

**MARIA MALATESTA**

Professore ordinario di Storia contemporanea presso l'Università di Bologna. Studiosa di storia delle professioni italiane e europee ha scritto il libro *Professionisti e gentiluomini. Storia delle professioni nell'Europa contemporanea*, Einaudi 2006, che ha ricevuto nel 2007 il premio della Società degli storici di storia contemporanea. Una nuova versione del volume è in procinto di uscire presso Sage Publications col titolo *Professional Men, Professional Women*.

# Il riconoscimento pubblico della professione: la costituzione e la ricostituzione degli Ordini dei medici

MARIA MALATESTA

## UN'UGUAGLIANZA APPARENTE

La specialità delle professioni liberali sta nell'essere ritenute occupazioni tanto importanti per la collettività da essere sottoposte ad un regime di pubblicità ed essere regolamentate da organismi che il legislatore ha elevato allo stato di enti pubblici e ai quali ha delegato ampi poteri da esercitare nell'interesse del gruppo professionale di appartenenza e di quello dell'intera collettività. Nel 1944 fu abolito il regime corporativo fascista al cui interno erano state inserite anche le professioni liberali, i cui Ordini e Collegi erano stati soppressi e sostituiti con i sindacati. In quella data furono ripristinati gli Ordini e i Collegi professionali che preesistevano al fascismo e ad essi furono nuovamente attribuiti l'autonomia e l'autogoverno di cui godevano durante il periodo liberale e che il fascismo aveva cancellato. Le loro funzioni sono rimaste sostanzialmente quelle fissate per la prima volta nel 1874 con la legge che regolamentava le professioni forensi: custodia dell'Albo e controllo delle credenziali, potere di disciplina, tutela della deontologia professionale, regolamentazione delle tariffe; anche oggi, come allora, l'organo di disciplina e controllo è il Consiglio dell'Ordine i cui membri sono di nuovo eletti, dopo la parentesi fascista, dal corpo dei professionisti iscritti all'Ordine.

Il 1944 non segnò tuttavia solo un ritorno alla tradizione dell'età liberale. La le-

gislazione ordinistica emanata in quel periodo si sovrappose a quella fascista. Dell'ordinamento introdotto durante il regime in materia di professioni fu salvaguardata la normativa relativa all'esame di Stato come chiave di accesso all'esercizio della professione, il riconoscimento della funzione pubblica delle professioni e l'obbligatorietà dell'iscrizione all'Albo, che il regime fascista introdusse nel 1938. Per tutto il periodo liberale il sistema dell'Albo fu riservato a poche professioni ed ebbe un carattere più accertativo che obbligatorio, il che spiega il permanere in quegli anni di un livello molto alto di abusivismo tra i professionisti. In età repubblicana non solo è stata ribadita l'obbligatorietà dell'iscrizione all'Albo, ma essa è stata fatta coincidere, anche concettualmente, con l'Ordine (o con il Collegio), come si evince dall'art. 2229 del codice civile. L'iscrizione all'Albo diventa in questo modo la condizione che consente al professionista di stabilire un rapporto duraturo con il suo Ordine, ossia con la pubblica amministrazione. La sospensione o la fine di questo rapporto per motivi disciplinari coincide con l'interruzione, temporanea o definitiva, della stessa attività professionale. Oggi l'iscrizione all'Albo attribuisce al professionista uno status giuridico e rimane la condizione indispensabile per l'esercizio della professione, sia essa libera oppure svolta all'interno di enti pubblici o privati.

Il regime repubblicano ha esaltato ulteriormente la funzione costituzionale degli Ordini e ha completato quel processo di riconoscimento pubblico delle professioni iniziato nel periodo liberale e proseguito nel contesto dello stato totalitario. L'autonomia di cui godono ancora oggi gli Ordini è uno dei segni del valore costituzionale che il legislatore ha voluto riconoscere alle professioni liberali. Essa è molto superiore a quella degli altri enti autonomi, dato che è un'autonomia al contempo amministrativa, normativa e giurisdizionale. In quanto enti di diritto pubblico, gli Ordini sono sottoposti alla vigilanza dello Stato, che si esercita attraverso il ministro di Grazia e giustizia e dell'Interno. Ma i controlli statali sono scarsi, addirittura inesistenti per quanto concerne la funzione amministrativa, ossia tutta l'attività d'organizzazione e rappresentanza, di certificazione e conciliazione e infine l'attività tributaria.

Date queste premesse parrebbe logico affermare che gli Ordini preposti alla regolamentazione delle varie professioni liberali siano tutti uguali e svolgano le medesime attività e funzioni. In realtà non è così. Tra loro vi sono state fin dagli inizi delle differenze, poco visibili dall'esterno, ma assai eloquenti se sottoposte ad un'analisi storica. Sul piano normativo e su quello funzionale si sono stratificate negli anni delle differenze che neppure la legislazione repubblicana ha eliminato, o che sono rimaste come prassi oramai consolidata. Questo saggio intende dimostrare che la diversità tra i vari Ordini professionali non è solo il risultato del modo con cui le professioni si sono date tra Otto e Novecento un assetto mo-

derno. Tale diversità è anche l'espressione del potere che ogni professione è stata in grado di gestire e, *last but not least*, alle rappresentazioni che la società ha costruito attorno ad ogni professione.

Dentro un contenitore normativo apparentemente uguale, sono rimasti reperti della storia delle professioni e del loro potere simbolico tali da diversificare le funzioni e gli obiettivi degli Ordini. Questo processo di differenziazione ha riguardato soprattutto gli Ordini dei medici. Studiati in questa prospettiva essi si rivelano non tanto degli organi burocratici ma istituzioni pubbliche profondamente radicate nella professione medica e condizionate dalla sua storia peculiare.

### ORDINI SANITARI E ORDINI FORENSI

Dal confronto tra i due più importanti Ordini professionali italiani, quello degli avvocati e dei procuratori (diventato nel 1997 Ordine degli avvocati) e quello dei medici chirurghi (diventato nel 1985 Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri), emergono significative diversità di carattere storico, funzionale e giurisdizionale. Sono tre aspetti che appaiono separati dal punto di vista formale, ma che nella realtà sono strettamente connessi alla storia e alla configurazione specifica della professione medica e di quella forense.

La prima differenza riguarda i tempi e le modalità di formazione dei due Ordini. Quello forense fu istituito nel 1874 su iniziativa del governo sotto l'urgenza di completare la nazionalizzazione del sistema giuridico. Le incertezze e le resistenze manifestate della base della professione furono superate dalla decisione di quegli avvocati che facevano parte della classe politica e sedevano nel parlamento. La legge forense del 1874 fu l'archetipo della normativa professionale italiana<sup>1</sup>. Essa fu seguita l'anno successivo dalla legge sul notariato e restò per trent'anni l'unico esempio di regolazione professionale. Si deve infatti arrivare al 1906 per avere una analoga regolamentazione per l'esercizio della libera professione di ragioniere e nel 1910 per quella dei medici, dei farmacisti e dei veterinari.

Questa cronologia è oltremodo eloquente di quali fossero le priorità che classe politica post-unitaria aveva circa i bisogni della società. Al vertice di questi bisogni non vi era certo la sanità, all'epoca demandata a una rudimentale gestione a livello locale, ma la costruzione amministrativa e politica del nuovo Stato, che necessitava delle competenze offerte dalle professioni legali. Si formò così una scala gerarchica interna alle professioni che si basava su due fattori fondamentali: la contiguità tra la professione e lo Stato e il predominio della libera professione. Si comprende allora perché gli avvocati rappresentassero il modello per ec-

<sup>1</sup> M. Malatesta, *L'Ordine professionale, ovvero l'espansione del paradigma avvocatizio*, in *Parole chiave*, n.7/8, 1995.

cellenza della professione ottocentesca italiana. Gli avvocati svolgevano una funzione costituzionale non solo perché erano portatori di saperi utili all'amministrazione del nuovo Stato, ma anche perché essi rappresentavano una parte preponderante della classe politica. Dopo di loro fu riconosciuta la professione di notaio, nella cui figura si univa la figura del funzionario pubblico e quella del libero professionista. Dopo trent'anni l'onore spettò ai ragionieri, potente corporazione professionale a cui lo stato riconobbe il monopolio della contabilità pubblica e della gestione dei fallimenti.

