

## Un'avvertenza

Corre l'obbligo sottolineare che l'Autore nel presentare l'evoluzione delle ideologie che hanno segnato la Sanità Pubblica in Italia non ha inteso svolgere una pura narrazione dei fatti, ma investigare sulla connotazione di classe che ha assunto la sanità pubblica in Italia dall' Unità nazionale.

Il volume è lo sviluppo di una riflessione che dura da decenni sui diritti naturali e sociali di uguaglianza, di giustizia sociale e di solidarietà della persona in quanto individuo e in quanto cittadino che vive la realtà del Paese nei confronti della salute e sul modo in cui le ideologie del potere hanno dispiegato tutta le loro capacità classiste per contrastare tali diritti.

La riflessione ha avuto nel tempo una prima pubblicazione *Il potere assistenziale* (Editori Riuniti, 1975) a cui hanno fatto seguito *Progetto Salute* (La Nuova Italia Scientifica, 1980), *Insanità* (Meltemi, 1998) e *Edilizia & Potere politico* (Alinea, 2011). Il prezzo pagato in termini di vite umane e di salute rubata è il dramma che ha vissuto e che vive la classe operaia e il nuovo proletariato globalizzato. Il riscatto in termini di giustizia sociale è conquistato con lo Statuto dei Diritti dei Lavoratori (L.300/1970) e successivamente con la istituzione del Servizio sanitario nazionale (L. 833/1978). Tali leggi segnano una tappa decisiva nella maturazione dell'opinione pubblica sullo stretto rapporto tra salute e lavoro, tra salute e urbanesimo. Leggi, la prima, lo Statuto, già dismessa per volontà di un governo imbecille, prostrato ai piedi della Confindustria; la seconda, il Servizio sanitario nazionale, in fase di dismissione. È intollerabile per Confindustria e il sistema finanziario della globalizzazione che grandi risorse pubbliche servano per curare le persone malate. Privilegio riservato, secondo tali gruppi di potere, solo a chi se lo può permettere attraverso le Assicurazioni private. Per gli altri, gli esclusi, i perdenti, i reietti provvederà lo Stato a trovare soluzioni che ammortizzino la rabbia sociale.

La Parte I del volume si basa sulla ricerca di materiali elaborati da storici di professione. La Parte II appartiene al vissuto dell'Autore che ha partecipato come militante politico, oltre che come studioso, a definire la questione sanitaria in Italia. La conoscenza dei fatti dall'interno delle sedi politico-istituzionali ha generato nell'Autore alcune considerazioni che possono apparire "sopra le righe" e di questo chiede scusa, se non condivise. Egli non crede nella neutralità dello studioso, bensì nel suo ruolo di "coscienza critica" dell'ideologia dominante. Il dramma che sta vivendo la sanità pubblica, oggi, in Italia è ragione per l'Autore di grande indignazione. Condividere tale indignazione con i cittadini che per il loro stato di salute si trovano o possono trovarsi a vivere la condizione di paziente è il compito di militanza politica che lo scienziato sociale deve porsi. Solo l'impegno politico e professionale è in grado di restituire alle persone i diritti calpestati da un sistema sociale, sia nazionale che mondiale, dominato dall'ideologia neoliberista, sprigionata da un turbo capitalismo privo di qualsiasi etica, che ha reso l'umanità sempre più diseguale e classista.

# Indice

L'Autore e l'Opera  
*Presentazione di Marco Geddes da Fillicaja* pag. XIII

Le disuguaglianze nella salute mondiale. Casi di studio  
*Prefazione di Gavino Macciocco* XXIX

---

**PROLOGO** 1

---

## **PARTE I** **DALL'UNITÀ D'ITALIA ALLA SECONDA GUERRA MONDIALE**

- 1** Ideologie e politica della sanità pubblica dell'Ottocento
- 1.1. Dall'internamento dei poveri alla rivendicazione del diritto alla salute 23
  - 1.2. Proletariato industriale e movimento socialista 26
  - 1.3. Ascesa e miseria della borghesia italiana 32
  - 1.4. L'assistenza per la Chiesa cattolica 34
  - 1.5. Le Società Operaie di Mutuo Soccorso (SMS) 38
  - 1.6. Protezione degli infortuni sul lavoro e nascita della medicina del lavoro 48
- 2** Avanzamento della scienza e innovazione tecnologica
- 2.1. Scienza e cultura medica 61
  - 2.2. Il medico, scienziato e protagonista 63
  - 2.3. L'igiene per la legislazione sociale 69
  - 2.4. L'ospedale. Dall'internamento dei poveri a luogo di cura 72
  - 2.5. Condotta medica e nuovo ospedale. I pilastri della sanità locale 81

<b>3</b>	Fascismo e sanità pubblica	
3.1.	L'impostura sanitaria del regime	pag. 91
3.2.	Le assicurazioni di malattia e il consenso di massa	100
3.3.	L'assistenza tra Chiesa e Regime	110
3.4.	I Medici, tra scienza e opportunismo	113
3.5.	La tubercolosi. Il vanto del Regime	121
<b>4</b>	L'ospedale imperiale	
4.1.	Dall'ospedale dei poveri a struttura per la comunità	133
4.2.	La triade del potere ospedaliero	136
4.3.	Il Piano straordinario di costruzioni sanatoriali	143
4.4.	Il rinnovamento dell'ospedale generale	146

---

## **PARTE II**

### **DALLA RICOSTRUZIONE ALLA MONDIALIZZAZIONE**

<b>5</b>	Dalla medicina corporativa al diritto alla salute (1945-1968)	
5.1.	L'utopia assistenziale nelle Repubbliche partigiane	157
5.2.	La salute nella Costituzione repubblicana	164
5.3.	Il tortuoso cammino verso il diritto alla salute	167
5.4.	Le lotte per il diritto alla salute pubblica	174
5.5.	Le determinanti dell'ideologia assistenziale	178
<b>6</b>	Uguaglianza e universalismo nella nuova sanità pubblica I atto (1969-1989)	
6.1.	Irreversibilità e urgenza del processo riformatore	191
6.2.	Dal modello curativo a quello prevenzionistico.	205
6.3.	Obiettivi di salute della nuova sanità pubblica	209
6.4.	Prevenzione e partecipazione. Questioni di metodo	213
6.5.	Tramonto di un'idea (possibile) di società giusta	217
<b>7</b>	L'attacco dei neoliberalisti al diritto alla salute II atto (1990-2000)	
7.1.	Delegittimazione della sanità riformata	231
7.2.	La I controriforma sanitaria del centro-destra	236
7.3.	La II controriforma sanitaria del centro-sinistra	244
7.4.	Dalla Riforma alle Controriforme	249

