

PROLOGO

GLI SCOPI E L'OGGETTO

Questo libro tenta di ricostruire un resoconto plausibile del profilo politico ed intellettuale delle politiche sanitarie in Italia dal secondo dopoguerra all'inizio del nuovo secolo. Esso considera quindi l'emergere delle loro idee, i conflitti che esprimono ed hanno alimentato, i processi attraverso cui si sono imposte nell'agenda politica e sono state tradotte in legge o, viceversa, rigettate nonché le forme in cui sono state attuate, o non attuate, sullo sfondo dell'evoluzione delle altre istituzioni del welfare e del più generale contesto sociale, economico e politico del paese.

Oltre mezzo secolo è un arco lunghissimo se misurato col tempo della medicina. Lo dimostrano la densità e la portata degli eventi della tavola dei "momenti decisivi" della pratica medica (Le Fanu, 1999), delle scoperte scientifiche e delle innovazioni tecnologiche ed organizzative in ambito sanitario (Fuchs e Sox, 2001; Hardy e Tansey, 2006) (Tabella 1); l'entità dei cambiamenti nel profilo di salute della popolazione che ha visto aumentare la sua aspettativa di vita di oltre 20 anni (Tabella 2) ed ha modificato profondamente la sua patocenosi (Grmek, 1969) attraversando varie transizioni epidemiologiche (Omran, 1971), inclusa quella fondamentale del passaggio dalle patologie da privazione a quelle dell'eccesso (Le Grand, 2008) che in Italia ha spesso intrecciato le malattie della miseria con le malattie del progresso.

La profonda trasformazione delle basi materiali oggetto delle politiche sanitarie dal dopoguerra ad oggi ha modificato la qualità dei temi su cui si è esercitato il governo dei sistemi sanitari, passato dai problemi della crescita dell'offerta e dell'espansione dell'accesso ai servizi sanitari durante l'"età dell'oro" dei sistemi di welfare terminata con le crisi del petrolio degli anni '70 (Klein, 2003) a quelli del controllo dell'eccesso, rivolti al contenimento dei consumi e della spesa tipici dei tempi moderni (Cooter e Pickstone, 2003). In questo lungo arco di tempo, anche le politiche sanitarie italiane hanno dovuto affrontare le conse-

TABELLA 1 - PRINCIPALI PROGRESSI, DISASTRI E CONTROVERSIE NELLA RICERCA, NELLA PRATICA MEDICA E NELL'ORGANIZZAZIONE SANITARIA, 1940-2000

ANNI '40	
Penicillina*	Rapporto Beveridge
Streptomina	RCT streptomina in GB
CAF e tetraciline	Codice di Norimberga
Cortisone*	Istituzione del NHS in GB
Anestesia generale	Rigetto Progetto Truman (USA)
Radioterapia	Approvazione Hill-Burton Act (USA)
Dialisi renale	
Impianto di lente per cataratta*	
Pap Test per cancro cervice uterina	
ANNI '50	
Clorpromazina*	DSM-I
Streptomina e PAS per tbc*	Fumo e cancro del polmone*
Ultrasonografia	Terapia intensiva
Microscopio operatorio Zeiss	Interventi a cuore aperto*
Endoscopio flessibile Hopkins	Macchina cuore-polmone
Doppia elica del DNA	Fattore VIII emofilia
Vaccino antipolio Salk	
Incidente della Cutter°	
ANNI '60	
Pillola contraccettiva	Talidomide°
Vaccino antipolio Sabin	Mammografia
Levodopa per malattia di Parkinson	Dichiarazione di Helsinki
Azatioprina	Belmont Report (USA)
Protesi d'anca Charnley*+	Medicare/Medicaid negli USA
Trapianto di rene e di cuore	Terapia Intensiva Coronarica°
Bypass coronarico* °	Prevenzione ictus*
Librium/benzodiazepine	Diagnosi prenatale sindrome di Down

segue

TABELLA 1 - Segue

ANNI '70	
Anti H ₂ (cimetidina)*	Trapianto di midollo
β-bloccanti (propranololo)	Angioplastica coronarica*
Anticorpi monoclonali	Terapia intensiva neonatale
TAC*	Eradicazione del vaiolo
Fertilizzazione in vitro*	Dichiarazione di Alma Ata (OMS)
Ciclosporina	Istituzione del SSN (Italia)
Vaccino epatite B	Rivelazione di Tuskegee (USA) ^o
Cura per alcune neoplasie infantili*	
ANNI '80	
RMN+	Helicobacter e ulcera peptica*
Chirurgia laparoscopica	HRT per menopausa ^o
Trombolisi per IMA	Insulina genetica
Antidepressivi, SSRI e non*	Test di screening per infezione da HIV
PCR	AIDS-gate in Francia ^o
ANNI '90	
Terapia tripla per HIV	Disastro di Bristol (GB) ^o
ACE-inibitori*	Human Genome Project
Statine*	Pecora Dolly
Viagra per impotenza	

^o Disastri e controversie.

* "Momenti decisivi" sec. Le Fanu.

