

ANNO XXXII
N° 1
MARZO 2010

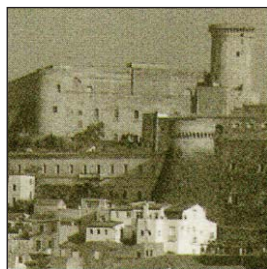
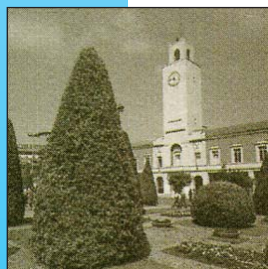
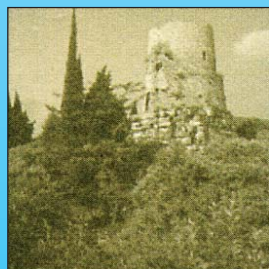
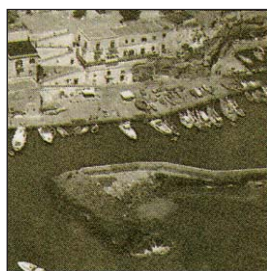
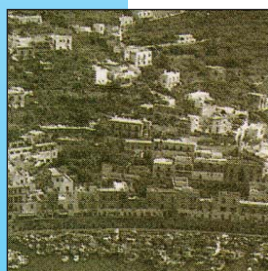
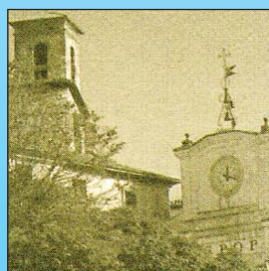
Medicina

Bollettino dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di Latina

Pontina

Organo ufficiale di informazione dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Latina

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 2 - D.C.B. - LATINA



1910 - 2010
CENTENARIO DELLA ISTITUZIONE
DEGLI ORDINI DEI MEDICI

ORGANI ISTITUZIONALI 2009-2011

Consiglio Direttivo

Presidente	GIOVANNI MARIA RIGHETTI
Vicepresidente	MARIO CAVALLINI
Segretario	PASQUALE MILO
Tesoriere	MARIA TERESA NARDONI
Consigliere	NADIA BONFIGLIO
Consigliere	GIUSEPPINA CARRECA
Consigliere	ELISA FORTE
Consigliere	SILVERIO GUARINO
Consigliere	GERARDO LANZA
Consigliere	MARIO MELLACINA
Consigliere	ANTONIO ORGERA
Consigliere	ALBERTO PACCHIAROTTI
Consigliere	ALDO PASTORE
Consigliere	AGOSTINO ROCCO (odontoiatra)
Consigliere	GIUSEPPE ROVACCHI
Consigliere	EUGENIO SAPUTO
Consigliere	LUIGI STAMEGNA (odontoiatra)

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente	LUIGI STAMEGNA
Componente	MARIO BELLARDINI
Componente	LUCA GIOIA
Componente	DAVIDE LEONE
Componente	AGOSTINO ROCCO

Collegio del Revisori dei Conti

Presidente	MODESTINO DE MARINIS
Membro effettivo	GAETANO DE FEO
Membro effettivo	GIUSEPPE DEI GIUDICI
Membro supplente	LUCIA TRIMARCHI

MEDICINA PONTINA

Aut. Trib. LT n° 324 del 16/02/1979

Direttore Responsabile
GAETANO ORTICELLI

Direttore Scientifico
LUCIA TRIMARCHI

Direzione-Redazione-Amministrazione:
Piazza Angelo Celli, 3 - 04100 Latina
Tel. 0773/693665 Fax 0773/489131 - info@ordinemedicilatina.it

Stampa
LATINGRAFICA snc - Via Coletta, 22/24 - 04100 Latina
Tel./Fax 0773/611121 - latingrafica1@katamail.com

Copertina ideata da Fulvio Di Pietro



*Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Latina*

1910 - 2010
CENTENARIO DELLA ISTITUZIONE
DEGLI ORDINI DEI MEDICI



1910 - 2010

IL VALORE DELLA TRADIZIONE E LE SFIDE DEL FUTURO

La Federazione Nazionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, su iniziativa del suo Presidente Aldo Pagni, pubblicò nel 1996 un volume per celebrare la ricorrenza del cinquantesimo anniversario della ricostituzione degli Ordini dei Medici e della istituzione della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici.

La ricorrenza del centesimo anniversario della istituzione degli Ordini dei Medici, avvenuta nel lontano 1910, ci offre l'occasione per far conoscere ad una più vasta platea di lettori almeno una parte degli articoli che in quel volume furono pubblicati.

Scelta motivata dal fatto che sarebbe stato difficile reperire, nel breve tempo disponibile, contributi sulla storia degli Ordini dei Medici altrettanto significativi sia per il contenuto che per l'importanza degli autori.

Esprimiamo l'augurio che i nostri iscritti, in particolare i più giovani, trovino il tempo da dedicare alla lettura di queste pagine.

Infatti, la storia dell'Ordine è soprattutto la storia della nostra professione e la sua conoscenza permetterà alle giovani generazioni di meglio comprendere il futuro professionale che li attende.

Un futuro che promette radicali innovazioni scientifiche, tecnologiche e biologiche che apriranno le porte a nuove opportunità nella cura delle malattie vecchie e nuove. Sfide del futuro che dovranno essere alimentate dalle tradizioni del passato, e cioè la necessità di mantenere saldo il principio di servizio, di responsabilità, autonomia e competenza e della crescita professionale dentro l'orizzonte di un nuovo umanesimo nell'uso della tecnica.

In verità, la storia dell'Ordine dei Medici di questa provincia è più recente, infatti risale al 16 Dicembre 1945 allorché un gruppo di medici si riunì spontaneamente e costituì l'Ordine, in forte anticipo sulla emanazione del Decreto Legislativo del Capo Provvisorio dello Stato del 13 Settembre 1946 n. 233 con il quale avvenne la "Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esecuzione delle professioni stesse".

E' in corso una ricerca per verificare se nel breve periodo di tempo intercorso tra il 18 Dicembre 1934, data di istituzione della provincia di Littoria, e il 5 Marzo 1935, data di emanazione del Regio Decreto n. 184 con il quale furono soppressi gli Ordini dei Medici, sia stato formalmente istituito l'Ordine anche nella nostra provincia.

Da allora tanti hanno contribuito a recuperare il tempo perduto e il ricordo della loro opera ci è di conforto per affrontare il lavoro futuro.

E' motivo di grande orgoglio per noi tutti quello di ospitare oggi Aldo Pagni che, a distanza di quindici anni dalla sua "fatica" editoriale, ha accettato di celebrare con un suo intervento la ricorrenza dei cento anni della storia degli Ordini.

Latina, 20 Marzo 2010

Giovanni Maria Righetti

*Il testo completo del volume "1946-1996 PER UNA STORIA DEGLI ORDINI DEI MEDICI"
è consultabile sul sito internet dell'Ordine www.ordinemedicilatina.it*

INDICE

Introduzione <i>Aldo Pagni</i>	<i>pag.</i> 7
Un Ordine professionale per il futuro <i>Aldo Pagni</i>	19
La sanità pubblica in Italia - Dall'Unità alla Prima Guerra Mondiale <i>Giorgio Cosmacini</i>	31
La "professione" dalla legge del 1910 a oggi <i>Mario Raimondi</i>	39
L'Associazionismo dei medici dall'Ottocento al Fascismo <i>Marco Soresina</i>	49
Dai Galatei Medici al Codice deontologico <i>Massimo Baldini</i>	63
I Codici deontologici in Italia - Il percorso di una evoluzione <i>Rossella Procino</i>	71

INTRODUZIONE

Aldo Pagni

Presidente della FNOMCeO (1996)

“Se nel mondo tornassino i medesimi uomini come tornano i medesimi casi, non passerebbero mai cento anni che noi non ci trovassimo un'altra volta insieme a fare le medesime cose che ora”. (N. Machiavelli - Clizia)

“La storia non si fa strada, si ostina/detesta il poco a poco, non procede, né recede, si sposta di binario/ela sua direzione/non è nell'orario (..) la storia non è magistra di niente che ci riguardi/accorgesene non serve/a farla più vera e più giusta”. (E. Montale - Satura)

Ricorre quest'anno il cinquantenario della ricostituzione degli Ordini professionali dei medici, approvata dalla Assemblea Costituente con il DLCPS del 13 settembre 1946, dopoché il regime fascista li aveva soppressi nel marzo del 1935, con un laconico articolo di legge, attribuendone le funzioni al Sindacato fascista della categoria.

La celebrazione pubblica di un evento storico riscatta il passato dalla erosione inesorabile del tempo che rende sfuocati uomini e fatti e offre l'occasione di un esaltante fervore, ma se non si accompagna ad una riflessione critica sulle cause e sugli sviluppi di quell'evento, lo stato emozionale non può che rimanere sterile e di breve durata e la celebrazione rischia di risolversi in un atto di rimozione collettiva.

E' il motivo per il quale abbiamo voluto cogliere l'occasione di una ricorrenza così importante per il nostro Paese per ripensare la storia dei medici italiani e dell'Ordine professionale in questo '900 ormai giunto alla fine.

Questa operazione, per avere garanzie di serietà e di utilità, deve rinunciare ai narcisismi metastorici e agiografici per ricercare piuttosto le radici che accomunano una categoria professionale alla quale l'identità frammentata e divisa e le esigenze poste dalla realtà attuale, impongono una profonda revisione critica attraverso il filtro ciclico della storia e una ricerca di nuovi, possibili, modelli relazionali tra gli Ordini, la Società e lo Stato.

Oggi, del resto, difendere i valori della Professione medica non vuol dire soltanto mirare al rafforzamento della importanza del suo ruolo, che lo Stato e la Società hanno legittimato e riconosciuto, ma capire anche che la Professione non è immutabile, ma che è condizionata dalle vicende culturali, scientifiche, politiche ed economiche della Società nella quale essa si esercita in un dato momento storico.

La storia degli Ordini dei medici, insieme “corpo professionale e ordinamento giuridico”, nei quali gli interessi di gruppo dovrebbero, almeno in parte, coincidere con quelli pubblici, se non vi fosse stata una ricorrente sovrapposizione, e confusione di ruoli, con i Sindacati e le Associazioni mediche, credo che in larga parte sia ancora da scrivere, anche se non mancano importanti contributi storiografici, o significativi studi sociologici.

Di certo vi è una cronica assenza di contributi dall'interno della categoria, pervasa da una diffusa indifferenza per il suo passato, e una separazione tra gli studi sui progressi delle conoscenze medico-scientifiche (storia della medicina), quelli sulle condizioni materiali nelle quali si è andata svolgendo la Professione (storia della Sanità) e quelli sui grandi eventi storico-politici, ed economici (storia dei popoli), che sono avvenuti nel nostro Paese. E anche se *“uomini e Governi non hanno mai imparato nulla dalla storia, né mai agito in base a principi da essa dedotti”* (Hegel), gli uomini, senza memoria del passato, sono condannati a ripeterlo.

Questo secolo era iniziato all'insegna delle luminose promesse di un progresso senza limiti, garantito dal positivismo.

Poi, ben presto, è stato costretto a fare i conti con quasi trent'anni di guerre, ha assistito al fallimento della avventura coloniale, alla scomparsa della aristocrazia terriera, all'avvento e alla caduta del fascismo, al passaggio dalla società contadina a quella industriale, alla trasformazione del salariato in consumatore, alla crescita delle classi intermedie, alla conflittualità delle categorie in sostituzione delle rivolte sociali ottocentesche, alla contestazione del '68, agli anni tragici del terrorismo, ai processi per corruzione della classe politica al potere, e infine alla influenza dei mercati internazionali sulla economia del nostro Paese.

Questi eventi, direttamente o indirettamente, hanno avuto ed hanno un peso rilevante nelle scelte di politica sanitaria e nel cambiamento intervenuto nei rapporti tra i medici e i cittadini.

E tuttavia la Istituzione ordinistica ha conservato immutata la configurazione, autonoma e statale insieme, voluta dal Governo Giolitti nel 1910 reiterata nel 1946, dopo la parentesi fascista e non più mutata nonostante le trasformazioni che sono avvenute nella stessa organizzazione sanitaria italiana: da una Sanità pubblica, avviata ma non compiuta dallo Stato liberale, all'impulso significativo dato dal Regime fascista alla medicina sociale, alla espansione delle mutue nel dopoguerra, alla istituzione del SSN nel 1978, al tentativo attuale di ridimensionare il welfare-state sotto la spinta delle difficoltà economiche e occupazionali.

L'unica "novità" di rilievo è costituita dal crescente aggravio burocratico, a costo zero, che lo Stato ha affidato agli Ordini dei medici e da una accentuazione della vigilanza, fino al controllo di merito, degli Organi tutori, sulla loro peraltro riaffermata autonomia.

E' nostra la responsabilità di non essere riusciti a sfruttare le opportunità che lo Stato liberale ci aveva offerto, con il riconoscimento e la legittimazione della "professione" del medico?

Oppure l'aver riconosciuto ai medici un ruolo tecnico "consultivo" subordinato alle decisioni politiche, e l'aver concesso agli Ordini solo un autogoverno "dimezzato" della professione, ha favorito il progressivo disimpegno, culturale e sociale, dei medici italiani e ne ha esaltato gli atteggiamenti rivendicativi?

E ancora, se è vero che il complesso delle conoscenze e delle abilità tecniche, i cui fondamenti sono codificati nella professione individuale del medico, non può surrogare le decisioni prese dal potere politico, in tema di salute, nell'interesse collettivo, quale può essere, se c'è, il ruolo di un moderno Ordine professionale nei rapporti tra Stato e cittadino?

Sono domande che attendono risposte, oltre che dalla Società civile e politica, anche da noi, perché il progressivo coinvolgimento delle professioni nel processo di integrazione europea

propone nuovi inquietanti interrogativi, sia sotto il profilo della creazione di nuove attività professionali, che sotto quello della struttura della organizzazione e della stessa legittimazione sociale di quelle tradizionali.

“Le professioni italiane possono considerarsi delle moderne corporazioni - ha scritto recentemente M. Malatesta - perché sono le uniche attività di tipo intellettuale a cui lo Stato riconosce la piena autonomia di gestione interna ed il potere di disciplina sul proprio corpo”.

Ciò per quanto riguarda la professione dei medici è vero solo in parte.

Il processo di legittimazione delle "professioni", avviato in Italia nel 1874 con la istituzione dell'Ordine degli Avvocati, votata da un Parlamento nel quale, giova ricordarlo, la maggior parte dei Deputati esercitava la professione forense, non guadagnò ai medici gli stessi spazi di autonomia e di "protezione" attribuite agli Avvocati trentasei anni prima.

La concezione accentratrice dello Stato, unita alla scarsa attenzione dei Governi liberali per la salute pubblica, nonostante le ripetute epidemie di colera che si ebbero nelle Province italiane tra la fine dell'800 e i primi anni di questo secolo, suggerì al Governo Crispi, nel 1888, una legge sulla organizzazione della igiene pubblica che affidava al Ministro dell'Interno e ai Sindaci il controllo delle misure da adottare e che riservava ai medici funzioni consultive e, anzi, sostanzialmente dipendenti, come dimostrano le minacce di multe in caso di "omessa denuncia" di una malattia infettiva.

Più tardi, solo il timore di perdere il controllo politico e sociale della popolazione indusse il Governo Giolitti a concedere agli Ordini dei medici la tenuta degli Albi per contrastare la piaga dilagante dell'abusivismo, ma li privò di qualsiasi strumento idoneo a controllarne l'accesso, e quanto al potere disciplinare esso si limitava all'esercizio della libera professione, fenomeno assai ristretto in una Società rurale, povera, nella quale il "mercato" della salute non poteva che essere modesto.

Quella legge sugli Ordini dei medici non doveva poi aver avuto una grande efficacia se, dopo soli dieci anni dalla sua promulgazione, la Federazione degli Ordini ne chiedeva la modifica, perché "inadeguata", e se in occasione del Congresso dei liberi-professionisti, nell'aprile del 1922, si votava, alla unanimità, un ordine del giorno nel quale si denunciava "il deplorabile abuso dell'esercizio della medicina che si compie impunemente da parte di ciarlatani ed impostori di ogni sorta".

E poiché lo Stato, nel corso degli anni, ha progressivamente ampliato il suo intervento diretto nell'economia e nella organizzazione sanitaria, di fatto gli Ordini dei medici sono divenuti sempre meno importanti nelle vicende relative alla salute dei cittadini italiani.

Per più di 80 anni i medici italiani hanno chiesto al Parlamento di modificare la legge ordinistica, ma soltanto il regime fascista venne incontro ai loro desideri.... sopprimendo gli Ordini.

In precedenza lo Stato liberale si era garantito anche il monopolio pubblico della formazione, attraverso Università, dotate di reale autonomia e totalmente svincolate dal destino professionale dei neo-laureati che producevano.

Il paradosso è che, da un lato, l'organizzazione sanitaria ha assunto sempre più le caratteristiche di una gestione statale, in regime di monopolio, mentre dall'altro lo stesso Stato ha rinunciato a programmare il numero dei neo-laureati destinati a quella stessa organizzazione contingentata.

E poiché tutti i medici erano (e sono) costretti ad iscriversi per legge, obbligatoriamente, all'Albo tenuto dagli Ordini, indipendentemente da uno status di occupazione o meno, si è diffusa la erronea convinzione che l'Ordine dei medici fosse una sorta di agenzia di collocamento, tenuta a garantire un posto di lavoro ad ognuno.

Il problema della "plethora medica" ha così assillato gli Ordini dei medici fino dalle origini, con aumenti significativi di iscritti alle Facoltà di medicina, nei periodi immediatamente susseguenti agli eventi bellici (prima e seconda guerra mondiale, guerra etiopica), e lieve riduzione nei periodi intervallari, ma con un improvviso incremento dopo la liberalizzazione dell'accesso alle Facoltà mediche dalla Scuola secondaria superiore.

La presenza di molti medici, disoccupati o sottoccupati, ha complicato la vita degli Ordini, percorsi da vivaci contrasti generazionali che, per la loro composizione, hanno richiesto continui adeguamenti contrattuali e sindacali (in assenza di altri interventi strutturali) nel disinteresse della Pubblica Amministrazione e delle Università.

Ma a favorire la progressiva "sindacalizzazione" degli Ordini, e la difesa prevalente degli interessi degli iscritti, piuttosto che la assunzione di responsabilità diretta nel garantire l'efficacia e l'efficienza dei servizi nel loro complesso, ha anche contribuito il mancato coinvolgimento degli Ordini dei medici nelle scelte di politica sanitaria. Perfino la normativa sulla composizione delle Commissioni esaminatrici, per l'abilitazione alla professione di medico chirurgo, che dovrebbe avere per legge "carattere specificamente professionale" e accertare "l'effettivo idoneo esercizio della professione" di ogni candidato, non prevede alcun rappresentante degli Ordini dei medici.

Una esclusione, ingiustificata, che non si riscontra in nessuna delle Commissioni esaminatrici per l'abilitazione alla professione di Farmacista, Ingegnere, Architetto, Agronomo, Veterinario, Perito forestale e di Dottore in economia e commercio, per le quali è prevista la presenza di "professionisti iscritti all'Albo" con non meno di 15 anni "di lodevole esercizio professionale".

Se da un lato la formazione individualista di base non favorisce nel medico la acquisizione di una cultura sociale più vasta, i progressi delle conoscenze tecnico-scientifiche e le opportunità offerte dalle tecnologie avanzate alle varie discipline specialistiche, ne hanno, dall'altro, ulteriormente ristretto gli orizzonti, confinandolo ad una attenzione privilegiata agli aspetti "tecnici" della professione, e all'orgoglio per i successi di settore.

Ogni disciplina, nel processo di progressiva frammentazione delle competenze specialistiche, e ogni comparto sanitario, in relazione alle controparti (Mutue, Amministrazioni ospedaliere, USL, Regioni, Agenzie sanitarie) che si sono succedute sulla scena in questi anni, ha assunto strategie rivendicative, settoriali, e spesso contrapposte, nei contratti e nelle convenzioni, per la conquista della migliore remunerazione, ma con una particolare attenzione al mantenimento di uno spazio libero-professionale per tutti.

La politica sociale del fascismo, caratterizzata da una forte accentuazione del peso dello Stato nella economia e nella sanità pubblica, soprattutto negli anni tra il 1929 e il 1936, ampliò le occasioni occupazionali dei medici, ma, insieme, coerentemente con la sua ideologia, attribuì a Sindacati, voluti e creati dal Regime, le funzioni che erano degli Ordini.

A suo modo il fascismo risolse così “la possibilità di interferenze, tra le attribuzioni degli Ordini professionali e quelle dei Sindacati, eliminando ogni superflua duplicità”: si trattava naturalmente di Sindacati di regime, nei quali “la visione dei doveri [era] precisa, e le battaglie per la tutela dei diritti [erano ridotte] a ben poca cosa”, come scriveva, su “Federazione Medica”, il Segretario nazionale del Direttorio, On. Prof. Morelli.

Con questa manovra il Regime assoggettò i medici ad un rigido controllo del Partito e delle Autorità dello Stato, affinché si muovessero come “un esercito ordinato in battaglia”, né forse per la maggior parte di essi la perdita di autogoverno della categoria fu un evento vissuto con molto rimpianto.

Infatti di fronte agli episodi di violenza politica, che si verificarono in quegli anni in molte città italiane, i medici riaffermarono ufficialmente che “nell’adempimento dei loro sacri doveri professionali si [mantenevano] sempre al di sopra di ogni competizione di parte”, come recita un O.d.G. votato all’unanimità dal Consiglio dell’Ordine in una città del Centro Italia.

Del resto l’azione dell’Ovra, la Polizia politica istituita per la repressione dell’antifascismo, e le sentenze di condanna del Tribunale Speciale per la difesa dello Stato, non lasciavano molto spazio per opporsi al Regime se non si fosse scelta la via della clandestinità e del fuoriuscitismo politico.

Era sufficiente infatti una ammonizione per essere sospeso dal Sindacato, e se il Direttorio non prendeva provvedimenti, o tardava ed esplicitarli, ci pensava il Prefetto a renderli rapidamente esecutivi e si era radiati dagli Albi anche se si fosse svolta “una pubblica attività contraria agli interessi della Nazione”: lo stesso provvedimento che nel 1939 colpirà molti medici ebrei, in virtù delle leggi razziali.

Nel 1932 “i maestri della scienza”, rappresentanti dei massimi Organi del Regime, entrano a far parte del Direttorio del Sindacato fascista dei medici.

Essi hanno già promesso con entusiasmo che accultureranno i medici per “creare le falangi animose ed esperte di professionisti [che] poi si serreranno sotto i segni del littorio”.

Vercesi, Rettore a Sassari, l’igienista e accademico d’Italia De Blasi, la medaglia d’oro Paolucci, chirurgo e Presidente della Federazione italiana contro la TBC, vi rappresentano l’Università.

Il Senatore del Regno Bastianelli, chirurgo, rappresenta i liberi professionisti, il Senatore Versari, anatomico a Roma, l’Opera nazionale Balilla; il pediatra Valagussa, l’Opera maternità e infanzia; l’ortopedico di Bologna, Serra, i medici dello sport, mentre Serono sarà delegato allo studio delle specialità mediche.

Ormai l’intreccio tra Partito, Scienza medica, Sindacato ed Enti del Regime è totale. Nel 1934 il Comitato corporativo centrale istituisce le Corporazioni, composte di 823 membri, attraverso le quali si inquadra l’intera attività della Nazione e quando nel 1935 vengono soppressi gli Ordini professionali dei sanitari non è che una pura formalità, perché essi erano ormai morti da tempo.

Gli anni dal 1946 ad oggi, sia pure schematicamente, possono essere distinti in tre periodi.

Il primo, dagli anni ’50 agli anni ’70, della ricostruzione post-bellica, vede il progressivo ampliamento degli Enti mutuo-previdenziali, ereditati dal fascismo e, nel 1968, la riforma ospedaliera, che trasformerà gli ospedali italiani in Enti pubblici, soggetti alla programmazione e ordinati e classificati in categorie secondo la loro importanza.

Nel 1974, con la Legge 349, si obbligheranno gli Enti mutualistici ad un unico contratto con i medici e sarà attuato il disposto costituzionale che affidava per la prima volta alle Regioni le competenze in materia di assistenza sanitaria.

Il secondo periodo, dal 1978 agli anni '90, corrisponde alla istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, espressione della politica keynesiana di welfare-state, e all'enfasi posta sul diritto di tutti alla salute-benessere e alla gratuità delle prestazioni.

La constatazione che lo Stato è sempre meno in grado di soddisfare la domanda crescente di prestazioni sanitarie a causa di una cronica inefficienza della Pubblica Amministrazione, della inversione della piramide demografica, delle trasformazioni della famiglia, delle immigrazioni dall'Africa e dall'Est europeo, e dei costi crescenti della tecnologia più sofisticata e dei cambiamenti epidemiologici delle malattie, pare suggerire il ripiegamento verso uno Stato "leggero" deputato a coordinare, programmare e controllare i servizi più che a gestirli: è il terzo periodo, quello che stiamo vivendo, iniziato nel 1973 con la Legge 517, e i cui sbocchi sono ancora imprevedibili.

I primi due periodi sono legati tra loro, e con il passato, da due analogie: la immagine storica che i medici continuano ad avere di se stessi e il massiccio intervento della politica e dello Stato nella gestione e nella organizzazione sanitaria del nostro Paese, ispirato al totale disinteresse nei confronti dei sanitari.

“Il medico si opporrà ad ogni influenza estranea che possa limitare la sua azione nella tutela della salute dell'individuo - scrive, nel 1952, il Vice Presidente della Federazione Bonomo - e ripudierà ogni allettamento estraneo alla purezza del suo compito”.

In quegli anni di sconvolgimenti economici e sociali, e di aspre battaglie politiche, ingaggiate dai Partiti per la conquista del potere, e per la difficile costruzione di uno Stato democratico, il richiamo alla “purezza” dei compiti del medico, appare oggi poco più che la ingenua evocazione di un mondo di favole.

Eppure, due anni più tardi, il Prof. Frugoni, Presidente della Commissione incaricata di redigere un progetto di norme per la classe medica italiana, non definirà il giuramento di Ippocrate “un inno di spiritualità e di perfezione morale”, invocando l'opera di Scribonio Largo, anticipatrice, nel I sec. d.C., della Croce Rossa Internazionale, la “preghiera del medico” di Maimonide del XII sec., il decalogo, del 1595, della Facoltà di medicina di Parigi, e il giuramento di Ginevra del 1948, a sostegno di una professione medica a “contenuto essenzialmente etico e sentimentale”?

E mentre illustri clinici si baloccano con Scribonio e Maimonide lo Stato accentua progressivamente la sua presenza nella Sanità senza i medici.

Era stato dunque buon profeta il Segretario del Sindacato medico fascista quando, nel 1932, aveva scritto che *“la classe sanitaria si avvia quasi senza avvedersene alla medicina sociale (...) Le Assicurazioni sociali vanno sempre più diffondendosi: verrà il giorno in cui l'Assicurazione contro tutte le malattie si imporrà”.*

L'eredità del fascismo verrà infatti raccolta interamente dai Governi del dopoguerra e gli Enti mutualistici e previdenziali, divenuti feudi clientelari del sottogoverno, amplieranno la loro area di influenza su quasi tutte le categorie dei cittadini, sia pure con trattamenti diversi tra una Mutua e l'altra.

Alcune Mutue sono ad Albo chiuso, riservate cioè ad un fiduciariato di medici selezionati, mentre altre sono aperte a tutti i medici, poco dopo la laurea; alcuni statuti prevedono la concessione gratuita di un numero limitato di farmaci, e di accertamenti, e un controllo frequente sulla durata delle degenze ospedaliere, ma insieme dispongono anche di ambulatori specialistici a gestione diretta; le modalità di assistenza a volte sono dirette, altre volte indirette (a rimborso, parziale, delle spese sostenute in proprio dai cittadini), ma in alcuni casi la gratuità è limitata alle sole visite ambulatoriali; il numero degli assistibili in carico al singolo medico è limitato, o meno, ad un massimale; e infine, nelle Mutue ad Albo aperto, tutti i medici, almeno nei primi anni, possono ottenere la convenzione.

Primari, Aiuti e Assistenti ospedalieri (questi ultimi spesso neanche retribuiti per il lavoro svolto in corsia), specialisti, e medici generici, operano così per le Mutue senza alcuna distinzione, e senza limiti di assistibili.

Ci vorranno gli anni '70 prima che l'assistenza di base venga delimitata nei suoi confini e si definiscano le incompatibilità di esercizio con coloro che operavano in altri settori.

Solo i medici condotti, grandi elettori locali, e forti di una storia gloriosa di sacrifici e di abnegazione alle spalle, godono di un trattamento privilegiato: oltre allo stipendio del Comune, per sorvegliare l'igiene locale e assicurare l'assistenza ai poveri, viene loro riconosciuto anche il diritto a una "dote", garantita, di assistiti dall'INAM.

La assistenza mutualistica italiana era dominata dall'INAM, che era l'Ente più importante, ma nessuna categoria di cittadini voleva rinunciare ad una qualche copertura assicurativa e ad una propria Cassa mutua.

Oltre all'INAM, che assisteva i lavoratori dell'industria, e più tardi anche i braccianti agricoli, i dipendenti degli Enti locali avevano a disposizione l'INADEL, quelli del Parastato erano assistiti dall'ENPDEP, mentre l'ENPAS garantiva l'assistenza ai dipendenti statali.

A queste si aggiungevano l'ENEL, per i lavoratori del settore della energia elettrica, l'ENPALS per gli addetti allo spettacolo, e infine le Mutue degli artigiani, dei commercianti e dei coltivatori diretti.

Vi erano anche piccole e medie Mutue aziendali come quella della FIAT (più tardi confluita nell'INAM), e della TETI, per gli addetti ai servizi telefonici, mentre i Dirigenti di Azienda e i Giornalisti, tra gli altri, godono del privilegio di ricche Casse mutue integrative.

Non può stupire, dunque, se la storia di quegli anni è costellata di trattative lunghe ed estenuanti, di rapporti e intese politiche, di "magnifiche" giornate di agitazione, e di una intensa attività svolta dalla Federazione, insieme al Sindacato nazionale, nei confronti delle Mutue.

L'interlocutore privilegiato è l'INAM sia perché ha il maggior numero di assistiti e sia perché gli istituti normativi ed economici, previsti nei contratti con questo Ente, rappresentano un punto di riferimento per le altre Mutue che, tuttavia, troveranno la opposizione dei medici nel raggiungimento di quei traguardi.

Se ne accorgeranno presto i Dirigenti della Mutua coltivatori diretti.

Era questa una categoria di piccoli proprietari terrieri, nati con la riforma agraria del latifondo, ed egemonizzata dalla Democrazia Cristiana, che vi raccoglieva un ampio consenso elettorale.

Il numeroso gruppo di Parlamentari DC eletti dai coltivatori diretti avevano fatto votare una legge che estendeva alla categoria la copertura del rischio di malattia, come quella di cui godevano gli assistiti dell'INAM, senza peraltro un adeguato finanziamento, né pubblico né dei destinatari.

“Arbitrariamente - si scrisse allora - [si è posto] a carico dei medici, ed esclusivamente dei medici, l'onere che derivava da quella legge”.

Nel 1955 la Cassa mutua coltivatori diretti offriva compensi capitari annui di lire 250 per ogni assistito, (quando l'INAM nel 1953 retribuiva ogni visita ambulatoriale lire 183 e 367 le visite domiciliari) e si promuovevano aste pubbliche per la assunzione di medici fiduciari da assegnare alla offerta più bassa e con la riserva "di ripetere il concorso in caso di offerte di pari valore"!

