

MARCO SORESINA

Docente di Storia contemporanea alla Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università degli studi di Milano; si occupa soprattutto di storia politica, economica e sociale dell'Italia tra XVIII e XX secolo. Sui temi delle professioni liberali e della sanità pubblica ha pubblicato numerosi saggi e i volumi: *I medici tra Stato e società. Studi su professione medica e sanità pubblica nell'Italia contemporanea*, Milano, Franco Angeli, 1998; *Professioni e liberi professionisti in Italia dall'Unità alla repubblica*, Firenze, Le Monnier, 2003.

La politica professionale e la legislazione sanitaria. 1859-1978

MARCO SORESINA

ASSOCIAZIONISMO MEDICO E SANITÀ PUBBLICA

La storia della legislazione sanitaria nell'Italia unita, tra i primi provvedimenti complessivi del 1859 e la L. 833/1978, può essere letta come una successione di avvicinamenti e di distacchi tra le esigenze dei governi e gli orientamenti dei professionisti della salute. Da un lato vi si osservano le esigenze di “polizia medica” dell'esecutivo, dunque soprattutto di controllo e governo della popolazione e del territorio, e dall'altro le speranze dei medici di rappresentare la “coscienza sanitaria” della nazione e il corpo professionale a cui delegare la piena competenza di ogni decisione sanitaria, nell'interesse della collettività e anche del singolo paziente. Una speranza tecnocratica, quella dei sanitari, che era alimentata dall'accresciuta efficienza diagnostica e terapeutica dell'arte medica (e dunque dai progressi delle scienze che ne sono alla base), ma che molto doveva anche al protagonismo associazionistico dai medici nella rivendicazione e nella costruzione dei presupposti della propria competenza esclusiva in ambito igienico e sanitario. Non si comprende, insomma, l'evoluzione delle politiche di salute in Italia senza soffermarsi sul contributo della “classe” medica; non si allude naturalmente allo scontato impegno dei medici al capezzale dei pazienti, ma proprio al contributo della professione nei suoi aspetti collettivi, corporati se vogliamo, dunque l'associazionismo scientifico e quello professionale, prima e dopo la costituzione

degli Ordini¹.

Del resto, ancor prima degli sviluppi più moderni della medicina diagnostica e della terapeutica, a partire dall'ultimo scorcio del XIX secolo, era soprattutto l'osservazione costante della morbilità e delle condizioni igieniche e "moralì" delle popolazioni, spesso resa sistematica dalla diffusa mentalità positivista, a costituire il primo bagaglio di competenze per il medico. La condotta sanitaria era il luogo privilegiato della costruzione di questo sapere; si trattava di un istituto dalle origini antichissime, mediante il quale le comunità locali stipendiavano uno o più sanitari (dall'inizio dell'800 per lo più medici-chirurghi, spesso anche le levatrici, talvolta i veterinari), di regola per la cura dei poveri, a volte a favore della generalità della popolazione. All'unità d'Italia disponevano di condotte mediche circa tre quarti dei comuni del Paese, anche se le tipologie di contratto tra i sanitari e i Municipi erano le più diverse, così come la qualità dell'assistenza erogata, della quale tuttavia godeva circa un terzo degli abitanti del nuovo Stato. Ma la condotta era anche l'ambito nel quale il medico confrontava il suo impegno con la scarsa considerazione del suo operato, specie da parte delle amministrazioni locali, e dove si maturava una particolare coscienza professionale e il proposito di rinforzarla con lo strumento associazionistico, che veniva praticato – là dove i regimi lo consentivano almeno in parte – già dagli anni '40 del XIX secolo.

Anche i sanitari italiani ebbero poi il loro '48, all'insegna del "culto della scienza, dignità dell'arte, libertà e tutela ai medici". Questo era il segno delle rivendicazioni contenute nel Programma di associazione medica, diffuso nel luglio 1848 da alcuni eminenti clinici lombardi, che scrivevano:

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 discussione².

Il programma del 1848 non ebbe per la verità alcun riscontro sul piano legislativo, ma ritornò nel 1861 per costituire la base della prima importante Associazione medica italiana (Ami), che sarebbe rimasta attiva per un trentennio, dimostrandosi forse poco incisiva sul piano professionale ma certamente efficace

¹ Si riprendono in queste pagine le argomentazioni e i dati da alcuni miei lavori precedenti; M. Soresina, *I medici tra Stato e società. Studi su professione medica e sanità pubblica nell'Italia contemporanea*, Milano, Franco Angeli, 1998; Id., *Professioni e liberi professionisti in Italia dall'Unità alla repubblica*, Firenze, Le Monnier, 2003. Cfr. inoltre *Atlante delle professioni*, a cura di M. Malatesta, Bologna, Bonomia University Press, 2009.

² *Programma di associazione medica. Ai medici e chirurghi della Lombardia*, in *Gazzetta medica lombarda*, 1848, p. 255.

nell'organizzazione di congressi scientifici, dai quali presero le mosse nuove prestigiose associazioni specialistiche come la Società italiana d'igiene (1878), l'Associazione chirurgica italiana (1880), la Società di climatologia e balneoterapia (1882), la Società di Medicina interna, quella di dermosifilopatia e altre.

Gli scopi statuari dell'Ami erano la riforma delle legislazione sanitaria e l'estensione dei suoi ambiti di intervento nel nuovo regno d'Italia; a questo proposito si parlava delle necessità di un vero e proprio "risorgimento sanitario", da basarsi sulla direzione responsabile di un tecnico specifico per ogni articolazione, centrale o locale, dell'amministrazione sanitaria, una sorta di "dirigismo scienista" che avrebbe caratterizzato i più importanti dibattiti tra addetti ai lavori e le più articolate proposte di legge prodotte dall'associazionismo medico italiano, almeno fino al *Codice sanitario* di Crispi, nel 1888. Tale obiettivo era concepito come indissolubilmente collegato a un patto con il potere statale per preservare la "classe" sanitaria (medici-chirurghi, veterinari e farmacisti, ciascuno nelle proprie competenze), sia dall'arbitrio dei poteri locali (la condotta comunale interessava la carriera professionale di almeno la metà dei medici italiani), che dalle concorrenze abusive di praticoni e ciarlatani o dalle pretese del pubblico, in pratica dai clienti insoddisfatti della prestazione medica o del suo prezzo. Espliciti in questo senso erano i discorsi del congresso costitutivo:

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 servizi 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 responsabilità³.