+ "Innovazioni significative" sec. Fuchs e Sox.

guenze della circolarità delle relazioni fra la domanda di espansione della copertura assicurativa della popolazione e l'aumento dell'efficacia, della complessità e del costo dell'assistenza sanitaria che ha caratterizzato i sistemi sanitari di tutti i paesi occidentali secondo il classico "quadrilemma" di Weisbrod (Weisbrod, 1991). Anche in Italia lo sviluppo della pratica medica, la diffusione delle tecnologie e la modernizzazione dei servizi, a cominciare dagli ospedali, sono stati finanziati con l'espansione della copertura assicurativa della popolazione, passata da circa 16 ad oltre 50 milioni di persone, con una spesa lievitata dai 4 miliardi di lire del 1945 agli oltre 100 del 1950 per superare i 5000 nel 1974, anno di formale scioglimento delle mutue. La copertura divenuta universale con

TABELLA 2 - ASPETTATIVA DI VITA ALLA NASCITA IN ITALIA E IN ALCUNI PAESI, 1940-2000 (ANNI)

	1940	1960	1980	2000
Italia	57,6	69,2	74,0	79,1
Stati Uniti	62,9	69,8	73,7	76,6
Gran Bretagna	61,2	71,2	73,8	77,8
Francia	49,5	70,4	74,2	78,8

TABELLA 3 - ESPANSIONE DELLA COPERTURA E DELLA SPESA, 1950-1974

ANNO ^x	POPOLAZIONE		SPESA ^o
	TOTALE [*]	% ⁺	
1950	22,6	45,9	129
1955	39,0	80,4	164
1960	43,3	88,1	441
1965	45,9	88,4	1171
1970	49,9	92,1	2405
1974	53,8	97,3	5341

^x o anno più prossimo; ^{*} milioni di persone; ⁺ rispetto alla popolazione residente; ^o miliardi di lire

l'istituzione del SSN nel 1978 ha visto poi crescere la sua spesa fino agli oltre 100 miliardi di euro attuali (Tabella 3). L'aspirazione universalistica dei sistemi sanitari non si è tuttavia espressa soltanto come crescita della copertura "assicurativa" della popolazione. La domanda di una qualche forma di copertura da parte di un soggetto terzo per rendere individualmente sostenibili consumi sempre più elevati di prestazioni sempre più complesse e costose, sostenuta dalle preferenze espresse dalla popolazione verso prestazioni sanitarie sempre più efficaci, si è associata alla diffusione della consapevolezza che il diritto all'accesso agli strumenti per la tutela della salute è un diritto universale della persona, anche oltre il diritto di cittadinanza, con significative ricadute sulla dignità del singolo e sulla equità collettiva (Beauchamp, 1976). L'espansione dell'oggetto e l'aumento dei costi complessivi di sistema hanno giustificato l'emergere di politiche sanitarie "selettive" volte non più ad espandere l'accesso e a qualificare l'offerta ma a comprimere i consumi e a contenere la spesa sanitaria pubblica, non raramente contrapposte a politiche per la salute che intervengono sui suoi

TABELLA 4 - LE DATE DELLA SANITÀ ITALIANA

1943	Istituzione dell'Ente Mutualità Fascista – Istituto per l'Assistenza di Malattia ai Lavoratori
1945	Alto Commissariato Igiene e Sanità Pubblica (Acis)
1947	Trasformazione EMF in Istituto Nazionale Assicurazione Malattia (INAM)
1948	Commissione per la riforma della Previdenza Sociale (Comm. D'Aragona)
1958	Ministero della Sanità
1958	Piccola Riforma dell'INAM
1964	Piano Giolitti
1968	Riforma ospedaliera Mariotti (L. 132/68)
1978	Istituzione del Servizio sanitario nazionale (L. 833/78)
1992	Riforma Amato-De Lorenzo (d.lgs. 502/92)
1993	Riforma Ciampi-Garavaglia (d.lgs. 517/93)
1999	Riforma D'Alema-Bindi (d.lgs. 229/99)
2001	Riforma Titolo V Costituzione

determinanti più “distali”, a fini di giustizia sociale che esorbitano anche dal già vasto ambito della salute (Ruger, 2004).

Anche per l'impossibilità di affrontare adeguatamente un ambito tanto ampio e diverso, questo libro limita il suo oggetto ad un'interpretazione restrittiva del concetto di politica sanitaria rispetto a quello più ampio delle politiche per la salute, con l'obiettivo di descrivere il profilo di lungo periodo dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria in Italia, concentrandosi in particolare sui suoi aspetti politici ed istituzionali. L'analisi è organizzata attorno agli otto punti di snodo fondamentali di questo profilo (Tabella 4).

La riproposizione nel 1947 dell'Ente Mutualità Fascista costituito dal regime nel 1943, trasformato in Istituto Nazionale Assicurazione Malattie (INAM) nel 1947, e il rigetto l'anno successivo delle mozioni timidamente riformiste della Commissione D'Aragona, come indici di continuità dello Stato e della mancata nascita di un sistema sanitario universalistico secondo i principi del Rapporto Beveridge penetrati anche in Italia; come strumenti per l'espansione del regime mutualistico degli anni '50, in armonia con le basi particolaristico-clientelari della fase nascente del sistema nazionale di welfare che non venne intaccato neppure dalla tanto attesa istituzione del Ministero della Sanità nel 1958, cui l'INAM rispose con una autocratica autoriforma entrata in vigore l'anno successivo. Le speranze riposte dai primi governi di Centro-sinistra degli anni '60 in ambiziosi programmi di riforma “di struttura”, come i Piani Giolitti e Pieraccini, che costituirono una sorta di officina per l'istituzione di un Servizio sanitario nazionale (SSN), in competizione con le proposte di semplice riordino amministrativo elaborate dall'interno dello stesso sistema mutualistico. La riforma

ospedaliera Mariotti del 1968, condizione necessaria per la modernizzazione del sistema ospedaliero ma, a differenza del Canada, non sufficiente per giungere all'agognata istituzione del SSN, che fu realizzata solo dieci anni dopo a seguito della crisi finanziaria e di legittimità del regime mutualistico e grazie all'istituzione delle Regioni, in un contesto politico eccezionale ed in controtendenza rispetto alla situazione economica e alla politica internazionale. La pressoché immediata ricerca di una "riforma della riforma" continuata per tutti gli anni '80 che portò alla radicale controriforma tentata nel 1992 ed il suo parziale riaggiustamento del 1993 che eliminava gli elementi di privatizzazione del finanziamento e manteneva intatti gli elementi di aziendalizzazione delle USL e di regionalizzazione del sistema, oggetto dell'ultima grande riforma nazionale del 1999. Infine, la modifica del Titolo V della Costituzione entrata in vigore a seguito del referendum confermativo nel 2001 che, attribuendo alle Regioni competenza sull'organizzazione e sul funzionamento del SSN, ha segnato la fine dei grandi disegni di riforma a livello nazionale, lasciando il campo esclusivamente alle leggi regionali di organizzazione. Questi eventi, o non-eventi, la cui salienza si è talora rivelata soltanto a posteriori, scandiscono implicitamente una periodizzazione delle diverse fasi delle politiche sanitarie in Italia illustrata dalla Tabella 5.