Il prestigio e il potere dell'avvocatura sono riconoscibili in alcune prerogative che le vennero attribuite dal 1874. Innanzi tutto l'esame di stato, che non era severo come quello introdotto con la riforma Gentile, ma che era comunque una credenziale negata ai medici per tutto il periodo liberale, nonostante che questi ultimi la richiedessero con insistenza. In secondo luogo il potere disciplinare totale 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.

Quando fu abolito il regime corporativo fascista, gli Ordini e i Collegi ricostituiti per primi furono quelli degli avvocati e dei ragionieri. Anche nella transizione dal fascismo alla repubblica fu così 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.Legs. 23 novembre 1944 n. 382, quello dei medici fu ripristinato col D.Legs. cps. 13 settembre 1946 n. 233. Per avere per il regolamento attuativo si dovranno aspettare altri quattro anni (BPR. 5 aprile 1950, n. 221).

Per gli avvocati il ritorno alla libertà acquistò un significato speciale perché fu accompagnato dalla creazione dell'organo rappresentativo nazionale a cui il ceto forense aspirava da più di mezzo secolo e che il fascismo aveva attuato in versione autoritaria senza dotarlo di alcuna autonomia. Il Consiglio nazionale forense è l'espressione del totale *self government* di una professione, che ricalca in tutto e per tutto il modello dell'avvocatura britannica. È composto di soli avvocati, eletti uno per ogni Corte d'appello. Ha poteri giurisdizionali in materia disciplinare, il che significa che giudica i ricorsi sulle sanzioni prese dai Consigli degli Ordini provinciali. Le sue decisioni possono essere impugnate solo in Cassazione. Il Consiglio nazionale forense fissa inoltre gli onorari degli avvocati che saranno poi applicati dai giudici alla fine del procedimento giudiziario.

Mentre gli Ordini forensi furono il prodotto di un'azione imposta dall'alto e compiutasi in tempi brevi, gli Ordini dei medici italiani furono il risultato di un'iniziativa sorta dal basso, sviluppatasi all'interno della professione e realizzatasi nell'arco di mezzo secolo. La formazione degli Ordini sanitari avvenne grazie a un

processo diverso dal cosiddetto modello di professionalizzazione continentale, caratterizzato da una spinta proveniente dall'alto e con un'impronta marcatamente statalista. La professione medica italiana fu infatti contrassegnata fin dai primi anni post-unitari da una dimensione conflittuale e contrattualistica nei confronti della pubblica amministrazione e da una forte propensione all'autogoverno. Da questo punto di vista sono ravvisabili alcuni punti di contatto col modello di professionalizzazione britannico, che si realizzò nell'Ottocento grazie alla formidabile spinta impressa dalla British Medical Association, l'artefice dell'introduzione nel 1858 del *medical register*, ossia l'Albo nazionale dei medici britannici<sup>2</sup>.

I tempi lunghi che furono impiegati perché il codice sanitario vedesse la luce (dal 1866 al 1888) e la delusione che suscitò rispetto alle aspettative che i medici vi avevano riposto (la perdurante negazione ai medici della governance sanitaria e il mancato riconoscimento del monopolio medico nel campo della cura<sup>3</sup>), furono la molla che li spinse ad organizzarsi e a costruire una rete associativa in grado di supplire alla mancanza di una regolamentazione e di un sistema di rappresentanza simili a quello di cui erano dotati gli avvocati.

I fatti sono ben noti agli studiosi della sanità e in questa sede saranno solo evocati. L'associazionismo pre e post-unitario oscillò tra il mutuo soccorso e le spinte corporative fino a che venne fondato nel 1887, su iniziativa dell'Associazione medica italiana, il primo Ordine dei sanitari. L'emulazione rispetto alla professione forense è palese. In assenza di una regolamentazione complessiva della professione (gli Albi degli esercenti erano depositati presso il Prefetto), i medici si dotarono sul terreno privato di organismi di rappresentanza simili a quelli degli avvocati, il cui scopo principale era la difesa della professione. Colmando il vuoto che neppure la legge Crispi aveva riempito, gli Ordini dei sanitari si prefissero il controllo del territorio, allo scopo di reprimere l'esercizio abusivo della medicina e soprattutto dell'odontoiatria e della farmacia<sup>4</sup>.

Analogamente agli Ordini forensi, anche quelli medici intesero occuparsi delle tariffe e si eressero a tutela della deontologia professionale. Vi è però una differenza sostanziale. I medici avevano uno spirito associativo, un senso di appartenenza categoriale molto più forte degli avvocati e per questo si organizzarono ben presto in una Federazione nazionale, a cui facevano capo anche le associazioni di categoria, prima fra tutte l'Associazione nazionale dei medici condotti (che nel 1907 contava 600 membri). Tutto questo significa che la legge del 1910 sul ri-

<sup>2</sup> M. Malatesta, *Professionisti e gentiluomini. Storia delle professioni nell'Europa contemporanea*, Einaudi, Torino 2006, pp.120-126.

<sup>3</sup> A. Lonni, *I professionisti della salute. Monopolio professionale e nascita dell'Ordine dei medici XIX e XX secolo*, Franco Angeli, Milano 1994, pp. 340-356.

<sup>4</sup> M. Soresina, *Associazionismo medico e ruolo dei medici nel primo trentennio dello stato unitario*, in *Società e storia*, n. 27, gennaio-marzo 1985, pp. 116-117.

conoscimento pubblico delle professioni sanitarie non istituì ex-novo, come avvenne per gli avvocati, l'Ordine, ma si limitò a ratificare uno stato di fatto.

C'è da domandarsi a questo punto perché la legge istitutiva degli Ordini sanitari fu emanata ben trentasei anni dopo quella per gli avvocati e ventidue anni dopo l'emanazione del Codice sanitario; perché, in definitiva, tra la professionalizzazione della medicina italiana e il riconoscimento della sua funzione pubblica vi fu uno scarto così vistoso. Mai come in questo caso la cronologia non è solo una questione di tempi; in essa è racchiusa una pluralità di significati storici e simbolici, strettamente intrecciati tra loro, che vanno decifrati. Il primo e più importante fattore esplicativo del ritardo con cui i medici ottennero l'Ordine professionale, è inscritto nella storia della sanità italiana ottocentesca, dominata dalla figura del medico condotto. Mentre l'avvocatura era all'epoca quasi esclusivamente una libera professione – e come tale fu regolamentata – la medicina post-unitaria fu modellata sul pubblico impiego. I medici condotti lavoravano alle dipendenze delle amministrazioni comunali e degli ospedali controllati delle opere pie, che erano anch'esse degli enti pubblici.

Nel periodo post-unitario prese forma l'archetipo della medicina italiana, una professione a prevalente carattere dipendente e in costante rapporto con gli enti pubblici. La domanda di adesione che l'Associazione nazionale dei medici condotti rivolse nel 1908 alla Confederazione nazionale delle federazioni e delle associazioni professionali di impiegati, ci aiuta a capire quale fosse la percezione che una parte consistente della classe medica aveva di se stessa. La Confederazione degli impiegati era infatti un'associazione sorta allo scopo di difendere il diritto di organizzazione degli impiegati di fronte al governo e alle amministrazioni pubbliche e private<sup>5</sup>. Dal momento che il modello della regolamentazione professionale ricalcato sulla professione di avvocato riguardava solo la libera professione, si comprende allora tanto il motivo del ritardo della normativa sulla professione medica, quanto la data della sua introduzione.