E uno dei più noti e attivi promotori, Pietro Castiglioni, precisava:

Che cosa ci proponiamo noi? Riordinare il servizio sanitario, principalmente nelle campagne, nel nuovo regno. Quali sono (...) gli ostacoli da superare? (...) Tra i primi (...) la proverbiale nostra disunione, la concorrenza sleale che alcuni nostri colleghi si fanno tra loro (...) l'ingratitude, pur essa proverbiale della società verso il medico, l'albagia dei Consigli municipali, l'apatia del governo, ed una cattiva legislazione in fatto di cose sanitarie⁴.

³ Cit. da *Atti del congresso costituente dell'Associazione medica italiana tenutosi in Milano nei giorni 1, 2, 3, 4 e 5 settembre 1862*. Preceduti da cenni storici circa la fondazione dell'associazione stessa, Milano, 1863, p. 4-5.

⁴ P. Castiglioni, *Sull'ordinamento del servizio sanitario comunale*, in *Lettere*, Milano, Chiusi, 1861, p. 8.

Insistiamo sui primordi dell'associazionismo medico in Italia perché già da allora emersero alcune costanti di atteggiamento che sarebbero state di grande importanza nella successiva storia professionale per un secolo circa, nel corso del quale il mercato della professione si sarebbe evoluto, sempre però oscillando tra i due estremi di una curva, il servizio pubblico e il libero esercizio privato, che trovava i suoi momenti di espansione proprio nella fase di incremento dell'urbanesimo tra fine '800 e anni Venti, e ancora nel secondo dopoguerra. Sul lungo periodo una costante era rappresentata dall'espansione della dinamica domanda/offerta di medici nelle aree urbane, che progressivamente portava a una graduale integrazione, ancorché a tempo parziale, della grande maggioranza dei medici nelle strutture pubbliche o para-pubbliche, prima le condotte, poi ospedali e mutue, poi il servizio sanitario nazionale. Si trattava in verità – facendo salve tutte le distinzioni del caso su cui non possiamo soffermarci – di legami basati su contratti di prestazione d'opera e in seguito di rapporti di lavoro dipendente che non escludevano la libera professione; ma la peculiarità del mercato dei medici stava proprio lì, e indirizzava anche il loro intervento associativo, tra la difesa strenua della libertà della professione e la tendenza a guardare alle pubbliche amministrazioni come aree protette di mercato.

2. LA LEGISLAZIONE “SANITARIA” E PROFESSIONALE IN ETÀ LIBERALE

La prima normativa complessiva sulla sanità pubblica e sulla regolazione del principale mercato professionale dei medici, la condotta, fu la L. 3793 del 20 novembre 1859. Si trattava di un provvedimento d'urgenza, promulgato senza discussione parlamentare in virtù della delega concessa al governo sardo, presieduto da Urbano Rattazzi, in occasione della “seconda guerra d'indipendenza” contro l'Austria; l'articolato, redatto in modo frettoloso, era concepito come una appendice alla recentissima L. 3702 del 23 ottobre sull'ordinamento amministrativo, che sarebbe stata progressivamente estesa nel regno d'Italia in formazione⁵. Il controllo sanitario del Paese era quindi compreso nelle funzioni dell'amministrazione locale, faceva perno sul Sindaco di nomina regia, che era “ufficiale sanitario” del comune, e poi su una gerarchia amministrativa di funzionari amministrativi periferici a cui erano affiancati, per nomina ministeriale, Consigli sanitari composti non esclusivamente con criteri di competenza scientifica e comunque chiamati soltanto a esprimere pareri consultivi su richiesta. Come per le altre funzioni amministrative il vertice della piramide era il Ministero dell'interno, che si avvaleva anch'esso, sulle materie di competenza, di un Consiglio superio-

⁵ Cfr. F. Della Peruta, *Sanità pubblica e legislazione sanitaria dall'Unità a Crispi*, in *Studi storici*, 1980, 4

re di sanità. Un tale impianto era perfettamente in linea di continuità con la tradizione sabauda e del resto rispecchiava una concezione della sanità pubblica come un problema di polizia, che era condivisa in tutta l'Europa; il problema nasceva dalla debolezza dell'ultimo anello, il Sindaco, che oltre ad essere il garante della polizia sanitaria per delega dello Stato, lo era anche delle risicate finanze del Municipio. E sulle casse dei Comuni pesavano i provvedimenti concreti di prevenzione igienico-sanitaria e di cura; poiché diversi fattori rendevano in quelle contingenze impensabile una riforma dell'assetto delle finanze comunali, la legge sanitaria non poteva che lasciare alla discrezionalità delle amministrazioni l'istituzione delle condotte mediche (e di quelle ostetriche, veterinarie e farmaceutiche). Ne sortì, dunque, un'assistenza medico-chirurgica a maglie larghe e distribuita in modo disomogeneo nel Paese, con gravissime carenze soprattutto nel mondo rurale, dunque per la grande maggioranza degli italiani del tempo.

La sostanza non mutò neppure con la nuova Legge comunale e provinciale del 20 marzo 1865, n. 2243, il cui Allegato C, che riguardava appunto la sanità pubblica, sfuggì per mancanza di tempo e interesse al dibattito parlamentare. Qualcosa di nuovo in verità c'era, infatti veniva introdotto l'obbligo per i Comuni di stanziare le spese di condotta sanitaria per la cura degli ammalati poveri; ma il successivo regolamento, approvato con R.D. 8 giugno 1865, non dettava chiare norme applicative di quest'obbligo, e nessun provvedimento stabiliva la presenza dei medici nelle commissioni sanitarie consultive, che però erano contemplate anche a livello comunale (ed era assai bizzarro che fosse un regolamento attuativo ad introdurre la novità)⁶.

