

Radici storiche degli Ordini: ecco l'intero pamphlet



Il vice-presidente nazionale, Maurizio Benato, ha sviluppato una ricerca storica sulla nascita degli Ordini dei medici. La ricerca è stata proposta durante la *Giornata del Medico di Padova* (sabato 22 maggio). Ecco la versione integrale della ricerca (vedi file allegato).

Gli anni del primo Novecento segnano, per i medici, il punto di arrivo di uno dei problemi più discussi nei decenni precedenti: il riconoscimento professionale con la concessione di un ordinamento giuridico. La principale fra le tante funzioni reclamate, che appariva cruciale per la professione, era la tutela del decoro e del prestigio dei medici nei riguardi dei clienti privati e principalmente delle pubbliche amministrazioni e - come tra l'altro recitava la stessa proposta di legge redatta dall'onorevole Paolo Casciani, uno dei sostenitori della legge sulla preparazione e vendita del chinino di Stato per combattere la malaria - il favorire il *“progresso e la tutela dell'igiene pubblica, nonché il perfezionamento dell'assistenza sanitaria nell'interesse del paese”*.

Questa ultima funzione propositiva, se fosse stata accolta e purtroppo non lo fu, avrebbe ridato agli Ordini il ruolo che storicamente era appartenuto ai *collegia medicorum* e ai collegi degli speciali, corporazioni che per tanti secoli si erano prodigate quali propulsori e amministratori della sanità e dell'igiene pubblica in Italia. La politica considerava questo aspetto ancora poco conveniente e, come succede attualmente, tutta la questione era rimandata a un regolamento applicativo. Si accettava invece la proposta formulata dalla Commissione parlamentare di introdurre di diritto il Presidente dell'Ordine quale componente il Consiglio sanitario provinciale nonché quella dell'onorevole Angelo Celli (professore d'igiene ricordato per aver studiato con Ettore Marchiafava un nuovo protozoo che da loro fu chiamato *Plasmodium* che successivamente si dimostrerà essere l'agente eziologico della malaria) di introdurre un rappresentante dell'Ordine nel Consiglio Superiore di Sanità.

La legge fu approvata dal Parlamento il **10 luglio del 1910** sotto la Presidenza del Consiglio di Luigi Luzzati, veneziano, professore di diritto costituzionale presso l'Università di Padova, giurista ed economista di valore, primo e unico Presidente italiano di nascita ebraica.



Luigi Luzzati 1841-1927

La legge disponeva l'istituzione in ogni Provincia dell'Ordine dei Medici Chirurghi, dei Veterinari e dei Farmacisti e ne subordinava l'iscrizione al godimento dei diritti civili e politici e al possesso del diploma rilasciato da una Università riconosciuta dal Regno. Potevano essere iscritte le donne in possesso dei diritti civili e del relativo diploma professionale che dava diritto all'esercizio della professione nel Regno, nelle sue colonie e protettorati.

Al Consiglio dell'Ordine, composto di cinque o di sette membri eletti a maggioranza, spettava il compito di *“vigilare alla conservazione del decoro e*

dell'indipendenza dell'Ordine stesso”, “di reprimere in via disciplinare gli abusi e le mancanze di cui i sanitari liberi esercenti si rendano colpevoli” e “di interporsi, se richiesto, nelle controversie fra sanitario e sanitario o fra sanitario e cliente, per ragioni di spese, di onorari o per altre questioni inerenti all'esercizio professionale, procurando la conciliazione della controversia e, in caso di non riuscito accordo, dando il proprio parere sulle controversie stesse” (art. 8). Appare interessante notare che all'articolo 9 si stabiliva che, contro i provvedimenti del Consiglio dell'Ordine, era ammesso il ricorso all'adunanza generale dell'Ordine stesso riportando al gruppo dei pari il giudizio di secondo grado, salvo poi attribuire - se necessario - il giudizio finale al Consiglio Superiore di Sanità (La Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie, organo di giurisdizione speciale, verrà istituito solo nel 1946 presso il Ministero della Salute con un decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato).

All'Ordine veniva però vietata ogni ingerenza nei rapporti tra i medici e le amministrazioni comunali, che in quella epoca causavano la maggior parte degli attriti, vuoi per l'assegnazione delle condotte mediche, vuoi per l'applicazione delle leggi sanitarie.

In occasione del centenario della fondazione degli Ordini professionali dei Medici ritengo utile portare a vostra conoscenza i presupposti storico sociali di questo importante riconoscimento anche perché, in attesa della legge di riordino del sistema degli Ordini che forse non a caso non riesce ancora a essere varata, le proposte sono ancora tutte aperte. Noi siamo convinti e in questo caso confortati da alcune voci autorevoli come quella di Sabino Cassese, giudice della Corte Costituzionale, che i nostri Ordini abbiano avuto un ruolo storico che non può essere sottovalutato. Il riconoscimento giuridico delle professioni che essi hanno garantito, ha permesso di svolgere, nell'arco di più di un secolo, una funzione di legittimazione senza la quale le professioni italiane si sarebbero probabilmente frantumate in gruppi di appartenenza politica che avrebbero finito per distruggerle. Siamo altresì convinti che i nostri Ordini siano stati i custodi della funzione pubblica della professione e che abbiano interpretato degnamente il ruolo costituzionale svolto nei riguardi della società e dello Stato italiano.

Nell'analizzare i presupposti storico sociali che sono stati alla base della costituzione del nostro Ordine, emergono alcune diversità rispetto agli altri Ordini professionali. La prima differenza riscontrata sono i tempi.

Dall'elenco che segue emerge che siamo arrivati molto dopo alcune grandi professioni.

Cronologia delle leggi che precedono l'ordinamento professionale dei medici.

Legge forense 1874: con la legge n. 1938 del 1874 e il regolamento n. 2012 del 23 luglio dello stesso anno, si realizzò in Italia una moderna organizzazione delle professioni forensi. Questi provvedimenti legislativi costituirono il primo ordinamento autonomo di una professione liberale nel Regno d'Italia e servirono da esempio anche per la disciplina di altri Ordini professionali. La legge abolì tutte le disposizioni esistenti, fissando condizioni per l'ammissione all'avvocatura e alla procura.

Legge sul notariato 1875: la legge sul notariato n. 2786 (serie 2^a) del 25 luglio 1875 disponeva, all'art. 3, che vi fosse un collegio di notai e un archivio in ogni distretto sede di Tribunale civile e correzionale. Tali archivi, definiti distrettuali, avevano il compito di conservare gli atti originali dei notai che cessavano la loro attività e le copie degli atti rogati nelle piazze notarili non comprese nella circoscrizione di un archivio mandamentale.

La medesima legge, all'art. 101, prevedeva che gli archivi mandamentali potessero essere istituiti nelle città sedi di pretura soltanto a domanda e a spese dei comuni interessati. Avevano il compito di conservare le copie conformi degli atti notarili che gli uffici del registro del mandamento avrebbero trasmesso loro, dopo due anni dalla registrazione dell'atto.

Legge sui Ragionieri 1906: la "*Legge sull'esercizio della professione di Ragioniere*", 18 luglio 1906, disciplinò l'esercizio pubblico della professione e ne stabilì le strutture dell'organizzazione. Sancì, soprattutto, l'obbligatorietà dell'iscrizione nel Collegio dei Ragionieri, organismo cui la legge attribuiva rilevanza istituzionale.

La cronologia, ma anche la tipologia delle professioni legalmente riconosciute, sicuramente rivestono un significato storico inequivocabile e permettono di capire quali fossero, per il nuovo stato unitario, le priorità e le gerarchie da rispettare. Tale sistema di priorità e gerarchie scaturisce per lo più da due fattori che possiamo ascrivere alla maggiore o minore lontananza della professione in esame dallo Stato, dalla sua amministrazione e dal predominio della libera professione.

L'avvocatura rappresentava nello Stato post-unitario il modello per eccellenza della professione e della funzione costitutiva da essa esercitata, anche perché si identificava fortemente con la classe dirigente. Lo stesso valeva per i notai che erano funzionari pubblici ma al contempo liberi professionisti.

Dopo trent'anni l'onore spettava anche ai ragionieri, potente corporazione professionale che deteneva i monopoli dei bilanci pubblici e privati (basti pensare allo scandalo della Banca Romana che costrinse il Giolitti alle dimissioni nel 1893) e pertanto era una professione motore nello Stato.