Nel 1910 si era già verificato un cambiamento significativo interno alla professione medica, contrassegnato da una sensibile crescita della libera professione (aumentata del 39% dal 1885 al 1905 e passata da 8.983 a 12.375 unità) e dal parallelo rallentamento dell'aumento dei medici condotti, attestatosi in quello stesso periodo attorno al 20%<sup>6</sup>. L'aumento del numero dei liberi professionisti fu determinato sia dall'ampliamento del mercato sanitario indotto dall'industrializzazione iniziata a fine secolo, che dal riassetto della sanità deciso in quegli anni, volto a favorire lo sviluppo dell'attività medica libero professionale. Nel 1906 furo-

<sup>5</sup> *Il medico condotto* (d'ora in poi MC), 10 novembre 1908.

<sup>6</sup> P. Frascani, *Il medico nell'Ottocento*, in *Studi storici*, luglio-settembre 1982, p. 635.

no infatti abolite le condotte piene e autorizzati ufficialmente i medici condotti a svolgere anche l'attività privata<sup>7</sup>.

Se dunque la nascita dell'Ordine dei medici corrispose allo sviluppo della libera professione, le sue caratteristiche e la sua genesi furono segnate in modo indelebile dalle vicende precedenti. Il punto di maggiore attrito tra i medici e il legislatore riguardò infatti la natura dell'Ordine e le sue funzioni. La questione centrale consisteva nel decidere se modellarsi sull'avvocatura e dunque iscrivere all'Albo solo i liberi professionisti, o ritenere l'Albo come la condizione necessaria per l'esercizio della professione, anche quella svolta come dipendente di un ente. Su questo punto emersero in sede di commissione parlamentare e nella discussione alla Camera varie interpretazioni. Alla fine prevalse l'impostazione che sarebbe stata estesa a tutte le professioni con la legge del 1939, ossia che "non ci si può dare all'esercizio della professione senza iscriversi all'Albo". Dunque anche il medico condotto doveva iscriversi all'Albo perché "vincolato dinanzi al comune, ma è curante di malati"<sup>8</sup>. All'obbligo di iscriversi all'Albo sia da parte dei liberi professionisti e che da quella dei medici dipendenti degli enti pubblici, non corrispose però un medesimo sistema disciplinare.

#### L'AUTOGOVERNO MEDICO

Il potere disciplinare è la componente più significativa del self-government di una professione. Su questo punto delicatissimo la legge del 1910 stabilì un doppio regime, dividendo i medici in due categorie: i liberi professionisti erano giudicati dal Consiglio dell'Ordine, mentre i medici dipendenti erano sottoposti alla giurisdizione del Consiglio sanitario provinciale e soggetti alla disciplina dell'Ordine solo per quanto riguardava l'esercizio della libera professione.

Il deputato Casciani che aveva redatto il progetto di legge e l'aveva sottoposto all'approvazione delle associazioni mediche, aveva previsto in un primo tempo che tra i compiti degli Ordini vi fosse anche quella di "dirimere i conflitti che possono sorgere in mezzo alla classe medica e tra questa e le pubbliche amministrazioni". Ma su questo punto il governo era stato irremovibile, nonostante l'opposizione della Federazione nazionale degli Ordini e le contestazioni emerse nella discussione alla Camera del progetto di legge. I deputati Ciocchi, Queirolo e Pietravalli denunciarono infatti la mostruosità insita nella decisione di limitare la tutela degli Ordini alla sola libera professione. In questo modo i medici condotti erano lasciati sotto la giurisdizione del Consiglio sanitario provinciale, presiedu-

<sup>7</sup> G. Vicarelli, *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al fascismo*, Il Mulino, Bologna 1982, p.635.

<sup>8</sup> Atti Parlamentari, Camera dei deputati (d'ora in poi AP), Legislatura XXIII, Discussioni, 1909-1910, tornata del 20 maggio 1910, p. 7167.

to dal prefetto il quale rappresentava gli stessi enti pubblici da cui il medico dipendeva.

Ciò che agli occhi di questi deputati appariva un palese conflitto di interessi, fu invece inteso dal governo come l'unica soluzione possibile onde evitare che si formasse una duplice giurisdizione per giudicare una stessa materia. Infatti secondo la legge comunale era il Consiglio provinciale a doversi occupare delle questioni sorte tra i medici e le amministrazioni comunali. La verità è che la scelta fatta dal governo di introdurre una duplice giurisdizione provocò una gerarchizzazione della professione medica che dal 1910 fu divisa in due componenti (che peraltro potevano coesistere nella stessa persona): la categoria nobile dei liberi professionisti, che era sottoposta al controllo dei loro pari e quella inferiore dei medici dipendenti, che era disciplinata dalle pubbliche amministrazioni. Era una scelta le cui radici affondavano nella storia della medicina italiana post-unitaria e nel ruolo preponderante che vi avevano esercitato gli enti pubblici a cui era stato in buona sostanza affidato il governo della sanità. Questi fattori costitutivi si ripercossero sulla definizione della professione medica e sui confini del suo autogoverno. La legge del 1910 attribuì per certi aspetti all'Ordine dei medici un potere di disciplina e un autogoverno superiore a quello goduto all'epoca dagli avvocati. Il Consiglio dell'Ordine poteva applicare le medesime pene disciplinari, che andavano dall'avvertimento alla censura e suggerire la sospensione dall'Albo (da uno a sei mesi), che però era applicata solo dal ministro degli interni<sup>9</sup>; pronunciava infine la cancellazione dall'Albo e l'eventuale riammissione (art. 6). Mentre gli avvocati potevano ricorrere contro le decisioni del Consiglio dell'Ordine appellandosi alla magistratura, per i medici erano previsti più giurisdizioni di appello nell'ambito dello stesso sistema professionale. I liberi professionisti avevano la facoltà di rivolgersi contro le decisioni del Consiglio direttivo, all'assemblea generale dell'Ordine e successivamente al Consiglio superiore di sanità (art. 38). A quest'ultimo potevano appellarsi anche i medici dipendenti contro i provvedimenti disciplinari presi dal Consiglio provinciale di sanità. Il problema stava però nel fatto che i due Consigli di sanità erano corpi burocratici al cui interno la presenza medica restò minoritaria anche dopo che la legge del 1910 ne modificò la composizione.

Nel corso della discussione del progetto di legge i deputati Ciocchi e Celli difesero l'esigenza di sottrarre le giurisdizioni mediche superiori o parallele all'Ordine allo strapotere dei burocrati. Essi proposero di rendere elettiva la rappresentanza medica all'interno del Consiglio superiore di sanità, introducendo un mem-

---

<sup>9</sup> Regolamento per la esecuzione della legge 10 luglio 1910 sugli Ordini dei sanitari, art. 35, MC, 20 aprile 1911.

bro per ciascuno dei tre Ordini sanitari eletto dai presidenti dei rispettivi Ordini. L'onorevole Casciani, a nome della commissione, propose di introdurre di diritto i presidenti dei tre Ordini sanitari in ogni Consiglio sanitario provinciale. Il presidente del Consiglio, Luigi Luzzatti mostrò in quell'occasione di essere un fedele seguace della politica di Giovanni Giolitti, che consisteva nel governare il conflitto sociale istituzionalizzandolo. Luzzatti accolse entrambe le proposte perché convinto che non si dovesse temere l'ingresso degli "indisciplinati" (ossia i medici condotti, che in quegli anni erano la frangia estremista della medicina, perché erano in buona parte socialisti) nei Consigli sanitari. "L'esperienza mi insegna – così si esprime Luzzatti – che i ribelli e gli indisciplinati, quando entrano in questi Consigli, come quando entrano in questa Camera, a poco a poco si modificano si temperano"<sup>10</sup>.