Erano questi i due punti critici della legislazione sanitaria italiana che mobilitarono l'intesse delle associazioni mediche e orientarono la loro battaglia. Le analisi più sofisticate, nel campo medico, ritenevano che fosse anzitutto da ribaltare il concetto informatore della legislazione sanitaria, caratterizzata dalla preminenza della politica sulla competenza tecnica⁷, ottenendo almeno di affiancare alle autorità politiche degli organismi di consulenza realmente efficaci e ascoltati. Più prosaicamente altri settori concentrarono il loro impegno nella pressione sui Comuni, anello critico del sistema sanitario ma anche cellula di base per articolare la difesa della salute attraverso le condotte. Nel 1874 sorse l'Associazione nazionale dei medici condotti (Anmc), con lo scopo di ottenere dai municipi l'effettivo impianto del sistema delle condotte sanitarie sulla base di compensi congrui, che non umiliassero i saperi dei professionisti e consentissero il reale funziona-

⁶ Cfr. G. B. Cereseto, *Sanità pubblica, in Digesto italiano. Enciclopedia metodica e alfabetica*, Torino, Utet, 1891, vol. 21, parte I, p. 326

⁷ C. Zucchi, *La riforma sanitaria in Italia*. Memoria, Milano, Dumolard, 1888.

mento dell'opera di prevenzione e di cura dei non abbienti prevista – con una certa timidezza – dal legislatore. Analogamente al modello dell'Ami, dalle cui fila provenivano molti dei principali organizzatori dell'Anmc, anche l'associazione dei condotti sviluppò un intenso lavoro di indagine epidemiologica ed igienica sul territorio italiano, utilizzando le osservazioni dei soci “sul campo” per denunciare i punti critici della salute pubblica e dell'assistenza sanitaria; tra gli altri: il lavoro dei minori, le carenze nell'igiene domestica e urbana come veicoli di diffusione di morbi endemici e epidemici, le condizioni della morbilità delle aree paludose.

Lo stimolo delle associazioni mediche e delle riviste scientifiche e la presenza di qualche eminente clinico anche in parlamento produssero negli anni diverse proposte di riforma sanitaria, che tuttavia non conclusero mai il loro iter. Alcuni propositi, tuttavia, furono raccolti dal *Regolamento generale* del 6 settembre 1874, che riformulava i criteri di attuazione della legge 20 marzo 1865, aggiungendo alle competenze sanitarie delle autorità locali – sempre il Sindaco e i regolamenti comunali d'igiene che i Consigli comunali avrebbero dovuto redigere – la vigilanza sull'igiene degli abitati, dei luoghi di lavoro, degli alimenti, delle sepolture e degli ospedali.

Una significativa svolta verso una legislazione sanitaria più moderna si aprì con l'incarico di elaborare un nuovo progetto di legge, affidato nel 1880 dal Presidente del Consiglio Depretis ad Agostino Bertani, e giunse a compimento nel 1888 sotto il governo di Crispi. Bertani, che era un medico e un esponente di spicco della sinistra democratica, stava conducendo in quegli anni una importante inchiesta sullo stato dei comuni del regno⁸, che si avvaleva largamente delle osservazioni e delle analisi dei medici condotti. Da quella esperienza e dal dibattito fervidissimo, che contemporaneamente si svolgeva nelle associazioni mediche, trasse le linee guida del suo progetto che si fondava sulla concezione del dovere dello Stato di tutelare la salute pubblica, coordinando le opere di prevenzione e quelle di cura. Con scarsa precisione giuridica ma con efficacia semantica, nella pubblicistica medico-igienista il progetto Bertani si chiamava “Codice”, perché lo si immaginava una sistemazione organica ed esaustiva di tutta la materia sanitaria, sotto il profilo della prevenzione, della cura, della tutela delle professioni sanitarie, secondo un disegno centralista ed efficientista, che individuava nella classe medica il terminale sul territorio (con la dipendenza dei condotti non dai Comuni ma dallo Stato), e il consulente esclusivo del potere politico. Il progetto, infatti, prevedeva una gerarchia sanitaria quasi autonoma, una sorta di

8 Cfr. M. Panizza, *Risultati dell'inchiesta istituita da Agostino Bertani sulle condizioni sanitarie dei lavoratori della terra in Italia. Riassunto e considerazioni*, Roma, Stabilimento tipografico italiano Perelli, 1890.

filo rosso di tecnici che si sarebbero voluti inamovibili custodi della salute pubblica, culminanti in un Magistrato superiore di sanità; dunque non un Ministero, oggetto alle oscillazioni della politica e delle maggioranze parlamentari, ma un organo stabile e competente meno vincolato alla potestà dell'esecutivo.

Gli intenti iniziali furono però ampiamente ridimensionati nel lungo iter di preparazione della riforma, che ebbe una significativa accelerazione dopo l'epidemia colerica del 1884-87 e prese finalmente sostanza nella L. 5849/1888. Nell'ambito di un articolato assai minuzioso, ulteriormente esteso dai regolamenti applicativi⁹, la legge 1888 normava una vastissima serie di questioni attinenti l'igiene e la salute pubblica, secondo un disegno di medicalizzazione della società e quindi, indirettamente, di rafforzamento anche delle opportunità di mercato per i sanitari, della loro presenza sociale e del prestigio. Veniva infatti istituita in modo stringente l'obbligatorietà per i Municipi dello stanziamento a bilancio dello stipendio per uno o più medici condotti e ostetriche (nessun obbligo per le condotte farmaceutiche e veterinarie), che finalmente erano garantiti per legge nella stabilità del posto di lavoro dopo un periodo di prova; si trattava di un passo avanti significativo e ben accolto dalle associazioni mediche, anche se occorsero altri dieci anni perché fossero approntati gli strumenti legislativi per consentire ai Prefetti di intervenire direttamente sui bilanci comunali per vincere la ritrosia di quelle amministrazioni che rifiutavano di avviare l'assistenza di condotta¹⁰. Affermando con decisione "l'interessenza della collettività" per il controllo delle professioni sanitarie (medici, chirurghi, veterinari, dentisti e flebotomi, farmacisti), il nuovo impianto legislativo stabiliva l'obbligo per i sanitari di depositare la laurea o il diploma presso le autorità comunali, che erano tenute a compilare elenchi di esercenti approvati, sotto il controllo delle prefetture¹¹; inoltre la pratica sanitaria senza il relativo titolo di studio era considerata reato. Si realizzava una importante tappa della disciplina e del monopolio delle professioni medico-sanitarie sulla salute pubblica.