Giovanni Giolitti 1842-1928

Il prestigio e il potere dell'Avvocatura appaiono riconoscibili in alcune prerogative ad essa attribuite sin dal 1874. In primo luogo l'esame di abilitazione svolto in sede locale, anche se non severo come quello introdotto con la riforma di Giovanni Gentile del 1923, costituiva una credenziale di cui i medici (che pure la richiesero ripetutamente) non godettero per tutto il periodo liberale; in secondo luogo il potere disciplinare di cui disponevano i Consigli degli Ordini, che potevano infliggere sanzioni che andavano dall'avvertimento alla cancellazione dall'albo (art. 25). Le loro decisioni potevano essere impugnate solo davanti alla Corte d'Appello. Nella transizione dal fascismo alla Repubblica, una volta abolito il regime corporativo fascista, fu riprodotta la medesima gerarchia dell'importanza che aveva contraddistinto la fase iniziale della professionalizzazione. Se l'Ordine degli avvocati e dei procuratori fu ricostituito con il D.Lgs. 23 novembre 1944 n. 382, quello dei medici fu ripristinato col D.Lgs.C.P.S. 13 settembre 1946 n. 233.

Gli **Ordini dei Medici** furono il risultato di una iniziativa sviluppatasi all'interno della professione in circa mezzo secolo. La professione medica italiana fu infatti caratterizzata da una dimensione conflittuale e contrattualistica nei confronti della pubblica amministrazione e da una forte propensione all'autogoverno. I tempi lunghi con i quali fu emanato il codice sanitario (1866 – 1888) e la delusione che esso suscitò rispetto a molte delle aspettative che i medici vi avevano riposto (la negazione dell'accesso alla *governance* sanitaria e il mancato riconoscimento del monopolio medico nel campo della cura) stimolarono la costituzione di una rete associativa e rappresentativa privata, in grado di supplire alla mancanza di una regolamentazione e di un sistema di rappresentanza uguale a quello di cui erano dotati gli avvocati.

La professione nello Stato post-unitario.

Nella seconda metà del diciannovesimo secolo cambiano molte cose rispetto agli inizi dello stesso, dove la figura del medico era ancorata a concetti e comportamenti professionali che non riuscivano a prendere le distanze dal passato. Dice il Cagli: *“ne sono una testimonianza i galatei per i medici, che si proponevano sia una funzione apologetico propagandistica (restituire credibilità ai medici), sia una funzione di coscientizzazione della classe medica (contrastare il diffuso senso di scoraggiamento), sia una funzione polemica contro i ciarlatani e contro i detrattori, sia una funzione deontologica e metodologica, sia, infine, una funzione educativa degli utenti”.*

La formazione rispondeva alle indicazioni dell’XI anno del calendario rivoluzionario Napoleonico (1801) che prevedeva per il corpo medico una gerarchia a due livelli: *“i dottori in chirurgia e in medicina diplomati in una delle sei scuole [.....] subiranno, dopo quattro esami (anatomia e fisiologia; patologia e nosografia; materie mediche; igiene e medicina legale) una prova clinica interna o esterna, a seconda che vogliano essere medici o chirurghi. Per gli ufficiali sanitari, che somministreranno “le cure più ordinarie”, studieranno nelle scuole durante solo tre anni; questo però non è indispensabile; basterà loro attestare cinque anni di pratica negli ospedali civili e militari, o sei anni come scolari e assistenti privati di un dottore.”*

Cambia anche la medicina e si afferma quale costruzione e applicazione dell’unità di fisiologia e patologia; un paradigma teorico dovuto a due personalità di sommo rilievo intellettuale, Rudolf Virchow (1821 – 1902) e Claude Bernard (1813 – 1878). Noi ne siamo ancora figli, anche se alcuni aspetti sono stati, nel tempo, del tutto sottaciuti come quell’aspetto che Virchow aveva chiarito e spesso espresso nelle sue lezioni agli studenti, per il quale *“le malattie non sono entità a sé stanti, chiuse in se stesse; esse non sono sostanze intruse nel nostro corpo, e neppure parassiti che vivano alle spese del corpo: bensì le malattie rappresentano il decorso di fenomeni vitali in condizioni anormali”.* Così intesa, la fisiopatologia di cui egli è stato un insigne cultore - la *“pathologische physiologie”* la fisiologia patologica - finiva con l’assumere un’accezione tanto vasta, da identificarsi non soltanto con la medicina, ma con la teoria della vita in generale e dell’uomo in particolare come più volte la definirà lo stesso Virchow.



Rudolf Virchow 1821-1902

L'affacciarsi di una prospettiva funzionalistica costituiva pertanto il nuovo paradigma che univa il concetto di struttura alla qualità della sua funzione. In pratica era l'abbandono irreversibile del geometrismo galileiano e del meccanicismo cartesiano. Si era aperto un baratro innanzi alla scienza meccanicistica, ma mentre il mondo scientifico francese ammetteva le proprie perplessità, drasticamente rinunciatario era stato il comportamento tenuto nell'assemblea dei medici tedeschi, svoltasi a Lipsia nell'agosto del 1872.

Materia e coscienza erano inconcepibili; "*unbegreifliche*" come si ripeteva ancora e per molto tempo condizionati dal meccanicismo. È mia opinione che, se si fosse dato seguito a questa intuizione, fatta di argomentazioni sebbene cosparsa di dubbi, forse avremmo evitato la deriva per oltre mezzo secolo di quella che ci appare l'inaccettabile semplificazione perpetrata dal materialismo, con le sue connotazioni, meccanicistiche in Germania e organicistiche in Francia. Ma a una schietta perplessità si preferiva la certezza fallace.

Con Virchow scienza e filosofia dovevano procedere insieme anche se le pietre dell'edificio scientifico sono i fatti. La vita è creazione, ma è anche morte. I processi vitali obbediscono al determinismo, ma l'individualità s'impone ovunque.

L'anatomia studia l'organizzazione, ma la funzione è indeducibile dalla forma. La sola forma del ragionamento è quella deduttiva per sillogismi, ma lo scienziato deve concedersi le esperienze per capire. Queste impostazioni rivoluzionano fisiologia e patologia. Negli stessi anni Pasteur e Koch dischiudono un nuovo mondo e sviluppano il concetto che normale e patologico costituiscono due realtà eterogenee e non integrate della vita umana, isolando la malattia e rendendola una entità a sé stante identificata negli agenti patogeni e contrapposta all'altra entità sostanziale che è la salute. I sieri e i vaccini aprono la strada a loro volta a terapie efficaci; cambia anche la chirurgia in quanto l'introduzione dell'anestesia e dell'asepsi modifica profondamente le possibilità di intervento; si accumulano nuove acquisizioni, si moltiplicano le conoscenze e tutto questo comporta crescenti problemi per la formazione dei medici.

In Italia **Achille De Giovanni** - proveniente dalle file garibaldine dove aveva combattuto nel 1859 e nel 1866 - insegna a Padova la Clinica Medica e, attraverso le categorie di predisposizione e di costituzione, prospetta una visione unitaria della malattia in cui osservazione e sperimentazione si collegano e in cui la prevenzione assume un tratto fondamentale. Nel 1898 sarà il fondatore della Lega



Achille de Giovanni 1838 - 1916

nazionale contro la tubercolosi e nel 1912 sarà eletto primo Presidente dell'Ordine dei Medici di Padova.

Angelo Mosso, torinese, allievo di Moleschott, specializzatosi a Firenze presso Schiff e perfezionatosi a Parigi presso Bernard, succede al maestro all'Istituto di fisiologia dove rimarrà per oltre trent'anni, consegnando alla medicina numerose conquiste tecniche (pletismografo, ergografo e altri strumenti di meccanica fisiologica) e applicazioni pratiche (studi sulla circolazione cerebrale, sulla respirazione, sulla fatica). Il discorso scientifico di Mosso si inserisce nel vivo della questione meridionale e industriale e propone con grande lucidità il peso dei condizionamenti socioeconomici sulla malattia (Cosmacini 1988].

Paolo Mantegazza, ha il merito di attrarre l'attenzione della medicina italiana, ma anche dell'opinione pubblica, sull'igiene del lavoro. Fondatore del quindicinale "Igea", è autore di numerosi almanacchi igienici popolari, tra cui quello sull'igiene del lavoro pubblicato nel 1881.

Augusto Murri, clinico medico a Bologna dal 1876 al 1916, è sostenitore del metodo ipotetico. Sebbene convinto che le ipotesi sono alla base del metodo scientifico, non ne è altresì sicuro, tanto da affermare che *"mille indizi favorevoli sono nulla rispetto a uno solo inconciliabile con l'ipotesi"* (Lezioni di clinica medica del 1908). Murri prende coscienza delle implicazioni extracliniche del sapere medico anche se non giunge mai ad esprimere compiutamente un progetto filosofico nuovo cui ancorare la clinica medica.



Augusto Murri 1841 - 1932

Cesare Lombroso, professore di igiene pubblica e medicina legale all'Università di Torino (1876), di psichiatria (1896) e infine di antropologia criminale (1905), appare l'emblema dell'influenza che il Positivismo francese e inglese esercitò anche in Italia, soprattutto nella forma. Seguace e assertore del metodo positivisticò, che lasciò una notevole traccia nelle varie branche medico-biologiche, Lombroso compie studi di medicina sociale che costituiscono una delle fonti principali della legislazione sanitaria italiana. E per i suoi studi di antropologia criminale, di cui è ritenuto il fondatore, è l'assertore della *"scuola positiva del diritto penale"*, dove si sostiene che le condotte atipiche del delinquente o del genio sono condizionate, oltre che da componenti ambientali socioeconomiche (di cui non riconobbe però il vero peso), da fattori indipendenti dalla volontà, come l'ereditarietà e le malattie nervose, che



Cesare Lombroso 1835 - 1909

diminuiscono la responsabilità del criminale in quanto ne fanno in primo luogo un malato.