<b>8</b>	<b>Il neoliberismo dei poteri forti sanitari</b>	
8.1.	Confindustria e le altre Agenzie del turbocapitalismo	pag. 263
8.2.	Le Corporazioni delle professioni sanitarie	275
8.3.	La Chiesa cattolica tra rinnovamento e tradizione	280
<b>9</b>	<b>Politiche per la dissoluzione della sanità pubblica III atto (2001-2016)</b>	
9.1.	La sanità pubblica del neoliberista gaudente	297
9.2.	La sanità pubblica dell'economista sociale di mercato	317
9.3.	La sanità pubblica dei neoliberisti della grande crisi	330
<hr/>		
	<b>EPILOGO</b>	357
<hr/>		
	Diritto alla salute diritto di cittadinanza <i>Postfazione di Mattia Fumanti</i>	395

# L'Autore e l'Opera

Presentazione di Marco Geddes da Filicaja

Mi sembra utile, nel presentare un libro “difficile”, data l’ampiezza temporale dell’analisi in cui si dà una valutazione della Sanità dall’Unità d’Italia a oggi, e per l’intrecciarsi di puntuali riferimenti legislativi, storici e di cronaca con l’esplicitazione della propria visione politica ed etica, una qualche riflessione non solo sull’opera, ma anche sull’Autore.

## ***L’Autore***

Ferdinando Terranova non si sottrae all’incombenza di offrire qualche sintetica informazione sulla sua biografia e di evidenziare il personale punto di vista, in riferimento alla propria formazione ideologica. Lo fa nella “Nota Biografica” in coda al testo, ma anche nella “Avvertenza” dove dichiara che ha inteso «[...] investigare sulla connotazione di classe che ha assunto la sanità pubblica in Italia dall’Unità nazionale [...] Il volume è una riflessione [...] sui diritti naturali e sociali di uguaglianza, di giustizia sociale e di solidarietà della persona in quanto individuo e in quanto cittadino che vive la realtà del Paese [...] e [su] come le ideologie del potere hanno dispiegato tutte le loro capacità classiste per contrastare tali diritti». Anche all’interno dei capitoli si richiama l’attenzione del lettore sulla distinzione fra l’esposizione di fatti, problemi, norme, posizione dei diversi “attori” del contesto politico e sociale e la valutazione personale, facendo ricorso, con prudente gentilezza, ad affermazioni quali: «è opinione dell’Autore», «[...] risente sicuramente dell’ideologia dell’Autore», etc.

La rilevanza e, forse per molti lettori, la particolarità delle considerazioni dell’Autore,

meritano tuttavia, da parte del Presentatore, una qualche riflessione sulla sua persona, al fine di comprendere e di apprezzare l'opera che vi accingete a leggere.

Partirò da una personale annotazione. Non ricordo quando ho conosciuto Ferdinando Terranova, ma ho letto, nel 1972, appena laureato, il libro da lui scritto insieme con Giovanni Berlinguer. Tale testo trattava del problema della mortalità infantile in Italia e mi aveva colpito il titolo *forte*, di risonanza neotestamentaria: *La strage degli innocenti*. Un atto di accusa che si apriva con questa dichiarazione: «Non vi sono statistiche dell'epoca: ma quando Erode “si adirò gravemente, e mandò ad uccidere tutti i maschi ch'erano in Betlemme e in tutto il suo territorio dall'età di sue anni in giù” (Matteo, 2, 16), sterminò certamente meno innocenti di quanti ne muoiono in un solo anno, in Italia: circa tremila da un anno in giù, maschi e femmine» [1]. Affermazione che non poteva non apparire, a me neolaureato, assai sorprendente poiché nelle aule dell'Università, mi ero convinto che le acquisizioni e i progressi della scienza medica fossero di per sé salvifici ed equi.

Eppure non si trattava di un libello polemico; il testo infatti non procedeva con dichiarazioni ideologiche, ma era articolato in una serie di capitoli (e paragrafi) densi di informazioni, dati, grafici e un'ampia bibliografia, che si titolavano come segue: “Le cifre”, “Le variabili sociali”, “Le cause”, “Le responsabilità” e si concludeva con un capitolo intitolato: “Un programma di lotta”.

In quest'ultimo capitolo i ritardi nella riduzione della elevata mortalità infantile erano attribuiti all'attenuarsi di quello sforzo programmatico e progressista che aveva caratterizzato i primi anni Sessanta, con l'impegno di costruire – come recitava il Piano sanitario predisposto dalla Commissione Nazionale per la Programmazione Economica – 20.000 asili nido e di facilitare l'accesso delle donne al lavoro in situazione di sicurezza. Si elencavano inoltre i ritardi nell'attuazione di un Servizio sanitario nazionale, che il *Progetto 80* [2], a cui Terranova aveva collaborato quale ricercatore del Settore Sanitario, individuava quale strumento per realizzare «la tutela della salute e [...] la rimozione delle cause generali e specifiche che determinano la presenza di malattie direttamente influenzate dal progresso tecnico e dalle condizioni di vita e di lavoro [...]» [3].

Con Ferdinando Terranova ci siamo incontrati spesso, nei decenni successivi, fino a una assidua collaborazione quando lui, in qualità di Direttore del Dipartimento ITACA, ha organizzato per più anni accademici un Master di II livello in “Architettura per la Salute” rivolto ad architetti e ingegneri dei Paesi in via di sviluppo o emergenti, che si sono tenuti a Roma e in Guatemala. Solo grazie alla sua bonaria inflessibilità e costanza è stato possibile realizzare una collaborazione con il Ministero degli Affari Esteri finalizzata a preparare, nel settore della programmazione ed edilizia sanitaria, professionisti e classi dirigenti di tali Paesi.

In queste occasioni di insegnamento emergeva la sua personalità, con le riflessioni politiche ed etiche esplicitate – in misura assai più estesa ed articolata – in questo testo.

Se si chiedesse a Terranova se lui crede alla lotta di classe penso che risponderebbe che non si tratta di un atto di fede, ma che essa esiste, come la legge di gravità! In sostanza, anche se il conflitto fra le classi non è, per l'Autore di questo libro, la sola forza motrice della storia – di cui sono evidenziati nel testo altri elementi propulsivi – egli ritiene che questo conflitto sia determinante nel migliorare le condizioni dei lavoratori e la costruzione dello Stato sociale. Terranova è quindi un vetero-marxista, intendendo ciò non in senso ideologico, ma nel senso di un marxista arrivato alla soglia degli ottanta anni, il quale dall'alto della sua età è pragmaticamente preoccupato che i vecchi diritti conquistati nel Novecento vengano cancellati e che non vi sia un'iniziativa forte per affermarne di nuovi.