La riforma del 1888 introduceva le istituzioni del Medico provinciale e dell'Ufficiale sanitario comunale, quest'ultimo, già previsto dai regolamenti ma non dalla legge, coincideva nei comuni rurali con il medico condotto. Si trattava di due figure tecniche che non sostituivano la funzione decisionale ed esecutiva di Prefetti e Sindaci in campo igienico, ma almeno avevano espliciti compiti propositivi e non solo consultivi, inoltre potevano ricevere mandato e autorità per agire

9 Il Regolamento fu approvato con rd. 6442 del 9 ottobre 1889, e successivamente riformato con rd. 45 del 3 febbraio 1901; il successivo coordinamento avvenne con il Testo unico, L. 25 febbraio 1904, n. 57.

10 Il che avvenne con la legge 14 luglio 1898, n. 317.

11 L'obbligo di registrazione presso i comuni rimase anche dopo la creazione degli ordini professionali, come ribadito dal Testo unico delle leggi sanitarie del 1934 (rd. 1265) e dal dpr. 5 aprile 1950, n. 221.

nelle veci delle autorità amministrative su questioni sanitarie. In particolare l'Ufficiale sanitario comunale – che era un impiegato comunale e dunque subordinato al Sindaco – era anche tenuto a riferire direttamente al Medico provinciale e anzi nel 1904 fu esplicitamente definito “Ufficiale governativo”; era dunque collocato in modo piuttosto ambiguo per via della sua duplice dipendenza gerarchica (analoga a quella dei segretari comunali), il rischio era quello di complicare i rapporti burocratici e di ingenerare conflitti di competenza e rivalità, ma nel contempo si veniva a creare un virtuoso reticolo di controllo dell'igiene comunale e di pressione sull'operato in tal campo del Sindaco e dei Consigli comunali¹².

La legge crispina avrebbe costituito un punto di svolta anche per tutto l'universo associativo dei sanitari; il legislatore, infatti, aveva riconosciuto chiaramente il ruolo centrale dei medici nella tutela dell'igiene e della salute, ma aveva anche chiarito quali fossero i limiti di questa delega, sancendo la subordinazione dell'elemento tecnico alla responsabilità politica del Ministero dell'interno e delle sue articolazioni locali. Tramontava definitivamente l'utopia del “potere medico”, a cui forse nessuno tra i sanitari aveva realmente creduto, ma che aveva comunque costituito un importante stimolo all'aggregazione e all'azione; si imponevano dunque obiettivi più prosaici per completare il processo di professionalizzazione della categoria.

Tra i più stringenti problemi sul tappeto vi erano quelli delle rispettive competenze e ambiti di intervento tra le diverse componenti il campo sanitario; fu in questa direzione che si volsero gran parte delle associazioni mediche tra Ottocento e Novecento. Un importante risultato – almeno in termini di principio – fu ottenuto nel 1890, quando il R.D. 6850 mise fine all'esistenza legale dei flebotomi e impose la laurea in Medicina e Chirurgia per l'esercizio dell'odontoiatria. L'impatto del provvedimento fu tuttavia modesto; la maggior parte dei dentisti continuavano ad essere soprattutto dei pratici, che si valevano talvolta di laureati in Medicina come prestanome, oppure erano medici-chirurghi non necessariamente specializzati in materia, anche perché mancavano insegnamenti specifici nelle università¹³. Negli anni successivi, inoltre, vennero concesse diverse sanatorie e deroghe, come quella sancita dalla legge 298/1912, che riconosceva la libertà d'esercizio per i “dentisti pratici” ancora attivi, anche se privi della laurea; e solo negli anni '40 si arrivò alla compilazione di elenchi di medici abilitati al-

¹² Cfr. A. Labranca, *Ufficiale sanitario*, in *Nuovo digesto italiano*, a cura di M. D'Amelio, Torino, Utet, 1940, vol. 12, parte 2.

¹³ M. Poladas, *Odontoiatria: verso un Ordine professionale separato*, in Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, *Nel cinquantenario della ricostituzione 1946-1996. Per una storia degli Ordini dei medici*, Roma, Fnomceco, 1996.

l'esercizio dell'odontoiatria¹⁴.

Un altro tema che qui possiamo solo accennare è quello dell'esercizio della farmacia, in relazione al quale la riforma del 1888 non prevedeva l'istituzione di condotte, ma optava per l'abolizione di ogni regime vincolistico, decidendo in sostanza di consegnarne l'esercizio soprattutto al mercato, nella speranza della sua virtuosa regolazione, e dunque della diffusione del servizio anche nelle plaghe più remote. Il risultato di tale decisione fu il significativo incremento delle farmacie, ma con una distribuzione sul territorio per nulla confacente agli scopi dell'assistenza sanitaria. La promessa legge organica fu realizzata solo nel 1913, sulla base del ribaltamento del principio crispino di libertà commerciale per quello assai più limitativo di una "libertà controllata dallo Stato"¹⁵.