La modificazione della rappresentanza dei Consigli di sanità fu un classico scambio politico. In cambio della non ingerenza dell'Ordine nei rapporti tra i sanitari e la pubblica amministrazione, Luzzatti accettò che i medici condotti fossero sottoposti a una giurisdizione non gestita solo da burocrati; che venisse maggiormente tutelata la giurisdizione di secondo grado per i medici dipendenti grazie alla rappresentanza elettiva degli Ordini nel Consiglio superiore; infine che l'autogoverno per i liberi professionisti fosse potenziato. Il giornale *Il medico condotto* commentò la legge definendola una vittoria "morale e potenziale" piuttosto che una conquista effettiva<sup>11</sup>. I rappresentanti dei medici non avrebbero infatti potuto svolgere un'azione effettiva "perché la compagine dei Consigli provinciali e superiore di sanità rimane essenzialmente immutata".

L'assetto prefigurato con la legge del 10 luglio 1910 è stato modificato solo in parte con il passaggio alla Repubblica. La legge del 1946 con la quale furono ricostituiti gli Ordini sanitari ribadì il principio secondo cui potevano iscriversi all'Albo anche i sanitari impiegati nelle pubbliche amministrazioni, purché non fosse loro vietato l'esercizio della libera professione (D.Legs. cps, 13.9.1946, n. 233, G.Uff. 23.10.1946, art. 10). Come in precedenza, però, il Consiglio dell'Ordine esercitava il potere disciplinare solo nei confronti dei liberi professionisti iscritti all'Albo (art. 3). Questo potere risultò accresciuto rispetto al passato. Il Consiglio poteva ora applicare la sospensione senza ricorrere al ministro degli Interni (Dpr, 5.4.1950, n. 221, Regolamento per l'esecuzione del decreto legislativo 13.9.1946, n. 233, capo IV, artt. 41-44), ma si arrestava davanti al sanitario incorso in mancanze nell'esercizio della funzione di pubblico dipendente<sup>12</sup>.

<sup>10</sup> AP, cit, p. 7169.

<sup>11</sup> MC, 31 maggio 1910.

<sup>12</sup> D. Minafra, *Limiti e finalità del potere disciplinare degli Ordini*, in *Federazione medica*, 30 settembre 1965.

L'articolazione complessiva dell'autogoverno medico messa a punto dalla legge del 1946 rispecchiò nella sostanza lo schema del 1910; le innovazioni introdotte costituirono tuttavia un elemento di ulteriore differenziazione rispetto all'avvocatura. Mentre il sistema di autogoverno forense nato nel 1944 era formato dagli Ordini e dal Consiglio nazionale forense (Cnf), l'autogoverno medico fu articolato in tre livelli: gli Ordini, la Federazione nazionale degli Ordini medici e la Commissione centrale presso il Ministero della sanità. A differenza delle due Federazioni mediche fondate in età liberale, la Fnom non raggruppa tutte le associazioni sanitarie, ma solo gli Ordini provinciali, di cui costituiscono l'istanza superiore e di raccordo a livello nazionale. È dotata di un Consiglio nazionale, composto dei presidenti degli Ordini, e di un Comitato centrale, formato da membri eletti dai presidenti degli Ordini, ognuno dei quali dispone di un voto ogni 200 iscritti all'Albo provinciale (art. 12).

Il Comitato centrale della Fnom ha dunque una composizione per certi aspetti simile a quella del Cnf. Le funzioni sono però differenti. Infatti il Cnf gode di poteri giurisdizionali, mentre il Comitato centrale si limita ad esercitare il potere disciplinare nei confronti dei componenti dei Consigli direttivi degli Ordini (art. 15, g.). Contro questi ultimi provvedimenti, così come contro tutti i provvedimenti emanati dagli Ordini provinciali in materia di albo professionale e sul comportamento dei sanitari liberi professionisti (art. 5), è previsto il ricorso alla Commissione centrale. Essa è l'organismo giurisdizionale della professione medica, che decide su tutti i ricorsi che le sono sottoposti ed esercita il potere disciplinare nei riguardi dei propri membri che sono medici e dei membri del Comitato centrale della Fnom (art. 18). Contro le sue decisioni si ricorre, come per il Cnf, alle sezioni unite della Cassazione (art. 362, c.proc.civ.).

La Commissione centrale è per molti aspetti simile al vecchio Consiglio superiore di sanità e come questo ha una composizione mista, burocratica e professionale. È nominata dal presidente della Repubblica su proposta del presidente del Consiglio, d'accordo col Ministro di grazia e giustizia. I membri medici, designati dal Comitato centrale della Fnom, sono 9: un ispettore generale medico, 5 medici chirurghi più tre supplenti; i rappresentanti della burocrazia sono 3: un membro del consiglio superiore di sanità, un funzionario dell'amministrazione civile dell'interno e un Consigliere di stato. Se rispetto al vecchio Consiglio Superiore la componente medica sopravanza quella burocratica, ciò non toglie che il presidente sia d'ufficio il Consigliere di stato (art. 17).

In conclusione, nell'Italia repubblicana l'autogoverno medico è stato caratterizzato da una gerarchizzazione e diffusione del potere disciplinare che ha indebolito il ruolo della Fnom; questa gerarchizzazione ha comportato una limitazione dell'autogoverno nella misura in cui nella Commissione centrale vi è una signi-

ficativa rappresentanza burocratica. Non va però sottovalutato il fatto che questa disparità nell'autogoverno professionale non è una caratteristica solo italiana. Anche in Gran Bretagna l'autogoverno assoluto è una prerogativa dei soli dei *bar-risters e solicitors*, mentre nelle commissioni disciplinari mediche sono presenti dall'Ottocento anche rappresentanti della pubblica amministrazione.

L'assetto che abbiamo descritto è rimasto sostanzialmente immutato fino al 1995, quando la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri ha elaborato una serie di modifiche all'Ordinamento professionale, la più rilevante delle quali è l'estensione del potere disciplinare del Consiglio direttivo dell'Ordine nei confronti di tutti gli iscritti, compresi i medici dipendenti, rispetto ai quali gli Ordini comminano le pene corrispondenti ai provvedimenti disciplinari adottati nell'amministrazione interessata<sup>13</sup>.

#### ORDINE O SINDACATO?

L'unicità degli Ordini dei medici sta nella funzione di sindacato che essi hanno svolto a partire dal 1946. Si tratta di un'evidente anomalia rispetto alla concezione degli Ordini, che si era imposta dal 1874, come di organi di rappresentanza preposti alla tutela della professione intesa nella sua funzione pubblica. Come disse Giovanni Giolitti quando era presidente del Consiglio, presentando il 23 marzo 1909 al Senato il progetto di legge sugli Ordini dei sanitari *“l'Ordine non si sovrappone agli interessi del gruppo professionale, ma sono piuttosto questi ultimi che si trasformano in certa parte in interessi pubblici, facendo giocare il loro ruolo di pressione all'interno della vita pubblica”*.

