

LA POLITICA SANITARIA

di Aldo Piperno

1. Premessa

Si offre in questo saggio una interpretazione di lungo periodo della politica sanitaria in Italia. L'obiettivo è quello di far emergere dalla connessione degli eventi storici i caratteri strutturali dell'azione statale. La prospettiva analitica adottata è quella del mercato. Lo schema è il seguente: si parte dal problema della trasformazione storica della sanità in « mercato », se ne delineano gli aspetti di fondo e si va a guardare lo svolgimento della regolamentazione statale (i tipi di « manovre » messi in atto), per spiegare l'assetto stabile e mutevole del settore, tenendo conto in simultanea dei vincoli di varia natura al contorno del medesimo.

Mercado

2. Formazione del mercato ed assetti istituzionali delle origini

A partire dalla fine del secolo diciannovesimo nel campo della medicina e dell'assistenza sanitaria si hanno mutamenti profondi. Possiamo ricondurre questi mutamenti a tre principali. *Primo*, la medicina perde gradualmente il contenuto originario di attività « morale » ed assume invece una connotazione economica. Esce, cioè, dal dominio delle relazioni etiche ed entra in quello delle relazioni economiche. Il passaggio non è netto né allora né lo sarà nei periodi successivi; inizia però quel movimento oscillatorio della medicina tra morale ed economia che ha caratterizzato fino ad oggi la storia della sanità. *Secondo*, l'assistenza sanitaria mostra la sua natura di problema distributivo sul cui assetto risolutorio si generano tipi e momenti di conflittualità sociale. A fianco di questa trasformazione si assiste alla ascesa

① pérdida del contenido de actividad moral

② naturaleza distributivo, según tipos y momentos de conflitualidad social

ed al declino dell'idea di sistema sanitario come progetto di integrazione di varie strutture e servizi da attrezzare funzionalmente in risposta alla questione sanitaria della popolazione. Terzo, si configura un ruolo dello stato propriamente definibile in senso deflattivo in quanto la politica statale nel campo della sanità si indirizza al contenimento della domanda assistenziale. Il carattere originario di tipo deflattivo dell'azione statale è un aspetto strutturale di lungo periodo: parte dalle origini, travalica il periodo tra le due guerre ed arriva fino ad oggi, riproponendosi in questi ultimissimi anni.

I primi decenni che seguono l'unificazione politica del paese (1861) sono stati descritti come un periodo segnato da una profonda arretratezza sociale ed economica¹. Sul piano sanitario il carattere determinante è l'esistenza di una profonda sfasatura tra il bisogno assistenziale e la domanda di servizi. Il tasso di mortalità generale oscilla tra il 1860 e il 1890 tra il 25 e il 30‰ abitanti; quello di mortalità infantile è del 228‰ nel periodo 1863-65 e del 195‰ nel 1886-90. Assai diffuse sono tutte le malattie debilitanti tra cui la tubercolosi e la pellagra e soprattutto quelle infettive. Ancora nel 1884 l'Italia è attraversata da un'epidemia di colera². Questi dati sono appena sufficienti a informare sulla precarietà delle condizioni di vita della popolazione. Visti insieme a quelli relativi alla inadeguatezza delle abitazioni, dell'alimentazione e dell'ambiente generale e di lavoro giustificano l'affermazione che allora fu fatta circa l'esistenza di uno «scadimento della razza»³.

A fronte di questa situazione il livello della domanda dei servizi sanitari era assai basso. La popolazione ricorreva raramente al medico, non c'era diffusione dell'uso di oggi di consultare il medico rispetto a sintomi di malessere fisico. Si consideravano per lo più persone cui la «comunità» attribuiva esperienze e capacità terapeutica non necessariamente legittimate da certificazioni pubbliche (i cosiddetti ciarlatani), si faceva applicazione di pratiche mediche tradizionali e soprattutto i malati erano curati in casa. Coloro che non potevano rimanere in casa, andavano «ospiti» di istituzioni assistenziali che fungevano da ospedali. In realtà l'ospedalizzazione era più una segregazione dall'ambiente sociale esterno che un'occasione di diagnosi e cura

¹ La pubblicistica dell'epoca ed elaborazioni recenti sulle condizioni di vita della popolazione nell'Italia postunitaria sono numerose, cfr. per tutti, anche per la ricca bibliografia, Romanelli, 1979, soprattutto il capitolo II.

² I dati sulla mortalità si trovano in Raseri, 1906; quelli sul colera in Del Pizzi, 1980.

³ Cfr. i vari saggi contenuti in Betri-Marchetti, 1982.

del malato⁴. Appare quindi sostenibile l'ipotesi che in questi decenni successivi all'unificazione, la domanda sanitaria non si era ancora configurata come comportamento collettivo. Il malessere era profondo, la presa di coscienza a vari livelli sociali e politico-istituzionali si faceva strada, anche se si trattava ancora di un fenomeno di basso profilo⁵.

Il numero dei ricoveri in ospedale sale dal 15,9‰ abitanti nel 1898 al 18,0‰ nel 1907 e continua a crescere per tutto il decennio successivo. È interessante considerare anche le cifre assolute: si passa da 372.965 ricoveri nel 1891, a 510.922 nel 1898 ed a 607.804 nel 1907⁶. Il punto saliente però, oltre a questa crescita quantitativa, è il mutamento nella natura dei ricoveri⁷. A cavallo tra i due secoli si fa avanti un tipo di ospedalizzazione in cui cominciano a prevalere gli aspetti di diagnosi e cura rispetto a quelli di ricovero-segregazione. L'ospedale progredisce da luogo di custodia a luogo di attività medica. Se ne hanno indicazioni da una parte nel mutamento delle strutture edilizie che si attrezzano per l'introduzione di reparti specialistici e di apparati radiodiagnostici, dall'altra nella ridefinizione a fini applicativi delle conoscenze scientifiche (appaiono i primi trattati di tecnica ospedaliera) e delle attribuzioni di ruolo al personale (vengono precisati curricula e carriere, create le figure del direttore sanitario e di quello amministrativo).

Per quanto riguarda la domanda di servizi extraospedalieri (medici, dentisti, ecc.) dobbiamo avvalerci di pochi dati indiretti. Innanzi tutto, la considerazione che il ricovero in ospedale a fini di diagnosi e di cura avvenisse già allora su prevalente prescrizione del medico e che, quindi, la duplicazione e la triplicazione dei ricoveri avvenute tra il 1890 e il 1920 circa, celò anche un aumento delle visite mediche. V'è poi un costante aumento del numero dei medici (dal 6,2‰ abitanti nel periodo 1861-92 al 6,7‰ nel 1911 e al 7,4‰ nel 1921), degli infermieri (7.648 nel 1878, 13.110 nel 1901 e 25.920 nel 1921) e dei dentisti

⁴ Sull'argomento in generale vedi King, 1971 e Landy, 1977. Per alcuni aspetti sulla situazione italiana vedi Agrimi-Crisiani, 1980; Benedicenti, 1947; Caffarato, 1975.

⁵ Notizie a questo riguardo sono date da Detti, 1979.

⁶ Piperno, 1982a. I dati raccolti sono stati desunti da indagini dei contemporanei, rilevazioni promosse dal Ministero dell'Interno e resoconti apparsi nelle riviste mediche e nelle raccolte pubblicate dagli Annali di statistica. Il problema centrale presentato da queste fonti è essenzialmente quello relativo alla omogeneità nel tempo dei sistemi di classificazione.

⁷ Sul tema in generale vedi Rosen, 1963 e Vogel, 1980. Per quanto riguarda l'Italia notizie sparse si trovano nelle varie annate degli Atti di storia ospedaliera pubblicate dal 1958 in poi.

domanda
servizi
era
con
collettivo

(511,813 e 1528 nel 1878, 1901 e 1921). I flebotomi — una figura tradizionale di medico — invece calano: da 4.134 nel 1885 a 697 nel 1901 fino a 406 nel 1921. Si assiste cioè ad un processo di crescita e di differenziazione funzionale dell'offerta da mettersi in relazione ad un aumento della domanda⁸.

Il problema che si pone è ora il seguente: cosa c'è dietro questo aumento della domanda sanitaria? Essenzialmente, gli effetti del primo sviluppo economico del paese.

Partiamo dall'istruzione. Vi sono ampie testimonianze che, a cavallo tra i due secoli, salgono i tassi di scolarizzazione per tutte le fasce di istruzione, compresa quella universitaria. Qualitativamente, cresce il livello « culturale » della popolazione⁹, al quale si può legare un maggior grado di percezione ed interpretazione dei sintomi, preoccupazione per la malattia, sensibilizzazione ai problemi della salute ed all'uso dei servizi¹⁰.

Effetto analogo può aver esercitato la crescita del reddito globale e procapite verificatasi nel medesimo periodo. Il meccanismo attraverso cui il maggior reddito può aver influito sulla domanda è duplice: primo, come indice di stato socioeconomico insieme all'istruzione; secondo, come maggior disponibilità di risorse economiche da poter spendere sia per l'acquisto di servizi privati di medicina, sia per la partecipazione a forme di compravendita collettiva — ad esempio attraverso la partecipazione alle convenzioni tra società di mutuo soccorso e i medici.

L'urbanizzazione crescente, sia quella territoriale che quella demografica, rappresenta il terzo fattore cui può esser ricondotto un aumento della domanda di servizi¹¹. L'effetto sulla domanda sanitaria, in particolare, può essersi esplicato attraverso vari meccanismi. Primo, la crescita di infrastrutture urbane e viarie, di trasporti e di sistemi di comunicazione che favoriscono il miglioramento delle modalità di accesso ai servizi. Secondo, l'aumento degli scambi informativi a livello della popolazione (il manifestarsi, cioè, di uno stile di vita metropolitano) e la diffusione di conoscenze circa i servizi. Terzo, la maggior disponibilità dei servizi sanitari, medici ed ospedalieri, nelle città rispetto alle zone extraurbane. Soprattutto, quest'aspetto farebbe pensare

⁸ I dati sullo sviluppo della domanda di servizi extraospedalieri sono stati sintetizzati in Piperno-Guazzini, 1982 e sono stati desunti da raccolte e indagini dei contemporanei.

⁹ Per i dati ed altri riferimenti bibliografici vedi Zamagni, 1978.

¹⁰ Un resoconto sulla letteratura sociologica, anche quella di carattere teorico, relativa all'argomento si trova in Mechanic, 1968. Una sintesi statistica è stata predisposta da Aday, 1972. Per quanto riguarda la situazione in Italia vedi Piperno-Renieri, 1982, pp. 99-148.

¹¹ Dati e bibliografia si trovano in Sori, 1978.

che il processo di crescita della domanda sanitaria abbia avuto inizio nelle città e si sia poi diffuso nel resto del paese¹².

Un ultimo aspetto riguarda gli effetti generati dai mutamenti in atto nella struttura familiare e negli aggregati domestici durante il periodo dell'industrializzazione. Sebbene non possa sostenersi in assoluto la tesi di una trasformazione della famiglia estesa in famiglia nucleare, va comunque notato che tra il 1881 e il 1921 il numero dei componenti per famiglia scende lentamente dal 4,4 al 4,3¹³. In parallelo declinano i legami all'interno degli aggregati domestici; le famiglie già nucleari sono sempre più segmentate rispetto all'aggregato nel suo complesso. Crescono di pari passo gli impegni extradomestici, prevalentemente il lavoro, dei vari componenti della famiglia. Questa situazione di mutamento assai fluida e, in Italia, differenziata geograficamente (il fenomeno è più accentuato al Centro-Nord) può aver favorito la tendenza a prendersi cura dei malati (ed in generale a gestire i problemi sanitari) in casa, in minor misura rispetto al passato¹⁴. La variabile « famiglia » sarebbe, quindi, legata secondo alcuni ad un maggior livello di ricorso alle cure istituzionali. Nel nostro caso se ne avrebbe un indicatore nell'aumento dei ricoveri in ospedale già menzionato.

Accenniamo ora brevemente al fatto che alla crescita della domanda di servizi sulla spinta dei fattori sopra commentati si accompagna anche una crescita dell'offerta ed un aumento della spesa assistenziale. Il ritmo di crescita dei medici e degli altri operatori è stato già evidenziato; per quanto riguarda gli ospedali si registra un aumento del numero dei posti-letto per mille abitanti dall'1,8 nel 1887 al 2,5 nel 1907 a circa il 3,0 nel 1920¹⁵. È difficile, se non impossibile a causa dello stato delle fonti, ricostruire esattamente l'ammontare della spesa sanitaria pubblica nel periodo, che comunque risulta in crescita nell'ultimo decennio del novecento, pur rimanendo molto ridotta rispetto ad altre categorie della spesa statale (i consumi pubblici e privati per la voce « igiene e salute » si raddoppiano tra il 1861-70 e il 1911-1920)¹⁶.

¹² Alcune ipotesi sono suffragate dai dati relativi alle correlazioni statistiche tra tassi di utilizzazione e variabili territoriali in senso lato riportate da Aday, 1972; per ciò che riguarda la diffusione del maggior uso dalla città alla campagna vedi Piperno-Guazzini, 1982.

¹³ Vedi i vari saggi contenuti in Barbagli, 1977 soprattutto per gli aspetti teorici e storici. Dati si trovano in Livi Bacci, 1974.

¹⁴ Rispetto al tema della crescita dell'uso di curarsi all'interno di istituzioni piuttosto che a casa vedi Berg, 1980 e Somers H. - Somers A., 1961.

¹⁵ Cfr. bibliografia citata in nota 6.

¹⁶ Cfr. ISTAT, 1976 nelle Tavole 116-117.

La componente privata della spesa è anch'essa in crescita. Se ne ha un'evidenza nella quota della spesa ospedaliera proveniente dai malati a pagamento che diventano sempre più numerosi, relativamente, a partire dal 1900 (la regolamentazione della ospedalizzazione a pagamento avverrà nel 1923) ed in quella che sostenevano le società di mutuo soccorso per il pagamento delle spese mediche, delle indennità di malattia e dei farmaci¹⁷.

Allo stadio delle argomentazioni sin qui svolte, dobbiamo ora porci un compito e cioè mettere in relazione questo fenomeno — la trasformazione della medicina in attività economica — a quegli eventi storici che ne evidenziano la problematica distributiva. Faremo ciò articolando l'argomentazione a due livelli: analizzeremo in primo luogo i vincoli posti al settore sanitario dal tipo di politica economica e sociale del tempo; secondo, vedremo come rispetto ad eventi specifici si è concretata e caratterizzata l'azione dello Stato.

Le classi dominanti e i governi dell'Italia postunitaria si posero essenzialmente un obiettivo: come fare dell'Italia una società industriale e moderna senza sovvertire l'ordine sociale esistente¹⁸. In sostanza, puntarono su una regolazione del processo di sviluppo controllando al massimo quei fenomeni di rivolgimento sociale che ovunque sembravano accompagnarsi al processo di industrializzazione. Quest'obiettivo si tradusse in due strategie parallele. La prima era una politica economica e fiscale dello Stato che, gravando prevalentemente sulle masse popolari, poneva a loro carico il costo della costruzione del sistema industriale. La seconda era una strategia di governo del consenso volta a soddisfare le esigenze dei gruppi dominanti, interessati a promuovere lo sviluppo a patto di mantenere i privilegi acquisiti. Entrambe queste strategie non subiscono un apprezzabile mutamento nel passaggio di governo dalla destra alla sinistra e si traducono in una politica sociale residuale rispetto agli imperativi della politica economica e dell'ordine sociale precostituito. I contemporanei affermarono, infatti, che quasi non esisteva una legislazione sociale in Italia a confronto degli altri paesi d'Europa. L'Italia fu collocata all'ultimo posto in un con-

¹⁷ Le principali fonti dell'epoca si trovano in Pugliaro, 1937 e Spinelli-Montale, 1954. La raccolta di dati finanziari inerenti la sanità (società di mutuo soccorso, ospedali ed organi pubblici quali i comuni, le province e lo Stato) e le questioni istituzionali connesse è stata sintetizzata in Piferino-Subbadini, 1982.

¹⁸ Per questo tema abbiamo tenuto presente essenzialmente Ragionieri, 1970 e Baglioni, 1974.

gresso internazionale che si tenne nel 1897 sul tema dell'assicurazione sociale.

