



Bollettino ⁵⁻⁶ 2010

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA
ANNO XLVII - 5-6/2010



SPECIALE CENTENARIO
DELL'ISTITUZIONE DEGLI ORDINI



BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA

Anno XLVII – 5-6 2010

SOMMARIO

Premessa	3
Medici senza senso?	4
Gli iscritti all'Ordine...	6
La chirurgia generale in Umbria	9
Alessandro Seppilli	13
Da medico della mutua...	17
La Legislazione Odontoiatrica Italiana	20
La Medicina Interna a Perugia	24
Medici-Sindaci-Podestà	26
Dario Maestrini Un Corciano mondiale	29
Manifestazione per il Centenario	31
Premio alla migliore tesi del corso	38
La consegna delle medaglie	39
La salute nella Costituzione Italiana	49
La storia dell'odontoiatria	58
In ricordo del dott. Vitaliano Tromby	61
Orari degli uffici dell'ordine	63

Norme redazionali

Si invitano i Colleghi a collaborare con la Redazione del Bollettino e ad inviare i propri articoli. Al fine di favorire e razionalizzare l'elaborazione degli articoli si prega di attenersi alle seguenti norme redazionali.

Gli articoli devono:

- riguardare argomenti d'interesse generale per la categoria;
 - avere un carattere innovativo, divulgativo ed essere redatti in modo sintetico.
- Essere inediti e firmati dagli Autori, con la loro qualifica.

La Redazione del Bollettino si riserva di pubblicare anche parzialmente il materiale inviato, secondo gli indirizzi e le esigenze redazionali. Le opinioni espresse negli articoli possono non coincidere con quelle redazionali

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente
Dott. Graziano Conti

Vice Presidente
Prof. Fortunato Berardi

Tesoriere Dott. Antonio Montanari
(Consigliere Odontoiatra)

Segretario
Dott. Valerio Sgrelli

Consiglieri
Dott. Stefano Caraffini
Dott. Silvio D'alexandro
Dott.ssa Maria Antonietta De Santis
Dott. Andrea Donati
(Consigliere Odontoiatra)
Prof. Cesare Fiore
Dott. Piero Grilli
Dott. Alessandro Maria Pio Lamedica
Dott. Stefano Lentini
Dott. Sabatino Orsini Federici
Dott.ssa Stefania Petrelli
Dott. Gianluigi Rosi
Dott. Tiziano Scarponi
Dott. Massimo Sorbo

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Membri effettivi
Dott. Domenico Tazza (Presidente)
Dott. Ezio Bertoldi
Dott. Dott.ssa Alessandra Fuca'

Membro supplente
Dott. Oreste Maria Luchetti

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente
Dott. Andrea Donati

Componenti
Dott. Leonardo Cancelloni
Dott. Giovanni Battista Genovesi
Dott. Marco Marchetti
Dott. Antonio Montanari

BOLLETTINO

Direttore responsabile
Dott. Tiziano Scarponi

Resp. Editoriale
Dott. Stefano Lentini

Comitato di redazione
Dott. Antonio Montanari
Dott. Marco Petrella
Dott.ssa Stefania Petrelli
Prof. Fausto Santeusano
Dott. Massimo Sorbo
Dott. Domenico Tazza
Dott. Antonio Tonzani

Segretaria di redazione
Sig.ra Rita Micheletti

Fotocomposizione,
impaginazione e stampa
Tipografia Recchioni - Foligno

Tel. 0755000214 Fax. 0755153012
E-mail presidente@omceopg.it
segretario@omceopg.it
uffici@omceopg.it
commissioneodo@omceopg.it
previdenza@omceopg.it
Sito Internet www.omceopg.it

Spedizione in abbonamento postale. Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 154 del 27 marzo 1954. *Periodico bimestrale inviato gratuitamente a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Perugia e a tutti gli Ordini d'Italia*



Speciale centenario dell'istituzione degli ordini

Questo bollettino è un numero speciale dedicato alla celebrazione per il centenario della costituzione dell'Ordine dei Medici. Come è noto la legge fu approvata dal Parlamento il 10 luglio del 1910 sotto la Presidenza del Consiglio di Luigi Luzzati, veneziano, professore di diritto costituzionale presso l'Università di Padova, giurista ed economista di valore.

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

Da allora molta acqua è passata sotto i ponti e molte realtà sono cambiate, un indicatore, come vedremo, di questo cambiamento è che fra qualche tempo l'annotazione per essere iscritto all'albo professionale riguarderà probabilmente gli uomini e non più le donne.

Senza dubbio questo secolo di storia dei nostri ordini coincide con la storia di questa nostra tanto maltrattata Italia..... ha un senso, ha un valore rispolverare certi cimeli e certi ricordi? Noi crediamo di sì e pertanto è con questo spirito che abbiamo ritenuto opportuno, con questo numero speciale, dare un piccolo contributo rivisitando capitoli e personaggi del nostro passato di storia sanitaria locale.

Siamo perfettamente consapevoli che il limite maggiore di queste rievocazioni è il dover praticare una sintesi che costringe spesso a tagliare nomi e circostanze che avrebbero tutta la dignità e la ragione di essere citati e ricordate, chiediamo pertanto scusa in anticipo a tutti coloro che in un modo o nell'altro hanno subito tale torto e dichiariamo la nostra disponibilità, per i prossimi numeri, a pubblicare tutto quelle testimonianze su persone ed episodi utili che ci saranno inviate.

Dott. Tiziano Scarponi



Medici senza senso?

Tiziano Scarponi

Tutte le mattine dei giorni lavorativi mi sveglio alle 6,30 al suono del marimba del mio telefonino. Con un occhio aperto e uno ancora chiuso spengo la suoneria e, in maniera quasi automatica, apro la videata dell'agenda per fare una breve ricognizione mentale su quello che dovrò fare durante la giornata che sta iniziando. Abluzione, colazione, vestizione e poi via di corsa in automobile... lascio mia figlia davanti alla sua scuola e poi di corsa in ambulatorio.

Ricette, problemi di salute dei pazienti, certificati cartacei e telematici e ancora ricette.

Ascolto, visito, rassicuro, m'inquieto, rispondo al telefono, ascolto e ascolto.

Dopo l'ambulatorio, le visite domiciliari: ingorgo del traffico, niente parcheggio, suono il campanello, quinto piano senza ascensore, un po' di febbre e tosse, ricetta e via.....si va a pranzo. Qualche minuto di "pennica" in poltrona e poi di nuovo via di corsa in automobile: altre visite domiciliari e poi alle 17,00 ancora ambulatorio con visite, certificati e ancora ricette. Tutto scorre in maniera così veloce che non c'è mai tempo per pensare, per considerare su quello che si sta facendo, su quale senso abbia tutto questo, se era quello che volevo, quello per il quale tanto avevo investito e lot-tato. Mi viene facile il parallelismo con il paziente affetto da malattia di Alzheimer: **colui che ha perso la propria storia** e che non riconosce la propria strada e la propria direzione. Ogni tanto però, può capitare di poter riflettere, come è capitato in occasione della tradizionale assemblea degli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri che si è tenuta il 28 novembre u.s. presso la nuova sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Perugia. La scelta di tale ubicazione è stata fatta essenzialmente per due motivi: uno, per

far conoscere questa nuova struttura ai colleghi, due, per la necessità di poter disporre di una maggior capienza poiché nella stessa occasione si sarebbe celebrato il centenario della costituzione dell'Ordine dei Medici.

Nonostante la pioggia battente, l'aula era affollatissima, con le autorità e i 50enni di laurea in prima fila, i neo laureati e tanti altri colleghi dietro. Il nostro Presidente, impeccabile come sempre, ha illustrato l'attività del Consiglio dell'Ordine di quest'ultimo anno rilevando come le difficoltà e le criticità che stiamo vivendo come nazione e società si riflettano ovviamente anche su di noi. Andando poi nel vivo della celebrazione del centenario si è passati alla proiezione del documentario: " Professione medico, 100 anni di storia degli Ordini dei Medici", il documentario realizzato dalla Federazione Nazionale degli Ordini con la regia di Alessandro Varchetta e la consulenza storica di Giorgio Cosmacini e Maurizio Benato. Non nascondo che mentre stava per iniziare la visione, ero convinto di dover trascorrere una mezz'ora piena di noia e di retorica: m'immaginavo una lista di dichiarazioni ampollose da parte dei dirigenti della FNOMCeO, qualche documento autocelebrativo e poco più, ma mi sbagliavo.

Tutto il documentario, infatti, è costituito dal montaggio di tanti spezzoni di filmati dell'archivio storico dell'Istituto Luce che fotografano in maniera realistica e talvolta quasi impietosa quella che è stata la condizione e la realtà dei nostri "padri". Si parte subito con l'analisi della situazione sanitaria dell'Italia al momento della sua unificazione: la grande miseria di tutto popolo, il grande divario fra le condizioni della popolazione del nord con quella del sud, fra la gente di campagna e quella di città. L'assistenza medica, per la maggior parte degli italiani, era

garantita da barbieri, cerusici improvvisati, dalle usanze e dalle credenze popolari di ciascun territorio pertanto "... a Milano ci si curava in un modo e a Napoli in un altro.....".

Si prosegue con riforma universitaria Casati che ha determinato il passaggio dell'istruzione da un fatto privato o religioso a servizio pubblico, si va avanti poi con la figura di Cesare Lombroso sino alla nascita della Direzione generale di Sanità del 1888, emanazione del ministero dell'interno, che di fatto sancisce il passaggio dell'assistenza sanitaria ad una funzione anche questa pubblica. E' di questo periodo l'istituzione del medico "condotto", condotto perché trasportato e pagato dai comuni per assistere i poveri e i bisognosi. I problemi di salute che deve affrontare all'interno della propria comunità sono innumerevoli e riguardano molto spesso le condizioni igieniche generali ambientali e sociali, sulle quali il nostro medico condotto può in teoria far molto, in quanto quasi sempre anche Ufficiale Sanitario, ma praticamente pochissimo può fare: come è possibile, infatti, intervenire sullo stato di malnutrizione generale, sulla pellagra, sulla mancanza di fognature, sulla salubrità dell'edilizia scolastica o dell'ambiente di lavoro degli operai? Ed è nel vedere quelle condizioni di vita quasi disumane che ti senti prendere da quelle sensazioni interiori di difficile definizione: gli occhioni neri di un viso triste di un bambino, lo sguardo rassegnato di un vecchio, la miseria, la disperazione di chi ha fame sono immagini che evocano stupore, emozione e dolore. Si va avanti con la prima guerra mondiale e il ruolo essenziale che hanno avuto i nostri dottori. Il ventennio fascista che pur perdendosi tra retorica e propaganda, ha molto tutelato la maternità e l'infanzia e ha inferto discreti colpi alla malaria e alla tubercolosi. La seconda guerra mondiale, il periodo postbellico con la ricostruzione e lo sviluppo economico degli anni '60, la crescita dell'Ospedale come centro di cura e diagnosi e lo spostamento a suo favore dell'asse di interesse e di investimento culturale ed economico. La medicina della mutua. La medicina tecnologica, la chimica farmaceutica, l'ingegneria applicata alla medicina

e alla biologia..... viene in pratica ripercorsa tutta la storia dell'assistenza sanitaria italiana dalle origini sino ai giorni nostri, rilevando come dopo cento anni se pure in un contesto ed una cornice completamente diversi il medico ed il paziente provano alla fine lo stesso senso di smarrimento e di preoccupazione. Allora era la mancanza di mezzi e la scarsità delle informazioni, oggi paradossalmente è l'opposto: troppi mezzi che rimandano a una deriva tecnocratica e troppe informazioni che comportano il rischio di una medicalizzazione della società. Ecco quindi che quel volto di bambino sofferente d'inizio novecento assume le sembianze di un bambino di adesso, magari con un videogioco in mano, ma con gli stessi occhioni tristi di un bimbo che soffre. La sofferenza, la rassegnazione, il dolore sono sempre gli stessi, non hanno una connotazione od una data, fanno parte della vita da sempre o forse sono la vita da sempre. E' da quelle immagini, da quei filmati d'epoca che riprendono le azioni di un medico con il cilindro e i baffoni all'umbertina che ho rivisto ognuno di noi..... in quanto come diceva Benedetto Croce "... ogni storia è storia contemporanea, perché, per remoti e remotissimi che sembrano cronologicamente i fatti che vi entrano, essa è, in realtà, storia sempre riferita al bisogno e alla situazione presente, nella quale quei fatti propagano le loro vibrazioni...."(La storia come pensiero e come azione).