L'ambivalenza tra interesse pubblico e interesse privato è uno dei fattori strutturali della storia delle professioni e fa parte di quella dialettica tra stato e corporazione che rappresenta uno dei fattori costitutivi dello stato moderno. Questa ambivalenza fu risolta in via di principio dallo stato liberale e da quello repubblicano mantenendo un duplice sistema di rappresentanza delle professioni: pubblico (gli Ordini) e privato (le associazioni e i sindacati); il fascismo riunificò invece entrambe le componenti all'interno del regime corporativo. Nella realtà le cose non sono andate esattamente così, come dimostra il caso della professione medica. Essa si modellò dopo l'Unità d'Italia sul lavoro dipendente e le sue origini hanno influenzato tutto il processo grazie al quale si è realizzato in campo medico il teorema della rappresentanza professionale. Sarebbe dunque limitativo far risalire “l'anomalia” repubblicana all'eredità lasciata dal fascismo. Essa va ricer-

<sup>13</sup> Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, Modifiche e integrazioni all'Ordinamento della professione di medico chirurgo e di odontoiatra, testo elaborato secondo le decisioni del Consiglio nazionale del 2 aprile 1995, in *Bollettino notiziario*, Ordine provinciale dei medici chirurghi e odontoiatri di Bologna, 6, 1995.

cata piuttosto nella storia della professione a partire dal periodo post-unitario e nelle modalità con cui si strutturò l'intero sistema sanitario nazionale.

Gli Ordini dei medici che nacquero spontaneamente alla fine dell'Ottocento avevano un carattere sindacale e univano all'esercizio delle funzioni che passarono poi agli Ordini ufficiali (come la fissazione dei tariffari), anche quello della "lotta di classe"<sup>14</sup>. Questo spirito barricadiero che contrassegnò la professione medica post-unitaria fu alimentato dal conflitto che intercorse tra i medici condotti e gli enti locali, non venne meno con la stabilizzazione del loro impiego sancita dalla legge Crispi e proseguì ininterrotto nel primo Novecento, quando i medici condotti aggiunsero alle loro rivendicazioni nei confronti degli enti locali anche la richiesta del riconoscimento giuridico della professione<sup>15</sup>.

Gli Ordini dei sanitari nati nel 1910 erano enti di diritto pubblico e fu interdetto loro di esercitare azioni di tipo sindacale perchè non fu riconosciuta loro la facoltà di occuparsi delle questioni sorte tra i medici e gli enti locali. In questo modo si creò una differenziazione netta tra le funzioni dei vecchi Ordini, che erano preposti alla difesa categoriale, e quelle dei nuovi, che avevano un carattere eminentemente burocratico. Questa diversità di azione e di prospettiva emerse nettissima al momento in cui fu lanciata l'idea di dar vita a una nuova Federazione degli Ordini<sup>16</sup>.

I rappresentanti dei medici condotti erano contrari alla prospettiva di unire i due modelli di rappresentanza e di mettere in un medesimo contenitore gli Ordini burocratici e le associazioni barricadiere come l'Associazione nazionale dei medici condotti. Alla fine prevalse l'idea di unire in una sola Federazione le due componenti della rappresentanza medica<sup>17</sup>. La soluzione era meno bizzarra di quanto pensassero i medici condotti. Essa rispecchiava un'insoddisfazione che serpeggiava all'interno degli Ordini per la gabbia che la legge del 1910 aveva imposto, precludendo loro ogni rapporto con gli enti pubblici. Per aggirarla vennero adottate varie strategie. Ad esempio l'Ordine di Forlì si propose di utilizzare la sua rappresentanza nel Consiglio provinciale per contribuire all'elaborazione della politica sanitaria locale<sup>18</sup>. Quello di Bologna interpretò l'art. 8 della legge sanitaria nel senso di attribuire all'Ordine (attraverso il suo rappresentante nel Consiglio provinciale) la facoltà di esaminare i contratti tra medici e enti pubblici e privati. Grazie a questo cavillo il Consiglio dell'Ordine invitò i propri iscritti a non partecipare ai concorsi che non fossero stati approvati dall'Ordine<sup>19</sup>.

<sup>14</sup> *Bollettino dell'Ordine dei medici della provincia di Roma*, 1907, a. II, nn. 9-10.

<sup>15</sup> MC, 10 luglio 1907.

<sup>16</sup> MC, 10 novembre 1911.

<sup>17</sup> MC, 28 febbraio 1912.

<sup>18</sup> MC, 30 settembre 1912.

<sup>19</sup> MC, 20 agosto 1912.

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<sup>20</sup>, si comprende allora perché nel periodo pre-bellico emersero delle pratiche volte ad adattare i nuovi Ordini alle esigenze concrete della professione medica attribuendo loro, in modo surrettizio, funzioni che andavano contro l'interpretazione letterale della legge.

Il fascismo risolse l'ambivalenza della rappresentanza medica riassorbendola tutta all'interno del sindacato e distruggendo il sistema degli Ordini. Quelli dei medici furono sciolti definitivamente nel 1935, due anni dopo quello degli Ordini forensi, ma la perdita della loro autonomia e il passaggio progressivo delle loro funzioni ai sindacati erano iniziati prima di quanto fosse accaduto agli Ordini forensi. Il r.d. 30 dicembre 1923 decentrava, attribuendole alle prefetture, funzioni prima di competenza del ministero degli Interni e affidava al Prefetto il compito di sorvegliare gli Ordini sanitari e decretare eventualmente il loro scioglimento. Il secondo passo fu costituito dallo smantellamento degli organi di rappresentanza nazionale e dal divieto di costituire delle federazioni organismi simili. La Fnom, che nei primi anni del regime aveva resistito alla penetrazione fascista, diventava un organismo scomodo che faceva concorrenza alla Corporazione sanitaria fascista perché continuava a propagandare tra i medici l'obbligatorietà dell'iscrizione agli Ordini. Il primo passo verso l'eliminazione della Fnom fu la sua fascistizzazione<sup>21</sup>. La Corporazione sanitaria, che già da alcuni anni era riuscita a piazzare i propri rappresentanti nei Consigli direttivi degli Ordini, nel 1926 impose loro di inviare al congresso della Fnom solo delegati iscritti al sindacato fascista. In questo modo fu possibile votare al congresso la trasformazione della Fnom in Federazione fascista degli Ordini dei medici, la quale ebbe vita brevissima in quanto fu sciolta il 31 luglio 1926 e le sue funzioni passarono al sindacato nazionale medico fascista.

Ridotti ormai a un puro simulacro, gli Ordini sanitari furono nuovamente colpiti dal testo unito 3 aprile 1928, che attribuiva ai sindacati provinciali la tutela degli interessi dei medici e di nominare i rappresentanti di categoria negli enti e nella pubblica amministrazione. L'anno successivo fu soppresso l'autogoverno degli Ordini: i membri del Consiglio direttivo furono nominati per metà dai sindacati e per metà direttamente dal ministro degli Interni. La soppressione definitiva degli Ordini, avvenuta nel 1935 fu dunque un atto formale che ufficializzava una situazione esistente già da tempo. Il loro potere disciplinare fu affidato

<sup>20</sup> MC, 12 agosto 1912.

<sup>21</sup> F. Orlandi, *L'associazionismo dei medici all'età liberale al fascismo*, in G. Turi (e cura di), *Libere professioni e fascismo*, Angeli, Milano 1994, pp. 117-26.

ai Direttori dei sindacati fascisti mentre fu creata la Commissione centrale con funzionari giurisdizionali. La soluzione corporativa consentì di ricomporre 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. Ai medici condotti era stata infatti preclusa l'iscrizione ai sindacati medici fascisti perché la legge 3 aprile 1926 aveva negato il riconoscimento giuridico alle associazioni dei dipendenti pubblici al fine di impedire che il sindacalismo attecchisse nelle amministrazioni dello stato. I medici condotti furono così dirottati su un'associazione a loro riservata, che faceva parte della più ampia Associazione nazionale fascista del pubblico impiego e fu permesso loro di iscriversi ai sindacati medici (secondo lo schema collaudato nel periodo liberale) solo per quanto concerneva la loro attività libero professionale. La situazione era però in rapida evoluzione. Nel 1927 i medici condotti furono autorizzati a ricoprire le cariche direttive sindacali in quanto iscritti all'Associazione nazionale fascista medici condotti, superando in tal modo la loro esclusione dal sindacato medico.