Dalle cronache di quegli anni si apprende che i Dirigenti della Federazione rifiutarono sdegnosamente proposte così offensive per il decoro e la dignità dei medici. Un Presidente di Ordine giunse a dichiarare spregiativamente che "i coltivatori diretti non erano che un impasto di terriccio e m....".

Ma la dirigenza dei coltivatori diretti non si dette per vinta, forte come era dell'appoggio di un potente partito politico.

Alle "subdole lusinghe" si alternarono "altezzose minacce" e in alcune Province si richiese l'intervento dei Prefetti per far rispettare la legge; il Presidente dell'Ordine di Avellino fu sospeso da ogni attività politica dalla Segreteria della DC, per aver "difeso l'onore e la dignità dei medici irpini" contro le iniquità della legge, mentre alcuni Parlamentari della DC interrogavano i Ministri dell'Interno e del Lavoro, e l'Alto Commissario per l'igiene e la sanità, per sapere quali provvedimenti intendessero prendere nei confronti dell'Ordine dei Medici di Roma, colpevole di aver sospeso due medici che avevano accettato un impiego alla cassa mutua di Velletri e assistendone gli iscritti.

La vicenda della Mutua coltivatori diretti appare emblematica da una parte della arroganza politica di un gruppo di grandi elettori e dall'altra di un assoluto e intransigente rifiuto ad ogni convenzione, che non prevedesse il rispetto della tariffa minima e l'assistenza indiretta, da parte dei dirigenti medici.

I medici erano preoccupati che la estensione della convenzione dell'INAM ai coltivatori diretti, non soltanto rappresentasse una sconfitta per gli Ordini dei medici, ma anche "la fine della libera professione e il declassamento della attività medica con il pregiudizio della salute pubblica e del progresso scientifico della medicina" come si legge in un comunicato della Federazione dell'agosto 1955.

A parte l'INAM, il cui ruolo era socialmente incontestabile, le altre Mutue, per numero di iscritti e per limitatezza di benefici concessi ai loro associati, non rappresentavano infatti un pericolo per il mantenimento della libera professione.

Del resto, si argomentava da parte della Federazione, una buona percentuale di coltivatori diretti non poteva "essere considerata economicamente debole" e quindi non si giustificava la concessione dello stesso trattamento di riguardo concesso ai braccianti e agli operai.

Da un lungo articolo, a firma del Presidente dell'Ordine di Torino, comparso nel 1955 su Federazione Medica, dal titolo "necessità di rinnovamento", si evince quale fosse l'atteggiamento dei medici nei confronti delle Mutue.

I “tradizionalisti” - scriveva - hanno il problema di “conservare alla professione tutte le sue caratteristiche liberali ed individuali, non respingono il fenomeno Mutua ma ritengono che esso debba adattarsi alla professione medica, e non l’inverso”, i “possibilisti” ritengono “utopistico immaginare che le Assicurazioni sociali possano adattarsi alla medicina pratica tradizionale onde non resta che adattare questa a quella mirando a salvare (...) l’indipendenza professionale e la posizione morale e materiale del medico”, e infine gli “incerti”, i più numerosi, “oscillano tra l’una e l’altra tendenza, a seconda delle particolari situazioni locali, del momento, e soprattutto degli interessi personali immanenti, o ritenuti tali”.

Non ci pare, che oggi a distanza di quarant’anni, e pur con le dovute distinzioni relative ai diversi momenti della storia, siano molto cambiati gli atteggiamenti dei medici italiani.

Del resto se persistono tra i medici paradigmi di riferimento, più sindacali che professionali, non deve destare meraviglia dal momento che la stessa progressiva mutualizzazione dell’assistenza sanitaria ha lasciato in eredità interessi discordanti di categoria, di ambiente e di posizione professionale, e quindi contrasti tra i medici appartenenti ai vari settori.

Il percorso ideologico e culturale compiuto in questi anni, e conclusosi provvisoriamente, con la istituzione del SSN, ispirato ad una filosofia contestatrice del potere dei medici, ha stimolato atteggiamenti più difensivi che collaborativi, più economicamente rivendicativi che professionali, più individualistici che sociali.

E’ vero che il SSN doveva ricomporre la frammentazione, e le disuguaglianze di assistenza, provocate dalle Mutue, ma non vi è riuscito.

La riforma sanitaria è stata ospedalocentrica, mentre esaltava a parole il territorio, burocratizzata a dispetto di una vantata partecipazione dei cittadini, e occupata, ancora una volta, dai Partiti politici nel più totale disinteresse del ruolo dei tecnici, il cui temuto potere corporativo si è cercato di esorcizzare definendoli "operatori sanitari" piuttosto che medici.

Essa voleva privilegiare la prevenzione e la riabilitazione e invece ha favorito la tendenza ad un utilizzo più accentuato della medicina specialistica e dei servizi ad alta tecnologia, incoraggiando il ricorso alle visite mediche, agli accertamenti e ai ricoveri ospedalieri.

In questo contesto merita soffermarsi brevemente sulla storia degli Ordini dal 1946 ad oggi.

Reduci da anni di guerra, o di prigionia, dalla clandestinità partigiana o dalla militanza nella RSI, i medici italiani tornarono a votare, la prima volta, per il rinnovo dei Consigli degli Ordini nel 1950. La guerra era finita da cinque anni e quelle elezioni, rileva la stampa di categoria, si svolsero “sotto il segno della generale indifferenza” e con un percentuale di votanti che si aggirava intorno al 30 per cento degli iscritti agli Albi.

Ma nelle elezioni degli anni successivi la classe medica partecipò alle consultazioni elettorali con l’ottanta per cento degli iscritti, e in alcune Province si superò anche questa alta percentuale.

Il motivo di tanto interesse per l’Ordine non era tanto da ricercarsi in un improvviso risveglio della coscienza professionale, quanto piuttosto perché si erano ricostituiti rapidamente i Sindacati di categoria che miravano a conquistare il maggior numero di seggi nei Consigli degli Ordini, allo scopo di far prevalere i propri programmi sindacali.

“Lo sfondo - scrisse Palenzona Presidente di Torino - era dominato dalla progressiva mutualizzazione dell’assistenza medica” e la Federazione degli Ordini era l’organizzazione che svolgeva un ruolo attivo nelle trattative con le Mutue.

Del resto nel 1952 il Comitato Centrale della Federazione degli Ordini aveva rivendicato con forza un ruolo attivo nella stipula dei contratti collettivi di lavoro, sia perché rappresentava anche "la notevole parte di medici non aderenti ad alcun Sindacato" e sia perché aveva "propria autonoma personalità (...) e la piena conoscenza dei problemi" attraverso "la preventiva interpellanza degli Ordini provinciali”.

Inizia in quegli anni il braccio di ferro tra Ordini e Sindacati, per la rivendicazione della titolarità nelle trattative con le Mutue, che si concluderà nel 1963, con la definitiva estromissione della Federazione, relegata a valutare i contenuti economici e normativi degli accordi, sulla base della loro compatibilità con gli aspetti deontologici della professione.

La storia dei rapporti tra la Federazione degli Ordini, e i Sindacati maggiori di categoria, sempre più impegnati ad occuparli, è in buona parte da scrivere.

Nel 1952 sul “Policlinico” alla vigilia delle elezioni per il rinnovo della Federazione compare un articolo, a firma Aristarco, che lamenta “Un aspro cimento con tre liste in lizza”, delle quali sono noti i nomi dei candidati e “non i programmi”.

La risposta di F. Mirabella, su Federazione Medica non si fa attendere: “di programmi e propositi siamo sazi” e ai candidati chiediamo “attività, dedizione, purezza di intenti, difesa ad oltranza degli interessi dei medici e della medicina italiana” con la promessa di affiancarli compatti nella lotta per la tutela della nostra classe che minaccia di andare in rovina”. E auspica che vi sia “una lista unica che sia veramente l’espressione unanime del volere della classe” e “una solenne conferma della unità della classe medica italiana”.

Il richiamo alla unità della classe medica, e l’esaltazione della sua compattezza, sarà un leit motiv ricorrente caro alla stampa medica e ai relatori ufficiali, in ogni occasione, ma la realtà si incaricherà di smentirlo sistematicamente.

Da un comunicato riassuntivo delle riunioni che, negli ultimi mesi dello stesso anno, si sono tenute tra il Comitato Centrale della FNOMM, presieduto dal Prof. Chiarolanza, e quello del Sindacato nazionale medici, diretto dal Dr. C. Prandi, traspare, ad esempio, che si stia ricercando un accordo non facile tra le due Associazioni.

I temi protagonisti di questa storia tormentata dei rapporti tra Ordini e Sindacati giungono fino ai nostri giorni.

La stampa di categoria in questi anni ha offerto con evidenza i contrasti, le sovrapposizioni, gli accordi, le intese e gli istituti di collaborazione che via via sono stati istituiti tra i dirigenti dei due organismi.

Perfino il linguaggio usato in quegli accordi rivela estrema prudenza e sospetto, per cui si privilegia la formula "di intesa", più rispettosa delle rispettive autonomie, piuttosto che quella del "congiuntamente" troppo compromettente e impegnativa.

Ma l’esito finale del contrasto è stato quello della vittoria dei Sindacati medici, che hanno finito con l’occupare le principali cariche ordinistiche provinciali e nazionali, facendo perdere agli Ordini ogni possibilità di recuperare ruolo e significato autonomo in difesa dei cittadini.

Probabilmente non vi era altra alternativa, in questa fase della storia della nostra Professione, ma ciò non significa che non si possa, e non si debba, ripensare criticamente alla esperienza vissuta fin qui. Del resto anche il rapporto tra medici e politica, quale indicatore della ambiguità dei rapporti tra le professioni e lo Stato merita qualche riflessione.

Dalla fine dell'800 agli anni '30 - ha osservato L. Musella nella Storia d'Italia Einaudi, Annali 10 - ha dominato il professionista come notabile, al centro di una rete parentale, di amicizia e di identità socio-culturale, che rappresenta la base per la formazione del consenso.

Tale situazione subirà scarse modifiche, nel corso dei successivi anni quaranta e cinquanta, nonostante il suffragio universale e la formazione dei Partiti di massa.

Il passaggio da vecchie a nuove forme clientelari in Italia si è avuto nel corso degli anni '60 e si è rafforzato negli anni '70 e '80, quando ai notabili subentrarono coloro che controllavano le strutture del Partito e potevano scambiare favori con voti, attraverso la distribuzione delle risorse pubbliche a livello locale, regionale e nazionale.

Fu quello il momento nel quale i professionisti divennero subalterni ai politici di professione, anche se non mancarono professionisti che si fecero aiutare dalla politica per una carriera di successo.

"Il professionista - ha scritto Musella - ha avuto una sua specifica funzione all'interno del sistema politico fin quando, grazie alla professione e al prestigio acquisito all'interno della Società civile, è stato in grado di fornire autonomamente un proprio elettorato". Poi è divenuto strumento e non più protagonista.

Sbrigativi giudizi su base meramente economicistica, tentano oggi di omologare le professioni alle imprese, mentre l'euforia neoliberista, proveniente dal mondo anglosassone, anche se non senza riserve di molti, rischia di condurre rapidamente alla "negazione del sociale", immolato sull'altare della riscoperta delle virtù del libero mercato.

Se appare suggestiva la tesi che la causa principale della deresponsabilizzazione dei medici italiani nei confronti della Sanità sia da ricercarsi nel governo dimezzato della Professione concesso dallo Stato liberale prima, e da quello democratico poi, agli Ordini dei medici, è evidente che non è più tempo per noi di indugi e di ambiguità.

Il superamento della contrapposizione tra Stato e mercato in vista di soluzioni, meno rigide che in passato, per i programmi sociali e sanitari del futuro, reclama che i medici comprendano che non è più tempo di subire, come un male necessario, il garantismo di uno Stato forte, per consolarsi poi con il libero giuoco delle rivendicazioni delle esigenze individualistiche dell'ammalato e del medico.

RODERICUS RIVINUS
Philos. ac Medic. Doct. per Eborac
hanc notissimus.

MEDICUS POLITICUS.

Sive

DE OFFICIIS MEDICO-POLITICIS TRA-

ctatus, quatuor distinctis Libris:

IN QUIBUS NON SOLVM BONORVM MEDI-
corum mores ac virtutes exprimuntur, malorum vero fraudes & impostura
deteguntur: verum etiam pleraq; alia circa novum hoc argumentum multa
atq; incunda exactissime proponuntur.

OPVS ADMODVM VFLE MEDICIS, EGROTIS,
agrotorum assistentibus, & cunctis aliis litterarum, atque adeo po-
liticæ disciplinæ cultoribus.

CVM DVPLICI INDICE, VNO CAPITVM:
altero rerum præcipuarum.



ANNO

cl. l. C. XIV.

HAMBURGI.
Ex Bibliopolio FROBENIANO.

PIETRO DONA
BIBLIOTECA
MUSEO
L. 1011

UN ORDINE PROFESSIONALE PER IL FUTURO

Aldo Pagni

Presidente della FNOMCeO (1996)



“[...] Non è cosa più difficile a trattare, né più dubia a riuscire, né più pericolosa a maneggiare, che farsi capo a introdurre nuovi ordini; perché lo introduttore ha per nimici tutti quelli che degli ordini vecchi fanno bene, e ha tepidi difensori tutti quelli che degli ordini nuovi farebbono bene. La quale tepidezza nasce, parte per paura degli avversari, che hanno le leggi dal canto loro, parte dalla incredulità degli uomini, li quali non credano in verità le cose nuove, se non veggano nata una ferma esperienza [...]”. (N. Machiavelli – Il Principe)

“Essendo la medicina un compendio degli errori successivi e contraddittori dei medici, appellandosi ai migliori di essi si hanno ottime probabilità di imparare una verità che sarà riconosciuta falsa qualche anno dopo. Di modo che credere alla medicina sarebbe la suprema follia, se non crederci non ne fosse una anche più grande, giacché da questo cumulo di errori si sono sprigionate, alla lunga, alcune verità”. (M. Proust)

1. Un welfare-state in difficoltà

La “riscoperta” del valore del mercato, e della concorrenza, che permea la società attuale, dopo anni di enfasi statalistica, non può essere senza conseguenze sulla organizzazione sanitaria del nostro paese.

E infatti il principio della libera scelta del cittadino del luogo di cura e del professionista al quale affidare la propria salute, e la affermazione della migliore qualità delle prestazioni derivante dalla competizione tra pubblico e privato, tra pubblico e pubblico, e tra privati, sono i concetti ispiratori di fondo delle principali leggi che, dal 1992 ad oggi, sono state promulgate per la organizzazione sanitaria del nostro paese.

Leggi poco armonizzate con i principi di universalità, globalità e solidarietà, sui quali si basa (o si basava?) la nostra sanità, alle quali tuttavia un numero sempre maggiore di cittadini, e non pochi medici, guardano con favore ritenendole gli uni un indispensabile rimedio contro le delusioni dell’assistenzialismo di Stato, e gli altri un antidoto alla sistematica mortificazione della professione del medico.

Giova peraltro ricordare che le leggi di riforma degli anni ’80 si erano realizzate in anni di espansione economica e occupazionale, e che oggi le sfide poste dalla globalizzazione dei mercati mondiali suggeriscono a tutti i paesi europei di adottare nel medio periodo politiche economiche pubbliche restrittive nei confronti del welfare-state, con effetti dirompenti nella società. Del resto non si deve dimenticare che lo stato assistenziale è il frutto di una serie di eventi storici, compiuti nell’arco di due secoli nei paesi industrializzati dell’occidente, per difenderne la stabilità sociale e politica, attraverso la offerta di modalità alternative di protezione sociale, dalle rivendicazioni crescenti dei movimenti operai.

Sono molte le cause della crisi del welfare-state:

1. L’aumento delle aspettative di sicurezza e di benessere da parte dei cittadini in condizioni di democrazia.

2. La lievitazione del costo delle cure e la espansione dell'offerta sanitaria, resa possibile dai progressi della tecnologia diagnostica e della farmacologia.
3. L'aumento delle malattie croniche.
4. Le modificazioni demografiche (bassa natalità, aumento degli anziani, crisi della famiglia tradizionale, immigrazioni ecc.).
5. L'esigenza di non gravare i processi produttivi di ulteriori imposte al fine di rendere competitive le nostre aziende sui mercati internazionali.

2. La libertà professionale tra stato e mercato

Si voglia o no, la professione del medico, più di altre, è fortemente influenzata dalle scelte politiche sui livelli di assistenza concedibili e dalla destinazione di risorse per la sanità, decise dal Parlamento e dal Governo, senza alcuna consultazione con i medici.

Ormai da anni, in Italia, si governa la sanità con le leggi finanziarie annuali, in assenza di una qualsiasi coerenza tra risorse impiegate e obiettivi di salute definiti.

E tuttavia i nostri indicatori di salute sono tra i migliori, nel raffronto internazionale con gli altri paesi più industrializzati, e ottenuti con costi inferiori.

Nel nostro paese infatti la spesa pubblica per la salute, dal 1991 ad oggi, è passata dal 6,5 al 5,3% del prodotto interno lordo, e in valori assoluti dai 95.503 miliardi del 1992 ai 94.130 miliardi del 1995, mentre la spesa sostenuta dai privati ha rappresentato il 3,2% del PIL.

Nonostante questi dati pare si abbia intenzione di sottrarre altre risorse alla sanità per il risanamento della finanza pubblica, o per altre destinazioni, nei prossimi mesi.

Ma se è vero che l'attuale dinamica dei conti pubblici richiede in ogni caso una riduzione della spesa corrente, essa dovrà essere raggiunta prevalentemente con l'aumento della efficienza e non già con il taglio dei servizi sanitari pubblici, se non si vuole correre il rischio di intollerabili tensioni sociali.

Qualsiasi progetto di Governo dovrebbe avere come obiettivo l'aumento della efficienza della amministrazione pubblica, sia in termini di produzione per addetto che in termini di qualità della produzione, e non solo con piccoli mutamenti organizzativi.

Appare indispensabile procedere ad almeno tre modificazioni radicali:

1. Una organizzazione «in rete» dei servizi utilizzando l'informatica secondo modelli dinamici e flessibili, per renderli più funzionali, efficaci ed efficienti.
2. Modificazioni organizzative dell'apparato burocratico e delle rigide gerarchie che lo caratterizzano, per rispondere alle esigenze dei cittadini, e un nuovo assetto territoriale dei servizi.
3. Una trasformazione della immobilità garantista, mal retribuita, che caratterizza il pubblico impiego.

Tali modificazioni non sono raggiungibili senza il coinvolgimento degli attori, e soprattutto la fattiva e responsabile partecipazione dei medici, per la realizzazione di un progetto non facile.

Non si può ignorare che i costi crescenti della diagnostica e delle cure impediranno ad una quota crescente di popolazione, e non solo ai 7 milioni di poveri (10,6% delle famiglie italiane, delle quali il 68% al Sud, secondo gli ultimi dati ISTAT), di accedere a quelle prestazioni pagando di tasca propria.

La soluzione, proposta da più parti, di dare maggiore spazio a meccanismi competitivi di mercato, nell'ambito della sanità, riducendo l'intervento dello Stato a compiti sempre più residuali, attraverso il *razionamento dell'offerta* e la dissuasione della domanda (tempo perdu-

to, percorsi ad ostacoli burocratici, liste di attesa, ticket e compartecipazioni), non può sortire altro risultato che quello di liquidare progressivamente il servizio pubblico, riservandolo ai poveri.

Aumenta infatti il numero di coloro che rinunciano a fruire dell'assistenza pubblica, e ritengono insopportabile l'onere fiscale richiesto per prestazioni che non ottengono.

Cresce tra i cittadini la sfiducia nelle strutture pubbliche, e la insofferenza per una solidarietà della quale comprendono sempre meno le ragioni.

Certamente la spesa crescente per la salute o è mediata dallo Stato o dalle assicurazioni private, o da altre agenzie sanitarie, capaci di fornire un'ampia gamma di prestazioni, ma non ci si illuda che se lo Stato mortifica la professione medica, il privato, nelle più varie forme, sia di vedute più larghe e non voglia sottoporla a vincoli, ancor più rigidi, e controlli in vista delle aspettative di profitto.

3. I "quasi mercati"

Consapevoli dei rischi della introduzione delle regole del mercato in sanità, alcuni esperti propongono che piuttosto che "mercatizzare la società" si "socializzi" il mercato, subordinandolo al bisogno, e non questo a quello, con la introduzione del concetto del "quasi mercato".

Si propongono quindi "meccanismi allocativi - organizzativi che consentano di mantenere, e anche accrescere, il carattere sociale della distribuzione, mercatizzando la produzione".

Tali meccanismi avrebbero *natura di mercato* perché sostituirebbero "a erogatori monopolistici di prestazioni pubbliche una pluralità competitiva di soggetti autonomi", e di *quasi mercati* perché differenti sul piano dell'offerta e della domanda.

Dalle scelte del passato per una *demercificazione* delle prestazioni sanitarie, si passerebbe ad un processo di *rimonetizzazione* delle stesse restituendo responsabilità e potere di acquisto, in termini monetari, al consumatore.

È in questa prospettiva che si iscrivono le diverse proposte sul versante dell'offerta e della domanda, o di uno stanziamento di bilancio vincolato per il cittadino, o di "buoni" per acquistare specifici servizi offerti dall'utente, o della creazione di un'agenzia pubblica incaricata delle funzioni di acquisto, e del fundholding come quello affidato al medico generale inglese, e di altre.

Questi tentativi di superare la crisi del welfare-state costituiscono la materia di un dibattito presente nella società, al quale non possiamo continuare ad assistere da spettatori passivi e senza intervenire.

Ma l'intervento non può essere di puro e sdegnoso rifiuto, in assenza di una qualsivoglia proposta alternativa che, preso atto della realtà, suggerisca possibili soluzioni.

I medici italiani sono convinti sostenitori di una sanità come funzione pubblica da non delegare a nessuno, entro la quale il privato può avere un ruolo integrativo essenziale, e sono disposti a collaborare al progetto.

4. La professione del medico oggi

È indubbio che siamo di fronte ad una crisi *della* medicina, e *nella* medicina, le cui ragioni sarebbe troppo lungo analizzare in questa sede.

Il paradosso è che mai, nella storia dell'uomo, *le possibilità diagnostiche e terapeutiche* dei medici avevano raggiunto i successi odierni e purtuttavia mai la medicina era stata criticata e aggredita come oggi, e accusata di essere troppo costosa e disumanizzante.

Lo stesso ricorso di un numero crescente di cittadini alle *medicine alternative* è espressione di sfiducia e di un rifiuto della medicina scientifica e del suo potere, oltre ad essere conseguenza della *pletora medica* e della ricerca di sbocchi occupazionali da parte di giovani laureati privi di prospettive.

Ma in crisi è anche il *modello autoritario*, e precettivo, del medico ippocratico, tradizionalmente attento al “bene del paziente”, sempre più contestato in nome della autonomia dello stesso e del diritto al consenso informato per le decisioni assunte dal medico, mentre la *Magistratura* da tempo ha abbandonato ogni atteggiamento di “comprensione” nei confronti delle difficoltà del medico, e dei suoi errori, veri o presunti, fin quasi a richiedere obbligazione di risultati, oltre che di mezzi, alle sue azioni, ma soprattutto il rispetto del consenso informato del malato.

Né possiamo dimenticare che la «protezione» della professione, accordataci dallo Stato per combattere l’abusivismo nell’interesse dei cittadini, viene oggi rimessa in discussione dall’*Antitrust*.

Abolizione degli Ordini e degli Albi professionali, soppressione degli esami di abilitazione, rifiuto della tariffa minima delle prestazioni, e incoraggiamento delle società di professionisti e di offerte forfetarie, sono questi i temi cari al Garante per rendere possibile la competizione delle offerte nel mercato della salute, liberandola dagli ostacoli rappresentati dal “monopolio professionale” del medico.

Di fronte ad una situazione così complessa, in trasformazione, non si può tacere sulle *divisioni* che si sono andate approfondendo, in questi anni, tra i vari settori della medicina.

Scarsa comunicazione tra i comparti, conflittualità latenti, contrasti tra occupati e disoccupati, rivendicazioni di presunte gerarchie di valori, tentativi di espropriazione di competenze in assenza di definizioni di ruoli, e presenza contemporanea nel settore pubblico e privato, senza riguardo alle conseguenze di immagine e di credibilità sociale, sono alcuni dei fenomeni ai quali stiamo assistendo in questi anni.

Certamente non mancano motivi a giustificazione di quanto è accaduto: l’inquadramento del personale ospedaliero nel comparto del pubblico impiego, le modeste retribuzioni del personale dipendente e convenzionato, l’assenza di una politica unitaria della professione, la progressiva “proletarizzazione” dei medici, le inefficienze della pubblica amministrazione, la contestazione politica, la denigrazione sistematica dei mass-media e il peso crescente della burocrazia, hanno finito con il demotivare il medico e renderlo più attento alla remunerazione che alla qualità del lavoro, e alla sua soddisfazione, nel settore pubblico.

È tuttavia necessario analizzare con onestà intellettuale, e senza autoassoluzioni di comodo, le nostre responsabilità e quelle degli altri se vogliamo uscire dall’isolamento nel quale si trova la professione, e non solo la nostra.

La professione, anche in una società moderna, deve essere valorizzata perché è garanzia di competenze esclusive che dobbiamo garantirci, e garantire agli altri, ma dobbiamo per questo ritrovare l’orgoglio di appartenere ad una categoria di professionisti indispensabile per la vita della gente.

C’è anche da considerare che il passaggio culturale *da una medicina della malattia ad una medicina per la salute*, ha modificato fortemente il contesto sociale e sanitario nel quale si svolge la professione del medico, e notevolmente aumentato il numero dei professionisti, laureati o diplomati, abilitati a svolgere mansioni e interventi rivolti alla popolazione, anche per “l’importazione” di figure professionali, prima inesistenti nel nostro paese, proposte e recepite dalla nostra legislazione in base alle Direttive europee.

Anche con esse dobbiamo misurarci, non limitandoci a sterili proteste, ma adoperandoci a definire compiti, attività e funzioni di ogni professionista.

5. Il rapporto medici-paziente

Per definizione una professione intellettuale è l'esercizio di prestazioni derivanti dal possesso di competenze esclusive.

In passato quella del medico si connotava soprattutto per il possesso di *conoscenze tecnico-scientifiche e di abilità pratiche*.

Oggi, con il progresso delle nozioni scientifiche e l'ingresso della tecnologia, la medicina reclama per il suo esercizio altre componenti, altrettanto importanti.

Oltre a sapere, saper fare e saper essere, i medici debbono poter fare, e quest'ultimo requisito richiede una *struttura* adeguata, una idonea *organizzazione*, disponibilità di *risorse umane*, nonché *risorse finanziarie*, più o meno cospicue, a seconda del grado di sofisticazione delle prestazioni offerte, in relazione ad una tecnologia in continua evoluzione.

I ritardi della legge sulle società di professionisti e le ambiguità derivanti dall'ingresso delle società di capitali nei centri e servizi che forniscono prestazioni mediche, aggiungono ulteriori equivoci ad una situazione già abbastanza confusa.

Il rapporto medico/paziente si è trasformato in *rapporto medici/paziente*, in relazione alle diverse fasi della evoluzione delle malattie croniche e all'iter diagnostico, terapeutico e di follow-up compiuto dal cittadino tra i vari settori della organizzazione sanitaria, che deve tener conto del fatto che spesso la stessa diagnosi viene formulata in luoghi e da persone diverse, rispetto a quelle che poi saranno chiamate a gestire e monitorare la terapia e la evoluzione della malattia.

Curante e Consulenti

Anche le definizioni di *curante* e di *consulente*, e i loro rapporti, devono essere rivisitati in una realtà nella quale la tradizionale separazione tra medicina territoriale e ospedali non è più netta come in passato.

Dimissioni protette, ospedalizzazione domiciliare, day hospital, assistenza domiciliare programmata e integrata e residenze sanitarie protette, reclamano una collaborazione armonica e integrata tra i medici, e non rivalità, incomprensioni e conflitti tra chi opera in settori diversi.

Tutto ciò ha come condizione preliminare una distinzione di competenze e abilità tra i medici, e una attenzione obbligata al *personale infermieristico*, ausilio prezioso della professione, dotato di spazi di autonomia (e non più relegato ad una mortificante posizione ancillare), nonché alle *figure professionali destinate ad occuparsi dei problemi sociali*.

La riconoscibilità sociale in una Professione

Un'altra componente essenziale della professione è *la riconoscibilità sociale del suo ruolo da parte dei cittadini*.

Si può essere insofferenti quanto si vuole di fronte alle rivendicazioni di autonomia del cittadino in tema di salute, alla richiesta di poter dare un consenso informato alle decisioni e alle scelte che lo riguardano, alla pretesa di negoziare e contrattare iter diagnostici e terapie, e alla crescente tendenza a ricorrere alla denuncia per malpractice, ma oggi non si può prescindere dalla attenzione al diritto del cittadino di scegliere e di decidere autonomamente il proprio destino.

Il paternalismo della tradizione medica-ippocratica, autoritario e precettivo, per «il bene del paziente», è definitivamente tramontato, anche se abbiamo qualche dubbio che tutto ciò sia davvero, e sempre, un vero vantaggio per il cittadino.

Non si può ignorare, in questo contesto, il riaffiorare di credenze magico-religiose, anche tra persone di buona cultura, e la “fuga” dalla medicina scientifica di un numero rilevante di cittadini, alla ricerca di consolazione e guarigione nelle pratiche alternative, più attente di quella ufficiale alla globalità dell’uomo, ai suoi problemi esistenziali, e alla identità tra soma e psiche.

Tuttavia sbagliremmo se liquidassimo sbrigativamente quelle pratiche con il termine spregiativo di ciarlataneria destinata ad uomini primitivi ed incolti, ma altrettanto *insostenibile è la pretesa di voler equiparare la medicina scientifica, i suoi metodi e i suoi fondamenti, alle medicine alternative caratterizzate da un insieme di metodologie empiriche e di filosofie più o meno esoteriche.*

Questo fenomeno è rivelatore tuttavia di una “crisi” della medicina scientifica, paradossalmente nell’epoca dei suoi maggiori successi, ed è il segno di una insoddisfatta contestazione e denuncia nei confronti di una pratica medica scaduta ad un rapporto spesso burocrattizzato e impersonale.

La crescente diffusione delle medicine non scientifiche, eterodosse o alternative, espressione di una disaffezione preoccupante nei confronti della medicina ortodossa, ci deve tuttavia fare riflettere sulla “disumanizzazione” che viene imputata agli interventi compiuti da quest’ultima, sulla base di una sensazione di onnipotenza.

Non possiamo continuare a fingere di ignorare che tanti medici praticano medicine alternative, o per convinzione o per ripiego occupazionale, *ed abbiamo il dovere di garantire ai cittadini almeno la innocuità, se non proprio la qualità e la efficacia dei trattamenti offerti.*

Le notizie di stampa sui danni provocati ai cittadini dal ricorso a pratiche terapeutiche incontrollate, ritenute incautamente “naturali”, non possono lasciare indifferenti gli Ordini dei medici.

Né possiamo ignorare quello che accade in Europa, che in Italia i farmaci omeopatici sono entrati nella farmacopea ufficiale, che non sono poche le Università che strizzano l’occhio alla agopuntura, e che fioriscono scuole e accademie, più o meno orientali, che offrono corsi accelerati di medicina cinese o tibetana.

Se le medicine alternative, o complementari, sono una realtà fattuale ineliminabile, almeno sia il medico a praticarle, e a scegliere l’una o l’altra, con consapevolezza e responsabilità, senza privare il paziente delle cure efficaci offerte dalla medicina scientifica.