Occorre ora legare questo quadro generale allo svolgimento di alcune vicende che all'incirca dal 1890 in poi caratterizzarono lo sviluppo della sanità. Abbiamo visto in precedenza che, per l'azione dei fattori legati alla modernizzazione della società italiana, nell'ultimo decennio del XIX secolo la domanda sanitaria mostra un andamento crescente. Pilotare il processo di modernizzazione in un regime di « bassi consumi » — così è stato caratterizzato lo sviluppo in Italia fondato sulla « impossibilità » obbiettiva di alterare a favore della componente lavoro le esigenze di accumulazione e sostegno all'industria — significava per lo Stato contenere appunto questo ritmo crescente della domanda, e quindi, operare in ultima istanza sul processo finale di allocazione delle risorse. I riflessi si notano sui modi in cui vennero regolati al tempo la professione medica, la mutualità, l'ospedalità ed infine da come fu affrontato e « risolto » il problema della assicurazione obbligatoria di malattia.

I medici soffrivano da tempo della limitatezza in Italia del mercato sanitario¹⁹. Anche lo sviluppo crescente della domanda non era sufficiente a soddisfare il mantenimento della categoria che di anno in anno andava ingrossandosi per l'aumentare del numero dei medici. L'emigrazione e la disoccupazione erano problemi assai seri per la categoria. I medici, poi, sentivano la gravità della loro dipendenza dallo Stato che era quasi il principale settore da cui si alimentava il mercato del lavoro medico. Intrapresero, quindi, un'azione volta innanzi tutto nei confronti dello Stato cui chiedevano di procedere alla copertura dei posti di lavoro che, pur previsti nella legislazione fin dal 1888, erano lasciati vacanti sia a livello centrale che municipale. Vi sono ampie testimonianze delle lotte condotte dai medici municipali per ottenere un aumento dei salari, la garanzia del posto di lavoro, la pensione e la messa in essere di varie attività contemplate nella legislazione. In secondo luogo, i medici cominciarono a organizzarsi nei confronti delle società di mutuo soccorso che rappresentavano insieme allo Stato un'altra fonte di reddito, conducendo trattative che già allora presero la forma di vere e proprie « *collective bargainings* » (si era ormai fuori da una pratica della medicina fondata su rapporti individuali tra utenti e ope-

¹⁹ Le problematiche della professione medica nel periodo delle origini sono toccate da Frascani, 1982. Per una interpretazione di lungo periodo della professione medica che accentua il rapporto della professione con lo Stato vedi Piperno, 1982b.

ratori entro un contesto alimentato dalla carità e dalla beneficenza. Ma, soprattutto, i medici chiedevano allo Stato di concedere alla categoria il monopolio professionale con l'istituzione dell'Ordine dei Medici. L'istituzione dell'Ordine fu un oggetto di scambio tra la categoria e il governo. Questo si accattivava i medici nel ruolo di intermediazione tra società ed istituzioni e nello stesso tempo raffreddava la potenzialità di avvicinamento tra questa componente dei ceti medi e le masse popolari. Proprio nello stesso periodo le frange più riformiste della categoria medica subiscono un mutamento di rotta verso posizioni conservatrici. I medici ottennero il monopolio attraverso il controllo dell'esercizio professionale con tutte le implicazioni derivanti rispetto a quell'area di mercato coperta dalla pratica di medici non certificati che, seppur perseguibili per legge, non lo erano adeguatamente da parte della magistratura. Bisogna tener presente, infatti, che ancora a quei tempi v'era, particolarmente nelle zone extraurbane, una pratica « irregolare » relativamente consistente, di cui si servivano soprattutto le classi popolari, sia per carenza di adeguate risorse economiche che di diffidenza secolare verso i medici « regolari », visti come agenti di controllo al servizio delle autorità pubbliche. In sostanza, la concessione del monopolio professionale ai medici svolse per lo Stato la duplice funzione di sgravare le finanze pubbliche dalle richieste di apertura di servizi e di dirottare verso il mercato libero le esigenze di sostentamento di una categoria medica in crescita. Per le masse, in particolar modo quelle rurali, rappresentò un aggravio in quanto limitò per esse l'accesso ai servizi meno costosi della medicina irregolare (si valutano qui gli effetti dell'azione dello Stato senza inoltrarci nel problema della efficacia differenziale tra la medicina regolare e irregolare, alquanto controverso all'epoca). Nel complesso, l'operazione fu condotta in modo tale da soddisfare le istanze della categoria medica, riducendo al minimo i costi per lo Stato e ponendo seri problemi alle possibilità di soddisfazione dei bisogni sanitari per la popolazione.

L'accesso ai servizi da parte della popolazione passava anche per altri canali²¹. Le società di mutuo soccorso offrivano ai lavoratori « pacchetti assistenziali » dietro il pagamento di contributi che poi ritulivano sotto forma di salari ai medici che ave-

²¹ Sulla mutualità come tema storico ed istituzionale v'è una larga bibliografia; per il periodo delle origini cfr. Marucco, 1981, mentre per i periodi successivi vedi Cherubini, 1977. In questa opera è contenuta altra bibliografia.

vano pattuito con quelle contratti di erogazione di servizi pre-stabiliti. Il resto della popolazione doveva ricorrere al mercato libero o ai medici che operavano nelle strutture pubbliche o agli ospedali se potevano esser classificati come poveri e avvalersi, per l'ospedalizzazione, della legge sul domicilio di soccorso. Anche in questo caso, la crescita della domanda, soprattutto quella ospedaliera, pose problemi finanziari assai pesanti agli ospedali che non riuscivano a mantenere i bilanci in pareggio sulla base delle dotazioni fondazionali e dei contributi da parte dei comuni. In breve, il problema centrale era: chi doveva pagare per l'assistenza, quanto, a chi e per quali prestazioni. Ed a questo riguardo le visioni e le opinioni erano le più disparate ed a loro volta si intrecciavano nel quadro più generale dei rapporti tra le classi, i vari gruppi sociali e tra questi e lo Stato.

Le vicende dell'assicurazione obbligatoria di malattia rivelano con chiarezza quanto abbiamo affermato e informano più di ogni altra questione sul carattere della politica statale²². L'assicurazione obbligatoria fu introdotta come strumento di razionalizzazione del settore sanitario, e come strategia volta a risanare i problemi finanziari. Acquisiva inoltre l'idea di sistema sanitario come risultante di una integrazione non solo operativa di vari comparti ma anche dei flussi di entrata ed uscita delle risorse.

Senza ripercorrere qui le vicende dei progetti che rimasero in Parlamento per oltre dieci anni, c'è da dire che non sortirono ad effetto, in quanto intorno ad essi non si coagularono la volontà delle categorie mediche nel loro complesso — larghi settori della professione vedevano nell'assicurazione obbligatoria un restringimento dell'attività libero-professionale — quella degli imprenditori — che non vollero accollarsi per quote sufficienti il finanziamento dell'assistenza a favore dei lavoratori — la volontà degli ospedali — per non perdere sul piano della autonomia — ed infine la volontà dello Stato che scorreva nel passaggio alla assicurazione obbligatoria la sanzione ufficiale dell'impegno dello Stato in materia sanitaria. L'assicurazione obbligatoria avrebbe, infatti, implicato l'interferenza dello Stato negli « affari » dell'industria, un nuovo tipo di relazioni tra società ed istituzioni e problemi di riassetto a favore della classe operaia delle finanze pubbliche. E soprattutto, avrebbe sancito per legge la responsabilità automatica dello Stato rispetto alla questione sanitaria, la cui problematicità economica apparve già

²² Informazioni sommarie sul tema dell'assicurazione obbligatoria si trovano in Cherubini, 1973, 793-801; qui c'è segnalata altra bibliografia.

allora endemica²². La non-soluzione della questione e il rifiuto da parte dello Stato di favorire il passaggio della assicurazione obbligatoria di malattia rappresentò l'abbandono dell'obiettivo di integrare i vari comparti assistenziali in un sistema sanitario e la concretizzazione più appariscente di una politica deflattiva dello Stato nei confronti della domanda assistenziale, in ottemperanza alle strategie economiche e sociali che animarono le classi dirigenti del periodo postunitario fino alla vigilia dell'ascesa al potere del fascismo.

3. La regolazione selettiva del mercato

Allo scadere del secondo decennio di questo secolo, gli assetti istituzionali della sanità e l'orientamento di fondo dell'intervento statale sono ormai delineati. I movimenti del periodo successivo che coincide col regime fascista non costituiscono alcuna soluzione di continuità. Sono, invece, caratterizzati dal sovrapporsi all'orientamento deflattivo di una politica che assume il principio di regolazione selettiva del mercato, attivato mediante manovre sull'offerta orientate a categorie di utenza e situazioni nosologiche specifiche, come fondamento delle scelte istituzionali nella sanità.

Una prima direttiva dell'azione statale riguarda la politica di ingranazione dei centri di erogazione dei servizi²³. Questa politica che ha le sue origini nel periodo precedente non solo ebbe continuità durante il fascismo, ma subì una accentuazione attraverso varie trasformazioni operate nell'organigramma e nella ripartizione delle funzioni sanitarie all'interno dello Stato. Innanzi tutto, la stessa Direzione generale della sanità venne abolita nel 1934. In secondo luogo, competenze sanitarie furono trasferite ad altri settori dell'amministrazione pubblica. Tra queste citiamo: a) la lotta contro la diffusione della malaria affidata al Ministero dell'Agricoltura senza la previsione di controlli da parte dell'amministrazione sanitaria; b) la tutela sanitaria del lavoro di cui fu investito il Ministero delle Corporazioni e che, attraverso il regolamento sull'igiene del lavoro del 1927, rimase affidato ad organi controllati dagli imprenditori (i medici di fabbrica); c) le opere igieniche che, fin dal 1919 di competenza della

²² Per gli aspetti economici vedi opere citate in nota 17. Le implicazioni derivanti dall'introduzione dell'assicurazione obbligatoria sono evidenziate da Marshall, 1970, 46-47.

²³ Per questa tesi vedi Preti, 1982.

amministrazione sanitaria, furono trasferite al Ministero dei Lavori Pubblici, facendo venir meno col tempo la possibilità di valutazioni di ordine tecnico-sanitario sulla cui base selezionare ad esempio le opere più urgenti²⁴.

La progressiva sottrazione di funzioni ad un « centro sanitario » di riferimento si accompagnava ad un processo parallelo che vedeva da una parte il depotenziamento degli enti locali — le province e i comuni — in materia sanitaria e dall'altra la « promozione » di conflittualità tra gli enti locali e tra questi e tutta una serie di altri enti di diritto pubblico con funzioni assistenziali, che nel periodo andavano creandosi a un ritmo assai rapido²⁵. Prese forma, cioè, durante il fascismo quel cosiddetto sistema delle amministrazioni parallele che, escogitato per render più snello l'assolvimento di nuove funzioni a finalità « pubblica », finì per svolgere in realtà una funzione di competizione nei confronti dell'amministrazione statale, favorendo il controllo politico di erogazione di determinati servizi e la privatizzazione delle finalità di questi enti²⁶.

Il secondo aspetto in cui si concretava la politica di frantumazione dei centri di erogazione dei servizi riguardava la conflittualità « creata » tra province e comuni²⁷. Dopo aver abbandonato l'idea di sopprimere le province (1928), il governo da una parte promosse l'istituzione di enti esterni alle province in competizione con queste (emblematico è il caso dell'opera maternità e infanzia), e dall'altra, l'istituzione di organismi provinciali (consorzi antitubercolari, tracomatosi, laboratori di igiene e profilassi, ecc.) che in realtà sottraevano competenze ai comuni. L'azione dello Stato, quindi, indebolì complessivamente il ruolo assistenziale « reale » sia delle province che dei comuni.

Un terzo aspetto riguarda i rapporti tra enti locali da una parte e gli ospedali, i medici e le mutue dall'altra. In particolare, lo sviluppo della mutualità si inserisce in un quadro politico generale che, nell'ottica corporativa della collaborazione tra capitale e lavoro propria del fascismo, faceva avanzare quella strategia deflattivo-selettiva dello Stato nei confronti della domanda e del mercato sanitario.

²⁴ Vedi nota precedente; cfr. pure per gli aspetti storici ed istituzionali della sanità il volume edito dal Comitato di studio per la sicurezza sociale (csss) nel 1965; vedi pure Petragiani, 1955.

²⁵ Cfr. l'opera di Rotelli del 1973 a questo riguardo ed il volume di Calandra, 1978 al capitolo 8.

²⁶ Per quest'argomento vedi Cassese, 1974 e 1980. Illuminante è il volume di Serrani del 1978.

²⁷ Vedi nota 23.

Gli ospedali avevano ricevuto una regolamentazione fin dal 1890²⁸. La legge crispina non si preoccupava tanto di definire l'attività degli ospedali sotto il profilo funzionale (cioè, migliorare i servizi), quanto di tutelare l'amministrazione dei proventi derivanti dalla beneficenza, da pratiche di « cattiva » gestione, sperperi ed in genere, da azioni che potessero rappresentare un abuso della pubblica fiducia. Fin dal 1890 l'opposizione degli ambienti ecclesiastici estromessi dalla gestione degli ospedali sottoposti al controllo dei prefetti fu assai forte. Il controllo fu di fatto riguadagnato attraverso una lenta operazione che, nei decenni successivi vide rientrare nei consigli di amministrazione membri della Chiesa o ad essa vicini, attraverso l'elezione nei consigli comunali ed in altre strutture pubbliche²⁹. Nel 1926, poi, questa nuova situazione trovò legittimazione nella nuova normativa che stabiliva il rientro ufficiale di ecclesiastici nelle posizioni di controllo e che obbligava il prefetto a sentire il loro parere prima di avviare qualsiasi trasformazione.

Gli effetti di questa politica possono esser osservati guardando agli sviluppi che ebbe la problematica finanziaria degli ospedali. Il mancato passaggio dell'assicurazione obbligatoria di malattia verso la fine degli anni '20 ed il suo definitivo abbandono verso la fine degli anni '30, lasciarono insoluto l'obiettivo di una sistemazione della finanza ospedaliera che rappresentava il punto dolens della finanza di tutto il settore sanitario³⁰. In sostanza, gli ospedali continuarono a trarre i loro cespiti dai profitti delle dotazioni fondazionali — nel frattempo assai ridimensionate a causa dell'inflazione — e dai contributi derivanti dai comuni, dagli istituti mutualistici e previdenziali e dai malati a pagamento.

L'effetto principale di questa situazione fu che gli ospedali che rappresentavano l'unica fonte « pubblica » di ospedalizzazione, per carenza di fondi rimasero indietro nel processo di ammodernamento, che stava avendo luogo nello stesso periodo in altri paesi d'Europa³¹. Lo Stato fascista cercò di bilanciare questa situazione con il finanziamento di costruzioni ospedaliere nelle grandi città (ammodernamento del Policlinico di Roma, l'apertura del S. Camillo nel 1929 e l'avvio di altre costruzioni

²⁸ Una buona sintesi delle vicende relative agli ospedali è quella di Preti, 1980a.

²⁹ Sul ruolo della Chiesa, oltre all'interpretazione generale data da Preti nel saggio sopra citato, vedi anche Tramontin, 1982.

³⁰ Cfr. per queste problematiche i materiali presentati in Piperno-Sabbadini, 1982.

³¹ Questa situazione è rilevata da Preti, 1980a, 242.

ospedaliera negli anni trenta), ove l'azione del regime appariva più visibile, aiutato in questa impresa dai contributi di grandi filantropi che riversarono somme ragguardevoli in alcune istituzioni, soprattutto nell'Italia settentrionale³². Una ulteriore conseguenza si ebbe nello sviluppo dell'ospitalità privata³³. Sorsero in quel tempo tutta una serie di cliniche private ove trovarono ricovero le classi medio-alte ed ove esercitavano con diverse prospettive di profitto frazioni della categoria medica. I medici, poi, non vennero così danneggiati dalla situazione finanziaria degli ospedali in quanto, ora che gli ospedali non trattavano più esclusivamente i poveri ma anche i malati a pagamento, in proprio o dietro la copertura degli istituti previdenziali, pretesero un aggiustamento delle remunerazioni. Riuscirono inoltre ad introdurre l'istituto delle compartecipazioni che, in alcuni casi, raggiungevano somme assai elevate. Globalmente, l'azione restrittiva dello Stato verso gli enti locali e la politica ospedaliera volta a favorire un ritorno in termini politici e la crescita del settore privato — proprio durante il fascismo si accentuarono gli squilibri territoriali tra Nord, Centro e Sud e tra città e campagna che ancora oggi, seppur con gradazione diversa, rappresentano una delle caratteristiche strutturali dell'assetto sanitario nazionale — segnarono una compressione della domanda.