Sono convinto che quelle vibrazioni abbiano raggiunto tutta la platea, appena terminata, infatti, la proiezione del documentario, alcuni secondi di silenzio assoluto hanno fatto molto più rumore dell'applauso che è seguito; qualcuno aveva gli occhi lucidi, molti erano completamente assorti nei propri pensieri come il sottoscritto. Non ne avevo la consapevolezza in quel momento, ma quelle immagini, quel filmato avevano suscitato tanta emozione perché avevano ricordato la dimensione storica della nostra professione, quella dimensione che è spesso soffocata dalla problematica contingente fatta di fretta, ripetitività, burocrazia, noia ed insofferenza. Nella nostra storia il nostro senso?

Gli iscritti all'Ordine... divagazioni demografiche

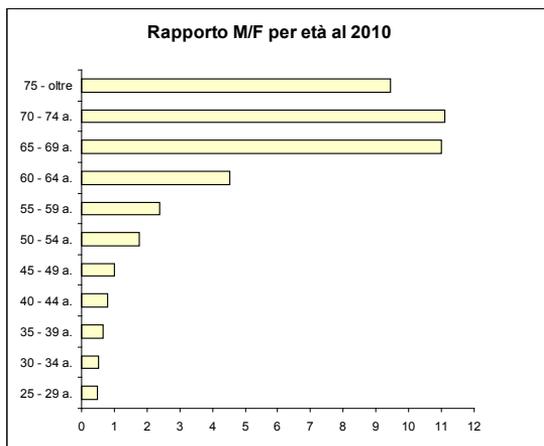
Marco Petrella

I numeri per me cantano, o almeno io provo sempre ad orecchiarne il motivo nascosto. In occasione del centenario mi sono quindi offerto di fare qualche riflessione a partire dalla demografia degli iscritti, per conoscerci un po' meglio e, chi sa, per migliorare.

I medici-chirurghi

Partiamo dal gruppo più numeroso, **i medici**, che assomma a **4.670** persone, più maschi che donne, 2.875 contro 1.795, rapporto **M/F = 1,6** (figura 1). Ma, già dai 49 anni, le femmine prima raggiungono i maschi e poi prevalgono. Sono molti i fattori di questa inversione di tendenza e andrebbero attentamente analizzati.

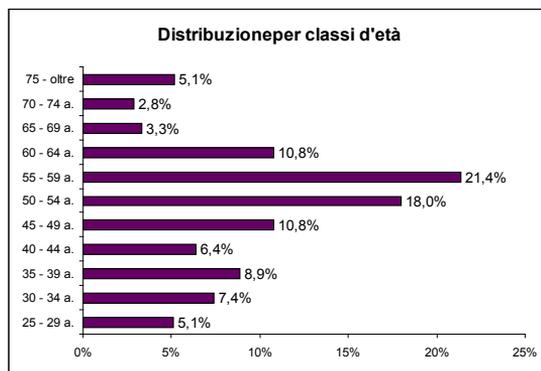
Figura 1



Se poi guardiamo nella *figura 2* alla **distribuzione per età**, notiamo, come è abbastanza normale, che ci sono meno iscritti dai 60 anni in su. E' però preoccupante che ci siano così pochi iscritti sotto i 45 anni e che metà degli iscritti stia tra i 50 e i 64 anni. Inoltre emerge questa

preponderanza del gruppo 55 – 59, che non è affatto fisiologica. Sappiamo che si profila un deficit di medici collegato alla difettosa programmazione dei “numeri chiusi”, e l'incisura della classe d'età 40 – 44 anni testimonia il primo impatto di questa misura. Prima ancora, però, che il deficit diventi evidente, appare chiaro l'effetto “invecchiamento”, con tutte le sue conseguenze.

Figura 2



Da dove vengono i medici che lavorano nella provincia di Perugia? Non tutti gli iscritti sono Umbri di nascita (quasi 1 su 3 è nato in altre regioni) e alcuni sono nati in altri paesi (il 5% circa). Questa capacità di attrazione della nostra provincia è certo un elemento positivo, legato sia all'attrazione esercitata dall'Università, sia a quella legata allo sviluppo del nostro Sistema Sanitario, nonché alle caratteristiche positive del territorio nel suo complesso. Vediamo come si presentano questi “immigrati” dal punto di vista dell'età. Nella *figura 3* abbiamo i nati in altre regioni italiane, nella *figura 4*, quelli nati all'estero:

Figura 3

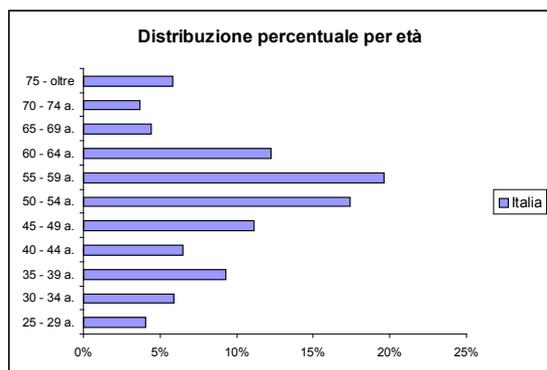


Figura 5

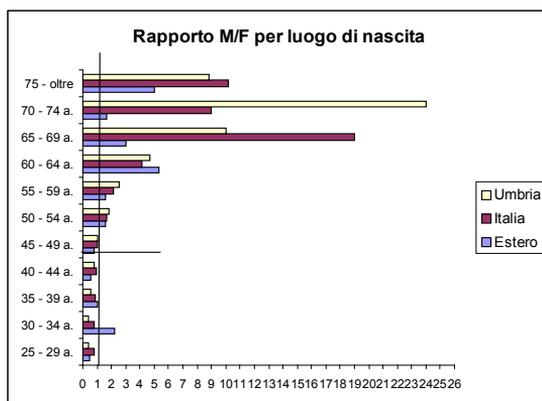
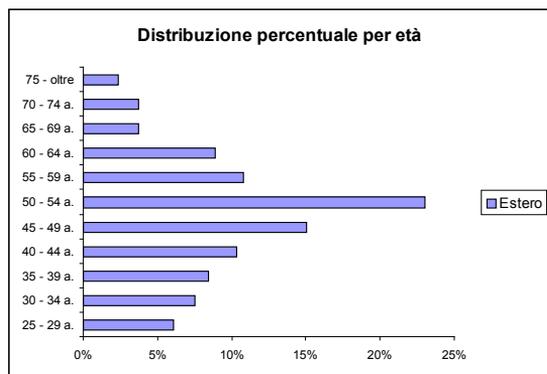


Figura 4



Gli italiani non nati in Umbria assomigliano del tutto agli umbri, dando l'idea di una immigrazione abbastanza in linea con le immatricolazioni autoctone. I nati all'estero sono comprensibilmente un po' più giovani e non mostrano la "tacca" dell'inizio del numero chiuso, ma anche loro danno l'idea di essere in gran parte venuti in Umbria da un bel po'. Anche la distribuzione per sesso (figura 5) dei medici di diversa provenienza è abbastanza omogenea, e qualche differenza nelle ultime fasce d'età è soprattutto dovuta ai piccoli numeri.

Infine: **dove abitano i medici?** A Perugia si raggiunge l'indice di 14 medici per mille abitanti, il doppio della media provinciale. E' un fenomeno abbastanza comprensibile data la concentrazione di strutture sanitarie ed in particolare data la presenza della Azienda Ospedaliera.

Gli altri centri maggiori della provincia ospitano dal 4 al 7 per mille medici per abitante, ma anche un piccolo centro come Preci supera il 6 per mille.

Di contro ci sono centri più grandi come Bastia Umbra e Castiglione del Lago che non raggiungono il 3 per mille.

Neanche un medico abita a Lisciano Niccone, Poggiodomo e Scheggino.

C'è quindi una ovvia correlazione tra ampiezza del comune e densità di medici, ma non mancano eccezioni. Va detto anche che questo non ha nulla a che vedere con la distribuzione dell'assistenza sanitaria, la cui analisi si basa su altri indicatori.

Gli Odontoiatri

Sono 312 gli iscritti a questa categoria. Il rapporto M/F è 1,6 e solo tra i giovanissimi si inverte. Più della metà ha meno di 40 anni. E' ovviamente un gruppo del tutto diverso da quello precedente, anche in conseguenza della istituzione relativamente recente.

Quasi tutte le iscrizioni sono avvenute dopo il 1980, a ridosso dell'anno di laurea e il maggior numero risale all'ultimo decennio. Sono nati

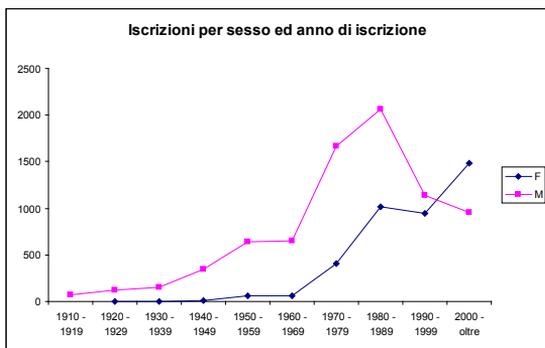
fuori dall'Umbria circa 1 su 4 di questi colleghi, (erano 1 su 3 nel caso dei Medici Chirurghi). Sono solo 6 i cittadini stranieri in questo gruppo, pari all'1,9%, contro il 5% tra i Medici Chirurghi. Oltre a questi 312 laureati in Odontoiatria, ci sono anche 24 colleghi Odontoiatri laureati in Medicina, che ovviamente appartengono tutti ad una generazione precedente, dato che il più giovane di loro ha 51 anni.

Un po' di storia

Negli archivi dell'Ordine sono registrate 11.783 iscrizioni, a partire dal 1912, comprensive ovviamente sia dei colleghi di cui abbiamo sin qui parlato, sia di quelli che non sono più iscritti, per vari motivi.

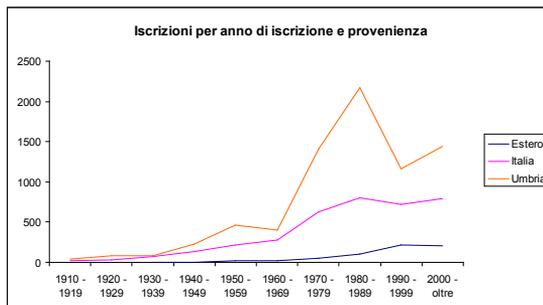
Nella *figura 6* possiamo vedere con più chiarezza cosa è davvero successo, a monte della attuale composizione per sesso ed età dei nostri iscritti. A parte il grande slancio alle nuove iscrizioni che si registra subito dopo la seconda guerra mondiale e poi negli anni settanta, quello che emerge è il calo delle iscrizioni maschili, mentre continuano a salire quelle femminili.

Figura 6



Infine, dalla *figura 7*, un'altra verità tutta da interpretare: il crollo di iscrizioni degli umbri, solo recentemente in lieve ripresa, a fronte di flessioni e rallentamenti molto più attenuati delle iscrizioni provenienti da altre regioni italiane e da altri paesi del mondo.

Figura 7



Conclusioni

Forse una parte delle informazioni scaturite da questa semplice elaborazione erano note o immaginate dai colleghi dell'Ordine più attenti all'evolversi della situazione. Ricordo a proposito alcuni editoriali di Tiziano Scarponi. Forse si tratta di dati in parte coincidenti con quelli desumibili dall'andamento delle lauree. Io però sono grato all'Ordine (e alla Segreteria che ha attivamente collaborato alla corretta estrazione dei dati necessari), perché credo che qualche evidenza in più oggi l'abbiamo su come si è costruito nel tempo l'attuale corpo dei medici operanti nella Provincia di Perugia. Possiamo vedere con chiarezza l'impatto della istituzione dell'Ordine dei Medici Odontoiatri e quello del numero chiuso. Abbiamo il quadro di un insieme di professionisti abbastanza variegato al suo interno, un po' invecchiato, con una forte iniezione di novità proveniente dal mondo delle donne e una crescente capacità di attrazione presso colleghi nati in altri posti d'Italia e del mondo. Dobbiamo sicuramente interrogarci sul forte calo di iscrizioni tra i maschi umbri (difficoltà all'ammissione, altre lauree più attraenti, sfiducia nelle prospettive della medicina?), e più in generale sul prossimo futuro che, complice la crisi economica e la stretta finanziaria sulla sanità, potrebbe vedere un pericoloso impoverimento di risorse umane e un salto generazionale con gravi conseguenze sulla trasmissione dei saperi e delle esperienze.