Al profilo diacronico delle politiche sanitarie italiane il libro affianca un'analisi comparativa delle similarità e delle differenze con cui altri paesi hanno affrontato problemi analoghi, anche per evidenziare fenomeni di migrazione delle idee e di apprendimento sociale (Rose, 1993). L'analisi comparativa dei sistemi sanitari, di Italia, Gran Bretagna e Canada in particolare, offre interessanti prospettive di studio in quanto, a dispetto della diversità degli assetti politico-istituzionali dello Stato, della capacità amministrativa delle burocrazie nazionali e locali e delle tradizioni culturali, questi sistemi presentano numerose analogie nel passaggio da forme di assicurazione che garantivano comunque una copertura pressoché completa alla popolazione a servizi sanitari nazionali su base universalistica e finanziati dalla fiscalità generale, o da una combinazione di

TABELLA 5 - I MOMENTI DELLE POLITICHE SANITARIE IN ITALIA

1943-1948	Inerzie e continuità istituzionali
1949-1961	L'ordine mutualistico
1962-1964	L'illusione riformista
1965-1973	Alla ricerca del SSN; l'ascesa delle Regioni
1974-1977	Una riforma difficile da evitare
1978-1991	Riforma e controriforme
1992-1999	Regionalizzazione e aziendalizzazione del SSN
2000-	Aspettando il federalismo?

fiscalità provinciale e di trasferimenti nazionali. In particolare, il confronto con un paese come la Gran Bretagna, che ha adottato un sistema sanitario servito da modello per il SSN trent'anni dopo, può contribuire all'analisi della non-nascita del SSN nell'immediato dopoguerra e delle ragioni della sua difficile e tardiva istituzione e pressoché immediata negazione, fra cui possono essere rintracciati anche molti dei motivi delle sue difficoltà di attuazione. Il confronto con un paese di federalismo maturo come il Canada può invece illuminare aspetti del regionalismo sanitario italiano e della sua possibile evoluzione verso una qualche forma di federalismo.

Analisi di eventi di tale complessità in un arco di tempo tanto lungo sono intrinsecamente interdisciplinari in quanto attingono necessariamente agli strumenti ed ai metodi di una varietà di discipline e sub-discipline, in ragione della stretta interdipendenza fra le condizioni di salute o di non-salute della popolazione, la distribuzione dei loro determinanti sociali e i processi di formulazione delle politiche per favorirne o contrastarne gli effetti attraverso le varie forme di intervento collettivo, incluso quello dello Stato. Questa interdipendenza rende le politiche sanitarie ed i sistemi sanitari in cui si esprimono contemporaneamente lo specchio della società e l'immagine dello Stato (Rosenberg, 2007). L'antica tradizione della Medicina Sociale aveva saputo combinare l'attenzione alla distribuzione delle condizioni di salute nella popolazione e dei suoi determinanti con l'analisi degli aspetti legislativi, e quindi anche politici e istituzionali, degli interventi collettivi necessari per contrastarne gli effetti negativi, prevenendoli o alleviandone l'impatto sulle condizioni sociali ed economiche, a livello individuale e collettivo. Arnaldo Cherubini, medico sociale della scuola senese, è stato autore di una serie di opere che hanno delineato una storia dell'assistenza sanitaria in Italia dalla metà del XVIII secolo alla fine degli anni '60, alla soglia della formulazione delle prime proposte organiche di riforma del sistema mutualistico per l'istituzione del SSN (cfr. ad esempio: Cherubini, 1958; Cherubini, 1977; Cherubini, 1980; Cherubini e Piva, 1998). Le sue analisi hanno modernamente affiancato alla comparazione fra fasi diverse di sviluppo del sistema assistenziale italiano il confronto con altri paesi, come Francia ed Inghilterra, che nel corso della loro storia sanitaria hanno affrontato scelte analoghe o hanno al contrario perseguito strade in direzione opposta. Rinnovare l'attenzione dedicata dalla Medicina Sociale italiana all'analisi dei sistemi sanitari come fenomeno culturale, politico ed istituzionale è uno degli obiettivi di questo contributo. In tempi moderni, l'allargamento e l'approfondimento della base conoscitiva e degli strumenti di indagine delle singole discipline rendono particolarmente ardui simili progetti, sollecitando l'indulgenza del lettore. Non c'è tuttavia alcuna ambizione di produrre una storia comparabile all'impegno del lavoro monumentale di Charles Webster sul NHS inglese (Webster, 1988; per una versione breve, vedi anche Webster, 1998), all'analisi di economia politica del NHS di Klein, ora giunta alla quinta edizione (Klein, 2006), o a quella ad impronta più spiccatamente sociologica di Paul Starr sull'assistenza sanitaria negli Stati Uniti (Starr, 1982; per un'ampia discussione a 20 anni di distanza, cfr. il numero monogra-