6. La salute non è una merce

Il medico da tempo non è più “solo su un’isola deserta con il suo paziente” come scriveva un clinico tedesco ai primi di questo secolo.

La nostra professione è fortemente influenzata dalle scelte politiche sui livelli di assistenza concedibili e dalla destinazione di risorse per la sanità, decise dal Parlamento e dal Governo.

Di fronte a una “liberalizzazione” della sanità (in sintonia con la riscoperta del valore del mercato che permea la società moderna) enunciata ma non ancora compiutamente attuata, ritenuta da molti cittadini, e anche da alcuni medici, un rimedio indispensabile contro i guasti provocati dall’assistenzialismo di Stato, non sono pochi coloro che avanzano forti riserve sulla bontà dei cambiamenti in atto, anche sulla scorta dei risultati non soddisfacenti ottenuti dai paesi con una sanità liberista.

La concorrenza e il mercato nella sanità non rispondono alla tradizionale legge della domanda e dell’offerta per almeno quattro motivi:

“Il primo è che il cittadino-cliente non è in condizione di valutare se non la qualità esteriore dell’offerta, e non la sostanza di ciò che acquista.

Il secondo è che una sanità orientata a privilegiare le cure primarie e i servizi indispensabili ed efficaci, per ottimizzare le risorse, non può conseguire questi risultati se i presidi pubblici e quelli privati sono obbligati a farsi concorrenza e aumentare i consumi per sopravvivere.

Il terzo è che la salute non è una merce e che l’applicazione delle regole del mercato produce effetti negativi sui più deboli economicamente, sui malati gravi e sugli anziani, che il privato non ha interesse ad assistere perché molto costosi e poco redditizi.

Perché, ed è il quarto motivo, la spesa per la salute è ormai divenuta insostenibile per la quasi totalità dei cittadini e inevitabilmente essa deve essere mediata o dallo Stato o dalle assicurazioni private, o da altre imprese sanitarie capaci di fornire una vasta gamma di prestazioni”.

Se lo Stato mortifica la professionalità, pone vincoli sempre più intollerabili alla libertà professionale del medico e fa pagare ai cittadini i debiti e gli sprechi causati dalla propria inefficienza, le assicurazioni private o i potenti gruppi finanziari privati che si propongono di surrogarlo, non garantiscono di certo una maggiore libertà di scelta al cittadino né rinunciano a sottoporre i medici a forti pressioni perché contengano le spese e accrescano i loro profitti.

In ogni paese industrializzato è in atto uno scontro/confronto, tuttora irrisolto, fra chi intende difendere attraverso un welfare-state, solidaristico e attento alla equità, i bisogni reali dei cittadini, garantendo a tutti almeno le prestazioni e i servizi prioritari indispensabili, e chi propone soluzioni liberistiche che affidino alle regole del mercato la soddisfazione e la responsabilità, del cliente, promettendo efficienza e libertà ai medici e ai cittadini, e assistenza garantita ai poveri. La realtà americana dimostra ampiamente le drammatiche conseguenze sociali di questa seconda scelta.

La tesi della opzione del cittadino, tra servizio pubblico e assistenza privata, è condivisibile purché l’uno e l’altra siano in condizione di esercitare la concorrenza alla pari, e uguali siano i requisiti indispensabili, richiesti ai professionisti e alle strutture, per l’offerta di servizi e prestazioni, e purché lo Stato definisca con chiarezza i livelli minimi di assistenza che intenda garantire gratuitamente a tutti i cittadini.

Non si può rinunciare ulteriormente a proporsi come *soggetti di una politica della professione capaci di intervenire autorevolmente nel dibattito in atto nella società sui problemi della salute e della organizzazione sanitaria, per restituire ai medici italiani il prestigio che meritano, e insieme operare nell’interesse dei cittadini.*

Questo progetto non può più essere rinviato anche se non sarà facile portare a compimento, in tempi brevi, una indilazionabile *modifica della Legge istitutiva degli Ordini dei medici*, per l’autogoverno della professione comunque e dovunque esercitata.

I danni arrecati in questi anni alla sanità da ideologizzazioni catechistiche o populiste, la denigrazione, sistematica e distruttiva, operata dalla stampa e dai mass-media nei confronti dei medici italiani, il decadimento della professione provocato dalla mancata armonizzazione tra formazione e sbocchi occupazionali, il paradosso di una medicina sempre più onnipotente e costosa, e sempre più criticata, l’irrompere della autonomia dei cittadini nel tradizionale rapporto ipocratico tra medico e paziente, la filosofia ispiratrice, colpevolizzante per definizione, del Tribunale dei Diritti del Malato, l’opera in atto nei confronti degli Ordini professionali da parte della autorità Antitrust, sono solo alcune delle cause delle difficoltà della Federazione e della disaffezione dei medici nei suoi confronti.

Non ci si può infatti nascondere che esiste un crescente disinteresse per la politica della professione e per le rappresentanze sociali della categoria da parte di un gran numero di medici, più attenti alla difesa separata degli interessi economici dei vari comparti della sanità, attraverso azioni e rivendicazioni di natura squisitamente sindacale.

Eppure, se è vero che non vi può essere risposta ai problemi della salute senza i medici,

è anche vero che essi debbono avere, o riacquisire, la consapevolezza di essere *una importante “forza sociale” intesa come aggregazione di professionisti, indipendentemente dal settore nel quale operano, capace di interagire con le altre professioni e con i cittadini.*

Nessuno vuole espropriare i sindacati delle loro prerogative e della loro insostituibile funzione sociale in una società democratica, ma, del pari, non è possibile ignorarne i limiti istituzionali di competenza e di azione settoriale.

L'azione di una professione, nel suo complesso, si realizza soltanto o attraverso libere associazioni (college), come accade nei paesi anglosassoni, o attraverso istituzioni legittimate dal riconoscimento formale dello Stato, come in Italia con gli Ordini.

Ma nell'un caso o nell'altro la loro caratteristica fondamentale non può che essere quella di *“governi privati” della professione capaci di interagire, in condizione di sostanziale parità, con gli altri gruppi sociali, con gli enti pubblici e con lo Stato.*

Il fatto che i medici costituiscano una forza sociale non implica che essi siano portatori di istanze egoisticamente corporative, quanto piuttosto che siano capaci di esprimere esigenze e «interessi professionali», non limitati agli aspetti economici, aperti ai rapporti con le società.

Proclamare con orgoglio di far parte di una forza sociale significa infatti essere *partecipi di strategie e politiche coerenti con la ricerca e il raggiungimento di obiettivi di salute specifici nell'interesse di tutti i cittadini e non destinatari passivi, più o meno resistenti, delle stesse.*

Noi riteniamo che in questa fase della nostra storia sanitaria, caratterizzata dalla disponibilità di risorse limitate, nella quale si ha la ineludibile necessità di ottimizzare gli investimenti e valutare la qualità dei risultati, sia più produttivo ricercare la collaborazione e la corresponsabilizzazione dei medici, attraverso Ordini professionali rinnovati, che perseguire i metodi del fiscalismo minaccioso e punitivo sul loro operato.

Il governo di una professione si fonda soprattutto su due pilastri: *il controllo sulla qualità della professione e l'esercizio del potere disciplinare sugli iscritti.*

7. La qualità della professione

Il controllo della qualità della professione è una condizione irrinunciabile purché ci si proponga di governarla.

Esso è ben diverso dal *“promuovere e favorire, sul piano nazionale, tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti”* come recita genericamente la vigente Legge istitutiva degli Ordini.

Il numero dei medici e la disoccupazione

La qualità della professione ha molte variabili interdipendenti, troppo spesso trascurate. Intanto il numero dei candidati alla laurea in medicina è una di queste variabili.

Troppo spesso si dimentica che la laurea in una facoltà medica prevede un iter formativo difficilmente spendibile in altri settori, perché specifico.

Un destino da disoccupato, o sottoccupato, per molti anni del giovane laureato non garantisce il mantenimento della qualità, neanche per i migliori.

Nel nostro paese oggi 60.000 medici sono convenzionati con il SSN per la medicina generale, 93.000 sono dipendenti dall'ospedale, i pediatri sono circa 6.000, 10.000 sono gli specialisti convenzionati, 19.000 operano nella guardia medica, circa 11.000 operano nelle università, circa 25.000 sono in attesa nelle graduatorie della medicina generale (di essi 1.500 sono in possesso del titolo di medico generale) mentre altri 1.500 stanno frequentando il tirocinio biennale di formazione specifica organizzato dalle Regioni (D.L. 256). Circa 50.000 sono i medici in possesso di un titolo di specializzazione e in attesa di occupazione professionale, mentre le Scuole di specializzazione continuano a produrre specialisti senza alcuna programmazione sul fabbisogno reale totale e per singole specialità.

Una situazione così esplosiva non può rimanere immutata.

Nel 1994 risultavano iscritti agli Ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri italiani 308.440 medici chirurghi e 34.240 odontoiatri (24.252 dei quali in possesso della doppia iscrizione) con un incremento del 37% rispetto agli iscritti del 1984 (anno nel quale risultavano 226.404). Oggi gli iscritti sono circa 325.000.

La popolazione residente nel nostro paese al 31/12/1986 era di 57.278.110 (rapporto medico/cittadini = 1/188), mentre la popolazione residente al 30/9/94 era di 57.186.660, con un decremento (-21.450) (Rapporto medico/cittadini = 1/185).

Il ruolo delle Facoltà di Medicina

Gli iscritti alle facoltà di medicina italiane negli anni 1986/87 - 1992/1993 sono passati rispettivamente da 110.120 a 80.878 con un decremento del 25% circa, ma poiché nel 1992 si sono laureati quasi 10.000 medici, a fronte dei 1200 fuoriusciti dal SSN, il turnover professionale negativo non potrà mai avere riduzione.

Le considerazioni che discendono da questa panoramica sulla situazione medica italiana non sono irrilevanti ai fini dei programmi di formazione, sia per quanto riguarda quelli di base universitaria che quelli della formazione permanente, e complementare in medicina generale, che quelli destinati alle specializzazioni.

Le nostre facoltà mediche per troppi anni hanno espresso una politica autoreferenziale, incoraggiata dalla cultura dominante della difesa generica del «diritto allo studio per tutti», indipendentemente dal merito e dagli sbocchi occupazionali offerti dal regime di monopsonio del SSN.

Chiuse per anni in se stesse, e nelle logiche del potere accademico, poco attente alla differenza tra le logiche dell'insegnamento e quelle dell'apprendimento e lontane dai problemi di coloro ai quali avevano conferito la laurea, oggi si trovano di fronte alla necessità di conciliare la proliferazione di sedi e di cattedre, con quella di ridurre il numero degli studenti di medicina e di ritrovare un nuovo ruolo e una funzione più adatta alle trasformazioni in atto.

Si ha ragione di ritenere che non sarà difficile superare malaugurate incomprensioni del passato, e antistorici orgogli, per trovare spazi, temi e modi di una indispensabile *collaborazione istituzionale* tra Ordini dei medici, facoltà di medicina, ospedali, e società scientifiche, sia nella formazione permanente che in quella complementare e nelle specializzazioni.

Ma anche in tema di ricertificazione periodica della qualità professionale (attraverso la attribuzione dei crediti), e di ricerca epidemiologica e sperimentazione clinica, nel territorio, è auspicabile che gli enti e le associazioni prima citate trovino una intesa.

Essa si rivela sempre più urgente e indispensabile, se non vogliamo che della formazione, e dell'accreditamento, si facciano promotori e si impadroniscano, società e gruppi privati alla ricerca da tempo di spazi di mercato e di profitti.

La tabella XVIII (Il curriculum formativo di base dei medici)

Se a distanza di otto anni dalla promulgazione del DPR, che si propose di riordinare gli studi medici in base alla tabella XVIII si è proceduto a una nuova revisione è perché essa si era rivelata inadeguata a formare medici, capaci di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini per eccesso di nozioni biologiche e poca clinica.

Tuttavia la semplice lettura della nuova Tabella XVIII, recentemente pubblicata nella G.U., ancorché colma di espressioni pedagogiche moderne e innovative, non consente di dare un giudizio ragionevolmente motivato.

Se, come pare, le facoltà di medicina sono animate da propositi di flessibilità e di responsabilità e sono ispirate ad indirizzi pedagogici moderni, siamo convinti che la qualità profes-

sionale dei neo-laureati non potrà che migliorare, e non dovrebbe essere difficile instaurare con esse una proficua collaborazione da parte degli Ordini dei medici.

La laurea in medicina e l'esame di Stato

Le facoltà di medicina italiane non possono disinteressarsi del destino professionale dei medici ai quali conferiscono la laurea.

Continuare a “produrre” medici non sulla base del reale fabbisogno della collettività, ma in relazione alla “disponibilità delle strutture didattiche e dei docenti”, significa dilapidare inutilmente risorse pubbliche e private.

Di questo passo il diploma di laurea rischia di avere un valore puramente accademico, al quale l'esame di abilitazione professionale non aggiunge alcun elemento seriamente valutativo e selettivo delle capacità reali del singolo. Nel 1992 su 8.979 laureati in medicina e chirurgia soltanto 94 non superarono l'esame di abilitazione professionale, mentre 830 furono gli odontoiatri abilitati su 832 esaminati.

Per questi motivi riteniamo indispensabile una severa selezione per l'accesso alle facoltà mediche, un corso formativo capace di preparare medici in possesso degli “strumenti necessari per aumentare e aggiornare criticamente le proprie conoscenze e la preparazione professionale” e che sappia “riconoscere prontamente le indicazioni e i momenti per ricorrere alle competenze altrui” (L. Vettore), e un esame di abilitazione professionale riformato nel metodo e posto sotto il controllo degli Ordini provinciali e regionali, in collaborazione con le facoltà di medicina.

Non ci pare infatti sostenibile che gli Ordini debbano continuare ad avere la responsabilità della tenuta degli Albi, senza avere alcuna possibilità di valutare i requisiti professionali dei loro iscritti.

La formazione permanente e l'accreditamento professionale

Troppo spesso si confonde l'aggiornamento con la formazione.

L'uno corrisponde alla acquisizione di nuove conoscenze, o alla sostituzione di quelle obsolete, l'altra ad un training per acquisire competenze e abilità accompagnato alla verifica finale delle modifiche di comportamento avvenute.

Quanto valgono un congresso, un convegno, un seminario o un corso? Come si controlla se il professionista continua a studiare? Quali incentivazioni di carriera e/o economiche sono prevedibili per il medico che si sottopone a questi controlli?

La qualità della professione va garantita poi con la formazione permanente e con i «crediti», che ricertificano la laurea durante gli anni della professione.

È vero che l'aggiornamento e la formazione sono obbligatori eticamente per il medico in base al Codice Deontologico, e sia il Codice civile che quello penale ne fanno implicita menzione, ma non è sufficiente.

Un Organo di governo della professione se ne deve fare carico, attraverso la strutturazione organizzata dell'accreditamento, in collaborazione con l'università e le società scientifiche, se vuole garantire ai cittadini la qualità professionale dei suoi membri.

Le Società Scientifiche

In questa prospettiva una breve menzione meritano le società scientifiche, le accademie e le associazioni, le cui origini, in alcuni casi, risalgono al XV secolo, mentre le società mediche sono molto più recenti.

La Società italiana di chirurgia nacque nel 1882, quella di ostetricia e ginecologia nel 1892, quella di medicina interna è ancora più antica.

Ha scritto di recente B. Baccetti su “Federazione Medica” a proposito delle Società : “*la nuova Istituzione sorge per promuovere una certa branca disciplinare facilitare gli scambi di informazioni, e stimolare la ricerca in quel settore.*”

A ben guardare vi sono sempre altri scopi sottintesi, per cui il sodalizio diviene presto una specie di sindacato dei professionisti di quella certa materia, vuole controllare le posizioni di lavoro, vuole i suoi rappresentanti al CUN e al CNR, sognando di poter diventare l’Organo ufficiale riconosciuto dal Governo, da interpellare per l’assegnazione di fondi, borse, premi, per il pilotaggio di tematiche, programmi ufficiali, cariche e posizioni nei vari Enti coinvolti nella disciplina”.

Siamo convinti che se le società scientifiche italiane non riconosceranno nella Federazione degli Ordini l’organo di governo della professione, e la Federazione non troverà gli strumenti per una collaborazione più stretta con essa e con l’università nella formazione e nell’accreditamento, difficilmente cambierà il quadro complessivo della medicina italiana.

8. Il potere disciplinare degli Ordini

Lo status di iscritto all’albo dei medici o a quello degli odontoiatri fa sorgere in capo ad essi, in aggiunta alla responsabilità penale e civile, proprie dei cittadini, anche la responsabilità disciplinare.

A differenza dei procedimenti disciplinari celebrati a seguito di condanna penale, tutte le altre mancanze o abusi nell’esercizio della professione sono attivati autonomamente e discrezionalmente dall’Ordine. Ciò se da una parte attribuisce un potere non indifferente all’Ordine stesso, dall’altra lo espone a critiche e talvolta accuse, anche se infondate, di connivenza o protezione della categoria.

Purtroppo, per i limiti della legge istitutiva “*il potere disciplinare dell’Ordine è limitato soltanto all’esercizio della libera professione ed è ritardato nel caso di rinvii a giudizio, anche per fatti eclatanti*”.

È opportuno, infatti, che il giudizio disciplinare nei confronti di sanitari accusati e rinviati a giudizio anche per reati o mancanze nell’esercizio professionale gravi, attenda il passaggio in giudicato della sentenza.

È anche vero che l’Ordine è soprattutto tenuto a garantire i cittadini della qualità e della correttezza dell’esercizio professionale da parte degli iscritti agli albi, ma insieme non può esimersi dal garantire il diritto di difesa del medico incolpato.

Di fronte a campagne di stampa contro determinati medici o determinati fenomeni, l’Ordine stesso deve assicurare equilibrio di giudizio e di comportamento, anche se ciò, dato il clima di linciaggio sistematico della categoria, non è sempre sufficientemente compreso dai cittadini e, in particolare, da coloro che presumono di aver subito un torto. Nella società della comunicazione la verosimiglianza delle semplificazioni ha più facile udienza di un giudizio prudente che tenga conto della complessità dei fenomeni.

È evidente che la responsabilità professionale dei medici ha acquistato negli ultimi anni in Italia un grande rilievo, fino ad assumere connotazioni persecutorie e pregiudiziali.

Purtroppo questo è un segno dei tempi, caratterizzati dalla tendenza crescente alla affermazione e alla proposta di azioni di responsabilità nei confronti di figure che, di fatto o di diritto, ne erano tradizionalmente escluse: pubblici amministratori, politici e, perfino, gli stessi magistrati.

Oggi la situazione è cambiata soprattutto per la importanza assunta dal rapporto medico-paziente, e dai nuovi diritti e obblighi che si sono andati configurando tra i due attori del contratto.

“L’esecuzione materiale dell’atto medico e il suo esito, fausto o infausto che sia, vengono valutati sulla base non solo di un processo decisionale, corretto in sé e verificabile, ma anche in relazione al rispetto che si è avuto nei confronti della autodeterminazione del paziente”.

Si deve prendere atto che oggi, in relazione alle maggiori possibilità offerte dalla medicina moderna, si richiede ai medici una maggiore responsabilizzazione per gli effetti del proprio operato, ma, del pari, anche se l’intervento ha avuto esito fausto, si ritiene “arbitrario” se compiuto senza il consenso del paziente.

La Federazione ha il dovere di ricercare gli strumenti necessari per intervenire, non soltanto sulle violazioni compiute nei confronti del Codice Deontologico, ma anche nei confronti di una evidente “malpractice”. E insieme agli strumenti necessari per tali interventi ha la necessità di essere dotata anche degli strumenti di autotutela per le conseguenze delle decisioni assunte.

Soltanto intervenendo con autorevolezza su comportamenti tecnici, palesemente incongrui e scientificamente scorretti, si può recuperare una immagine positiva nei confronti della opinione pubblica.

Ciò non risolverà il problema del crescente ricorso del cittadino alla magistratura, che anzi rischia di aumentare con l’ingresso delle assicurazioni private o del pagamento diretto delle prestazioni da parte del cittadino, come accade negli Stati Uniti, almeno gli Ordini saranno in grado di garantire ai cittadini livelli accettabili di professionalità nel nostro paese.



LA SANITÀ PUBBLICA IN ITALIA

DALL'UNITÀ ALLA PRIMA GUERRA MONDIALE

Giorgio Cosmacini

Storico della medicina e della sanità - Docente dell'Università degli Studi di Milano (1996)

Tra le non poche importanti “questioni” che agitavano l'Italia unita negli anni Sessanta dell'Ottocento, cioè nel decennio compreso tra la proclamazione del Regno e il compimento della sua unificazione politico-territoriale, figurava, anche se alquanto in sordina rispetto ad altre, la *questione sanitaria*.

Il “paese reale” era un *paese malato*. Lo certificava, ancora tre anni dopo l'acquisto di Roma capitale, il clinico medico romano Carlo Maggiorani prendendo la parola al Senato il 12 marzo 1873: “*La tisi, la scrofola, la rachitide tengono il campo più di prima; la pellagra va estendendo i suoi confini; la malaria co' suoi tristi effetti ammorbata gran parte della penisola*”. In più, “*la sifilide serpeggia indisciplinata fra i cittadini ed in specie fra le milizie*”. Quanto ai “*contagi esotici*” - leggi il colera - essi “*han facile adito e attecchiscono facilmente; il vaiolo rialza il capo [...]; la difterite si allarga ogni giorno di più*”. Completava questo quadro nosologico d'antico regime l'elevatissima mortalità infantile, pari a circa il 50% della mortalità generale e dovuta a infezioni specialmente gastroenteriche, legate alla pessima situazione igienica di molte aree del paese, e alle ripercussioni sulla maternità e sull'infanzia di piaghe sociali di vario tipo, quali il lavoro protratto nei mesi alti di gravidanza, il parto non assistito, l'“esposizione” dei neonati “alla ruota”, il baliatico mercenario.

A questo “paese malato” provvedevano un'amministrazione sanitaria e una sanità pubblica regolate dalla legge n. 3793 del 20 novembre 1859 - nota come “legge Rattazzi”, promulgata negli Stati sardi, ma tosto estesa a Lombardia, Emilia, Marche e Umbria - e dalla legge n. 2248 del 20 marzo 1865, che il titolo indicava finalizzata alla “unificazione amministrativa del Regno d'Italia”. Questa legge, nell'*allegato C* relativo alla sanità e soprattutto nel successivo *regolamento* di attuazione (approvato con regio decreto n. 2322 dell'8 giugno 1865), estendeva gli effetti della “legge Rattazzi” alla Toscana e al Mezzogiorno.

Più che di un abbozzo di organizzazione sanitaria, si trattava di una *regolamentazione amministrativa* della sanità, promossa su iniziativa del ministro dell'Interno Giovanni Lanza, medico e futuro capo di governo, che il 5 gennaio 1865, presentando il progetto di legge alla Camera, aveva dichiarato che la “confusione” esistente in campo sanitario non era che la “*necessaria conseguenza dell'applicare una legge nuova con regolamenti antichi, dettati in tempi passati da cessati governi, sotto altre influenze, ed ispirati a ben altri principi da quelli che debbono ora informare gli ordinamenti amministrativi del Regno d'Italia*”.

Il nuovo ordinamento peraltro non era né ispirato a idee innovatrici, né era portatore di contenuti diversi da quelli dell'ordinamento precedente, di cui anzi accentuava la preminenza dell'elemento amministrativo sull'elemento tecnico-sanitario. Alle autorità amministrative ordinarie - ministero dell'Interno, prefetti, sottoprefetti, sindaci - veniva infatti riservato ogni potere decisionale, mentre agli organi tecnico-sanitari - Consiglio superiore di sanità, consigli sanitari provinciali, consigli sanitari di circondario, commissioni municipali di sanità - venivano attribuite solo funzioni preparatorie o consultive. Appunto “come corpi meramente consultivi”, le commissioni municipali - non elettive, ma insediate per nomina - dovevano agire “per delegazione del sindaco” e però provvedere a rimuovere “ogni causa di insalubrità del territorio” assicurando nel contempo “l'esatto adempimento dei regolamenti locali di polizia urbana e rurale”.

Sotto quest'ultimo aspetto c'era il precedente del *Sistema completo di polizia medica* teorizzato dal medico renano Johann Peter Frank sul finire del Settecento e parzialmente realizzato nella Lombardia austriaca (dove il Frank, clinico medico a Pavia e direttore generale di sanità a Milano, era una sorta di *missus dominicus* dell'imperatore Francesco II); ma nei

Omaggio dell'Autore.

Dott. CARLO RUATA

Prof. all' Università di Perugia

L'ORDINAMENTO SANITARIO

AL CONGRESSO D'IGIENE

DI

BRESCIA



CITTÀ DI CASTELLO

TIPOGRAFIA DELLO STABILIMENTO S. LAPI

1888

Centesimi 40.

confronti di tale “sistema”, che rappresentava - potremmo dire intercambiando sostantivo e attributo - un progetto socioculturale avanzato di “medicina politica”, il dettato legislativo di settant’anni dopo appariva arretrato, dotato di connotazione meramente poliziesca dal momento che identificava espressamente “il servizio della pubblica sanità con quello della pubblica sicurezza, appartenendo esso a quel ramo di pubblici servizi che dicesi di polizia”.

La legge del 1865 assegnava all’elemento tecnico un compito tanto immane quanto inane: immane per la molteplicità dei campi di applicazione (ospedali, scuole, asili, cimiteri, professioni sanitarie, alimentazione, acque potabili e luride, contumacie, disinfezioni, vaccinazioni ecc.); inane per la mancanza di ogni concreta facoltà operativa stante l’impossibilità di incidere apprezzabilmente, da parte dei vari organismi, sulle (1996) amministrazioni di pari livello, le cui disposizioni in materia sanitaria tendevano a ridursi al minimo indispensabile onde non “ledere” o “incagliare” quel “libero esercizio della proprietà e della forza individuale” che Bettino Ricasoli, ministro dell’Interno nel 1866-67, proclamava essere il fine ultimo, o primo, del buongoverno.

In questo quadro ideologico-politico, la salvaguardia della salute collettiva da parte del nuovo Stato unitario veniva considerata non un impegno primario civilmente qualificante, ma piuttosto un riempitivo dei vuoti dell’iniziativa privata o un supporto accessorio delle pratiche di difesa della salute individuale. Ma in un diverso quadro, che possiamo definire ideologico-scientifico in quanto a esso facevano da cornice la nascita dell’igiene moderna e il proliferare della pubblicistica medica in tema di prevenzione, si abbozzava e prendeva corpo gradatamente una progettualità sanitaria del tutto nuova.

Ancora tre lustri separavano la scienza medica dalle scoperte batteriologiche di Robert Koch (quelle, nel 1882, degli agenti eziologici del colera e della tubercolosi). Ma già nella prima metà del secolo Agostino Bassi aveva formulato la “dottrina del contagio vivo” e Jakob Henle, maestro di Koch, nell’opera *Miasmen und Kontagien* (Berlino, 1840), aveva messo a fuoco il nesso causale tra microrganismo e malattia. Nel 1847 Ignaz Philipp Semmelweis aveva dimostrato che una malattia - la febbre puerperale - è un “avvelenamento” (setticemia) dovuta a un “veleno” o *virus* trasmesso alle puerpere dalle mani infette degli ostetrici reduci dalle sale d’autopsia: occorre lavarsi bene le mani per ridurne l’incidenza; occorre disinfettarle con acido fenico per prevenire l’infezione penalizzante il decorso postoperatorio degli interventi chirurgici, come aveva dimostrato Joseph Lister nel 1865 inaugurando l’asepsi. Tra Semmelweis e Lister c’era stata di mezzo la *rivoluzione pasteuriana*: la sperimentazione di Louis Pasteur era approdata nel 1857 alla enunciazione della “teoria dei germi”; e gli anni Cinquanta dell’Ottocento erano stati quelli dell’avvio delle periodiche Conferenze Internazionali (1ª Conferenza Parigi, 1851), promosse per mettere a punto e perfezionare le misure quarantarie contro le malattie epidemico-contagiose cosiddette “esotiche” (sopra tutte il colera), dovute per l’appunto ai germi più insidiosi.

Questa copiosa messe di acquisizioni teorico-sperimentali e di proficue ricadute pratiche, echeggiate e trasferite in Italia dai medici più aggiornati e intraprendenti, da un lato contribuiva a far rimontare parzialmente il dislivello culturale che in campo medico-scientifico aveva distanziato il nostro paese dai più progrediti paesi europei, dall’altro dava materia prima dell’affermarsi di quell’ideologia igienista che non mancava di influire positivamente sulla parte più aperta e sensibile della classe politica, preposta alla guida del paese, nelle cui file tra l’altro i medici non erano pochi.

“Era ancora uno di questi, Lanza, divenuto capo del governo ed entrato - come dirà il suo biografo Cavallini (La vita e i tempi di Giovanni Lanza, 1887) - “perla breccia di Porta Pia per abbattere il potere temporale e restituire Roma all’Italia”, a portare in Parlamento, due mesi e mezzo dopo la storica breccia (6 dicembre 1870), un progetto completo di codice sanitario, elaborato da una commissione di esperti (con a capo il clinico chirurgo fiorentino

Carlo Burci), ripresentato dopo un'ulteriore elaborazione e approvato, dopo un faticoso iter parlamentare, da parte del Senato (1° maggio 1873). Il progetto, nella prospettiva "liberista" propria di tutti i governi della Destra susseguitsi fino allora, conteneva in margini ancora molto ristretti l'area dell'intervento pubblico in campo sanitario. L'intervento veniva sì progettato sulla carta, allo scopo di ovviare al "danno che dalla inosservanza delle igieniche discipline può derivare alla pubblica incolumità" (Burci), ma veniva ancora vanificato di fatto per la perdurante "insufficienza dell'elemento tecnico nei giudizi sanitari" (Maggiorani). Inoltre, anche se promuoveva il medico condotto a "ufficiale governativo" e a figura semi-stabile del paesaggio municipale", redimendolo dalla preesistente "incertezza del suo stato" e dalla inveterata "infelicità della sua sorte", lo esautorava ancora da ogni decisione operativa lasciando i destini della sanità pubblica affidati alle mani faccendiere dei potentati locali e insabbiati nella gora burocratica di prefetture e sottoprefetture.

Il codice sanitario non riusciva comunque a essere approvato dalla Camera, a causa della caduta del governo Lanza. Esso inaugurava o esprimeva la tendenza, invalsa in quegli anni in gran parte dell'opinione pubblica, a ritenere che il cagionevole stato sanitario del paese - quello descritto all'inizio di queste pagine con le parole del clinico medico Maggiorani - fosse tale non tanto per via di condizioni strutturali legate al sottosviluppo economico e all'arretratezza sociale, quanto per effetto di norme inadeguate o male applicate e di carenze tecnico-organizzative, le une e le altre redimibili attraverso l'emanazione di un vero e proprio codice, modellato su quello giudiziario, fatto di disposizioni prescrittive e di sanzioni severe.