Quanto sopra riportato è sostanzialmente un breve plagio tratto da uno scritto [4] di Giovanni Berlinguer che riferisce della risposta («la lotta di classe è come la legge di gravità») data da Vicente Navarro, professore di politiche sanitarie alla Johns Hopkins University di Baltimora, alla commissione che lo esaminava per attribuirgli la cattedra all'Università di Barcellona e che riporta poi il punto di vista dello stesso Berlinguer, il quale si autodefinisce, con l'humour che lo caratterizzava, «un vetero-marxista, [cioè] [...] indubbiamente un marxista piuttosto anziano» [5].

Penso che Terranova condivida questa breve sintesi dei suoi orientamenti ideali, che io gli attribuisco.

Ritengo quindi che sia utile esplicitare nella presentazione, per affrontare questa lettura, l'ottica dell'Autore, proprio per accettarne il punto di vista e porsi chiaramente in una posizione di costruttivo confronto, possibile solo se si comprende l'orizzonte a cui Terranova fa riferimento, l'ampiezza dei territori che intende esplorare e l'insieme degli attori che chiama in causa. È su questo terreno che il lettore, che vuole conoscere – o anche controbattere – le esplicite posizioni dell'Autore, dovrà confrontarsi.

Terranova di fronte a una letteratura e a una informazione relative alla Sanità pubblica, ovvero alle politiche sanitarie italiane, realizzata – per utilizzare una metafora fotografica – con la Polaroid e conseguenti *slide* che ci illustrano cosa si farà da ora alla prossima manovra finanziaria, usa un apparecchio che utilizza più obiettivi, sia il grandangolo, che lo zoom: dal microscopio al cannocchiale.

Ne emerge quindi un testo complesso, in cui le due ottiche, profondità temporale dei percorsi storici e ampiezza della visione politica e sociale, si intrecciano. Vi è, quale filo rosso della riflessione, la convinzione, maturata da tempo da parte dell'Autore, come scriveva già venti anni orsono, che «[...] la sinistra non esiste più come portatrice di valori e ideali di giustizia e di rinnovamento, perlomeno quella che s'identifica con i suoi partiti storici rivisitati dopo la fine del bipolarismo mondiale [...] Oggi la questione sanitaria è il collante della comunità nazionale. Le sue finalità sono quelle elaborate e conquistate nel corso di secoli di lotte sociali per una società più giusta» [6].

### L'Opera

In questa presentazione, che non intende essere sintesi o recensione, mi limiterò a raccogliere qualche spunto del lungo itinerario di analisi svolto da Ferdinando Terranova.

Nella formazione dello Stato unitario si confrontano e si fronteggiano posizioni contrapposte: quelle delle ricostituite monarchie dopo la Rivoluzione francese, nelle quali le norme relative all'aiuto dei poveri vengono reinterpretate solo come legittimazione di un intervento repressivo contro il vagabondaggio e la mendicizia e quelle illuministiche che erano presenti nella Rivoluzione francese, tradita dai borghesi (secondo la visione marxista condivisa, credo, dall'Autore).

Nella seconda metà del Settecento, essenzialmente in Francia, si era infatti ampiamente sviluppata una riflessione che aveva portato a ripensare l'assistenza, in particolare nelle strutture ospedaliere, secondo due scuole di pensiero: da un lato si afferma l'ipotesi di abbandonare la concezione dell'ospedale come luogo di ricovero per i poveri, riorganizzandolo secondo concezioni "moderne" (quale macchina per guarire, "*machine à guérir*", secondo la definizione di Jacques Tenon), dall'altro lato si affaccia il più radicale pensiero "utopico", secondo cui l'ospedale doveva sparire, come era stata abbattuta la Bastille: «Mettete sopra le entrate di questi asili (gli ospedali) una iscrizione che ne annuncia la prossima scomparsa. Che se, a rivoluzione ultimata, avremmo ancora degli infelici fra di noi, – affermava il rivoluzionario Guislain Le Bon – ciò vorrà dire che la nostra attività rivoluzionaria è stata vana».

Le due posizioni, scaturite l'una dalla restaurazione e l'altra dal pensiero illuminista, permangono, con andamenti carsici, nel dibattito sanitario europeo e in quello italiano, il cui orizzonte di riferimento culturale e scientifico, alle soglie dell'Unità d'Italia, è rappresentato prevalentemente dalla cultura medica francese, sia per motivi politici (l'alleanza con Napoleone III), sia per affinità culturali e linguistiche, in particolare nell'area piemontese. Negli scritti di Mazzini, Garibaldi, Cavour vi sono osservazioni sulle questioni sanitarie – come afferma l'Autore – ma diluite nell'ambito di una riflessione generale sulle tematiche sociali nel loro complesso.

Assai rilevante è inoltre la presenza di medici che prendono parte ai moti rivoluzionari, alle guerre risorgimentali e all'impresa dei Mille, sotto la guida di Garibaldi. Non si tratta solo di un'annotazione biografica nella carriera di alcuni eminenti medici italiani, ma di un dato che caratterizzerà la loro vita pubblica in un "*cursus honorum*" che li conduce fino al Senato del Regno o a incarichi ministeriali e addirittura alla presidenza del Consiglio (il medico Carlo Luigi Farini).

Queste esperienze dell'età giovanile vissute da molti medici nel corso della realizzazione dell'Unità nazionale, e la loro conseguente formazione politica e ideale, caratterizzerà anche il dibattito sanitario, come si evidenzia, ad esempio, nel Secondo Congresso Medico Internazionale [7], tenuto nella neo-capitale, Firenze, nel 1869 (il Primo si era tenuto a Parigi nel 1867), nel quale fu riservato ampio spazio alle patologie di rilievo sociale: il paludismo (malaria), le malattie veneree, la miliare (tu-



bercolosi), la mortalità dei fanciulli nelle città manifatturiere e dei modi di rimediarli. Vengono trattate inoltre altre tematiche sociali, quali: la salubrità delle varie nazioni europee, la realizzazione degli Ospizi marini per la cura della tubercolosi infantile illustrati dal loro promotore Giuseppe Barellai; l'organizzazione di soccorsi a domicilio; la "questione ospedaliera" con l'indicazione di realizzare piccoli ospedali e di abbandonare le antiche e insalubri strutture; la promozione della cremazione, pratica laica caldeggiata con toni anticlericali.

Siamo peraltro alle soglie del 20 Settembre 1870 (presa di Roma) e di una legislazione che investirà le Opere Pie, capillari strutture di azione e influenza del clero cattolico, introducendo il principio di un'efficace sorveglianza e controllo da parte dello Stato italiano su ogni istituzione presente nel territorio nazionale.