Quando gli Ordini furono assorbiti dai sindacati, a questi ultimi furono attribuite le funzioni disciplinari e deontologiche che erano proprie degli Ordini. Queste funzioni si assommarono a quelle proprie dei sindacati, ossia la difesa degli interessi economici dei propri iscritti davanti agli enti da cui dipendevano ed in modo particolare davanti alle casse mutue che erano state introdotte dal fascismo. Nella prima metà degli anni Trenta prese avvio da parte del Sindacato nazionale fascista dei medici la pratica di stipulare alcune convenzioni con la Federazione delle mutue che nella seconda metà del decennio assunsero una portata nazionale. I sindacati medici fascisti svolsero dunque quei compiti che alcuni Ordini del periodo liberale si erano accollati in modo surrettizio.

Il regime repubblicano ha nuovamente separato gli ambiti di competenza tra Ordine e sindacato professionale, riconoscendo a quest'ultimo la difesa degli interessi esclusivamente privati e categoriali. Ma il confine che divide le due forme di rappresentanza non è mai stato chiaramente stabilito, dal momento che le funzioni dei sindacati sono per molti versi simili a quelle esercitate dagli Ordini. I sindacati sono associazioni di diritto privato e per questo sono preposti alla tutela degli interessi economici delle rispettive categorie professionali. Essi possono tuttavia esercitare pressioni sugli Ordini in modo da influenzare, ad esempio, la formulazione dei tariffari<sup>22</sup>. Questa complementarità di funzioni tra Ordini e sindacati divenne nel campo medico una vera e propria sovrapposizione nella legislazione emanata alla fine della seconda guerra mondiale. La legge del 13 set-

<sup>22</sup> C. Lega, voce *Ordinamenti professionali*, in *Novissimo Digesto*, vol. XII, Torino 1965, p. 15.

tembre 1946, n. 233 recepì le critiche mosse agli Ordini medici del periodo liberale e le corresse alla luce dell'esperienza dei sindacati fascisti. Il risultato fu l'articolo 3, che correggeva la legge costitutiva degli Ordini sanitari del 1910 e stabiliva che il Consiglio direttivo dell'Ordine potesse "interporsi, se richiesto, nelle controversie fra sanitario e sanitario, o fra sanitario e persona o enti a favore dei quali il sanitario abbia prestato o presti la propria opera professionale, per ragioni di spese, di onorari e per altre questioni inerenti all'esercizio professionale, procurando la conciliazione della vertenza e, in caso di non riuscito accordo, dando il suo parere sulle controversie stesse" (art. 3, g.).

#### LA FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI NEGLI ANNI CINQUANTA E SESSANTA.

La legge del 1946 legittimava una modalità di comportamento degli Ordini sanitari ereditata dal fascismo, ma non risolse le ambiguità che la rappresentanza medica portava con sé fin dalle origini. Queste ambiguità profondamente radicate nella professione medica italiana e nella sua evoluzione storica, aumentarono, piuttosto che diminuire, nel periodo repubblicano.

Dagli anni Cinquanta a quelli Settanta la professione medica visse in modo schizofrenico il rapporto con il sistema sanitario che prese piede nel secondo dopoguerra. L'Italia, come la Francia e la Germania fu uno di quei paesi nei quali dopo la seconda guerra non si affermò un servizio sanitario nazionale – come avvenne nei paesi anglosassoni e nel Nord Europa – ma un sistema mutualistico indipendente dallo Stato. Il modello di assistenza adottato dalla neo-nata Repubblica ereditò dal fascismo l'assetto istituzionale. Le mutue erano degli enti pubblici, controllati dallo stato ma totalmente autonomi dal punto di vista gestionale. Per questa ragione divennero uno dei settori più potenti del sottogoverno. Il sistema degli enti mutualistici autonomi riprendeva da un lato il modello della mutualità fascista, riproducendone la farraginosità e la diversificazione al solo scopo di soddisfare la molteplicità degli interessi e dei particolarismi<sup>23</sup>; perpetuava dall'altro la modalità strutturale della professione medica italiana, ossia il suo rapporto con gli enti pubblici.

In questa nuova fase della quale i nuovi partners della medicina erano i colossi mutualistici alla stregua dell'Inam, gli Ordini dei medici e la loro Federazione nazionale svolsero soprattutto una funzione sindacale, relegando in secondo piano quei compiti deontologici, disciplinari e culturali che spettavano loro e che avrebbero dovuto renderli i tutori degli interessi collettivi nazionali e non solo di quel-

<sup>23</sup> G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità contemporanea*, Laterza, Roma-Bari 1994, pp. 114-117

li della categoria. In quegli anni gli Ordini e la Fnom si impegnarono in una battaglia in difesa della libera professione e del ruolo medico contro un sistema mutualistico all'interno del quale il rapporto tra il medico e l'ente tendeva ad essere di tipo dipendente piuttosto che libero professionale.

In questa situazione che rischiava di riprodurre l'antico modello contrattuale che aveva legato i medici agli enti locali, gli Ordini si affiancarono ai sindacati in una difesa corporativa ad oltranza. Secondo Giorgio Cosmacini, si trattò di una resistenza antimutualistica più che solidaristica, che spaccò in due la classe medica. Le élites mediche assunsero un atteggiamento decisamente contrario alle mutue, mentre la base fu costretta ad accettarle per motivi occupazionali. La coincidenza, quando non addirittura la sovrapposizione, tra l'attività degli Ordini e quella dei sindacati, si consolidò nel periodo repubblicano nella quotidianità della pratica medica. Rovesciando lo schema che era stato applicato durante il fascismo, ora furono gli Ordini locali ad aiutare in molti casi la formazione dei nuovi sindacati di categoria. La convergenza tra gli Ordini e i sindacati si rafforzò anche grazie alla sovrapposizione delle cariche direttive sindacali con quelle ordinarie<sup>24</sup>. La situazione creata non fu però esente da conflitti. Il ruolo principale nella lotta tra le rappresentanze mediche e le mutue fu svolto in quegli anni dalla Fnom. Essa non si limitò ad essere il luogo dove venivano ricomposti gli interessi dei vari segmenti della professione medica, ma ebbe anche una funzione di rappresentanza superiore davanti al governo. L'unione di questi due elementi fece sì che la Fnom divenisse in quegli anni il principale interlocutore tra la classe medica, lo Stato e gli enti pubblici. Ma le modalità con le quali svolse questa intermediazione furono, o quanto meno vennero ritenute tali, più una trasgressione che un'estensione dei dettami contenuti nella legge 13 settembre 1946.

Fin dal 1948 infatti la Fnom si pose autonomamente come interlocutore obbligato degli enti mutualistici, decidendo che tutti i contratti e le convenzioni sull'assistenza dovessero essere formati da essa e dal sindacato nazionale interessato, tanto in sede provinciale che in quella nazionale, previa punizione di tutti i trasgressori. L'Inam impugnò questa decisione e informò il governo il quale, nel 1953 per il tramite del ministro del lavoro Rubini, contestò la legittimità dell'operato della Fnom perché ritenuto lesivo del principio costituzionale della libertà sindacale. Le ragioni adottate dalla Fnom in propria difesa furono due. La Federazione era stata costretta ad adottare questa linea per rispondere al tentativo dell'Inam di dividere i medici attraverso offerte diversificate rivolte a singole categorie professionali. D'altra parte nessuno, neppure il governo, poteva inter-

---

<sup>24</sup> A. Secco, *La corporazione medica in età repubblicana*, in *I professionisti*, a cura di M. Malatesta, *Annali 10, Storia d'Italia*, Einaudi, Torino 1996, p. 201.

ferire nelle funzioni giurisdizionali che lo stato aveva delegato alla Fnom. Essa deteneva la piena ed esclusiva rappresentanza giuridica di tutte le categorie e per questo essa sola aveva “la potestà e il diritto di assumere impegni a nome di tutti i medici”<sup>25</sup>.