Un nuovo progetto di codice veniva presentato in Parlamento il 22 dicembre 1876 da Giovanni Nicotera, ministro dell'Interno nel governo Depretis, l'avvento del quale segnava una svolta politica nella storia d'Italia portando la Sinistra al potere. Studiato da una commissione di esperti tra cui parecchi medici illustri (oltre a Maggiorani c'erano Salvatore Tommasi, Ferdinando Palasciano, Paolo Mantegazza), il nuovo codice prevedeva l'istituzione presso il ministero e le prefetture di uffici sanitari composti da personale tecnico e dava debita importanza ai medici condotti investendoli di funzioni esecutive. Accentuava inoltre l'impronta igienista, sia provvedendo "con sufficiente larghezza alla salubrità delle case e dei luoghi abitati, non che a quelle degli alimenti, delle bevande poste in commercio e delle acque potabili", sia prefissando "con mano sicura i mezzi coercitivi dei contagi, così per gli uomini come per gli animali" onde combattere epidemie ed epizoozie "con armi razionali ed efficaci". Non mancava peraltro di soppesare e bilanciare i vantaggi della sanità con gli utili dell'economia, circoscrivendo "entro limiti ragionevoli le colture insalubri [risaie], studiandosi di non offendere soverchiamente le industrie agricole, anima e forza del nostro paese".

Anche questo nuovo codice non arrivava in porto, a causa della caduta del governo (26 dicembre 1876). L'anno seguente Agostino Bertani, medico e deputato radicale (già intrinseco di Mazzini e Cattaneo, difensore della Repubblica romana, organizzatore della spedizione dei Mille e segretario del Dittatore a Napoli), nominato vice-presidente della giunta incaricata dell'inchiesta agraria ("Inchiesta Jacini"), sia con personali "gite" nelle condotte rurali dall'Agro romano al Polesine, sia attraverso lo spoglio di oltre quattromila questionari compilati da "quegli angeli di civiltà e di progresso che sono i medici condotti", raccoglieva una larga messe di dati «sulle condizioni sanitarie dei lavoratori della terra». Il codice per la pubblica igiene "compilato e proposto" da Bertani veniva presentato nel 1884 al committente ministro dell'Interno, che era Agostino Depretis, e da questi fatto proprio. Il progetto dei due Agostini si apriva all'art. 1 col "supremo principio" che "lo stato deve vigilare e tutelare la pubblica salute" e col corollario che, anziché semplicemente raccomandata, "l'igiene pubblica deve essere comandata".

La spinta che dirigeva tutto quanto riguardava l'organizzazione e la gestione della sanità verso una maggiore assunzione d'impegno da parte dello Stato veniva a invertire la tendenza

tradizionale indirizzata a un *laissez faire* dove aveva largo spazio manovriero l'iniziativa privata. Era proprio la constatazione che tale iniziativa era "non sempre provvida, né illuminata, né disinteressata in ogni luogo" ad avere determinato il giro di boa. Da essa, inoltre, non venivano "universalmente educate le persuasioni igieniche necessarie", cioè non veniva promossa quella educazione sanitaria della popolazione di cui si incominciava ad avvertire la necessità.

La spinta motrice era data da due forze sinergiche: un maggior vigore sociale della politica della Sinistra e un ulteriore slancio progressivo della scienza dell'igiene. Tra le due sfere si realizzava uno scambio di concetti e valori, o quanto meno di termini: la politica della salute tendeva a dirsi "scientifica" tanto quanto la medicina tendeva a farsi "politica". Vessilliferi di queste istanze incrociate erano sia uomini politici "igienisti", sia medici politicizzati o ispirati a principi umanitari e sociali. Tali erano i medici raccolti nella Società italiana d'igiene, fondata nel 1878 su iniziativa di Gaetano Pini ed eretta in «corpo morale» nel 1883. Essa aveva per "*iscopo di promuovere gli studi, le istituzioni e le leggi che contribuiscono all'integrità, alla conservazione e all'incremento delle facoltà fisiche e morali dell'uomo, considerato nell'individuo, nella famiglia e nella sociale convivenza [...] con particolare riguardo alle classi indigenti*". Del sodalizio facevano parte, con Bertani e con il presidente Alfonso Corradi, Carlo Zucchi, autore di uno studio su *La riforma sanitaria in Italia*, l'igienista di Torino Luigi Pagliani, autore - come vedremo - della riforma crispina del 1888, e il clinico medico di Roma Guido Baccelli, futuro assertore, da ministro Giolittiano, che «la Clinica e l'Igiene, costituenti, insieme unite, la Medicina politica, cooperano alla soluzione dei più grandi problemi che si affacciano del pari alla mente del medico e del moderno uomo di Stato».

La rivoluzione batteriologica degli anni Ottanta portava a enunciare il dogma che "il microbo è tutto". Tale dogmatismo pervadeva scienza e politica: bisognava combattere i microbi, intervenire sull'ambiente dove i microbi pullulavano minacciosi. Su questo sfondo concettuale venivano a disegnarsi le esigenze di ammodernare l'approvvigionamento idrico e lo smaltimento dei rifiuti, di risanare i centri urbani e i terreni paludosi propizi alla perniciosa «mal'aria». Riconosciuta quale compito primario dell'igiene, la tutela dell'ambiente doveva avere riscontro - oltretutto nel controllo delle acque sia potabili che luride e nella bonifica di città e campagne - negli interventi di vigilanza igienica sulle abitazioni, sui luoghi di lavoro, sulle scuole, sugli ospedali, nonché nei settori alimentari, zootecnico, proto industriale. La promozione di questa interventistica allargata veniva a saldare l'igiene al grande campo della sanità "pubblica", totalmente diverso dall'ambito tradizionale curativo della salute "privata"; e accanto al problema perenne dell'arte della cura, si poneva il nuovo problema dell'educazione sanitaria, da avviare e sostenere con un'energica lotta contro l'analfabetismo, nella quale i medici condotti dovevano allearsi con i maestri di scuola. Ispirato a tali esigenze di avanzamento scientifico e di progresso civile, il codice Bertani fatto proprio da Depretis veniva presentato al Senato il 13 aprile 1886; ma veniva tosto coinvolto nel declino politico del suo presentatore, sostituito da Francesco Crispi prima al ministero degli Interni (aprile 1886) e poi anche alla presidenza del Consiglio (luglio 1886). Il materiale elaborato era comunque cospicuo e la situazione politica ormai matura. Il ruolo di consigliere e ispiratore della "riforma sanitaria" passava da Bertani, uomo di fiducia di Depretis, a Pagliani, uomo di fiducia di Crispi. Pagliani aveva fama di igienista "scomodo", cioè informato, impegnato, intransigente. Ciò gli assicurava buon ascolto da parte degli ambienti politici maggiormente critici della lunga inerzia in tema di sanità. Crispi, insediando il suo primo ministero, voleva dare un segno dei tempi mutati: a Pagliani, campione indiscusso degli *nomine novi* in campo igienico-sanitario, veniva affidato l'incarico della stesura della nuova legislazione.

Questa la rievocazione dell'avvenimento da parte dello stesso Pagliani: "*Stavo per chiudere l'ultima lezione del mio corso d'igiene a Torino nel 1887, quando mi si consegnò un laconico telegramma dell'allora Presidente del Consiglio dei Ministri, col quale mi invitava a*

recarmi da lui per conferire. Il colloquio con quell'eminente uomo d'azione, più che di parole, fu molto breve. Egli intendeva, come uno dei suoi primi e principali compiti, organizzare la difesa della salute pubblica in Italia. Mi avrebbe sostenuto in ogni difficoltà da superare, non dovendo dipendere in questa impresa da altri che da lui, come mi avrebbe lasciata ampia facoltà di agire secondo i miei criteri tecnici. La proposta era grave quanto lusinghiera, enorme la responsabilità da assumermi di fronte a quell'uomo, che in pochi minuti mi aveva completamente suggestionato, con quel suo alto e sereno spirito di amor di Patria, che riluceva vivido in ogni sua parola e quasi imperioso nel suo sguardo penetrante e pur mite di antico cospiratore”.

La legge *Crispi-Pagliani*, promulgata dal Parlamento il 22 dicembre 1888 col n. 5849 e col titolo “Sulla tutela della igiene e della sanità pubblica”, creava finalmente gli strumenti necessari per una gestione tecnicamente corretta della sanità. A livello centrale istituiva la “Direzione generale di sanità” quale organismo armonizzatore fra potere esecutivo e sapere scientifico, tra esigenze amministrative e necessità igienico-sanitarie; a livello intermedio creava la figura del “Medico provinciale”, prevista quale cinghia di trasmissione tecnicamente efficiente tra centro e periferia; a livello periferico poneva i medici comunali nella posizione di “Ufficiali dello Stato”, capillarmente operanti sul territorio nazionale. Si trattava di una legge organica che, pur non priva di pecche, appariva in grado di permeare di scienza applicata le istituzioni pubbliche e in grado di legare queste ultime alla vita quotidiana dei cittadini.

Le critiche si appuntavano, da destra, sulla spesa prevista e sul decentramento, ritenuti l'una e l'altro eccessivi; da sinistra, sull'ancora insufficiente autonomia degli organi tecnici e sulla mancata impostazione di una vera “medicina sociale”. Fra coloro che erano intervenuti nel dibattito al Senato (25-30 aprile 1888) e alla Camera (12-18 dicembre 1888) numerosi erano stati i parlamentari medici - fisiologi, patologi clinici, igienisti - che avevano dato il loro contributo. Tra i senatori, Jakob Moleschott, fisiologo alla Sapienza, aveva deplorato l'esclusione dei medicinali dall'assistenza gratuita per i poveri e Giacinto Picchiotti, chirurgo a Torino, si era battuto per una maggiore emancipazione dal sindaco e dai consiglieri comunali del medico condotto, “l'uomo che studiò, che sa più di loro, che ha un'alta cultura”. Tra i deputati, Nicola Badaloni, patologo a Napoli, aveva stigmatizzato addirittura la “tendenza all'accenramento”; Corrado Tommasi Crudeli, igienista a Roma, aveva raccomandato una “energica applicazione dei nuovi regolamenti” onde non restassero scritti sulla carta e inoperanti; Antonio Cardarelli, maestro della Scuola medica napoletana, aveva lamentato la mancata istituzione di un ministero della Pubblica Igiene, un “ministero della Guerra ai microbi” con cui sostituire il «ministero della guerra agli uomini».

Certamente la legge non risolveva tutti i problemi sanitari della “nuova Italia”. Il paese avrebbe dovuto in futuro - come aveva detto il relatore alla Camera Mario Panizza, patologo a Roma ed erede politico di Bertani (morto nel 1886) - “*consacrare nuove e maggiori risorse per trovare anche in ordine alla igiene pubblica il suo assetto definitivo*”; tuttavia la legge di riforma non avrebbe mancato di stimolare “in molti grandi e piccoli comuni un grande risveglio” e un altrettanto grande “entusiasmo per le opere di risanamento”.

Le esperienze e le idee delle avanzate Scuole mediche di Germania e di Francia erano state utilizzate per sostenere con autorevolezza le ragioni di una strategia della prevenzione che non poteva più essere fondata sulla predicazione dell'igiene individuale, ma che doveva necessariamente investire ogni aspetto delle politiche sociali. Erano i tempi in cui la medicina accademica usciva dal chiuso della ricerca scientifica per applicare i risultati di questa alla vita della società in rapida trasformazione. Erano i tempi in cui la classe medica nel suo complesso era coinvolta fino in fondo nell'impegno di dare al paese una coscienza sanitaria al passo, per l'appunto, coi tempi. “Fatta l'Italia” come nazione, la riforma sanitaria doveva “fare gli italiani” anche come cittadini coscienti del fatto che la loro salute era un bene primario - indi-

viduale, sociale, nazionale - da rivendicare e difendere. Nel nuovo sistema sanitario, se permanevano vistose falle, era però predisposta quella struttura sanitaria, articolata nei medici provinciali e comunali, che reggerà bene per tre quarti di secolo come struttura portante della sanità italiana e “con la quale - dirà Benedetto Croce inserendola tra i fatti memorabili della “vita politica e morale” della *Storia d'Italia dal 1871 al 1915* - “la vigilanza igienica in Italia fece molti passi innanzi, concorrendo alla sparizione o attenuazione delle epidemie e degli altri morbi e all'abbassamento della mortalità”.

Si apriva un ventennio in cui, pur offuscata da momenti politici di controtendenza (come gli anni del dopo-Crispi, quando si tentò di affossare la riforma nel nome di un più corretto esercizio della funzione amministrativa, divenuta vittima - secondo Di Rudinì - dell'“arbitrio sanitario”), si affermava una visione nitida dei nessi tra salute e ambiente che portava fisici, chimici, ingegneri, costruttori edili a impegnarsi con gli igienisti in una collaborazione interdisciplinare che trovava realizzazione nella progettazione e sorveglianza delle case popolari, delle fabbriche, delle scuole, delle caserme, delle carceri, delle colonie marine e montane, degli stabilimenti idroterapici, dei sanatori, degli ospedali (questi ultimi riordinati dalla legge Crispina sulle Opere pie del 1890). Si realizzava anche nella descrizione e prescrizione delle modalità attuative dei piani regolatori, degli acquedotti e delle fognature, della ventilazione e della illuminazione degli ambienti, della conservazione e dello smercio dei prodotti alimentari.

Nasceva e si consolidava la “medicina sociale”, che metteva in chiara evidenza la dialettica esistente tra malattie e progresso. Affrontare la lotta antimalarica in una visione di progresso socio-economico significava tener conto dei rapporti intercorrenti tra la malaria e la precarietà della condizione contadina, l'arretratezza della produzione agricola, lo sfruttamento indiscriminato delle risorse umane. Dichiarare guerra alla tubercolosi, malattia divenuta il «grande tarlo» che rodeva la società in fase di industrializzazione, significava in primo luogo controllare le sue concause ambientali, abitative e lavorative, associate in una stretta mortale alle concause debilitanti l'organismo, quali un difetto di apporto di energia (penuria alimentare) e/o un eccesso di dispendio energetico (superlavoro, fatica). Il progresso sanitario posto in termini igienici non poteva che porsi in chiave politica, con istanze di ulteriore avanzamento legislativo e di più incisiva e diffusa applicazione al contesto sociale.

In vent'anni la popolazione italiana cresceva di oltre cinque milioni di abitanti, raggiungendo i 35 milioni nel 1911. La mortalità generale, già oscillante intorno al 30% nei due primi decenni postunitari, si attestava intorno al 20% nei primi anni del Novecento. L'aspettativa di vita alla nascita saliva da 35 anni nel 1882 a 43 anni nel 1901. Enrico Raseri, capo-divisione della Direzione generale di statistica, poteva riassumere la “demografia e geografia medica d'Italia” in questa conclusione datata 1906: *“Relativamente all'aumento della popolazione, diminuisce il numero dei morti in quasi tutti i gradi della scala dell'età, cosicché si è ottenuto un notevole prolungamento della vita media. Le malattie infettive epidemiche si fecero meno gravi e più circoscritte; indizio che i precetti dell'igiene si vanno diffondendo in tutte le classi di popolazione”*.

Accogliendo nel proprio discorso storiografico le proiezioni di questi dati, Croce potrà ancora notare, questa volta con riferimento al “rigoglio economico” dell'Italia di Giolitti, che *“le condizioni igieniche delle città e la robustezza della gente operaia e contadina erano in incessante progresso; e il colera fu presto soffocato, come quando si era riaffacciato nel 1893, così quando si ripresentò nel 1911”*. Di tutto ciò andava dato merito, secondo Croce, anche all'“attivissima legislazione sociale”, con la “riforma delle leggi sulla sanità pubblica”. “Riforma” qualificava qui non un'unica legge organica, ma tutto il complesso, tra l'articolato e il frammentario, delle leggi emanate e poi fuse con quella del 1888 nel Testo Unico delle leggi sanitarie datato 1° Agosto 1907, un testo dovuto prevalentemente al “tecnico” preposto alla Direzione generale di sanità, l'igienista Rocco Santoliquido, il quale fu per Giolitti, mutati i tempi, quello che Pagliani era stato per Crispi.

Le linee del riformismo sanitario nel primo Novecento seguivano le due principali direttrici della politica giolittiana d'intervento sociale: concedere con cautela e solo quando un rinvio non fosse più possibile senza rischio effettivo, contenere nei minimi termini le spese previste a carico dello Stato. Le due direttrici mettevano capo all'idea che la questione sanitaria del nuovo secolo sarebbe stata risolta indirettamente, senza bisogno di un'attivissima legislazione, come conseguenza automatica del processo di industrializzazione e del relativo progresso economico.

Comunque alla vittoria sul colera faceva corteo il calo della mortalità per pellagra e malaria. Dal 1901 il chinino antimalarico era in vendita come "chinino di Stato" nelle private di tabacchi; dal 1904 il farmaco - grazie soprattutto all'impegno di Angelo Celli, l'igienista di Roma votatosi alla lotta contro la duplice tara dell'anofelismo-analfabetismo - era diventato un genere di consumo popolare gratuito, distribuito non soltanto ai malati, ma anche ai sani che lavoravano nelle zone riconosciute a rischio; dal 1907 fra queste zone erano comprese anche le risaie. La legge al riguardo era stata stimolata più dagli scioperi dei lavoratori del riso, tra cui la malaria mieteva molte vittime, che dalla scienza malariologica, i cui cultori in Italia erano i maggiori nel mondo (oltre a Celli, comprendevano Golgi, Marchiafava, Grassi, Bastianelli, Bignami).

Anche ai pellagrosi i Comuni erano tenuti a distribuire, a norma di legge, gli alimenti integrativi dell'alimentazione maidica carente di vitamina. Ma si trattava di una protezione che restava ben lontana dal risolvere alla radice il problema di una malattia che ancora, come altre, si modellava sulla miseria. Dagli studi sulla patologia dei contadini pellagrosi e delle mondatrici di riso il patologo di Pavia Luigi Devoto traeva fondati motivi per rafforzare quella sensibilità per "la medicina nei suoi rapporti con le questioni sociali" cui era stato educato dal suo maestro Edoardo Maragliano, clinico medico di Genova. Fattori di crisi di una economia organica precaria erano la condizione e la professione agricole, così come nei lavoratori del piombo e dell'alabastro affetti da saturnismo e da silicosi il fattore di crisi era il lavoro operaio. Devoto apriva nel 1910 a Milano la prima clinica delle malattie del lavoro. Accanto alla malattie modellate sulla miseria contadina si studiavano e curavano le malattie modellate sul progresso industriale. Il concetto di "malattia del lavoro" non poteva prescindere dalle categorie sociali della miseria e del progresso: la miseria debilitava la forza-lavoro; il progresso esigeva un super-lavoro debilitante. Malattia professionale era sinonimo di malattia sociale.

"Medici sociali" erano quanti ritenevano che la salute dei ceti popolari non fosse più da correlarsi soltanto alla gestione istituzionalizzata dei poveri da parte dei medici condotti o all'assistenza sanitaria ai bisognosi da parte dei medici-apostoli, cioè un semplice corollario pratico degli enunciati filosofico-filantropici di "miglioramento umano illuminato e progressivo" e di "rigenerazione degli infelici oppressi dalle scorrettezze della natura". Per essi la difesa della salute del popolo era il caso particolare di una più generale giustizia sociale; da molti la "medicina sociale" era intesa, con interscambio tra sostantivo e attributo, come "socialismo medico".

In questa temperie ideologica, protrattasi fra luci e ombre fino alla prima guerra mondiale e anche oltre, veniva a svilupparsi quella mutualità sanitaria che, nata nel tardo Ottocento dalle iniziative spontanee e dalle premesse volontaristiche proprie del "mutuo soccorso" e della solidarietà operaia, si configurava sempre più come un complesso di istituzioni, strutture, funzioni, finalizzate a dare ai cittadini "assicurazione" di assistenza in caso "di malattia". *"Le Casse Mutue dovranno fin dall'inizio"*, si scriveva nel 1919, *"organizzarsi in modo da evitare il baratro"* del fallimento. *"Ma perché questa opera gigantesca e mirabile possa essere compiuta, occorre che le classi lavoratrici vedano in esse una conquista che è nata dalla loro forza politica"*; e parimenti la classe medica deve vedervi *"un grande elemento di elevazione umana"*.

LA «PROFESSIONE» DALLA LEGGE DEL 1910 A OGGI

Mario Raimondi

Dirigente FNOMCeO - Settore Legale (1996)

Premessa

Il notevole rilievo assunto dal bene salute e il conseguente sviluppo dell'assistenza sanitaria, dopo l'unificazione dell'Italia, hanno indotto il legislatore a disciplinare l'esercizio professionale sanitario. Il Regolamento generale sanitario, approvato con Regio Decreto 3 febbraio 1901, n. 45, in esecuzione della delega di cui alla legge 22 dicembre 1888, n. 5849, ha disciplinato, anche se in forma frammentaria e sintetica, ma con estrema chiarezza, l'esercizio delle professioni sanitarie.

Art. 65 - *“I medici, i chirurghi, le levatrici, i veterinari, i dentisti (ed i flebotomi) che intendano esercitare abitualmente in un comune la loro professione dovranno far registrare il loro diploma presso l'ufficio municipale entro un mese dal giorno in cui vi avranno preso residenza.*

Di ogni registrazione di diploma sarà dal sindaco trasmessa notizia al prefetto, che farà verificare dal medico provinciale la validità del titolo. In ogni ufficio sanitario provinciale dovrà essere tenuto in corrente un apposito registro di tutti gli esercenti sanitari della provincia.

I sanitari che intendono esercitare, anche temporaneamente, in un comune ed i medici e chirurghi che esercitano la loro professione presso i soli stranieri, dovranno presentare alla autorità comunale i titoli della loro abilitazione prescritti dall'art. 23 della legge. Ogni comune terrà un registro speciale con le firme dei singoli sanitari, ostensibile al pubblico ad ogni richiesta”.

Art. 66 - *“I prefetti devono pubblicare e trasmettere al ministero dell'interno ogni anno, entro il mese di gennaio, l'elenco degli esercenti professioni sanitarie nella provincia, e mandare il nome degli esercenti locali a ciascun comune da comunicarsi alle farmacie del luogo”.*

ART. 67 - *“Contravvengono al disposto dell'art. 23 della legge, gli esercenti professioni sanitarie i quali fanno prescrizioni terapeutiche ed operazioni manuali o chirurgiche a cui non sono abilitati dal rispettivo diploma. Un regolamento speciale sul servizio ostetrico determinerà quali siano le prescrizioni e le operazioni permesse alle levatrici”.*

La normativa, anche se diretta a garantire la collettività sul possesso dei requisiti tecnici da parte degli esercenti le professioni sanitarie, assumeva particolare valenza dal momento che ricomprendeva l'esercizio della medicina, della farmacia e della veterinaria tra le professioni protette.

Nel contempo, riconosceva una specifica qualificazione e funzione sociale delle professioni e la loro attitudine a soddisfare i bisogni individuali e collettivi rilevanti sotto l'aspetto dell'interesse generale della collettività.

Acquisito il diritto dell'individuo alla tutela della salute il codice civile “Libro del lavoro” all'art. 2 prevedeva che *“l'ordinamento delle categorie professionali è stabilito dalle leggi, dai regolamenti, dai provvedimenti dell'Autorità governativa e dagli statuti delle associazioni professionali riconosciute”.* Inoltre l'art. 167 condizionava il diritto alla retribuzione per la prestazione eseguita all'iscrizione in un albo o elenco.

La constatazione, infine, che la professione forense e quella dei ragionieri avessero già ottenuto un ordinamento professionale fece sì che dall'inizio del secolo si costituissero spontaneamente associazioni di categoria come quelle dei condotti e libere associazioni provinciali di medici, di farmacisti e veterinari. Ognuna di tali associazioni si diede un proprio statuto e, in qualche caso, come l'Ordine dei sanitari di Sassari, anche un codice di etica e di deontologia, prevedendo, tra l'altro, tra le sanzioni anche l'espulsione con pubblicità della deliberazione presa.

SENATO DEL REGNO (N. 7)

PROGETTO DI LEGGE

presentato dal Presidente del Consiglio, Ministro dell' Interno
(CRISPI)

NELLA TORNATA DEL 22 NOVEMBRE 1887

Tutela dell'igiene e della sanità pubblica

SIGNORI SENATORI. — Vari disegni di legge diretti a tutelare la pubblica igiene vennero, negli ultimi anni, presentati dal Governo al Parlamento. Nessuno però ebbe l'onore e la fortuna di essere interamente discusso ed approvato. A voi, onorevoli senatori, che dottamente discuteste ed accettaste il disegno di legge proposto dal Governo nel 1873 e portaste quasi a compimento la discussione sull'altro progetto governativo del 1876, mi onoro presentare l'unito disegno di legge *sulla tutela dell'igiene e della sanità pubblica*, che mi auguro possa apparirvi come la risultante e la sintesi dei passati studi e delle nuove indagini, e il frutto di una più matura esperienza. Il progetto di codice sanitario sottopostovi dal mio compianto predecessore, al quale fu amoroso e alacre collaboratore un illustre patriota igienista, intendeva a coordinare allo scopo della sanità pubblica, (come è detto nella relazione ministeriale che lo precede) gli enti amministrativi e il personale tecnico-scientifico, atto ad infondervi vita e valore; ad istituire, insomma, in Italia un servizio operoso pel benessere fisico della popolazione.

Questo pure è il concetto che informa il disegno di legge che vi sta innanzi.

Esso mira con le nuove disposizioni a rendere più sollecita ed efficace l'azione delle autorità amministrative coadiuvate da persone fornite di tecnica competenza.

In esso più seriamente si afferma e si disciplina la vigilanza e la tutela dell'esercizio delle professioni sanitarie, e si assicura l'assistenza medico-farmaceutica agl'indigenti, anche mediante consorzi fra i comuni più piccoli e più poveri.

Non ho creduto di scendere a particolareggiate disposizioni sopra le singole materie, sembrando miglior consiglio che esse abbiano sede in apposito regolamento, il quale naturalmente non dovrà dipartirsi dalla lettera e dallo spirito della legge, ma agevolarne e renderne più utile la pratica attuazione.

Onorevoli senatori,

Confido pienamente che voi farete buon viso al progetto di legge che, d'ordine del Re, io vi presento, discutendolo, come è vostro costume, con amore pari all'importanza dell'argomento, e apportandovi inoltre quei miglioramenti che la vostra sapienza sarà per consigliarvi.

Lo scopo ricorrente dei vari statuti (Modena, Bologna, Firenze, Siena, Sassari, Roma) era la tutela del decoro e degli interessi materiali e morali dei soci, anche se accanto ad interessi strettamente individuali e di categoria vi era quello più ampio della tutela della salute e, in qualche caso, del perseguimento del benessere della collettività.

In particolare nello statuto dell'Ordine dei sanitari della città e della provincia di Modena del 1903 uno degli scopi dell'associazione era quello di *“studiare le questioni igieniche e sanitarie di ordine pubblico in relazione con l'esercizio professionale”*. Sulla spinta delle associazioni provinciali volontarie si arrivò, persino, all'istituzione di un organismo federativo nazionale che, oltre a svolgere funzioni di coordinamento, si farà promotore di iniziative legislative dirette ad attribuire agli Ordini natura giuridica pubblica.

Costituzione degli Ordini

Nel dicembre del 1908 iniziò l'iter legislativo “sugli Ordini sanitari” con la presentazione, da parte del Presidente del Consiglio, di un disegno di legge che però decadde per la fine della legislatura.

Nella riunione del Governo del 29 marzo 1909 Giolitti presentò un nuovo disegno di legge che costituirà il testo base di discussione in seno alle Camere della successiva legge 10 luglio 1910, n. 455.

La ratio della istituzione degli Ordini dei sanitari è ampiamente spiegata nella relazione al disegno di legge.

“Le classi sanitarie hanno da tempo manifestato l'aspirazione che - a somiglianza di quanto è stato fatto per gli esercenti le professioni di avvocato e di procuratore legale e più recentemente per gli esercenti quella di ragioniere - vengano istituiti organi per la legale rappresentanza degli esercenti dell'arte salutare.

Importa infatti sommamente ai sanitari che esistano organi legali, i quali da un canto tutelino i loro legittimi interessi professionali, e nel tempo stesso assicurino il decoroso esercizio della professione per tutti coloro che vi si dedicano.

L'interesse dei sanitari coincide in ciò con l'interesse pubblico. Difatti è rispondente a criterio di pubblica utilità che la tutela degli interessi professionali si svolga nei limiti della legge e secondo la via che da questa le viene tracciata. E d'altra parte l'importante, già grandissima e sempre crescente, assunta nella società moderna dalla protezione della pubblica salute, non può che far considerare come un vantaggio della collettività ogni istituzione diretta a garantire la regolarità e la correttezza nell'esercizio delle professioni sanitarie.

Di più, lo sviluppo grande preso fra noi dall'assistenza sanitaria negli ultimi anni e le benemeritenze, sempre maggiori, acquistate dalle classi sanitarie, mentre rendono più agevole l'adozione di provvedimenti per la legale rappresentanza delle classi stesse, inducono nel convincimento che non sia opportuno l'ulteriore ritardo delle invocate misure legislative.

Tanto più che l'ordinamento legale troverà in questo campo uno stato di fatto che i bisogni della classe hanno spontaneamente determinato”.

La legge era costituita da 11 articoli e mutuava dagli statuti delle associazioni volontaristiche esistenti i punti salienti.

L'art. 1 prevedeva in ogni provincia un Ordine distinto per ciascuna delle tre categorie dei medici chirurghi, dei veterinari e dei farmacisti. La Federazione Nazionale aveva proposto, data l'esiguità degli esercenti le professioni sanitarie, un unico Ordine provinciale comprendente le tre categorie ma il legislatore preferì il sistema delle rappresentanze distinte.

ORDINE DE' MEDICI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

CODICE

DI

ETICA E DI DEONTOLOGIA

DELL' ORDINE DE' MEDICI

DELLA

PROVINCIA DI SASSARI



SASSARI

Tipografia e Libreria G. GALLIZZI e C.

—
1903

“Ciascuna di queste, infatti, ha caratteri e interessi propri non sempre concordanti con quelli di altre categorie di sanitari. Ond’è facile prevedere che la riunione in un solo Ordine non farebbe tardare il dissenso e l’attrito, con l’inevitabile prevalenza degli interessi di una classe a quelli di un’altra, e a tutto scapito degli intendimenti e degli scopi che il presente disegno di legge si propone”. Altro principio rilevante fissato dall’art. 1 era l’obbligatorietà dell’iscrizione negli albi; la costituzione dell’Ordine, pertanto, ha la propria ragione d’essere nella tenuta degli albi.

L’art. 3 poneva l’iscrizione all’albo quale conditio sine qua non per l’esercizio della professione nel Regno, nelle colonie e protettorati.

Tale *“principio è fondamentale nel concetto ispiratore del presente disegno di legge. Esso afferma che nessuno può esercitare la professione sanitaria se non è iscritto nell’albo. La ragione è evidente. Giacché un istituto viene costituito al fine di regolare un esercizio di una data professione e di tutelarne il decoro, nell’interesse dei professionisti e del pubblico, è ovvia la necessità che tutti gli esercenti nella professione debbano far parte di quell’istituto il quale non potrebbe, in caso diverso, rispondere allo scopo per cui viene costituito”.*

Al secondo comma prevedeva *“però i sanitari che abbiano qualità di impiegati iscritti in un ruolo organico di una pubblica amministrazione dello Stato, o delle province, o dei comuni, sono soggetti all’eventuale disciplina dell’ordine sociale per ciò che riguarda il libero esercizio; esclusa ogni ingerenza dell’Ordine stesso nei rapporti dei sanitari con le pubbliche amministrazioni”.*

La tematica relativa ai sanitari dipendenti esonerati dall’obbligo di iscrizione all’Albo e soggetti alla disciplina dell’Ordine soltanto per ciò che riguarda la libera professione è di sorprendente attualità.