Ma l'intendimento non è certo volto alla promozione della salute e della autonomia dell'assistito, ma a creare, o potenziare, «[...] un'arma potente contro ogni forma di attività improduttiva, e in particolare il vagabondaggio, la miseria, l'ozio e l'ignoranza» [8].

L'intreccio dei due filoni di pensiero e dei due schieramenti politici porta ad alternanti prevalenze dell'uno o dell'altro sullo sfondo di uno scenario economico e sociale sottosviluppato rispetto ad altre realtà europee, quali Francia, Inghilterra e Germania, ma in particolare si scontra con un dato permanente nella nostra realtà nazionale, l'arretratezza del Meridione. Una costante che leggiamo nell'arco di tempo in esame in questo libro, testimoniato da storici e cronisti e su cui l'Autore richiama l'attenzione in riferimento all'attuale situazione sanitaria. Questo problema politico, sociale ed etico ha avuto saltuarie attenzioni da parte del nostro Stato ed è ora totalmente assente dall'agenda politica.

Alle soglie dell'unità nazionale Cesare Balbo offre un sintetico affresco della realtà meridionale: «Scarsi i commerci, scarsissime le industrie, arretrata l'agricoltura, poche le strade, pochissime le vie ferrate, piccoli e quasi abbandonati i porti, quasi inesistenti le scuole [...] E la vita morale era caratterizzata dal basso livello di istruzione (l'analfabetismo raggiungeva la cifra spaventosa del 78%), dai pregiudizi di un clero ignorante e corrotto e di una nobiltà oziosa e prepotente. Se nell'Italia settentrionale e centrale si manifestavano le energie di una classe media urbana, in gran parte residuo di una antica prosperità del tutto divelta ed ora rinascente, nel mezzogiorno regnava uno squallore spaventoso, contrassegnato da un'agricoltura primitiva, dall'isolamento completo dei vari centri, dalla malaria e dalla superstizione» [9].

Alla fine della Seconda guerra mondiale la situazione appare «[...] allo stremo: quasi totalmente distrutta la poca industria esistente, da sempre povera e ora disastrosa l'agricoltura, gli aiuti degli Alleati ridotti – come essi stessi affermano – “al minimo necessario per tenere l'Italia in vita”. Si aggiunga il diffondersi di illegalismi e rivolte locali, lo sfacelo dei controlli su produzione e distribuzione, il dilagare di un'inflazione [...]» [10].

Ora – con riferimento alla questione sanitaria – l'Autore evidenzia «[...] il Paradiso sanitario delle Regioni del Nord, quella dell'Inferno sanitario delle Regioni del Mezzogiorno d'Italia e, infine, quella del Limbo delle Regioni del Centro Sud, tra ex Stato della Chiesa e Stato Borbonico (Lazio, Abruzzo e Molise)». Nell'intreccio dei due filoni di pensiero, liberale e conservatore, a cui abbiamo fatto riferimento, irrompe l'ideologia contenuta nel Manifesto del partito comunista di Marx ed Engels «[...] portatore dei diritti umani (dignità e liberalità), sociali (uguaglianza e solidarietà) e civili (suffragio universale e giustizia sociale) dei popoli. È l'utopia con la quale si sconfigge la povertà».

L'Autore segue quindi questo filo rosso che, a sua volta, si intreccia con i prodromi della struttura mutualistica, le Società di mutuo soccorso: un rimedio che la borghesia concede e prospetta, fino a quando prevale l'indirizzo moderato e l'estraneità alle questioni politiche e sindacali, ma che rappresenta purtuttavia una forma di cooperazione e mutualità, l'opposto della beneficenza, e inevitabilmente terreno di sviluppo di un'autonoma aggregazione della nascente classe operaia<sup>1</sup> [11]. Mi pare che, sia nello schieramento operaio e socialista (e nei molti medici che sono vicini o partecipi di tale area politica e sociale) sia da parte dello Stato, vi siano orientamenti alternanti in merito al binomio autonomia-controllo pubblico delle Società di mutuo soccorso e di altre forme associative in ambito sanitario e previdenziale. Da un lato vi è, da parte degli associati, una volontà di autogestione e di indipendenza, ma contemporaneamente la consapevolezza che l'assenza di un intervento statale, sul piano economico e normativo, rappresenta un limite operativo, un elemento di incertezza e un pericolo per la sopravvivenza dell'istituzione (molte Società di mutuo soccorso falliscono), e un segno di disinteresse da parte delle classi dirigenti. Sul fronte opposto anche lo Stato è ondivago e incapace di attuare, come ad esempio in Germania, un orientamento organico in fatto di assistenza e previdenza: tardivo nell'intervenire, timoroso di esporsi anche economicamente e di contrarre – per così dire – obblighi in tale ambito; desideroso tuttavia di normare al fine di controllare. Così si emana tardivamente una legge di riconoscimento e sostegno delle Società di mutuo soccorso (1886), con vantaggi attuariali e finanziari, che non dissolve certo la diffidenza e la volontà di autonomia degli associati se, dopo quasi dieci anni, solo il 17% delle associazioni appartengono a quelle “riconosciute” [12]. Le brevi annotazioni qui riportate non intendono ripercorrere e chiosare il periodo esaminato da Ferdinando Terranova, ma richiamare l'attenzione del lettore su un elemento che caratterizza lunghi periodi della nostra storia: l'incapacità di dare continuità a un processo attraverso la ricerca e la conquista di un equilibrio fra posizioni ideali e interessi diversi; di conseguenza le azioni, la durata dei provvedimenti assunti, la vita stessa di molteplici organismi e istituzioni in ambito culturale, economico e scientifico, risultano sempre assai brevi, non tanto e non solo per la durata in cui espletano la loro funzione o la loro efficacia (anche se – come ormai noto – il tempo è “relativo”), ma per la lentezza dei processi decisionali e attuativi.

Emblematica la questione tubercolare, che esemplifica anche le politiche statali in un'epoca di notevole crescita dell'Italia: l'età giolittiana. «La tbc cresce – come affermava il socialista Ausonio Zubiani – parallelamente allo sviluppo della moderna civiltà industriale» [13]. «Le professioni che obbligano gli individui a vivere in ambienti ristretti e mal ventilati sono quelle che favoriscono lo sviluppo della tisi» [14]. Ma la più lucida analisi delle cause della tubercolosi viene pronunciata non da un medico, ma da un uomo di Stato: «Tutto ciò che noi facciamo per migliorare le condizioni economiche, il modo di vita delle classi inferiori e più misere, – afferma Giovanni Giolitti alla Camera dei Deputati nel marzo del 1904 – è la più efficace cura della tubercolosi, perché è la cura preventiva quella che impedisce il diffondersi di questa malattia» [15].