fico del *Journal of Health Politics, Policy and Law* di agosto 2004). Anche per l'assenza di una storiografia come quella che si è sviluppata attorno al National Health Service britannico (Gorsky, 2008), non si tratta neppure propriamente di un libro di storia dell'assistenza sanitaria in Italia quanto piuttosto di un appello a che gli storici tornino ad occuparsi della sanità e della salute in Italia. L'assenza di una storia della sanità in Italia focalizzata sui suoi aspetti politico-istituzionali, e quindi diversa dall'inevitabile riferimento all'enciclopedico approccio di Cosmacini (cfr. ad esempio Cosmacini, 1994) indipendentemente dai tradizionali appelli all'utilità della storia, costituisce un limite oggettivo al lavoro di coloro che, a vario titolo e a diversi livelli, sono oggi impegnati nel governo del SSN e nella gestione delle sue organizzazioni. La mancanza di una consapevolezza della continuità dei problemi e delle loro cesure li priva infatti di un importante strumento per valutare e quindi anche affrontare i problemi attuali, secondo l'indicazione di Virginia Berridge di imparare ad imparare dalla nostra stessa esperienza (Berridge, 2008) nel momento in cui persino il grande bazar transcontinentale delle idee che aveva alimentato la febbre delle "assurde utopie" (Klein, 1993) degli anni '90 sembra aver esaurito la sua riserva di mode, entusiasmi mal riposti e ridicole assurdità (Marmor, 2007).

LE DATE, LE CRISI E I NODI DEL SSN

Il profilo evolutivo del sistema sanitario italiano dai primi anni del secondo dopoguerra alla fine del secolo è presentato come l'alternarsi di relativamente lunghi periodi di stasi e di inerzia istituzionale a momenti di rapida e talora profonda trasformazione, realizzata approfittando di finestre di opportunità aperte in occasione di crisi o giunture critiche determinate dall'emergere di fattori endogeni e/o dall'intervento di fenomeni esogeni all'ambito sanitario, di origine nazionale o internazionale (Collier e Collier, 1991). Questo approccio aderisce ad un modello ormai classico emergente dalla letteratura politologica applicata all'analisi dei sistemi sanitari, già utilizzato anche per il SSN italiano (France e Taroni, 2005). La scelta di assumere come punti di riferimento attorno cui organizzare l'analisi le date delle principali riforme (o non riforme) che hanno interessato il sistema sanitario risponde alla ragionevole assunzione che queste segnalino momenti di crisi sufficientemente profondi da sovrastare le forze inerziali dominanti nelle fasi normali e da produrre cambiamenti istituzionali od organizzativi.

L'enfasi sui momenti di crisi del sistema non intende tuttavia negare mutamenti anche significativi nell'organizzazione e nel funzionamento del sistema sanitario attraverso lenti e talora inavvertiti processi di adattamento progressivo a nuovi contesti o a forze endogene. Particolarmente in settori altamente dinamici come la sanità, l'inerzia gestionale o legislativa può paradossalmente produrre grandi cambiamenti, spesso inapparenti per lunghi periodi di tempo, determinati dallo scarto che il non-cambiamento produce fra la norma vigente

ed il suo oggetto di applicazione. Questo fenomeno, denominato deriva (*drift* – Thelen, 2003), fa parte di una vasta serie di eventi che possono mutare la funzione delle istituzioni esistenti, direttamente (*conversion*) o sovrapponendovi quelle attribuite a organizzazioni di nuova istituzione (stratificazione o *layering*), provocando cambiamenti “sotterranei” anche profondi senza la necessità degli interventi legislativi che in genere accompagnano le riforme (Hacker, 2004).

L’enfasi sui cambiamenti che segnano cesure significative nel profilo delle politiche sanitarie italiane coesiste con il riconoscimento dell’esistenza di una robusta trama di continuità nei problemi che sono stati di volta in volta presi ad oggetto delle riforme. Alla ostinata persistenza di problemi peculiari a ciascun sistema sanitario fa riferimento la cinica considerazione di Klein secondo cui le frequenti rivoluzioni dis-organizzative, cui è stato sottoposto il NHS inglese in misura anche maggiore di quello italiano, non sono volte a risolvere nuovi problemi quanto a riconfigurare in forme sempre diverse quelli che lo affliggono fin dalla sua istituzione (Klein, 2000:23). Cinismo a parte, la presenza di nodi irrisolti rappresenta il lascito di lungo periodo dei compromessi negoziati in occasione delle brevi e relativamente rare occasioni di cambiamento, che determinano nuovi equilibri instabili su cui si esercitano i successivi tentativi di riforma.

Le “crisi” che intervengono a modificare i precari equilibri risultanti dal bilanciamento fra le forze esogene ed endogene di resistenza e di cambiamento sono spesso seguite da assestamenti precoci (definiti *aftermath* da Collier e Collier per differenziarli dagli effetti di più lungo periodo), successivamente ai quali si instaura una nuova condizione di equilibrio la cui stabilità è rinforzata dai ritorni positivi (*positive-feedback* – Pierson, 2000) per i soggetti e le istituzioni che traggono vantaggio dal nuovo assetto raggiunto. Il nuovo stato stazionario del sistema determina effetti di lungo periodo (definiti *legacy* da Collier e Collier) in cui le scelte politiche sono dominate dalla sua logica interna che condiziona gli sviluppi futuri, opponendo resistenze ad ulteriori cambiamenti, prefigurando percorsi obbligati e stabilendo vincoli che costituiscono i nodi fondamentali del sistema da cui si dipana la sua continuità (Pierson, 2003). Per questo motivo, il cambiamento nei grandi sistemi sanitari è spesso lento e generalmente inapparente, più simile allo scivolamento dei ghiacciai che all’irrompere delle valanghe, dando l’impressione agli osservatori di una loro inamovibilità o irreformabilità dall’interno (Wilsford, 1994). Per il medesimo motivo, le politiche di restrizione (*retrenchment*) sono necessariamente diverse da quelle della fase di espansione in quanto devono confrontarsi con le resistenze ed i poteri di veto dei soggetti sociali e delle istituzioni che hanno consolidato le loro posizioni nella fase espansiva (Pierson, 1996; Pierson, 1994).