La politica dello Stato fascista verso gli enti locali e gli ospedali con gli effetti che abbiamo appena illustrato trova una parallela esplicazione nel campo della mutualità.

Il primo elemento riguarda la scelta definitiva della mutualità come sistema organizzativo per l'assistenza sanitaria³⁴.

Nel 1929, con una decisione del Consiglio Superiore dell'Economia Nazionale, venne sancito che non potendosi per ragioni economiche procedere all'assicurazione generale di malattia, si doveva dare il massimo impulso alla creazione di Casse Mutue. La scelta della « Cassa » come formula organizzativa permetteva allo Stato di star fuori dal settore. Le Casse Mutue, infatti, come qualsiasi altra Cassa in qualsiasi altro settore, dovevano rispettare la parità di bilancio tra entrate e uscite. Questa regola doveva significare essenzialmente che ai fini istituzionali della Cassa — l'assistenza sanitaria ai membri — dovevano bastare i contri-

³² Vedi Preti, 1982, 824.

³³ Piperno-Guazzini, 1982 riportano dati che riguardano però alcune realtà locali; raccolte sistematiche sull'ospitalità privata in questi anni non sono state rintracciate nel corso della ricerca, utilizzata per questo saggio.

³⁴ Per gli aspetti storici cfr. Cherubini, 1973 dove si trova anche un'ampia bibliografia. Molte delle notizie riportate nel saggio si trovano in Papisogli, 1937 e Bocci, 1944.

buti dei lavoratori e dei datori di lavoro, escluso in linea di principio ogni impegno finanziario dello Stato. Le Casse erano sì istituti di diritto pubblico in quanto ad esse si riconosceva una funzione per la collettività, ma allo stesso tempo la formula della Cassa ribadiva il presupposto di una concezione dell'assistenza come fatto contrattuale-privato. Di fronte all'imperativo della parità di bilancio, infatti, fallirono quasi tutte le richieste dei membri per realizzare contenuti assistenziali adeguati³⁵.

Un secondo punto riguarda la dipendenza della mutualità dagli accordi tra imprenditori e lavoratori³⁶. La legge sindacale del 1926 afferma che condizione necessaria per il riconoscimento delle associazioni sindacali era l'esistenza tra gli scopi dell'organizzazione dell'obiettivo assistenziale. La Carta del Lavoro del 1927 enunciava i principi generali di questa politica. Ed, infine, il R.D. del 1928 sanciva che nessun contratto collettivo di lavoro poteva essere pubblicato, se non conteneva norme riguardanti il trattamento in caso di malattia. In sostanza, legando il problema assistenziale a quello sindacale, lo Stato fascista dava alla questione dell'assistenza non tanto il carattere di azione sanitaria assistenziale volta alla soddisfazione di domande, quanto i tratti di un fenomeno pertinente alle relazioni industriali. L'assistenza sanitaria diventa, quindi, un affare delle aziende e delle categorie professionali, dipendente dalla produttività in fabbrica e dalla disciplina del lavoro. L'inserimento, infine, di norme per l'assistenza nei contratti collettivi di lavoro, aprì di fatto la strada a numerosi casi di inadempienza, ritardi ed occasioni di pressione sui lavoratori³⁷.

Queste scelte nel campo della mutualità operavano nel senso di deprimere la domanda sanitaria e incrementare il livello di selettività del sistema³⁸. In primo luogo, per tutti gli anni '20, il numero delle Casse Mutue e l'estensione della copertura assistenziale fu assai ridotto (si contavano nel 1929 solo 1019 casse nell'industria con 635.431 iscritti; 7 casse nell'agricoltura con 32.410 iscritti e 34 casse nel commercio). Di fatto le Casse venivano finanziate dai soli lavoratori e l'assistenza non consisteva in altro che l'erogazione dell'indennità di malattia. Anche i mutui, cioè, come il resto della popolazione, dovevano o astenersi dal ricevere servizi o pagare per ottenerli in caso di necessità o riuscire a essere ammessi in ospedale come poveri. Stante la situa-

zione degli ospedali che abbiamo sopra descritto, c'è da presumere che l'esito prevalente fosse il contenimento della domanda con una larga componente di astensioni dal servizio o pagamenti.

Agli inizi degli anni '30 la mutualità — anche in seguito alle norme emanate tra il 1926-28 — si espande seguendo una strategia altamente selettiva.

Nel 1937 si contavano circa 2.200.000 iscritti pari al 46% degli occupati dell'industria, il 24% degli occupati in agricoltura ed il 17% nel commercio. In media, nel 1939 si raggiunge una quota del 24% di iscritti (titolari e familiari) sulla popolazione totale e del 35% nel 1940. Altro aspetto riguarda i contributi. V'erano disparità tra i vari settori in rapporto alle percentuali di prelievo sui salari e, soprattutto, v'erano disparità tra le varie categorie all'interno dei settori. La riscossione dei contributi, poi, non era facile ovunque; nel meridione raggiungeva solo il 50-60% del gettito globale per il settore agricolo. Nello specifico, la situazione dipendeva dalla debolezza dei sindacati fascisti nei confronti delle organizzazioni padronali, ma, nel complesso dell'assetto generale che fu dato ai problemi assistenziali nel periodo³⁹.

L'aver legato la mutualità ai contratti collettivi di lavoro, il tipo e la quantità delle prestazioni all'ammontare dei contributi disponibili per singole Casse ed, in ultima istanza, i contributi ai salari, essenzialmente poneva il tema assistenziale al centro della politica salariale e, in generale, della politica economica. La politica economica del fascismo, a prescindere dagli aspetti di propaganda relativi alla collaborazione tra capitale e lavoro, si distingueva per il quasi assoluto controllo del mercato del lavoro e per l'ampia manovrabilità sui salari.

I salari poterono essere ripetutamente ridotti per far fronte all'andamento critico dei cicli economici e per garantire una tenuta relativa dello sviluppo capitalistico — per tutto il periodo il tenore di vita, salvo eccezioni locali e frange di popolazione, fu complessivamente basso ed i redditi non superarono i livelli antecedenti alla prima guerra mondiale. Questi vincoli del sistema economico, la politica di gestione dei rapporti tra imprenditori e lavoratori e tra classi a sfavore delle componenti subalterne, l'introduzione della pratica dello scambio politico corporativo nella strategia di regolazione sociale, trovarono una coerente espressione nella regolamentazione data, in materia di sanità, agli enti locali, agli ospedali ed alla mutualità, come l'abbiamo

³⁵ Cfr. nota precedente. Per i dati sui sindacati vedi Preti, 1980b, 261-386.

³⁶ Sul significato sociale e giuridico delle «casse» vedi Stefanelli, 1977 e Pototsching, 1976.

³⁷ Cfr. nota n. 34.

³⁸ Cocteau, 1974.

³⁹ Piperno-Guzzini, 1983.

sopra descritta. In sostanza l'evoluzione eterodiretta a fini politici ed economici del settore assistenziale produsse l'effetto centrale di contenere l'avanzamento « normale » della domanda e le manovre sull'offerta permisero di aggirare la questione assistenziale attraverso una strategia selettiva che, permettendo la soddisfazione relativa di alcuni, mantenne il settore in una situazione strutturale di carenza qualitativa e quantitativa.

4. Inflazione del mercato o Welfare sanitario?

L'obiettivo di derubricare la natura dell'intervento statale nella sanità, per il periodo che seguendo il secondo conflitto mondiale arriva sino ad oggi, è complicato soprattutto dalla difficoltà di distinguere e valutare la consistenza delle innovazioni. Sono noti alcuni fatti: le funzioni sanitarie dello Stato sono più estese che nel passato, tutti i cittadini — e non più i lavoratori — godono, seppur con un processo di lenta gradualità nel tempo, dell'accesso ai servizi, l'offerta è adeguata quantitativamente rispetto a standard convenzionali, pur sussistendo squilibri di vario tipo. Alla fine del 1978, viene varata la legge sul servizio sanitario nazionale, la cui normativa si ricollega alla Costituzione ove è sancito che la salute è un bene collettivo ed a tal fine lo Stato deve operare. Sembra, cioè, essersi fatta strada nel campo della sanità, e più in generale in tutti i settori dell'intervento sociale, quell'idea di Welfare che, riconoscendo ai bisogni di riproduzione sociale, il rango di *diritto* per tutta la popolazione, reintroduce sotto nuove vesti nella sanità accanto alla sua connotazione economicistica, il carattere dell'etica, secondo cui a tutti i cittadini è garantito il diritto alla salute, a prescindere da qualsiasi condizione iniziale discriminante.

L'apparente ritorno dell'etica nel mercato attraverso la maggiore presenza dello Stato e la regolamentazione a fini di Welfare si presentano quali caratteristiche centrali dello sviluppo ultimo di questo settore. Diciamo subito che questa risultanza, ancorché rispondente parzialmente e sotto specifici profili alla realtà effettuale, è problematica. C'è più continuità strutturale nella storia della sanità di questi ultimi trent'anni nel suo complesso rispetto al passato e tra il periodo precedente la riforma del 1978 a oggi, di quella che appare a un'osservazione in superficie degli eventi⁴⁰. L'azione statale si è orientata in questo

periodo come nel passato ora a fini deflattivi, ora a fini selettivi; la novità è il sovrapporsi di ulteriori strategie in cui finalità inflattive si mescolano a finalità di Welfare. Chiarire questa problematica dell'azione statale è quanto ci proponiamo in quest'ultima parte del saggio. Faremo ciò toccando per sommi capi aspetti che hanno a che fare, il primo con la struttura del prelievo e la struttura dell'uso dei servizi, il secondo con la meccanica attraverso cui è stata gestita la questione della trasformazione istituzionale del sistema sanitario e il terzo con gli effetti « osservati » dell'azione statale a livello del mercato sanitario.

Per quanto attiene il primo aspetto, una nota iniziale riguarda la differenziazione persistente della struttura del prelievo ai fini dell'assistenza sanitaria tra le varie categorie di utenti. Il discorso riguarda essenzialmente la mutualità, perché è il sistema mutualistico ereditato dal regime fascista che vige fino al 1978, ed è attraverso la mutualità che passa la quota maggiore di finanziamento dei servizi sanitari (assistenza medico-generica, farmaceutica, specialistica ed ospedaliera), essendo gradualmente venuta meno in termini relativi la quota a carico degli enti locali, comuni in testa.

Rimaniamo inizialmente all'interno dell'INAM, la cui copertura assistenziale è passata da 13.245.045 persone nel 1946 a 30.772.548 nel 1975, per una percentuale di oltre il 60% della popolazione italiana. All'interno dell'INAM, la struttura del prelievo si presenta assai differenziata tra i vari settori produttivi. Mentre per l'agricoltura la quota capitaria annua passa da una media di 1426 lire nel periodo 1948-49 a 13.615 lire nel periodo 1974-75, per i settori dell'industria, del commercio e del credito, le percentuali di contribuzione sui salari crescono nell'insieme da una media del 4,5% circa ad oltre il 10% circa per lo stesso arco di tempo. Tra questi ultimi tre settori, le quote pagate dall'industria sono mediamente superiori a quelle del commercio e del credito. All'interno dell'industria, le quote più elevate riguardano gli operai. In particolare, il 5% del salario nel 1948-51 e il 12,1 circa nel 1965-75 di contro al 3% ed al 10,1 circa degli impiegati dell'industria, al 3,7% ed al 10% circa per il commercio ed al 3% ed al 9% per il credito⁴¹. La differenziazione settoriale della struttura del prelievo si accentua estendendo l'analisi agli altri istituti mutualistici (Enpas, Inadel, Enodp,

primo accenno alla tesi sulla continuità storica nel campo della politica sanitaria, cfr. Piperno, 1981.

⁴¹ Per i dati in generale vedi Piperno-Guazzini, 1983. Quelli qui citati sono riportati in INAM, 1974-75, 11-35.

⁴⁰ Circa la cronologia degli eventi commentati in questa parte e per un

... Parlando l'ammontare dei contributi provenienti dai lavoratori dipendenti nel loro complesso con il valore monetario delle prestazioni sanitarie ed economiche da questi ricevute, rispetto al rapporto tra contributi e prestazioni per i lavoratori autonomi emerge un divario a favore dei lavoratori autonomi. Questi cioè ricevono più di quanto pagano e la differenza registrata nel periodo 1964-69 tende a crescere negli anni successivi 1970-75⁴⁵. In sostanza, la capacità contributiva delle Mutue dei lavoratori dipendenti è rimasta pressoché invariata, in quanto le modalità di reperimento dei fondi si adeguavano attraverso alleate commisurate all'evolversi della massa salariale, mentre le Mutue dei lavoratori autonomi, alimentandosi in parte da contributi fissi (peraltro assai ridotti) e in parte da contributi deliberati annualmente sulla base degli imponibili denunciati, hanno mostrato una capacità contributiva relativamente regressiva (considerando anche l'uso di dichiarazioni di imponibili basse da parte dei lavoratori autonomi) e hanno così favorito in larga parte il deficit mutualistico⁴⁶.

L'introduzione del s.s.n. avrebbe dovuto diminuire questa differenziazione nella struttura del prelievo attraverso la fiscalizzazione degli oneri assistenziali. Di fatto, dal 1975 ad oggi pur con successivi aggiornamenti delle contribuzioni a carico dei lavoratori autonomi e di altre categorie, la struttura del prelievo è rimasta sostanzialmente simile a quella vigente nel regime mutualistico. Recentemente una relazione del CNEL sullo stato di attuazione della riforma recita a questo proposito « il permanere di un sistema contributivo differenziato, a fronte di prestazioni uniformi ed uguali per tutti, ha determinato una disparità di trattamenti che tende a restare fino a quando una nuova razionale e mirata fiscalizzazione globale della spesa sanitaria non metterà fine alla situazione esistente »⁴⁷.

La disparità contributiva intercategoriale di per sé non avrebbe alcun significato se sussistessero due condizioni di fondo: la prima è la cosiddetta equivalenza attuariale e cioè la corrispondenza probabilistica tra contributi versati e prestazioni godute; la seconda, alla prima correlata, che l'orientamento politico del sistema — quello scritto e quello reclamato dallo Stato e dai vari attori sociali — escludesse come finalità del sistema quelle propriamente definibili come finalità di Welfare. In altri termini, che la sostanza ideale del sistema fosse quella propria dell'assi-

curazione. La storia della sanità nell'ultimo trentennio mostra che entrambe le condizioni non sussistono: anzi, gli obiettivi di Welfare, in particolare quelli di carattere redistributivo, hanno caratterizzato apparentemente sia il dibattito politico intorno alle istituzioni sanitarie sia le varie iniziative legislative che nel corso del tempo sono state promosse. La legge sul s.s.n. non è altroché il punto culminante di un processo che verso la realizzazione di obiettivi di Welfare si era messo in moto a partire dalla promulgazione della Costituzione repubblicana⁴⁸.

Sarebbe, quindi, fondamentale per poter fornire elementi di valutazione, rappresentare statisticamente le differenziazioni esistenti nella struttura dell'uso dei servizi per gli ultimi trent'anni, eppoi metterla in paragone con la struttura del prelievo. In assenza dei dati appropriati, faremo riferimento ad alcune indicazioni frammentarie che, pur riferendosi agli ultimi paio d'anni e a zone circoscritte del paese, si prestano ad essere utilizzate, se non come verifica almeno come punto di appoggio, al tipo di argomentazione che andiamo svolgendo. I risultati riguardano due ricerche condotte intorno al 1980, la prima in una regione del Centro-Nord, l'altra al Sud⁴⁹.