Come si legge nella relazione *“dall’obbligo dell’iscrizione, nel caso delle classi sanitarie, bisogna però esonerare i sanitari aventi qualità di impiegato iscritto in un ruolo organico di una pubblica amministrazione. Il fatto stesso di coprire il pubblico impiego dà, invero, tutte le garanzie pel possesso dei requisiti che affidano di un buon e corretto esercizio professionale nel caso in cui agli impiegati è consentito. D’altra parte i pubblici impiegati hanno i loro ordinamenti; hanno propri organi disciplinari consoni alla natura e ai fini della pubblica amministrazione. Non sarebbe quindi ammissibile, per medesimo oggetto, la coesistenza parallela di due giurisdizioni affidate a organi essenzialmente diversi”.*

Tale principio è stato profondamente innovato con le leggi successive sino a quella vigente, che consente l’iscrizione nell’albo soltanto ai sanitari dipendenti da una pubblica amministrazione *“ai quali, secondo gli ordinamenti loro applicabili, non sia vietato l’esercizio della professione”.*

Dal diritto all’esercizio professionale in assenza di iscrizione si è pervenuti al divieto di iscrizione per l’esercizio professionale, qualora gli ordinamenti interni degli enti da cui dipendono vietino l’attività libero professionale.

L’articolo fissava i requisiti per l’iscrizione nell’albo. Tra questi vi era quello relativo al godimento dei diritti civili e politici. Peraltro, detto principio subiva un’eccezione riguardo alle donne diplomate.

“Non sarebbe giusto escluderle dall’iscrizione all’albo, specialmente tenendo conto che tale iscrizione, d’ora in avanti, è condizione indispensabile per esercitare la professione, anche in considerazione che la donna ha diritto a conseguire il diploma universitario e attualmente sono ammesse all’esercizio professionale”.

Così avveniva per l’iscrizione dei cittadini stranieri, purché *“abbiano conseguito il diploma professionale in un istituto del Regno autorizzato a rilasciarlo o in un istituto di Stato estero, che abbiano concesso il diritto di reciprocità per l’esercizio professionale ai cittadini diplomati in Italia”*: si attribuiva, giustamente, più rilievo al possesso del diploma universitario che allo status di cittadino.

L'articolo concludeva escludendo esplicitamente il diritto all'iscrizione, per la durata della pena, per tutti quei sanitari condannati con sentenza passata in giudicato.

La legge proseguiva nella elencazione dei criteri di rappresentanza e di autofinanziamento degli Ordini professionali.

L'articolo 7, non previsto nel disegno di legge originario, stabiliva che *“in ogni provincia del Regno i Presidenti dei tre Ordini sono membri di diritto del Consiglio Sanitario provinciale ove ha sede l'Ordine”* e che *“un rappresentante di ciascuno dei tre Ordini eletto dai Presidenti dei rispettivi Ordini del Regno fa parte del Consiglio Superiore di Sanità”*.

La Federazione, in realtà, aveva chiesto che agli Ordini fossero attribuiti compiti di *“studiare le condizioni dell'assistenza sanitaria e dell'igiene ed esercitare all'occorrenza quell'azione che fosse giudicata necessaria per migliorarle”*(5), ma questa istanza non fu accolta.

A sostegno del diniego, la Camera dei Deputati obiettò che la legge non era rivolta a creare nell'amministrazione sanitaria enti consultivi ed esecutivi, ma soltanto a dare rappresentanza e ordinamento agli esercenti le professioni sanitarie.

Il Parlamento, tuttavia, dopo precedenti dinieghi e molte discussioni, concesse agli Ordini di partecipare all'amministrazione sanitaria dello Stato con propri membri di diritto nei Consigli Sanitari provinciali e nel Consiglio Superiore di Sanità.

L'art. 8 determinava le attribuzioni del Consiglio direttivo. La prima consisteva nella formazione dell'albo con il conseguente obbligo di iscrizione, cancellazione ed esame dei titoli e dei requisiti dei professionisti che richiedevano l'iscrizione.

Altra competenza non meno importante era quella relativa alla vigilanza sul decoro e sull'indipendenza degli Ordini. Conseguente alla seconda era il potere disciplinare nei confronti di quei sanitari che si fossero resi colpevoli di abusi o mancanze nell'esercizio della professione, o, comunque, di fatti disdicevoli al decoro professionale.

Infine veniva conferita agli Ordini la funzione conciliativa nelle controversie tra sanitario e sanitario, o tra sanitario e cliente, per ragioni di spesa, di onorari o per altre questioni inerenti l'esercizio professionale.

L'art. 9, infine, prevedeva organi amministrativi cui l'interessato aveva la possibilità di ricorrere contro i provvedimenti del Consiglio direttivo.

L'emanazione della legge professionale ha “entificati” gli Ordini dei medici attribuendo loro lo status di persone giuridiche di diritto pubblico. Gli Ordini, pertanto, sono soggetti di amministrazione dotati di pubblici poteri di natura autoritativa, sottoposti a vigilanza da parte dello Stato anche se svolgono un'attività propria dello Stato e al servizio di questo, in quanto i loro interessi coincidono totalmente con quelli dello Stato che, perciò, li classifica come enti pubblici strumentali.

Secondo la dottrina prevalente l'azione degli Ordini è generalmente di semplice integrazione o collaborazione necessarie, a seconda dei casi, alla attività amministrativa statale. Ne consegue che gli enti professionali rientrano tra gli enti ausiliari, vale a dire, tra quegli enti che perseguono fini che, pur non essendo propri dello Stato, vengono da questo considerati di grande interesse giacché la loro realizzazione dà completamento all'azione statale, affiancandosi a essa o integrandola, o prestandole altrimenti ausilio.

L'Ordine dei medici, pertanto, mantiene il suo ruolo di soggetto “esponenziale” della categoria e, pur avendo una peculiare posizione nei riguardi di alcuni fini e compiti di interesse generale, che ne giustificano la istituzione come ente pubblico, non viene inserito nella organizzazione dello Stato.

Dal testo normativo si evince che gli Ordini dei medici sono enti ad appartenenza obbligatoria, nel senso che necessariamente ne fanno parte tutti gli appartenenti alle rispettive categorie professionali e presentano una struttura corporativa di tipo associativo, pur distinguendosi dalle associazioni per il carattere della obbligatorietà dell'appartenenza.

Sono, inoltre, enti autarchici in quanto forniti di potestà pubblica, di potere di autorganizzazione e di autotutela. Sono, inoltre, enti a circoscrizione territoriale dal momento che incontrano un limite spaziale entro il quale l'ente è legittimato ad operare.

Infine, sono enti esponenziali avendo la rappresentanza legale degli interessi della categoria professionale degli iscritti all'albo.

I principi informativi della legge sono: costituzione degli Ordini dei sanitari in ogni provincia; obbligo dell'iscrizione nell'albo per l'esercizio professionale; istituzione di rappresentanze provinciali delle singole classi; determinazione della competenza di tali rappresentanze; determinazione dei mezzi finanziari per la costituzione e il finanziamento degli Ordini.

Il periodo intercorrente tra l'istituzione degli Ordini e l'entrata in vigore della legge 563 del 1926 fu positivo e ricco di iniziative tendenti alla crescita culturale degli iscritti, alla salvaguardia della salute dei cittadini e all'armonizzazione dei rapporti medico-paziente.

Scioglimento degli Ordini e riconoscimento giuridico dei sindacati fascisti di categoria

Nel 1926 il regime fascista, allo scopo di consolidare *“lo Stato veramente sovrano, che domina le forze esistenti nel Paese e tutti indirizza ai fini storici e immanenti della vita nazionale”* approva la legge 3 aprile 1926, n. 563, relativa alla disciplina giuridica nei rapporti collettivi di lavoro.

La ratio della legge, come si legge nella relazione al disegno di legge n. 350, presentata nella tornata del 17 dicembre 1925, sta nel fatto che *“lo Stato fascista deve prendere in mano anche la questione dei rapporti tra capitale e lavoro, e deve risolverla nell'interesse di una pacifica convivenza tra i gruppi sociali e di una sempre maggiore intensificazione e di un sempre maggiore perfezionamento della produzione nazionale”*.

La legge all'art. 2 prevedeva che *“gli Ordini, collegi e associazioni professionisti liberi esistenti legalmente riconosciuti, continuano ad essere disciplinati dalle leggi e dai regolamenti vigenti”*.

“Tuttavia con Regio Decreto sentito il Consiglio dei Ministri, tali leggi e regolamenti saranno sottoposti a revisione per coordinarli con le disposizioni della presente legge”.

Con la legge 563 del 1926, fino al 1935, anno di revisione e coordinamento degli Ordini, vi fu una sovrapposizione tra Ordine e Sindacati con una progressiva paralisi dei primi a tutto vantaggio dei secondi.

Nel 1934, con il Testo Unico Leggi Sanitarie, approvato con Regio Decreto n. 1265, l'esercizio delle professioni e delle arti sanitarie fu assoggettato a vigilanza sanitaria.

Sono indiscutibilmente norme di pubblica sicurezza, ma svuotano ulteriormente gli Ordini delle loro precipue attribuzioni.

La revisione e il coordinamento previsto nell'art. 2 della Legge 563/26 avvenne con il Regio Decreto 184 del 1935, con il quale fu sancita la soppressione degli Ordini.

Categorico è al riguardo l'art. 1: *“gli Ordini professionali dei medici chirurghi, dei veterinari e dei farmacisti sono soppressi”*.

Il motivo veniva spiegato senza equivoci nella relazione al Senato: *“il conferimento delle attribuzioni, concernente la tenuta degli albi e la disciplina degli iscritti alle associazioni sindacali sanitarie, giuridicamente riconosciute, è pienamente giustificato dalla opportunità di rendere più efficiente l'organizzazione della classe sanitaria, eliminando una superflua duplicità di Organi, di funzioni e di attività”*.

“Non può, peraltro, prescindere dalla speciale natura e delicatezza delle nuove funzioni attribuite ai sindacati e dai riflessi che dall'esercizio delle medesime possano conseguire nei riguardi non solo degli interessi morali e materiali della categoria e dei singoli organizzati, ma anche e, soprattutto, dagli interessi della salute pubblica e della giustizia”.

“Pertanto, il provvedimento di cui trattasi, nel confermare il principio che l’alta vigilanza sullo esercizio delle professioni sanitarie, siccome strettamente connesse alle sue attribuzioni istituzionali, spetta al Ministero dell’Interno, che la esercita, sia direttamente sia a mezzo del Prefetto, riafferma, precisando il contenuto, i limiti e le modalità di esercizio, il potere di ingerenza del prefetto nella cennata attribuzione sindacale, sia sotto forma propulsiva che sotto forma surrogatoria”.

La nuova disciplina giuridica dell’esercizio delle professioni sanitarie si articolava in 40 norme. Le funzioni relative alla tenuta degli albi e al potere disciplinare di competenza degli Ordini soppressi venivano esercitate dai sindacati fascisti provinciali di categoria.

Con l’art. 2 si istituiva l’albo delle levatrici, tenuto, anch’esso dai sindacati fascisti provinciali di categoria.

L’art. 3, a garanzia dei profughi, prevedeva, in aggiunta all’albo dei medici chirurghi, l’elenco transitorio dei dentisti abilitati a continuare l’esercizio della professione ai sensi del Regio Decreto Legge n. 20 del 1930.

L’art. 4 ribadiva che l’iscrizione all’albo era conditio sine qua non per l’esercizio delle professioni sanitarie.

L’art. 5 elencava in modo più articolato, a differenza dell’art. 2 della Legge 455 del 1910, i requisiti per l’iscrizione nell’albo.

I requisiti discriminanti, rispetto alla precedente normativa, erano il possesso della cittadinanza italiana, anche se era prevista la deroga nel caso si trattasse di cittadini stranieri appartenenti a uno stato con il quale il Governo del Re aveva stipulato lo speciale accordo di reciprocità, e la *“buona condotta morale e politica”*.

La richiesta specifica della cittadinanza italiana, quale requisito per l’iscrizione all’albo, deriva dallo spirito nazionalistico dell’epoca ed era legittimato dal valore probatorio degli atti e certificazioni rilasciati dai medici quali incaricati di pubblico servizio o pubblici ufficiali.

Quest’ultima qualificazione rappresentava un elemento caratteristico proprio del regime.

L’art. 7, ribadendo la precedente disciplina, estendeva ai medici impiegati di una pubblica amministrazione, il cui regolamento non vietava l’esercizio della libera professione, l’obbligo di iscrizione per poter esercitare la professione stessa.

La disciplina nei confronti degli iscritti, simile a quella vigente in precedenza, a sua volta mutuata dagli istituti delle associazioni volontaristiche antecedenti al riconoscimento della personalità giuridica degli Ordini, introduceva la sanzione della radiazione dall’albo.

Detta sanzione era però comminata non solo, come in precedenza, al sanitario che avesse, con la sua condotta, compromesso la propria reputazione e la dignità della classe sanitaria, ma anche nella ipotesi in cui il medico avesse svolto *“una pubblica attività contraria agli interessi della nazione”*.

Era prevista, infine, la radiazione ope legis in casi di sentenza penale per i reati di commercio clandestino o fraudolento di sostanze stupefacenti, istigazione all’aborto e atti abortivi su donne ritenute incinte e per ogni altro delitto non colposo per il quale la legge comminava la pena della reclusione non inferiore nel minimo a 2 anni e nel massimo a 5.

La sanzione della radiazione era stata introdotta, come si legge nella relazione al regolamento di esecuzione *“per evitare che il provvedimento disciplinare da adottarsi nei casi più gravi possa essere confuso con la cancellazione dall’albo, derivante da motivi dai quali esula qualsiasi carattere morale e disciplinare”*.

“Alla maggiore severità di sanzioni, concernenti l’esercizio professionale, corrisponde, però, un ordinamento della protezione giurisdizionale più consentaneo alla delicatezza degli interessi statali, di categoria e individuali, che ne formano l’obbietto.

Si prevede, pertanto, all’istituzione, presso il Ministero dell’Interno, di una Commissione Centrale, la cui composizione rispecchia, per quanto possibile, la natura e la corrispettiva entità degli interessi da tutelare.

Alla Commissione è dato ricorso nei casi dal provvedimento previsti: e, tenuto conto - come si è dianzi accennato - del suo carattere giurisdizionale, contro le sue decisioni è ammesso ricorso alle Sezioni Unite della Corte di Cassazione per incompetenza ed eccesso di potere”.

Nel 1937 veniva pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale la Tariffa per le prestazioni medico chirurgiche rese al pubblico, ferma restando l’assistenza medico-chirurgica e ostetrica gratuita per i poveri, come previsto dall’art. 4 del Testo Unico Leggi Sanitarie (R.D. 1265/34).

Il Codice Civile vigente, all’art. 2229, a similitudine di quello precedente, stabilisce che *“la legge determina le professioni intellettuali per l’esercizio delle quali è necessaria l’iscrizione in apposito albo o elenco”.*

Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e disciplina dell’esercizio delle professioni stesse

Le professioni sanitarie sono governate dai sindacati fascisti provinciali di categoria fino alla entrata in vigore del D.L.gs. L.g.t. 23 novembre 1944, n. 369, che sciolse, tra le altre confederazioni, anche la “Confederazione fascista dei professionisti e artisti”.

Contestualmente, il Decreto Legislativo 369 dettò norme per ricostituzione degli Ordini e Collegi di numerose professioni, ma nulla stabilì per le professioni sanitarie. Al vuoto legislativo supplì però l’entusiasmo e la volontà dei sanitari di ricostituire gli Ordini provinciali sulla base della legge 455 del 1910.

A prescindere dal supporto giuridico, assolutamente carente, nella quasi totalità delle province, vennero infatti costituiti gli Ordini dei sanitari per iniziativa delle autorità locali o degli iscritti all’albo.

Soltanto nel 1946, con il DLCPS 233 si provvide alla ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e alla disciplina dell’esercizio delle professioni stesse.

Il DLCPS 233/46 e il successivo regolamento di esecuzione, approvato con DPR 221/50, mutuano dal Regio Decreto 184 del 1935 tutte le normative naturalmente depurate delle norme di chiaro indirizzo fascista.

In particolare l’art. 1 prevede elezioni democratiche tra tutti gli iscritti senza alcuna lista preconstituita di candidati.

Il legislatore, a evitare il consolidarsi del potere di pochi, stabiliva che la durata in carica del Consiglio fosse di 2 anni, successivamente portata a 3.

Altra forma di garanzia democratica è la previsione del ricorso alla assemblea degli iscritti, convocata in adunanza generale, avverso i provvedimenti che fissano l’entità delle fonti di finanziamento dell’Ordine.

La norma, di sicura garanzia democratica, era però facilmente applicabile quando gli iscritti erano poche centinaia, mentre può essere oggi deleteria e di intralcio per il funzionamento e per la stessa sopravvivenza degli Ordini.

Altra modifica discriminante è rappresentata dalla soppressione della necessità della valutazione della condotta “morale e politica”, garantendo in tal modo ai richiedenti l’iscrizione un giudizio obiettivo e non discrezionale.

Sono, inoltre, previste le Federazioni nazionali con compiti, soprattutto, di coordinamento e promozione delle attività degli Ordini provinciali.

Il titolo terzo del Regio Decreto 185/35, concernente la disciplina degli iscritti, è riportato integralmente nel capo IV del DPR 221/50 con l’unica, peraltro scontata, eccezione della soppressione della sanzione della radiazione nella ipotesi in cui *“il sanitario abbia svolto una pubblica attività contraria agli interessi della nazione”.*

La radiazione ope legis, di cui all'art. 42 del DPR 221/50, mutuata integralmente dal Regio decreto 184 del 1935, sarà in seguito dichiarata illegittima in quanto il Governo, nella sua potestà regolamentare, è andato oltre la delega conferitagli.

Il progresso culturale e scientifico ha comportato per il medico la necessità di un completamento della cultura universitaria di base. Ciò è stato realizzato con la legge 26 gennaio 1942, n. 78, che ha dettato l'ordinamento delle scuole di perfezionamento e specializzazione in medicina e chirurgia.

Sia il DLCPS 223/46, che il relativo regolamento di esecuzione, hanno subito modifiche, ma la struttura ordinistica è rimasta immutata.

In esecuzione dell'art. 21 del DLCPS 233/46, sono stati istituiti enti di previdenza di categoria di cui obbligatoriamente fanno parte tutti gli iscritti agli albi provinciali.

Dopo la sospensione degli esami di abilitazione, a seguito degli eventi bellici, nel 1957 sono stati ripristinati.

Gli Ordini dei medici chirurghi e la corrispondente Federazione nazionale, a seguito della legge 244 del 1963, concernente norme generali relative agli onorari e competenze per le prestazioni medico chirurgiche e istituzione della relativa Tariffa, hanno acquisito la competenza a stipulare convenzione con gli enti mutualistici.

Con decreto presidenziale n. 1763, del 1965 fu approvata la tariffa minima nazionale degli onorari per le prestazioni medico chirurgiche.

L'applicazione di tale tariffa, peraltro, incontrò serie difficoltà, tant'è che fu pubblicata quasi un anno dopo dall'approvazione e, nonostante la previsione di aggiornamento ogni 5 anni, è rimasta in vigore sino al 1992.

Il potere di stipulare convenzioni con gli enti mutualistici permane riservato agli Ordini e alla Federazione fino al 1977, allorché la legge 349, recante norme transitorie per il trasferimento alle Regioni delle funzioni già esercitate dagli enti mutualistici, per la stipulazione delle convenzioni uniche per il personale sanitario in relazione alla riforma sanitaria, trasferisce tali attribuzioni ai sindacati di categoria più rappresentativi.

La riforma sanitaria del 1978 ha ribadito il potere della Federazione di partecipare alla stipula degli accordi tra servizio sanitario nazionale e organizzazioni di categoria, limitatamente all'aspetto deontologico.

Successive norme riguardanti l'organizzazione del S.S.N., la L. 412 del 1991 e il D.lgs. 502 del 1992, hanno fatto venire meno tale prerogativa.

Significative sono state le modifiche subite dalla disciplina ordinistica a seguito della partecipazione dell'Italia alla Comunità economica europea.

Profonde modifiche sono state apportate, limitatamente all'Ordine dei medici e alla relativa Federazione, dalla legge 409/85, concernente la *“istituzione della professione sanitaria di odontoiatria e disposizioni relative a diritto di stabilimento e alla libera prestazione di servizi da parte di dentisti cittadini di stati membri delle comunità europee”*.

Il diritto di stabilimento e libera prestazione di servizi introdotto dalla legge 217/78 ha consentito ai medici chirurghi, cittadini di un paese membro della CEE, di prestare la propria attività nei Paesi comunitari senza alcuna restrizione, a tutto vantaggio dei cittadini.

La normativa vigente, peraltro molto complessa, è soggetta a continui aggiornamenti e alle “censure” della Commissione Centrale e delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione in considerazione della circostanza che detta normativa è stata per lo più emanata antecedentemente all'approvazione della Carta Costituzionale e pertanto non è armonizzata con i nuovi principi democratici affermati nella Carta Costituzionale stessa.

L'ASSOCIAZIONISMO DEI MEDICI DALL'OTTOCENTO AL FASCISMO

Marco Soresina

Ricercatore della Facoltà di Lettere - Istituto di Storia medioevale e moderna - Università di Milano (1996)

Premessa

In queste pagine si ripercorrono per sommi capi le vicende attraverso le quali i sanitari italiani (medici-chirurghi, veterinari e farmacisti) ottennero il riconoscimento e la tutela della professione, in virtù dell'interesse pubblico che, all'oggetto del loro operare – cioè la cura e la prevenzione della malattia – venne riconosciuto dai poteri dello Stato.

La sociologia ci indica quattro precondizioni necessarie per la definizione di una professione: 1) l'esistenza di un sapere specialistico, 2) la certificazione delle competenze, 3) l'autonomia o indipendenza del professionista, 4) l'adesione a un codice deontologico. La maturità della professione medica e il suo riconoscimento formale sono dunque indissolubilmente legati al progresso della scienza, quindi all'efficacia dell'intervento terapeutico, ma anche alla capacità dei medici di affermare e accreditare presso la pubblica opinione e il legislatore la propria competenza specifica di *tecnici della salute*, direi anzi la propria competenza *esclusiva*. È proprio l'insieme di questi elementi scientifici, corporativi, di relazione politica, che cercheremo di far emergere nella storia dell'associazionismo medico moderno, fino al riconoscimento formale del monopolio professionale con la costituzione degli Ordini dei medici (dei veterinari e dei farmacisti), e fino al successivo travagliato decennio di funzionamento di questi organismi e di ulteriore sviluppo dell'universo associativo dei sanitari italiani.

In un contesto di affermazione e sviluppo della professione medica non sostanzialmente dissimile negli esiti da quello più o meno contemporaneo di altri paesi con eguale struttura sociale, i medici italiani e le loro associazioni si distinsero nel corso dell'Ottocento e del primo ventennio del Novecento per il loro grande attivismo e la notevole creatività d'iniziativa. Nel nostro paese la battaglia contro la ciarlataneria, l'indeterminatezza del *curriculum studiorum* dei sanitari e le scarse possibilità di aggiornamento dei medici-pratici, l'arretratezza delle strutture igieniche e sanitarie, fu infatti promossa tenacemente condotta e in molti casi addirittura vinta, soprattutto - e inizialmente quasi esclusivamente - dai medici e dalle loro associazioni. Il processo di professionalizzazione andava dunque di pari passo, anzi era spesso trascinato da una più generale volontà modernizzante dei medici italiani e delle loro associazioni, che per tutta la durata del periodo qui considerato seppero mantenere nel loro operare uno stretto nesso tra affermazione della professione e miglioramento igienico sanitario della nazione.

Medici e Risorgimento nazionale

Schematizzando al massimo gli approcci ideali dei medici all'associazionismo e più tardi agli ordini e ai sindacati, possiamo individuare due tendenze, entrambe partecipanti del processo di professionalizzazione delle categorie sanitarie e del loro crescente ruolo nella società italiana tra la metà dell'Ottocento e l'immediato primo dopoguerra. Per semplicità parleremo di una tendenza "risorgimentalista e ippocratica" e di una tendenza in un certo senso "critica e antagonista"; naturalmente i due elementi coesisteranno sempre nell'associazionismo sanitario e insieme concorsero a determinarne i profili, ma in un certo senso possiamo definire la prima tendenza come tipica dei padri fondatori dell'associazionismo, mentre la seconda conobbe maggiore sviluppo in una seconda fase, ed ebbe il suo centro nei medici condotti, assumendo quindi anche molti elementi propri del rivendicazionismo sindacale di una categoria particolarmente disagiata di operatori sanitari.

BREVI CENNI
di
POLITICA MEDICA

REDATTI

DAI DETTAMI DEI GRANDI MAESTRI

COMPILATI

DA MELCHIADE ANT. PETRATTI

DOTTORE IN MEDICINA

NELL'OCCASIONE CHE IL SUO AMICO

DOCT. RAIMONDO BARTELLA

FU ONORATO DI MATRICOLA MEDICA

a lui, e per i suoi condiscipoli

CONSACRÒ

nell' Anno 1843.



R O M A

TIPOGRAFIA DELL'OSPIZIO APOSTOLICO

PRESSO PIETRO AURELI

1843.

Inscriviamo nella corrente “risorgimentalista” che riteneva che il medico, in quanto tecnico-specifico, dovesse candidarsi come intellettuale organico al progetto di costituzione, consolidamento e... rifondazione dell’unità politico-amministrativa e sociale del paese. Tale tendenza trovava radici nella figura tradizionale, “ippocratica”, della missione civile del medico, e inoltre era strettamente derivante dall’estrazione sociale e dai presupposti ideologici liberali di quegli intellettuali italiani (tutti medici e scienziati affermati), che si erano posti come iniziatori dell’associazionismo medico tra gli anni quaranta e sessanta del XIX secolo.

Questa concezione progressiva della medicina, e più in generale del ruolo degli intellettuali e dei tecnici (non solo medici) nella costruzione di un nuovo Stato unitario, aveva avuto le prime importanti occasioni per manifestarsi nel corso dei Congressi degli scienziati italiani, che si erano tenuti nei vari Stati della penisola dal 1839 alla vigilia delle rivoluzioni del 1848. La reazione successiva al fallimento dei moti aveva comportato fra l’altro l’interruzione dei congressi degli scienziati, e in mancanza di un punto stabile di riferimento e di confronto, la battaglia per la medicalizzazione della società e per l’accrescimento dell’influenza dei tecnici medici presso i governi centrali e le amministrazioni locali restò legata ai periodici medici, come la “Gazzetta medica” e “La Medicina politica” nel Lombardo-Veneto, e il “Filiatre Sebezio” nel Napoletano. Proprio intorno a questi e ad altri giornali si coagularono in quegli anni i primi tentativi di associazionismo dei sanitari italiani.

I primi passi furono intrapresi nella direzione della costituzione di associazioni di mutuo soccorso, la cui utilità era particolarmente sentita dai medici condotti, specie quelli dell’Italia settentrionale; proprio nel mezzo della difficile temperie del 1848 però, alcuni illustri scienziati e clinici quali Agostino Bertani, Gaetano Strambio, Andrea Verga tentarono la strada di una associazione medica di respiro e ambizioni più ampie. Il 6 luglio 1848 la “Gazzetta medica lombarda” pubblicò un *Programma di associazione medica*, che esordiva così:

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

Tre erano i capisaldi sui quali i firmatari del *Programma* imperviarono il loro progetto di associazione: «culto della scienza, dignità dell’arte, libertà e tutela dei medici». Ogni rivendicazione corporativa, di monopolio e di autonomia professionale era dunque preceduta da un programmatico “culto della scienza”, primo compito di una “classe” sanitaria che ambiva al risorgimento sanitario del paese.

Il *Programma* del 1848 non ebbe nessuna conseguenza pratica in Lombardia, mentre negli Stati Sardi costituzionali i sanitari diedero vita ad una Associazione di medici e chirurghi, che per la prima volta associò a propositi di mutuo soccorso un’attività di aggiornamento scientifico degli iscritti e di tutela della professione. Appena dopo il raggiungimento dell’Unità, nell’estate del 1861, l’associazione dei medici piemontesi e i più rilevanti nomi della medicina lombarda diffusero un *Programma di invito per un’associazione medica italiana*, che invitava i medici italiani a condurre una battaglia comune contro gli ostacoli che si frapponavano alla rinascita igienico-sanitaria nazionale, vale a dire:

“L’assistenza medica nelle antiche sue istituzioni a favore del povero minacciata; l’ordinamento degli spedali 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 servigj non contati né retribuiti; il ciarlatanesimo e l’empirismo trionfanti; e in noi medesimi, confessiamolo francamente, il sapere ed il decoro professionale non sempre uguali alla responsabilità”.

L'opera di risorgimento sanitario che i promotori dell'Associazione medica italiana intendevano perseguire si basava su un cardine fondamentale: la direzione responsabile di un tecnico specifico per ogni articolazione, centrale o locale, dell'amministrazione sanitaria. Questa sorta di "dirigismo scienziista" avrebbe caratterizzato i più importanti dibattiti tra addetti ai lavori e le più articolate proposte di legge prodotte dall'associazionismo medico italiano fino al Codice sanitario di Crispi, facendo chiaramente trasparire la volontà dei medici (e sotto un profilo subordinato anche degli altri tecnici sanitari) di imporre e difendere, seppure con successivi e progressivi cedimenti, il concetto di delega della gestione della salute pubblica al tecnico-specifico.

Strettamente legati a questo obiettivo ideale generale erano presenti sin da subito nell'associazionismo medico anche i temi della correttezza deontologica tra colleghi, del monopolio professionale e della difesa dell'autonomia del gruppo, attraverso la creazione di istanze di autocontrollo che in qualche modo proteggessero i sanitari dall'incompetente giudizio dell'opinione pubblica. Scriveva a proposito Pietro Castiglioni, uno dei più attivi animatori dell'associazionismo italiano:

“L'associazione ci fornirà i mezzi per difenderci dalle maligne accuse, e farci conoscere a chi reca storto giudizio di noi, l'associazione, ponendoci uno a fronte dell'altro e tutti a fronte del corpo morale, introdurrà tra noi la necessità di osservare più scrupolosamente la moralità delle relazioni tra colleghi, e ne sancirà i principi in modo indiscusso, rendendo pubbliche le nostre azioni, ponendone giudice l'intero corpo dei nostri pari, e giudice del corpo la nazione. [...] L'associazione [...] darà forza alla nostra voce per richiamare il potere alla vigilanza e alla repressione contro chi, senza titoli e senza responsabilità, alle spese dei creduli e del popolo ignorante, eserciti impunemente l'arte sanitaria”.

L'Associazione medica italiana

L'Associazione medica italiana (o AMI) nacque ufficialmente nel congresso di Milano del settembre 1862, sotto la presidenza di Giuseppe Luigi Granelli; la sua vita organizzativa, che si snodò in vent'anni di congressi biennali e in una sessantina di comitati provinciali, fu tuttavia piuttosto stentata. Difficoltà a ottenere il versamento delle quote sociali da parte dei comitati locali e presa insufficiente dell'associazione sui sanitari, che erano restii ad associarsi, furono le carenze principali che impedirono il decollo dell'iniziativa. Del resto l'associazionismo degli interessi era ancora assai debole in tutto il paese, e i medici non potevano fare eccezione più di tanto.

A ben vedere però, a ostacolare lo sviluppo dell'AMI vi erano anche questioni di merito. Come spesso accade, ai pionieri tocca di fare tutto senza poi riuscire a concludere abbastanza. Parlare di "risorgimento sanitario" della nazione e di affidamento della salute pubblica al medico come unico tecnico competente in materia, vuol dire al contempo definire e rinforzare i caratteri e i contorni della professione, erigere degli steccati per separare coloro che hanno dignità culturale e scientifica di sanitari dagli altri, vigilare sul corretto esercizio della professione e sancirne dei contorni etici e deontologici, sviluppare gli studi scientifici, migliorare e difendere le condizioni di lavoro dei medici, in particolare modo quelli delle condotte, proporre interventi legislativi mirati al miglioramento della salute e dell'igiene pubblica e ottenere l'interessamento della classe politica.