La chirurgia generale in Umbria negli ultimi 100 anni: maestri, allievi ed evoluzione

Fortunato Berardi

Fino da tempi antichissimi l'Umbria è stata una fucina d'arte e pratiche chirurgiche. Come non ricordare le scuole chirurgiche di Preci, di Norcia, i medici Cosma e Damiano d'Assisi, martiri e santi protettori dei medici?. Inizialmente, la chirurgia, anche in Umbria, fu a lungo dedita, fundamentalmente, alla cura delle ferite. Solo in un tempo successivo si procedette a praticare operazioni per il trattamento delle malattie, soprattutto con la bonifica dei focolai infettivi. Dopo la metà del 1800, la chirurgia ricevette un notevole impulso grazie alla messa a punto di strumenti adeguati ed una maggiore conoscenza anatomo-fisiologica dell'organismo umano. La nascita della chirurgia moderna è seguita all'impiego dell'etere nella narcosi (1846); alla disinfezione con acido fenico (1867); alla sterilizzazione degli strumenti, materiali, indumenti; alla disinfezione delle mani dei medici e paramedici. Determinante, infine, la scoperta e l'uso degli antibiotici (1929). Si dice a ragione che in 100 anni la medicina è completamente cambiata e in modo particolare la chirurgia. Nel 1910 la chirurgia umbra si distingueva in quella universitaria e quella ospedaliera. La prima accentrata nelle strutture perugine dell'ateneo, la seconda dislocata a Terni ed in una ventina di sedi ospedaliere delle città e cittadine regionali. Come si vede una enormità; solo di recente la situazione è migliorata con numerosi accorpamenti di presidi ospedalieri. L'indagine retrospettiva nominale dei chirurghi generali che hanno prestato la loro opera in Umbria negli ultimi 100 anni è sicuramente incompleta, anche per

l'assenza di riferimenti certi, soprattutto alla fine del 1800 ed agli inizi del 1900. Ce ne scusiamo!. Comunque, noti o meno noti, quegli operatori di chirurgia generale erano degli indiscutibili pionieri. In Umbria sono da ricordare per il loro carisma e la loro maestria il Prof. Fedeli; il Prof. Guerreri; il Prof. Billi; il Prof. Galeno Ceccarelli; il Prof. Righetti; il Prof. Bracci. Tutti, dopo un periodo di attività in Perugia, si trasferirono in altre sedi universitarie; lasciando nei presidi ospedalieri regionali alcuni loro allievi. Successivamente, giunse in Clinica Chirurgica, dall'Aquila, dove era primario chirurgo, il Prof. Paride Stefanini, nella cattedra lasciata libera dal Prof. Fedeli. Il Prof. Franco Ciuffini, da Firenze, ove era aiuto del Prof. Severi, fu chiamato a sostituire il Prof. Tonelli, nel frattempo tornato a Firenze. In epoche più recenti, il Prof. Paride Stefanini, dopo aver occupato con i suoi collaboratori diversi primariati regionali, si trasferì a Pisa, lasciando per un breve periodo la cattedra al Prof. Selli, sostituito successivamente dal Prof. Marcozzi che, tornando a Roma, lascerà la cattedra di Clinica Chirurgica al Prof. Franco Ciuffini, coadiuvato dal Prof. Moggi, dal Prof. Tristaino, dal Prof. Consolandi, dal Prof. Petrina, poi primario chirurgico ad Umbertide, dal Prof. De Santis, dal Prof. Fortunelli e dal proprio anestesista, il Prof. Aldo Calderazzo. La Patologia Chirurgica, resa vacante dal Prof. Ciuffini, fu affidata al Prof. Guido Castrini (1964), aiuto del Prof. Stefanini che era in cattedra a Roma. Per lungo tempo il Prof. Ciuffini ricoprì l'incarico di clinico chirurgo,

coadiuvato dai ricordati collaboratori: Moggi, Tristaino, Consolandi, tutti successivamente in cattedra, Petrina, primario chirurgo ad Umbertide. Molti allievi erano presenti nell'istituto del Prof. Ciuffini: Lucio Pucciarini, Lolli Leonello, Adriano Bartoli, Paolo Gullà, Francesco Sciannaneo, Gamuzza, Casciola, Dominici ed altri giovani specializzandi: Bussani, Fabbri, Giordano, Rulli, Ritacco, Ciaccio, Ceccarelli, Patriti, Bisacci, Bosco, Castagna, Cordellini, ecc.

Il Prof. Francesco Sciannaneo fu successivamente chiamato in cattedra a

Terni, Casciola, primario chirurgo a Spoleto, Leonello Lolli primario chirurgo prima di Casciola a Spoleto, Paolo Gullà primario chirurgo ad Orvieto, a Gualdo e, successivamente, a Foligno. Come già ricordato, il Prof. Guido Castrini occupò la cattedra di Patologia nel 1964, affiancato da Mercati, Pasquini, Morettini, Gerardi, Furiosi, Berardi,

fino a quando fu chiamato alla Clinica Chirurgica di Roma per sostituire il suo maestro, Paride Stefanini, che aveva superato i limiti d'età. I collaboratori ed allievi del Prof. Castrini, non trovando disponibilità romana, rimasero tutti a Perugia in Patologia Chirurgica, nel frattempo assegnata al Prof. Consolandi, coadiuvato dal Prof. Bartoli, poi in cattedra e dal Prof. Cristofani, prima in cattedra a Terni in Chirurgia Generale ed Endocrino-Chirurgia e poi responsabile della Week-Day Surgery a Perugia, fino a quando non fu istituita la Chirurgia d'Urgenza

a Montelupe, per decisione del valido e compianto Prof. Orfeo Carnevali, direttore sanitario dell'epoca. L'organico della neo istituita divisione di Chirurgia d'Urgenza comprendeva: il Prof. Mercati; il Prof. Furiosi, poi andato a dirigere la Chirurgia di Foligno; il Prof. Berardi, poi primario chirurgo ad Assisi; il Prof. Pasquini, prima a Castiglione del Lago come primario, poi a Città di Castello, il Prof. Morettini, prematuramente scomparso, il Dott. Vecchiarelli, poi primario a Castiglione del Lago per sostituire il Prof. Pasquini andato nel frattempo a Città di Castello.



Coadiuvavano in Chirurgia d'Urgenza il Dott. Giovanni Natalini, poi primario ad Orvieto e Marsciano, quindi a Perugia, il Dott. Trancanelli, prematuramente scomparso; il dott. Corinaldesi poi primario ad Orvieto; il Dott. Marco Piervittori, poi urologo nella Divisione chirurgica del

Polo ospedaliero di Perugia, diretta prima dal Prof. Mercati e, successivamente, da Natalini. Altri giovani chirurghi si sono poi aggiunti in sostituzione di quelli diventati primari ospedalieri: Gerli, Antonini, Castagnoli, Correnti, Badolato, Raffi, Sfondalmondo, Fagioli, Castori, ecc. Quegli stessi giovani che sono attualmente responsabili di primariati o di varie branche della chirurgia in sedi centrali o periferiche regionali. In quel periodo (1972), la componente universitaria della Chirurgia Generale perugina era quindi rappresentata dalla

scuola del Prof. Ciuffini, clinico chirurgo, dal Prof. Gianni Consolandi, patologo chirurgo, suo precedente aiuto e dai loro collaboratori. Si sono poi susseguiti il Prof. Benedetto Tristaino, direttore a Terni in clinica, dopo il Prof. Luigi Moggi, nel frattempo tornato a Perugia assieme al Prof. Giustozzi, il Prof. Francesco Sciannameo, in Patologia prima e poi in Clinica, sempre a Terni, quando il prof. Tristaino è stato richiamato a Perugia. Il Prof. Tristaino e il Prof. Moggi hanno concluso la loro carriera universitaria a Perugia; unitamente al Prof. Adriano Bartoli, già coadiuvato da Cristofani, Burattini, Covarelli, Campi, Servoli e al Prof. Daddi, chirurgo generale - toracico, prima a Terni poi a Perugia, fino al pensionamento. Tristaino, Moggi, Bartoli e Daddi sono stati poi sostituiti dal Prof. Giuseppe Noia, dal Prof. Mauro Donnini e dal Prof. Puma. Dopo aver



“cercato” di effettuare una retrospettiva nominale più completa possibile, dei vari componenti delle scuole chirurgiche operanti in Umbria negli ultimi 100 anni (1910-2010) sembra interessante considerare anche l’evoluzione della pratica chirurgica in Umbria per lo stesso periodo. Alla fine del 1800, l’atto chirurgico con disinfettanti inappropriati, con anestesie precarie e nessun rilasciamento muscolare, senza antibiotici, con attrezzature e strumenti poco adeguati, rappresentava un vero atto di coraggio da parte dei chirurghi

dell’epoca, ma soprattutto dei pazienti. Fondamentalmente, si trattava di interventi addominali ed ortopedici, eccezionali ed occasionali altro tipo di operazioni, con risultati deludenti se non fosse intervenuta “la forza sanatrice della natura”. Anche in Umbria, agli albori del 1900, il chirurgo (lavoro manuale!) effettuava, per lo più, interventi di piccola chirurgia, pur venendo chiamato, talora, ad effettuare azioni più complesse in ambito generale, quando non c’erano alternative, essendo considerato un “tuttologo”. Dopo la conquista dell’anestesia e dell’antisepsi, dopo il perfezionamento dell’emostasi, oltre alla chirurgia addominale ed apparato locomotore, anche in Umbria decollò la chirurgia specialistica: torace, vasi, cranio-encefalo, urologia, ecc.. Peraltro, fino al 1930-50 il chirurgo si era formato al concetto della rapidità chirurgica, come caratteristica fondamentale;

principio che alcuni nostri maestri conservarono anche successivamente. Il “fate presto”, in parte, era anche una necessità, collegata ai pericoli derivanti dalle non ottimali anestesie per l’impiego dei nuovi farmaci narcotizzanti. Questa situazione ci spiega come e perché, quando un maestro e la sua scuola si spostavano per raggiungere spazi operativi in nuove sedi, oltre ai collaboratori chirurgici, erano sempre accompagnati da un anestesista di fiducia e di provata esperienza. Così fu anche per l’Umbria, con il Prof. Aldo Calderazzo,

al seguito del Prof. Ciuffini e col prof. Aldo Gerardi al seguito del Prof. Guido Castrini. Successivamente, il Prof. Vittorio Pasqualucci, assunse alcune competenze universitarie, in rapporto al notevole aumento di richieste anestesilogiche, indotte dall'ampliamento delle prestazioni chirurgiche, sempre più specialistiche, impegnative e per le conseguenti esigenze rianimatorie. Naturalmente, con il progredire del ventesimo secolo anche la chirurgia umbra si è potuta avvalere di tecniche più raffinate ed efficaci, di tattiche standardizzate, della diagnostica per immagini con ultrasonografia, scintigrafia e più recentemente, con la TAC, RNM, PET, ecc. Avanzavano, nel contempo, gli studi sulla fisiologia e sul metabolismo; il concetto di malattia evolveva con connessioni eziopatogenetiche e nosologiche; si adeguavano le tattiche e le procedure chirurgiche. La morbilità si riduceva alquanto, come pure la mortalità. Dalla seconda metà del '900, anche in Umbria, la chirurgia oltre a quella universitaria a Perugia e ospedaliera a Terni, ove era già presente un polo chirurgico, è anche quella dei tanti chirurghi che operavano negli ospedali medi e piccoli regionali, ove i loro maestri li avevano assegnati, previo concorso, giudicandoli validi e maturi, per una professione bella, fascinosa, ma piena di rischi, responsabilità, impegno e stress. Infatti, a parte l'autorevolezza, il carisma e l'insegnamento etico, sotto l'aspetto tecnico e procedurale, i maestri chirurghi di un tempo trascorso, quando consigliavano e poi assegnavano un incarico primario ai propri allievi, ne rispondevano personalmente in tema di credibilità, garantendone la validità professionale ed operativa. Tutto questo oggi non avviene più ed altri sono, purtroppo, i parametri di valutazione per incarichi chirurgici primari, non sempre ottimali, dei quali poi nessuno sarà mai chiamato a rispondere personalmente,

come avveniva un tempo per i cosiddetti "baroni della medicina e chirurgia", con un evidente pregiudizio per le strutture sanitarie e, soprattutto, per i cittadini malati.