Da quel momento la Fnom si trovò spesso a combattere su due fronti, quello della mutua e quello dei sindacati di categoria, che a volte firmarono autonomamente dei contratti by-passando la Federazione<sup>26</sup>. Questa situazione conflittuale si tradusse in quegli anni in un aumento del potere della Fnom nei riguardi di entrambi. La stipulazione della convenzione con l’Inam del 1955, migliorata grazie all’intervento della Federazione, fu la tappa decisiva per il consolidamento del ruolo della Fnom. Dapprima essa fu chiamata a far parte del consiglio di amministrazione dell’Inam; successivamente fu creata all’interno della Federazione una commissione centrale per le relazioni tra i medici e l’Inam. Questa *escalation* culminò nella legge dell’11 febbraio 1963, n. 244, che riconosceva alla Fnom e – previo suo parere favorevole – agli Ordini provinciali la possibilità di concordare con gli enti mutualistici e assistenziali le tariffe professionali da applicare agli assistiti (art. 8). Tra le giustificazioni che la Fnom diede del ruolo che si era ritagliata nei confronti delle mutue, vi era quella della difesa del decoro professionale. L’Ordine dei medici – così dichiarò il presidente Chiarolenza in occasione del cinquantenario della loro nascita – “ha il dovere di esaminare se avere accettato o convenuto con gli enti mutualistici, tariffe inferiori ai minimi, costituisce un fatto disdicevole al decoro e al prestigioso professionale che autorizza il provvedimento disciplinare e le sanzioni consequenziali”<sup>27</sup>. Questo atteggiamento punitivo che la Fnom tenne in quegli anni nei confronti dei sindacati di categoria rese spesso difficili le relazioni reciproche, fino a che, nel 1962 fu creata dal Comitato centrale una commissione Fnom-sindacati per arrivare a definire una collaborazione nella difesa della categoria<sup>28</sup>.

### GLI ORDINI DOMANI

La politica di armonizzazione e *deregulation* che ha accompagnato la formazione della Comunità europea ha trovato nelle professioni intellettuali uno dei suoi terreni di sperimentazione fin dal trattato di Roma del 1957. Da allora l’obiettivo della Comunità europea fu quello di costruire un unico mercato dove far circo-

<sup>25</sup> Il carteggio tra la Fnom e il Ministro del lavoro è riportato all’interno della relazione per il 1953 del presidente Raffaele Chiarolenza, in *Federazione medica* (d’ora in poi FM), a. VII, 28 febbraio 1954.

<sup>26</sup> Relazione del presidente Chiarolenza per il 1955, in FM, 31 maggio 1956; Id, Relazione per 1961, in FM, 31 maggio 1962; R. Chiarolenza, *Metodi e stili*, in FM, 31 gennaio 1961; ID, Erga omnes, in FM, 31 maggio 1960.

<sup>27</sup> Relazione del presidente Chiarolenza sull’attività svolta dalla Fnom nel 1960, in FM, 30 aprile 1961.

<sup>28</sup> Relazione del presidente Chiarolenza sull’attività svolta dalla Fnom nel 1962, in FM, 28 febbraio 1963.

lare liberamente merci e servizi. La costruzione dell'Europa sociale è stata pensata sul modello del mercato economico e per questo motivo ha prevalso l'idea di equiparare le prestazioni delle professioni intellettuali ad altri tipi di servizi. Nell'ambito dell'accordo generale degli scambi commerciali (Gatt), furono emanate tra il 1988 e il 1994 le disposizioni inerenti lo scambio dei servizi volte a liberalizzare molti servizi professionali, a consentirne la pubblicità e ad abbattere quegli ostacoli che impedivano la libera concorrenza tra i professionisti.

Il nuovo criterio di riorganizzazione delle professioni nello scenario europeo fu individuato in una filosofia liberista e antimonopolista che segnava una radicale inversione di rotta rispetto al passato, quando in tutta l'Europa le professioni svolsero un ruolo storico di mediatori tra lo stato, la società e il mercato. La Comunità europea considerò invece le professioni intellettuali come soggetti che nel nuovo Ordine sovranazionale dovevano trovare nel mercato e non più nello Stato, il loro principio di regolazione e identificazione. Nell'accordo Gatt del 1994 le professioni dei vari paesi furono invitate a strutturarsi in modo da non formare più dei mercati protetti e ad abolire le norme che ostacolano la concorrenza in questo settore. Sulla scia dell'indirizzo comunitario l'Autorità italiana garante della concorrenza e del mercato aprì in quello stesso anno un'indagine per verificare se l'organizzazione delle professioni autonome italiane fosse compatibile con i principi della libera concorrenza. L'Antitrust adottò il criterio in base al quale l'attività intellettuale era equiparata ad un'impresa, perché essa "consiste nell'offerta di prestazioni riconducibili alla figura dei servizi forniti dietro corrispettivo". Produttrici di beni, seppure immateriali, anche le professioni dovevano dotarsi di norme che ne regolassero lo scambio. Da allora l'equiparazione con l'impresa è diventata, oltre che una realtà giuridica, una metafora che rispecchia i mutamenti profondi avvenuti all'interno delle professioni intellettuali: dall'affermarsi dell'avvocato d'affari che risponde alle esigenze tecnocratiche della produzione economica, all'aziendalizzazione della salute.

Secondo L'Antitrust l'equiparazione delle professioni alle imprese doveva comportare un mutamento della loro organizzazione interna, in modo tale da garantire il principio della libera concorrenza. I primi ad essere modificati avrebbero dovuto essere gli Ordini, perché ritenuti i principali responsabili della conservazione del monopolio professionale. Le barriere all'accesso che le professioni italiane si sono date nel tempo (l'esame di stato, il praticantato obbligatorio, l'iscrizione all'Albo) furono considerate dall'Antitrust norme il cui scopo consisteva unicamente nel ridurre l'offerta sul mercato e nel limitare la concorrenza tra i professionisti. Nessuna riforma degli Ordini fu fatta in quel periodo, ma gli effetti della politica neoliberista iniziarono a farsi sentire anche sul terreno delle professioni sanitarie. Il 27 settembre 2000 l'Autorità garante della concorrenza e

del mercato multò per una somma pari a 122,6 milioni di lire la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi ed odontoiatri, nonché 37 Ordini provinciali, oltre a due associazioni odontoiatriche, per aver leso il principio della libera concorrenza deliberando nel 1985 e 1997 le condizioni per la stipula delle convenzioni tra i medici e gli enti che offrono assistenza sanitaria integrativa<sup>29</sup>. L'intervento dell'Antitrust provocò un terremoto nel Comitato Centrale della Fnom, diviso al suo interno e incapace a trovare un accordo di base tra le varie categorie mediche in essa rappresentate. Antonio Panti, all'epoca presidente dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri di Firenze, colse l'occasione per denunciare quella che ai suoi occhi era la vera crisi della rappresentanza medica. Secondo Panti l'antitrust aveva offerto un'occasione storica agli Ordini e alla Federazione di dimostrare di sopravvivere distinguendo la loro funzione da quella dei sindacati: "I sindacati tutelano gli interessi delle categorie che rappresentano. Gli Ordini non rappresentano i medici, ma sono enti ausiliari dello stato a cui sono demandati compiti di garanzia del cittadino: la deontologia e il relativo potere disciplinare, la verifica del mantenimento della qualità professionale mediante il controllo della formazione e la concessione dell'accreditamento. Solo su queste basi si può chiedere con forza una nuova legge istitutiva"<sup>30</sup>.