La tesi che si intende suggerire evocando sommariamente le principali acquisizioni delle analisi di ispirazione istituzionalista è che esiste una sostanziale continuità fra i periodi di stabilità ed i momenti di crisi del sistema sanitario che deriva dal nesso dinamico che intercorre fra nodi del passato e problemi del presente. L’analisi della continuità e l’esplorazione dei temi ricorrenti nelle po-

litiche sanitarie aiutano a comprendere le ragioni del profilo evolutivo delle diverse componenti dello “Stato Sanitario” (Moran, 1999; Moran, 2000) in Italia e delle scelte politiche ed istituzionali via via adottate. In particolare, i principali nodi che caratterizzano lo svolgersi del sistema sanitario italiano combinano elementi già emersi precedentemente all’istituzione del SSN con le ambiguità della sua legge istitutiva del 1978 ed i problemi irrisolti della sua principale riforma del 1992 che, malgrado gli aggiustamenti immediati e la sistematica revisione subita nel 1999, hanno comportato lasciti di lungo periodo (le “eredità” di Collier e Collier) tutt’ora presenti ed attivi. Il nodo più significativo, evidenziato dalle più recenti evoluzioni istituzionali verso una qualche forma federale della Repubblica, è riconducibile al carattere nazionale del SSN intrinseco al suo universalismo egalitario opposto al governo regionale ed alla gestione locale richiesti dalla rispondenza alle preferenze e alle aspettative della popolazione destinataria specifica delle sue unità elementari di intervento, le Unità sanitarie locali. Analogamente, attorno alla questione della natura giuridica ed istituzionale delle Unità sanitarie locali ritornata al centro del discorso recente sulla aziendalizzazione, incluso quello della loro apparentemente paradossale ripoliticizzazione, si era già concentrato il dibattito pre-riforma, che aveva considerato anche le ragioni del loro riferimento regionale e della gestione comunale. Risalgono addirittura ai primi anni del secondo dopoguerra (per limitarsi solo al periodo qui coperto) i rilievi sui limiti alla modernizzazione imposti dalla difesa dell’autonomia delle istituzioni ospedaliere, riproposta in tempi recenti in termini di scorporo degli ospedali dalle USL. L’ultimo nodo, non certo per importanza, è la tendenza periodicamente riemergente nella sanità italiana ad imprimere una torsione “selettiva” (Onofri, 2008) o “condizionata” (Ferrera, 1995) alla globalità di copertura promessa dall’universalismo egalitario della legge istitutiva del SSN, che risale tuttavia agli albori del periodo mutualistico quando la politica dell’esclusione del “piccolo rischio” predicata da Petrilli (Petrilli, 1953) o la prova dei mezzi richiesta da Savoini (Savoini, 1955) lasciavano più chiaramente trasparire l’irrisolta questione della distinzione fra previdenza e assistenza già emersa nell’Assemblea Costituente.

PROBLEMI DI METODO

I temi della continuità e del cambiamento e delle loro reciproche e dinamiche inter-relazioni costituiscono uno dei problemi classici dell’analisi delle istituzioni (per una revisione, cfr. ad esempio Clemens e Cook, 1999) e rappresentano un punto fondamentale anche nell’analisi dell’evoluzione dei sistemi sanitari. La natura cumulativa del processo di elaborazione delle politiche sanitarie è qualificata da Rosenberg come *structured contingency* o accidentalità strutturata, un ossimoro che indica come le politiche sanitarie combinino la continuità di norme storicamente configurate che agiscono da vincoli al contesto con l’accidentalità dei risultati del processo negoziale fra gli interessi localmente e temporalmente

coinvolti (Rosenberg, 2007:202). Analogamente, l'analisi empirica ha esaminato gli intrecci dei vincoli imposti dalla coerenza interna degli assetti e delle norme che disciplinano il funzionamento delle istituzioni sanitarie, la "logica" del sistema nella terminologia adottata da Tuohy nel suo testo fondamentale *Accidental logics* (Tuohy, 1999), con la natura contingente, occasionale e in taluni casi addirittura apparentemente fortuita degli eventi che intervengono a turbare la stabilità del sistema (la "accidentalità" secondo Tuohy).

Riconoscere un periodo di crisi e l'apertura di una finestra di opportunità può spiegare perché ad un certo momento è intervenuto un cambiamento ma non dice nulla riguardo alla forma e all'entità che questo è destinato ad assumere. Il classico modello di Kingdon per analizzare la dinamica del cambiamento nelle politiche pubbliche (Kingdon, 1995) assume che il processo decisionale non corrisponda ad una scelta razionale di ottimizzazione dei benefici fra tutte le alternative possibili ma, attingendo al modello decisionale della *garbage can* (March et al., 1972), configura le scelte politiche come la ricerca fra tutte le soluzioni già disponibili di quella che può essere meglio rappresentata come la più conforme alla configurazione del problema che domina al momento l'agenda politica. L'appaiamento (*matching*) fra il problema e la soluzione scelta nel repertorio delle disponibilità viene realizzato nell'arena della politica per l'intervento attivo di "imprenditori politici" individuali o collettivi, portatori di specifiche preferenze e/o interessi per talune soluzioni rispetto ad altre.