Comunque, tra i tanti primari di metà 900 piace ricordarne alcuni: il Prof. Marino a Terni; il Prof. Mario Negri a Foligno; il Prof. Lafranco e il Prof. Pampanini ad Assisi, il Prof. Canessa a Spoleto; il Prof. Tantucci a Todi; il Dott. Marchettoni a Castiglione del Lago; il Dott. Marchionne a Spello; il Prof. Serafini a Città della Pieve; il Prof. Valli a Passignano; il Prof. Petrina a Umbertide; il Prof. Trenti a Gubbio; il Prof. Pavanello a Gualdo; il Prof. Luccioli a Città di Castello e tanti altri valenti "tuttologi" operanti a metà del 20° secolo in Umbria. Attualmente, la chirurgia umbra, similmente alla medicina, si è consolidata come scienza applicata, aperta a contributi multidisciplinari, con elevate tecnologie, professionalità e capacità settoriali: trapianti, cardiocirurgia, vasi, encefalo, urologia, traumatologia, urgenze; mentre si estende il ricorso alla chirurgia mininvasiva, endoscopica, robotica e a procedure chirurgiche del tipo Week e Day Surgery. Complice la drastica riduzione dei posti letto chirurgici: troppo rapida nel tempo e numericamente, forse, eccessiva. Da Perugia a Monteluca, l'ospedale che era stato insediato nel 1920 per le esigenze cittadine, provinciali e poi regionali, è stato trasferito a S. Andrea delle Fratte ove, con la realizzazione del "polo unico", si è operata una svolta epocale per la sanità umbra, per la Facoltà di Medicina e per la moderna chirurgia.

Sia consentito, infine, un ringraziamento al Prof. Mario Bellucci e al Prof. Benedetto Tristano, memorie storiche della facoltà di medicina e chirurgia umbra, per il contributo retrospettivo.

Alessandro Seppilli

Maestro di concrete Utopie

Maria Antonia Modolo

Scrivere del professore Alessandro Seppilli per me, sua allieva, non è semplice, vuol dire ripercorrere una traccia indelebile di vissuto scientifico, professionale e, ovviamente, umano di grande impatto. E, ancora più, scrivere per una celebrazione dell'Ordine dei medici di Perugia, al quale sono stata iscritta fino al pensionamento, pur non praticando attivamente la professione, per il senso di appartenenza ispirato dagli insegnamenti del Maestro. Occupandoci attivamente negli studi per la costruzione di un nuovo servizio sanitario nazionale, i cui obiettivi avrebbero dovuto essere, oltre la cura, la promozione della salute, riconoscevamo soprattutto nel medico personale (come Seppilli denominava il MMG) il fulcro del sistema stesso. E proprio per la riforma il Movimento degli Ordini dei Medici era attivo già a Perugia con il Presidente Minniti, assieme agli Ordini di Bologna e Livorno e alla Provincia di Bologna e il Comune di Perugia. Seppilli, per la sua cultura, non solo scientifica ma anche umanistica ci orientava nella ricerca scientifica, ma anche nel rapporto stretto con la pratica e la popolazione, e, in fine, con la politica sanitaria, vale a dire le decisioni della comunità organizzata democraticamente.

Quando nel 1952 mi trasferii da Roma a Perugia, al quinto anno di Medicina, incontrai nel Corso di Igiene il professore Alessandro Seppilli. In una delle prime lezioni chiese se qualcuno di noi avesse voluto prendere la tesi in Igiene per seguire una ricerca per la organizzazione del servizio dietetico nell'ospedale. Decisi di presentarmi, non conoscevo l'ambiente e il problema mi incuriosiva. Così entrai in rapporto con l'Istituto, un rapporto che non lasciai più. Nel lavorare alla tesi compresi il senso che il

Professore dava alla disciplina e alla formazione. Ero laureanda in medicina e dovevo continuare a frequentare la Clinica medica, studiare gli alimenti e le diete non era sufficiente, bisognava comprendere i bisogni delle persone, le esigenze dell'organizzazione.

Tre elementi importanti per la professione, cui Seppilli teneva in gran conto. La ricerca, la pratica, la persona e la comunità, legami che dovevano essere sempre presenti nella professione dell'igienista, ma, soprattutto, per esercitare la medicina. Era laureato in Medicina e riteneva che soprattutto noi di medicina anche se intendevamo scegliere di essere igienisti dovevamo mantenere i rapporti con la Clinica. Questo si rifletteva anche nella impostazione della ricerca e della didattica. Era un vero Maestro.

Seppilli era a Perugia da poco, era, infatti, tornato in Italia, da un lungo periodo di esilio in Brasile, dopo essere stato epurato nel 1938 dall'Università di Modena, a seguito delle leggi razziali. Tornato in Italia dopo la guerra, riammesso nella carriera universitaria, fu chiamato a Perugia, dalla facoltà di Farmacia, con insegnamento anche nel Corso di laurea in Medicina.

**L'Istituto di Igiene era da costruire, due collaboratori ne furono le prime basi, la professoressa Adele Candeli, biologa, un'allieva di Modena e il dott. Mario Pitzurra, un medico assistente di Clinica medica che, alla fine della guerra, si era trovato fuori anche lui, per opposte ragioni politiche, Seppilli da uomo di cultura e ampie vedute lo aveva accolto giudicandone le positive doti scientifiche, senza pregiudizi. Con Pitzurra lavorai i primi anni sia in ricerche di microbiologia, la sua specializzazione, che in ricerche sociali, con una indimenticabile indagine in Lucania sul gozzo endemico e le sue cause. Il che dimostra l'ampiezza dello spettro

di esperienze che l'Igiene ci offriva, dal laboratorio al territorio. E sempre fu così.

Grazie alla sua cultura, non solo scientifica ma anche umanistica, e grazie anche alle sue elevate doti di comunicazione, Seppilli era in grado di aggregare e di coinvolgere chi lo avvicinava e riuscì così a creare una fitta schiera di allievi, operanti sia nel versante universitario che in quello dei servizi sanitari territoriali, configurando quella che si può chiamare la Scuola di Igiene dell'Università di Perugia. Riconsiderando le sue opere si individuano due anime nel suo pensiero e nella sua azione, un'anima accademica di docente e di ricercatore, volta allo studio speculativo dell'Igiene e un'anima attenta alla *polis*, volta alla applicazione pratica di quanto nella dottrina emergeva per la salute e il benessere dei cittadini.

Per diffondere la cultura che si andava sviluppando dalle ricerche e dalla esperienza sul campo, l'Istituto si impegnò nello sviluppo del Centro Sperimentale Dimostrativo della Popolazione fondato nel 1953 con l'appoggio dell'OMS, che nel tempo con la guida e la direzione di Seppilli si dotò di due riviste: la prima trimestrale nel 1956 "Educazione Sanitaria", poi divenuta "Educazione Sanitaria e Medicina Preventiva" e, in fine, "Educazione Sanitaria e Promozione della Salute", la seconda, nel 1972, quando Seppilli ebbe la presidenza dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale, "La Salute Umana" bimestrale di taglio più divulgativo. Due riviste ancora attive, uscite regolarmente negli anni.

Inoltre, a dimostrazione del suo impegno culturale profondo, per lasciare un segno rispetto al problema centrale dei suoi studi, che andava affermandosi negli anni "La Cultura della Salute" dedicò gran parte del suo patrimonio alla istituzione della "Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute" oggi condotta dal figlio Tullio.

La didattica partecipata

Professore di igiene, cioè, uomo e scienziato di sanità pubblica, deve misurarsi con la specificità del ruolo, e apre il suo lavoro professionale alla sanità (la salute dei cittadini), al sociale (le

condizioni di vita e di lavoro come condizionamenti dello stato di salute), al governo della *polis*.

Della definizione di salute, enunciata dal OMS nel 1948 e del diritto alla salute, sancito quasi in contemporanea dalla Costituzione italiana, ne fa contenuto e obiettivo del lavoro scientifico e politico suo e della sua scuola. Nella elaborazione degli elementi che costituiscono l'unità della salute, propone un aggiornamento della definizione di salute cui aggiunge il concetto determinante di "equilibrio", rilevante per comprendere come i sistemi biologici si armonizzino fra loro, e come le esperienze del soggetto, nell'ambiente fisico e sociale, incidano sul proprio individuale equilibrio di ogni individuo. E' un elemento chiave per la evoluzione verso il concetto di "promozione" della salute, oggi strategia vincente nella impostazione di scopi e obiettivi di ogni sistema sanitario efficace. Una impostazione che sostiene il valore della continuità delle cure e del rapporto di continuità con il medico di famiglia. Non si trascurano i contenuti classici dell'Igiene, e vengono trattati per comprendere il "metodo" da utilizzare nell'approccio operativo.

Altro elemento indispensabile alla promozione della salute, come anche alla prevenzione è il coinvolgimento dei soggetti e della comunità, la "partecipazione" dei cittadini, componenti della *polis*.

Questi contenuti incidono sulla adozione di metodi largamente innovativi per il nostro sistema universitario, ancora oggi poco praticati. Come docente aveva la capacità di centrare immediatamente il cuore dei problemi con linguaggio incisivo e sintetico, attirando l'attenzione e suscitando vivo interesse. Nel Corso di Medicina fin dagli anni sessanta si adottò il metodo *seminariale*, con un approccio per allora- e per ora- assolutamente unico, fortemente innovativo, un metodo rinforzatosi con le esperienze riportate dai corsi estivi di educazione sanitaria; lo studente era impegnato direttamente in prima persona, facendolo sentire parte integrante della lezione. Gli assistenti erano impegnati non solo a seguire le lezioni ex cattedra, ma anche a guidare gli studenti

nello studio dei temi loro assegnati, e a preparare le presentazioni in aula.

Attenzione alla “polis”

L'attenzione alla *polis*, alla comunità, e il suo impegno attivo nel concreto della vita locale, è quel qualcosa in più che lo distingue. Iscritto al Partito Socialista Italiano, fu eletto nella amministrazione locale, prima come assessore alla sanità e poi come sindaco. Il Comune acquistò nuovo rilievo sul piano sociale, in sintonia con l'impegno riformatore. Si stavano affrontando i problemi posti dallo spopolamento delle campagne. La politica di sviluppo registrò senza dubbio una qualità che rifletteva l'interesse profondo rispetto al benessere globale dei cittadini. Una attività che dimostrava come conoscenze e capacità di ragionamento scientifico si possono applicare al servizio della *polis*. Grande rispetto per gli altri, sforzarsi di capire, prima di giudicare e prima di agire, con l'impegno alla giustizia e alla ragione. Il principio che consentiva di coniugare le due parti della sua personalità: vivere i propri incarichi pubblici come deleghe provvisorie da usare con il massimo sapere tecnico e con il solo obiettivo del bene comune, l'impegno alla efficienza e alla correttezza nella responsabilità istituzionale; praticare la ricerca scientifica nel modo più rigoroso e usarla solo in funzione di un progresso condiviso e aperto a tutti gli uomini, sentire la responsabilità sociale dell'agire professionale. La Sua presenza in Istituto non fu mai interrotta, la Giunta da Lui diretta si avvaleva del contributo di un gruppo di giovani assessori ai quali Egli seppe dare fiducia ed autonomia.

Tra il 1954 e il 1962 si predispose il piano regolatore generale, una delle basi del bene-essere nella città, con la nascita di nuovi quartieri, dal modello monocentrico a quello a nuclei multipli, che segna il passaggio dal mondo contadino a quello operaio, l'ampliamento dei servizi pubblici, il mattatoio, la piscina, la centrale del latte, lo smaltimento dei rifiuti. Non si trascurò la cultura: la città si proponeva come vivace centro di cultura. In collaborazione con l'Università il Comune concorreva alla istituzione della facoltà di lettere, curava la nuova siste-

mazione della biblioteca comunale, il restauro del teatro e lo sviluppo delle attività musicali, sostegno agli amici della musica, al cineclub, inizio di nuove linee di spettacoli con la Sagra musicale e programmi Jazz.

In sintesi il principio di seguire in ogni occasione le scelte che riteniamo giuste e tener fede ai nostri principi al di là delle convenienze, degli opportunismi e della approvazione dei potenti, l'impegno alla coerenza etica- e etico-politica per dare senso a una società democratica.

La politica sanitaria

Un punto fondamentale per le elaborazioni successive sul sistema sanitario in rinnovamento, fu l'impegno nella strutturazione organica dell'Ufficio di Igiene comunale, pietra miliare della prevenzione, con la rete dei Medici Condotti, le Ostetriche condotte e le Assistenti sanitarie visitatrici.