La lucida analisi del presidente dell'Ordine di Firenze coglieva tuttavia solo un aspetto della questione. La crisi della rappresentanza medica era stata aggravata anche dai mutamenti istituzionali avvenuti all'interno della sanità con il progressivo decentramento della sanità e l'affidamento della sua gestione alle regioni. All'interno di questo contesto la contrattazione sindacale medica ha mutato partners. Le regioni vi giocano un ruolo sempre più decisivo, mentre il ministero di riferimento non è più quello della Sanità ma della Funzione Pubblica. Questi nuovi assetti si sono aggiunti alla crisi determinata dall'ingresso degli odontoiatri negli Ordini medici avvenuta nel 1985 e alla crescita inarrestabile della frammentazione della rappresentanza medica, direttamente proporzionale alla percezione che hanno i sanitari della perdita del loro potere. Questo insieme di circostanze ha mutato profondamente gli equilibri della rappresentanza sanitaria, accrescendo la forza dei sindacati a discapito degli Ordini e della stessa Federazione. Da allora l'intero sistema ordinistico italiano è diventato un argomento molto discusso dall'opinione pubblica, mentre numerosi progetti di riforma delle professioni venivano depositati in Parlamento dalle varie parti politiche. L'esito è stato finora nullo, anche a causa della grande confusione che sussiste su questo argomento a livello comunitario. Il 16 febbraio il parlamento europeo espresse un

<sup>29</sup> Provvedendo n. 87210 del 27 settembre 2003, [www.agcm.it](http://www.agcm.it).

<sup>30</sup> A. Panti, *Le strade si biforcano per Ordini e sindacati*, in *Discussione* (novembre 2000), [www.occhioclinico.it](http://www.occhioclinico.it).

parere favorevole sulla direttiva Bolkenstein. Essa prevedeva inizialmente una liberalizzazione selvaggia dei servizi erogati dalle imprese e fu rettificata sotto gli effetti di una protesta molto estesa che si espresse in buona parte nel web. Nel testo votato nella prima lettura era compresa una limitazione della circolazione dei servizi riguardante le professioni sanitarie, quelle legali e i notai. Si decise che sarebbero stati i singoli governi a decidere quali regole adottare, sulla base del principio che le norme sulla concorrenza dovessero essere applicate alle associazioni professionali solo quando esse agiscono nell'interesse dei propri membri e non quando operano per l'interesse generale.

L'Unione europea cedette in quell'occasione alle pressioni delle professioni protette annacquando il liberalismo puro che aveva contraddistinto i suoi precedenti programmi e rispolverando per le professioni il concetto di bene pubblico invece di quello di impresa. Il 4 aprile 2006 la Commissione europea presentò le modifiche alla direttiva Bolkeinstein, enunciando però principi vaghi che lasciavano spazio a varie interpretazioni. Fu ribadita l'esclusione dalla direttiva dei servizi di interesse generale, tra cui quelli sanitari, mentre fu respinta l'esclusione generalizzata dal campo di applicazione della direttiva sulle professioni legali e dei notai. Il 30 giugno 2006 fu emanato in Italia il cosiddetto Decreto Bersani, che introduceva alcuni elementi di liberalizzazione, quali la soppressione dei minimi tariffari delle tariffe minime e l'autorizzazione alla pubblicità professionale. La tanto invocata riforma degli Ordini non fu emanata neppure allora, mentre il dibattito ha ripreso vigore proprio in questi giorni in seguito all'annuncio che l'attuale governo intende ripristinare le tariffe minime. L'attacco alle "corporazioni" professionali è ripartito, ma anche in questa circostanza la stampa italiana continua a confondere l'opinione pubblica diffondendo notizie errate.

Presentare gli Ordini italiani come i responsabili della creazione di mercati protetti alla cui ombra prosperano le professioni autonome è un grossolano errore storico. Gli Ordini italiani hanno un carattere burocratico, in quanto il loro compito consiste innanzitutto nel verificare il possesso dei requisiti previsti dalla legge per iscriversi all'Albo professionale. Fin dal 1874 il legislatore adottò questo criterio rifiutando il modello offerto dall'Ordine forense francese, il quale era un organo di diritto privato con il potere di selezionare coloro che chiedevano l'iscrizione. Si tratterebbe semmai di attribuire la responsabilità di perpetuare una chiusura corporativa all'intero sistema pubblico di formazione e controllo delle professioni, al cui interno trova posto sia l'obbligo della formazione universitaria che il superamento dell'esame di stato, introdotto come prassi obbligatoria durante il fascismo su imitazione del modello tedesco.

Tuttavia anche l'accusa di corporativismo rivolta all'intero sistema pubblico delle professioni italiane si rivela infondata nel momento in cui si vadano a guarda-

re i numeri. I professionisti che lavorano in Italia sono circa un terzo dei professionisti dell'intera Europa e negli ultimi decenni la crescita esponenziale ha riguardato professioni ordinistiche quali l'avvocatura, che non hanno posto alcun filtro nella fase della formazione. Per quanto riguarda poi la questione delle tariffe minime, è forse utile ricordare che furono introdotte nell'Ottocento non come correttivo del mercato di tipo monopolistico ma a tutela dell'onore del professionista, che all'epoca era considerato membro di un élite e rappresentato come un gentiluomo. Da queste osservazioni si evince che, così come è stata impostata propagandata, la questione degli Ordini come guardiani delle corporazioni professionali è un falso problema. Diverso è invece porsi la domanda se gli Ordini ricoprano oggi funzioni tali da giustificare la loro esistenza. La crisi che colpisce oggi le professioni, schiacciate tra uno Stato sempre più avaro e una società effimera che non riconosce più il loro ruolo storico, può essere alleviata mettendo in moto un processo di rilegittimazione come fecero le professioni ottocentesche, che dovettero inventarsi nuove istituzioni e un nuovo ruolo per giustificare la loro presenza nella nuova società sorta dopo la caduta degli antichi regimi. Tutto ciò può avvenire in due direzioni: quella culturale e quella etica. Con l'introduzione dell'obbligo dell'aggiornamento per i professionisti, una delle principali funzioni degli Ordini è diventata l'informazione e il collegamento con le iniziative locali e nazionali. Questo è soprattutto vero per gli Ordini dei medici, come si può verificare navigando all'interno dei loro siti. Questa navigazione mostra chiaramente come esistano delle fortissime disparità nelle attività dei vari Ordini medici e come queste attività possano essere individualizzate e personalizzate a seconda del territorio di appartenenza. Sulla diffusione di nuove culture mediche gli Ordini possono fare molto, soprattutto se sapranno stabilire rapporti di maggiore collaborazione con le facoltà mediche. Gli Ordini dovrebbero portare all'interno dell'università la voce della professione, aiutandola a meglio orientarsi nella formazione di professionisti più vicini alle aspettative dei cittadini, che sono diventati interlocutori consapevoli ed esigenti.

L'altro terreno sul quale gli Ordini possono riaffermare il proprio ruolo è l'etica. Nel 1874 la legge istitutiva dell'Ordine forense gli attribuiva per legge il potere disciplinare e il compito di sovrintendere all'etica professionale. Queste sono state da allora le prerogative più importanti degli Ordini, ma forse è proprio su questo terreno che più si è fatta sentire la difesa corporativa. La loro rilegittimazione passa oggi, a mio avviso, ponendosi davanti all'opinione pubblica come soggetti attivi, capaci di esercitare fino in fondo i poteri che lo Stato ha demandato loro. Soprattutto gli Ordini dei medici dovrebbero guidare il processo di costruzione di una nuova "moralità" della professione medica, condizione indispensabile per il suo riposizionamento nel XXI secolo.