Un'affermazione coerente con una politica che intende offrire un qualche spazio alla rappresentanza delle classi popolari, ma che vuole essere un'invalicabile barriera all'impegno statale nel curare tale infermità nel timore del “piano inclinato”, con conseguenti problemi di bilancio derivanti da un eventuale coinvolgimento dello Stato «[...] nel curare una infinità di altre malattie di simil genere» [16]. Questo “Riformismo senza riforme” come lo ha definito lo storico Tommaso Deti, perdura sino al Primo dopoguerra, quando diventa necessario dare una qualche risposta assistenziale alle masse, prevalentemente agricole, che avevano dato un grande contributo allo sforzo bellico.

L'avvento del fascismo, a mio parere, segna una svolta in termini di impegno dello Stato e di efficienza nelle iniziative che vengono assunte. La Nazione conosce e attraversa rapidamente la fase centralistica, autoritaria, per approdare a quella dittatoriale. Il Duce, quale medico al capezzale della Patria, afferma: «Io, che ho il polso della Nazione, che ne conto diligentemente i battiti [...]» [17].

Viene intrapresa una politica di intervento nell'ambito dell'edilizia ospedaliera e delle grandi patologie: malaria, sifilide, tubercolosi.

La politica ospedaliera si realizza attraverso ampliamenti e riorganizzazioni, ma anche con la costruzione di importanti nuovi ospedali.

La cultura architettonica e igienistica permette di attuare opere di indubbio rilievo: il Policlinico Niguarda di Milano, L'Ospedale civile di Brescia, il Cardarelli di Napoli [18].

In molti casi l'attenzione è rivolta prevalentemente alla qualità estetica e alla magnificenza delle parti pubbliche, dei locali di rappresentanza, degli edifici destinati all'amministrazione, con ricchezza di apparati, diffuso utilizzo del marmo, un'accentuata spettacolarità delle facciate e degli accessi. Il Regime celebra a Roma, nel 1935, le realizzazioni in una Mostra degli ospedali italiani; la copertina del catalogo [19] riporta in oro la *M*, lettera iniziale della parola Mostra, con chiaro riferimento alla *M* mussoliniana. Parallelamente alla rispondenza a tali esigenze estetiche e propagandistiche è presente, negli interventi edilizi più avanzati, un'attenzione alle problematiche impiantistiche, ai percorsi igienicamente appropriati, all'utilizzo dei trasporti verticali resi possibili dallo sviluppo delle tecnologie; una conoscenza delle soluzioni adottate in Germania e negli Stati Uniti, sia in riferimento al *layout*, come

si usa dire attualmente (collocazione delle sale operatorie, ampiezza di finestre e terrazze), sia all'uso di tecnologie avanzate, quali il condizionamento dell'aria [20]. Ma è nella sanità pubblica, nel risanamento urbanistico e nella lotta alle grandi patologie che l'iniziativa e la retorica del regime espleta principalmente la propria azione. Lo storico della scienza Robert Proctor ha scritto: «[Bisogna prendere] [...] in considerazione la complicità della scienza sotto il fascismo, ma anche la complessità della scienza durante il fascismo. Come il fascismo abbia soppresso certi tipi di scienza, per esempio eliminando ebrei e comunisti, ma anche come gli ideali fascisti abbiano incoraggiato orientamenti della ricerca e stili di vita sorprendentemente simili a quelli a cui noi potremmo aderire oggi» [21].

Oggetto di studio di Proctor era il nazismo, ma le analogie di questo con il fascismo italiano sono evidenti e con quei sistemi che Umberto Eco definiva, indipendentemente da Paese e forme giuridiche, l'Ur-fascismo [22]. Una politica efficiente, abbiamo affermato, ma una politica raramente efficace.

Sulla malaria vi sono stati indubbi successi, con la riduzione dei decessi, anche quale risultato delle politiche liberali precedentemente intraprese. Tuttavia nel 1922 vi erano stati 4085 decessi per tale patologia ed è innegabile che nei successivi tre quinquenni, anche a seguito delle bonifiche, la mortalità decresca progressivamente a 3183, poi a 2658 e infine a 955. L'enfasi, con cui i successi vengono presentati, è talora grottesca: «Però –come afferma Giorgio Cosmacini – vi si sente lo slancio, il valore imperfetto, di cambiare un'antica realtà» [23].

La lotta alla tubercolosi può anch'essa essere riesaminata quale cartina di tornasole della politica di sanità pubblica operata dal regime. Lo Stato prende l'iniziativa nella realizzazione dei sanatori, con elementi architettonici di assoluto pregio. A tale tematica l'Autore rivolge la sua attenzione, sottolineando la validità delle raccomandazioni etiche e progettuali predisposte da Eugenio Morelli, che Terranova riporta, anche per la sua competenza e interesse in ambito architettonico. Si tratta di un intervento centralista, fortemente dirigista, come avviene anche in ambito urbanistico, con intenti ideologici e propagandistici, esaltatori del regime e dell'Impero, messi in atto in tante città d'Italia, ed emblematicamente a Roma.

Si tratta di interventi urbanistici che hanno anche una valenza o un intendimento igienico, come esplicita la propaganda fascista nella formula «il piccone demolitore e risanatore». Si attua così la demolizione della spina dei borghi e la "liberazione" di piazza San Pietro e del colonnato del Bernini.

Si tratta di demolizioni e sventramenti che caratterizzeranno il periodo fascista? Ma anche nella seconda metà dell'Ottocento vi erano stati imponenti sventramenti, a Firenze e a Napoli! Non solo: anche il centro di Firenze, aveva subito imponenti sventramenti!

Si attuano trasferimenti di famiglie da case fatiscenti in nuove periferie o vere e proprie deportazioni in *non luoghi*, destinati a trasformarsi nei quartieri periferici privi di identità e di servizi?

Tuttavia sono questi gli anni nei quali si realizzano, fra l'altro, la Stazione Termini,

l'Università della Sapienza, Cinecittà, il quartiere dell'Eur, con la partecipazione diretta o indiretta di architetti e ingegneri quali Giuseppe Terragni, Pietro Aschieri, Gustavo Giovannoni, Alberto Libera, Marcello Piacentini, riuniti nel Gruppo Urbanisti Romani – GUR, il cui apporto alla città non fu certo mediocre!