Camillo Golgi, medico ricercatore (1843-1926) vince il premio Nobel per la medicina nel 1906 per aver osservato e pubblicato in modo chiaro e distinto il neurone nella sua interezza, rendendo possibile stabilire che le cellule nervose hanno forme diverse e, in rapporto al numero dei prolungamenti, consentendone la divisione in specie diverse al contrario di quello che sosteneva la maggioranza dei ricercatori del tempo. La tecnica messa a punto da Golgi, permette di capire che le cellule nervose non erano immerse in una sostanza amorfa, bensì accompagnata da una serie di cellule dalle forme e funzioni diverse e questa scoperta apre la strada a ulteriori approfondimenti dando luogo ad uno sviluppo vertiginoso della anatomia microscopica.

Nel 1803 a Bologna presso la facoltà di Medicina si contano dodici cattedre: Storia Naturale, Botanica, Chimica Generale, Chimica Farmaceutica, Notomia Umana, Notomia Comparata, Fisiologia (le due ultime con un unico docente), Istituzioni Chirurgiche e Arte Ostetrica, Patologia e Medicina Legale, Materia Medica-Terapeutica-Igiene, Clinica Medica, Clinica Chirurgica. I corsi di laurea sono due: medicina e chirurgia; c'è inoltre un corso di diploma in farmacia.

Per la laurea in medicina (come per quella di chirurgia) il corso ha la durata di cinque anni, di cui il primo era dedicato a Elementi di Geometria e Algebra, Eloquenza Italiana e Latina, Analisi delle Idee, Lingua e Letteratura Greca e si conclude con un esame per l'ammissione al secondo anno, da cui sono esentati gli allievi provenienti dai licei del Regno.

Dopo la costituzione del Regno d'Italia (1861), con il R.D. 14/9/1862 viene promulgato il nuovo Regolamento per la facoltà di medicina, con cui cessa la separazione dell'insegnamento della medicina e della chirurgia, istituendosi per entrambe un unico corso di laurea. Si avverte la necessità di mettersi al passo in raccordo con l'espansione scientifica cui si accompagna il diffondersi della filosofia positivista, anche se non sarebbero mancati tra i professori universitari di medicina esempi di neo-hegelismo che si contrappone all'imperante positivismo, così come si contrappone la necessità di un'etica basata su valori ideali e religiosi alla morale utilitaristica di origine sociologica.

Non mancano segnali di quel clericalismo che connota alcuni aspetti della riforma del 1859 di Gabrio Casati che rivede in modo organico l'intero ordinamento scolastico dall'amministrazione, all'articolazione per ordini e gradi, alle materie di insegnamento. Con l'articolo 106 di questa riforma infatti, oltre a sancire la possibilità che i docenti universitari siano anche nominati dal ministro

(il 19 gennaio del 1876 Augusto Murri assume la cattedra di Clinica Medica per decreto ministeriale e non fu priva di critiche), viene stabilito che essi possono essere revocati per *“aver con l’insegnamento o con gli scritti impugnato le verità sulle quali riposa l’ordine religioso e morale, o tentato di scalzare i principi e le guarentigie che sono stati posti a fondamento dello stato”*.

Dopo il 1861 e fino al 1915, le venti sedi italiane abilitate a conferire la laurea in Medicina e Chirurgia tendono a omologare il programma degli studi medici: vengono soppressi alcuni corsi come, ad esempio, Storia della medicina, viene introdotta l’Anatomia Patologica, mentre la Medicina teorica viene trasformata in Patologia speciale medica. Il regolamento del 1876 prevede per la laurea in Medicina e Chirurgia sei anni di corso con il superamento di 17 esami obbligatori di cui quattro attinenti a discipline scientifiche (Chimica – Botanica – Zoologia – Anatomia e Fisiologia comparate – Fisica sperimentale) e tredici più strettamente mediche. Si perde così l’impronta umanistica precedente, mentre l’insegnamento della medicina assume quel carattere esclusivamente naturalistico che conserverà fino all’introduzione della tabella XVIII e alle sue ulteriori versioni. Gli albi degli esercenti la professione medico-chirurgica sono depositati presso il prefetto. A tal proposito, ricorda Cesare Scandellari, che Augusto Murri, dopo la laurea, sostenne a Firenze il 23 novembre 1864 l’esame per ottenere *“il grado di laureato in medicina”*.

L’Odontoiatria invece, intesa quale pratica scientifica, inizia con ritardo rispetto alle altre nazioni europee. Già dal 1890 l’ esercente l’odontoiatria doveva essere teoricamente, un laureato in Medicina e Chirurgia che, avendo superato l’esame di Stato previsto dalle disposizioni di legge, poteva dedicarsi a questa branca della medicina in modo esclusivo o alternandola ad altre attività. Nel 1889 infatti, all’interno del regolamento generale sanitario, troviamo il primo riferimento all’esercizio dell’odontoiatria: *“Ai flebotomi, dentisti, erbaioli, veterinari, assistenti levatrici che esercitano attualmente in seguito ad una regolare autorizzazione della vigente legge sanitaria, sono mantenuti i diritti acquisiti”*.

L’anno seguente nel 1890 su proposta del Ministro della pubblica istruzione Paolo Boselli con il decreto legge n. 6850 si rende obbligatoria la laurea in Medicina e Chirurgia per l’esercizio dell’odontoiatria e della flebotomia, che non trova però piena attuazione. Infatti un cavillo burocratico fornirà la giustificazione per innumerevoli sanatorie tanto che la tramutazione in legge si compirà solo nel 1912 (legge n. 298 del 31 marzo).

Sofferto appare il cammino del riconoscimento dell'accesso delle donne alla professione medica. Alcuni passaggi storici sono sufficienti per darci l'idea degli innumerevoli ostacoli frapposti anche se la legge Casati del 1859 non esclude in termini espliciti le donne dall'Università, legge che rivede in modo organico l'intero ordinamento scolastico all'indomani dell'Unità d'Italia. Il mancato riferimento alle donne e l'uso del maschile nel testo di legge favorisce l'opinione che l'Università sia solo ristretta a questo sesso. Si limitano pertanto gli accessi sotto la formula di "uditrici", già prevista dalla stessa legge Casati, per cui le donne possono frequentare alcuni corsi universitari ma non possono aspirare a conseguire la laurea. Più tardi nel 1876 i regolamenti Bonghi e Coppino liberalizzano la presenza femminile nelle Università. Curiosa appare l'incertezza legislativa nell'accesso alla scuola superiore per cui le donne sono ancora considerate presenze impreviste nei ginnasi e licei. Anche in assenza di divieti espliciti, spetta ai presidi delle singole scuole la decisione di accettare o respingere le donne e molto spesso il rifiuto si motiva con l'impossibilità di creare classi femminili per lo scarso numero di iscritte, situazione che muta solo molto più tardi nel 1883. Dobbiamo pertanto considerare solo il Novecento quale secolo dell'affermazione femminile promossa dallo sviluppo delle autonomie universitarie e dal mutamento dei costumi: non si devono temere più i pericoli della promiscuità. Ernestina Paper, nata Puritz-Manassel nel [1877](#) a Firenze e Maria Farné Velleda a Torino nel 1878 sono le prime donne laureate in Medicina e Chirurgia nell'Italia postunitaria.