Il livello di cambiamento recato al sistema può essere graduato distinguendo le riforme che comportano una modifica dei suoi principi fondamentali da quelle che si limitano a modificare i criteri di funzionamento per ripristinare l'equilibrio rotto su nuove relazioni fra gli attori fondamentali o per volgere il sistema a nuovi obiettivi o, ancora più semplicemente, ad introdurre nuovi strumenti o a modificare quelli già esistenti per migliorarne il funzionamento. Questo approccio interpretativo è coerente con la classificazione dell'intensità del cambiamento nelle politiche pubbliche elaborato da Hall e già applicata al SSN (France e Taroni, 2005) che misura la profondità del cambiamento secondo tre livelli decrescenti, in cui cambiamenti di 3° ordine comportano modifiche nei principi e/o negli obiettivi generali del sistema mentre quelli di 1° e di 2° ordine si limitano a modificare il contesto organizzativo o, rispettivamente, a introdurre nuovi strumenti per perseguire gli obiettivi o attuare i principi preesistenti (Hall, 1993). Cambiamenti di 3° ordine sono rari nell'ambito delle politiche sanitarie e, nel caso italiano, sono riconoscibili nell'abbandono del sistema mutualistico operato con la legge 833/78 che con l'istituzione del SSN introduceva nuovi principi e obiettivi generali di sistema. La riforma operata dal d.lgs. 502/92 avrebbe determinato un cambiamento di 3° ordine per la rottura operata dalla privatizzazione del finanziamento pubblico rispetto ai principi del SSN se non fosse stato per l'intervento del decreto correttivo del 1993, che ha realizzato un cambiamento di 2° ordine in quanto ha confermato i nuovi strumenti istituzionali dell'aziendalizzazione della gestione e della regionalizzazione del sistema per perseguire i principi e gli obiettivi formalmente riconfermati del SSN. Le

proposte di riforma per il superamento del sistema mutualistico con l'istituzione di un sistema sanitario nazionale iniziate con il progetto della CGIL degli anni '50 e continuate con i programmi del Centro-sinistra degli anni '60 possono invece essere interpretate come variazioni di un unico modello generale su cui hanno di volta in volta operato gli aggiustamenti tatticamente ritenuti opportuni nella particolare contingenza storica per massimizzare il consenso o minimizzare l'opposizione.

L'utilizzabilità empirica di questi criteri nell'analisi dell'evoluzione del sistema sanitario italiano incontra tuttavia difficoltà di ordine concettuale ed empirico. Il problema concettuale origina dal fatto che i principi fondamentali del SSN devono essere dedotti di volta in volta, mantenendo distinti i tre diversi piani dei principi e dei valori (ad esempio, il suo grado di solidarietà fra territori e fra persone), il modello politico-istituzionale (ad esempio, la forma di finanziamento e l'assetto proprietario delle strutture) ed i criteri di organizzazione e di funzionamento (ad esempio, il sistema di remunerazione dei produttori). Risulta quindi empiricamente difficile determinare se riforme presentate come "adeguamenti" o "aggiornamenti" della struttura e/o degli strumenti possano essere qualificate come "violazioni" dei principi ovvero se cambiamenti in uno dei livelli su cui si articola il sistema possano a loro volta portare a cambiamenti qualificabili come di 3° ordine. Ad esempio, l'ampia riclassificazione del prontuario terapeutico del SSN che ha escluso un cospicuo numero di farmaci dalla copertura del SSN in quanto non efficaci o gravati da un prezzo troppo alto ha costituito un significativo cambiamento culturale nelle politiche del farmaco (Garattini, 1995) pur configurandosi in sé come un semplice cambiamento di 1° ordine relativo agli strumenti del sistema. La riclassificazione ha anche determinato un significativo aumento della spesa privata che potrebbe indurre ad interpretarla come un processo di "privatizzazione strisciante" del finanziamento dell'assistenza sanitaria, causa potenziale di un cambiamento di 3° ordine per violazione del principio della globalità della copertura e del suo finanziamento pubblico attraverso la fiscalità. Più in generale, i livelli dei valori, delle forme organizzative e degli strumenti operativi sono concettualmente distinti ma non separati per cui cambiamenti in uno qualsiasi di essi può determinare significative variazioni anche in livelli sovraordinati. Ad esempio, la privatizzazione della gestione di strutture di proprietà pubblica può condurre all'emergere di fonti private di finanziamento alternative al finanziamento pubblico che possono erodere i principi generali della globalità di copertura e del finanziamento pubblico delle prestazioni a carico del SSN (Taroni, 2008).

Quanto infine alla forma del cambiamento, Tuhoy ha analizzato le principali differenze nelle tre fondamentali strategie utilizzate in ambito sanitario, distinguendo le riforme in improvvise o "big bang", incrementali o pianificate secondo percorsi predefiniti (*blueprint*), evidenziandone le conseguenze rispetto al favore incontrato presso l'opinione pubblica, reazioni dei movimenti a sostegno o contro gli obiettivi proposti ed efficacia nell'attuazione del cambiamento programmato (Tuhoy, 1999). Riforme introdotte rapidamente, senza la consulta-

zione preliminare dei soggetti interessati sono in genere qualificate come “big bang”, sottolineando l’inizio improvviso e il carattere imperativo, non consensuale del cambiamento (Klein, 1995). Strategie di questo tipo comportano generalmente cambiamenti rapidi, radicali e generalizzati nel ruolo e nella funzione di alcuni dei soggetti centrali del sistema, sulla base di obiettivi precisi individuati da un ristretto nucleo di esperti a stretto contatto con i decisori politici interessati, spesso senza un programma dettagliato di intervento. Il modello di riferimento per questo tipo di riforme è rappresentato dalla riforma Thatcher del NHS inglese del 1989 che introdusse la “grande idea” della separazione della funzione di acquisto da quella di produzione di servizi sanitari (il cosiddetto *purchaser-providers split*) elaborata in breve tempo ed in assoluta riservatezza da una ristretta cerchia di persone, fra cui la stessa Thatcher (Timmins, 1995). Uno schema analogo è stato seguito per l’approvazione della riforma del 1993 in Nuova Zelanda (Guald, 2000) e, per quanto riguarda l’Italia, può per alcuni aspetti trovare un corrispettivo nella pronta elaborazione e nella rapida approvazione attraverso un decreto legislativo della riforma Amato-De Lorenzo del 1992. Queste strategie sono caratteristiche di imperiosi mandati politici (Keeler, 1993) in regimi maggioritari e con una forte concentrazione del potere nell’esecutivo (Walsh, 2000) senza che altri organi (ad esempio, il Congresso negli Stati Uniti – Steinmo e Watts, 1995) o livelli di governo subnazionale (ad esempio, in Canada o in Germania – France, 2008) possano esercitare un potere di veto o comunque interferire sulla sua approvazione. La rapidità con cui questa strategia indica gli obiettivi di cambiamento comporta alcuni vantaggi e due seri ed ineliminabili inconvenienti, insiti nel modo della sua elaborazione. L’assenza di una descrizione dettagliata del programma di riforma riduce la possibilità per l’opposizione di organizzare risposte pronte ed efficaci ed offre ampie possibilità di riaggiustare il programma originario. Tuttavia la concentrazione del potere su un ristretto numero di persone focalizza necessariamente anche il biasimo ed il risentimento per il suo fallimento o per i suoi cattivi risultati (Weaver, 1986) e la espone al rischio di un rapido rigetto. Un esempio classico è la riforma Amato-De Lorenzo, approvata in pochi mesi riutilizzando materiali elaborati nel corso dei tentativi di riforma degli anni ‘80 (un classico esempio del modello di Kingdon) attraverso un’inusuale concentrazione di poteri sull’esecutivo (in armonia con la teoria di Walsh) che provocò tuttavia una immediata e violenta controreazione, tale da portare ad una modifica immediata dei suoi aspetti più controversi con un decreto correttivo.