L'AMI finiva così per disperdere le sue energie producendo una messe notevole di progetti di codici sanitari o di leggi speciali, spesso dovuti all'instancabile penna di Pietro Castiglioni, a la cercarsi sull'opportunità o meno di includere nelle proprie file gli omeopatici e i

magnetisti, e a impegnarsi -per la verità assai raramente- nel sostegno dei contenziosi legali e amministrativi di qualche gruppo di medici condotti con le amministrazioni locali. La stessa disciplina interna della professione, che pur era tra i compiti dell'AMI, venne scarsamente coltivata: non vennero elaborati codici deontologici e quasi mai l'associazione venne chiamata in causa come mediatrice o giudice nelle controversie tra colleghi, o tra sanitari e pubblico.

Illustri clinici e intellettuali medici come Salvatore Tommasi e Salvatore De Renzi lo avevano del resto denunciato sin dal primo congresso: la dignità della professione doveva essere legata al fare, più che al chiedere. Inizialmente questi propositi furono inascoltati, ma quando nella seconda metà degli anni settanta divennero invece i principi guida dell'associazione, finirono per modificarne profondamente il ruolo e condannarla definitivamente al declino organizzativo e di consensi.

I più importanti tentativi di rivitalizzazione dell'associazione si basarono infatti, a partire dal settimo congresso di Torino del 1876, su un progetto strategico forte, quello di assegnare all'AMI il compito di promuovere lo sviluppo della medicina preventiva, e nel contempo di allargare i campi e specializzare i contenuti dell'intervento del medico nella società, rinforzandone le competenze e le pretese di monopolio su igiene e sanità. Dal 1876 dunque, i congressi biennali vennero suddivisi in varie sezioni specialistiche: anatomia, medicina, chirurgia, ostetricia, oculistica, laringoscopia, otoiatria, pediatria, medicina pubblica; e poi altre ancora, negli anni a venire. Intanto, come frutti maturi si staccavano dal tronco primigenio dell'AMI, dapprima la Società italiana d'igiene (1878), poi l'Associazione chirurgica italiana (1880), la Società di climatologia e balneoterapia (formalizzata nel 1882), la Società di Medicina interna, quella di dermosifilologia, e altre. La trasformazione dell'AMI in associazione scientifica, o meglio in culla di associazioni scientifiche -sulla scia del resto di una specializzazione del lavoro scientifico che già operava ad esempio in Francia e in Germania- costituì una evoluzione di indubbia importanza, anche sul piano della professionalizzazione dei sanitari. In virtù della appartenenza alle nuove accademie scientifiche, molti professionisti potevano fregiarsi anche di un titolo di specialista - perdurando la vacanza di una normativa in merito - ; si finiva però per discriminare la componente maggioritaria degli iscritti (e degli addetti alla professione), vale a dire i condotti, specie quelli che operavano in ambiente rurale e che non potevano impegnarsi nella partecipazione ai lavori delle società scientifiche.

I condotti e il medico come “coscienza sanitaria” della nazione

Il contesto sin qui delineato spinse i medici condotti a intraprendere nuove esperienze associazionistiche. Nel 1874, per iniziativa di Luigi Casati, Giuseppe Berruti e Ottavio Leoni si costituì a Forlì l'Associazione nazionale dei medici comunali (ANMC), un organismo dai fini esplicitamente rivendicativi e sindacali, che comunque non riuscì a migliorare la situazione dei condotti più di quanto avesse fatto l'AMI.

Fu tuttavia l'associazione dei condotti a trascinare anche l'AMI nella costituzione di una Cassa pensioni per i medici condotti, fondata nel 1875; si trattava di una realizzazione importante, ma che rientrava ancora nella fase del mutuo soccorso.

Evento di maggior rilievo e spessore fu la maturazione, nell'ambito dell'associazionismo di categoria dei condotti, di una visione complessiva sul ruolo del professionista medico, che in qualche modo risultava alternativa a quella più tradizionale, che abbiamo definito “risorgimentalista”. Fu infatti proprio tra i medici di condotta, in diuturno contatto con la realtà della morbilità sociale rurale e periurbana e con la neghittosità o l'interessato assenteismo delle autorità comunali, che si sviluppò la concezione della professione medica come “coscienza

sanitaria” del paese, una sorta di “grillo parlante” che non risparmiava ai poteri centrali e periferici critiche e denunce. Secondo quest’ottica il medico, come professionista e come intellettuale, doveva essere un mediatore tra potere e società nell’ottica della medicalizzazione del paese, non solo una cinghia di trasmissione dall’alto al basso, ma anche una sorta di avvocato sanitario dei poveri.

Un’altra caratteristica dell’associazionismo dei condotti fu lo spiccato rivendicazionismo, che nasceva dalla stessa peculiarità e se vogliamo modernità del “professionismo” del medico comunale, il quale era in realtà soprattutto un lavoratore dipendente dell’ente locale, particolarmente sensibile dunque alle questioni salariali, alla stabilità del posto, alle regole dei concorsi per l’assegnazione delle condotte. A cavaliere tra Ottocento e Novecento il socialismo ebbe dunque molta influenza sui condotti e sulla loro associazione nazionale, che dopo alterne vicende si ricostituì nel 1902 come un organismo di resistenza, che contemplava lo sciopero e il boicottaggio tra le proprie azioni di lotta contro le amministrazioni comunali, per l’ottenimento di capitolati di condotta uniformi, ed equamente retribuiti.

Come vedremo i condotti, e per loro tramite il rivendicazionismo categoriale ma anche una spietata opera di denuncia delle precarie condizioni igienico-sanitarie delle classi popolari, ebbero anche grande influenza negli ordini dei sanitari, anche dopo il loro riconoscimento legale nel 1910, tentando anzi di trascinare l’organismo professionale al di fuori dei suoi compiti istituzionali, per farne uno strumento di lotta politica in un’ottica di classe.

Con una palingenesi solo apparentemente curiosa, ma che avrebbe interessato anche altre ampie fasce dei ceti medi negli anni venti, sarebbero state proprio le associazioni professionali dei condotti tra le prime conquistate dal fascismo.

Il “codice Crispi” e la nuova fase dell’associazionismo

La promulgazione nel 1888 del Codice sanitario di Crispi, che sancì tra l’altro la rilevanza della questione sanitaria come interesse pubblico e definì il ruolo centrale dei medici nella tutela dell’igiene e della salute, senza tuttavia quella delega totale all’elemento tecnico che i sanitari avrebbero voluto, chiuse l’epoca pionieristica dell’associazionismo italiano. Dopo questa prima fase costitutiva del “potere medico”, in altre parole del prestigio civile del medico e del riconoscimento della sua importanza anche da parte dell’autorità politica, l’esperienza dell’associazionismo mutò infatti radicalmente di segno e do obbiettivi.

È bene innanzitutto fare chiarezza sui termini. Gli *ordini dei sanitari* non furono la stessa cosa degli *ordini dei medici, dei veterinari e dei farmacisti* nati con la legge 10 Luglio 1910, né per forma organizzativa e composizione degli iscritti, né per finalità e attività. Gli ordini dei sanitari nacquero a livello provinciale come organizzazioni volontarie a partire dagli anni ottanta dell’Ottocento, e per quanto fosse ovunque egemone la componente dei laureati in medicina, comprendevano in una sola associazione medici, farmacisti e veterinari, i quali ritenevano di dover rivestire gli stessi ruoli nel progresso sanitario del paese e quindi di dover ottenere gli stessi diritti e privilegi.

Gli ordini dei sanitari si proponevano come ambiti di esclusiva elaborazione degli indirizzi di politica sanitaria, secondo il principio della delega al tecnico specifico, anche come organismi di gestione corporativa dei problemi dei problemi e degli interessi di quella che, con evidente forzatura sociologica, veniva ancora definita la compatta “classe medica”. Si trattava di una evoluzione dell’associazionismo precedente, quello dell’AMI, del quale si mantenevano ancora alcune caratteristiche, ma anche di un momento di passaggio alla fase successiva, quella del monopolio professionale e dell’autodisciplina di categoria sanciti per legge.

Gli ordini dei sanitari inglobavano dunque al loro interno le istanze più rappresentative della storia e della tradizione associazionistica dei medici italiani, l'ambizione a farsi i protagonisti del risorgimento sanitario del paese, ma anche l'aggressiva polemica modernizzante dei condotti contro i limiti della tutela della sanità pubblica, e la denuncia delle tutele scarse o nulle per i lavoratori e i ceti popolari in genere, oltre naturalmente all'attivismo rivendicativo di categoria, che vedeva ancora protagonisti i condotti. Con maggiore determinazione rispetto alla fase precedente, gli ordini dei sanitari rivendicarono fermamente il ruolo di unici garanti e controllori delle professioni sanitarie, depositari degli albi professionali, supremi giudici nelle controversie tra membri e tra medici e pubblico, arbitri dei contenziosi tra sanitari e istituzioni e poteri locali.

Il movimento associazionistico degli ordini dei sanitari visse un breve periodo abbastanza attivo e per la verità poco conosciuto, meritevole dunque di approfondimenti storiografici. I primi ordini a formarsi furono quelli di Milano (1887), Napoli (1888), Venezia (1889), nati come emanazione di comitati locali dell'AMI, che già da qualche tempo si erano allontanati polemicamente dall'associazione nazionale denunciandone l'immobilismo.

In realtà le deficienze organizzative degli ordini dei sanitari erano le stesse che avevano afflitto anche le precedenti associazioni di professionisti, vale a dire la scarsa percentuale di iscritti tra gli esercenti, che si traduceva giocoforza in una influenza modesta di queste associazioni soprattutto su alcuni punti qualificanti del loro programma: la propaganda per la repressione dell'abusivismo, ivi compreso quello particolarmente in voga dei "dentisti pratici" che, grazie alle numerose deroghe delle leggi sull'odontoiatria, esercitavano la professione senza laurea in medicina; e ancora la lotta per ottenere una regolamentazione dell'esercizio della farmacia che escludesse dal commercio di farmaci i non laureati. Lo scarso numero di iscritti vanificava inoltre la stessa funzione arbitrale dei giurì degli ordini, non permettendo che raramente di verificare nella pratica l'utilità e il grado di adesione ai primi codici deontologici adottati, in genere sulla falsariga di esempi stranieri.

Tra i punti più qualificanti del programma degli ordini vi era inoltre la statuizione di minimi tariffari; si trattava piuttosto di un proposito che di una decisione praticabile. L'adesione a un tariffario minimo poteva aver senso solo nel caso di una associazione universalista del personale sanitario, e di un forte potere disciplinare dell'ordine stesso. Inoltre il concetto stesso di tariffario professionale si scontrava contro la realtà assai diversificata del mercato professionale, non solo per le sperequazioni di reddito e possibilità all'interno delle stesse province, ma soprattutto per il crescente numero di medici retribuiti a stipendio mensili o a *forfait*, dovuto alla sempre maggiore capillarità del servizio di condotta e alle convenzioni tra professionisti e assicurazioni, associazioni mutue, ospedali. Erano questi sintomi di una crescente medicalizzazione della società, lungo binari che tuttavia, sul medio termine, avrebbero ridotto ampiamente gli spazi della libera professione.

Pur individuando sul piano provinciale la loro principale funzione e ragione stessa di esistenza, nel 1897 una assemblea di delegati tenutasi a Roma avanzò la proposta di creare una federazione degli ordini, che costituisse un più valido strumento di pressione nei riguardi del mondo politico, in favore di una legge dello Stato per tutelare gli interessi dei sanitari e consentire l'autodisciplina corporativa della professione. La Federazione degli ordini dei sanitari divenne dunque una realtà sin dal 1898, per lasciare però una traccia solo flebile; ancora una volta e sempre più acutamente la contraddizione era tra le esigenze rivendicative e sindacali dei condotti, che costituivano la componente politicamente più attiva e alla guida della maggior parte degli ordini federati, e quelle assai diverse dei liberi esercenti, incentrate 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 già qualcuno -osservando

in modo per la verità piuttosto miope la sola realtà delle città più grandi- denunciava come la “plethora medica”.

In margine alle vicende dell’associazionismo sanitario è importante segnalare una comunque significativa evoluzione nel ruolo politico dei medici, innescato dalla rilevanza degli interessi che il lungo parto della legge Crispi sulla sanità aveva stimolato nella categoria, e maturato soprattutto nei primi anni dell’età giolittiana, quando i medici riuscirono a consolidare 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, e anche la breve esperienza interpartitica del “fascio medico parlamentare” durò solo lo spazio di qualche mese (1905), certamente però, oltre alle associazioni e agli ordini i medici erano riusciti a creare una *lobby* parlamentare di tutto rispetto, che esercitò una pressione abbastanza efficace sugli indirizzi di politica sanitaria dei governi giolittiani.

La legge del 1910 e la costituzione degli Ordini

A partire dai primi anni del Novecento, la progressiva urbanizzazione, la diffusione di presidi terapeutici nuovi e costosi che l’industria, con un crescente *battage* pubblicitario, andava immettendo sul mercato, acuirono le sperequazioni tra le condizioni economiche e le prospettive di carriera dell’aristocrazia medica dei liberi professionisti delle città, o dei primari ospedalieri e quelle dei condotti rurali. In questo contesto di sempre maggiore frammentazione delle fortune professionali, dei compiti, e delle stesse competenze dei medici, c’è da chiedersi quanto la legge n. 455 del 10 luglio 1910 sulla costituzione degli Ordini dei medici, dei farmacisti e dei veterinari fosse da considerare tout court una vittoria della «classe» medica, il coronamento di una battaglia per la professionalizzazione quasi centenaria, o piuttosto un mezzo per battere chi guardava ad una progressiva sindacalizzazione degli ordini già esistenti, soprattutto da parte dei medici condotti.

L’Ordine nasceva come organismo obbligatorio di controllo statale sui liberi professionisti, erano però dispensati dall’iscrizione i dipendenti dello Stato e degli enti locali (art. 3); la volontà era dunque di concedere un organo di autodisciplina ai soli liberi esercenti, cercando di non consegnare alle frange più battagliere dei condotti un’associazione riconosciuta dallo Stato e dotata di personalità giuridica di diritto pubblico. Come semplici organismi di controllo burocratico dei liberi esercenti, gli Ordini erano in qualche modo uno strumento di divisione della “classe” medica, conseguentemente veniva meno ogni ipotesi di fare dei sanitari italiani, nella loro globalità, un interlocutore specifico dei pubblici poteri e un interprete delle esigenze della società.

Per meglio valutare la qualità della risposta offerta dalla legge del 1910 alle tradizionali richieste dei sanitari italiani soffermiamoci brevemente su qualche altra questione. Uno dei punti nodali del percorso di professionalizzazione dei sanitari era la repressione dell’abusivismo e la sottrazione al controllo dei profani dell’operato professionale dei medici laureati (prestatato, si intende, in buona fede). Ebbene una ricerca di Ada Lonni di qualche tempo fa ha dimostrato, attraverso l’analisi di alcune vicende processuali che coinvolsero dei medici, come già intorno alla fine del XIX secolo la categoria professionale avesse ottenuto da parte dei poteri politici e della giurisprudenza la delega per la tutela della salute dei privati, una costante repressione giudiziaria contro gli abusivi, e la sostanziale insindacabilità dell’operato professionale da parte della società.

Altra rivendicazione qualificante era la delega al medico della sanità pubblica oltre che privata, o almeno un forte segnale di responsabilizzazione dei medici negli ambiti decisionali in merito all’assistenza sanitaria e alla tutela dell’igiene. Questa richiesta, così come era suc-

cesso vent'anni prima con il Codice Crispi, non venne accolta; la commissione senatoriale che esaminò la legge 455 del 1910 bocciò ogni proposta tesa a dare agli Ordini compiti di vigilanza igienico-sanitaria, con la chiara intenzione di impedire che questi divenissero strumenti per la modifica della normativa sanitaria vigente, attraverso le proposte che sarebbero venute dal basso, magari imposte dall'azione sindacale coordinata dei medici e delle altre forze sociali. L'unica apertura in quest'ambito venne dalla Camera, che inserì un provvedimento (art. 7), secondo il quale i presidenti dei tre Ordini dei medici, farmacisti e veterinari entrarono come membri di diritto nei Consigli sanitari provinciali, mentre un rappresentante nazionale di ciascun Ordine entrava a far parte del Consiglio superiore di sanità.

La lettera della legge non sembra quindi possa essere considerata un grande passo avanti nel percorso di professionalizzazione del medico italiano, nella pratica però gli Ordini costituirono uno strumento progressivo e un tramite assai efficace per i medici per estendere il loro potere categoriale e la loro influenza. Innanzitutto l'esclusione dei condotti e dei dipendenti pubblici rimase solo sulla carta, anche i medici stipendiati potevano infatti ambire alla libera professione, e come tali erano disciplinabili dagli Ordini; così quando nel 1912 si completò la costituzione degli Ordini provinciali, in 35 Ordini su 69 le cariche direttive (presidenza, maggioranza del consiglio direttivo) erano tenute da medici condotti, e le assemblee di diversi Ordini avevano stabilito di assegnare ai medici comunali almeno una quota minima degli organi direttivi (da un terzo alla metà). Fuori dalle attribuzioni di legge, se non proprio contro la legge stessa, gli Ordini davano inoltre la loro adesione politica e finanziaria ai congressi e alle iniziative di lotta degli ospedalieri, dei condotti e di altre categorie specializzate, esprimevano pareri e censure sui capitoli che regolavano i servizi sanitari comunali, anche su questioni salariali, e gli organismi più battaglieri, come ad esempio l'Ordine dei medici di Milano, adottò nel 1913 un Codice deontologico che espressamente vietava agli iscritti di concorrere "a posti vacanti dipendenti da enti pubblici che [fossero] stati diffidati o boicottati dalle organizzazioni di categoria".

Grazie alla presenza dei rappresentanti degli Ordini nei Consigli provinciali e nel Consiglio superiore di sanità, l'estensione dell'obbligatorietà di iscrizione agli Ordini per i pubblici dipendenti si estese di fatto a molte province per il semplice mezzo di circolari interpretative. Il Consiglio superiore di sanità stabilì quindi dal 1913 l'iscrizione obbligatoria all'albo di tutti i farmacisti, inclusi i dipendenti dagli enti ospedalieri. La battaglia contro l'articolo 3 della legge ordinistica fu condotta con energia anche dalla Federazione degli ordini, ricostituita nel 1912 come associazione di fatto ma non prevista dalla legge, ottenendo però al massimo che il governo decidesse nel 1916 di prevedere pene per i medici-chirurghi, veterinari e farmacisti che esercitavano la libera professione senza essere iscritti all'albo. Nulla veniva formalmente innovato per quanto riguardava la competenza degli Ordini a discutere di tariffe, stipendi e vertenze con gli enti pubblici, temi tuttavia che continuarono a costituire l'oggetto principale delle assemblee e dei deliberati dei consigli di direzione degli Ordini dei medici, insieme a una intensa attività di inchieste sanitarie e sull'organizzazione dei servizi assistenza.

SUI
PREGI E DOVERI
DEL
MEDICO

DEL PROFESSORE
ROBERTO SAVA

DOTTORE IN FILOSOFIA, MEDICINA E CHIRURGIA,
SOCIO DELLE ACCADEMIE DELLA SICILIA, DI PARECCHIE DI NAPOLI
E D'ITALIA, DI QUELLE DI FILADELFA E NUOVA-YORK,
MEMBRO DEPUTATO AL CONGRESSO DEGLI SCIENZIATI ITALIANI
NELLA SESTA LORO RIUNIONE IN MILANO PER L'ACADEMIA
MEDICO-CHIRURGICA DI NAPOLI E DEGLI ASPIRANTI NATURALISTI
EC. EC. EC.

MILANO

Presso gli Editori-Librari **MARTINELLI F. C.**

Contrada del Lauro, N. 1812

—
1845

La fine della “classe” medica e il prevalere degli interessi di categoria

Il mito della pretesa unità della classe medica si era già andato appannando nel corso dell'età liberale, e la Grande guerra portò a sublimazione tutte le contraddizioni latenti nella compagine medica italiana, sconvolgendone anche gli assetti e le pratiche associative.

Gli anni del conflitto e quelli immediatamente successivi costituirono infatti una drammatica fase di involuzione per tutto il ceto medico, colpito dalla spirale dell'inflazione che erose e annullò i privilegi economici, sconvolse gli orizzonti professionali e ideali, così che con il ritorno alla vita civile i medici italiani accentuarono nella loro globalità il distacco dalle motivazioni ideologiche che avevano a lungo sostenuto il loro operare sociale e i loro propositi associativi. La partecipazione dei medici a quella epocale esperienza collettiva che fu la guerra completò in un certo senso il definitivo riconoscimento della professione anche agli occhi della pubblica opinione; il principale obiettivo del medico moderno sembrava dunque realizzato nella sua interezza, ma una “classe medica” non poteva neppure essere ipotizzata. Nessun proposito di unità professionale e di correttezza deontologica sembrava infatti poter resistere alle leggi del mercato. La concentrazione negli agglomerati urbani dei medici, con incidenza ben maggiore al pur significativo tasso di urbanizzazione medio della popolazione, e l'accumularsi di incarichi ben retribuiti nelle mani di una nuova aristocrazia ospedaliera, nata grazie alla diffusione di un sistema di compartecipazione particolarmente favorevole sui pazienti paganti, scatenarono la corsa all'accaparramento dei clienti, con la guerra delle tariffe, l'inflazione di réclames mediche spesso ai limiti della truffa, la necessità di appoggiarsi a qualche industria farmaceutica per integrare guadagni professionali al disotto delle aspettative; ai tariffari ufficiali degli Ordini, ai codici deontologici, ai deliberati delle giurie di arbitro non si prestava più fede.

Gli ordini del resto erano usciti dalla guerra in stato comatoso. Tra il 1917 e il 1919 la loro attività era rimasta paralizzata; per la maggior parte retti da commissari prefettizi in luogo dei consigli decaduti e non più rieletti, gli Ordini cercarono di collaborare con le autorità centrali e locali alla riorganizzazione della sanità pubblica civile, ma in mancanza di piani organici l'intervento fu limitato e affidato alla buona volontà dei funzionari di segreteria.

Nelle elezioni per il rinnovo dei consigli del 1919, nazionalisti e fascisti ottennero i loro primi successi nella categoria, affermandosi alla presidenza di alcuni Ordini chiave, innanzitutto a Milano e più tardi anche a Roma, Firenze, Bologna; e quando dopo un lungo sonno anche la federazione degli ordini si riunì nuovamente, ne emersero le insanabili divisioni, con la diserzione degli Ordini di Benevento, Cagliari, Caltanissetta, Catania, Catanzaro, Foggia, Perugia, Teramo, Trapani, e la decisione dei condotti di riunirsi a parte per organizzare autonomamente la lotta per la soppressione delle condotte piene.

Nel timore di essere scavalcati, gli Ordini decisero dunque nel congresso federale della primavera del 1920 di assumere apertamente iniziative sindacali, coordinando l'azione delle associazioni di categoria a livello provinciale, sempre però rimanendo nell'ambito “esclusivamente economico” e “indipendente da qualsiasi confederazione del lavoro”. Ma le nuove vie scelte dall'associazionismo medico furono quelle del rivendicazionismo sindacale fortemente ideologico, come nel caso di alcune sezioni locali dell'ANMC, dove prevalevano ancora i socialisti, oppure sempre più frequentemente quello “apolitico” e strettamente economico, che ebbe i suoi iniziatori probabilmente nel gruppo radunatosi nel 1917 intorno al giornale “Il Medico italiano”, organo dell'Unione medici italiani per la resistenza nazionale, e i suoi alfieri soprattutto nei fascisti.

Fu dunque a Milano che i sanitari italiani imboccarono la nuova via del sindacalismo rivendicativo di matrice fascista: nel 1920 sorse nella provincia un sindacato composto da professionisti e da un numero sempre crescente di condotti transfughi dalla locale sezione dell'ANMC; contemporaneamente altre sigle mutevoli segnalano l'organizzazione, spesso fuga

ce, di associazioni di categoria per i liberi professionisti, gli ospedalieri, i medici reduci, ecc.. Queste stesse realtà furono tra le fondatrici, nel febbraio del 1920, della Confederazione italiana del lavoro intellettuale, presieduta dall'avvocato fascista Sileno Fabbri, a cui nel 1921 aderirono anche i farmacisti.

La fascistizzazione della categoria

La fascistizzazione delle associazioni mediche e degli stessi Ordini fu fatta progredire, pur tra numerosi contrasti, tra il 1923 e il '24. L'oggetto principale del contendere divenne la Federazione degli ordini, che i delegati fascisti volevano sciogliere per non contrastare l'opera del sindacato, mentre la maggioranza voleva trasformare *tout court* in un sindacato, forte dell'adesione obbligatoria di tutti i medici del paese ai collegi professionali federati. La difficoltà dell'unione volontaria dei professionisti e la stessa contraddittoria psicologia professionale del medico, oscillante tra il più sfrenato individualismo e la profonda coscienza del proprio ruolo sociale, indusse il fascismo a utilizzare la tattica graduale e molto accorta di accelerare la disgregazione della Federazione e quindi di assorbire progressivamente gli Ordini nei sindacati, sovrapponendone le funzioni fino alla abolizione del Ordini nel 1935.

Il dibattito in seno alla Federazione sull'indirizzo sindacale degli Ordini si era acceso sin dal 1921, e uno spoglio della stampa ordinistica del periodo permette di registrare numerosissime prese di posizione da ogni parte d'Italia favorevoli alla sindacalizzazione dei collegi provinciali. Ordini e sindacati finivano così per entrare in contrasto, dove i primi agivano sindacalmente (come a Cremona, Padova, Ascoli, Macerata, Alessandria, Venezia, e in Sicilia), i sindacati fascisti stentavano a decollare, mentre altrove (a Milano ad esempio) gli Ordini erano già subalterni ai sindacati, con i quali dividevano i quadri dirigenti.

Al congresso federale del 1923 i delegati fascisti erano ancora in minoranza (5 su 69), e l'assemblea approvò un ordine del giorno che chiedeva il riconoscimento giuridici della funzione sindacale degli Ordini e il superamento dell'art. 3 della legge istitutiva. La mozione approvata ebbe tuttavia poco peso, e già dal nuovo direttivo federale del 1924 vennero esclusi coloro che inclinavano a trasformare gli Ordini in organismi sindacali. La svolta che finì per paralizzare la Federazione e frustrarne ogni velleità sindacale era maturata nel corso del 1923, quando i fascisti riuscirono a prendere il definitivo sopravvento nelle sezioni locali dell'ANMC, portando quindi la stessa associazione -riunita in congresso a Trieste- ad aderire alla Corporazione sanitaria nazionale. Nell'ottobre del 1924, una circolare di Arnaldo Fioretti, segretario generale della Corporazione, impose a tutti gli iscritti ai sindacati fascisti di lasciare la Federazione degli ordini dei medici.

La Federazione tuttavia non era ancora morta, o meglio gli Ordini di 5 province su 76 (erano aumentati dopo la costituzione dei collegi professionali nei territori redenti) dimostrarono di volersi ancora muovere autonomamente dal sindacalismo del partito al potere e si riunirono nel 1925 nel X congresso. In quell'occasione vennero ribadite generiche risoluzioni favorevoli alla apoliticità della Federazione, nascondendosi però che senza gli Ordini delle grandi città (era tuttavia presente l'Ordine di Genova, retto da fascisti), e con l'ostilità della Corporazione fascista, una Federazione degli ordini non serviva a nulla; nessuno fu infatti in grado di tracciarne una funzione, se non quella affatto generica e improbabile di costituire una sorta di mediatrice tra Ordini locali, associazioni (quali?) e sindacati fascisti; traspariva tuttavia la ritrosia dei medici italiani all'abbandono di una libera associazione, seppure svuotata di prospettive.

L'epilogo si ebbe come è noto nel 1926. Quando si riunì a Roma l'XI congresso federale degli Ordini era stata promulgata da pochi giorni la legge n. 563 del 3 Aprile, che concedeva la personalità giuridica ai sindacati stabilendone comunque la stretta subordinazione allo Stato. Dopo i preliminari di rito i rappresentanti degli Ordini approvarono le direttive della

Corporazione nazionale sanitaria e deliberarono di costituirsi in Federazione fascista degli ordini dei medici, sotto la presidenza del segretario generale della corporazione fascista, il Fioretti(43). Il successivo R.D. 1° Luglio 1926 stabilì che quando per l'esercizio di una professione fosse richiesta l'iscrizione ad un albo affidato a un Ordine, accanto a questo venisse riconosciuto un sindacato, e soltanto a quest'ultimo venisse concessa la facoltà di tutelare gli interessi di categoria.

Nel decennio successivo al 1926 i sindacati si sostituirono progressivamente agli Ordini, ereditandone l'immobilismo e la funzione istituzionale puramente di controllo, fino al 1935, quando ogni ambiguità venne sciolta, gli Ordini aboliti e i sindacati incaricati anche della tenuta degli albi professionali.

In conclusione, illustrato brevemente il percorso di impossessamento da parte del fascismo dell'associazionismo medico e degli Ordini, resta da interrogarsi sui contenuti ideologici di questa penetrazione fascista nella categoria, che indubbiamente vi fu e fu assai più rapida che per altri settori sociali e professionali. Le sue radici stavano naturalmente, oltre che nella più generale questione del rapporto tra ceti medi e fascismo, nella particolare situazione di crisi deontologica e di prospettive dei medici italiani nel dopoguerra. La fine della "classe" rese i medici italiani orfani delle ambizioni "risorgimentali" e del ruolo concreto di interlocutori reali dei poteri politici in materia sanitaria. Disgregati sul piano sociologico e di reddito, i medici avevano anche scontato la sostanziale impotenza contrattuale delle loro associazioni di resistenza, dovuta alla debole propensione associativa della categoria, in sintonia del resto con quella degli altri settori della piccola borghesia. Il fascismo dunque incontrò un vasto consenso tra i sanitari riproponendo, in chiave autoritaria, un obiettivo tradizionale della professione, in sostanza la cointeressenza dei medici - per il tramite del sindacalismo integrale - nella gestione della prevenzione igienica e dell'assistenza sanitaria.

L'adeguamento della medicina e dell'assistenza sanitaria alle esigenze della società, attraverso lo sviluppo sostanziale dell'intervento preventivo e assicurativo, fu però meno sostanziale nei fatti che nei proclami del fascismo, mentre la acuta conflittualità sviluppata negli anni seguenti tra medici e sistema mutualistico-previdenziale dimostrava che anche durante il regime la dialettica tra professionisti, istituzioni e società non si interruppe, pur compresa in un reticolo associativo illiberale e burocratico.

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA**
Piazza Galvani, 1 (Archivio)

Protoc. N. 550

Bologna, 15 Marzo 1919.
(Teles. 1376)

TARIFFA MINIMA
degli onorari per le prestazioni mediche
approvata dall'Assemblea, con effetto dal 15 Marzo 1919

EGREGIO COLLEGA,

Le comunico che l'Assemblea dell'Ordine riunita il 2 Marzo corrente, ha fissato anche per quest'anno la quota sociale in L. 10, e La invito a farne il versamento alla Sede dell'Ordine entro il corr. mese a norma del nostro Regolamento.

In pari tempo le mando copia della Tariffa minima per le più comuni prestazioni mediche approvata dall'Assemblea stessa, e che viene pubblicata e distribuita anche alle farmacie di Bologna e della Provincia.