La riforma crispina della sanità e quella delle opere pie (L. 6972/1890), che rinforzava il controllo statale amministrativo sulla beneficenza – e dunque sulla maggior parte degli ospedali – ma trascurava ogni politica di razionalizzazione e programmazione dell'efficienza ospedaliera¹⁶, disegnavano nuovi orizzonti professionali per i medici del nuovo secolo; fatalmente ne risultavano mutati anche gli obiettivi e le modalità dell'associazionismo. I medici condotti radicalizzarono le loro posizioni, sviluppando una concezione militante della professione medica, che li portava ad agire come una sorta di "grillo parlante", di avvocato sanitario dei poveri che non risparmiava ai poteri centrali e periferici critiche e denunce sui difetti e le lentezze della medicalizzazione egualitaria della società, e guardava con simpatia la militanza nel socialismo e nei partiti dell'Estrema. Questi almeno erano gli indirizzi della più rappresentativa ed attiva associazione, la nuova Anmc¹⁷, che si era rifondata nel 1902 qualificandosi esplicitamente come un organismo di resistenza sindacale, contemplando lo sciopero e il boicottaggio tra le proprie azioni di lotta contro le amministrazioni comunali, per l'ottenimento di capitoli di condotta uniformi ed equamente retribuiti. Intanto le insidie del mercato professionale, della concorrenza e la persistenza dell'abusivismo spingevano anche l'associazionismo generalista verso l'esplicita richiesta di più stringenti norme di tutela legale della professione, in un quadro di autogoverno analogo a quello che le professioni legali avevano acquisito nel 1874 con la costituzione degli Ordini.

¹⁴ Previsti già nel Testo unico del 1934 (rdl. 27 luglio 1934, n. 1265) e nel regolamento attuativo (rd. 1706 del 30 settembre 1938), furono più precisamente normati dalla legge 27 dicembre 1941, n. 1649.

¹⁵ A. Soldi, *Origini ed evoluzione della legislazione farmaceutica in Italia*, Milano, Guadagni, 1976.

¹⁶ Cfr. la sezione: *Le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza in Istituto per la scienza dell'amministrazione pubblica*, in *Le riforme crispine*, vol. 4, Amministrazione sociale, Milano, Giuffrè, 1990.

¹⁷ Nel periodo della sua massima espansione, nel 1911, l'Anmc raccoglieva l'adesione di 7.500 soci, circa il 70% della totalità dei condotti (cfr. *Bollettino dell'Anmc*, 1911, 7).

Già alla fine degli anni '80 diverse sezioni locali dell'Ami si costituirono su base volontaria e privata in "Ordini dei sanitari" (Milano, 1887; Napoli, 1888; Venezia, 1889), con lo scopo di conservare gli albi di medici, veterinari e farmacisti abilitati alla professione, comporre le vertenze tra i soci e con il pubblico, esercire una pressione politica contro l'abusivismo sanitario, ancora ampiamente tollerato in sede di giudizio nei Tribunali. Tali Ordini soffrivano però delle stesse debolezze che avevano afflitto anche le precedenti associazioni, vale a dire la scarsa percentuale di iscritti – in media il 25-30% degli esercenti – che si traduceva in una influenza modesta e nel sostanziale fallimento dei propositi di esercitare una funzione arbitrale, di imporre codici deontologici¹⁸ e tariffari minimi. Nel 1898 si giunse anche alla creazione di una Federazione degli ordini dei sanitari (Fos), che tuttavia lasciò una traccia assai flebile della sua attività. A minarne l'operatività era la contraddizione tra le esigenze rivendicative e sindacali dei condotti, che costituivano la componente politicamente più attiva insediata alla guida della maggior parte degli ordini federati, e quelle assai diverse dei liberi esercenti, che erano incentrate piuttosto sulla questione della repressione dell'abusivismo, sul contenimento e la disciplina del nuovo problema della pubblicità medica e non infrequentemente sulla speranza di poter in qualche modo controllare anche lo stesso mercato professionale, frenando quella che molti denunciavano come la "plethora medica" (che in verità era fenomeno solo urbano). A questo composito movimento si affiancò, in età giolittiana, il consolidamento di un attivo gruppo di interesse in Parlamento, perlopiù schierato con la democrazia radicale e il socialismo; non si trattava di quel "partito sanitario" che qualcuno aveva preconizzato, certamente però l'attivismo medico, in tutte le sue articolazioni, riuscì ad esercitare una pressione importante nell'approvazione della legge istitutiva degli ordini dei sanitari nel 1910.

Ad altri spetta in queste pagine analizzare quella legge e le sue conseguenze; qui ci basti sottolineare come il governo Giolitti seppe indirizzare la discussione e la stesura del testo per evitare che la legge professionale si trasformasse in una modifica della legge sanitaria vigente; furono esplicitamente escluse le richieste di molte voci mediche per fare degli Ordini anche degli organismi di studio e proposta sull'assistenza sanitaria e l'igiene pubblica, per evitare di fare delle rappresentanze professionali dei canali istituzionali della pressione riformistica proveniente dal basso, dai condotti e da altre forze sociali. Anche negli anni successivi

¹⁸ Spesso mutuati da esempi stranieri. Tra i più antichi quello adottato a Milano nel 1890, e già in uso presso l'Associazione medica britannica: J. De Styrap, *Codice di etica medica, con precetti generali e speciali per la condotta del corpo medico e del pubblico nelle complesse relazioni della vita professionale*, versione italiana sulla terza edizione inglese di L. Coulliaux, Milano, Tip. Fratelli Rechiedei, 1889.

alla legge del 1910, infatti, i medici collegiati vennero sostanzialmente tenuti ai margini dei processi formativi delle politiche sanitarie dei governi.

3. DALLA CRISI DEL DOPOGUERRA ALL'ORDINAMENTO CORPORATIVO

Gli anni della Grande Guerra e quelli immediatamente successivi costituirono una drammatica fase di involuzione per tutto il ceto medio, colpito dalla spirale dell'inflazione che erose e annullò i privilegi economici, sconvolse gli orizzonti professionali e ideali¹⁹.