Un Ufficio di Igiene comunale che si prefigurava come “centro per la salute”, e che, senza dubbio, fu ispiratore del concetto di “distretto” quando elaborammo nella nostra Scuola le strutture per le Unità sanitarie locali del futuro servizio sanitario, le quali dovevano essere legate strettamente alle amministrazioni comunali, responsabili del bene-essere dei cittadini. Nella impostazione del nuovo sistema sanitario, l'Umbria fu in prima linea e giocò un ruolo di primo piano, proprio per gli studi che legavano la ricerca alle realizzazioni nel territorio. Va anche tenuto presente, come già detto, il Movimento dell'Ordine dei Medici di Perugia con il presidente Minniti.

Quando negli anni sessanta si cominciò a pensare alla nuova organizzazione del sistema sanitario, Seppilli tenne molto presente questa realtà; a Suo giudizio, in particolare i Medici Condotti avrebbero dovuto essere il modello del medico del nuovo servizio sanitario nazionale, con contratto “a quota capitaria” come era nel sistema inglese, a garantire la “continuità” del rapporto per prendersi in cura la salute del cittadino in modo longitudinale nel tempo. L'inserimento di questi principi ed elementi organizzativi nella Legge del 1978, fu senza dubbio una vittoria. E', peraltro, una

impostazione oggi ritenuta indispensabile per garantire continuità nella promozione della salute individuale, e non solo, in tutti i Paesi d'Europa.

Seppilli era impegnato a preparare un documento propositivo per la legge di Riforma sanitaria che presentò al Consiglio Superiore di Sanità alla metà degli anni settanta.

“La unitarietà della medicina, la rivalutazione del medico personale, la popolazione soggetto del sistema”. Si tratta dei tre capisaldi del futuro SSN (vedi A. Seppilli *“Significato di una riforma”*) con grande enfasi alla partecipazione e alla educazione sanitaria. La unitarietà garantita dalla figura del **medico personale** (come amava denominare il MMG) che doveva essere elemento centrale del sistema nel servizio sanitario nazionale. Sosteneva con forza che si dovesse trasformare, non abolire, la figura del Medico Condotta, che in ogni Distretto della USL dovesse esserci almeno un medico residente (medico di comunità), con funzioni di collegamento stretto con l'USL e con altri MMG, medici personali, e servizi specialistici, nonché ospedalieri. Insiste sulla medicina preventiva e l'educazione sanitaria nel territorio.

Il Centro Sperimentale Dimostrativo per l'Educazione sanitaria della Popolazione

Una delle caratteristiche del periodo fu la considerare fondamentale il legame Università – Territorio, amministrazioni del territorio. Nei primi anni cinquanta fu istituito, con il supporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il Centro Sperimentale Dimostrativo di Educazione Sanitaria della Popolazione, organismo volontario gestito in collaborazione tra Università e Autorità locali, infatti a presiederlo era chiamato il Rettore dell'Università, Giuseppe Ermini, vice presidenti erano il Medico provinciale Carlo Sganga, per il Governo, e Alessandro Seppilli, come docente d'Igiene e membro della Amministrazione Comunale, vi partecipavano, l'Ordine dei Medici, il direttore del Laboratorio d'Igiene e profilassi, il direttore del Consorzio antitubercolare, le autorità scolastiche, la Croce Rossa. Una isti-

tuzione che legava la realtà locale, l'Università, il Governo, per costruire a Perugia un nucleo di ricerca e operativo in un campo nuovo quale quello della Educazione Sanitaria della popolazione, un Centro che ha avuto un grande sviluppo, noto in Italia e non solo. Era un tempo di larghe collaborazioni. Fu per noi una palestra di grande interesse. Io mi laureai nel 1954 e, poiché avevo potuto frequentare l'Università grazie a una borsa di studio, che si esauriva con il diploma, dopo la laurea Seppilli mi propose di occuparmi del Centro con un piccolo contratto. Fu il segno del destino, per me e per il Centro, l'OMS concesse una borsa di studio per un anno di specializzazione all'università di Londra. In quell'anno sperimentai nuovi approcci didattici che segnarono per sempre la mia formazione docente, il lavoro di gruppo interdisciplinare, le attività pratiche di comunicazione...

Il Centro, ora Universitario, ha acquisito nel corso degli anni un notevole prestigio anche internazionale, che ancora mantiene. Ha avuto per sei anni, l'incarico di dirigere l'Ufficio europeo dell'International Union for Health Promotion and Education, in questa funzione ha organizzato la prima conferenza europea a Madrid nel 1987, dedicata a “salute e sistemi sanitari a confronto”, e la seconda a Varsavia nel 1991 dedicata ai giovani, più recentemente ha ospitato a Perugia la sesta Conferenza.

L'educazione sanitaria, o alla salute, non è pratica formativa così semplice come potrebbe sembrare nella prassi quotidiana. Seppilli nel 1984 parlando di valori e democrazia e di giovani e droga sosteneva a nome dei giovani *“dateci un valore su cui credere e non avremo bisogno di droga”* sosteneva che, in molti casi l'educazione sanitaria si trovava di fronte a problemi più ampi, di contesto, e per i giovani spesso fosse generazionale della nostra gioventù, *“... in nessun articolo ho letto una risposta a tale domanda che mi parrebbe ovvia per quanti hanno cercato in Italia di ricostruire la nostra società su base democratica, liberandola da valori falsi e centrandola sulla dignità dell'uomo, libero e consapevole attore del suo destino.”*

Da medico della mutua a medico di medicina generale

Tiziano Scarponi

Intervista al dottor Carlo Andrea Pacifico Medico di Famiglia e Presidente del nostro Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri dal 1979 al 1993.

Presidente, una assistenza sanitaria uguale per tutti sembra oggi un concetto inconfutabile, ma è sempre stato così?

Nel 1950, appena laureato e quindi molto prima dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, in Italia vigeva un sistema di assistenza basato su numerosi "enti mutualistici" di cui il più importante era l'Istituto Nazionale per le Assicurazioni contro le Malattie (INAM).

Ognuno di questi enti era competente per una determinata categoria di lavoratori i quali, con i propri familiari a carico, erano obbligati ad iscriversi, usufruendo così dell'assicurazione sanitaria per cure ambulatoriali ed ospedaliere. Appare chiaro pertanto che l'assistenza veniva finanziata con i contributi versati dagli stessi lavoratori e dai datori di lavoro, pertanto il diritto alla salute non era correlato all'essere cittadino, ma all'essere un lavoratore con la conseguente mancata copertura di fasce di popolazione e con la disomogeneità delle prestazioni fra i vari enti. In poche parole ente con poche risorse, garantiva un livello basso di assistenza.

Come si comportava il medico di famiglia, com'era la sua qualità di vita?

Il medico poteva iscriversi ad una o più mutue e la retribuzione avveniva a notula e, per un certo periodo, a "ciclo di

malattia" con notulazione cioè delle visite effettuate, dopo essere passato sotto il controllo del funzionario della mutua che doveva vigilare sulla congruità del numero delle prestazioni rispetto alla diagnosi formulata.

I ritmi di lavoro erano davvero massacranti poiché l'assistenza domiciliare doveva essere garantita 24 ore al giorno e per sette giorni su sette. Dopo una decina di anni di attività in fatti, mi resi conto quanto fosse difficoltoso e stressante fare il medico di famiglia in simili situazioni ed allora, insieme al altri colleghi, pensai di istituire un servizio di guardia medica, con onere a carico dei medici aderenti. Presi l'incarico di portare avanti l'iniziativa e dopo alcuni contatti con i colleghi fiorentini e dopo aver raccolto numerose adesioni di medici del comune di Perugia attuammo, tra i primi in campo nazionale, i turni di riposo festivi.

Nel frattempo anche il panorama politico ed amministrativo dell'Italia stava cambiando. Nel 1974 la legge n. 386 estinse i debiti accumulati dagli enti mutualistici nei confronti degli ospedali, sciolse i consigli di amministrazione degli stessi enti disponendone il commissariamento e trasferì i compiti in materia di assistenza ospedaliera alle regioni.

Nel 1978 la legge 833 sopprime il sistema mutualistico ed istituì il Servizio Sanitario Nazionale con decorrenza 1 luglio 1980. Come vivesti e come visse la medicina di famiglia questa svolta epocale?

Con l'entrata in vigore di questa legge, il



medico di famiglia perse definitivamente la figura di libero professionista nel senso classico della parola per assumere quella di "medico con un rapporto di lavoro autonomo, continuativo e coordinato con il S.S.N. Ricordo che nel corso di un consiglio nazionale, a Roma, protestai per il silenzio della categoria nei confronti di questa legge che sanciva la fine della libera professione, ma ciò mi procurò addirittura un pugno in faccia da parte di un collega (tutto si risolse con un Giurì di onore).

La mia protesta derivava dal fatto che la legge stabiliva: un rapporto ottimale medico-assistibili, l'istituzione di elenchi unici di medici convenzionati, la disciplina delle incompatibilità e delle limitazioni, il numero massimo di assistibili per medico, forme di controllo sulla attività professionale, il compenso che veniva calcolato sul numero dei pazienti in carico a prescindere dal numero delle prestazioni.

La percezione però della svolta epocale

l'avemmo con i DPR del 14/8/1981 e del 25/12/1984 riguardanti la regolamentazione dei rapporti convenzionali che entrambi riportano la seguente premessa: "I medici iscritti negli elenchi della medicina generale sono parte attiva e qualificante del Servizio Sanitario Nazionale e collaborano all'attuazione di un sistema nel quale, fermo restando il principio della libera scelta e rapporto di fiducia, al medico di famiglia sono affidati i compiti di medicina preventiva individuale, cura ed educazione sanitaria intesa come un insieme unitario qualificante l'atto professionale. Nello stesso tempo, i medici di medicina generale collaborano ad elevare la qualità dell'atto medico, nel rispetto delle indicazioni del piano sanitario nazionale e dei piani regionali". Questo significava il superamento del concetto del rapporto medico paziente basato esclusivamente su dei vincoli di maturata affettività, ma tale rapporto sempre fiduciario veniva inserito in una cornice di dimensione territoriale e di

compiti normati per accordi legislativi. Alla luce di questo appariva chiara che noi medici di famiglia non eravamo vincolati nella nostra attività, solo dalle norme del Codice deontologico e dei Codici Civile e Penale ma anche dalle leggi del Servizio Socio Sanitario che avevano sostituito il precedente sistema assistenziale. Tutto questo nuovo elenco di compiti e la loro successiva attuazione creò non poca preoccupazione alla categoria, ma senza dubbio il momento di maggiore criticità e perplessità fu il cosiddetto rientro nei massimali con la manovra della riacquasi degli assistiti eccedenti il massimale. Anche in questa occasione l'Ordine dei Medici di Perugia fu fra i primi ad "inventare" l'associazione fra un medico massimalista ed un medico con pochi assistiti con un regolamento ideato da una commissione designata dalla FNOOM, come si chiamava allora, costituita dal sottoscritto, dal compianto Gian Galeazzo Uccelli e dal dottor Tiziano Scarponi.

Tutte queste novità professionali trovano, com'era da aspettarsi, impreparati culturalmente ed operativamente i colleghi. Per superare tali criticità sorse un valido movimento sindacale: la FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale) evoluzione della FIMM (Federazione Italiana Medici Mutualisti) ed un'altrettanta valida associazione culturale: SIMG (Società Italiana di Medicina Generale). Del sindacato sono stato presidente regionale per tanti anni fino a quando non ho passato il testimone al dottor Sabatino Orsini Federici che ancora riveste tale carica in maniera encomiabile e coraggiosa come ha saputo dimostrare in molti consigli nazionali, manifestando il proprio disappunto in occasione dell'ultimo rinnovo di convenzione. Della SIMG non posso che ricordare con affetto e stima l'attuale presidente nazionale dottor Claudio Cricelli, i presidenti provinciali perugini che si sono succe-

duti: Leandro Pesca, Tiziano Scarponi e Piero Grilli.

Per concludere, mi potresti indicare le varie cariche istituzionali che hai rivestito?

In effetti, la mia passione per la professione medica e le sue problematiche mi hanno permesso di svolgere altre funzioni che rapidamente elenco.

Attività ordinistica: dal 1964 al 1993 di cui gli ultimi 14 anni come Presidente.

Durante questo periodo venne acquistata la sede di via Cesare Balbo, ho partecipato alla commissione di studio che ha formulato la bozza di riforma della legge ordinistica, per 10 anni sono stato eletto nella Commissione Centrale delle arti sanitarie e sempre per 10 anni ho fatto parte del comitato esecutivo dell'ENPAM e dal 1979, quale membro di diritto ho partecipato attivamente ai lavori del consiglio e della giunta dell'ONAOI.