Rispetto alla frequenza d'uso dei servizi ospedalieri, il tasso di ospedalizzazione, come testimonia una vasta letteratura internazionale al riguardo, è superiore per gli operai (201⁷ residenti, ma altrettanto elevato per gli imprenditori e i libero-professionisti (194%), i dirigenti e gli impiegati (157⁷ per noi calare rispetto ad altre categorie. Rapportando però questi dati al tipo di ospedali in cui è avvenuto il ricovero, emerge che i professionisti, le casalinghe (per motivi legati al parto) e gli impiegati ricorrono rispetto ad altre categorie professionali in maggior misura all'ospedalità privata. È ovvio così il legame tra il tipo di ospedalizzazione e il tipo di assistenza e di cura di queste categorie. Infine, la ricerca evidenzia che gli addetti alle banche ed assicurazioni scelgono prevalentemente, nel caso di ospedalizzazione, gli istituti di cura ove i costi per giornata di degenza sono più elevati. Guardando poi alla posizione nella professione risulta che gli imprenditori sono quelli che si rivolgono agli ospedali più costosi, seguiti dai professionisti, dirigenti e impiegati. La ricerca condotta nel 1980 in una regione meridionale riguarda le determinanti dei consumi ospedalieri (radiologia, laboratorio,

⁴⁵ Per lo sviluppo e la diffusione degli obiettivi di Welfare nella storia della sicurezza sociale in Italia, vedi Persiani, 1965.

⁴⁶ La prima ricerca è quella condotta da Hanau, 1981; la seconda da Piperno-Renieri, 1982. I dati commentati di seguito provengono da queste due ricerche.

⁴⁷ Questo commento è riportato in ISPE, 1978, 54.

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ CNEL, 1982.

altre prestazioni diagnostico-terapeutiche). Per quanto riguarda l'effetto della professione sui consumi sembra emergere nei dati una tendenza per gli operai a fare meno esami, tendenza che si accentua se si paragonano gli operai con gli imprenditori e libero-professionisti e che si conferma rianalizzando i dati distinguendo tra lavoratori « manuali » e « intellettuali » (sono questi anche indicatori di qualità del servizio oltretutto di livello di consumo in senso quantitativo?).

Per nella loro parzialità ed episodicità questi dati sulla struttura d'uso dei servizi sembrerebbero orientarsi in senso opposto alla struttura del prelievo. Evidenziano, cioè, la presenza di quello che è stato definito « l'effetto Matteo », consistente in una redistribuzione perversa dei beni e servizi a privilegio delle categorie di utenza più favorite⁴⁷. Aggiungendo a questi risultati altri relativi al grado di soddisfazione del servizio (calante in parallelo al calo dello stato socio-economico) ed alla qualità ed efficienza di singoli servizi per categorie di utenti, si riesce a comporre un quadro valutativo che tempera assai il carattere di Welfare del sistema sanitario, nel senso della capacità redistributiva e della qualità operativa⁴⁸.

La presenza nell'assetto istituzionale-organizzativo di questo gap tra struttura del prelievo e dell'uso dei servizi non è un fatto isolato dal contesto politico-economico generale. È invece congruo con quanto vari autori hanno segnalato a proposito della peculiarità del sistema fiscale italiano⁴⁹. Questo sarebbe contrastato sia dalla preponderanza sull'imposizione diretta di quella indiretta, in particolare da quella rappresentata dai contributi sociali, che hanno progressivamente assunto la funzione di salario differito a carico della componente lavoro, sia dalla regressività della struttura impositiva così architettata nel lungo periodo. È ipotizzabile, quindi, che i vincoli della politica economica, nella fattispecie di quella fiscale, costituiscono, in ultima istanza i vincoli reali alla trasformazione dei sistemi in direzione welfaristica.

In breve, se non lo si svicola dall'impedimento strutturale costituito dall'inequità del sistema tributario e, di conseguenza, dai meccanismi di allocazione delle risorse all'interno della struttura sociale è difficile che il sistema sanitario possa assumere per il futuro (come non ha assunto per il passato) una reale connotazione welfaristica. L'ipotesi sembrerebbe suffragata non solo da

⁴⁷ Usa quest'espressione per indicare l'assenza dell'effetto redistributivo. HANAU, 1981.

⁴⁸ Dati di questo tipo si trovano in Piperno-Renieri, 1982.

⁴⁹ Per questi aspetti cfr. Pedone, 1979.

quanto abbiamo sopra detto, ma anche dal modo in cui si è gestita la questione della trasformazione istituzionale del sistema, ossia del passaggio dalla mutualità al servizio sanitario nazionale. E veniamo al secondo aspetto.

Le linee di una trasformazione istituzionale dell'assetto sanitario che recepisce i principi di Welfare enunciati nella Costituzione repubblicana erano già state messe a punto subito dopo la guerra dalla commissione d'Aragona⁵⁰. Le proposizioni di questa commissione — sostanzialmente, un assetto istituzionale integrato sotto il profilo gestionale ed un'organizzazione sanitaria a base territoriale —, di cui è possibile rintracciare alcuni elementi già nei progetti di legge sull'assicurazione obbligatoria dei primi decenni del secolo, non trovarono alcuna applicazione fino al varo della legge sul s.s.n. nel 1978. Al contrario, la storia di questo trentennio è segnata da una marcata contraddizione nella politica sanitaria dello Stato. Vengono sistematicamente rinviati progetti di trasformazione istituzionale nel senso di cui sopra e, simultaneamente, i servizi subiscono una dilatazione quantitativa in termini di prestazioni erogate e domanda assistenziale. Si coniugano, cioè, un orientamento dell'azione statale di tipo deflattivo sul piano della qualità della innovazione — l'assetto da dare ai servizi — e un orientamento che di fatto stimola l'inflazione della offerta e della domanda con tutte le ripercussioni sull'andamento della spesa sanitaria. Vogliamo cogliere qui, in primo luogo, alcuni aspetti di fondo che illuminano su come è stata gestita la questione della trasformazione insieme ad alcuni elementi di continuità che legano la situazione presente al passato. In secondo luogo, vedremo come a queste modalità di gestione della politica sanitaria siano da ricondurre gli effetti inflazionistici prodottisi nell'arena della domanda e dell'offerta di servizi.

Successivamente ai lavori della commissione d'Aragona, gli eventi sono orientati ad un duplice movimento⁵¹. Da una parte si affievoliscono le possibilità di trasformazione del bagaglio culturale di riflessione sui problemi della sanità che era andato consolidandosi nel tempo in un progetto di legge pronto per il varo parlamentare, dall'altra si accentua la tendenza a incrementare le investigazioni e gli studi sul tema. Si contano dal 1948 al 1962 oltre quindici commissioni di studio istituite per ricercare su una vasta gamma di argomenti sanitari. Significativi per gli sviluppi

⁵⁰ Per la cronaca degli eventi successivi alla seconda guerra mondiale vedi, oltre all'articolo già citato di Piperno, 1981, le due opere seguenti: Berlinguer, 1968 e Delogu, 1967.

⁵¹ Cfr. nota precedente.

successivi e per l'argomentazione svolta, sono una serie di iniziative che videro impegnati tra il 1962-69 gli organi di vari Ministeri (Bilancio, Lavoro, Sanità istituito nel 1958), il CNEL e studiosi cui venne affidata la redazione di rapporti propositivi. Le linee del dibattito oscillarono tra due poli: da una parte la linea che riconosceva mature le condizioni per far assumere allo Stato la funzione assistenziale sanitaria e la istituzione del servizio sanitario nazionale⁵¹; dall'altra la linea secondo cui non v'erano immediate possibilità al riguardo, in quanto la trasformazione dell'assetto sanitario avrebbe comportato spese insopportabili per le finanze dello Stato e, pertanto, sarebbe stato opportuno muoversi secondo progetti di razionalizzazione dei vari comparti assistenziali: Stato, Mutue, ospedali⁵². Tale linea si sosteneva per di più sulla considerazione che il Paese si trovava tra il 1963-64 a dover far fronte ad una congiuntura economica negativa. Questi confronti che avvenivano in relazione alla questione sanitaria, si inquadravano nel più ampio dibattito della riforma della previdenza sociale. Il contesto politico-economico generale era quello della introduzione della programmazione in campo economico-sociale⁵³. Ed il reale oggetto del contendere, quindi, travalicava il settore sanitario e riguardava visioni ed interessi differenziati rispetto alle sorti della programmazione e, in ultima analisi, rispetto al ruolo che lo Stato doveva assumere nei confronti del mercato. La profondità dei conflitti all'interno della coalizione politica in quel periodo e tra le varie forze sociali a proposito di questa questione di fondo si ricollega alla mancata attuazione del piano quinquennale di sviluppo 1965-69 nonostante l'approvazione del medesimo da parte del Consiglio

La maturazione di questa linea si può riscontrare nella seguente articolazione degli obiettivi da perseguire in materia sanitaria:

« — il Ministro della Sanità, realizzando un servizio sanitario nazionale, articolato a livello comunale, provinciale e regionale, e utilizzando le diverse attività del settore, pubbliche e private, dirigerà e coordinerà la politica sanitaria del Paese. Il servizio sarà finanziato dallo Stato attraverso il contributo dei cittadini in proporzione alle rispettive capacità contributive:

— le prestazioni sanitarie — preventive, curative e riabilitative — saranno estese a tutti i cittadini;

— l'intervento sanitario pubblico, soprattutto in senso preventivo, sarà orientato al fine di ridurre l'incidenza delle malattie di maggior rilievo sociale e della mortalità infantile, e ottenere una sostanziale elevazione del livello igienico-sanitario del Paese ». Ministero del Bilancio (1965), *Programma di sviluppo economico per il quinquennio 1965-69*, Roma.

⁵¹ Sui progetti di razionalizzazione settoriale vedi, in particolare, la ricostruzione fatta in Piperno, 1981 e le fonti citate.

⁵² Vedi Carabba, 1977.

dei Ministri. Si procedette, quindi, per la via di razionalizzazioni parziali che condusse al varo della legge di riforma ospedaliera nel 1968⁵⁴. Questa legge recepiva alcune istanze a mezzo tra la razionalizzazione settoriale e la programmazione sanitaria, introducendo l'idea di vincolare le nuove costruzioni ospedaliere a una previsione dei bisogni sanitari, tenendo anche conto della variabile territoriale. Si inquadrava, inoltre, nell'azione anticongiunturale promossa dallo Stato attraverso l'incentivazione degli investimenti nel campo delle opere pubbliche. Il periodo 1968-78 è contrassegnato da una serie di avvenimenti che resero possibile il passaggio della legge istitutiva del s.s.n. Tra questi: il mutato equilibrio all'interno delle forze politiche a favore di quelle pro-riforma, l'assunzione da parte dei sindacati del criterio di priorità da dare alla riforma sanitaria, le spinte che provenivano per via endogena dall'interno del sistema per una razionalizzazione globale soprattutto in campo finanziario, oltreché mutamenti nel quadro amministrativo del Paese (il trasferimento nel 1972 delle funzioni delegate in materia di sanità alle regioni, che rendevano possibile nella pratica la proposizione del criterio territoriale nell'organizzazione sanitaria. Inoltre, agli inizi degli anni settanta si ripercorreva una strada di riapertura nei confronti degli Enti locali, valorizzando il ruolo di questi e proponendo una ricomposizione delle funzioni a livello locale — strada opposta a quella di accentramento e di svuotamento dei poteri dei livelli locali di governo del periodo fascista. La costituzione del Ministero della sanità, anche, e gli sforzi di ricondurre ad unitarietà le iniziative sanitarie vanno letti in questo processo storico in opposizione al periodo fascista⁵⁵.

Sono riconoscibili negli anni seguenti il varo della legge di riforma sanitaria (post-78) — periodo che avrebbe dovuto vedere l'attuazione della riforma — caratteri di similitudine con i modi in cui la questione sanitaria fu gestita durante gli anni sessanta, in particolare, i riferimenti al quadro politico-economico generale⁵⁶. Traceremo questi aspetti per sommi capi. Nel periodo seguente il 1963, si inverte la tendenza messa in moto durante il « miracolo economico »: c'è un rallentamento del tasso di accumulazione, un minor tasso di investimenti cui si cerca di compensare con ristrutturazioni aziendali volte al recupero di produttività, un acceleramento del ritmo dell'inflazione, ecc. Sul piano sociale si acuiscono i conflitti tra capitale e lavoro (le

⁵⁴ Sulla legge ospedaliera vedi Colombo, 1977.

⁵⁵ Cfr. Piperno, 1981.

⁵⁶ Per le linee dell'argomentazione abbiamo seguito Graziani, 1979.

lotta sindacale del 1962-63 e del 1969-70), consistenti per il più nelle battaglie volte ad affievolire la forza delle organizzazioni sindacali e per queste a trasformare le rivendicazioni in piattaforme politiche non più limitate agli aumenti salariali, ma aperte sul versante della soddisfazione dei bisogni sociali. Il periodo successivo al 1978 è segnato da fenomeni assimilabili. Al centro v'è sempre il problema dell'accumulazione e degli investimenti e quello dell'inflazione — oggi la posizione dei sindacati è però in relativo declino —, ma nell'occhio del ciclone si trova la spesa pubblica. A prescindere dal dibattito sulle inefficienze e sugli sperperi nella spesa pubblica su cui convergono forme politiche varie, aver reso « problematico » il tema della spesa pubblica ed averlo contrapposto alla capacità di ripresa del sistema industriale, implica che nell'occhio del ciclone vi siano in pratica le funzioni statali in materia sociale. La cosiddetta crisi del Welfare State non è altro che una modalità secondo cui oggi si discute dei rapporti che debbono intercorrere « opportunamente » tra Stato e mercato. Negli anni sessanta si discuteva dello stesso argomento in termini di programmazione di programmazione no, quanta programmazione, dove, come, ecc.

I riflessi del contesto politico-economico si riverberano sulle vicende recenti nel campo della sanità. Note in quanto appartengono alla cronaca recente sono le decurtazioni operate nel bilancio della sanità, l'introduzione dei *tickets* sanitari, i tentativi di separare il ruolo medico dal resto del personale e di portare gli ospedali fuori della gestione delle USL — rammentiamo qui le proposte che per tutti gli anni cinquanta e sessanta nonché per il lontano passato venivano avanzate di tenere il settore ospedaliero autonomamente dagli altri — ed i vari ritardi in tema di attuazione dei servizi previsti nella legge di riforma e nelle leggi regionali. Altrettanto note sono le vicende del piano sanitario nazionale: ideato come piano per il 1979-81 è divenuto il piano per l'80-81 eppoi per l'81-83⁵⁷.

In sostanza, la crisi economica, la situazione della finanza pubblica, la impossibilità per lo Stato di permettersi un servizio sanitario nazionale hanno fatto da cornice o meglio hanno svolto la funzione, nella strategia di forze politico-sociali diverse, di frenare per tutti gli anni sessanta i progetti di trasformazione istituzionale e dal 1978 l'attuazione della riforma. I fenomeni che abbiamo segnalato per il periodo post-'78 non sono semplicemente iniziative *incongrue* con lo « spirito » della riforma,

rappresentano invece i pezzi di una strategia volta a smontare i pilastri istituzionali su cui la riforma poggia. È questo così delineato il meccanismo che in questo trentennio è stato utilizzato per gestire il contenimento della domanda tipica di una società moderna. L'azione di contenimento si è esplicata sugli aspetti innovativi presenti nel processo che ha condotto alla riforma prima e all'attuazione della medesima poi. Sul piano quantitativo, invece, l'azione dello Stato ha favorito una vera e propria inflazione dell'offerta e della domanda. Il cosiddetto consumismo sanitario è un fenomeno che nel linguaggio comune traduce questa situazione inflazionistica. Il sovrapporsi dell'azione inflattiva a quella deflattiva di lungo periodo ed a quella selettiva tipica della mutualità del periodo fascista e trasmessasi nella mutualità contemporanea, rimane l'ultimo aspetto da trattare per una visione globale dell'azione dello Stato.