Intanto il Consiglio dell'Ordine, conformemente al deliberato dell'Assemblea inviterà i Colleghi chirurghi e specialisti a rivedere le tariffe per le loro prestazioni che dovranno rimanere depositate all'Ordine per i casi di eventuali contestazioni.

IL PRESIDENTE
LUIGI SILVAGNI

Visita medica ordinaria a domicilio del malato o del Medico-curante L. 5

Nelle malattie di lunga durata è in facoltà del Medico-curante di ridurre l'onorario fino al minimo di L. 3 per visita, tenuto conto unicamente di speciali condizioni economiche del cliente.

Visita d'urgenza 10

Visita ad ora fissata dal cliente 10

Visita notturna (dalle 22 alle 6):
per cliente abituale 10
per cliente occasionale 15

Visita a diversi componenti di una stessa famiglia in una sol volta, a domicilio e per persona 3

In occasione di consulto:
per il Medico-curante 10

N. B. - Copie della Tariffa stampata su carboncino trovanti a disposizione dei Medici che la desiderino, presso la Sede dell'Ordine.

PASTA 6
GALATEO
DE' MEDICI

*Quid leges sine moribus
Vanac proficiunt?*
HORAT.



PISA
PRESSO SEBASTIANO NISTRI

1819.

DAI GALATEI MEDICI AL CODICE DEONTOLOGICO

Massimo Baldini

Docente di Storia della Medicina - Università di Perugia (1996)

“La scelta del medico dee farsi sull'appoggio delle di lui buone qualità morali e personali, o del sapere e della perizia di lui, che vuol dire sopra basi che ispirino fiducia e confidenza, poiché senza di ciò l'ammalato riuscirà ingiusto o molesto verso se stesso o verso il medico”. (Salvatore Mandruzzato)

1. La “piccola medicina” e la “grande medicina”

Nel ventesimo secolo la scienza e il lavoro degli scienziati hanno subito profonde modificazioni. Di fatto, nel nostro secolo si è passati, per usare una espressione cara a De Solla Price, dalla “piccola scienza” (scienza questa caratterizzata da ricercatori isolati che, sovvenzionati da un mecenate, ma talora anche a loro spese, compivano esperimenti e osservazioni: la scienza per intenderci, così com'era ai tempi di Galileo, ma anche quella degli inizi di questo secolo) alla “grande scienza” (la scienza delle équipes di ricerca e che ha bisogno di grandi investimenti economici).

Nella “grande scienza” scompare la figura dello scienziato dilettante, del ricercatore amateur, che sino a tutto il Settecento e per buona parte dell'Ottocento aveva fornito contributi anche interessanti al progredire delle conoscenze scientifiche. La “grande scienza”, inoltre, al pari di molte altre attività della fine di questo secondo millennio, è affollata e accelerata. L'uomo di scienza vive oggi in una situazione che si è fatta fortemente competitiva. Il consiglio che Ehrlich dava ai propri allievi (“lavorare molto, pubblicare poco”) non è seguito ormai più da nessun ricercatore.

Infine, la “grande scienza” è la scienza degli specialisti e degli specialisti, di quegli scienziati che maneggiano conoscenze raffinatissime su ambiti sempre più ristretti della realtà. E, per concludere, la “grande scienza”, a differenza della “piccola scienza”, è strettamente legata al mondo della produzione. In altre parole, via via che l'industria si scientificizzava, la scienza tendeva a industrializzarsi.

Così come nel Novecento si è realizzato il passaggio dalla “piccola scienza” alla “grande scienza”, parallelamente si è verificata anche la transizione dalla “piccola medicina” (quella di un Redi, ma anche quella di un Murri) alla “grande medicina”. La medicina che abbiamo davanti ai nostri occhi presenta alcuni tratti distintivi che la rendono profondamente diversa dalla medicina così come è stata praticata sino ai primi decenni del Novecento.

In particolare, l'esercizio della medicina è stato segnato da un macroscopico sviluppo tecnologico. Le conseguenze positive di siffatta trasformazione sono sotto gli occhi di tutti, anche se non sempre se ne colgono gli aspetti negativi: come il rischio, ad esempio, che il medico finisca col divenire un'appendice dello strumento tecnologico, assumendo un atteggiamento di passività teorica. In altre parole, il progresso tecnologico rischia di provocare nella classe medica un progressivo declino della logica medica.

Inoltre, la “grande medicina” - al pari della “grande scienza” - è stata segnata profondamente nel Novecento dalla nascita della specializzazione. Se nell'Ottocento il fenomeno della specializzazione all'interno della repubblica dei medici iniziò a fare la sua timida comparsa, nel nostro secolo è divenuto macroscopico. Ora, il fenomeno della specializzazione è al tempo stesso un fenomeno positivo e negativo. Esso, infatti, consente che le nostre conoscenze scientifiche progrediscono, ma nel contempo mina l'organicità delle scienze e ci fa perdere la comprensione delle cose nella loro unità.

In terzo luogo, la “grande medicina” è non solo una medicina che tende a perdere, a causa degli specialisti, il rapporto col malato come unità psicofisica, ma, contemporaneamente, è incline anche a burocratizzare i rapporti con i pazienti. Il medico, cioè, tende a dimenticare che la prima medicina è lui stesso, diventando sempre più un “vertebrato a sangue freddo”, un burocrate grigio e stanco.

Il passaggio dalla “piccola medicina” alla “grande medicina” ha avuto conseguenze notevoli sul ruolo occupato dal medico nella Società, sul suo prestigio sociale ed anche sui suoi obblighi etici e deontologici.

Se sapere è potere, come scriveva Francesco Bacone, è ovvio che tanto più il sapere medico si espande tanto più complessi sono i problemi di ordine etico e deontologico che gli “esercenti dell’arte” sono chiamati a risolvere. E ciò è tanto vero che agli inizi degli anni ottanta Stephen Toulmin, un noto epistemologo di lingua inglese, ebbe ad affermare che le scienze bio-mediche avevano risuscitato l’etica. A suo avviso, infatti, da qualche decennio le riflessioni in campo etico si trovavano, per così dire, in uno stato di animazione sospesa, erano state cioè progressivamente marginalizzate dal dibattito culturale più vivo. Sono stati i progressi in alcune branche del sapere scientifico, soprattutto quelli avvenuti nelle discipline bio-mediche, a far uscire gli studiosi di etica dal ghetto in cui erano stati rinchiusi.

1. I Galatei per i medici e per gli ammalati

In verità nelle opere di molti medici, da quelle di Ippocrate a quelle dei clinici dei nostri giorni, sono solitamente contenute riflessioni di ordine deontologico. Tuttavia, queste si sono moltiplicate in quei periodi di crisi del ruolo medico e, in particolare, esse sono divenute diluviali all’inizio dell’Ottocento. Negli anni successivi alla rivoluzione francese, infatti, ebbe inizio un complesso e travagliato processo teso a ridefinire la figura del medico, le sue conoscenze, il suo ruolo nella Società.

Per tutto l’Ottocento, in Italia e negli altri Paesi europei, si stamparono trattati, prolusioni accademiche, catechismi e galatei medici, dissertazioni inaugurali volte a evidenziare le qualità del medico ideale. Questi scritti ebbero toni diversi (polemici, apologetico-propagandistici, moraleggianti) e da essi traspariva, come osserva Maria Luisa Betri, *“l’immagine di una classe medica disorientata, indebolita da dilacerazioni intestine, quasi assediata dall’idra dalle cento teste” del ciarlatanismo, oggetto di un’acre satira popolare o dello scetticismo dei colti e tuttavia consapevole della necessità di ricomporre le frammentarietà dottrinarie, di adeguare la pratica a principi unificanti, di affermare e imporre la dignità categoriale e sconfiggere l’esercizio illegale”*.

Si trattava di scritti rivolti in primo luogo ai giovani medici che muovevano i primi incerti passi nella loro professione, ma talora anche a “ogni classe di colte persone”. Ed anche in quelli indirizzati ai medici, di tanto in tanto, tra le righe traspare che l’Autore covava la segreta speranza che fossero letti anche da non addetti ai lavori. *“Ho sperato - scrive Giuseppe De Filippi - che questo mio Galateo potesse ancora cadere nelle mani di persone estranee all’arte di sanare. Oh potesse esso meritarsi qualche occhiata da tutti gli uomini che hanno a che fare co’ medici! Oserei dire che se il medico può trovarvi qualche utile consiglio, la società possa attingervi alcuna splendida verità che la illumini sul conto de’ medici e della medicina”*.

Le cause della proliferazione di scritti di questo tipo sono molteplici ed emergono con maggior chiarezza se si esaminano insieme alle funzioni che siffatti lavori intendevano assolvere, funzioni che non si presentano in genere isolate, ma tra loro, di volta in volta, diversamente gerarchizzate:

a) *Funzione apologetico-propagandistica.*

Tra la fine del Settecento e i primi decenni dell'Ottocento la figura del medico era circondata di diffidenza e sospetto, di ostilità e rifiuto. Al fine di creare una nuova fiducia nelle capacità della classe medica, al fine cioè di ottenere una sua legittimazione da parte dello Stato e degli utenti, furono pubblicati galatei e catechismi, trattati e lezioni inaugurali, traboccanti di elogi nei confronti dell'operato dei medici. Queste opere avevano una funzione apologetico-propagandistica, si prefiggevano di far riconquistare credibilità al medico esaltandone meriti e sacrifici, intendevano *“far conoscere alla civile società in qual conto si abbiano a tenere i medici”*.

Chi è, si chiede retoricamente Giuseppe De Filippi, il medico? È un uomo, risponde, che *“passò indefesso le sue ore né più severi studi, si trasse a tutte le annegazioni, vegliò le sue notti, si strusse negli ospedali e sui cadaveri per le fatiche le quali non possono compararsi a verun'altra dell'umana capacità. Cresciuto nel pratico esercizio di sua professione accettò la missione di offrirsi in ogni caso vittima volontaria pel pubblico bene. E di vero la classe dei medici vanta forse più tratti di eroismo e di freddo coraggio, che non tutta la schiera de' guerrieri che può mettere in campo la storia politica delle nazioni”*.

b) *Funzione di coscientizzazione della classe medica.*

Dato che i medici erano, per lo più, circondati da una generale disistima e dato che numerose erano le malignità rivolte nei loro confronti, questi scritti cercavano anche di fugare lo scoraggiamento che serpeggiava tra i cultori dell'arte di Esculapio sottolineando la loro importanza sociale, in breve fornendoli di una più salda coscienza di classe.

La medicina versava nella prima metà dell'Ottocento in una profonda crisi di crescita, di là da venire erano i successi della batteriologia. Tuttavia, sebbene le terapie fossero ancora per lo più inefficaci, il sapere medico stava acquisendo nuove rivoluzionarie metodiche per esaminare l'organismo malato: *“la percussione da Avenbrugger, la stetosopia da Laënnec, la plessimetria da Piorry”*. Su queste limitate conquiste scientifiche, ma animati dalla fiducia nel progresso del sapere medico, gli estensori degli scritti sopraccitati si sforzarono di ricompattare i medici che erano allora sostanzialmente dei professionisti sfiduciati e per di più divisi in scuole in guerra tra loro.

In questa situazione socio-culturale le seguenti affermazioni contenute in un celebre e fortunato lavoro di Roberto Sava (*Sui pregi e sui doveri del medico*) avevano la funzione di chiamare a raccolta i medici nella difesa unanime del valore e dell'importanza della loro arte: *“Per la dignità della sua professione - scriveva Sava - il medico innalzasi al primo rango della società”*. Ed aggiungeva: *“Il medico non conosce altra professione più nobile della sua, e nessun altro posto superiore al suo. I sovrani più possenti al di lui sapere affidano i loro giorni, e alle di lui ordinazioni ciecamente si sottopongono. Un gran medico è il primo degli uomini: per i progressi co' quali perfeziona l'arte del guarire, egli diviene il benefattore dell'umanità; e per l'impero che esercita sopra la morte, in qualche modo egli è l'immagine della divinità sulla terra. Nell'esercizio delle funzioni del medico, tutte le virtù si contengono. Il di lui ministero impone il rispetto degli uomini e attira l'ammirazione de' saggi”*.

c) *Funzione polemica contro i ciarlatani e il ciarlatanismo medico.*

La libera professione medica era sottoposta agli inizi dell'Ottocento alla feroce concorrenza di numerosi personaggi. In una grande e spaziosa città, scrive ancora il Sava, è difficile per un medico giovane farsi conoscere, in quanto lì *“si accumulano una prodigiosa quantità di dottori d'ogni genere: ufficiali di salute, chirurghi d'armata, chirurghi condotti, ostetrican*

ti, medici titolati, medici senza titoli e senza nome, levatrici eccetera. Colà pullulano i ciarlatani di tutte le specie, dall'erborista, dall'omioptico, dal chirurgo ortopedico, sino all'operatore erniario ed al guaritore delle malattie veneree: i farmacisti medesimi colla siringa o il pestello in mano, mutilando le formole, danno consulti”.

Contro i ciarlatani si scagliarono implicitamente, ma più spesso esplicitamente, tutti gli Autori degli scritti sopraricordati. Con “intrepido coraggio e inalterabile costanza” i medici erano chiamati a combattere “faccendieri praticoni”, “acconciaossa”, “Comari” e “ciurmadori”. In questa battaglia contro gli impostori dell'arte medica, i figli di Esculapio si schierarono anche contro il “ciarlatanismo medico”. Contro cioè quei colleghi i cui atteggiamenti e le cui pratiche erano troppo prossime a quelle dei ciarlatani.

Tra i ciarlatani e gli insetti vi sono, nota il Sava, numerose somiglianze: *“come gl'insetti, i ciarlatani sono sparsi in copia veramente prodigiosa; e più volte cambiano d'esteriore, mille forme diverse rivestendo. Alcuni sembrano avere le ali come le farfalle, sono questi i ciarlatani titolati, giunti alle più alte dignità; altri trascinandosi come le cimici, e si manifestano per l'infetto loro umore, come questi esseri sempre ributtanti per l'alito pestifero che tramandano: altri oscuramente menano la trista loro esistenza, e, simili agli acari sono quasi impercettibili; ed altri ancora brillano in pieno giorno, abitano i salotti ed a sé richiamano lo sguardo dell'osservatore e del curioso per lo strepito che fanno e il rumore che giungono a produrre, come i grossi scarafaggi per la grandezza e singolare loro forma”.*

d) Funzione polemica contro i detrattori.

I medici si sentivano accerchiati dai detrattori, di fatto erano in balia dei sarcasmi dei “filosofi e dei poeti”, ma anche degli ammalati e dei loro familiari che li accusavano spesso di “calunniose imputazioni”. Molte prolusioni accademiche, come quella tenuta nel 1826 Emanuele Basevi, ebbero essenzialmente la funzione di dimostrare che la medicina esisteva e di ribadire che i medici erano utili e necessari. Contro i detrattori, contro quanti erano disposti a malmenare il medico “con ingiuste pretese, con pregiudizi ed errori d'ogni sorta, con giudizi incompetenti e fallaci, colla derisione della sua scienza e col vilipendio dell'arte che professa” fu intrapresa una operazione di public relations, unica nella storia della professione medica.

Si insistette da parte di molti Autori nel sottolineare i lunghi studi che i medici avevano portato a termine (*“un medico amante dello studio ha languito quindici anni nelle scuole e negli anfiteatri fisici ed anatomici”*), sulle pessime condizioni della sua vita (ha trascorso gli anni più belli *“nell'aria infetta degli ospedali”*), sulle sue fatiche e sulle sue veglie per da concludere che la “civile società” doveva fare giustizia e riconoscere il valore dell'arte medica e consentire ai medici di sedere *“nell'umano consorzio a quel posto cui l'importanza e la nobiltà della loro professione gli innalza”*.

e) Funzione deontologica.

Gli studi medici negli anni a cavallo tra il Settecento e l'Ottocento subirono profonde modificazioni. In primo luogo, nella professione medica si erano ricongiunte *“le componenti teoriche e pratiche, così da rendere obsoleta la figura del medico filosofo, distaccato e contrapposto al chirurgo o al flebotomo. Nella nuova sintesi, l'abilità manuale al letto del malato, prima delegata a una gerarchia di inferiori, assumeva nuova veste e importanza”*. In secondo luogo, alla facoltà di medicina cominciarono ad iscriversi anche membri delle classi medie e di quella piccola borghesia che avrebbe fornito gran parte dei membri di quella burocrazia professionale di cui aveva bisogno il nascente stato liberale.

Le facoltà mediche, dunque, si andavano facendo, per i tempi, sempre più affollate (“i medici studi – scriveva il Ranzi – quasi a calca di popolo si assalgono”) con la conseguenza ovvia di uno scadimento della preparazione dei futuri medici. L'arte di Esculapio si riempiva

così di novi homines che non avevano tra i loro antenati un medico o un farmacista, persone che non potendo attingere insegnamenti alla tradizione familiare necessitavano di una attenta educazione sul piano etico e deontologico.

Molti scritti di medici provetti furono così diretti a precisare lo statuto deontologico della professione o addirittura le norme elementari di “bon ton” alle quali i medici avrebbero dovuto attenersi. Contro il decadimento della professione a “mestiere vilissimo”, contro gli “affamati vampiri”, i “neonati saputelli”, gli avventurieri con la sete dell’oro, i “medici mal avviati ed oziosi”, i “dottorini intemperanti”, i medici “faccendoni” e quelli “sciupatori di malati”, i Galatei medici presero una netta posizione delineando quelle che erano le caratteristiche di fondo del medico ideale. Non fu questa un’impresa facile, anche perché si trattava di combattere vizi professionali radicati nel tempo, che si andavano aggravando per l’aumentare degli esercenti dell’arte medica. Tuttavia, si trattava di una battaglia importante, poiché come ricordava A. Dechambre “*la dignità dell’arte medica e i doveri del medico sono tra loro strettamente correlati*”.

f) Funzione metodologica.

Ai medici che nella loro quasi totalità vivevano nella «miseria o nella umile mediocrità», che dovevano contendere i pazienti a ciarlatani ignoranti, ma sfacciati e arditi, che magari avevano condotto, per le precarie condizioni economiche delle loro famiglie, «esami nientemai rigorosi», gli Autori dei Galatei medici e dei vari trattati deontologici si preoccupavano di ribadire loro anche consigli metodologici elementari.

Consigli che vertevano sul modo di interrogare i malati, di raccogliere le loro storie cliniche, di prescrivere i farmaci. Si sottolineava l’opportunità di non cadere vittime del “mestierismo”, cioè di un “esercizio macchinale” della professione medica come erano soliti fare, si scriveva, gli ospedalieri. Per non divenire dei “medici rutinieri”, vittime dell’infingardaggine dello spirito, si ribadiva l’importanza di un aggiornamento continuo. Si invitavano altresì i medici a diffidare dei sistemi (“*al letto del malato – scriveva il De Filippi – non bisogna recare idee preventive, occhi allucinati dai sistemi*”) e si ricordava loro che “*come il medico fa la pratica, così la pratica fa il medico*”.

g) Funzione educativa degli utenti.

Nell’Ottocento si amplia il numero di coloro che si rivolgono, con una certa continuità, ai medici. Strati sempre più larghi della società, dapprima la borghesia, poi il popolo minuto delle città e, molto più tardi, gli abitanti delle campagne, bussano alle porte degli “studioli” dei medici e ciò, a differenza di un tempo, anche per sottoporre casi di pazienti che non versano in situazioni di massima gravità.

Medici illuminati iniziano a scrivere così dei Galatei che sono espressamente indirizzati ai pazienti. E ciò al fine di ottenere la loro collaborazione, il loro consenso, per indirizzare le loro scelte verso il “dotto filantropo medico” e non già verso “l’empirico impostore”. Si tratta, invero, di scritti che contengono anche un messaggio del tipo: dico-a-te-nuora-perché-suocera-intenda. Infatti, essi, pur essendo rivolti ai pazienti, servono di fatto anche da pungolo nei confronti dei medici al fine di correggere le loro peggiori abitudini. Il pubblico educato adeguatamente, ritengono gli estensori, fuggirà i medicastri e gli avventurieri della medicina, non sarà inosservante, coadiuverà il medico nel reperimento dei dati anamnestici, creerà, infine, quel consenso sociale di cui la professione medica aveva bisogno.

2. Il rapporto tra medico e paziente.

Nei Galatei rivolti a medici e malati erano contenute le regole che avrebbero dovuto con

sentire un corretto, efficace rapporto tra medico e paziente. I medici, si diceva, devono essere “caritatevoli, prudenti, segreti e modesti”, essi devono blandire “con accortezza i malati”. Il Medico, scrive ancora Macoppe, non deve mostrarsi con i pazienti *“troppo severo o troppo compiacente perché l'eccessiva severità procura l'ostilità del paziente e l'eccessiva condiscendenza la sfiducia”*. Egli deve avere *“un atteggiamento misto di cortesia, serietà e disponibilità”* se vuol guadagnarsi la fiducia, la stima e il rispetto degli ammalati.

I pazienti, d'altro canto, erano invitati a non essere creduli e amanti del meraviglioso poiché questo loro atteggiamento li avrebbe portati a favorire *“i ciarlatani e il ciarlatanismo in ogni ordine di persone”*.

Inoltre, l'ammalato ideale avrebbe dovuto *“usare diligenza nello eseguire l'amministrazione delle prescrizioni mediche”* e non cercare mai *“d'ingannare il medico con falsi rapporti intorno l'esecuzione e i fenomeni quindi osservati”*. Infatti, *“chi inganna il medico offende se stesso e il suo prossimo”*.

Tutti gli estensori dei galatei riservarono un'attenzione particolare ai problemi inerenti la comunicazione tra medico e paziente. Il medico, scrive Coletti, *“lasci parlare più che non parli: ascolti anche il superfluo, non dica che il necessario”* e, in un altro aforisma aggiunge: *“diligente non frettoloso, nella stanza del malato, il medico entri; parli, non cianci; interroghi, non suggerisca”*. L'eloquenza del medico, scrive da parte sua Del Chiappa, deve essere *“ingenua, schietta e nobile”*, ma anche e soprattutto *“chiara e limpida”*.

Egli, cioè, deve *“argomentare e ragionare con si fatta chiarezza e semplicità che qual si sia ne possa sentire la forza; che ciascuno ne comprenda il senso, ed ognuno rimanga investito e convinto dalle sue ragioni. Lunge da lui quel frasario tecnico infetto da un improprio grecismo od ammorbato di barbarismi”*.

In verità, una delle cause di diffidenza degli ammalati nei confronti dei medici era proprio da imputarsi all'oscurità del loro linguaggio, alla loro *“vana logomachia”*. Tra il linguaggio dei ciarlatani e quello dei medici era difficile per i pazienti, anche se colti, trovare differenze sostanziali, entrambi erano un enigma. Ebbene, se i medici volevano distinguersi dai ciarlatani dovevano trovare un linguaggio più rigoroso e cercare di tradurre i loro concetti in una lingua che non fosse sconosciuta ai pazienti. In altre parole, dovevano fornire prestazioni linguistiche diverse da quelle praticate dei loro predecessori.

Nei suoi cinici aforismi medico-politici Alessandro Knips Ma coppe aveva già preso posizione, nel diciottesimo secolo, contro quei *“medici che sfoggiano espressioni ampollose, si dichiarano onniscienti, usano un linguaggio incomprensibile alla gente comune”* ed aveva consigliato ai suoi colleghi di *“non tollerare tale modo di esprimersi che a mala pena si può ammettere nella bocca dei ciarlatani e degli imbonitori. Chi usa questo linguaggio – concludeva – mira ad ingannare i malati, non a curarli”*. Tuttavia, egli aveva anche affermato qualche aforisma prima che il medico doveva *“essere sempre ambiguo nel formulare previsioni sul decorso della malattia”*, che egli cioè doveva barcamenarsi *“formulando vaghe previsioni secondo lo stile delle profezie delle antiche sibille”*.

Questo ambivalente atteggiamento oscillante tra un vivo desiderio di chiarezza e la necessità dell'oscurità verrà lentamente abbandonato a partire dai primi decenni dell'Ottocento. Il medico dotto, si scriverà in quegli anni, non deve usare un *“gergo affettato e bizzarro”*, né *“schiccherare ricette con istraordinario apparato di cose e di nomi ricercati e strani”*. Per il Del Chiappa, infine, il medico se non vuol comportarsi da cerretano e ciurmatore deve fare a meno di *“quel gergo scolastico, fatto sol pei pedanti, e mirabilmente acconcio a velare la ignoranza e l'insipienza di certi medici. Ma non basta che il medico adopri una locuzione nitida e purgata quale si addice a nobile artista, conviene oltreciò che il suo dire nulla abbia del sofistico e del misterioso, perocchè ciò darebbe segno di poca perizia, e forse di cuor corrotto e di mal costumato, vizi che si vogliono fuggire come cosa la più detestabile”*.

E dopo aver ricordato che la parola del medico è il primo strumento con il quale “si ammansano” le malattie, egli ritorna a criticare quei medici che parlano oscuramente. “*Se un medico ciarlatore è, a detta di Menandro, una nuova malattia per l’ammalato, un medico che abbia un favellare misterioso e grottesco è – egli scrive – una nuova e peggior malattia per l’ammalato medesimo: mentre che il primo co’ suoi cicaleggi può talvolta dispiacere ad alcuno, laddove il secondo, parlando in enigma, non può piacere a veruno, e tutti malamente infastidisce ed ammorba*”.

Contro le produzioni verbali dei medici si schierano tra Settecento ed Ottocento numerosi studiosi: celebri scrittori come Melchiorre Cesarotti e insigni clinici come G. Tommasini. Se quest’ultimo si lamentava che presso i medici si parlasse “in lingua latina: lingua che è agl’infermi affatto sconosciuta”, il primo, nel suo *Saggio sulla filosofia della lingua*, nel 1785 scriveva: “la medicina però è sopra ogn’altra imbrattata da un grecismo perpetuo, che ne forma un gergo vano e ributtante, il quale non può tornare a profitto se non dell’ignoranza e dell’impostura”.

Il processo attraverso il quale le scienze mediche cercarono di giungere ad un linguaggio concettualmente più rigoroso è stato lungo e travagliato e, nonostante tutto, è ancor oggi un processo non pienamente concluso, come, del resto, ancora oggi non tutti i medici riescono a stabilire una comunicazione piena e festiva con i propri pazienti come speravano gli estensori dei galatei dei secoli passati. Infatti, ad esempio, anche in questi ultimi decenni autorevoli medici hanno ripetutamente denunciato la povertà di rigore concettuale di parte del linguaggio della medicina. Alcuni hanno parlato del linguaggio medico come di un “grave malato”, altri hanno scritto che una delle croniche piaghe della medicina “è la tendenza a discorsi mascheranti, dietro una tal quale ‘altisonanza’, una notevole povertà di rigore concettuale”, altri ancora hanno affermato che il curriculum medico è, in gran parte, un “lungo e sistematico corso di esercitazione alla verbosità”.

Un elenco delle malattie che hanno colpito il linguaggio medico è stato tracciato qualche anno fa da Emanuele Djalma Vitali. Il linguaggio medico, egli ha scritto, ha bisogno di una rigida serie di norme di standardizzazione della terminologia al fine di eliminare quella torre di Babele di abbreviazioni, sigle e sinonimi che affollano le opere e le produzioni verbali dei medici. Della malattia splenomegalia mieloide idiomatica esistono ben “12 sinonimi in inglese, 13 in tedesco e ben 31 in francese. Eppure esiste una classificazione internazionale delle malattie pubblicata dalla stessa OMS, sistematicamente revisionata con periodicità decennale con la consulenza di circa 300 patologi appartenenti a 50 Paesi. Essa è ignorata dalla maggior parte dei medici e talvolta perfino rifiutata da certe ‘scuole’ cliniche che pervicacemente seguono una loro mini-tradizione terminologica, in ossequio alle civetterie o ai capricci semiotici del ‘Maestro’”.

Oltre alla necessità di mettere ordine nel linguaggio medico al fine di consentire una comunicazione improntata alla massima chiarezza possibile tra gli addetti ai lavori, esiste, ancor oggi vivissima, un’altra esigenza, quella di rendere anche i profani, i non specialisti in grado di recepire i messaggi e le informazioni che il medico deve loro comunicare. Ancora oggi, troppo spesso la propensione dei medici per le parole altisonanti, pompose, paludate pone il paziente in un disagio interpretativo. In questi casi il medico si serve del linguaggio come di un feticcio, come di uno *status symbol* volto ad intimidire i suoi uditori.

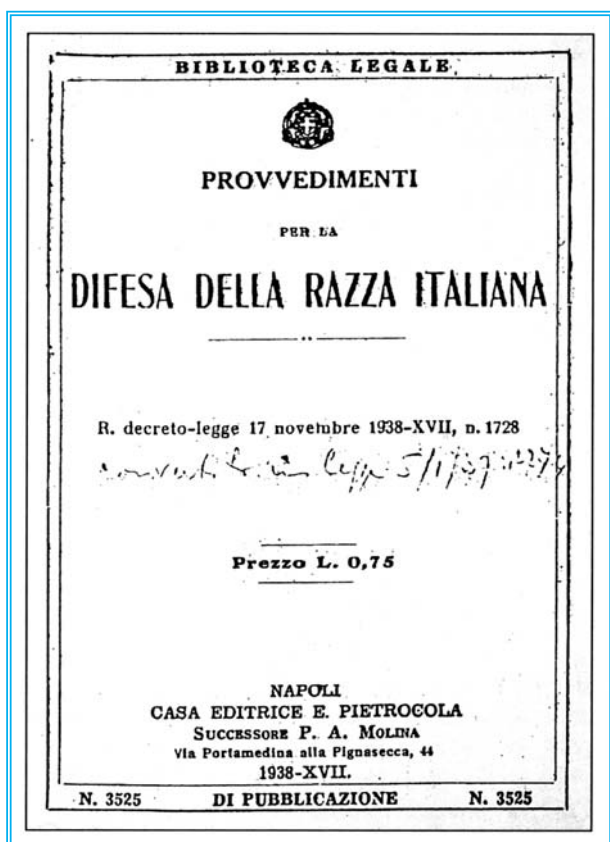
In altre parole, come prescrivevano già i Galatei del Settecento e dell’Ottocento, il medico deve imparare a saper parlare non *al* malato, ma *col* malato. Il medico se non vuol parlare in “medichesse” ai propri pazienti, se non vuol assumere nei loro confronti un atteggiamento linguistico di dominanza deve tener conto della differenza nelle conoscenze che tra loro intercorre e soprattutto non deve far uso di “termini scientifici che con tutta probabilità non rientrano nel codice del malato”.

3. Dal "Giuramento" di Ippocrate al "Codice di deontologia medica".

Nel giugno 1995 il Consiglio Nazionale degli Ordini dei Medici approvò il nuovo Codice di deontologia medica. Il primo Codice deontologico aveva visto luce in Italia quasi settant'anni prima, nel 1903, ad opera dell'Ordine dei medici di Sassari. Come abbiamo già detto nelle pagine precedenti, riflessioni di ordine etico e deontologico sono presenti in molte opere dei medici del passato. La pagina più celebre, giunta sino a noi dall'antichità, incentrata sui temi dell'etica medica è quella relativa al "Giuramento" di Ippocrate.

Non tener conto della dimensione storica della deontologia medica equivale a fare del recentissimo Codice un testo lunare. I Galatei dei medici e degli ammalati del Settecento e dell'Ottocento sono gli antenati più prossimi di siffatto Codice. Essi offrono un modello etico, che, come è stato scritto, *"peccava talvolta di rigidità, ma condensava doti e qualità professionali universalmente valide. L'immagine del medico, minata dal disorientamento teorico e dall'incerto procedere della pratica, necessitava di una riabilitazione. Nuovi compiti si profilavano e ad essi occorreva disporsi con assoluta integrità di costumi, oltre che con competenza: era necessario che il medico riscuotesse fiducia per se stesso, prima ancora che per le terapie di cui era capace. Un uomo colto, ma non presuntuoso, rispettoso, ma non servile, disponibile, ma non adulatore avrebbe meglio affrontato il rinnovamento professionale e conquistato per gradi, con un comportamento non appariscente e saggiamente condotto, una posizione sociale di rilievo"*.