Nel 1887 si laurea a Napoli Anna Kuliscioff (1857 Moskaja Crimea, Russia - 1925 Milano), russa di origine ebrea, con una tesi di laurea dal titolo "**Sui microrganismi dei lochj normali**", un contributo allo studio della febbre puerperale che apparirà sulla "Gazzetta degli Ospedali" e sarà riassunto da Camillo Golgi in una comunicazione davanti alla Società medico-chirurgica di Pavia. Negli anni Ottanta era stata appena svelata la natura infettiva della febbre puerperale dovuta all'intuizione dell'ungherese Ignác Semmelweis ed era iniziata la "caccia" all'individuazione dell'agente patogeno. La troviamo successivamente nel novembre 1887 a Padova per specializzarsi nella Clinica medica di Achille De Giovanni. Anna Kuliscioff la "*dottora dei poveri*" è ricordata soprattutto per l'impegno politico. Precocissima rivoluzionaria, anarchica, socialista internazionalista, infine soprattutto femminista, appare come una figura straordinaria che campeggia nella storia delle idee del primo novecento. È



Anna Kuliscioff
1857 - 1925

compagna di due importanti uomini politici italiani, Andrea Costa, prima anarchico poi fondatore del Partito Socialista, da cui ha una figlia, e Filippo Turati, giornalista e leader del socialismo italiano. La Kuliscioff spende tutta la sua vita per l'idea che, solo attraverso il lavoro e l'indipendenza economica, la donna avrebbe conseguito la propria libertà e dignità pari all'uomo, per potersi affermare nella vita politica e sociale. Espone questi principi basilari nella sua teoria "*Il monopolio dell'uomo*" che ottiene grande risalto nei corsivi della rivista la "*Critica Sociale*", fondata da Filippo Turati. Il giornalista del "Corriere della Sera" Carlo Silvestri così la descrive: "...*il miglior cervello politico del socialismo italiano fu realmente quello della soave e fiera donna, innanzi alla quale non vi fu mai chi non si chinasse deferente e ammirato, Mussolini compreso*". Tra il 1877 e il 1902 furono ben venticinque le donne laureate in Medicina e Chirurgia, anche se solo tre di queste trovarono occupazione in strutture ospedaliere pubbliche: Maria Montessori, quale assistente negli ospedali civili di Roma e poi in quelli della Croce Rossa, Emilia Concornatti, presso l'ospedale della maternità di Napoli e Giuseppina Cattani ad Imola, quale direttrice della radiologia e dell'anatomia patologica. Ai primi del secolo l'attività professionale femminile, anche se priva di ostacoli di natura giuridica, era comunque osteggiata da una opinione pubblica piena ancora di pregiudizi, ma lo spirito della professione medica facilitava le doti delle donne da sempre più sensibili al rispetto della sofferenza e allo spirito di dedizione. La prima guerra mondiale, che porta al richiamo alle armi di cinque milioni di uomini di diverse classi di età, apporta maggiore visibilità alle donne: basti pensare alla sostituzione del lavoro maschile nei campi e nelle fabbriche di quanti erano al fronte. È questo il passaggio storico che permette la vera emancipazione femminile riconosciuto all'indomani della "*Vittoria*" nella legge numero 1776 del 1919 in cui si abolisce l'istituto dell'autorizzazione matrimoniale. Da quell'anno le donne saranno ammesse "*a pari titolo degli uomini ad esercitare tutte le professioni ed a coprire tutti i pubblici impieghi*", tranne per "*quelli che implicano poteri pubblici giurisdizionali, o l'esercizio dei diritti o potestà politiche, o che attengono alla difesa militare dello stato*". Giuridicamente si apre l'accesso delle donne alle professioni liberali. Nel 1921 nasce l'Associazione nazionale italiana delle dottoresse in Medicina e Chirurgia con scopi associativi e scientifici, anche se non sono estranee le istanze di categoria e di emancipazione. La femminilizzazione della professione medica non trova più ostacoli anche se il fascismo promuoverà la "*ricomposizione delle virtù e dei valori femminili tradizionali*". Le donne allo scoppio della seconda guerra mondiale sono ormai il 5% degli iscritti alla facoltà medica (746 contro 15.394 uomini).

Storia dell'associazionismo

In questo clima culturale la professione medica percorre le diverse fasi del suo iter di professionalizzazione, crea un mercato consistente dei servizi professionali, cerca di acquisirne il controllo e ciò le permette quel processo di mobilità sociale ascendente, attraverso il quale si colloca in una posizione di privilegio nella stratificazione sociale seminando le premesse per acquisire una posizione di dominanza sulle altre occupazioni sanitarie. Sempre in questo contesto si attuano le battaglie contro la ciarlataneria, l'indeterminatezza del *curriculum studiorum* dei sanitari e le scarse possibilità di aggiornamento dei medici-pratici, l'arretratezza delle strutture igieniche e sanitarie. È un processo che si concluderà con la prima guerra mondiale. Una tappa fondamentale è l'approvazione del nuovo **codice di Igiene e Sanità pubblica del 22 Dicembre 1888**.

È un atto politico forte realizzato dal Governo di Francesco Crispi politico siciliano, garibaldino, anti-cavouriano prima repubblicano poi monarchico, schierato a sinistra nel parlamento dell'epoca.

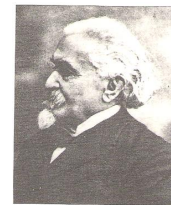
“L'Italia è un paese essenzialmente agricolo: le famiglie degli agricoltori formano insieme il 53 per cento della popolazione totale. Ora la classe agricola, contrariamente all'idillio che si fa comunemente della vita campestre, è maggiormente esposta alle malattie e alla morte immatura, e ciò specialmente per alcune endemie molto diffuse, come sono la febbre malarica e la pellagra” (dall'intervento dello stesso ministro dell'Interno Crispi).

In quegli anni la mortalità in Italia si assesta intorno al 30% con uno scarto consistente rispetto a quella di altre nazioni che è intorno al 20%; le cause di morte vedono al primo posto la tubercolosi, le malattie gastroenteriche (tifo, dissenteria e enterite) la cui diffusione è il sintomo diretto delle condizioni igieniche precarie di vita; manca infatti l'approvvigionamento dell'acqua potabile che è precluso alle fasce più povere e diseredate del paese. La pellagra è prevalente al Nord e la malaria al sud, legata quest'ultima alla persistenza di una agricoltura estensiva e alla stagnazione produttiva ancorata a concezioni feudali della proprietà agricola e all'allevamento transumante. Nell'inchiesta sanitaria del 1886, infatti, casi di malaria grave erano registrati nel 75% dei Comuni pugliesi, nel 74% di quelli siciliani, nel 68% di quelli sardi, nel 63% e nel 62% di quelli calabresi e lucani: e in modo non dissimile il Lazio, che anche per la morbosità presentava caratteristiche simili al meridione, aveva il 66% dei Comuni infestati dalla malaria.

È interessante una inchiesta del 1877 sulle condizioni di lavoro nel primo tessuto industriale italiano: 11-12 ore di lavoro effettivo quale media tra le 15-16 ore nelle filande del bergamasco e nei lanifici del vicentino e le 6-7 ore nelle solfane siciliane, che non tiene conto delle ore di marcia per lo più a piedi per recarsi nelle fabbriche e tornare a casa. Nel 1883 Giovanni Verga intitola *“Malaria”* una delle sue Novelle rusticane, descrivendo i poveri contadini d’un intero paese siciliano sul lago di Lentini rassegnati alle febbri e falcidiati dalle morti.

Mancano statistiche nazionali credibili come emerge dalle discussioni parlamentari: *“noi non abbiamo né una geografia, né una statistica medica che ci permetta di risalire ai punti d’origine d’una infezione, non uno specchio delle varie epidemie nei vari rapporti che permetta di coglierne la legge, onde poterle dominare”*. E ancora: *“Appena oggi si comincia a intravedere quale enorme guasto facciano nel popolo italiano il vaiuolo, il tifo, la scarlattina, la malaria e la tubercolosi, e dobbiamo soltanto alle ultime ispezioni fatte per il colera se abbiamo avuto intorno all’estensione e alla gravità di questi danni qualche rivelazione”* (dall’intervento del deputato Panizza in parlamento nel 1888).

Il Crispi chiama alla direzione generale della sanità il Prof. Luigi Pagliani titolare della prima cattedra di Igiene istituita in Italia, fondatore nel 1878 della Società di Igiene, collaboratore i Angelo Mosso entrambi allievi di Jakob Moleschott fisiologo, filosofo, politico olandese naturalizzato italiano e senatore del regno, autore dell’opera scientifica filosofica: *Der Kreislauf des Lebens tradotto in italiano con il titolo Il circolo della vita.*



Luigi Pagliani 1847 - 1932

Il Pagliani è uno tra i primi a denunciare all’interno della Associazione medici d’Italia (AMI) l’arcaicità della legislazione sanitaria del paese e lo fa pubblicamente nel 1871 al V congresso dell’associazione, proponendo di fare del medico comunale un pubblico ufficiale sanitario.

È l’utopia igienista, il potere che scaturisce dalle acquisizioni mediche del tempo e diviene una proposta di coagulo di interessi di idealità del ceto medico e culturale del paese con una pressione politica cui il Crispi non poteva non rispondere. I medici sanno proporre in quel momento all’opinione pubblica la gravità della situazione igienica e sanitaria del paese e si candidano a gestire le soluzioni e prendono consapevolezza del ruolo che recitano nel paese e nel rivendicarlo, cominciano a chiedere da questo momento una maggiore selezione

alla professione, una maggiore vigilanza sull'esercizio professionale e di conseguenza una maggiore tutela degli interessi economici.

Lo strumento chiave di questo processo è l'associazionismo in cui troviamo due tendenze: la prima, più propriamente professionale, in grado di rivendicare l'affidamento, da parte dello Stato, di competenze tecniche e una, più propriamente rivendicativa di stampo sindacale, entrambe in grado di concorrere al processo di professionalizzazione delle categorie sanitarie e del loro crescente ruolo nella società italiana processo che si concluderà nel primo dopo-guerra.