Si concludeva in questi anni, a mio parere, con l'assunzione dei Piani Regolatori (a Roma nel 1931) quella lunga dialettica fra igienisti e urbanisti per il governo della città, che riguardava il tema delle abitazioni, dell'orientamento delle strade, della fornitura di acqua potabile, dell'allontanamento dei rifiuti, della regolamentazione della distanza fra gli edifici e della loro altezza, dando a tutta questa materia una valenza non solo estetica e funzionale, ma anche igienica. Una conclusione, a favore degli urbanisti, di un confronto iniziato in Italia nel 1884-85, con gli interventi di risanamento di Napoli dopo l'epidemia di colera che aveva causato nella sola città oltre 7.000 morti [24].

Ma, ritornando alla lotta alla tubercolosi, quale esempio di strategia sanitaria di tale periodo, e applicando quale criterio di giudizio i due parametri tipici delle valutazioni sanitarie, possiamo affermare che la politica fascista fu indubbiamente *efficiente*, ma assai poco *efficace*. Efficiente quindi nel realizzare strutture, spesso bellissime, quali i sanatori e nel mettere a disposizione strumenti e professionalità. Ma l'effettivo successo delle strategie di lotta alla tubercolosi era dipendente da due fattori. Il primo elemento consisteva nella efficacia insita negli strumenti di prevenzione e cura adottati e lo sforzo del Regime si concentrò, in larga parte, nella realizzazione dei sanatori. Tuttavia la reale efficacia di tale "terapia ambientale e di regime di vita" è stata messa in discussione da alcuni studiosi, in base alla valutazione dei risultati della lotta antitubercolare attuata in Giappone, dove lo sviluppo di sanatori ebbe la massima diffusione e in cui la mortalità per tubercolosi continuò a crescere fino agli anni Quaranta evidenziando come le iniziative preventive e assistenziali erano meno importanti delle condizioni di vita e di lavoro [25]. Questa constatazione ci pone evidenti dubbi per la realtà italiana, considerando anche il fatto che la realizzazione dei sanatori avvenne in ritardo rispetto a quanto attuato in altri Paesi europei cosicché questo "strumento terapeutico", seppure dotato di una qualche efficacia, non ha avuto certo modo di espletarla. Si consideri inoltre il notevole sbilanciamento in termini di costi/benefici, tenuto conto del rilevante impegno economico sostenuto per la loro costruzione. Un solo esempio chiarificatore: il più grande sanatorio d'Europa, il villaggio Morelli, fu realizzato a Sondalo. I primi malati, in conseguenza dell'inizio dei lavori, dei tempi di realizzazione e dello scoppio della Seconda guerra mondiale, furono accolti solo nel 1946 e la totale apertura avvenne nel 1949 [26]. Nel giro di pochi anni questa, e tante strutture analoghe, risultarono inutili per la diffusione di terapie antitubercolari efficaci: la Streptomycina (isolata nel 1943 e messa in commercio nel 1947); l'acido para amino salicilico PAS e il più specifico farmaco Isoniazide (commercializzato dalla Roche come Rimifon nel 1952). Così – con la caratteristica della "brevità" propria della funzionalità delle strutture e delle organizzazioni messe in atto in Italia – ci ritroviamo con edifici grandiosi, in

località che ne rendono difficile il loro utilizzo e che conseguentemente permangono in stato di abbandono.

Il secondo fattore, certo più rilevante, veniva ben esplicitato negli anni Settanta del secolo scorso dallo storico della medicina Thomas McKeown, mostrando l'andamento della mortalità per tubercolosi in Inghilterra e Galles dal 1838 al 1970. Tali dati evidenziavano un decremento in larga parte precedente – e quindi ovviamente indipendente – dalla stessa identificazione del batterio, dalla assunzione di specifici provvedimenti e dalla scoperta degli antibiotici. La progressiva riduzione della mortalità veniva pertanto messa in relazione al miglioramento delle condizioni economiche, alle norme sul lavoro minorile, al controllo degli alimenti (il latte) e alla loro disponibilità, alla riduzione del sovraffollamento abitativo e ai progressi dell'igiene urbana [27]. Appare quindi evidente – e l'Autore concorderà con questa riflessione – come in un regime dittatoriale, con l'abolizione di ogni rappresentanza dei lavoratori e dei loro diritti, le condizioni del popolo peggiorarono, gli orari di lavoro si fecero più pesanti, i ritmi e le condizioni di lavoro divennero massacranti; infine la politica autarchica soffocò il Paese e la guerra, intrapresa al fianco della Germania, fece precipitare la situazione. In altri termini, interpretando il pensiero e l'espressione di Ferdinando Terranova, non è “operando per il popolo”, ma “con il popolo” che è possibile (almeno in Occidente?), quel progresso civile e sociale, che è precondizione per proteggere e promuovere la salute.

Nell'immediato secondo dopoguerra assistiamo ad alcune preliminari proposte di riforma dell'organizzazione sanitaria. Ciò che meraviglia, ritornando a questi documenti in larga parte dimenticati, è l'attenzione che viene posta a una tematica che poteva sembrare marginale in un Paese da pochi mesi liberato dai nazifascisti. Il 15 Settembre 1945 il Comitato di liberazione nazionale del Veneto dà mandato alla Consulta di sanità [28] di mettere a punto i Lineamenti della nuova organizzazione sanitaria [29]. Anche in questa occasione, come nei periodi più avanzati della costituzione dello Stato unitario, assistiamo ad un convergere di personalità che univano una profonda cultura scientifica con un impegno nella lotta di liberazione: l'igienista Augusto Giovanardi e, in particolare, la mitica figura del farmacologo Egidio Meneghetti, pro-rettore a Padova di Concetto Marchesi e geniale organizzatore militare della Resistenza veneta [30]. Gli intendimenti progressisti e riformisti ricordano quelli emersi nel Risorgimento da tanti medici e scienziati che avevano partecipato alle lotte per l'Unità d'Italia. «Era parso rinascere allora dalle macerie della guerra l'entusiasmo degli antichi igienisti, con la coscienza di dover contribuire attraverso la costruzione di un moderno e completo sistema sanitario, non burocratico, ma decentrato e partecipato, alla realizzazione del nuovo stato democratico» [31]. E che la tutela della salute e l'organizzazione di un completo sistema sanitario rappresentino un elemento fondamentale e imprescindibile per definire “democratico” uno stato è certo convinzione di Ferdinando Terranova ed è uno dei *Leitmotiv* del suo libro. Ma si tratta di una breve stagione; idee e proposte si diluiscono nei successivi decenni in una estensione, certo ampia, ma diseguale, frammentaria e spesso clientelare, di

un sistema mutualistico. Una visione organica e riformista viene tenuta in vita, sotto traccia, da qualche economista che darà vita al *Progetto 80* e da alcune "isole di igienisti", quali quella dell'Università di Perugia intorno ad Alessandro Seppilli [32]. Una spinta risolutiva verrà dalle Confederazioni sindacali e da un più vasto movimento politico e civile a partire dalla fine degli anni Sessanta.