Durante il conflitto l'attività associazionistica era completamente cessata, e a partire dal 1917 anche la maggior parte degli Ordini aveva sospeso ogni attività o comunque aveva agito per il solo tramite delle reggenze provvisorie di commissari prefettizi. Nel 1919, nelle elezioni per il rinnovo dei Consigli degli Ordini, i nazionalisti e i fascisti ottennero i loro primi successi nella categoria, affermandosi alla presidenza di alcuni ordini chiave (a Milano e più tardi anche a Roma, Firenze, Bologna). In generale la spinta combattiva dei condotti riuscì a trascinare molti Ordini verso una decisa azione rivendicativa piuttosto che regolativa, e comunque i medici collegiati diedero vita a una ampia varietà di associazioni di categoria, che segmentarono il rivendicazionismo medico. Se le associazioni volontarie erano state nell'Ottocento le levatrici degli organismi collegiali dei sanitari, ancor prima che il legislatore varasse gli Ordini, questi ultimi divennero nel dopoguerra il terreno di coltura e la base organizzativa di associazioni sindacali, spesso di durata e consistenza effimere, ma che quando sopravvissero ai primi mesi di travaglio organizzativo si indirizzarono verso le federazioni sindacali vicine al fascismo, nel quale confluì nel 1923 anche la storica sigla dei condotti, l'Anmc. Tra i motivi di seduzione del fascismo vi era, del resto, anche la enfatica ripresa di temi antichi dell'associazionismo sanitario, come la promessa di una riforma della sanità e dell'assistenza da affidarsi integralmente alla guida tecnica e alla gestione dei medici²⁰.

Le profferte di tale tipo non ebbero però seguito. Il fascismo, infatti, finì per irrobustire i contorni della professionalizzazione dei medici, nel segno di un consolidamento dell'autodisciplina del corpo sanitario sulla base della sindacalizzazione integrale della categoria, ma impose anche l'abbandono di ogni prospettiva di delega al tecnico specifico, sottraendo ai medici anche diverse potestà di

¹⁹ La partecipazione dei medici al conflitto era stata massiccia e il loro sacrificio assai significativo anche in termini di morti e feriti: 18.000 mobilitati, 720 caduti, 3.319 decorati.

²⁰ Cfr. *Provincializzazione delle condotte e medico di Stato*, in *Federazione medica*, 1925, 2; G. Breccia, *I medici condotti e la Carta del lavoro*, in *Avvenire sanitario*, 2 giugno 1927.

controllo in ambito sanitario, per rinsaldarne piuttosto la guida politica e la gestione burocratica.

La fascistizzazione delle associazioni mediche si completò nel giro di pochi anni, anche perché le leggi del 1926 riservavano ai soli organismi fascisti la rappresentanza sindacale, ma in realtà poco o nulla cambiò nei rapporti contrattuali dei condotti con i Comuni e le opere pie. Consolidato il sistema sindacale, nella seconda metà degli anni venti cominciò il progressivo esautoramento degli Ordini. Il R.D. 1313/1928²¹ stabiliva la partecipazione dei sindacati fascisti all'elezione dei Consigli degli Ordini, e il successivo dl. 2027/1929²² esautorava le assemblee degli iscritti agli albi e assegnava ai Prefetti la nomina, tra i designati in numero doppio dal sindacato, di metà dei membri dei Consigli, e direttamente al Ministero degli interni la nomina dell'altra metà. Infine, dopo la soppressione degli ordini dei farmacisti nel 1934, il dl. 5 marzo 1935, n. 184, aboliva anche gli ordini di medici e veterinari, delegando ai sindacati di categoria la conservazione degli albi.

Il superamento degli Ordini e la sindacalizzazione generalizzata non influì significativamente sull'orizzonte professionale dei medici, fu piuttosto l'evoluzione del mercato – quello libero professionale e soprattutto quello mutualistico e ospedaliero – a segnare una svolta, che nelle riviste sindacali degli anni trenta era letta come una crisi etica del medico, innestata dal “mercimonio degli ammalati”²⁴. Il problema discusso era quello della “pletora” medica, si trattava però di una percezione errata; in più di mezzo secolo il rapporto numerico tra medici e abitanti si era modificato, in termini generali, in modo scarsamente rilevante (da 1:1.500 a 1:1.300), ma si era incrementata, e di molto, la concentrazione nelle città. Ad accelerare questo trend era la cosiddetta “socializzazione della medicina”, esecrata – sottovoce – dai medici e dai loro sindacati, ed esaltata dal regime fascista come strumento di modernizzazione senza conflitti sociali. Ma di quale socializzazione si trattava? In realtà non di un servizio sanitario esteso alla totalità della popolazione, ma della proliferazione di enti che, sulla base di accordi sindacali e secondo il sistema assicurativo, erogavano terapie agli occupati di un settore produttivo e talvolta alle loro famiglie. Ne risultava una copertura a macchie di leopardo della popolazione italiana, che per circa il 35-40% poteva disporre dell'assistenza mutualistica (nel 1940). E quello mutualistico era il principale sbocco

²¹ Seguito dal regolamento applicativo approvato con rd. 21 marzo 1929, n. 597.

²² Convertito nella L. 31 marzo 1930, n.414.

²³ Convertito nella L. 27 maggio 1935, n. 983.

²⁴ Cfr. E. Levi, *La crisi etica della medicina: i suoi fattori casuali e le vie per porvi riparo*, in *Federazione medica*, 1931, 19; V. Lucarelli, *La crisi morale della classe medica*, in *Avvenire sanitario*, 13 marzo 1930; L. Ratto, *La medicina delle passioni egoistiche*, in *ibidem*, 10 e 17 marzo.

lavorativo per i medici; verso la fine degli anni Trenta quasi il 90% dei medici iscritti agli Albi era reclutato o lo era stato dalle casse mutue; i neolaureati nella speranza di farsi così una clientela, anche accettando le modeste condizioni di retribuzione fissate dalle mutue, i professionisti dalla carriera già avviata per arrotondare il reddito con l'assistenza, per esempio, degli operai delle mutue dell'industria, che non avrebbero comunque mai fatto parte della loro clientela perché impediti da un reddito modesto. La "socializzazione", però, comprimeva gli onorari dei medici (fino a 4/5 rispetto al regime di libera concorrenza)²⁵, anche sotto i limiti minimi stabiliti dalle tabelle sindacali.