In breve, siffatti Galatei costituirono un tentativo di fondare il rapporto tra medici e pazienti sulla fiducia e sul reciproco rispetto, superando diffidenze e calunnie, lagnanze e accuse di impostura. I Galatei, nel loro piccolo, contribuirono alla diffusione della medicalizzazione e al superamento dell'analfabetismo sanitario, essi, inoltre, favorirono la creazione, intorno ai medici, di un diffuso consenso sociale.



L'iscrizione all'albo si opera su domanda dell'interessato redatta su carta da bollo di L. 4 corredata dei seguenti documenti: certificato di nascita; certificato di cittadinanza italiana; certificato penale; certificato di buona condotta (quest'ultimi tre di data non superiore a tre mesi); certificato di residenza; dichiarazione di appartenenza alla razza ariana e, per gli ebrei discriminati, documento comprovante la discriminazione ai sensi della legge 26 Giugno 1939-XVIII, N. 1054: titolo di studio e altri documenti di abilitazione alla professione, in conformità dei Regolamenti professionali, iscrizione a P.N.F. La domanda con i documenti viene sottoposta al Direttorio, che valutati i requisiti essenziali per l'iscrizione all'albo inerenti al possesso dei titoli di studio, alla capacità civile, politica e razziale, ammette l'iscrizione, oppure la nega, specificando, in questo secondo caso, le ragioni del diniego. [...]

Norme per l'iscrizione all'Albo
(Dall'Albo dei medici di Pistoia del 1939)

I CODICI DEONTOLOGICI IN ITALIA

IL PERCORSO DI UNA EVOLUZIONE

Rossella Procino

Funzionario FNOMCeO - Settore attività culturali e documentazione (1996)

“Niuno medico ardisca o presuma dire d’alcun altro medico secretamente o palesemente rusticità o parole ingiuriose.

E contra faccenti pe’ consoli in soldi cento di fiorini piccoli sieno condempnati, e tante volte (...).” (Dallo Statuto fiorentino dell’Arte dei Medici e degli Speciali - 1349)

Comprendere, oggi, il significato di un Codice Deontologico, inteso come vero e proprio corpus normativo, seppure extra-giuridico, diretto ai medici, significa poter disporre di una chiave interpretativa attraverso la quale cogliere il senso della professione medica, così come questa si è venuta delineando nel tempo.

Il mutamento del contesto sociale, l’ampliamento delle prospettive scientifiche, le conseguenti aspettative che da queste discendono, la modificazione del concetto di salute, non più semplicemente intesa quale stato di assenza della malattia bensì più ampiamente quale capacità di realizzare gli scopi vitali della persona umana, sono tutti elementi che hanno determinato mutamenti comportamentali da parte del medico, vere e proprie modifiche di orientamenti nell’esercizio professionale, implicando di conseguenza una nuova connotazione della professione medica.

Appare, perciò, sempre più evidente la necessità di assicurare la presenza ed un rinnovato ruolo, all’interno di una società che evolve, di soggetti in grado di rispondere alle nuove istanze. L’Ordine professionale, depositario della funzione di guida deontologica e istituzionalmente deputato a costituire un “trait d’union” tra professionisti e società, deve oggi vedere arricchito di ulteriori significati il suo tradizionale ruolo.

È antichissima la preoccupazione dello Stato di garantire ai cittadini un alto livello di professionalità dei medici, e una protezione dai fenomeni dell’abusivismo e della ciarlataneria.

Un editto di Federico II, ripreso in volgare nello Statuto fiorentino dell’Arte dei Medici e degli Speciali (1349) già nel 1224 stabiliva: “Ut nullus medicus audeat praticare nisi in conventu publice magistrorum Salerni sit comprobatus...”.

Individuare presupposti e stabilire condizioni al fine dell’esercizio dell’attività professionale medica, riveste una valenza fondamentale comportando il riconoscimento di una dimensione pubblica di questa attività. Lo Stato garantisce ai cittadini-pazienti la competenza del medico, vincolando il professionista all’osservanza di norme giuridiche e nel contempo riconoscendo una magistratura interna alla professione ovvero l’Ordine, cui viene delegato il compito di tutela del decoro e della dignità della professione.

L’art. 33 della Costituzione prevede un esame di Stato per “... l’abilitazione all’esercizio professionale”. L’art. 100 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie (27.7.1934, n. 1265) fa divieto di esercitare la professione di medico chirurgo a chiunque non abbia conseguito il titolo di abilitazione all’esercizio professionale.

L’art. 2229 del Codice Civile afferma che la legge determina le professioni intellettuali per l’esercizio delle quali è necessaria l’iscrizione ad appositi albi ed elenchi. L’accertamento dei requisiti per l’iscrizione negli albi o negli elenchi, la tenuta dei medesimi, il potere disciplinare sugli iscritti sono demandati alle Associazioni professionali, sotto la vigilanza dello Stato.

La professione di medico chirurgo, naturalmente, rientra in queste professioni intellettuali riguardanti determinati e specifici settori operativi di interesse collettivo o di rilevanza sociale.

DE
CHRISTIANA.
Ac tuta medendi ratione
LIBRI DVO.

Opus Medicis præcipuè, itemque Aegrotis, & Ministris
atq; etiam Sacerdotibus ad confitendum admissis
utilissimum.

AUCTORE
BAPTISTA CODRONCO
Philosopho, ac Medico Imolensi.

*Quod Opus alias editum superrimè fuit ab Auctore emendatum,
ac multis, utilibusq; doctrinis auctum.*

Cum duplici Indice, altero Caputum, altero rerum notabiliu.



BONONIÆ M. DC. XXIX.

Typis Clementis Ferronij.

Superiorum permisso



In Italia i primi ordinamenti professionali vedono la luce nella seconda metà dell'Ottocento. Precursore nel 1874 è l'Ordine Forense e finalmente, dopo ben 36 anni di travaglio parlamentare e di pressione sociale, nel 1910 fu istituito l'Ordine dei medici.

I medici al momento della istituzione degli Ordini erano circa 20.000 sul territorio nazionale. Tra i compiti istituzionali ben specificato all'art. 8 punto b) della legge istitutiva n. 455 del 10 Luglio 1910: "... Al Consiglio amministrativo di ciascun Ordine spettano... vigilare alla conservazione del decoro e dell'indipendenza dell'Ordine..." così come al punto c) "reprimere in via disciplinare gli abusi e le mancanze di cui i sanitari liberi esercenti si rendessero colpevoli nell'esercizio professionale...".

Punto nodale, quindi, delle funzioni ordinistiche sin dall'origine è la Deontologia.

I Codici Deontologici, sin da epoche remote e nelle vesti più disparate, (Giuramenti, Preghiere, Galatei etc.) costituiscono guide comportamentali, dirette a specifiche categorie di soggetti, in cui confluiscono principi etici, norme morali e regole comportamentali.

Principi tutti non immutabili ma che evolvono con l'evoluzione delle problematiche e con il mutare dei costumi sociali e che proprio da questa capacità di adeguamento ai mutamenti socio-culturali traggono la loro legittimazione e la loro rilevanza esterna.

Compito dell'Ordine professionale, istituzionalmente, è quello di assicurare l'adeguamento delle regole deontologiche alle esigenze della società e di garantire l'adesione dei medici alle regole deontologiche stesse.

Nella affermazione di questi principi ispirati ai basilari valori del rispetto della vita e della dignità della persona, nella capacità di tutelare i principi costitutivi della dignità della professione, di garantire il decoro professionale degli scritti e di mantenere alla professione un fondamentale ruolo sociale, si sostanzia la legittimazione dell'Ordine professionale e la validità della sua presenza nel tessuto sociale.

La complessità della medicina moderna che non esaurisce il suo compito nella razionalità, oggettività e neutralità della scienza ma si arricchisce di istanze etico-morali, sociali, giuridiche, filosofiche e politiche, ha profondamente modificato lo scenario nel quale il medico agisce.

Si è potuta verificare una vera e propria sensibilizzazione del medico circa gli aspetti morali della professione, così come nel contempo si è determinata una valorizzazione della fisionomia giuridico-sociale dell'atto medico, della medicina in sé, a livello di opinione pubblica.

Le connessioni degli interventi medici con il contesto sociale, le difficoltà emergenti nel tentativo di conciliare istanze individuali e pubbliche hanno significato, per la categoria tutta, una riflessione, una discussione ed una analisi critica volta ad individuare un complesso di principi più adeguati possibile alla nuova realtà

In questa direzione, la Federazione ha promosso un lavoro di ricostruzione del proprio passato attraverso il recupero di materiale documentale, che testimoniando il percorso deontologico compiuto, evidenzia la conseguente evoluzione della professione e dell'Ordine Professionale.

L'attività di ricerca volta a recuperare i diversi codici deontologici susseguitisi nel tempo ha comportato anche alcune positive "sorprese".

È stato possibile reperire, per esempio, uno tra i più antichi esempi di codificazione deontologica formulato da un Ordine dei Medici.

Si tratta del "Codice di Etica e di Deontologia" dell'Ordine dei Medici della provincia di Sassari edito dalla Tipografia e Libreria G. Galizzi &C nel 1903.

Come è evidente dalla datazione, i medici di Sassari, riuniti in libera associazione, ancor prima della istituzione legislativa degli Ordini provinciali avvenuta nel 1910, sentivano l'esigenza di formulare un proprio codice di autoregolamentazione interno.

Il fatto che si tratti di una normazione relativa ad un organismo privatistico e non pubblicistico, come di lì a pochi anni sarà con gli Ordini provinciali (enti di diritto pubblico), nulla toglie all'estremo interesse che il testo contiene da un punto di vista storico-professionale.

Di uguale interesse è risultato il reperimento, seppure non in originale ma in quanto riportato in un trattato di Medicina Legale del 1937, del Codice Deontologico unificato di Torino datato 1924.

Questo codice è spesso citato quale punto di partenza del percorso deontologico medico in Italia.

È infatti per iniziative dell'Ordine dei Medici di Torino che si procede ad una unificazione di tutte le regole sparse, compilate senza collegamento tra loro, dei singoli Ordini dei Medici italiani.

La previsione legislativa DLCPS 13 Settembre 1946, n. 233, con la quale si istituisce la Federazione Nazionale degli Ordini Medici Chirurghi, attribuisce alla stessa il compito di coordinamento e di iniziativa anche in ambito deontologico.

Nel 1958 viene approvato dalla FNOM il testo del Codice Deontologico, conosciuto anche come Codice Frugoni dal nome del prof. Cesare Frugoni, Presidente della Commissione di studio appositamente costituita. È da ricordare che la Commissione di studio assume come elaborato di base per il proprio lavoro il codice unificato di Torino.

Dal 1972 al 1977 la FNOM procede nei lavori di revisione del testo sopra citato. Il Codice Deontologico aggiornato viene approvato il 7 gennaio 1978.

La successiva revisione vede la luce nel 1989 ed è recente l'ultima stesura del Codice approvato dal Consiglio Nazionale nel Giugno 1995.

L'attuale Codice di Deontologia Medica approvato nel 1995 costituisce il valido punto di arrivo di una riflessione interna alla professione che parte da lontano.

In questo Codice, infatti, ritroviamo, senza grosse varianti, alcuni principi risalenti alle prescrizioni ippocratiche.

È noto che il giuramento di Ippocrate, che la scuola di Cos richiedeva ai suoi appartenenti, costituisce una esemplare regolamentazione deontologica che evidenzia la tendenza di un gruppo specializzato ad autogovernarsi, nella consapevolezza dell'esistenza di problemi di morale e di diritto, legati all'esercizio professionale.

Naturalmente non è possibile avere la certezza che il testo del giuramento giunto fino noi sia la fedele copia del testo originale, anzi si ritiene più diffusamente che il testo attualmente conosciuto sia frutto di successive trascrizioni medioevali, che, riflettendo l'originale attraverso manipolazioni legate alle convinzioni alle posizioni del momento, ne hanno consentito la sopravvivenza in epoche successive, fino ai giorni nostri.

Basti pensare al divieto "... non darò a nessuno un farmaco mortale ... non darò ad alcuna donna un pessario abortivo ...". Sono problemi tuttora attuali anche se l'intransigenza del Giuramento risulta in forte contrasto con l'autentica realtà del tempo, laddove l'aborto era lecito ed il suicidio assistito era in uso, pienamente attivo.

Questo, comunque, nulla toglie al valore morale che il Giuramento possiede in sé, come riferimento al contegno da tenere, al riconoscimento di obblighi nei confronti del paziente, come rivendicazione di particolari diritti del gruppo.

Proprio tra i principi che costantemente hanno accompagnato l'esercizio professionale medico si rileva quello della segretezza professionale. Questo principio di riservatezza rappresenta un filo conduttore immutato fino dall'origine della professione.

Sembra interessante rilevare, infatti, come il Codice di Etica e di Deontologia dell'Ordine di Sassari del 1903 affronti quale primo tra i doveri del medico proprio il *segreto professionale*.

L'art. 1, infatti, impone al medico di conservare sempre scrupolosamente il segreto. Sembra con questo quasi volersi lanciare al medico un monito riguardo ad una delle connotazioni tra le più antiche e delicate, per le implicazioni legate al carattere fiduciario e personale del rapporto che lega il medico al paziente, di tutta la professione medica.

L'estrema stringatezza della formulazione del Codice di Sassari del 1903, così come quella, seppure con una proiezione più sociale dei problemi, del Codice unificato di Torino del 1924, si pone in rilievo soprattutto se raffrontata con il contenuto più ampio, maggiormente esplicitato e bene inserito nel presente della formulazione del Codice del 1995, ma consente nonostante questo di considerare il principio del segreto professionale come elemento basilare del percorso deontologico comune.

Non senza difficoltà, al contrario, la revisione nel Codice del '95 di alcune norme del precedente Codice Deontologico, rappresenta una vera svolta rispetto al passato, in relazione ai mutamenti intervenuti in ambito sociale e culturale nell'epoca attuale.

Un importante punto di snodo del percorso evolutivo intervenuto in materia è individuabile nell'articolo 17 del vigente Codice laddove si stabilisce che *“il medico nel rapporto con il paziente deve improntare la propria attività professionale nel rispetto dei diritti fondamentali della persona”*.

È questo un principio assolutamente innovativo, che pone la figura del paziente al centro della organizzazione sanitaria e modifica sostanzialmente, rispetto al passato, il suo rapporto con il medico.

Scompare il rapporto di dominanza autoritaria del medico, al quale si sostituisce un rapporto paritario con il cittadino ed il riconoscimento della sua autonomia. Si realizza in tal modo una situazione di equilibrio che comprende da un lato i necessari elementi di conoscenza tecnica e professionale ma anche il riconoscimento di intangibili diritti quali quello di libertà, di conoscenza e di scelta del paziente nei confronti della propria salute e più in generale della propria vita.

La lettura dei Codici precedenti, sin dal più antico testo disponibile, dimostra la mancanza di considerazione della figura del paziente come soggetto del rapporto.

Il Codice del 1903 della provincia di Sassari, infatti, è diviso in tre parti: il capitolo primo *“Doveri e diritti dei sanitari verso il pubblico”*; il capitolo secondo *“Doveri dei sanitari verso i colleghi”*; il capitolo terzo *“Procedimenti disciplinari”*. Come si vede è totalmente assente il *“Paziente”*.

Ugualmente si riscontra nel testo unificato del 1924 una tripartizione: *“Doveri sociali in genere”* - *“Doveri di classe”* e *“Doveri verso gli altri sanitari”*.

Solo nel 1958 viene previsto uno specifico capitolo relativo ai *“Rapporti tra medici e pazienti”*; un capitolo che fa seguito a quello relativo ai rapporti tra medici, quasi a sottolineare, anche visivamente, la priorità dei loro rapporti nei confronti di quelli con il paziente.

Soltanto nel 1978 si inserisce uno specifico titolo che disciplina i rapporti con il paziente. L'impostazione del codice si ribalta, infatti, configurandosi secondo le attuali linee e ponendo al centro delle riflessioni il *“Rapporto con il paziente”* - capitolo secondo - affrontato cioè subito dopo i *“Doveri generali”* - capitolo primo. Ugualmente il Codice del 1989 mantiene nella ripartizione della materia la posizione del precedente: questo evidentemente per quel che riguarda il lato formale della impostazione in quanto, come già detto, è solo nel 1995 che assistiamo a un vero e proprio mutamento di orientamento. Uno dei principi di maggiore rilievo deontologico e tra i più significativi per l'evoluzione della professione, è quello relativo alla informazione e al consenso del paziente. Attraverso i mutamenti intervenuti riguardo ai soggetti destinatari dell'informazione relativamente alla gravità, alle eventuali opzioni di cura, ai rischi esistenti, è possibile leggere uno spaccato sociale e culturale del nostro paese.

Il Codice di Sassari del 1903, ben collocato nel proprio tempo, stabilisce al capitolo primo *“Doveri e diritti dei sanitari verso il pubblico”*, all’art. 3, che la comunicazione debba instaurarsi *“nei debiti modi”* (si rinvia cioè a comportamenti ispirati a prudenza e cortesia) tra medici e famiglia affinché vengano presi i provvedimenti del caso. Ai familiari si assegna la funzione di rappresentanti del paziente disconoscendo allo stesso ogni capacità o titolarità di diritti.

Nel testo del Codice unificato del 1924 non risulta esplicitamente affrontata la questione relativa alla comunicazione tra medico e paziente.

La posizione in materia, del resto assimilabile a quella precedentemente citata degli inizi del secolo, è deducibile dal contesto dell’intera formulazione e da riferimenti di articoli quale, per esempio, l’art. 7 laddove recita *“Il medico deve prestare all’ammalato ogni sua attenta ed assidua cura. Egli è perciò solo il giudice del numero delle visite da farsi all’ammalato e il suo giudizio dipende dall’entità della malattia, della sua acuzia o cronicità e dalle eventuali scusabili esigenze del malato e della sua famiglia...”*.

In questo articolato si evidenziano una serie di elementi propri della cultura dell’epoca o comunque del costume in cui questo Codice, con le modificazioni derivanti dalla soppressione degli Ordini dei medici, si colloca.

L’autorità e la dominanza del medico implicano la attribuzione degli stessi valori e significati sia alle esigenze del malato che a quelle della sua famiglia. Come se le esigenze, più pressanti, del malato fossero rapportabili a quelle, oggettivamente differenti, della famiglia.

Nello stesso Codice sono rinvenibili altri esempi di allineamento della capacità decisionale del paziente a quella della famiglia in vari contesti: per esempio l’art. 15 prevede che superata la fase d’urgenza l’ulteriore assistenza spetta al primo medico giunto *“quando l’ammalato non sia già in cura di altri medici oppure il malato stesso o la famiglia lo designi in siffatta contingenza”*; o, ugualmente, l’art. 25, relativamente a consulti medici prevede che *“il medico curante non può rifiutarsi al desiderio del malato o della famiglia di consultare altro medico”*.

Il Codice Deontologico del 1958 prevede la seguente suddivisione: cap. I *“Doveri generali del medico”*, cap. II *“Rapporto tra medici”*, cap. III *“Rapporti tra medico e paziente”*, cap. IV *“Deontologia e pubblicità”*, cap. V *“Rapporti dei medici con altre categorie di sanitari”*, cap. VI *“Rapporti dei medici con enti pubblici o privati”*. Questa è una impostazione di più ampio respiro che si troverà anche nelle successive revisioni.

A proposito della comunicazione, nel capitolo dedicato ai *“Rapporti tra medici”*, si segnala la previsione dell’art. 51 secondo la quale una prognosi grave può essere tenuta nascosta al malato ma non alla famiglia.

Un tentativo di apertura, ma forse privo di risultati sostanziali, si riscontra nel codice successivo del 1978, che all’art. 30, sullo stesso argomento, aggiunge un secondo comma: *“in ogni caso la volontà del paziente, liberamente espressa, deve rappresentare per il medico un elemento al quale egli ispirerà il suo comportamento”*.

Identica posizione viene mantenuta nel Codice del 1989 ed è solo in quello del 1995 che viene operata una scelta di fondo per una informazione al paziente sulla diagnosi, la prognosi, le prospettive e conseguenze delle proposte terapeutiche: *“una informazione veritiera pur con tutte le necessarie accortezze tecnologiche e psicologiche, nei casi di prognosi grave o infausta”*.

Viene così riconosciuta una concezione dell’uomo come responsabile delle proprie azioni, quale condizione essenziale per l’esercizio della libertà e del diritto alla verità, si disconosce ai familiari la funzione di sostituto o rappresentante del diritto del malato. Si sottolinea come la contiguità di vita e la familiarità non abbiano alcuna rilevanza per quanto attiene a scelte che incidono profondamente sulla sfera più intima dell’individuo e su interessi personalissimi quali la salute, l’integrità psicofisica, la libertà di scelta riguardo alla propria esistenza.

Inscindibilmente connesso al concetto di informazione è il problema del consenso informato del cittadino.

Il consenso all'atto medico è alla base della legittimazione dell'esercizio della medicina e l'attuale formulazione degli articoli del Codice deontologico vigente (art. 31 e seguenti) ne danno una precisa conferma.

Al centro dell'attività medico-chirurgica si colloca, oggi, il principio del consenso, inteso come scelta di valore nel modo di concepire il rapporto tra medico e paziente, nel senso che detto rapporto appare fondato sia sui diritti del paziente che sui doveri del medico.

Il medico ha il dovere di fornire un'accurata e analitica informazione al paziente sugli aspetti della sua malattia, sul decorso, sulle finalità del piano di cura, sulle aspettative, sui rischi e benefici affinché sia messo in grado di decidere consapevolmente in piena autonomia.

Nella cultura medica tradizionale la opzione del malato-paziente si esercitava tra la scelta e la revoca del medico in relazione alla fiducia che il malato stesso gli accordava. Il rifiuto di questa interpretazione paternalistica della medicina e l'esaltazione dei diritti individuali, invece, tende a fare del medico e del paziente due soggetti rispettosi e consapevoli dei reciproci ruoli.

Interessante sembra ripercorrere, attraverso la lettura dei singoli articoli dei Codici l'iter seguito nel tempo dalla categoria su questo argomento.

Il Codice di Etica e Deontologia di Sassari all'art. 4 esplicitamente pone divieto al medico di introdurre alcun atto operativo senza prima avere ottenuto "*il consenso dell'ammalato o delle persone dalle quali questo dipende se minorenne o civilmente incapace*". Pur naturalmente senza l'ampiezza di significato che ha assunto il principio del consenso oggi, l'Ordine di Sassari, sembra voler assumere una posizione di maggiore apertura rispetto alla elaborazione dello stesso principio che si affermava in seguito.

Il Codice unificato del 1924 non prevede uno specifico articolo in materia di consenso e, in base alla tradizione, delega alla famiglia qualunque decisione sull'argomento.

Questa posizione di allineamento tra il malato e la famiglia resiste nel Codice del 1958, laddove tra l'altro si prevede che una prognosi grave "*può essere tenuta nascosta al malato ma non alla famiglia*", e in quello del 1978. Sarà il Codice del 1989 che per primo, all'art. 40, attribuirà al paziente e soltanto a lui, un potere di autodeterminazione.

Tra i principi cardine della Deontologia Professionale medica rientra il cosiddetto "spirito di colleganza". Lo spirito di colleganza, ovvero quella solidarietà tra individui che fanno parte di uno stesso gruppo sociale, dovrebbe scaturire proprio dal fatto di appartenere alla stessa comunità. La solidarietà citata assume valenza positiva nel momento in cui garantisce il reciproco rispetto e la collaborazione tra colleghi.

L'impostazione data a questo importante principio nel Codice deontologico del 1995 riflette la evoluzione culturale e deontologica dei medici moderni.

Il principio di colleganza, la collaborazione tra medici, la comunicazione delle rispettive esperienze o pratiche ha come obiettivo quello di realizzare una ottimale assistenza del malato. Tutte le indicazioni deontologiche mettono al centro l'interesse primario del malato. I rapporti tra medico specialista e curante devono essere intesi in una ottica paritaria e in un ambito di opportuna collaborazione tra colleghi, le modalità di svolgimento di eventuali consulenze hanno come fine una diagnosi e una terapia che permetta la migliore cura ed assistenza possibile.

Un differente inquadramento globale della questione è desumibile dalla lettura del Codice di Etica e di Deontologia di Sassari del 1903.

Il Codice consta di 50 articoli. Lo spazio riservato al capitolo I "*Doveri e diritti dei sanitari verso il pubblico*" è relativo a 12 articoli laddove per il capitolo II "*Doveri dei sanitari verso i colleghi*" sono formulati ben 26 articoli estremamente minuziosi e puntuali nel disciplinare le diverse fattispecie possibili.

LE FORZE SANITARIE



ORGANO UFFICIALE DEL SINDACATO NAZIONALE
FASCISTA DEI MEDICI E DEGLI ORDINI DEI MEDICI



DIRETTORE: ON. PROF. EUGENIO MORELLI

DIREZIONE E AMMINISTRAZIONE ROMA CORSO VITTORIO EMANUELE, 21

ANNO I - N. 1 PUBBLICAZIONE QUINDICINALE 15 MARZO 1932-A.X

Approvo il mio libro
del vostro giornale. S'è più
avante alla verità e
più compendio. "Forze"
è un fatto storico,
fenomeno, generico.
Azioni soprattutto.

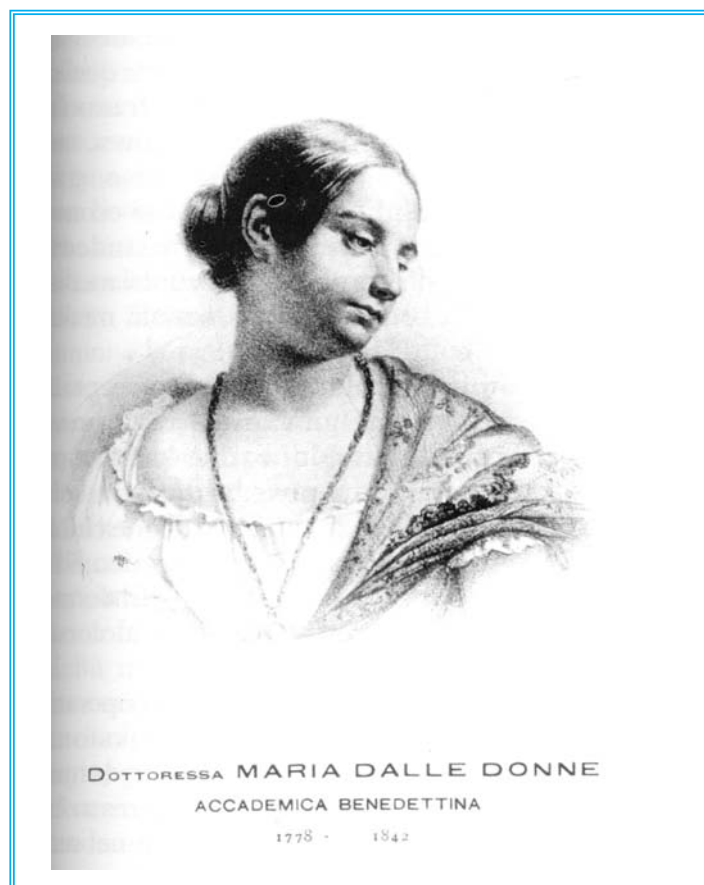
Nel testo del Codice unificato del 1924 il capitolo relativo ai rapporti tra colleghi si intitola “*Doveri di classe*”, a significare che il principio di colleganza non era proiettato all'esterno bensì indirizzato a rafforzare il senso di appartenenza alla categoria. Non ci sono, infatti, riferimenti specifici a rapporti di collaborazione finalizzati al miglioramento della assistenza globale, ma piuttosto estrema attenzione al rispetto del ruolo nelle varie situazioni (consulenze, urgenze, ecc.) nelle quali il medico si trovi ad operare.

Infatti all'art. 4 si prevede che: “*Il medico non ha obbligo professionale di assistere i duellanti*” così come l'art. 20 prevede: “*Il medico può rifiutarsi di proseguire la cura quando venga a sapere che un cliente durante la cura si fa nascostamente visitare da altri; in simili casi il medico curante che si trovi nelle condizioni di non potersi rifiutare a proseguire la cura del malato, esiga l'intervento del Podestà, per le dovute scuse...*”.

L'orientamento deontologico del medico nei confronti del malato terminale rappresentato nel Codice del 1995 delinea il rapporto medico-paziente, non soltanto in un'ottica di efficienza tecnicistica ma anche di empatia e di umana solidarietà. In particolare l'art. 35 vieta al medico di applicare trattamenti diretti ad abbreviare la vita del malato: è un comandamento fondamentale della professione medica che trova un suo temperamento nel correlativo obbligo di astenersi dal cosiddetto accanimento diagnostico terapeutico.

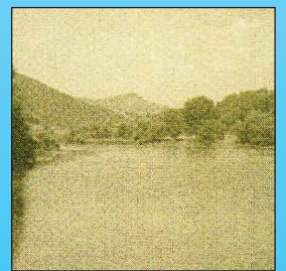
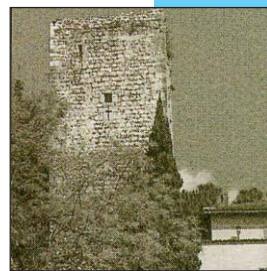
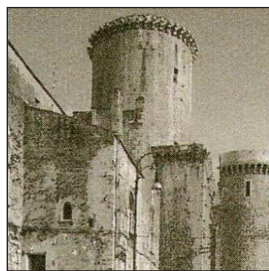
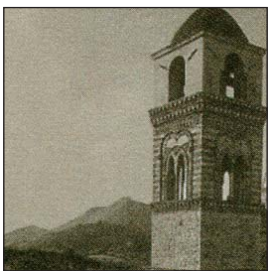
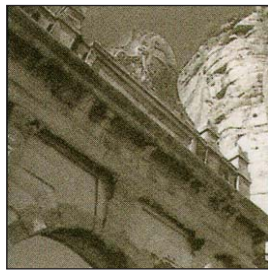
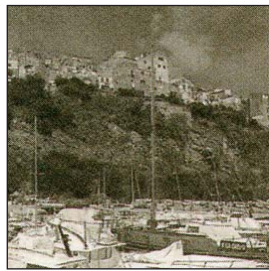
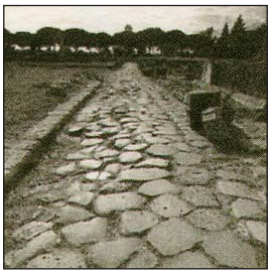
Il medico in presenza di una situazione in cui non è più possibile aspettare concrete speranze di miglioramento dello stato del paziente non deve praticare trattamenti che abbiano il solo scopo di allungarne la vita senza possibilità né di guarirlo né di migliorarne la qualità di vita residua.

Siamo in presenza di situazioni drammatiche in cui il medico spesso si trova solo di fronte alla propria coscienza. È in questi momenti che soprattutto il Codice deontologico diviene un ausilio e un vero supporto alla professione.



FINITO DI STAMPARE NEL MESE DI
MARZO 2010

TIPOLITOGRAFIA
LatinGrafica snc
Tel. 0773 611121
LATINA



In caso di mancato recapito inviare al CPO di Latina
per la restituzione al mittente previo pagamento resi