Nelle more della trasformazione istituzionale — sia della fase precedente che di quella seguente il 1978 — il quadro di riferimento istituzionale non è rimasto immobile. Nel complesso, l'insieme dei servizi ha subito un'espansione notevole, modellandosi però su una logica di sviluppo ripetitiva di *pattern* precedenti e generando allo stesso tempo effetti inflattivi sul mercato della domanda e dell'offerta. Un cenno ad alcuni dati prima di passare a riflessioni conclusive⁵⁸. Primo: la copertura assistenziale si estende gradualmente negli anni '50 e '60 e arriva a investire tutta la popolazione agli inizi degli anni '70. La copertura viene attuata attraverso la moltiplicazione delle gestioni mutualistiche. Il tentativo di unificare in un solo Ente le varie Casse create nel periodo fascista (l'istituzione dell'INAM nel 1943) non sortisce alcun effetto. Nel 1959 si ricorre alla cosiddetta « piccola riforma » dell'INAM per razionalizzare le numerose incongruenze prodottesi su questo piano dalla fine della guerra. La frantumazione della mutualità in tanti poli di riferimento avventi una connotazione categoriale — le Casse Mutue — ripete il modello ereditato dal passato e continua a rappresentare il fondamento di una discriminazione inter e intracategoriale. Secondo: l'offerta e la domanda di servizi crescono in termini assoluti e relativi. Il numero di abitanti per medico passa da circa 800 intorno al 1950, a poco più di 500 nel 1970 fino ad una cifra di poco inferiore a 400 nel 1978; il numero dei posti-letto ospedalieri per 1000 abitanti negli stessi anni cresce da 8 a 10,6

⁵⁷ Un resoconto di questi adempimenti o inadempimenti si trova nei rapporti sulla situazione economico-sociale editi dal Censis negli anni 1979-82.

⁵⁸ I dati di seguito commentati sono rintracciabili in Piperno, 1981 e fonti citate; cfr. anche note 42 e 50.

avvicinandosi recentemente a 11,0. L'apparato dell'offerta nel suo complesso è tendenzialmente superiore in Italia rispetto ad altri Paesi europei, a eccezione della Germania. Cresce in parallelo la domanda assistenziale. L'uso dei servizi di medicina generale cresce da un tasso di 8,2 visite annue per assicurato (INAM) nel 1964 a 11,4 nel 1975. Una indagine relativa alla popolazione di una regione dà un tasso per il 1979 del 12,8⁵⁹. L'uso di farmaci pro capite è pure assai elevato: nel 1964 si calcola che ogni assicurato (INAM) consumasse circa 11 confezioni; circa 20 nel 1975. L'indagine regionale di cui sopra ha rivelato che i 3/4 delle visite del medico-generico esitano in una prescrizione farmaceutica. Una tendenza parallela si riscontra per quanto riguarda l'assistenza specialistica, sia le visite che l'esecuzione di analisi radiologiche e di laboratorio. Da ultimo, cresce il tasso dei ricoveri ospedalieri per 1000 abitanti — da circa 80 nel 1950, a 150 nel 1970 fino a oltre 180 nel 1980. I livelli di utilizzazione di tutti i servizi sono in Italia mediamente superiori a quelli di altri Paesi d'Europa. Terzo: la spesa sanitaria come percentuale del PIL è lievemente superiore alla media dei Paesi dell'OCDE⁶⁰. Presenta però alcune peculiarità: a) il ritmo di crescita della spesa globale è più intenso e per vari anni superiore al tasso di crescita del PIL; b) la ripartizione della spesa per settori (ospedali, medicina generale, ecc.) presenta andamenti parecchio difformi da quelli di altri Paesi che trovano la ragione nella disomogeneità dello sviluppo della offerta e nella maggior « improprietà » attribuibile ai modi d'uso dei servizi in Italia. Intendendosi per « improprietà » sia l'uso dei servizi senza necessità (ad esempio farmaci non consumati, duplicazione ed eccesso di analisi specialistiche, ecc.), sia l'uso dei servizi non adatti a rispondere al bisogno (ad esempio la permanenza in ospedale per motivi di carattere sociale). La riforma sanitaria nata per porre rimedio anche su questo piano non sembra finora aver indotto mutamenti eclatanti a livello di comportamento delle istituzioni, dei servizi e quindi della popolazione. Le opinioni della popolazione sulla presenza di innovazioni sono parecchio negative, mentre dati recenti mostrano un incremento dell'utilizzo dei servizi privati⁶¹.

⁵⁹ Si tratta dell'indagine citata in nota 48.

⁶⁰ Cfr. Morscaldo-Salvemini, 1978 e Fausto-Leccisotti, 1981. Entrambi citano fonti internazionali.

⁶¹ Cfr. le opinioni riportate nel sondaggio promosso dal CNEL, 1982.

5. Conclusioni

Si possono riconnettere i vari aspetti di questa storia sotto vari profili. Quello che preferiamo riguarda la tipizzazione dell'azione statale di lungo periodo in quanto ci permette sia di relativizzare le tipizzazioni proposte nella letteratura sia di valutare il rapporto tra sanità e Welfare State. In breve le tre strategie riconoscibili nella azione dello Stato — deflazione, selezione, inflazione — sono più o meno compresenti in tutto l'arco di tempo studiato. Possono essere viste come un insieme sovrapposto di tinte di varia intensità di un medesimo colore. L'azione deflattiva è quella di più lungo periodo. È tipica del tempo delle origini, ma segna anche i periodi successivi. La funzione principale di questa strategia è stata quella di allineare lo sviluppo « normale » del mercato sanitario alle esigenze di fondo del processo di industrializzazione del Paese, caratterizzato da vincoli riassumibili nell'espressione del cosiddetto « equilibrio dei bassi consumi ». L'azione selettiva si configura come tipo durante il periodo tra le due guerre ed è stata utilizzata dallo Stato per far fronte all'ampliarsi della domanda. È una strategia che concede, ma concede a pochi operando essenzialmente con sistemi di filtraggio categoriale della domanda, correlando la medesima all'andamento dei rapporti tra capitale e lavoro. La selettività aggiunge alla strategia deflattiva un grado di libertà maggiore, ma è segnata strutturalmente da una valenza di discriminazione sociale. L'azione inflattiva è propria del periodo contemporaneo ed è stata il canale attraverso cui è passata l'esigenza della copertura assistenziale globale e la usufruibilità di una massa di servizi per tutta la popolazione. Quest'azione di tipo inflattivo si è coniugata per tutto il trentennio trascorso con la selettività mutualistica e si è colorata di tratti deflattivi, quando si è trattato di riportare il sistema sanitario in riga con il quadro economico generale. Le tendenze recenti vedono la progressiva accentuazione di questi caratteri deflattivo-selettivi i cui indicatori sono dati non solo dal modo in cui si fa fronte alla problematica finanziaria del s.s.n., ma anche dal dirottamento della domanda verso modalità gestionali alternative o in competizione col s.s.n. Prendono significanza in questo contesto i dibattiti sul terzo settore che comunque inteso viene indicato come area di sviluppo per la soddisfazione di particolari tipi di domande, o, come modello di recupero dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi gestiti dallo Stato. Si sta verificando, cioè, un rimescolamento delle carte tra Stato,

mercato e terzo settore, cui fa da sfondo sicuramente l'incremento storico delle funzioni statali in materia di sanità, ma il cui significato finale però — Welfare State o altro? — va commisurato a criteri di valutazione derivabili dalla nozione e dalla idea di Welfare come questa si era configurata originariamente.

BIBLIOGRAFIA

- Aday L. A., 1972, *The utilization of Health Services: Indices and Correlates*, Washington, Dhew Pub.
- Agrimi J. - Crisciani C., 1980, *Malato, medico e medicina nel medioevo*, Torino.
- Baglioni G., 1974, *L'ideologia della borghesia industriale*, Torino, Einaudi.
- Barbagli M., 1977, *Famiglia e mutamento sociale*, Bologna, Il Mulino.
- Benedicenti A., 1947, *Malati, medici e farmacisti*, Milano.
- Berg O., 1980, *The Modernization of Medical Care in Sweden and Norway*, in Heidenheimer A. - Eivander N., *The Shaping of the Swedish Health System*, London, Croom Helm, pp. 17-43.
- Berlinguer G., 1968, *Sicurezza e insicurezza sociale*, Roma, Leonardo editore.
- Betri M. L. - Marchetti A., 1982, *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'unità al fascismo*, Milano, Angeli.
- Bocci M., 1944, *La mutualità in Italia*, Ascoli Piceno.
- Caffarato T. M., 1975, *L'altra medicina*, Torino.
- Calandra P., 1978, *Storia dell'amministrazione pubblica in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Carabba M., 1977, *Un ventennio di programmazione: 1954-1974*, Bari, Laterza.
- Cassese S., 1974, *L'amministrazione pubblica in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Cassese S., 1980, *Le istituzioni amministrative*, in Tranfaglia N., *L'Italia unita nella storiografia del secondo dopoguerra*, Milano, Feltrinelli.
- Censis, 1979-82, *Rapporto sulla situazione sociale del paese*, Roma (varie annate).
- Cherubini A., 1973, *Note sulle assicurazioni sociali di malattie nel periodo 1923-43*, in « Previdenza sociale », n. 5 e 6.
- Cherubini A., 1977, *Storia della previdenza sociale*, Roma, Editori Riuniti.
- CNEL, 1982, *Osservazioni e proposte sullo stato di attuazione della riforma sanitaria*, Roma.

- Cocchian G. C., 1974, *La magistratura del lavoro nello Stato fascista: le controversie collettive (1926-1935)*, in Aquarone A. - Vernassa M., *Il regime fascista*, Bologna, Il Mulino, pp. 133-68.
- Colombo U., 1977, *Principi ed ordinamento dell'assistenza sociale*, Milano, Giuffrè.
- csss, 1965, *Per un sistema di sicurezza sociale*, Bologna, Il Mulino.
- Deloga S., 1967, *Sanità pubblica, sicurezza sociale e programmazione economica*, Torino, Einaudi.
- Del Panta L., 1980, *Le epidemie nella storia demografica italiana*, Torino, Loescher editore.
- Detti T., 1979, *Medicina, democrazia e socialismo in Italia tra l'800 e il '900*, in « Movimento operaio e socialista », II, pp. 3-49.
- Fausto D. - Leccisotti M., 1981, *Un'interpretazione dell'intervento politico in campo sanitario*, in « Rivista di politica economica », fasc. VII, luglio, pp. 763-87.
- Frascani P., 1982, *Il medico nell'ottocento*, in « Studi storici », pp. 617-37.
- Graziani A., 1979, *L'economia italiana dal 1945 ad oggi*, Bologna, Il Mulino.
- Hanau C., 1981, *Influenza dei fattori sociodemografici su frequenza e modalità di ospedalizzazione*, in « Supplemento del notiziario quindicennale dell'Aroer », IX, n. 8.
- INAM (1974-75), *Annuario statistico: 1974-75*, Roma.
- ISPE, 1978, *La spesa sanitaria in Italia dal 1964 al 1977*, Roma.
- ISTAT, 1976, *Sommario di statistiche storiche dell'Italia: 1861-1975*, Roma.
- King, L., 1971, *The Medical World of the 18th Century*, Huntington (N. Y.), R. Krieger Publ.
- Landy D., 1977, *Culture, Disease and Healing*, New York, Mac Millan Publ.
- Livi Bacci M., 1974, *Fattori demografici dello sviluppo economico*, in Foa G., *Lo sviluppo economico in Italia*, Franco Angeli, Milano, 1981, vol. II, pp. 17-96.
- Marshall T. H., 1970, *Social Policy*, London, Hutchinson university library.
- Marocco D., 1981, *Mutualismo e sistema politico: il caso italiano (1861-1904)*, Milano, Angeli.
- Mechanic D., 1968, *Medical Sociology*, New York, Free Press.
- Morcaldo G. - Salvemini G., 1978, *Struttura ed evoluzione della spesa sanitaria*, in « Rivista di politica economica », n. 12, pp. 1584-1604.
- Papasogli E., 1937, *Mutualità*, Firenze, Poligrafica universitaria.
- Pedone A., 1979, *Erasori e tassati*, Bologna, Il Mulino.
- Persiani M., 1965, *L'idea della sicurezza sociale nell'ordinamento giuridico italiano*, in csss, 1965, pp. 75-116.
- Petragnani G., 1955, *La legislazione sanitaria e l'amministrazione sanitaria viste in ordine storico*, Firenze.
- Piperno A., 1981, *Stato, economia e società nello sviluppo della sanità in Italia*, in « La Ricerca sociale », n. 25, pp. 147-70.
- Piperno A., 1982a, *Materiali statistici e dati istituzionali sullo sviluppo della rete ospedaliera in Italia*, progress report, mimeo.
- Piperno A., 1982b, *Medici e stato in Italia*, in « La Ricerca sociale », n. 28, pp. 41-64.
- Piperno A. - Guazzini G., 1982, *La crescita della domanda sanitaria*, progress report, mimeo.
- Piperno A. - Guazzini G., 1983, *L'evoluzione della mutualità dalle origini ai nostri giorni: dati statistici ed istituzionali*, progress report, mimeo.
- Piperno A. - Renieri A., 1982, *Il medico generico: le caratteristiche degli utenti e degli operatori*, Milano, Angeli.
- Piperno A. - Sabbadini L., 1982, *La spesa sanitaria e gli ospedali*, progress report, mimeo.
- Pototsching U., 1976, *L'organizzazione amministrativa della sicurezza sociale*, in Cassese S., *L'amministrazione pubblica in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Preti D., 1980a, *Contributo allo studio dell'organizzazione sanitaria italiana in periodo fascista; l'ospedale come istituzione pubblica di assistenza e beneficenza*, in *Economia e istituzioni nello stato fascista*, Roma, Editori Riuniti.
- Preti D., 1980b, *Per una storia del sindacato fascista negli anni trenta*, in Preti, 1980b.
- Preti D., 1982, *Per una storia dell'Italia fascista: la tutela della salute nell'organizzazione dello stato corporativo: 1922-1940*, in Betri M. L. - Marchetti A., 1982, pp. 795-834.
- Pugliaro L. S., 1937, *Problemi dell'assistenza*, Empoli.
- Ragionieri E., 1976, *Storia d'Italia dall'unità a oggi: la storia politica e sociale*, vol. IV, Torino, Einaudi.
- Rasari E., 1906, *Atlante di demografia e geografia medica*, Roma.
- Romanelli R., 1979, *L'Italia liberale: 1861-1900*, Bologna, Il Mulino.
- Rosen G., 1963, *The Hospital: Historical Sociology*, in Freidson E., *The Hospital in Modern Society*, New York, Free Press, pp. 19-35.
- Rotelli E., 1973, *Le trasformazioni dell'ordinamento comunale e provinciale durante il regime fascista*, in Fontana S., *Il fascismo e le autonomie locali*, Bologna, Il Mulino.
- Serrani D., 1978, *Il potere per enti: enti pubblici e sistema politico in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Spinelli S. - Montale F. D., 1954, *Il recupero delle spese di spedalità*, Cesano Maderno.
- Somers H. - Somers A., 1961, *Doctors, Patients and Health Insurance*, Washington, The Brookings Institution.
- Sori E., 1978, *Assetto e redistribuzione della popolazione italiana: 1861-1961*, in Toniolo G., *L'economia italiana: 1861-1940*, Roma-Bari, Laterza 1978, pp. 223-68.
- Stefanelli R., 1977, *Il sistema previdenziale: storia e prospettive di riforma*, in « Proposte », n. 51-52, pp. 3-36.
- Tramontini S., 1982, *L'opera assistenziale della Chiesa in Italia dal*

Italia, la paura delle malattie epidemiche che periodicamente falciavano la popolazione, unitamente alla sua crescente concentrazione nelle città, costituiscono i motivi principali alla base dell'atteggiamento di ostilità che viene a svilupparsi verso vagabondi e mendicanti e che porta alla loro reclusione forzata all'interno di istituzioni, gli *ospedali*, dove vengono fatti lavorare. Malgrado quella di « rastrellare periodicamente nelle città malati e mendicanti », fosse, secondo Brian Pullan « una pratica antica, che a Milano poteva essere fatta risalire al 1396 », la novità consiste ora « nell'istituire ospedali speciali per questo fine, addetti alla riabilitazione dei mendicanti e, in alcuni casi, investiti di considerevoli poteri, mescolando insieme la potestà giudiziaria e quella amministrativa per la punizione dei recalcitranti »³.

In questo processo di segregazione che rappresenta, come già accennato, l'avvio dell'intervento centralmente e burocraticamente organizzato nel campo dell'assistenza, interviene attivamente, nel nostro Paese, anche la Chiesa, in primo luogo istituendo direttamente un gran numero di « ospedali », tanto che alla fine del Settecento, un Papa, Innocenzo XII, progetta di creare un'organizzazione coordinata e centralizzata tra queste istituzioni⁴.