Ho svolto anche attività politica, dedicandomi sempre prevalentemente a problemi medici: 5 anni consigliere comunale e 10 anni consigliere provinciale, ho fatto parte del comitato antitubercolare fino alla sua estinzione e sono stato anche membro del consiglio di amministrazione del policlinico (epoca in cui fu deliberata la costruzione del Silvestrini).

Come antesignano del pensiero di Basaglia mi preme ricordare come nel 1962, durante una seduta del consiglio provinciale, chiesi che venisse condotta un'indagine sulla funzionalità di Villa Massari e dell'ospedale psichiatrico che manifestavano forti segnali di criticità e, dopo lungo dibattito, ottenni l'insediamento di una commissione di inchiesta che portò alla nomina di una commissione formata da: Luigi Lanna, Alfredo Ciarabelli, Mario Belardinelli ed il sottoscritto. Come risultato la commissione depositò una relazione finale che portò a lavorare per risolvere le disfunzioni trovate.

La Legislazione Odontoiatrica Italiana: storia di un percorso complesso

Paolo Zampetti

Contrariamente a quanto avvenuto negli Stati Uniti d'America ed in quasi tutte le nazioni europee in Italia l'elevazione morale e professionale dell'odontoiatria fu estremamente complessa. Ogni singolo Stato italiano presentava, nella migliore dell'ipotesi, disposizioni in materie di legge autonome, per quanto concerneva la professione medica; l'"arte odontoiatrica" (perchè in tal modo veniva denominata) non era considerata medica e veniva consentito l'imperversare dei ciarlatani, dei barbieri o dei cavadenti che riscuotevano, per la verità, un certo successo da parte del pubblico.

Lo Stato Pontificio fu all'avanguardia nel proporre un inizio di regolamentazione.

Infatti il primo provvedimento legale riguardante l'arte dentaria a noi giunto è un Bando Generale pubblicato sotto il pontificato di Pio VII (1800-1823) ad istanza del Protomedico e del Collegio dei Medici di Roma il 28 gennaio 1809. Esso conteneva espliciti *"provvedimenti atti a rimuovere i molteplici abusi introdotti nell'esercizio della medicina e delle altre professioni che in qualunque modo hanno rapporto all'umana salute"*. Da notare pertanto che implicitamente vi è una distinzione fra professioni sanitarie "maggiori" e "minori". L'articolo 22 del decreto affermava *"Niuno potrà esercitare l'arte di dentista se non esaminato e patentato dal Collegio de' Medici, come viene stabilito nel citato Capitolo dello Statuto del Collegio, sotto pena di venticinque scudi d'oro"*.

Il vero riformatore della legislazione sanitaria a Roma e nello stato Pontificio fu però Papa Leone XII (1823-1829).

Già nel 1824, con la promulgazione della bolla *"Quod divina sapientia"*, del 28 agosto vi era una drastica regolamentazione degli studi, universitari che venivano suddivisi in quattro facoltà: Medicina e Chirurgia, Giurisprudenza,

Filosofia e Teologia. Nella facoltà di Medicina erano compresi, diremmo oggi, i corsi di laurea in Medicina, Chirurgia, Farmacia. Il conseguimento della laurea era vincolato all'ottenimento della cosiddetta "matricola", che costituiva un biennio obbligatorio per l'abilitazione della pratica professionale. Su questa base, due anni dopo, il 18 agosto 1826, con la pubblicazione delle *Ordinationes S. Congregationis Studiorum*, si ebbe la definitiva codificazione di quelle che venivano ancora considerate "professioni sanitarie minori"; ci riferiamo in particolar modo all'odontoiatria e alla flebotomia. In particolare, gli articoli 26 e 27 sono dedicati all'esercizio della professione odontoiatrica. Può essere interessante la lettura *per extenso* degli articoli:

Articolo 26

Coloro che si dedicano alle medicina dentaria dovranno conoscere l'anatomia della testa, e principalmente delle mascelle, e delle parti coerenti alle medesime, le malattie dei denti e delle gengive e l'uso degli strumenti che si devono adoperare.

Articolo 27

Si permette ad essi di estrarre i denti, di fortificare i mobili, di nettarli da ogni sozzura e dal tartaro, di turare i bucati, di applicarne dei finti



Theodor Rombouts (1597-1637), il dentista (Museo del Prado, Madrid).

a posticcio; **debbono però astenersi dal sommi-**



Tre modelli di manici dei primi tipi: a chiave (a destra); ad asta svitabile (al centro); quadrangolare, con convessità per adattarsi al palmo della mano (a sinistra).

nistrare e prescrivere medicinali, anche per pulirli, senza l'approvazione del medico.

Come si nota diviene indispensabile condizione per l'esercizio professionale l'ottenimento di questa "matricola"; la quale poteva essere solamente rilasciata, dopo un esame finale che attestasse la frequenza ai corsi e le conoscenze di base richieste, solamente a persone che avessero dato saggio di buona condotta e spiccata moralità, condizione questa espressa già da Pio V Ghislieri: "Popoli e regni sono bene amministrati quando lo Stato è retto da persone colte e competenti".

Da notare che solamente le Università di Roma e di Bologna potevano rilasciare tale abilitazione. Questi provvedimenti furono poi abrogati, ma siamo già in periodo postunitario, solo nel 1872.

Occorre dire che la legge Casati, del 13 novembre 1859, che si proponeva di riorganizzare la legislazione sanitaria, se da un lato accennava a professioni sanitarie considerate "minori", dall'altro non prendeva in considerazione

l'odontoiatria. Bisognerà attendere molti anni dopo l'Unità d'Italia (1861) per avere una legislazione odontoiatrica adeguata. Dopo innumerevoli proposte, per la verità senza seguito, nel 1865 fu emanata una prima legge sull'Odontoiatria nell'Italia Unita, nella quale era sancito che "Nessuno può esercitare l'arte del dentista se non ha ottenuto il Diploma di Chirurgia in una Università dello Stato". Si tentò, in seguito, di proporre un diploma autonomo di Dentista da attivarsi presso le Università, senza alcun riscontro, dal momento che non tutti gli Atenei italiani erano disposti ad attivarlo, ritenendolo inutile. Nel 1890, grazie specialmente all'opera della Società Odontologica Italiana, fondata e costituita da medici esercenti l'attività odontoiatrica, che sensibilizzò in maniera capillare il modo politico ed universitario dell'epoca, il ministro della pubblica istruzione, Paolo Boselli, riuscì finalmente a proporre un decreto che doveva introdurre le regole sull'esercizio della professione di odontoiatra. Tale decreto legge, n° 6850 (serie terza) del 24 aprile 1890, pensato dal Boselli doveva regolamentare definitivamente l'esercizio abusivo dell'odontoiatria; tuttavia, per un cavillo burocratico che apriva le porte ad



Pellicani e chiavi inglesi.

innumerevoli sanatorie, esso venne tramutato in legge solo nel 1912 (n° 298 31 marzo). Ecco il testo del decreto:

Art. 1- Chi vuole esercitare l'odontoiatria, la protesi dentaria e la flebotomia deve conseguire la laurea in medicina e chirurgia.

Art.2- L'insegnamento dell'odontoiatria è impartito nell'Istituto Chirurgico delle Facoltà del Regno le quali dimostrino di possedere i mezzi ne-

cessari e le persone capaci di tale insegnamento, secondo i più recenti progressi della specialità.

Art. 3- La nomina dell'insegnante deve essere fatta secondo le norme vigenti per il conferimento degli incarichi, od eventualmente, dei professori straordinari, sentito il consiglio superiore.

Art.4- Coloro che hanno intrapresi i corsi di flebotomia o di odontoiatria prima della pubblicazione di tale decreto potranno compierli e ottenere il rilascio dei relativi diplomi coll'osservanza delle norme precedentemente in vigore. Ad essi pure sarà permesso l'esercizio della professione nn altrimenti che ai flebotomi e ai dentisti contemplati dall'art. 60 del regolamento del 9 ottobre 1889 n 6442 (serielll).

L'articolo 4 del decreto si prestava a varie interpretazioni, per cui, coloro che non erano medici ma possedevano solo un patentino o un diploma di flebotomo fecero immediatamente ricorso, sostenendo il loro diritto all'esercizio professionale odontoiatrico; si giunse quindi sino al 1912, quando, il 31 marzo, finalmente la legge divenne esecutiva, non senza aver dato adito a numerose polemiche, che erano alimentate da coloro che volevano ottenere deroghe e sanatorie.

Nel 1922 Angelo Chiavaro, primo professore ordinario di Clinica Odontoiatria in Italia, titolare di cattedra a Roma, propose, assieme al ministro della Pubblica Istruzione Giovanni Gentile, un disegno di legge(3 dicembre 1922 n 1601) che prevedeva l'istituzione di una Regia Scuola Nazionale di Odontoiatria, da attivarsi nell'Università di Roma. In questo modo si voleva garantire, su modello americano, una preparazione odontoiatrica autonoma rispetto alla Facoltà di Medicina; si sarebbe creata una Facoltà di Odontoiatria in grado di rilasciare i diplomi di "dottore in me-

dicina dentaria".

I corsi erano per quattro anni comuni alla facoltà medica, mentre l'ultimo biennio era propedeutico per le discipline odontostomatologiche. Esso divenne operativo con decreto del 31 dicembre 1923 n 2910; tuttavia le violente opposizioni di gran parte del mondo medico ed accademico provocarono la revoca, l'anno successivo, della disposizione.

Nel medesimo anno veniva istituita la scuola di specializzazione in Odonto-Stomatologia, di durata biennale: ma non veniva considerato titolo obbligatorio per l'esercizio professionale odontoiatrico, ritenendosi sufficiente il superamento della prova d'esame in Odontoiatria nell'esame di abilitazione all'esercizio professionale medico (esame di Stato).

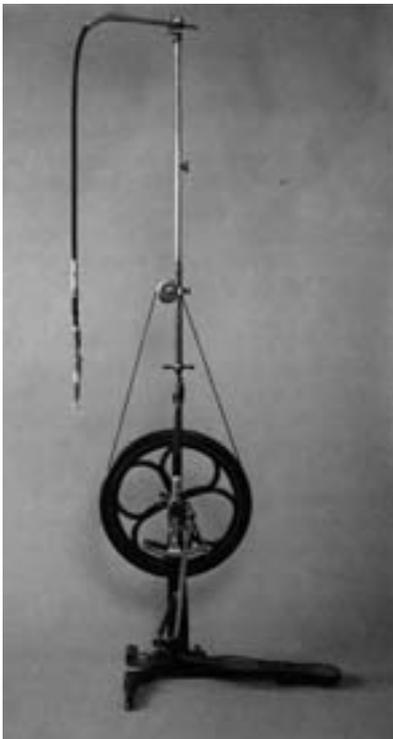
Negli Anni Settanta la scuola di specializzazione diventa triennale, ma non è condizione indispensabile per l'esercizio dell'odontoiatria, che continua ad essere vincolata alla sola laurea in medicina e chirurgia.

Con l'istituzione del Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria ai sensi del DPR n 135 del 28 febbraio 1980, venne a crearsi una nuova figura professionale, quella dell'Odontoiatra, in linea con gli altri paesi della Comunità

Europea. Si tornava, praticamente, al modello già proposto da Chiavaro circa sessant'anni prima: tuttavia perdurarono alcune anomalie.

Negli intendimenti del legislatore, d'ora in avanti, l'unica possibilità di esercizio professionale odontoiatrico doveva essere il laureato presso l'apposito corso di laurea.

Solo nel 1993 (DPR 278 30 ottobre) veniva sospesa (è bene ricordarsi: sospesa, non abolita) la Scuola di Specializzazione in Odonto-stomatologia.