La prima associazione si diffonde nel mondo universitario e libero professionale mentre l'altra è propria dei medici condotti, categoria la cui attività si svolge in condizioni di forte disagio.

Viene spesso citato a tal proposito il poeta Arnaldo Fusinato, vicentino e patriota, che dedica ad un amico medico diverse quartine che terminano con l'imprecazione: **Arte più misera, arte più rotta | Non c'è del medico che va in condotta** (da *Il medico condotto* del 1845).

Nella prima possiamo cogliere un filone che si muoveva su ideali ippocratici non disgiunti da orientamenti politico-risorgimentali. Capostipite è l'AMI l'Associazione Medica Italiana fondata nei primi anni Sessanta, le cui premesse si possono far risalire al 1848 anno in cui la "Gazzetta medica lombarda" pubblicò un *Programma di associazione medica*, che esordisce così:

Anche in mezzo ai popoli civili, i medici sono tenuti in pochissimo conto. Ad uomini su cui pesano tanti e (...) sì gravi doveri, appena si consente qualche astratto ed illusorio diritto (...) Questo stato di cose cesserà quando una medica associazione universale strappi alle mani profane l'assurda dittatura dei medici interessi, rivendicandone ad uomini competenti (...) la discussione.

Tre sono i capisaldi sui quali i firmatari del *Programma* imperniano il loro progetto di associazione: "culto della scienza, dignità dell'arte, libertà e tutela dei medici". Ogni rivendicazione corporativa, di monopolio e di autonomia professionale, è dunque preceduta da un programmatico "culto della Scienza", il mezzo che appariva il più consono all'obiettivo del risorgimento sanitario del paese. Ma dobbiamo aspettare lo Stato unitario e l'embrione del pensiero igienista per la sua fondazione e l'invito ai medici italiani a condurre una battaglia comune contro gli ostacoli che si frappongono alla rinascita igienico-sanitaria nazionale, vale a dire: *L'assistenza medica nelle antiche sue istituzioni a favore del povero minacciata; l'ordinamento degli ospedali difettoso e manchevole; la scienza della legislazione sanitaria [...] adulta nei libri, bambina nei codici e nei fatti [...] e finalmente le condizioni morali ed economiche della professione cadute in basso*

così deplorabilmente; [...] i servigi non contati né retribuiti; il ciarlatanesimo e l'empirismo trionfanti; e in noi medesimi, confessiamolo francamente, il sapere ed il decoro professionale non sempre uguali alla responsabilità(dal programma AMI Milano 1862).

L'affiancano negli obiettivi le diverse Società mediche: la Società Italiana di Igiene nel 1878, l'Associazione Chirurgica Italiana nel 1880, la Società Italiana di Idrologia e Climatologia Medica nel 1882, la Società Italiana di Medicina Interna nel 1886. Nell'AMI, grazie all'opera di Pagliani e della Società italiana di igiene, prevale un orientamento volto a chiedere il riconoscimento alla professione del monopolio dell'igiene e sanità pubblica.

Il secondo filone di pensiero è proprio, dal 1874, dell'Associazione Nazionale dei Medici Comunali.

Nel 1874, per iniziativa di Luigi Casati, Giuseppe Berruti e Ottavio Leoni, si costituisce a Forlì l'Associazione Nazionale dei Medici Comunali (ANMC), un organismo che fin dagli inizi si propone con fini esplicitamente rivendicativi e sindacali.

I medici condotti lavorano alle dipendenze delle amministrazioni comunali e delle opere pie, nelle cui mani erano affidati gli ospedali e questo spiega quale fosse l'archetipo della medicina italiana: una professione a prevalente carattere dipendente e in costante rapporto con gli enti pubblici.

Quando l'ANMC si riunisce a Padova per il suo secondo Congresso nel 1875, l'Associazione conta già 1.200 soci dislocati in 57 Province in cui prevalgono quelle dell'Italia centrale, mentre sono ultime quelle meridionali, in 15 delle quali non c'è ancora alcun aderente. Nel 1902 conta 4200 iscritti che salgono a 7500 nel 1911-1912 quasi il 70% del totale.

Questa associazione riesce a trascinare anche l'AMI nella costituzione di una Cassa pensioni per i medici condotti che viene fondata nel 1875; si trattava di una realizzazione importante, ma che rientra ancora nella fase del mutuo soccorso tra medici. Non disgiunta, ma in rilievo minore, è la maturazione, nell'ambito di questa associazione di categoria, di una visione complessiva sul ruolo del professionista medico, che si pone in posizione alternativa a quella più tradizionale, propria dell'AMI. Sono i medici condotti che sviluppano la concezione della professione medica come "*coscienza sanitaria*" del paese, con proclami che non risparmiano ai poteri centrali e periferici critiche e denunce.

La loro è una realtà lavorativa difficile a contatto con la morbidità rurale e periurbana e con la inefficienza e omissione delle autorità comunali. Per questi sanitari il medico deve essere un mediatore tra potere e società come

professionista e come intellettuale, facilitando la medicalizzazione del paese e non limitandosi al ruolo di cinghia di trasmissione dall'alto al basso.

Spicca la parte rivendicativa che nasce dalla stessa specificità del medico comunale, il quale è in realtà soprattutto un lavoratore dipendente dell'ente locale, particolarmente sensibile dunque alle questioni salariali, alla stabilità del posto, alle regole dei concorsi per l'assegnazione delle condotte.

Lo stipendio annuo di un medico agli inizi del secolo che esercita in una condotta per soli poveri è di Lire 1.719, mentre il sanitario che esercita in una condotta piena percepisce Lire 2.337. Il paragone con altre professioni è impietoso: un pretore percepisce 8.000 lire, un maresciallo dei carabinieri 4.500 lire con in più l'alloggio e un ufficiale d'ordine postelegrafonico quasi 4.800 lire.

Medici Condotti a Convegno - Padova 1 novembre 1927



Nonostante la nomina dei condotti sia regolata per disposizioni di legge che stabiliscono le modalità del concorso, di volta in volta le amministrazioni adottano formalità diverse.

I condotti sono molto sensibili alle idee socialiste di Filippo Turati tanto che la loro associazione nazionale, ricostituita nel 1902, si propone quale organismo di resistenza, che contempla lo sciopero e il boicottaggio tra le proprie azioni di lotta contro le amministrazioni comunali, per l'ottenimento di capitolati di condotta uniformi, ed equamente retribuiti.

Un dato che ci appare significativo e che conferma quale fosse la natura e l'autopercezione di una parte consistente della classe medica, è la richiesta che l'Associazione nazionale dei medici condotti fa nel 1908 alla Confederazione nazionale delle Federazioni e delle associazioni professionali di impiegati della più grande Confederazione generale del lavoro, di cui è Presidente Filippo Turati, al fine di difendere il diritto di organizzazione degli impiegati di fronte al governo e alle amministrazioni pubbliche e private. Il vertice dell'ANMC si prodiga per la approvazione della legge assicurativa obbligatoria di malattia, per cui si ipotizza la possibilità di libera scelta del medico condotto o libero professionista, iscritto in appositi albi, da parte dei lavoratori, il cui guadagno non deve superare 4.200 annue (1919). Però la proposta di legge, sostenuta dalle amministrazioni socialiste, non raccoglie i pieni consensi della base dei medici condotti che temono una eccessiva burocratizzazione dell'assistenza domiciliare e, nonostante il prevalente orientamento socialista, si oppongono alla linea della CGdL (confederazione generale del lavoro).

Con una palingenesi solo apparentemente curiosa, ma che avrebbe interessato anche altre ampie fasce dei ceti medi negli anni venti, sarebbero state proprio le associazioni professionali dei condotti tra le prime conquistate dal fascismo che insabbia il progetto di legge e sviluppa il sistema mutualistico.

Si può allora ben comprendere il ritardo accumulato dalla professione medica nell'ottenere il riconoscimento giuridico dell'autogoverno della professione rispetto alla classe forense, ritardo procurato in primis dalla scarsa prevalenza della libera professione.

Il 2 dicembre 1888, con legge n. 5849, è promulgato il Codice di Igiene e Sanità Pubblica.

Una legge storica che si propone di creare nel paese una nuova struttura del servizio di igiene e sanità pubblica, estende e potenzia il ruolo del medico condotto, assicura l'assistenza e la cura gratuita ai poveri da parte dei comuni singoli o associati, ma non l'assistenza farmaceutica che molti reclamavano.