Nello stesso tempo essa offre, anche dietro l'ondata di nuovo evangelismo che si diffonde nel Paese sulla scia della Controriforma, una giustificazione morale alla discriminazione tra « poveri meritevoli » e « mendicanti oziosi » che sta alla base dello stesso processo di segregazione.

Infatti, mentre per i primi, legati stabilmente alla comunità, è possibile trovare assistenza nelle strutture tradizionali, in particolare in quelle istituzioni caritative costituite da ricchi benefattori allo scopo di riscattarsi davanti a Dio, per i secondi, considerati portatori di peccato e di eresia, non c'è che l'isolamento entro luoghi appropriati per essere educati attraverso il lavoro: trovano così posto negli ospedali, oltre ai mendicanti, anche tutti coloro in qualche modo respinti dalla comunità, come i trovatelli, le « zitelle incinte », le prostitute pentite, i nobili decaduti, prendendo avvio quel processo di emarginazione di particolari settori della popolazione che costituirà un aspetto inscindibile del sistema assistenziale moderno.

Nei secoli successivi, in seguito al continuo ampliamento

che, come fa rilevare Massimo Paci, « si sviluppò essenzialmente allo scopo di reprimere il vagabondaggio » conservando il suo carattere repressivo almeno fino alla metà del secolo scorso. Paci, 1982, 360.

³ Pullan, 1978, 1018.

⁴ *Ibid.*

della fascia degli indigenti, conseguenza della lenta ma profonda ristrutturazione che fino al XIX secolo attraversa l'economia italiana, si assiste all'accentuarsi del carattere repressivo dell'assistenza istituzionale, come del resto avviene anche in altri Paesi, che raggiunge il suo culmine con l'introduzione, nel periodo napoleonico, dei « *depôts de mendicité* », vere e proprie case di lavoro coatto in cui vengono rinchiusi gli indigenti in grado di lavorare⁵.

Nello stesso tempo non si assiste però, nel nostro Paese, al verificarsi di quel processo di progressiva laicizzazione della assistenza che è dato invece riscontrare negli altri Paesi europei, come conseguenza della formazione dei moderni Stati nazionali e della relativa presa in carico della funzione assistenziale come loro compito istituzionale⁶.

In Italia, il ritardo nello sviluppo di uno Stato nazionale, in aggiunta all'esistenza di un vasto potere temporale oltreché culturale della Chiesa, permette invece alle strutture confessionali di mantenere inalterato il loro peso all'interno del settore, peso che anzi si rafforza grazie al carattere di continuità che assume nel corso dei secoli il loro intervento, contro la frammentarietà delle iniziative laiche.

Di conseguenza il tardivo avvio nel Paese del processo di modernizzazione, segnato sul piano economico dal consolidarsi della industrializzazione e sul piano politico dall'affermarsi della unità nazionale, si intreccia con la netta supremazia della Chiesa in un campo, quello dell'assistenza, certamente non privo di forti implicazioni sociali e culturali.

Dal canto suo, lo Stato liberal-borghese di recente formazione mostra, approvando leggi che sanciscono in sostanza questa supremazia della Chiesa, di non essere in grado di mutare drasticamente la situazione, principalmente a causa dell'esistenza, all'interno della classe al potere, di contrastanti interessi politici ed economici.

Così, la legge 10 marzo 1865, sull'unificazione amministrativa del Regno, avalla il principio della scissione tra assistenza sanitaria, di cui lo Stato se ne assume progressivamente il carico, e assistenza sociale, lasciata in buona parte alle istituzioni caritatevoli⁷; e la famosa legge Crispi del 1890, che costituisce ancora oggi uno dei cardini legislativi dell'apparato assistenziale del nostro Paese, pur assoggettando le « Opere Pie » ad un

⁵ Woolf, 1978.

⁶ Guerzoni, 1978.

⁷ Cherubini, 1977; Merusi, 1980.

regime pubblico trasformandole in IPAB (cioè in Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza), ne mantiene sostanzialmente inalterata la natura « privatistica ».

La grossa battaglia che si scatena attorno all'approvazione di questa legge (come Jemolo scrive, « contro il disegno si coalizzano motivi ideali e interessi materiali. Motivi ideali molteplici. In nome della religione [...]. In nome dei principi liberali [...]. Ma gli interessi privati sono non meno forti »⁸), oltreché spiegarne la natura compromissoria, testimonia della difficoltà dell'apparato pubblico di inserirsi in un settore dove gli ingenti patrimoni accumulati stanno trasformando le stesse strutture di beneficenza in centri di potere economico e politico⁹.

Non sono inoltre di secondaria importanza, per spiegare lo scarso impegno dello Stato nel campo dell'assistenza, almeno nei primi decenni della sua formazione, motivi di ordine culturale e connessi all'affermarsi, presso i settori laici della società, dei principi della mutualità e previdenzialità, lasciando in pratica la problematica più strettamente assistenziale appannaggio della cultura e delle istituzioni cattoliche.

L'intervento diretto dello Stato, in questa prima fase, appare in definitiva interessato principalmente all'esercizio di una mera « funzione di polizia », volta all'emarginazione, sociale e fisica, dell'indigente, delegando invece alle iniziative caritative di tipo confessionale una funzione sociale più ampia.

Successivamente, però, dietro la spinta delle organizzazioni politiche e sindacali dei lavoratori che chiedono misure di intervento nel campo sociale e, soprattutto, per frenare le crescenti contraddizioni connesse con l'accentuarsi, nel Paese, del processo di industrializzazione e con gli eventi bellici del 1915-18, lo Stato deve avviare una politica di maggiore intervento nel campo dell'assistenza, incrementando notevolmente il proprio impegno di spesa nel settore, che tuttavia viene a tradursi in massima parte nell'erogazione di pensioni di guerra e nell'assistenza ai reduci¹⁰.

Questa politica di maggiore impegno in campo assistenziale

⁸ Jemolo, 1963.

⁹ Il patrimonio benefico che fa capo alle Opere Pie risulta infatti cospicuo: nel 1861 è pari a 1.102 milioni per 17.897 Istituti, ad esclusione della provincia di Roma; sale a 1.797 milioni nel 1880 e a 2.070 milioni nel 1900, rispettivamente per 18.562 e 20.396 Istituti, pur escludendo le Opere Pie di culto e parte fra quelle miste di culto e beneficenza. Cherubini, 1977, 40.

¹⁰ È quanto risulta analizzando le erogazioni dello Stato per fini assistenziali relative al periodo 1908-1939. Fonte: Camera dei Deputati, 1953; nostra elaborazione.

trova il proprio coronamento nel ventennio fascista dove va a costituire uno dei cardini dello Stato corporativo, concretizzandosi nella costituzione di *enti autarchici assistenziali e previdenziali* attraverso i quali il regime tende alla realizzazione di diversi obiettivi economici e politici, non ultimo quello di « placare le spinte dei ras del regime attraverso l'assegnazione di posti nella costellazione di centri di potere di sottogoverno »¹¹.

Più in generale, la funzione assistenziale dello Stato assume, in questo periodo, una chiara connotazione politica, avendo lo scopo di garantire, ai fini « dello sviluppo qualitativo e quantitativo della stirpe », il controllo dell'infanzia e della gioventù, che avviene tramite enti quali l'Opera Nazionale Balilla (ONB) e l'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia (ONMI); non meno importante appare inoltre, a fini di ordine sociale, il controllo della popolazione socialmente ai margini (anziani, handicappati fisici e psichici), controllo che opera attraverso una legislazione « sociale » che prevede come principale strumento d'intervento l'internamento coatto presso istituzioni assistenziali e carcerarie.

Compiti di controllo sociale hanno pure gli ECA, istituiti anch'essi in questo periodo in seguito al passaggio allo Stato delle congregazioni di carità con funzioni di « assistenza generica », e dove, attraverso la formazione di « elenchi dei poveri », si procede ad una vera e propria schedatura degli strati meno abbienti della popolazione.

Nonostante il suo pesante interventismo, lo Stato fascista non rompe però con la tradizione assistenziale cattolica: avvia, anzi, attraverso il Concordato, una nuova fase di mediazione con la Chiesa, stabilendo una ripartizione reciprocamente vantaggiosa delle rispettive competenze in materia; così, se il Partito Nazionale Fascista risulta interessato prioritariamente all'infanzia e alla gioventù, alla Chiesa cattolica va, in pratica, l'organizzazione del settore più cospicuo dell'assistenza, quello riguardante le diverse categorie di indigenti e minorati¹².

2. Gli anni della continuità

Il complesso apparato assistenziale frutto della politica « sociale » fascista si rivela di non scarsa importanza per comprendere lo specifico assetto istituzionale che viene ad assumere il

¹¹ Terranova, 1975, 102.

¹² Ivi.

settore dell'assistenza nel periodo repubblicano, per il quale il primo costituirà una pesante eredità, malgrado il formale riconoscimento, attraverso la Costituzione, di principi nuovi nel campo dell'assistenza e sostanzialmente di rottura rispetto all'ordinamento vigente.

Il dettato costituzionale viene infatti ad innovare profondamente la materia, sia pubblicizzando e decentrando ampiamente l'assistenza, sia stabilendo come principio ispiratore per l'intervento dell'autorità pubblica, quello della rimozione degli ostacoli di ordine economico e sociale che impediscono il pieno sviluppo della persona umana; si riconosce, cioè, l'esistenza, alla base della situazione di bisogno, di cause oggettive, determinate dal funzionamento dello stesso sistema economico e sociale, fatto che, giuridicamente, si traduce, nell'attribuzione al cittadino, di una posizione riconosciuta e tutelata che, per molti aspetti, comporta il nascere di un vero e proprio diritto soggettivo¹³.

Tuttavia, malgrado le importanti affermazioni di principio, che non riceveranno apprezzabile attuazione se non dopo oltre un ventennio, la politica assistenziale degli anni '50 è caratterizzata da una sostanziale continuità con il periodo precedente e da una totale egemonia delle forze cattoliche e della Chiesa.

La sopravvivenza, in particolare, degli Enti autarchici assistenziali e previdenziali sorti nel periodo fascista, alla cui guida subentrano, in gran parte, rappresentanti del partito al governo, ha come risultato, oltreché la continuità negli indirizzi di intervento, la costituzione di altrettanti feudi clientelari ed elettorali per lo stesso partito¹⁴.

Da parte loro, le organizzazioni sindacali e i partiti della sinistra perseverano in un atteggiamento di scarsa attenzione nei confronti della problematica assistenziale, ritenendola « per un verso un compito dei movimenti femminili dei partiti e delle organizzazioni di massa, per l'altro un'area 'd'elezione' dell'iniziativa cattolica »¹⁵, dando l'impressione, come nota Giovanni Berlinguer, di considerare « la frontiera dell'assistenza » come « una trincea troppo arretrata perché valga la pena di impegnarvi le forze di un partito rivoluzionario »¹⁶.

D'altro canto gli anni '50 costituiscono anni di duro attacco al movimento operaio e sindacale costretto, dall'alternativa posta in termini ricattatori dalle classi dominanti, tra investimenti pro-

duttivi o impieghi sociali del reddito, ad una strategia di lotta centrata prevalentemente sulle relazioni industriali.

È un'inchiesta parlamentare, effettuata tra il 1950 e il 1953, che denuncia le lacune e distorsioni più evidenti nella politica e negli interventi assistenziali dell'epoca; nel campo dell'assistenza alla maternità, a cui è preposto l'ONMI, l'indagine evidenzia l'esistenza di uno sbilanciamento verso l'assistenza di tipo prettamente sanitario, mentre quella sociale risulta essere molto limitata: ad esempio non esistono strutture pubbliche per le gestanti nubili, a cui va, nel caso riconoscano il figlio, un sussidio mensile massimo di 3.000 lire che decresce al crescere del bambino. A riprova dello scarso impegno dell'iniziativa pubblica in questo campo c'è il varo, nel 1950, della legge sui nidi aziendali, legge che si aggancia direttamente al « servizio sociale di fabbrica » che sul piano quantitativo costituisce in quel momento il più importante servizio sociale esistente¹⁷, e con la quale avviene un vero e proprio travaso di responsabilità della funzione sociale dello Stato all'imprenditore privato.

Per l'assistenza all'infanzia e ai minori abbandonati la stessa inchiesta rimarca innanzitutto il problema del sovraffollamento dei brefotrofi, utilizzati quasi come unica misura di intervento, e in cui il bambino spesso è costretto a rimanere anche quando sia cessata la situazione di bisogno che ha dato luogo al ricovero, per mancanza di misure alternative. È quanto avviene anche per gli anziani, per i quali la sola forma di assistenza prevista sembra consistere nel loro internamento in istituzioni pubbliche e private di beneficenza.

Infine, nel caso dei malati e dei minorati, mentre viene lamentata l'insufficiente funzione di protezione sociale fornita dalle misure di assistenza adottate, l'inchiesta evidenzia anche la tendenza, da parte degli organi preposti all'assistenza, a ricercare misure volte più alla difesa della società che a fornire un trattamento assistenziale adeguato al soggetto.

Le conclusioni cui giunge l'indagine sono molto pesanti e parlano di sprechi e inadeguatezza delle « migliaia di enti e di istituti, di organizzazioni pubbliche e private (che in Italia) si occupano di assistenza »¹⁸.

Malgrado una tale denuncia non si assiste però ad alcun mutamento di indirizzo. Gli anni '50 fanno registrare, infatti: un aumento dell'istituzionalizzazione, passando gli internati negli istituti di ricovero da 6,2 ogni mille abitanti nel 1952, a 7,5 nel

¹³ Gianolio, 1980.

¹⁴ *Diritto e diritto*, 1978.

¹⁵ Terranova, 1975, 178.

¹⁶ Ivi, 9.

¹⁷ Alasia et al., 1975.

¹⁸ Camera dei Deputati, 1953, 214.

1962 (l'aumento riguarda in particolare i ricoverati negli istituti con più categorie e nei brefotrofi)¹⁹, e il numero degli istituti di ricovero pubblici e privati dai 4.917 del 1952 ai 5.544 del 1961²⁰. D'altra parte lo strumento d'intervento più capillare, essendo istituito in ciascun comune, è rappresentato dall'Ente Comunale di Assistenza che coinvolge anche il maggior numero di assistiti; nel 1952, questi Enti risultano assistere infatti, mediamente, quasi 60 persone ogni 1.000 abitanti (i comuni, ad esempio, ne assistono direttamente, nello stesso anno, solo 10 ogni 1.000 abitanti), ma con una spesa media per assistito addirittura irrilevante, pari cioè a 3.800 lire annue, che si abbassa ulteriormente nelle regioni meridionali dove è maggiore la proporzione degli assistiti²¹.

La politica assistenziale di questo periodo risulta perciò, di fatto, ancora strettamente ancorata a interventi di tipo repressivo e paternalistico miranti soprattutto ad alleviare, con misure di assistenza « a pioggia », le tensioni sociali; come la stessa *Inchiesta sulla miseria* rivela, peraltro, il concetto di assistenza che prevale è ancora di tipo prettamente « caritativo », essendo culturalmente centrato sulla figura del « bisognoso », il quale « vuole poter dire tutto quanto lo riguarda e deve quindi essere ascoltato con pazienza, anche se talvolta non può rendere in sintesi la sua situazione »²².

3. La politica di « piano »

Gli anni '60 rappresentano anni in cui sembrano porsi, nel nostro Paese, le basi per l'attuazione di una « politica dei servizi sociali », intesi come servizi di pubblico interesse e diretti non più ad una quota di popolazione bisognosa, bensì a tutti i cittadini, chiamati con questo ad assumere il ruolo di « utenti ».

Con il varo della formula di centro-sinistra, si avvia, infatti, nel '63-64, una nuova fase, quella della programmazione nazionale che, seppure rimarrà per molti aspetti una pura « esercitazione letteraria », è comunque di stimolo al dibattito politico e culturale fermo, praticamente, per tutti gli anni '50²³.

Anche per quanto riguarda l'assistenza, l'avvio della politica

di piano porta con sé alcune prospettive di rinnovamento dell'azione pubblica, attraverso la formulazione di alcuni principi fondamentali, quali il superamento del criterio della povertà per l'accesso ai servizi di assistenza, l'adozione del criterio di scelta tra più servizi per i bisogni più estesi e per i quali è al momento previsto un solo tipo di assistenza, l'adozione del criterio dell'uguaglianza delle prestazioni per bisogni uguali da realizzare attraverso la fissazione di standards minimi dei servizi, l'accentuazione del carattere preventivo dell'assistenza sociale²⁴.