Il sistema mutualistico finiva per disegnare per le proprie esigenze anche l'organizzazione ospedaliera nazionale, secondo modalità destinate a durare a lungo ben oltre la Liberazione. Nelle convenzioni assicurative con le mutue, gli ospedali trovarono una via per sottrarsi al cronico dissesto finanziario dovuto alla insolvibilità dei Municipi, cui spettava per legge il pagamento della degenza dei ricoverati non abbienti²⁶; i mutuati erano invece pazienti solventi, a cui destinare un numero crescente di posti letto. L'assistenza clinica assumeva dunque la logica del profitto già dalla metà degli anni trenta; quella stessa logica finì per delineare l'organizzazione interna dei nosocomi, incrementando i reparti a maggiore valore aggiunto, come quelli di chirurgia e, per esempio, limitando gli ingressi alle malattie contagiose. I medici ospedalieri ottennero da subito la compartecipazione in questa nuova azienda nosocomiale (con il R.D. 1631/1938), e almeno loro riuscirono a trarre profitto anche in termini di reddito dalla ricaduta ospedaliera della "socializzazione" dell'assistenza innestata dal sistema mutualistico e assicurativo.

4. DALLA LIBERAZIONE AL 1978

Nel 1944 nelle zone liberate dell'Italia venne abolito l'ordinamento corporativo e in pochi mesi gli Ordini dei medici (e in alcuni casi anche quelli di farmacisti e veterinari) si ricostituirono in forma provvisoria sulla base della legge del 1910. La ricostruzione vera e propria del sistema collegiale richiese in realtà più tempo; dopo l'emanazione delle nuove norme per la costituzione degli ordini, con il decreto Luogotenenziale 233/1946, il relativo regolamento applicativo fu emanato nel 1950 (dpr. 221)²⁷, e nello stesso anno si tennero le prime elezioni per i Con-

²⁵ F. Gazzetti, *Principi teorici della mutualità*, in *Forze sanitarie*, 1939, p. 348.

²⁶ Da ultimo con il rd. 30 dicembre 1923, n. 2841.

²⁷ Successive modifiche alla disciplina ordinistica per medici, veterinari, farmacisti e ostetriche si ebbero con la legge 5 gennaio 1955, n. 15 e poi con la legge 21 ottobre 1957, n. 221. Con la L.1049/1954 vennero istituiti i Collegi delle infermiere, assistenti sanitarie e visitatrici (già previsti dal decreto 233/1946), come professione sanitaria ausiliaria a quella medica.

sigli degli Ordini. Per il momento, però, la maggioranza dei medici manifestò poco interesse per la ricostituzione degli Ordini, e i votanti furono meno del 30% degli iscritti agli Albi. L'attenzione sarebbe cresciuta negli anni seguenti, quando ormai l'associazionismo di categoria aveva dato vita a numerosi sindacati di diverso orientamento, interessati a conquistarsi la maggioranza nei Consigli degli Ordini, e nelle elezioni la partecipazione si attestò intorno all'80% degli aventi diritto.

Intanto, almeno fino alla seconda metà degli anni Sessanta, i problemi e le prospettive di mercato per i medici italiani continuavano nella stessa linea evolutiva che si era delineata tra le due guerre. La relazione morale del 1953 del presidente della Federazione degli Ordini dei medici, Raffaele Chiarolanza, illustrava in sostanza un quadro analogo a quello del ventennio precedente:

La classe medica è in pieno travaglio (...). Le cause del nostro disagio possiamo chiamarle: plethora dei medici, diminuzione di ammalati direttamente paganti, abusivismo sanitario, rarefazione progressiva del danaro (...). A questo quadro si aggiunga il pericolo della perdita definitiva della libertà d'esercizio, conseguente alla tendenza dello Stato moderno a estendere sempre più il servizio mutualistico a categorie anche abbienti, nonché l'azione dannosa delle mutue diretta a contrarre e comprimere l'attività del medico fino a trasformarlo in un funzionario burocratizzato²⁸.

Il modello previdenziale delineatosi in età fascista venne sostanzialmente subito per decenni anche nel periodo repubblicano; esso si basava sulla progressiva estensione a nuovi settori sociali del diritto all'assistenza sulla base del sistema assicurativo. Il soggetto della previdenza non era il cittadino, ma il lavoratore dipendente e, auspicabilmente, la sua famiglia. Oltre a deprimere la libertà professionale (cioè la libera scelta del medico da parte del cliente), il sistema era anche debole nei suoi presupposti finanziari, e il legislatore repubblicano decise molto presto di integrare con fondi pubblici il sistema della mutualità. I primi provvedimenti arrivarono già nel 1945 e si incrementarono in seguito alle indicazioni della commissione governativa di cui al dl. 377/1947, che reputava necessario emancipare il sistema mutualistico dall'insufficiente finanziamento paritetico di datori di lavoro e lavoratori.

Nel 1958 venne finalmente creato per la prima volta in Italia un Ministero della sanità (con la L. 296); non si trattava ancora, però, di un'unica giurisdizione sui

²⁸ [R. Chiarolanza], *Relazione morale del presidente*, in *Federazione medica*, 1953, 3, p. 7.

servizi igienico-sanitari del Paese, dal momento che il sistema mutualistico ne era escluso, proprio per la sua natura prevalentemente assicurativa e contrattuale, dunque privatistica. Contestualmente, nel luglio dello stesso anno, il legislatore interveniva rifinanziando e riformando parzialmente l'Inam, l'ente nazionale (ma non unico!) di mutualità che era stato creato dal fascismo nel 1943. Il provvedimento, intanto, stabiliva la perequazione dei trattamenti tra le varie categorie di assicurati facenti capo all'Inam, ma non si affrontava il problema di fondo del coordinamento e quindi della maggiore incisività e utilizzazione delle strutture e dei servizi sanitari. In mancanza di un disegno globale per la sanità pubblica, anche il finanziamento dello Stato veniva necessariamente disperso in iniziative settoriali, spesso dettate da interessi elettoralistici più che da un piano globale di ricostruzione e ampliamento delle strutture assistenziali. Tuttavia l'assistenza mutualistica fu estesa, all'inizio degli anni Settanta, al 92% circa della popolazione, mentre un ulteriore 4% circa era assistito a spese dei comuni (indigenti residenti) e delle province (malati di mente internati, minorati psichici, parkinsoniani, illegittimi minori); tenendo conto delle sovrapposizioni di alcune cifre, la popolazione sprovvista di tutela sarebbe stato ridotta ormai intorno ai 2-3 milioni (lavoratori indipendenti appena al di sopra del limite di indigenza, casalinghe nubili, giovani disoccupati, benestanti).