Nell'intenzione la legge sanitaria di Crispi costituisce la griglia di organi e competenze all'interno della quale ci si deve muovere nel concreto, nella difesa dell'igiene e nella lotta alle malattie. In particolare, si riconosce la competenza

della tutela dell'igiene pubblica al Ministero dell'interno, incaricato di provvedervi attraverso la direzione di sanità con l'ausilio del Consiglio superiore; in ambito locale il medico provinciale, figura di nuova istituzione, avrebbe avuto il supporto del Consiglio sanitario provinciale, mentre nei comuni il ruolo esecutivo sarebbe stato di competenza dei medici condotti, qualificati come ufficiali sanitari. Nei comuni i Municipi devono provvedere solo all'assistenza per i poveri iscritti nelle liste comunali che spesso risultano molto ampie sia per esigenze clientelari sia per l'entità dell'area sociale di indigenza.

Dopo la promulgazione della legge, l'associazionismo entra in una seconda fase. I medici prendono atto che ad una importante apertura da parte dello Stato sul loro ruolo centrale nella tutela dell'igiene e della salute, sul rilievo attribuito alla questione sanitaria quale interesse pubblico, non corrisponde d'altro canto una attenzione al loro ruolo, da tempo reclamato, quali tecnici della salute. Viene a mancare il riconoscimento del prestigio civile della professione medica e il suo riconoscimento. Negli anni successivi l'esperienza dell'associazionismo muta radicalmente di segno e di obiettivi.

Nascono gli Ordini sanitari provinciali allargati anche alle professioni dei farmacisti e veterinari quali organizzazioni sanitarie volontarie. Egemone comunque rimane la componente dei laureati in medicina.

Gli scopi si rifanno in parte alle istanze delle associazioni post-unitarie e raccolgono il meglio della politica dei medici condotti per una concreta tutela pubblica della salute, da cui non mancano denunce alle scarse attenzioni per i lavoratori e i ceti popolari. Si rivendica l'esclusività di elaborazione degli indirizzi di politica sanitaria, secondo il principio che la sanità deve essere delegata al tecnico specifico e si allarga l'obiettivo nel far diventare questi nuovi organismi sede di gestione corporativa dei problemi e degli interessi di quella che, con una certa forzatura sociologica, veniva allora definita la compatta "*classe medica*". È di fatto un superamento dell'associazionismo precedente, quello dell'AMI, del quale si mantengono ancora alcune caratteristiche, ma lo scopo che si delinea sempre di più è la ricerca del monopolio professionale e dell'autodisciplina di categoria da regolamentare per legge.

Non mancano critiche nei confronti della politica associativa del passato, specie dell'AMI, in cui deficienza organizzativa e mancanza di rappresentatività dovuta alle scarse adesioni di iscritti tra i sanitari, era stata la causa della mancanza di incisività sulle scelte sanitarie dei governi. I primi Ordini a formarsi sono quelli di Milano (1887), Napoli (1888), Venezia (1889), nati come emanazione di comitati locali dell'AMI, i cui iscritti si erano allontanati polemicamente

dall'associazione nazionale denunciandone l'immobilismo. Da segnalare che uno dei punti qualificanti di questi organismi è la lotta all'abusivismo soprattutto verso coloro che privi di titolo specifico e grazie alle numerose deroghe legislative sull'odontoiatria, esercitano quali dentisti pratici. Si occupano anche di tariffe e si erigono a custodi della deontologia professionale.

Non mancano rivendicazioni di stampo sindacale riassumendo lo spirito barricadero alimentato dal conflitto tra i medici condotti e gli enti locali. Conflitto che non viene risolto nemmeno con la stabilizzazione dell'impiego sancita dalla legge Crispi - Pagliani del 1888.

Nei primi anni del nuovo secolo il clima politico, con l'avvento di Zanardelli alla Presidenza del Consiglio e di Giolitti al Ministero dell'Interno, muta. Si supera la crisi autoritaria, si avviano maggiori garanzie democratiche e, specialmente a partire dal 1903 con Giolitti Presidente del Consiglio, è possibile l'avvio di un vero processo di modernizzazione del Paese. Anche se negli equilibri istituzionali il potere esecutivo concentrato nelle mani del Presidente del Consiglio ha la prevalenza sul potere legislativo del Parlamento, questo viene progressivamente connotato, nei suoi due rami, dalla presenza di uomini illustri eletti alla Camera anche grazie al sistema elettorale uninominale, reintrodotta nel 1891, che dà rilievo e peso alle singole personalità dei candidati. La presenza nella Camera dei Deputati di un buon numero di medici e scienziati favorisce, nell'iniziativa legislativa del Governo e in quella parlamentare, le grandi opportunità offerte dalla scienza di intervenire massicciamente e progressivamente sulla cura della popolazione (malaria e tubercolosi).

Il conflitto dei medici con la pubblica amministrazione prosegue nel primo Novecento, quando la piattaforma dei medici condotti si precisa ulteriormente aggiungendo la richiesta del riconoscimento giuridico della professione alle rivendicazioni nei confronti degli enti locali. Gli Ordini dei sanitari costituiscono ben presto una Federazione Nazionale, cui fanno capo anche le associazioni di categoria, prima fra tutte l'Associazione nazionale dei medici condotti (che nel 1907 contava 600 membri). Infatti pur individuando sul piano provinciale la loro principale funzione e ragione stessa di esistenza, nel 1897 una assemblea di delegati, tenutasi a Roma, avanza la proposta di creare una Federazione degli Ordini, per costituire un più valido strumento di pressione nei riguardi del mondo politico, in grado di meglio tutelare interessi e istanze dei sanitari e consentire l'autodisciplina corporativa della professione. La Federazione degli Ordini dei sanitari diviene dunque una realtà sin dal 1898, anche se di fatto ha lasciato una traccia flebile. In questa vicenda ancora una volta emerge la contraddizione tra le

esigenze rivendicative e sindacali dei condotti, la componente politicamente più attiva alla guida della maggior parte degli Ordini federati, e quelle assai diverse dei liberi esercenti, incentrate prevalentemente sulla questione della repressione dell'abusivismo, sul contenimento e la disciplina del problema emergente della pubblicità medica. Si nutre ancora la speranza di poter in qualche modo controllare anche lo stesso mercato professionale, frenando quella che già qualcuno denunciava come la "pletora medica".

Non si devono confondere gli Ordini dei sanitari con gli Ordini che verranno successivamente costituiti con la legge 10 luglio 1910, sia per il tipo di associazione che rimase sempre per i primi su base volontaria, sia per le adesioni che provenivano in maniera indistinta dai medici, farmacisti e veterinari, appartenenti pertanto a professioni in cerca di un ruolo nel progresso sanitario del paese e quindi con stessi diritti e privilegi. Questi fatti comunque detengono un significato storico importante: la legge del 1910 non istituisce ex-novo l'Ordine dei Medici, come nel caso degli avvocati, ma si limita a fotografare una realtà già esistente.

Nel 1910 si era compiuto un significativo mutamento nel mercato del lavoro medico, dovuto alla sensibile crescita della libera professione (aumentata del 39% dal 1885 al 1905 e passata da 8.983 a 12.375 unità) e al rallentamento della crescita dei medici condotti attestatasi in quello stesso periodo attorno al 20%.

L'aumento del numero dei liberi professionisti era provocato in gran parte dall'ampliamento del mercato indotto dal processo di sviluppo industriale che l'Italia aveva imboccato nel periodo giolittiano. Nel 1906 vengono abolite le condotte piene e i medici condotti vengono autorizzati a svolgere attività privata. Si chiamava condotta "*piena*" o "*generale*" quella in cui la cura gratuita dei cittadini a spese dell'amministrazione comunale era estesa anche ai ceti abbienti; tale formula ampia del capitolato di condotta era contestata dai medici dipendenti dai comuni, che, a ragione, la individuavano come una turbativa del mercato della libera professione e di decadimento dell'istituto stesso della condotta. La condotta piena viene poi in pratica vietata solo a partire dal 1920, per l'azione dell'associazione di categoria e la maggior intransigenza dei prefetti sull'argomento; in quegli anni del resto il panorama dell'assistenza sanitaria ai meno abbienti si va indirizzando decisamente verso il sistema mutualistico.

Questo è il clima in cui matura l'idea che sia ormai improcrastinabile la concessione ai medici, ai farmacisti e ai veterinari dell'autogoverno delle rispettive professioni. La nascita dell'Ordine dei Medici scaturisce dallo sviluppo

dell'esercizio libero professionale che diventa sempre più importante anche se le vicende politico professionali ne hanno tracciato la via in maniera indelebile.

La discussione parlamentare appare ricca di spunti sul pensiero politico dell'epoca.

Nel disegno di legge d'iniziativa parlamentare è previsto che i Consigli direttivi degli Ordini cooperino al progresso e alla tutela dell'igiene pubblica, nonché al perfezionamento dell'assistenza sanitaria nell'interesse del paese.