La Riforma sanitaria del 1978 istituiva il Servizio Sanitario Nazionale; fu il risultato di ampie lotte sindacali e politiche, che ponevano in discussione non solo come produrre, ma anche dove produrre e cosa produrre [33], in una visione generale della società che metteva all'ordine del giorno il tema delle Riforme quale risposta alle domande di una democrazia di massa. A ciò si aggiungeva il collasso del sistema mutualistico, a controprova che la paura dei costi conseguenti alla Riforma era ingiustificata [34]. La sua approvazione fu dovuta anche a una convergenza fra la parte progressista della DC (Tina Anselmi) e alcune Regioni [35], fra cui in particolare il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, con l'Assessore alla sanità Giorgio Vestri, e una parte della dirigenza del PCI, con l'impegno diretto di Giovanni Berlinguer, che ne aveva delineato i tratti fondamentali da oltre un decennio [36]. Interessante il resoconto "dall'interno" che ne fa Ferdinando Terranova, quando ricorda che il leader democristiano Andreatta sollevò, con ben 500 emendamenti, la questione della sostenibilità economica del servizio sanitario che era in discussione al Parlamento. In questa sua iniziativa fu sostenuto, in modo tacito, secondo i ricordi dell'Autore che assistette ad alcuni dibattiti interni al Partito, da quella parte del PCI che faceva capo alla Sezione economica, allora diretta da Giorgio Napolitano e da Gerardo Chiaromonte. Era un accordo tacito, teso a dimostrare l'insostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale sia sotto il profilo economico, ma soprattutto per le inimicizie e i conflitti che si potevano aprire con le *lobby* che ruotano attorno alla sanità. Le posizioni della Sezione economica del PCI ricordano le preoccupazioni che agli inizi del Novecento esprimeva il Presidente del consiglio Giovanni Giolitti, precedentemente riportate, di un eccessivo coinvolgimento dello Stato nella cura delle malattie e del conseguente carico economico che ne sarebbe derivato.

Anche in questa occasione la stagione riformista durò per un tempo limitato. Il clima politico cambiò rapidamente e la attuazione della riforma fu affidata a un nuovo Ministro, Renato Altissimo, esponente dell'unico partito, il Partito Liberale, che aveva votato contro la Riforma.

Era come affidare il formaggio al topo!

Ma non fu questo il solo elemento che rallentò l'attuazione della Riforma e ne mise in discussione importanti aspetti. Da un lato il mutato clima internazionale, con le elezioni della Thatcher e di Reagan che, insieme agli economisti della scuola *neo-liberal* hanno avviato la demolizione di molti diritti anche nel campo della sanità, ebbe larga accoglienza in Europa e in Italia, perfino tra le file di coloro che si proclamavano di sinistra.

L'altro elemento, a mio parere, che contribuì a una crisi del percorso riformatore avviato con la Legge 833, è rappresentato dalla debolezza della società civile e dalla

inadeguatezza e immoralità diffusa di un ceto politico locale (ma non solo), che era indispensabile nell'amministrazione del sistema sanitario nella sua capillare articolazione.

Le Unità sanitarie locali erano state concepite come strutture di limitate dimensioni, fortemente territorializzate ed espressione dei Comuni. La loro attività, in termini politici, si doveva basare su una forte partecipazione diretta, nell'ambito dei distretti, e indiretta, tramite elezione degli amministratori da parte dei Comuni, alla "cosa pubblica". Il sistema fu – forse inevitabilmente, per questo aspetto – il riflesso delle *virtù civili*, assai diversificato da regione a regione [37], e del degenerare del ceto politico.

In quegli anni si concretizzava il profetico timore di Piero Calamandrei, il quale nel 1948 scriveva sulla rivista *Il Ponte* che si intorbidivano «[...] le nozioni comuni di onestà e disonestà [...] sfumati ed evanescenti i confini fra tattica politica e furfanteria privata» [38]. Tali riflessioni riprendeva con vigore Enrico Berlinguer nella nota intervista a Eugenio Scalfari su *La Repubblica* del 28 luglio 1981 intitolata "I partiti hanno degenerato e questa è l'origine dei malanni d'Italia"; una tematica che veniva riattualizzata, da Giovanni Berlinguer, specificamente sui mali delle Unità sanitarie locali, i cui Comitati di gestione «[...] furono istituiti in base a un compromesso non certo storico fra la proposta della Dc di creare aziende municipalizzate della sanità, l'insistenza del PSI per ottenere nuovi moltiplicatori della rappresentanza politica e l'inclinazione del PCI a rispondere a una giusta esigenza – la partecipazione popolare alla tutela della salute – in termini consociativi tra partiti» [39]. Tali furono, più che i limiti della Riforma, gli elementi di debolezza che ne rallentarono effetti e applicazione, aprendo peraltro il fianco a modifiche – non sempre adeguate – e a tentativi, in parte attuati, di smantellamento. Malgrado ciò... «l'istituzione del SSN, al di là di alcune sue debolezze e di alcuni errori di prospettiva, fu e resta tuttora una delle riforme più importanti della storia dell'Italia repubblicana» [40].

Terranova offre un'approfondita analisi che titola, giustamente "Dalla Riforma alle Controriforme", evidenziando come, per il Sistema sanitario nazionale, una volta irreggimentato nel contesto della contabilità dello Stato, l'autorità decisionale di riferimento diventa il Ministro del Tesoro. La pressione del turbocapitalismo, dei poteri forti e della Confindustria hanno progressivamente indebolito il sistema universalistico, sempre più diseguale, espellendo di fatto una parte consistente della popolazione da una quota rilevante di prestazioni, premessa indispensabile per la creazione di una sanità parallela, su base assicurativa. Si tratta – per dirla con parole care all'attuale contesto politico – di una "narrazione", in base a una «[...] potente ideologia ultraortodossa che predica un drastico ridimensionamento della presenza pubblica nelle attività economiche e sociali, sostenendo che l'intervento dello Stato è sempre e comunque negativo per il benessere collettivo, che i governi dilapidano le risorse e che ogni tentativo di redistribuzione della ricchezza dà vita a forme di perseguimento della rendita [...]» [41].