Le strategie di riforma che adottano approcci incrementali (Lindblom, 1959; Lindblom, 1979) offrono risposte pragmatiche e puntuali a problemi che non richiedono in genere cambiamenti radicali e possono essere concordati in aggiustamenti consensuali che tendono a “sfangarsela” (*muddling through*) dal problema. Strategie di questo tipo presentano evidenti vantaggi dal punto di vista della fattibilità e della accettabilità, in quanto sono caratterizzate da una serie di piccoli cambiamenti non necessariamente coordinati né pianificati, che determinano aggiustamenti al margine del ruolo e della funzione di un numero

limitato dei soggetti istituzionali del sistema esistente. Questa strategia è stata tradizionalmente seguita per la transizione progressiva nell'arco di un lungo periodo da sistemi di assicurazione sociale ai sistemi universalistici dei paesi scandinavi (Cutler, 2002) e venne ripetutamente proposta in Italia in alternativa alla istituzione del SSN per un riordino del settore mutualistico, uniformando la disciplina ed, eventualmente, accorpando gli enti.

La strategia di riforma denominata "blueprint" (Harrison e Wood, 1999) è invece caratterizzata dalla elaborazione di un documento programmatico estremamente dettagliato destinato a guidare anche la fase di attuazione, che combina in genere una esplicita definizione degli obiettivi finali che si intendono raggiungere con l'indicazione delle tappe che dovranno essere percorse. Questo modello richiede una lunga preparazione, comporta ampie consultazioni e tenta di combinare il gradualismo delle strategie incrementali con la decisione e l'assertività delle riforme "bing-bang", ma può comunque determinare forti opposizioni in occasione dell'attuazione delle sue diverse tappe in quanto, se anche il pacchetto complessivo di interventi che è stato elaborato può essere bilanciato rispetto ai diversi gruppi di interesse, questo non garantisce che lo siano anche le singole tappe separatamente attuate.

LE FONTI

L'analisi utilizza principalmente documenti originali dell'epoca, adottando come punto di vista interpretativo le motivazioni e le ragioni pubblicamente adottate dai principali attori dell'arena di politica sanitaria pertinente al problema di volta in volta esaminato. Questo approccio rifugge da propositi valutativi dei risultati ottenuti e degli obiettivi raggiunti e permette di mantenere gli eventi di volta in volta considerati nel contesto in cui si sono verificati, entro il panorama delle alternative possibili e dei vincoli esistenti, così come erano percepiti dai soggetti del momento e non alla luce delle conoscenze e delle possibilità emerse successivamente (Newell, 2004). Se i documenti ufficiali, i libri, le riviste ed i giornali dell'epoca non permettono di cogliere le posizioni e le impressioni più personali e riservate dei protagonisti quali potrebbero ricavarsi da documenti interni, corrispondenze private o note ad uso personale, essi contribuiscono quanto meno a ricostruire la storia del SSN così come i protagonisti hanno ritenuto di doverla presentare agli altri e, in qualche modo, anche a se stessi (Bevir e Rhodes, 2002).

La fonte principale fino alla fine del periodo mutualistico è costituita dagli articoli pubblicati sulle numerose riviste ufficiali dei vari Enti, fra cui *I Problemi della Sicurezza Sociale* per l'INAM, *La Rivista degli Infortuni e delle Malattie Professionali* per l'INAIL, *Previdenza Sociale* per l'INPS, continuazione di *Le Assicurazioni Sociali* del periodo fascista (Giorgi, 2003). Queste riviste ospitano occasionalmente analisi da parte di esperti esterni più o meno indipendenti rispetto alle politiche dell'ente e talora, soprattutto per la *Rivista degli Infortuni*,