In un panorama così frammentato, il Ministero della Sanità stentava ad assumere il ruolo di principale ispiratore e coordinatore della politica igienico-sanitaria del Paese. Un importante passo in avanti venne compiuto con la L. 132/1968, che completava il percorso di razionalizzazione delle strutture ospedaliere che era cominciato nel 1890, ma non era stato mai completato; in virtù della riforma, il Ministero della sanità veniva finalmente investito del compito di varare un piano ospedaliero nazionale, di concerto con le parti sociali e gli enti locali (le Regioni, già contemplate dalla L. 132, non erano state ancora istituite). La legge riconosceva all'ospedale la funzione di ente pubblico, patrimonio della collettività e quindi, prescindendo da ogni convenzione con mutue o assicurazioni, aperto alla cura di tutti gli infermi e tenuto alla collaborazione con le altre istituzioni per la difesa della salute, anche attraverso la formazione del personale sanitario; si determinavano, inoltre, le norme igieniche e costruttive dei nosocomi, i minimi di attrezzatura e di personale richiesto, affidandone i poteri direttivi ed ispettivi al Ministero della sanità. Legge e coordinamento ministeriale non incisero per la verità sulla sperequazione dei posti letto e delle attrezzature tra regioni economicamente più forti, in grado quindi di finanziare un maggiore sviluppo di ospedali, e le altre, ma costituivano presupposti fondamentali per ridisegnare in modo uniforme l'assistenza sanitaria nella repubblica.

I medici italiani, attraverso gli Ordini, la Federazione e una miriade di sigle sin-

dacali, erano stati combattivi interlocutori del governo nel varo della L. 132/1968, per controllare le limitazioni al libero esercizio *intramoenia* che la riforma avrebbe necessariamente comportato. Dal punto di vista della libertà d'esercizio professionale il risultato fu relativamente favorevole alla corporazione sanitaria, perché venne limitata la temuta "impiegatizzazione" degli ospedalieri, e si ottennero piuttosto importanti riconoscimenti economici per il servizio ospedaliero senza escludere le prestazioni private. Ancora una volta, tuttavia, la componente tecnica (i medici in tutte le loro specializzazioni) venne contemplata nella gestione degli ospedali solo con funzioni consultive.

Il successivo passo della riforma era quello di superare il disordine mutualistico per costruire un sistema di assistenza sanitaria generalizzato, come quello che sarebbe stato realizzato dalla L. 833 del 27 settembre 1978. L'istituzione del Servizio sanitario nazionale giunse alla fine di un cammino assai accidentato, anche per le resistenze delle associazioni mediche. Dalle prime discussioni sulla riforma, nel 1963, si arrivò alle dichiarazioni programmatiche del IV governo Rumor nel 1973, e solo nell'agosto 1974 la proposta di riforma venne presentata dal ministro Colombo. L'ostacolo principale era costituito dai grossi interessi finanziari connessi alla trentennale pratica dell'estensione graduale della mutualità sanitaria a nuovi gruppi di assicurabili, secondo le opportunità del momento, e alla gestione degli istituti verticali e accentrati che coordinavano quest'estensione puntiforme delle mutue come altrettanti luoghi di potere. Con la nuova struttura alimentata da un finanziamento a fiscalità progressiva, il sistema sanitario di cui alla L. 833 superava il concetto assicurativo/mutualistico con un progetto onnicomprensivo di prevenzione e assistenza socio-sanitaria esteso a tutti i dimoranti sul territorio italiano, e articolato nelle Unità sanitarie locali. L'Italia si allineava dunque a quei paesi che, pur con diversi sistemi sociali, applicavano la forma politico-organizzativa del servizio sanitario nazionale, che agli inizi degli anni '80 era pari a un terzo circa della popolazione mondiale²⁹.

A ben guardare, l'impianto della legge 833/1978 assomigliava molto ai propositi che le associazioni mediche avevano agitato nel 1848, nel 1862 con la costituzione dell'Ami, ancora a fine '800 con la creazione dei primi ordini dei sanitari, ma che nel corso del Novecento si erano via via appannati anche a seguito di una serie di spaccature verticali nelle prospettive di reddito che il mercato professionale aveva attuato tra i sanitari italiani. Il vero punto dolente della riforma del 1978, dal punto di vista dei medici, era il modello di gestione della sanità pubblica, che riattualizzava in forme consone al contesto democratico il sistema tra-

²⁹ M. Terris, *The Three World System of Medical Care*, in *World Health Forum*, 1/2, 1980, pp. 78-86

dizionale della “polizia medica”, con la politica come decisore e il tecnico come operatore. Ottenuta la “sanitarizzazione” della società e la universalizzazione del diritto di cure mediche, anche se tra molti malumori e “senza i medici” – come la corporazione lamentava³⁰ –, gli Ordini con la Federazione e i sindacati si sono in seguito orientati su altri obiettivi, anch’essi in fondo legati da sempre al processo di professionalizzazione. Da un lato la rivendicazione dell’eccezionalismo della categoria medica, che non può e non deve essere confusa con gli altri operatori del comparto sanitario, ha prodotto, per esempio, ampi spazi di autonomia contrattuale per i medici del Servizio sanitario e importanti riconoscimenti economici; d’altro canto, però, questa medesima rivendicazione ha anche consentito di rimeditare su un’altra “unicità” che è il rapporto con il paziente, i cui presupposti sono ancora più remoti e profondi.

³⁰ Cfr. A. Secco, *La corporazione medica in età repubblicana*, in *Storia d'Italia, Annali*, n. 10, *I professionisti*, a cura di M. Malatesta, Torino, Einaudi, 1996.