Trapano a pedale (fine '800)

Attualmente in Italia possono esercitare l'Odontoiatria tre differenti figure: il laureato in Medicina e Chirurgia specialista in Odonto-Stomatologia (Iscritto all'Albo degli Odontoiatri); il laureato in Medicina e Chirurgia non specialista ma iscritto all'Albo degli Odontoiatri; il laureato

in Odontoiatria (Iscritto all'Albo). Le prime due tipologie di professionista andranno ad esaurimento; per adesso rimane valida, per compiere il percorso formativo per la pratica odontoiatrica solo la terza. Siamo tuttavia in attesa di ulteriori sviluppi che certamente non mancheranno.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Arlotta A., L'ordinamento degli studi odontoiatrici in Italia, Riv. It. Stom., 1952, n°1: 1-21
- 2) Platschick C., *Il passato, il presente e l'avvenire della stomatologia*, Giornale di Corrispondenza per Dentisti, 1908
- 3) Rizzo S., Zampetti P., *Lo stato dell'odontoiatria in Italia agli inizi del 900. Considerazioni storiche*, Odontoiatria, Rivista degli Amici di Brugg, 2004 n 1 bis:178-182
- 4) Rizzuti A., *Sviluppo storico dell'esercizio dell'Odontoiatria*, Min. Stom., 1965, 14, n. 6: 359-368.
- 5) Rizzuti A., *Primi sviluppi dell'odontoiatria dopo l'unità di Italia*, Min Stom., 1966, n 1:39-43
- 6) Rizzuti A., *Cinquantesimo della legge istitutiva dell'obbligo della laurea in medicina per l'esercizio dell'odontoiatria*, Fed. Med., 1963 n 8: 593-600
- 7) Spina P., *Osservazioni sulla evoluzione della odontoiatria dalla bolla pontificia "Quod divina sapientia" ai giorni nostri*, Ann. Clin. Od. 1933, n. 11: 681-684
- 8) Zampetti P., *La Scuola Odontoiatrica Pavese*, Atti del VI Congresso Nazionale della Società Italiana di storia dell'Odontostomatologia, Pavia, 2002 pag. 11-27
- 9) Zampetti P., *La clinica odontostomatologica pavese durante le direzioni di Ludovico Coulliaux, Silvio Palazzi e Cinzio Branchini: cenni ergobiografici*, in Boll. della Soc. Pavese di Storia Patria, 2001 : 391-401
- 10) Zampetti P., *La fondazione ed il primo anno di attività dell'Istituto di Odontoiatria dell'Università di Pavia (1912) Cenni storici per il 90° anniversario*, in Boll. della Soc. Pavese di Storia Patria, 2002: 391-401
- 11) Zampetti P., *Carlo Platschick, precursore dimenticato*, Odontoiatria n°3, 2004: 386-388
- 12) Zampetti P. *La prima libera docenza italiana ed il primo insegnamento ufficiale di Clinica Odontoiatrica: Carlo Platschick a Pavia (1891)*. Doctor Os, 16 (3): 262-63, 2005
- 13) Zampetti P. *La legislazione odontoiatrica nello Stato Pontificio*. Dental Tribune 2 (3): 17, 2006
- 14) Zampetti P. *Odontoiatria clinica e didattica in Italia fra 800 e 900: gli esempi di Carlo Platschick (1853-1912) e Ludovico Coulliaux (1863-1929)* in Atti del IX Congresso Nazionale della SISOS (Società Italiana di Storia della Odontostomatologia), a cura di Paolo Zampetti, pag. 1-16, Saronno, 2006
- 15) Zampetti P. *Agli albori dell'odontoiatria italiana. Carlo Platschick e l'Istituto Stomatologico*, in Milano scientifica 1875-1924, vol. 2, *La rete del perfezionamento medico*, a cura di Elena Canadelli e Paola Zocchi, pag. 279-330, Milano, Sironi editore, 2008

La Medicina Interna a Perugia, una scuola fondata dal prof. Paolo Larizza

Fausto Santeusanio

Quando sono stato invitato dal Presidente dott. Graziano Conti e dal responsabile del bollettino, dott. Tiziano Scarponi, a ricordare un momento significativo legato alla storia dell'Ordine dei Medici della Provincia di Perugia, che ha celebrato nel 2010 il primo centenario della fondazione, ho subito pensato di rendere omaggio, per tale evento celebrativo, alla figura del prof. Paolo Larizza: egli infatti ha avuto il merito di creare una prestigiosa scuola di Medicina Interna presso l'Università e il Policlinico - oggi Azienda Ospedaliera - di Perugia, contribuendo direttamente ed indirettamente attraverso i suoi allievi a dare un impulso significativo al progresso della medicina degli ultimi '50 anni, non solo in Umbria ma anche in ambito nazionale ed internazionale. Ne sono stato fedele testimone.

Il prof. Larizza giunse a Perugia nel 1959 dalla Università di Cagliari con un gruppo di giovani e brillanti collaboratori, alcuni dei quali lo avevano seguito già dalla Università di Pavia. Dal 1959 al 1961 ebbe la direzione dell'Istituto di Patologia Medica, erede di illustri clinici, quali i professori Luigi Riccitelli, Raffaele Silvestrini, Renato De Nunno ed Alessandro Beretta Anguissola. Nel 1961 si trasferì all'Istituto di Clinica Medica, che diresse sino al 1982, in sostituzione del prof. Giorgio Dominici. Al suo posto presso l'Istituto di Patologia Medica, fu chiamato un altro grande Maestro, il prof. Giovanni Gigli, che mantenne tale posizione dal 1961 al 1971, trasferendosi successivamente all'Università di Pisa a dirigere l'Istituto di Clinica Medica.

Il prof. Larizza, noto per i suoi studi in ematologia, iniziati a Pavia e continuati a Cagliari, ha stimolato lo sviluppo di questa disciplina attraverso i suoi collaboratori: il prof. Fausto Grignani, che nel 1982 avrebbe assunto la di-

rezione dell'Istituto di Clinica Medica a Perugia; il Prof. Adolfo Puxeddu, divenuto direttore della Clinica Medica presso il polo universitario di Terni nello stesso anno; il prof. Massimo Fabrizio Martelli, divenuto successivamente professore ordinario di Ematologia e direttore della Clinica di Ematologia; il prof. Giuseppe Nenci, che assunse la cattedra di Semeiotica Medica e promosse con i suoi collaboratori una eccellente ricerca clinica nell'ambito delle malattie emocoagulative e tromboemboliche; il prof. Maurizio Tonato, divenuto poi primario di Oncologia Medica presso il Policlinico di Perugia, creando una pregevole scuola oncologica. Il prof. Larizza non si limitò a promuovere la ricerca e l'interesse clinico in ambito ematologico, ma indirizzò dalla ematologia allo studio della endocrinologia e della diabetologia, una disciplina allora emergente e poco conosciuta, il suo allievo prof. Paolo Brunetti, che nel 1971 assunse la direzione dell'Istituto di Patologia Medica, dando impulso con i suoi collaboratori ad una notevole e prestigiosa attività clinica e di ricerca. Accanto a questi principali sviluppi della scuola medica del prof. Larizza, si devono ricordare anche l'istituzione della Cattedra e dell'Istituto di Geriatria, la cui direzione venne affidata al suo primo allievo prof. Alessandro Ventura alla fine degli anni '60. Questa struttura negli anni successivi subì una trasformazione, dal momento che venne riorganizzata nelle strutture distinte dell'Istituto di Clinica Medica e Terapia Medica 2, diretta dal prof. Ventura, e dell'Istituto di Geriatria e Gerontologia, diretta dal prof. Umberto Senin. Anche l'attività della Medicina Nucleare, struttura divenuta indipendente negli anni '70 e la cui direzione fu affidata al prof. Renato Palumbo, è una gemmazione dell'Istituto di Clinica Medica. Qui infatti, da qualche anno,

era stata iniziata in locali appositamente predisposti e protetti un'attività clinica e di ricerca, coordinata dal prof. Alessandro Ventura, per la diagnostica e la terapia radioisotopica. Infine l'attività clinica di gastroenterologia, già iniziata presso l'Istituto di Clinica Medica, fu potenziata sotto la guida del prof. Antonio Morelli e si rese indipendente negli anni '90 con una struttura di degenza ed un qualificato servizio di diagnostica e terapia endoscopica ed ecografica. Va anche aggiunto che alcuni dei Primari di Medicina Interna degli Ospedali dell'Umbria, anche al di fuori del Policlinico di Perugia, si erano formati scientificamente e professionalmente presso l'Istituto di Clinica Medica. Da questa sommaria descrizione della Scuola fondata dal prof. Larizza, si comprende facilmente l'impatto che essa ebbe divenendo ben presto punto di riferimento non solo a livello regionale ma anche nazionale. Infatti lo sviluppo futuro dell'area medica, così ben disegnata dal prof. Paolo Larizza, avrebbe avuto nel corso degli anni un'ulteriore evoluzione per i successi conseguiti sia in ambito clinico che nella ricerca di base e clinica.

A distanza di circa 25 anni dalla cessazione da parte del prof. Larizza di ogni attività accademica presso l'Università degli Studi di Perugia, la scuola da lui fondata mantiene una fertile continuità attraverso gli allievi dei suoi diretti allievi che ora sono responsabili delle varie strutture cliniche internistiche e specialistiche. Pur con le difficoltà imposte dal trasferimento recente del vecchio Policlinico Monteluca al nuovo complesso ospedaliero situato a S. Andrea delle Fratte, dalla contrazione dei posti letto e degli spazi delle attività ambulatoriali, e dai numerosi problemi organizzativi tuttora irrisolti, viene attualmente svolta presso le strutture internistiche esistenti una rilevante attività clinica e di ricerca nei vari settori clinico-scientifici della medicina interna. Non è facile elencare i numerosi successi conseguiti in ambito clinico e scientifico negli ultimi decenni dagli allievi del prof. Larizza, che hanno inciso in modo evidente sul progresso dell'assistenza e della ricerca biomedica. Me ne astengo dal farlo, anche perchè sono ben noti.

L'auspicio di ognuno di noi è che la scuola di medicina interna dell'Università di Perugia, continui la sua illustre tradizione e che con i tempi mutati e con le esigenze sollecitate dal progresso scientifico e professionale, si presenti rinnovata nei suoi settori oggi ben delineati e possibilmente ancor meglio armonizzati fra di loro, della medicina interna generale, di tipo tradizionale, della medicina d'urgenza, e della medicina interna specialistica, dove possano validamente esprimersi le specialità ben caratterizzate nella nostra realtà.

Rimane memorabile la lettura magistrale, l'ultima, tenuta dal prof. Paolo Larizza il 7 maggio 1997 nell'aula dell'Accademia Anatomico Chirurgica dal titolo *"La Medicina Interna alle soglie del terzo millennio fra la magia di un passato forse irripetibile e le incognite di un futuro ricco di speranze ma non privo di rischio e di timori"*. Egli concludeva la sua appassionata prolusione con un saluto ai suoi allievi: *"quel poco che potevo fare per i miei Allievi, che ho sempre considerato come miei figli spirituali e, come tali, facenti parte integrante del mio nucleo familiare, ho cercato di farlo con umiltà e discrezione, con impegno ed entusiasmo, con rigore ma con amore"*. In effetti i suoi allievi, in particolare quelli che lo hanno conosciuto ed hanno potuto collaborare direttamente con la sua persona, lo ricordano ancora con affetto e gratitudine per quello che hanno ricevuto dal suo insegnamento professionale ed umano, cioè l'entusiasmo, la passione per la ricerca clinica e l'amore per il malato. Ricordano ancora la conclusione di un suo scritto lasciato a mo' di testamento spirituale: *"...Se un auspicio fosse a me lecito esprimere è che si torni finchè si è ancora in tempo, a privilegiare la Clinica con le sue intuizioni, con i suoi travagli, con le sue istanze, con i suoi coinvolgimenti umani, con il suo altruismo e la sua nobiltà fatta di amore, dolore e comprensione"*. Questa è la figura del prof. Larizza che vorremmo resti luminosa nei nostri ricordi con il suo esempio e che certamente nobilita anche la storia gloriosa dell'Ordine dei Medici della provincia di Perugia che lo ha avuto per vari decenni fra i suoi iscritti.

Medici-Sindaci-Podestà

Stefano Lentini

Uscendo dalle cliniche, dagli ospedali, dagli ambulatori e portando le proprie idee a sostegno della società e della politica i Medici hanno spesso dimostrato di eccellere in altre cose oltre in quella che hanno sempre saputo fare nel migliore dei modi e cioè curare gli ammalati. Una conferma di ciò ci viene anche dalla storia di Perugia nel periodo postunitario che ci mostra come un contributo importante alla vita politica ed amministrativa della città sia stato fornito anche dalla classe medica.