In questa fase non è di scarsa importanza, inoltre, il ruolo che viene ad assumere, nella definizione degli obiettivi di politica sociale, il movimento sindacale, il quale, grazie a una accresciuta capacità contrattuale, allarga il proprio campo di intervento, uscendo dai confini ristretti della fabbrica per entrare « nel sociale ». Gli anni '60 costituiscono infatti anche il periodo in cui avviene l'inevitabile presa di coscienza, da parte del movimento dei lavoratori e di vasti strati dell'opinione pubblica, dei guasti che i pesanti processi di inurbamento e di industrializzazione verificatisi nel Paese, hanno causato all'intero tessuto sociale.

Sono anni in cui si gettano, in pratica, le basi culturali del Welfare State, cioè di quella che Offe definisce « la formula pacificatrice » dello Stato assistenziale, consistente da un lato, nell'attribuzione all'apparato statale dell'obbligo « di fornire assistenza e sostegno (in denaro o in natura) a quei cittadini che soffrono di specifici bisogni e rischi, caratteristici delle società di mercato », e dall'altro nel « riconoscimento del ruolo formale dei Sindacati dei Lavoratori sia nella contrattazione collettiva che nella formazione della politica pubblica »²⁵.

Tuttavia, per quanto riguarda la « politica assistenziale » si registra ancora una volta una netta divaricazione tra quelli che risultano essere, in fase di programmazione, gli indirizzi più avanzati, e l'effettiva attuazione degli interventi, che non rivela sostanziali modifiche rispetto al decennio precedente, lasciando inalterati i centri del « potere assistenziale ».

Le stesse forze politiche e di governo risultano, d'altra parte, profondamente divise su quelli che dovrebbero essere i principi ispiratori della politica assistenziale dello Stato italiano, se, ancora nel 1969, il Ministro dell'Interno Restivo (cioè il massimo responsabile del settore) afferma che « l'assistenza pubblica ai bisognosi racchiude in sé un rilevante interesse generale in quanto

¹⁹ Fonte: ISTAT, nostra elaborazione.

²⁰ Parisi, 1976.

²¹ Fonte: ISTAT, nostra elaborazione.

²² Camera dei Deputati, 1953, 176-77.

²³ Passanini et al., 1977; Terranova, 1975.

²⁴ Progetto di programma di sviluppo economico per il quinquennio 1965-1968.

²⁵ Offe, 1982, 65.

i servizi e le attività assistenziali concorrono a difendere il tessuto sociale da elementi passivi e parassitari»²⁶.

Il quadro della situazione assistenziale di questo periodo è fornito da un'altra inchiesta parlamentare promossa questa alla fine del 1969 con lo scopo di «mettere un po' d'ordine» in un settore ritenuto «quanto meno complesso» e «regolato da una legislazione indubbiamente non più rispondente ai bisogni della collettività»²⁷, ed è un quadro che non lascia dubbi sulla caoticità e irrazionalità del settore, rispetto al quale «è unanime il giudizio di insufficienza, di dispersione, di lacune e, soprattutto, di interferenza di compiti. La politica sociale e la relativa legislazione si sono sviluppate in modo frammentario, senza che i singoli provvedimenti corrispondessero a prefissati indirizzi fondamentali, a una vera programmazione operativa. Gli Enti nazionali si sono moltiplicati a dismisura e senza reale necessità. Gli interventi assistenziali non hanno riguardato l'individuo nel suo ambito familiare e nella molteplicità dei suoi bisogni, ma sono stati rivolti verso particolari categorie di cittadini, creandosi così persone giuridiche, utenti di determinate prestazioni»²⁸.

D'altra parte, le forme prevalenti di assistenza risultano consistere ancora nell'erogazione di sussidi e nel ricovero. Se i primi, troppo spesso irrisori e lasciati alla discrezionalità del soggetto erogatore, mantengono il carattere di «elemosina» all'assistenza e creano evidenti situazioni di diseguaglianza tra cittadini in medesime condizioni di bisogno, il secondo rappresenta il principale anello di collegamento tra il settore pubblico e quello privato dell'assistenza. In molti casi, infatti, l'intervento di ricovero, piuttosto che essere effettuato direttamente tramite le strutture pubbliche, viene delegato dietro versamento delle rette, a Enti e Istituti privati, in gran parte a carattere confessionale, e sul cui operato molto spesso non vengono effettuati adeguati controlli: basti dire che, nel 1972, per gestire un Istituto per anziani non è richiesto il rilascio di alcuna autorizzazione, e nel caso di un Istituto per minori è sufficiente ottenere un certificato di idoneità da parte dell'ONMI²⁹.

È proprio questo aspetto di commistione tra «pubblico» (il finanziamento) e «privato» (la gestione) che viene a costituire uno dei punti di maggiore rigidità del sistema, tale da impedire o vanificare l'attuazione di qualsiasi sostanziale modi-

fica. Così, malgrado gli istituti di ricovero rappresentino, a partire dalla seconda metà degli anni '60, lo strumento di intervento più criticato, anche a causa del succedersi delle denunce di episodi di maltrattamenti avvenuti al loro interno su minori, anziani e handicappati (chi non ricorda i Celestini di Prato o il «lager» di Grottaferrata?), essi non subiscono, tra il 1962 ed il 1972, che una lieve flessione, praticamente limitata ai soli istituti di natura pubblica e che determina un ulteriore aumento dell'area gestita dai privati che arriva a comprendere, alla fine del decennio considerato, più della metà delle strutture³⁰.

Nello stesso periodo, inoltre, sebbene si verifichi una diminuzione nel numero medio dei ricoveri, che passa da 7,5 a 5,7 ogni mille abitanti, questa riguarda solo i minori ricoverati negli orfanotrofi e brefotrofi, mentre risultano in aumento, tra gli internati negli Istituti, sia gli anziani che gli anormali e i minorati, in pratica coloro che costituiscono la fascia di popolazione con caratteristiche più difficilmente compatibili con le esigenze di una società industrialmente e capitalistamente sviluppata³¹.

Sempre alla fine degli anni '60 si assiste comunque allo sviluppo, nel settore, di una discreta attività di tipo innovativo, prima ancora che sul piano legislativo, in quello degli interventi, quando vengono avviati in alcuni grossi comuni del Centro-Nord (Milano, Bologna, Firenze) i primi esperimenti di assistenza alternativa al ricovero, come l'assistenza domiciliare agli anziani, e aperti i primi nidi a gestione comunale: tali esperimenti sembrano totalmente affidati però alla buona volontà delle amministrazioni locali, visto che, ad esempio, per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, sebbene esista una precisa direttiva impartita ai prefetti che le assegna la priorità rispetto ad altri tipi di intervento, la spesa relativa risulta a carico degli ECA, la cui inadeguatezza finanziaria è stata ormai associata da tempo.

Peraltro, sono proprio i livelli più decentrati della pubblica amministrazione ad essere investiti per primi dall'ondata di contestazione che si sviluppa dalle lotte studentesche e operaie dal '68-69 e che, dietro la critica alle «istituzioni totali» e agli interventi assistenziali «chiusi ed emarginanti», rivendica interventi deistituzionalizzanti e servizi aperti, in cui i cittadini possano confrontarsi e partecipare direttamente alle scelte politiche e di gestione.

²⁶ Alasia et al., 1975, 124.

²⁷ Camera dei Deputati, 1972, 11.

²⁸ Ivi, 25.

²⁹ Camera dei Deputati, 1972.

³⁰ Bassanini et al., 1977.

³¹ Fonte: ISTAT, nostra elaborazione.

4. I Servizi Sociali

Gli anni '70 si aprono quindi con la prospettiva di una grande trasformazione nella politica assistenziale del Paese, trasformazione che il processo di crescita e sensibilizzazione della coscienza collettiva che si è avviato nella « società civile » esige con forza, e che sembra garantita sul piano politico-istituzionale, dall'attuazione, nel '70-71, delle *Regioni a statuto ordinario*, cui viene demandato il compito di programmare, legiferare e regolamentare tutte le attività di interesse pubblico svolte nel campo assistenziale, sia da soggetti pubblici che privati.

In effetti, soprattutto quando più forti e pressanti si fanno le rivendicazioni dei movimenti collettivi e più teso il livello di scontro sociale, vengono prese, sul piano legislativo, una serie di misure, come l'istituzione, nel 1971, degli asili nido comunali e nel 1975 dei consultori, o la soppressione tra il 1975 e il 1977, di alcuni enti assistenziali inutili ed arcaici, come l'ONMI, gli ECA, i Patronati scolastici e l'AAI, che sembrano costituire un primo passo verso un sistema non più centrato su interventi marginali ed emarginanti come il sussidio e il ricovero, bensì costituito da un complesso moderno e coordinato di servizi sociali pubblici, destinati a coprire una vasta gamma di bisogni.

Con l'introduzione delle Regioni, lo schema di intervento viene infatti ad assumere la connotazione di un « sistema di servizi sociali » in cui, ad un primo livello « nazionale » di definizione dei principi generali, fa seguito un livello « regionale » al quale spetta l'elaborazione della legislazione di attuazione e infine un livello « comunale » a cui va la gestione dell'intervento.

Tuttavia, se tale modello di ripartizione delle responsabilità assistenziali ha in teoria la funzione di arrivare ad una migliore e più razionale organizzazione del settore, in realtà, venendo a mancare un quadro di riferimento più generale, quella famosa legge di riforma dell'assistenza da quasi quindici anni in fase di progettazione, esso non fa che apportare un ulteriore elemento di frammentarietà e deresponsabilizzazione all'intero sistema.

Gli stessi Istituti regionali vengono a porsi, nella maggioranza dei casi, come elemento frenante piuttosto che di stimolo, dell'iniziativa delle autonomie locali, soprattutto nel momento in cui, diventando gli unici responsabili della programmazione, ne svuotano l'attività, appiattendola a una mera funzione operativa³².

Anche le misure di tipo più « innovativo », per il modo in

cui vengono effettivamente attuate, vengono a perdere gran parte della loro potenzialità di rottura, rivelandosi a volte più come strumenti di graduale assorbimento delle rivendicazioni collettive³³, che momenti significativi dell'avvio di una « politica dei servizi sociali » adeguata.

La legge 1044, ad esempio, che istituisce nel 1971 gli *asili nido comunali*, servizio al centro della strategia rivendicativa dell'UDI fin dal 1960, considerando il nido un servizio aperto a tutti i cittadini e con ampie finalità educative e di socializzazione, introduce, indubbiamente, importanti elementi di novità rispetto al servizio fino a quel momento esistente, affidato all'ONMI e ai datori di lavoro privati, e inteso esclusivamente come intervento di assistenza « per supplire alle carenze di singole famiglie, non in grado di provvedere ai bambini inferiori ai tre anni, sia per gravi motivi economici o familiari, sia per l'assenza da casa della madre lavoratrice »³⁴.

Ma, a causa del mancato finanziamento da parte dello Stato e dell'INPS, la legge non vede un concreto avvio se non dopo oltre cinque anni dalla sua entrata in vigore e comunque limitatamente ad alcune regioni centro-settentrionali, impedendo, di fatto, la piena realizzazione delle finalità del servizio, che rimane, per la scarsità di strutture a disposizione, atto a fronteggiare solo particolari situazioni di bisogno.

Inoltre, l'incertezza dimostrata da parte politica nella effettiva attuazione della legge non ha certo favorito l'esprimersi della domanda potenziale del servizio, che a monte di possibili problemi connessi con la qualità dello stesso, è stata sicuramente scoraggiata, oltre che dalle lunghe liste d'attesa, anche dal permanere di un'immagine del servizio di tipo « assistenziale-custodialista ».

Anche quella dei *consultori pubblici* appare una vicenda emblematica. Essi vengono istituiti in un momento cruciale della realtà sociale del nostro Paese, dove, ad opera soprattutto del movimento delle donne, si è acceso un grosso dibattito, politico e culturale, su tutta la tematica familiare. Ma la legge, nata per evidenti esigenze di ordine politico e frutto di un compromesso tra le forze cattoliche-conservatrici da un lato, dirette al recupero e salvaguardia della famiglia, e dall'altro una componente laica attenta principalmente all'educazione demografica, ed una femminista che individua nella donna il soggetto privilegiato del servizio, risulta ambigua nelle finalità e nell'attribuzione dei com-

³² Bassanini et al., 1977.

³³ Ergas, 1982.

³⁴ Donna e diritto, 1978, 113.

piti, oltre tutto troppo vasti per gli esigui finanziamenti assegnati.

Conseguenza di ciò è un servizio consultoriale che appare, in molte situazioni, snaturato in gran parte della sua funzione « sociale », per il prevalere dell'aspetto « medico-tecnico » dell'intervento, probabilmente di più « facile gestione » per l'Ente locale, e che ne fa un servizio scarsamente distinguibile da qualsiasi altra struttura medico-ambulatoriale.

La stessa legge, inoltre, prevedendo ampi finanziamenti per le strutture consultoriali private, ha impedito l'adeguato sviluppo, in particolare in alcune regioni, del servizio pubblico: significativo è il caso della Sicilia, dove nel 1981 su 46 consultori operanti ben 40 sono privati e godono di finanziamento pubblico³⁵; in definitiva, anche in questa occasione non ci si è sottratti dal « rischio di perpetuare la tradizionale tendenza che, nel settore assistenziale, ha sempre privilegiato le strutture private (prevalentemente ad impostazione cattolica) rispetto ai servizi pubblici »³⁶.

5. Il « recupero » del « privato »

Il dibattito politico che si svolge all'interno del settore alla fine degli anni '70 viene a essere monopolizzato proprio dal problema della ridefinizione degli ambiti rispettivamente « pubblico » e « privato » dell'assistenza, dibattito che risulta peraltro già pesantemente condizionato dalle polemiche sorte attorno al problema dello scioglimento degli Enti autarchici previdenziali e assistenziali.

Entrambe le questioni prendono l'avvio dalla legge delega n. 382 del 1975, la quale richiede al governo di completare, mediante appositi decreti di attuazione, il trasferimento alle regioni delle competenze, risorse finanziarie, beni patrimoniali e personale che, sebbene inerenti materie che l'art. 117 della Costituzione attribuisce alle autonomie locali, sono ancora rimasti allo Stato, agli Enti nazionali territoriali o ad altri organismi; per quanto riguarda l'assistenza, la legge di fatto comporta sia lo scioglimento degli Enti assistenziali che delle IPAB, con il relativo trasferimento di beni, patrimoni e personale alle Regioni.

La situazione degli Enti di assistenza, istituiti nel periodo fascista per soddisfare interessi corporativi e clientelari e rimasti all'interno di questa logica anche nel periodo seguente, si pre-

senta al momento dell'approvazione della legge, come paradossale avendo portato a livelli insostenibili il fenomeno della « categorizzazione » degli assistiti: basti dire che gli Enti che si propongono di assistere gli orfani, ammontano addirittura a trenta. Essi si rivelano, inoltre, sulla base dei pur limitati dati ufficiali a disposizione, istituzioni con una scarsissima economicità di gestione, assorbendo le spese di amministrazione fino al 40% delle entrate³⁷.

Malgrado l'evidente irrazionalità di funzionamento, sul problema del loro scioglimento si scatena una dura battaglia condotta principalmente dai centri di potere legati a questi grandi « carrozzoni » parastatali, che opponendo una strenua resistenza alla chiusura dei loro « feudi » fanno sì che il decreto di attuazione della legge delega, il 616 del 1977, aderisca solo in parte ai principi stabiliti dalla stessa legge. Numerosi Enti riescono infatti, con una tecnica che ha del « rocambolesco », a essere esclusi dallo scioglimento: se inizialmente gli Enti da sciogliere risultano essere 74, successivamente diventano 69, per scendere poi a 62 « nelle more intercorse tra la firma del decreto e la sua pubblicazione »³⁸.

È quanto avviene, d'altro canto, anche per le IPAB, il cui totale scioglimento, previsto in una prima versione del decreto, viene successivamente a cadere in seguito alle reazioni avutesi da parte di ambienti democristiani ed ecclesiastici più direttamente coinvolti dall'operazione; sono così escluse dal trasferimento alle Regioni le IPAB aventi carattere educativo-religioso e viene prevista, per quelle che operano su scala multiregionale, una procedura di trasferimento più complessa³⁹.