In sede di dibattito parlamentare viene presentato un emendamento per includere nell'Ordine dei sanitari (medici, veterinari, farmacisti) anche le levatrici che ne avevano fatto richiesta attraverso varie petizioni. L'onorevole Queirolo, in particolare, chiede che l'Ordine dei medici possa disciplinare l'esercizio delle ostetriche estendendo in tal senso la giurisdizione: la proposta viene bocciata dallo stesso relatore Casciani sia per coerenza giuridica (non si può estendere la giurisdizione di un Ordine ad un'altra classe di professionisti), sia perché la professione della levatrice non sembra aver raggiunto quel grado di elevatezza per cui può essere messa alla pari della professione medica. *“Le levatrici abbiano pazienza - si dice - verrà il giorno anche per loro. Auguriamoci che questa classe di benemerite professioniste si elevi nella cultura e nella stima del popolo onde possano avere un Ordine proprio”.*

Una questione centrale posta subito in discussione riguarda la possibilità di rapportarsi al modello dell'avvocatura e dunque iscrivere all'albo solo i liberi professionisti o interpretare la funzione dell'albo come la condizione necessaria per l'esercizio della professione, anche quella svolta come dipendente di un ente.

È il punto storico di maggiore attrito tra la classe medica e il legislatore. Su questo punto si affermano in sede di commissione parlamentare e nella discussione alla Camera diverse posizioni e interpretazioni. Alla fine prevale il concetto poi generalizzato a tutte le professioni con la legge del 1939, che *“non ci si può dare all'esercizio della professione senza iscriversi all'albo”.* Dunque anche il medico condotto deve iscriversi perché *“vincolato dinanzi al Comune, ma contemporaneamente curante di malati”.* All'iscrizione obbligatoria all'albo per i liberi professionisti e i medici dipendenti degli enti pubblici non corrisponde però un medesimo sistema disciplinare.

Si tratta di un punto delicatissimo e forte momento di mediazione che viene risolto con il doppio regime dividendo i medici in due categorie: i liberi professionisti, che vengono giudicati dal Consiglio dell'Ordine, e i medici dipendenti lasciati alla giurisdizione del Consiglio sanitario provinciale e soggetti alla disciplina dell'Ordine solo per quanto riguarda l'esercizio della libera

professione. Il terzo comma dell'articolo 3 esclude, infatti, *"ogni urgenza dell'Ordine stesso nei rapporti dei sanitari con le pubbliche amministrazioni da cui dipendono"*.

Il deputato Casciani, che ha redatto il progetto di legge e l'ha sottoposto alla approvazione delle associazioni mediche, aveva previsto in un primo tempo che tra i compiti degli Ordini vi fosse anche quello di *"dirimere i conflitti che possono sorgere in mezzo alla classe medica e tra questa e le pubbliche amministrazioni"*.

Tuttavia su questo punto il governo è irremovibile, nonostante l'opposizione della Federazione Nazionale degli Ordini dei sanitari e le contestazioni emerse nella discussione alla Camera del progetto di legge. I deputati Ciochi, Queirolo e Pietravalli sottolineano la mostruosità della decisione di limitare la tutela degli Ordini alla sola libera professione e di lasciare i medici condotti sotto la giurisdizione pubblica del Consiglio sanitario provinciale, presieduto dal Prefetto, il quale rappresenta gli stessi enti pubblici da cui il medico dipende.

Di fatto si spacca la medicina in due parti con una doppia giurisdizione (che peraltro può coesistere nella stessa persona), creando una evidente gerarchia professionale: la categoria dei liberi professionisti sottoposta al controllo dei loro pari privilegiata rispetto ai medici dipendenti.

È un retaggio della storia della medicina italiana post-unitaria e del ruolo preponderante che vi avevano esercitato gli enti pubblici cui era stato affidato il governo della sanità. Entrando nel particolare, all'Ordine dei Medici viene riconosciuto un potere di disciplina e una dose di autogoverno superiore a quelli goduti dagli avvocati in età liberale. Il Consiglio dell'Ordine può applicare le medesime pene disciplinari, che vanno dall'avvertimento alla censura, e suggerire la sospensione dall'albo (da uno a sei mesi), che può applicare solo il Ministro degli Interni; pronuncia infine la cancellazione dall'albo e l'eventuale riammissione (art. 6). Mentre gli avvocati possono ricorrere contro le decisioni del Consiglio dell'Ordine appellandosi alla magistratura, per i medici sono previste più giurisdizioni di appello nell'ambito della professione. I liberi professionisti hanno la facoltà di rivolgersi contro le decisioni del Consiglio, all'assemblea generale dell'Ordine e successivamente al Consiglio superiore di sanità (art 38). A quest'ultimo possono appellarsi anche i medici dipendenti contro i provvedimenti disciplinari adottati dal Consiglio provinciale di sanità. Tuttavia il problema sta nel fatto che i due Consigli di sanità sono corpi burocratici e la presenza medica rimane minoritaria anche dopo che la legge del 1910 ne modifica la composizione.

Nel corso della discussione alla Camera del progetto di legge, i deputati Ciochi e Celli si fanno i portavoce dell'esigenza di sottrarre allo strapotere dei

burocrati le giurisdizioni mediche superiori o parallele all'Ordine. Essi propongono di rendere elettiva la rappresentanza medica all'interno del Consiglio superiore di sanità, introducendo un membro per ciascuno dei tre Ordini sanitari eletto da tutti i Presidenti dei rispettivi Ordini.

A questa proposta si aggiunge anche quella dell'onorevole Casciani, di introdurre di diritto i Presidenti dei tre Ordini sanitari in ogni Consiglio sanitario provinciale. Il presidente del Consiglio, Luigi Luzzatti, accoglie entrambe le proposte con una motivazione degna del "metodo" Giolitti, nonostante la sua appartenenza alla Destra.

Afferma che non bisogna temere che gli "indisciplinati" (ossia i medici condotti, in quegli anni la categoria estremista della medicina) entrino nei Consigli, *"l'esperienza mi insegna che i ribelli e gli indisciplinati, quando entrano in questi Consigli, come quando entrano in questa Camera, a poco a poco si modificano e si temperano"*.

La modificazione della rappresentanza dei due Consigli di sanità appare un classico scambio politico: in cambio della non ingerenza dell'Ordine nei rapporti tra i sanitari e gli enti, i medici condotti vengono sottoposti a una giurisdizione non gestita solo da burocrati.

Con questa decisione si accresce ulteriormente l'autogoverno per i liberi professionisti e si tutela maggiormente la giurisdizione di secondo grado per i dipendenti grazie alla rappresentanza elettiva degli Ordini nel Consiglio superiore.

Ai nuovi organismi viene posto il divieto di esercitare un'azione di tipo sindacale. Si crea una netta diversificazione tra le funzioni dei vecchi Ordini dei sanitari su base volontaria e i nuovi, una scelta politica non priva di conseguenze all'interno della professione.

I medici condotti colgono subito questa diversità e si oppongono a fondere in un unico contenitore gli Ordini burocratici e le associazioni barricate, come l'Associazione Nazionale dei medici condotti, anche se alla fine prevale l'idea di unire in una sola Federazione le due componenti della rappresentanza medica.

Questa situazione rispecchia una insoddisfazione alla gabbia che la legge del 1910 aveva loro imposto, precludendo loro ogni rapporto con gli enti pubblici.

Per infrangerla vengono studiati e messi in pratica alcuni accorgimenti. Ad esempio, l'Ordine di Forlì si propone di utilizzare la propria rappresentanza nel Consiglio provinciale per contribuire alla elaborazione della politica sanitaria locale. Quello di Bologna va ben oltre, interpretando l'art. 8 della legge sanitaria nel senso di consentire all'Ordine (attraverso il suo rappresentante) di esaminare tutti i contratti tra medici ed enti pubblici e privati. Tale pratica non contravviene

all'art. 3 della legge professionale del 1910 perché - secondo l'Ordine di Bologna - riguarda i servizi e i sanitari impiegati nelle amministrazioni. In base a questo cavillo il Consiglio aveva invitato i medici a non partecipare ai concorsi che non fossero stati approvati dall'Ordine.

Se aggiungiamo che in quegli anni la maggior parte dei Presidenti degli Ordini erano medici condotti, scelti appositamente per essere invitati come rappresentanti nel Consiglio provinciale, si comprende allora che al di là delle previsioni del legislatore, emergono pratiche di politica professionale volte ad adattare i nuovi Ordini alle esigenze concrete della professione medica attribuendo loro, in modo surrettizio, funzioni che vanno oltre il dettato della legge. È l'ambivalenza della politica professionale dei medici che non trova ancora una soluzione.

Durante la Grande Guerra, tra il 1917 e il 1919, l'attività degli Ordini si annulla. A capo degli Ordini ci sono per lo più commissari prefettizi, i medici sono al fronte esposti in prima linea a fianco di tanti altri soldati della grande "armata contadina", pagando un ingente contributo di sangue: 720 caduti, 397 dei quali in combattimento. Numerose sono le ricompense concesse: la medaglia dell'Ordine Militare di Savoia al generale medico L. Bonomo, 255 medaglie d'argento, 1164 medaglie di bronzo, 375 encomi solenni e numerose croci di guerra al valore.