Il nostro Sistema sanitario ha costituito – a mio parere – un argine a tale "attacco"



con una stagione di aggiustamenti, nella convinzione di dover «[...] essere fermi sui principi che ispirano le riforme, ma anche flessibili nell'individuare gli strumenti operativi che in modo coerente con quei principi permettono di adeguare il sistema alla realtà» [42]. Si trattò, con il governo dell'Ulivo e con il Ministro Rosy Bindi, dell'ultima occasione in cui vi fu il tentativo di un ritorno del primato della politica sull'economia; la ricerca di una contestualità nella definizione del fabbisogno complessivo di risorse per la salute e delle esigenze della finanza pubblica; la consapevolezza che la programmazione, e non la prossima legge di bilancio, fa bene alla salute e che «[...] ogni sistema federale prevede nella sanità un'autorevole guida centrale» [43].

Lo scenario politico si è successivamente ulteriormente "intorbidato" e il quadro internazionale si è evoluto con un processo di globalizzazione che ha investito la sanità.

Certamente da molti decenni l'industria della salute è globalizzata; potremmo anzi affermare che ne ha rappresentato la punta di diamante, considerando la concentrazione dell'industria farmaceutica e della produzione delle tecnologie biomedicali, due settori nei quali l'Italia è progressivamente arretrata. Assistiamo tuttavia a un "cambio di marcia", poiché «[...] la risposta politica allo smantellamento del comunismo si traduce nella transizione dello stato-nazione verso lo stato-mercato. In questo contesto, l'economia canaglia offre ai gangster della globalizzazione la possibilità di impossessarsi del controllo dei luoghi chiave della *matrix* del mercato» [44]. E il mercato della sanità è una porzione rilevante del prodotto interno lordo, settore in crescita parallelamente allo sviluppo economico di importanti Paesi (Cina, India, Messico, Brasile) e all'aumento nei Paesi occidentali della popolazione anziana, che ricorre pertanto in misura maggiore all'assistenza sanitaria. Si chiede pertanto, da parte in particolare delle *lobby* farmaceutiche e dalla finanza internazionale, che la sanità sia inserita nel TTIP (trattato transatlantico sul commercio e gli investimenti), che sia impedito agli Stati di esercitare un controllo sui prezzi dei farmaci e si spinge a una "liberalizzazione" dei servizi sanitari, a una loro piena "commercializzazione", abolendo di fatto i Servizi sanitari nazionali.

Contro queste politiche, che danneggiano la Sanità Pubblica, Ferdinando Terranova ci offre una rilettura della sua evoluzione dall'Unità d'Italia all'oggi, sollecitandoci, per opporsi a questa "dissoluzione", di ripartire dallo spirito della Riforma del 1978.

«Il socialismo è uno stato dello spirito. E la prima condizione per avvicinarsi a questo stato consiste nel non disprezzare gli esseri umani. Negli sviluppi della società contemporanea del mercato senza remore e senza controlli, vedo questo disprezzo. Nel mondo interamente "libero" l'uomo non esiste più».

(José Saramago, *Il Sole 24 ore*, 125, 9.05.1998, p. 5)

L'avanzamento della medicina e delle discipline ad essa collegate, l'avanzamento delle tecniche statistiche e la loro applicazione alle scienze dell'uomo, soprattutto alla demografia e all'epidemiologia hanno fatto compiere enormi passi al sapere scientifico, ma in particolare determinato delle migliori condizioni di vita delle popolazioni in generale. L'allungamento della speranza di sopravvivenza alla nascita è un fenomeno generalizzato. Esso si accompagna a due fenomeni che introducono un elemento d'iniquità territoriale nella popolazione ed una disuguaglianza evidente tra le classi sociali di una stessa popolazione. Nel comune sentire la considerazione che si fa è che si vive più a lungo, ma si vive peggio. Quella che è la selezione naturale è ridotta notevolmente, soprattutto per merito dei prodotti farmaceutici e dei prodotti alimentari. Purtroppo la popolazione nel suo complesso è afflitta da pluripatologie, largamente controllate, ma esse si acutizzano nella popolazione anziana. Quadri patologici che si complessificano per la frequenza che si registra nella caduta della condizione fisica, genericamente definita della "disabilità" e per la presenza di forme crescenti di quel quadro regressivo a livello mentale, variamente articolato, che va sotto il nome di "demenza senile". Queste considerazioni sono a tutti note. Si può dire che non vi sia famiglia che non si trovi quotidianamente ad affrontare tali problemi. Problemi che nel passato trovano nelle istituzioni e nella legislazione un contributo di solidarietà e di aiuto agli affanni di contesti familiari allargati e coesi. Oggi non è più così. Oggi sono le famiglie che si sostituiscono anche a quella parte che è propria delle istituzioni. La spesa pubblica è stata nel corso degli anni sufficientemente criminalizzata, come improduttiva, luogo di sprechi e di corruzione. In Italia ben il 30% della spesa sanitaria è a carico dei bilanci familiari.



# EPILUO



Indubbiamente la medicina e le sue discipline collaterali sono quelle che più di altre hanno avuto ed avranno un impulso formidabile dall'innovazione scientifica e tecnologica. Si può dire che si è in una fase di transizione da una medicina curativa ad una medicina predittiva. Mentre la prima si pone obiettivi, in parte realizzati come il prolungamento della vita e altri non pienamente, come il trattamento medico e chirurgico delle patologie cardiovascolari o quelle patologie debellate ma che si ripresentano con periodicità (tubercolosi, morbillo, epatiti, ecc.). Per le nuove patologie oncologiche molto si è fatto, ma parte della soluzione è nella medicina predittiva.

La medicina predittiva si pone obiettivi teleologici, quali la qualità e la durata della vita ove gli apparati medici, a differenza della medicina curativa centrata sull'ospedale e sull'intervento curativo specialistico-professionale e farmacologico, operano su masse d'informazioni fornite dalle innumerevoli banche dati (*Big Data*) legate alla biologia e alla genetica dell'individuo.

Se si vuol proporre una similitudine, l'ingegneria dell'intervento della medicina curativa è *hard*, mentre quella della medicina predittiva è *soft*.

È una transizione, quella tra i due modelli di medicina, difficile da governare. Il sopravvento delle patologie degenerative accompagnate da un forte e rapido prolungamento della vita pone aspetti non solo legati ai modelli di medicina, ma soprattutto d'organizzazione del sistema sanitario e la socializzazione della malattia dell'individuo nell'ambito parentale e nella comunità. Problemi non facili da risolvere.

La riflessione è l'evidenza della contraddizione che vive la medicina curativa. Essa si può sintetizzare così: si sopravvive più a lungo, ma la qualità della vita, la condizione umana della persona afflitta da una o più patologie degenerative, peggiora.

La salute di tali persone diventa un problema. La stragrande maggioranza delle famiglie non è in grado d'affrontare il problema, nonostante sacrifici indescrivibili ai