eventualmente integrato da interventi caritativi di privati (F.Di Cerbo, *La tutela della salute nell'ordinamento giuridico italiano*, Jandi Sapi Editori, 1978, p.5).

Coerentemente con il nuovo modello interpretativo dello stato e della sua funzione, si attua progressivamente il trasferimento alla organizzazione sanitaria del modello organizzativo proprio della economia aziendalistica ( si veda: A. Donabedian, *Exploration in Quality, Assesment and Monitoring*, Ann Arbor Administration Press, 1980-1985).

Ad esempio, la sempre più pressante domanda di attuare il diritto alla salute e conseguentemente il diritto di partecipazione alla gestione sanitaria, viene rovesciata o meglio utilizzata proprio per fare appello alla razionalizzazione di mercato e di economia aziendale, introducendo anche in sanità l'accertamento della *consumer satisfaction*. In breve si attua così la completa aziendalizzazione della sanità, identificata come attività riconducibile alle caratteristiche del libero mercato.

Ma anche senza mettere qui in discussione l'imperante modello liberistico dello stato, contro questa interpretazione aziendalistica della sanità sono state mosse alcune obiezioni rilevanti.

Innanzitutto, secondo molti studiosi, l'attività sanitaria non può essere identificata come attività di libero mercato- come l'intendono gli economisti.- basato su un libero aggiustamento fra domanda e offerta; il cosiddetto "mercato sanitario" è nella realtà completamente condizionato dal sistema di azioni consensuali derivanti dal rapporto fra medico e paziente. Il paziente delega completamente al medico la sua domanda di servizi e di assistenza ed il medico stesso propone la sua offerta. In altri termini il medico è al tempo stesso il soggetto della domanda ed il soggetto dell' offerta. Questo

modello ha come obiettivo la massimalizzazione del reddito, il pieno impiego dello staff assistenziale, il mantenimento delle posizioni di dominanza, ma non la salute del paziente.

Inoltre, per una corretta operatività di un sistema aziendale in senso proprio, è fondamentale la definizione chiara del rapporto fra costi e benefici. Secondo molti economisti, fra cui il premio Nobel Leontieff, la definizione di tale rapporto è teoricamente impossibile in ambito sanitario perché non sono comunque definibili in modo quantitativo i benefici attesi fra cui, non trascurabile, l'indotto sull'agricoltura, l'industria etc..

E ancora: la definizione degli obiettivi, che è pure fondamentale in un sistema aziendale, può essere rapidamente vanificata in un sistema complesso e dinamico come quello sanitario. Infatti si deve tener presente che in un simile sistema complesso non è sufficiente la semplice conoscenza degli obiettivi esistenti, ma si dovrebbe essere anche in grado di prospettare le possibili conseguenze della introduzione nel sistema stesso di cambiamenti o innovazioni – fra cui non ultime quelle relative alle variabili sociologiche ed il conseguente emergere di nuove prospettive ed attese di salute. Altrimenti, i modelli di decisione basati sulla sola analisi economica potrebbero essere vanificati da rapide modificazioni sociologiche.

Ma anche accettando il modello aziendalista della organizzazione sanitaria, sarebbe necessario chiedersi quali siano gli obiettivi generali che lo stato vuole perseguire mediante l'operatività del sistema sanitario nazionale. E' necessario cioè chiarire alla fine quale debba essere la strategia di investimento: consumare assistenza o produrre salute?

Una visione troppo aziendalista ha focalizzato l'attenzione su investimenti volti essenzialmente ad una offerta economicamente razionale della assistenza ed ha progressivamente rimosso il vero obiettivo dell'intervento dello stato così come era stato delineato del modello solidaristico, cioè la promozione della salute come diritto primario di tutti i cittadini. Ma negando che la finalità dell'intervento dello stato sia la tutela della salute, si è finito per dimenticare che la promozione della salute, cioè la sua produzione, è di gran lunga più vantaggiosa dal punto di vista economico di qualunque obiettivo volto alla regolazione del sistema di assistenza al fine di controllarne il consumo. I guadagni derivanti dalla promozione della salute di una popolazione non sono solo umani, ma anche economici, se solo si superasse una visione ragionieristica della sanità.

Ma questo comporterebbe ridefinire gli obiettivi dell'intervento dello stato in sanità, identificando i fattori che determinano la salute in una determinata popolazione per agire su di essi: l'istruzione, l'ambiente, la politica dei trasporti, la casa, il lavoro, e fornire incentivi per formare una sinergia di interessi atti a promuovere la salute e sostenere la qualità della vita.