articoli a carattere scientifico. Più spesso, e particolarmente per quanto riguarda le riviste dell'INAM e dell'INPS, esse contengono rendiconti statistici sull'attività dell'ente estremamente ricchi e dettagliati anche rispetto agli standard più moderni e dedicano ampio spazio alle prese di posizione dei loro presidenti e dei direttori generali sui provvedimenti governativi e sulle iniziative di maggior rilievo degli altri attori del sistema sanitario. Analogamente, gli articoli del quindicinale *Il Medico d'Italia*, organo della Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici, e della sua rivista mensile ad impronta più tecnico-professionale *Federazione Medica* sono la tribuna principale delle prese di posizione della medicina ufficiale organizzata. Fra le riviste delle organizzazioni sindacali, *L'Assistenza Sociale*, organo delle Confederazioni Fasciste dei Lavoratori diretta dai più alti gerarchi, da Rossoni a Cianetti a Augusto De Marsanich, rappresenta una fonte importante per le politiche sociali del regime fino ai suoi ultimi mesi. La rivista della CGIL *Rassegna Sindacale* (integralmente disponibile on line (www.rassegnasindacale.it)) ha seguito il dibattito politico sull'evoluzione del sistema sanitario fin dai primi anni '50. Disponibili on line sono anche l'intera documentazione sui lavori dell'Assemblea Costituente e i "resoconti sommari" dei dibattiti parlamentari che costituiscono una risorsa preziosa di informazioni sul dibattito politico fra i partiti, sull'interpretazione dei testi legislativi e, attraverso le interrogazioni parlamentari, sulla quotidianità della vita politica e sociale del paese. Sui primi anni del dopoguerra, *Cronache Sociali*, la rivista del gruppo della Democrazia Cristiana che faceva riferimento a Dossetti (disponibile sia in forma cartacea che on line) riporta spesso analisi non convenzionali dei principali problemi sanitari e previdenziali dei primi anni del dopoguerra. Fra le pubblicazioni tecnico-scientifiche, la rivista tecnica dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità Pubblica (Acis) *Annali della Sanità Pubblica* (che continuava il *Notiziario dell'Amministrazione Sanitaria* pubblicato durante il regime dalla Direzione Generale Sanità del Ministero dell'Interno), *I Rendiconti dell'Istituto Superiore di Sanità* e la rivista *Difesa Sociale* dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale con i suoi frequenti supplementi, parzialmente disponibili anche on line, che attraversa gli anni del regime fino ai giorni nostri, sono le fonti più utili, assieme, fra le pubblicazioni igienistiche, a *Igiene e Sanità Pubblica*, una rivista dedicata quasi integralmente nei primi anni del dopoguerra a sostenere le battaglie per l'istituzione del Ministero della Sanità e la riforma della sanità pubblica ingaggiate da un gruppo di igienisti attivo soprattutto nei servizi, a livello comunale e provinciale.

Fra le fonti cosiddette secondarie, numerosi sono i riferimenti obbligati che hanno influenzato molte interpretazioni, anche al di là delle citazioni dirette nel testo. Per la parte generale, riferimenti fondamentali sono i volumi dedicati alla storia dell'Italia moderna da Ginsborg, Crainz e Lanaro, i saggi raccolti nella "Storia dell'Italia Repubblicana", e i volumi a cura di Stuart Woolf, soprattutto per gli anni del dopoguerra (Woolf, 1974) e per una visione "dal di fuori" dell'anomalia italiana (Woolf, 2007). Per la parte economica, il volume di Bull e Newell (2005) e le storie di Graziani (1998), Sapelli (2008) e Zamagni (1990),

mentre Salvati dedica un'attenzione selettiva alle "occasioni mancate" del trentennio compreso fra il 1960 e gli anni '90, con una periodizzazione che, assieme a quella di Graziani, è indispensabile per inquadrare le politiche sanitarie nel contesto economico e finanziario nazionale ed internazionale (Salvati, 2000). I due volumi di fonti curati da Silei raccolgono invece i documenti fondamentali sulla storia dell'assistenza sanitaria in Italia dal dopoguerra ad oggi, assieme ad alcuni saggi di inquadramento dei diversi periodi storici (Silei, 2004), mentre Sepe descrive l'evoluzione delle principali istituzioni previdenziali e sanitarie italiane dall'unità all'inizio del secolo (Sepe, 1999). Varie pubblicazioni del Centro Studi del Ministero della Sanità hanno raccolto i documenti sulla istituzione del SSN a partire dalla proposta Giovanardi fino ai disegni di legge del 1978 (Ministero della Sanità, Centro Studi 1977). Fra i testi dedicati al sistema di welfare e all'assistenza sanitaria, oltre alle Storie di Cosmacini e al resoconto di Luzzi (Luzzi, 2004), la Storia della previdenza sociale di Arnaldo Cherubini è un classico che si arresta agli anni '60, come la storia del sistema italiano di welfare di Ugo Ascoli (Ascoli, 1984) e, naturalmente, i due volumi di Ferrera (Ferrera, 1984; Ferrera, 1993). Un classico è diventato il libro di Severino Delogu focalizzato sulle politiche sanitarie dei governi di Centrosinistra degli anni '60 (Delogu, 1967), assieme ai diversi volumi che raccolgono articoli scritti per la stampa quotidiana e specializzata da Giovanni Berlinguer. Notizie utili su vari aspetti specifici del SSN sono nei saggi di Mapelli (Mapelli, 1999) e nel più aggiornato volume di Maino (Maino, 2001), mentre il contributo più recente di Toth ha un'impronta decisamente comparativa a livello internazionale (Toth, 2009). Vicarelli ha offerto diversi contributi ad una storia sociale del SSN, di cui il saggio pubblicato nella Storia dell'Italia Repubblicana costituisce l'esempio più prezioso (Vicarelli, 1997), mentre Balduzzi ha curato varie raccolte di saggi ad impronta giuridica (Balduzzi, 2005) e in prospettiva multidisciplinare (Balduzzi, 2009). Alcune opere con diversi punti di vista sono selettivamente focalizzate su aspetti specifici della salute e dell'assistenza sanitaria dal secondo dopoguerra ad oggi che non verranno qui considerati con la dovuta attenzione e a cui quindi si rinvia. Fra i tanti, i lavori più recenti sono la storia della salute "da privilegio a diritto" (Berlinguer, 2011) e quella di "manicomi e psichiatri" italiani del Novecento di Valeria Babini (Babini, 2009), assieme alle malattie da lavoro nell'ultimo secolo (Carnevale e Baldasseroni, 1999) e all'analisi dell'assistenza primaria e della medicina generale (Guzzanti, 2009), oltre naturalmente all'indispensabile storia della professione medica in Italia di Maria Malatesta (Malatesta, 2006), ora arricchita anche di un atlante (Malatesta, 2009).