Malgrado queste concessioni, tuttavia, il decreto è destinato a suscitare vivaci polemiche, in quanto, come nota Ugo Rescigno, viene comunque a smantellare il vecchio sistema assistenziale, per buona parte incardinato proprio sulle IPAB⁴⁰; e dopo quasi 90 anni, precisamente dalle dispute sorte intorno alla legge Crispi del 1890 che pubblicizzava le Opere Pie, il conflitto tra

³⁷ È quanto fa registrare, ad esempio, nel 1976, l'ANNIL, che peraltro risulta aver dedicato alla riabilitazione degli invalidi che assiste meno del 20% delle risorse a disposizione e che inaugura, nel 1977, una sede lussuosa del costo di diversi miliardi. Un altro esempio di « oculatezza di gestione » (!) è offerto dall'ENAGM che nel 1976, mostrando di avere, a fronte di 590 milioni di entrate, 340 milioni di uscite totali, di cui ben 310 per spese di amministrazione, risulta aver fornito nello stesso anno, prestazioni ai propri assistiti per soli 30 milioni (Fausto, 1978).

³⁸ Bassanini et al., 1977, 216.

³⁹ Bassanini et al., 1977.

⁴⁰ Rescigno, 1980.

³⁵ Censis, 1982.

³⁶ *Donne e Diritto*, 1978, 111.

Stato e Chiesa sulle relative attribuzioni in materia assistenziale riprende con forza, assumendo a volte i toni di una vera e propria « guerra di religione »⁴¹.

La vicenda è complicata anche dal fatto che di dati certi sulle IPAB se ne conoscono ben pochi. Da più parti viene infatti lamentata la sostanziale impossibilità a pervenire a una analisi delle loro situazioni patrimoniali nei diversi comuni e Regioni; gli stessi ISTAT e AAI incaricati, agli inizi degli anni '70, degli accertamenti, devono dichiarare: « Allo stato attuale della documentazione non è possibile conoscere né il numero esatto delle istituzioni, né la loro consistenza patrimoniale »⁴².

Tuttavia, proprio in seguito al decreto 616 e ai fini della sua corretta applicazione, partono le prime indagini regionali che con i loro risultati contribuiscono enormemente a smorzare i toni più o meno sfumati della « guerra di religione », per far assumere all'intera questione una chiara connotazione economica.

Sono sufficienti alcuni dati, come quelli provenienti ad esempio dall'indagine condotta dalla regione Lazio, per evidenziare quanto grandi siano gli interessi finanziari che ruotano attorno a queste Istituzioni. Basti dire che 57 IPAB con sede a Roma risultano proprietarie di 36 immobili sedi di attività assistenziali, 38 palazzi e palazzine per uso abitazione, 550 appartamenti per uso abitazione e ufficio, 218 tra negozi, magazzini e garages, 5 chiese, 3 cinema, 3 alberghi, un albergo diurno, due edifici scolastici, 12 terreni urbani; ad accentuarne l'aspetto di potenti apparati economici e finanziari sta il fatto che ben due terzi di queste proprietà risultano controllate dalle 19 istituzioni di maggiori dimensioni⁴³.

Non stupisce, quindi, se si arriva nel 1979 all'emanazione di un onnesimo decreto, il 113, che modificando profondamente il 616, fa cadere buona parte delle polemiche⁴⁴; ad esso viene

⁴¹ Si prenda come esempio l'intervento fatto da Piero Pajardi, Presidente del Tribunale di Milano, al XXIX Convegno Nazionale di Studio dell'Unione Giuristi Cattolici Italiani (UGCI, 1978).

⁴² Margiotta-Broglio, 1978.

⁴³ Dalla stessa indagine si rileva che delle 370 IPAB che nel 1977 risultano esistenti nella Regione, 104 gestiscono Istituti di ricovero, 64 asili infantili e 154 sono IPAB elemosiniere, che distribuiscono, cioè, vitalizi vari; da sottolineare il fatto che per ben 40 « Istituzioni pubbliche » non sia stato possibile ottenere alcuna informazione. Relativamente alle dimensioni economico-finanziarie, 22 IPAB risultano sostenere una spesa annua di oltre 100 milioni, spesa che in due casi arriva a superare il miliardo, corrispondendo ad un patrimonio di oltre 10 miliardi (Di Giacomo, 1978).

⁴⁴ Rescigno, 1980.

ad aggiungersi, nel 1981, una sentenza della Corte Costituzionale che, dichiarando l'illegittimità dello scioglimento delle IPAB interregionali, rimette in discussione la sistemazione di 6.000 Istituzioni sulle quali le regioni avevano già legiferato⁴⁵, ridando vita, nello stesso tempo, ad un sistema di assistenza fondato piuttosto che sul criterio della sicurezza sociale, su quello della carità e beneficenza.

6. Le prospettive per gli anni '80

Per avviare una analisi delle possibili linee di tendenza che nel corso degli anni '80 l'apparato assistenziale del nostro Paese potrà assumere, può essere utile una prima riflessione su quelli che appaiono essere i suoi tratti più rilevanti, riflessione suggerita dal lavoro di ricostruzione sin qui tentato, delle principali fasi di trasformazione attraversate dallo stesso settore dell'assistenza nel nostro Paese.

La costanza, in primo luogo, di alcune caratteristiche quali il ricorso al ricovero o al sussidio come forme prevalenti di intervento, che mantengono alla « assistenza istituzionale » un carattere di marginalità, e una funzione di emarginazione allo stesso tempo, rivela il permanere, all'interno dell'attuale sistema, di un settore che può essere definito « tradizionale » e che prende avvio con la nascita della stessa « assistenza istituzionale », condividendone le prioritarie finalità di controllo sociale.

Nel contempo, principalmente come conseguenza del verificarsi, nella società, di un profondo processo di rinnovamento culturale, è possibile rilevare l'apertura dello stesso apparato di assistenza verso problematiche di nuovo tipo, con la ricerca di soluzioni diversificate e più consone rispetto all'esplicitarsi di una crescente complessità sociale.

In pratica è come se esistessero, all'interno del sistema, due anime tra loro contrapposte che rendono impossibile leggere le sue trasformazioni in termini di percorso univoco, con obiettivi chiaramente individuati e prefissati; esse appaiono, piuttosto, collegate ad un modo di procedere per sollecitazioni successive, con continui ripensamenti e ritorni al passato, determinando situazioni di estrema confusione e contraddittorietà.

È anche alla luce di tali considerazioni che appare problematico azzardare una chiara ipotesi di lettura del quadro che più di recente è venuto ad assumere il nostro sistema assistenziale.

⁴⁵ Fassari, 1982.

Esso mostra di essere un sistema sistemi talmente « privato » di risorse (se non in termini assoluti almeno in termini relativi) e soprattutto in relazione alle dimensioni strutturali che assume, avendo fornito il settore pubblico, nel 1981, prestazioni assistenziali per circa 4.500 miliardi, pari a poco più del 5% del totale delle prestazioni fornite nell'anno dallo stesso settore pubblico per la protezione sociale nel suo complesso.

I trends di spesa relativi agli anni più recenti evidenziano, inoltre, una progressiva perdita di peso dell'assistenza nei confronti degli altri comparti della protezione sociale, e cioè previdenza e sanità; nello stesso tempo, al suo interno si verifica un aumento della spesa per « prestazioni sociali in denaro » (che arrivano a rappresentare il 70% circa delle prestazioni complessivamente fornite) contro una diminuzione in termini assoluti delle spese per il personale, risultando evidente, quindi, l'avvio di un processo di contenimento della spesa per l'assistenza attraverso una minore e più scadente fornitura di servizi⁴⁷.

Il quadro viene, inoltre, ad essere arricchito dai dati riguardanti il fenomeno della istituzionalizzazione che, dopo aver conosciuto un forte rallentamento, in particolare nella componente minorile, mostra, a partire dalla seconda metà degli anni '70, una preoccupante ripresa per tutte le categorie di internati⁴⁸.

Ciò appare essere una diretta conseguenza dei cattivi risultati raggiunti da quel processo di deistituzionalizzazione che, avviatosi alla fine degli anni '60 dietro l'affermarsi di una grossa mobilitazione politica e culturale contro le istituzioni totali, ha rappresentato, in alcuni suoi aspetti, come la chiusura degli ospedali psichiatrici, uno dei momenti più avanzati del fenomeno di rinnovamento dell'intera società italiana.

Tuttavia, la mancanza di una seria ed efficace politica dei servizi sociali sembra aver impedito al processo di avere sbocchi e sviluppi adeguati; così, ad esempio, nei riguardi degli alienati mentali l'intervento ha assunto caratteristiche esclusivamente medico-sanitarie, mentre nei confronti dei tossicodipendenti si è avuta una mera risposta farmacologica, scaricando di fatto i relativi problemi sulle famiglie che, oggettivamente incapaci di offrire risposte adeguate, hanno generato, a loro volta, il formarsi di una nuova domanda di ricovero coatto, richiamando in causa un inesistente interlocutore pubblico⁴⁹.

⁴⁶ Fausto, 1978.

⁴⁷ Fonte: *Relazione generale sulla situazione economica del Paese*, nostra elaborazione.

⁴⁸ Fonte: ISTAT, nostra elaborazione.

⁴⁹ Briola, 1982; Boccia, 1981.

di alcune forze politiche, una vasta campagna intorno alla struttura delle istituzioni segreganti, e che trova un ricco terreno di coltura in un quadro economico e politico che più in generale tende alla riduzione della spesa pubblica attraverso il ridimensionamento della spesa per la protezione sociale.

Il settore dell'assistenza appare, in questa prospettiva, particolarmente debole, principalmente a causa della mancanza di una legge di riforma generale che ne stabilisca chiaramente le linee portanti.

Un esempio delle conseguenze negative che l'inesistenza di una razionale politica dei servizi sociali può avere sul settore è già offerto, peraltro, dal tipo di servizi posti in essere dalla riforma sanitaria, la quale, partita su un'ipotesi di costituzione di « unità di servizi sociali e sanitari », per la riconosciuta necessità di dare un approccio « sociale » al problema medico, ha istituito in realtà un sistema di « unità sanitarie locali » difficilmente integrabile, a causa delle particolari caratteristiche assunte, con i servizi sociali⁵⁰, per i quali si genera il rischio di una progressiva tendenza alla « medicalizzazione » dell'intervento.

Più in generale, appare difficile prevedere sbocchi positivi a quel progressivo arretramento dello Stato dalla sfera assistenziale che viene da più parti auspicato, tramite la ricerca di nuovi spazi all'iniziativa privata. Questa, se non adeguatamente motivata e indirizzata sul piano sociale rischia, infatti, di tradursi, proprio a causa della particolare struttura che assume l'apparato assistenziale del nostro Paese, in un ulteriore ampliamento, al suo interno, di quel settore « privato-istituzionale » che per molti aspetti ne costituisce ancora l'ambito più direttamente legato ad un concetto di assistenza di tipo tradizionale.

⁵⁰ Merusi, 1980.

BIBLIOGRAFIA

- Alasia G. - Freccero G. - Gallina M. - Santanera F., 1975, *Assistenza, emarginazione e lotta di classe*, Milano, Feltrinelli.
- Bassanini M. C. - Lucioni C. - Pietroboni P. - Ranci-Ortigosa E., 1977, *Servizi sociali: realtà e riforma*, Bologna, Il Mulino.
- Boccia M. L., 1981, *Il dramma delle famiglie e le richieste allo Stato*, in « Rinascita », 6 novembre.
- Bricola F., 1982, *Crisi del Welfare State e sistema punitivo*, in « Politica del Diritto », n. 1, pp. 65-75.
- Camera dei Deputati, 1953, *Atti della Commissione parlamentare di Inchiesta sulla Miseria in Italia e sui mezzi per combatterla*, vol. I, Roma.
- Camera dei Deputati, 1972, *Stato e prospettive dell'assistenza pubblica e privata in Italia*, Roma.
- Censis, 1982, *XVI Rapporto sulla situazione sociale del Paese*, Milano, Angeli.
- Cherubini A., 1977, *Storia della Previdenza Sociale*, Roma, Editori Riuniti.
- Di Giacomo M., 1978, *Situazione operativa e patrimoniale delle Opere Pie a Roma, alla vigilia dell'entrata in vigore del decreto di applicazione della 382*, in « Città e Regione », n. 11-12.
- Donne e Diritto*, Lessico politico delle donne, 1978, Milano, Gulliver.
- Ergas Y., 1982, *Allargamento della cittadinanza e governo del conflitto: le politiche sociali negli anni settanta in Italia*, in « Stato e Mercato », n. 6, pp. 429-63.
- Fassari L., 1982, *Lo sviluppo della spesa per la sicurezza sociale e la sua compatibilità con la crisi economica*, in « Previdenza Sociale », n. 2, pp. 377-93.
- Fausto D., 1978, *Il sistema italiano di sicurezza sociale*, Bologna, Il Mulino.
- Gianolio R., 1980, *Assistenza sanitaria ed assistenza sociale: una difficile riforma. Relazione di sintesi*, in Gianolio R. - Guerzoni L. - Storchi G. P. (a cura di), *Assistenza e beneficenza tra « pubblico » e « privato »*, Milano, Angeli, pp. 179-212.
- Guerzoni L., 1978, *Stato moderno e beneficenza*, in « Città e Regione », n. 4.
- Guerzoni L., 1980, *Ambito dell'assistenza e della beneficenza, « stata delle autonomie » e interessi religiosi*, in Gianolio R. - Guerzoni L. - Storchi G. P. (a cura di), *Assistenza e beneficenza tra « pubblico » e « privato »*, Milano, Angeli, pp. 15-36.
- ISTAT, *Annuario Statistico della Previdenza e dell'Assistenza Sociale*.
- Jemolo A. C., 1963, *Chiesa e Stato in Italia negli ultimi cento anni*, Torino, Einaudi (citato in Guerzoni L., 1978).
- Margiotta-Broglio F., 1978, *Le Opere Pie tra Stato delle autonomie e Chiesa delle comunità*, in « Città e Regione », n. 4.
- Merusi F., 1980, *Opere Pie, servizi sociali e riforma sanitaria*, in Gianolio R. - Guerzoni L. - Storchi G. P. (a cura di), *Assistenza e beneficenza tra « pubblico » e « privato »*, Milano, Franco Angeli, pp. 147-55.
- Offe C., 1982, *Ingovernabilità e mutamento delle democrazie*, Bologna, Il Mulino.
- Paci M., 1982, *Onde lunghe nello sviluppo dei sistemi di welfare*, in « Stato e Mercato », n. 6, pp. 345-99.
- Parisi A., 1976, *Regionalizzazione dei rapporti Stato-confessioni religiose e presenza istituzionalizzata della Chiesa nei settori assistenza e istruzione*, in « Città e Regione », n. 6.
- Progetto di programma di sviluppo economico per il quinquennio 1965-1969, in *La programmazione economica in Italia*, a cura del Ministero del Bilancio, 1964, vol. IV (cit. in Bassanini et al., 1977).
- Pullan B., 1978, *Poveri, mendicanti e vagabondi in Annali Storia d'Italia: Dal Feudalesimo al Capitalismo*, Torino, Einaudi, pp. 981-1047.
- Relazione generale sulla situazione economica del paese*, vol. III, « Il lavoro e la protezione sociale ».
- Rescigno U., 1980, *Profili costituzionali del trasferimento delle funzioni in materia di assistenza e beneficenza*, in Gianolio R. - Guerzoni L. - Storchi G. P. (a cura di), *Assistenza e beneficenza tra « pubblico » e « privato »*, Milano, Angeli, pp. 83-111.
- Terranova F., 1975, *Il potere assistenziale*, Roma, Editori Riuniti.
- Unione Giuristi Cattolici Italiani, 1978, *Libertà dell'assistenza*, Atti del XXIX Convegno Nazionale di Studio, in « Quaderni di Iustitia », n. 30.
- Woolf S. J., 1978, *La formazione del proletariato*, in *Annali Storia d'Italia: Dal Feudalesimo al Capitalismo*, Torino, Einaudi, pp. 1049-78.