Dobbiamo al Professore Giuliano Lenci (Pisa 1921), medico e maestro di Tisiologia presso l'Università di Padova, con un passato di partigiano e politico, storico di complemento come ama autodefinirsi, la riscoperta di una singolare attività didattica durante la prima guerra mondiale: l'Università Castrense. Dal dicembre 1916 alla primavera del 1917, Padova ospitò circa mille studenti delle varie facoltà di medicina e chirurgia d'Italia per proseguire gli studi e conseguire la laurea per essere avviati al fronte. Il titolo abilitante venne concesso con una legge speciale che esentava i candidati dal presentare la tesi finale. Questo evento comportò uno sforzo didattico notevole per l'Università di Padova e vide l'impegno di grandi maestri della medicina padovana tutti protesi al compimento di quella che fu definita la quarta e ultima guerra di indipendenza. Alcuni di questi sono stati veri uomini del risorgimento italiano, provenivano infatti dalle file garibaldine tra le quali avevano combattuto e si erano fatti onore.



Giuliano Lenci

Padova, Università Castrense 1917 – Esercitazioni degli allievi



Voglio ricordare il già citato Achille De Giovanni (1838 Sabbioneta/1916 Padova) combattente nella 2° e 3° guerra di indipendenza 1859 – 1866, Edoardo Bassini (1844 Pavia/1924 Padova) al cui nome è legata la tecnica dell'intervento per ernia inguinale praticata fino a qualche lustro fa, distintosi con onore combattendo nel 1866 in Trentino e in Val Camonica e ancora oggi ricordato per l'ardimento nella battaglia di Vezza d'Oglio e a Villa Glori (23 ottobre 1867) dove nell'impresa, che costò la vita ai fratelli Cairoli, riportava una ferita da colpo di baionetta infertagli da uno zuavo papalino.

Dei 13.575 medici che nel novembre del 1918, alla data dell'armistizio di Villa Giusti a Padova, si trovano sotto le armi, 6.804 non sono stati ancora congedati nell'aprile del 1919. È un motivo di grave malessere per i medici combattenti.



Edoardo Bassini 1844 - 1924

Nel maggio del 1919 nasce a Milano la prima aggregazione, così come era prima avvenuto per gli avvocati, di un "*fascio di reduci*" per difendere i diritti morali ed economici dei soci penalizzati dal servizio di guerra e tutelare "*le conquiste della Vittoria e difendere la Nazione contro le insidie dei nemici interni*".

È il momento della *“rivoluzione fascista”* e le simpatie democratiche e socialiste di larga parte della categoria medica si affievoliscono, mentre emergono più preponderanti le istanze corporative sollecitate da spinte di diversa natura. Il Fascismo scioglie l'ambivalenza della rappresentanza medica, riassorbendo all'interno del sindacato fascista istanze professionali e istanze sindacali.

La FNOM, che nei primi anni Venti aveva rappresentato un'area di debole penetrazione al nuovo corso politico, si pone quale organismo concorrente della Corporazione sanitaria fascista imponendo quanto la legge prescriveva: l'obbligatorietà dell'iscrizione agli Ordini. Il fascismo non si oppone alla Federazione ma la *“fascistizza”* con l'aiuto di tanti medici che la Corporazione sindacale sanitaria riesce a piazzare tra i componenti nei Consigli Direttivi degli Ordini.

Nel 1921 i medici italiani ammontano a 29.327; ogni 100.000 abitanti si contano 82 medici, compresi i dentisti. Appare curiosa la situazione organizzativa dei condotti che si era complicata dopo la promulgazione della legge 3 aprile 1926. In base all'art. 11, infatti, il riconoscimento giuridico non poteva più essere concesso alle Associazioni di dipendenti dello Stato, delle Province, dei Comuni e delle istituzioni pubbliche di beneficenza. Perciò i medici condotti, nonché quelli degli uffici d'igiene, i veterinari, i farmacisti, le levatrici comunali, i medici delle ferrovie, ecc., vengono legalmente esclusi dal sindacato fascista. La situazione si sblocca nel febbraio 1927, quando il Ministero delle Corporazioni concede infine l'autorizzazione alla costituzione dell'Associazione Nazionale Fascista Medici Condotti (ANFMC) quale organismo associativo a sé stante, ma dipendente dall'Associazione generale fascista del pubblico impiego guidata dall'avvocato Aldo Lusignoli, Deputato alla Camera dal 1929 al 1934, poi membro del Consiglio Nazionale delle corporazioni.

Velocemente arriviamo al 1926, anno dell'epilogo, quando si stabilisce di inviare al congresso della FNOM solo delegati iscritti al sindacato fascista e si riunisce a Roma l'XI congresso federale degli Ordini. Da poco era stata promulgata la legge n. 563 del 3 aprile, che concedeva la personalità giuridica ai sindacati stabilendone comunque la stretta subordinazione allo Stato. Dopo i preliminari di rito i rappresentanti degli Ordini approvano le direttive della Corporazione nazionale sanitaria e deliberano di costituirsi in Federazione fascista degli Ordini dei Medici, sotto la presidenza del segretario generale della corporazione fascista Arnaldo Fioretti. Questa Federazione ha tuttavia vita brevissima. Viene infatti sciolta il 31 luglio 1926 e le sue funzioni sono attribuite al sindacato nazionale medico fascista. Successivamente un R.D. del luglio 1926

stabilisce che all'iscritto ad un albo professionale deve essere affiancato un sindacato fascista di appartenenza e soltanto a quest'ultimo si concede la facoltà di tutelare gli interessi di categoria. Nel decennio successivo al 1926, i sindacati si sostituiscono progressivamente agli Ordini, che vivacchiano in un immobilismo con una funzione di controllo praticamente di pura facciata. Progressivamente il regime miete consensi sempre più massicci tra i medici. Sono significativi i seguenti dati: dopo la riapertura nel 1932 delle iscrizioni al PNF (Partito Nazionale Fascista), se consideriamo le percentuali degli iscritti al PNF alla fine del 1930, sul totale degli iscritti agli albi alla stessa data e le confrontiamo con quelle relative al 1933, vediamo che in alcune zone salgono notevolmente: a Torino si passa dal 30,8% al 65%, a Milano dal 40,4% al 67,1%, a Roma dal 37,4% al 67,2%, a Napoli dal 49% al 69%.

Ridotti ormai a un puro simulacro, gli Ordini sono nuovamente colpiti dal Testo Unico 3 aprile 1928, che attribuisce ai sindacati provinciali la tutela degli interessi dei medici e la nomina dei rappresentanti di categoria negli enti e nella pubblica amministrazione. L'anno successivo viene eliminato completamente l'autogoverno: i membri del Consiglio dell'Ordine sono nominati per metà dai sindacati e per metà direttamente dal Ministro degli interni. La soppressione definitiva degli Ordini con il Regio Decreto 184 del 1935, è dunque un atto formale che ufficializza una situazione esistente già da tempo. Il loro potere disciplinare viene affidato ai Direttori dei sindacati fascisti.

La soluzione corporativa, salutata con favore da molti medici ricompone quella frattura tra medici, dipendenti e liberi professionisti che era stata imposta dallo Stato liberale e che era proseguita nel primo periodo del regime fascista.

“Il capo ha detto che noi molto abbiamo dato in guerra: fino a completa sua vittoria noi ci vogliamo considerare suoi combattenti, per tutto dare come devozione a Lui, per tutto dare come dedizione alla patria. Sarà nostro compito rendere noto al medico quanto il regime compie per quell'ideale igienico per il quale da fedeli soldati combattiamo: saranno acquedotti, fognature, case popolari; saranno sanatori, colonie marine, fluviali, montane, nascenti a ritmo continuo che noi mostreremo. Dimostreremo a voi con quale amore il Regime Fascista rivolge le sue forze alla resurrezione nazionale...1932.....Nello stato fascista, sindacale corporativo, non poteva più sussistere un anacronismo che rappresentava un doppiopione per la massima parte



Eugenio Morelli 1881 - 1960

delle attribuzioni e che di più levava forza al sindacato [...]. Non era ammissibile che per la tutela dell'interesse pecuniario si ricorresse al sindacato e per quella deontologica e disciplinare si ricorresse all'Ordine dei medici. La professione è data da un complesso economico-morale inscindibile e giudicabile solo dalla grande famiglia medica rappresentata dal sindacato 1935. (dalla rivista "Le Forze Sanitarie" Eugenio Morelli Professore di patologia speciale medica presso l'Università di Pavia, successivamente ordinario di Tisiologia a Roma, fondatore della prima cattedra di tisiologia che in breve tempo diviene il centro, forse il più qualificato del mondo, degli studi sulla tubercolosi presso l'istituto Forlanini. In seguito è chiamato ad attuare la legge istitutiva dei consorzi provinciali antitubercolari e l'assicurazione contro la tubercolosi).