Di seguito vediamo riassunti i Responsabili dell'Amministrazione dal 1861 ai giorni nostri:

1860 Danzetta Nicola (Sindaco)
 1861 Ansidei Reginaldo (Sindaco)
 1868 Waddington Evelino (Sindaco)
 1870 Ansidei Reginaldo (Sindaco)
 1879 Rocchi Ulisse (Sindaco)
 1885 Berardi Tiberio (Sindaco)
 1889 Angeloni Paolo (Sindaco)
 1893 Rocchi Ulisse (Sindaco)
 1902 Valentini Luciano (Sindaco)
 1919 Adami Rossi Carmine (Comm. Prefett.)
 1920 Franceschini Ettore (Sindaco)
 1921 Guidoli Silvio (Comm. Prefett.)
 1922 Farina Luigi Antonio (Comm. Prefett.)
 1923 Uccelli Oscar (Sindaco)
 1927 Uccelli Oscar (Podestà)
 1929 Franci Alpinolo (Comm. Prefett.)
 1930 Buitoni Giovanni (Podestà)
 1934 Giammichele Florindo (Comm. Prefett.)
 1934 Corneli Colombo (Podestà)
 1940 Agostini Giulio (Podestà)
 1943 Reali Ernesto (Comm. Prefett.)
 1943 Armanni Enrico (Comm.d,C Pro-

vincia)

1944 Luca Guerrizio Mario (Giunta Comm. provvis.)
 1944 Andreani Fausto (Sindaco)
 1946 Lupattelli Ugo (Sindaco)
 1948 Manna Aldo (Sindaco)
 1953 Seppilli Alessandro (Sindaco)
 1965 Berardi Antonio (Sindaco)
 1970 Caraffini Mario (Sindaco)
 1975 Perari Giovanni (Sindaco)
 1977 Zaganelli Stelio (Sindaco)
 1980 Casoli Giorgio (Sindaco)
 1987 Baglioni Mario Silla (Sindaco)
 1990 Valentini Mario (Sindaco)
 1995 Maddoli Gianfranco (Sindaco)
 1999 Locchi Renato (Sindaco)
 2009 Boccali Wladimiro (Sindaco)

Vediamo che sono stati tre i Sindaci di Perugia dalla carriera politica più longeva: **Reginaldo Ansidei**, **Ulisse Rocchi** e **Luciano Valentini** che ricoprono la carica per ben 48 anni dei 62 intercorsi tra l'Unità d'Italia e l'avvento del Fascismo; tra questi un medico:



Ulisse Rocchi, nato a Perugia nel 1836, dopo aver conseguito la laurea prestò servizio nel regio esercito come ufficiale medico, fu poi Direttore dell'Ospedale di Perugia e Direttore altresì del giornale "La Provincia" che aveva fondato e diretto e che di

fatto continuò a dirigere sempre anche quando entrò per la prima volta nel

Consiglio Comunale di Perugia nel 1876 per diventare poi Sindaco su nomina del Re nel 1879; mantenne la carica dal 1879 al 1885 quando gli succedettero Berardi ed Angeloni e dal 1893 al 1902 quando gli succedette il conte Luciano Valentini; si definiva "monarchico-progressista" ma nel lungo periodo del suo mandato si adattò a varie situazioni politiche attirandosi per questo l'accusa di trasformismo da parte dei suoi avversari; in effetti quella di sindaco nella vecchia regolamentazione di fine '800 era una carica ambivalente e ambigua: la si otteneva dall'alto per regio decreto ma ovviamente non la si manteneva che con l'assenso del Consiglio. Passerà alla storia come il sindaco "dell'acqua, della luce e del tram!" In effetti nel 1899 dette a Perugia il secondo acquedotto dopo che nel 1289 Boninsegna da Venezia e Fra Bevignate erano riusciti nell'impresa di far arrivare l'acqua alla Fonte di Piazza dalla sorgente di Monte Pacciano; sempre nello stesso anno i Perugini assistettero all'apparizione delle prime vetture tramviarie che però, giunte alla stazione su carri merci, giacchè non vi era ancora corrente elettrica nei fili, arrivarono in città trainate ciascuna da quattro paia di buoi! Il 20 settembre finalmente la prima vettura del tram, cigolando e scampanellando, salì fino al Palazzo dei Priori con a bordo tra gli altri il Ministro dell'Agricoltura Industrie e Commercio Antonio Salandra; il Sindaco Rocchi pronunciò il discorso di rito che, come riferirono le cronache locali, solo i più vicini riuscirono a captare per i grandi rumori della piazza; la giornata memorabile si concluse con lo spettacolo di centinaia di lampadine che, al calar della sera, vennero accese sulla facciata del Palazzo dei Priori componendo la scritta "Viva Perugia"; a completare un anno così importante per Perugia, Rocchi inaugurò in ottobre il Collegio per gli Orfani Sanitari. Egli morì a Perugia nel 1919.



Colombo Corneli, nato a Piegara (Pg) il 22/10/1892 si laureò all'Università La Sapienza di Roma il 23/7/1919; iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di Perugia dal 10/1/1923 al 31/12/1963 con il numero 95; svolse la prima parte della sua vita profes-

sionale a Firenze per trasferirsi poi a Perugia come Aiuto in Otorinolaringoiatria. Si distinse combattendo nella seconda guerra mondiale meritandosi un encomio solenne, una medaglia di bronzo e due croci di guerra; fu Podestà di Perugia dal 30/10/1934 al 6/6/1940.



Giulio Agostini, nato a Perugia il 5/12/1892 si laureò all'Università di Padova 4/4/1917; iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di Perugia dal 01/01/1920 al 3/6/1978 con il numero 60; il 31/1/1927 ottenne la Libera Do-

cenza in Clinica delle Malattie Nervose e Mentali; figlio del Prof. Cesare, Direttore del Manicomio di Perugia dal 1903 al 1928, fu anch'egli Direttore della stessa struttura psichiatrica dal 1928 al 1965; durante il secondo conflitto mondiale dimostrò grande coraggio e spirito umanitario accogliendo all'interno dell'Istituto numerosi cittadini polacchi per sottrarli alle persecuzioni e alle deportazioni compiute dai nazi-fascisti; nel 1944 fu espulso dal Partito Nazionale Fascista avendo rifiutato di aderire alla Repubblica Sociale. Il 27/01/1966 ottenne

dal Ministero della Sanità - Ufficio del Medico Provinciale, la medaglia d'argento al merito della Sanità Pubblica. Fu Podestà di Perugia dal 7/6/1940 al 3/09/1943. Morì a Perugia il 3/6/1978.



Ugo Lupattelli, nato a Deruta (Pg) il 16/11/1877, si laureò all'Università La Sapienza di Roma il 16/7/1903; iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di Perugia dal 2/4/1912 al 18/5/1960 con il numero 25; svolse l'attività di medico condotto del

Comune di Deruta, fu appassionato e convinto aderente al movimento politico socialista; è ricordato per il suo carattere garbato e gentile, aperto alle istanze popolari ma anche per il modo discreto usato per beneficiare gli indigenti. Ricoprì numerose cariche nelle istituzioni cittadine quali Consigliere e Presidente dell'Azienda di Soggiorno, accademico di merito all'Accademia di Belle Arti "Pietro Vannucci". Fu sindaco di Perugia dal 27/01/1946 al 16/12/1948. Morì il 18/5/1960.



Alessandro Sepilli, è stato docente di Igiene all'Università di Modena; nel 1938, in conseguenza delle Leggi razziali, essendo ebreo fu costretto fuggire dall'Italia abbandonando l'insegnamento e rifugiandosi in Brasile dove rimase fino alla Liberazione; nel 1948 venne reintegrato nell'insegnamento a Perugia dove ebbe una brillante carriera universitaria, fu Preside della Facoltà

di Farmacia, Direttore dell'Istituto di Igiene e inoltre Presidente della prima Sezione del Consiglio Superiore di Sanità, dell'Istituto di Medicina Sociale in Roma, Rappresentante del Direttivo Internazionale di Educazione Sanitaria; fu inoltre uno dei "padri" della Riforma Sanitaria del 1978. Venne eletto in Consiglio Comunale nel 1952 nelle liste del Partito Socialista Italiano. Fu Sindaco di Perugia dal 20/04/1953 al 28/12/1964.



Antonio Berardini nato a Poggio Renatico (Fe) il 10/05/1894, si laureò all'Università La Sapienza di Roma il 22/7/1920; iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di Perugia dal 3/06/1921 al 16/01/1975 con il numero 74; con-

seguì nel 1932 la Libera Docenza in Clinica Pediatrica; divenne Consigliere dell'Ordine dei Medici nella prima elezione indetta ai sensi del DPR 221/1950, cioè il Regolamento per la esecuzione del Decreto legislativo 13 settembre 1946 n.233 che prevedeva la ricostituzione degli Ordini dopo che il regime fascista li aveva soppressi nel marzo 1935 con un laconico articolo di legge che ne trasferiva le funzioni ed i compiti al Sindacato fascista di categoria. Nel 1953 fu eletto deputato nelle liste del Partito Socialista Italiano. Fu un uomo di grande cultura, conosciuto e stimato da tutti, ricordato per il carattere mite ma deciso di fronte ai problemi politici, per la grande sensibilità nei confronti degli indigenti. Ricoprì per oltre 16 anni la carica di Direttore Sanitario dell'ONMI nella Provincia di Perugia. Fu Sindaco di Perugia dal 29/12/1964 al 23/07/1970. Morì il 16/01/1975.

Dario Maestrini

Un Corcianese mondiale e... di cuore!

Antonio Tonzani

La “legge del cuore”

sembrerebbe il titolo di un romanzo di Liala , o di una riflessione sui misteri del sentimento e della psiche o, forse, di un film d’amore anni 50; ma non è così e se volete- posso aggiungere, purtroppo; ben poco infatti avrebbe a che vedere con il nostro amato Bollettino, portavoce dell’Ordine dei Medici, Istituzione antica ma non vecchia, casa comune forse da aggiornare, ma sicuramente da conservare. E tuttavia questo mio contributo non vuol essere certamente una lezione di fisiologia o di cardiologia : misero sarebbe ciò che potrei offrire , specie riflettendo su quanti insigni colleghi avrebbero competenza ed autorevolezza ben maggiore della mia . Il Direttore ha avuto la cortesia di chiedere anche il mio impegno per realizzare questo numero storico, proponendomi di rivisitare la figura di un grande della medicina come Dario Maestrini, forse pensando che, essendo costui mio conterraneo, io abbia potuto mettere in questo contributo un “affetto” in più” : quello che nasce quando parli della tua terra ,quando parli dei tuoi. E si , perché Dario Maestrini è di Corciano , dove nacque nel 1886, della mia Corciano che **“dalla cerchia delle sue mura perfettamente conservate ,non domina , contempla un panorama che si stende dalla vetta azzurra dell’Amiata alle ondulazioni di Marsciano e di Todi ,dalle curve pacatamente digradanti sul Trasimeno, fra Castel Rigone e Monte Colognola, all’asprezza nuda di Monte Tezio e di Monte Acuto”** *M.STICCO 1949.*

Laureatosi prima in veterinaria e successivamente nel 1914 in medicina e

chirurgia ,già da studente svolse il tirocinio nell’Istituto di Fisiologia dell’Università di Perugia dove altri maestri erano già stati protagonisti: **“Quello che brevemente riferirò in questo articolo si propone l’alto scopo di far conoscere al popolo ed e agli studiosi perugini dei fatti scientifici di grande importanza verificatisi nel loro Ateneo (o che furono il seguito di studi quivi iniziati), che nessuno mai fece conoscere neppure in occasione del passaggio dell’Università dal regime al regime statale, da tutti e per tanti anni atteso. Eppure si sarebbe potuto allora affermare ancora una volta un fatto : e cioè che in libere Università, con mezzi economici assai scarsi,si possono raggiungere obiettivi insperati”.** *Estratto da “PAGINE DI STORIA DELLA MEDICINA” Anno XVI n°3 Settembre-Dicembre 1972.*

Così Dario Maestrini si esprimeva per introdurre il profilo di due perugini illustri nella scienza medica, attivi negli ultimi anni dell’ottocento e nel primo novecento: Luigi Severini che fu anche direttore dell’Istituto di Fisiologia dell’Ateneo di Perugia e noto per i suoi studi sui vasi capillari e Ruggero Oddi che fu assistente nell’Istituto di Fisiologia, a cui si deve la dimostrazione dell’esistenza dello sfintere di Oddi e del suo funzionamento.

Questo mio contributo non per merito mio, modesto scrivano, quasi solo copista, ma per le riflessioni di Dario Maestrini, può essere anche un insegnamento per i giovani colleghi: **“queste poche parole che oggi vi rivolgerò ,cari giovani colleghi,serviranno per fare la nostra reciproca conoscenza**

e per esporre in succinto la tessitura del programma che intendo svolgere. Io vi parlerò delle malattie di cuore; vi illustrerò casi clinici e prenderò argomento da questi per parlarVi di una legge nuova del cuore che, permettetemi ch'io passi sopra a qualunque senso di modestia, va oggi sotto il mio nome e di un grande maestro di Londra, purtroppo morto già da qualche anno cioè della "legge di Maestrini - Starling". Facendovi un po' di storia di questa legge voi imparerete ad apprendere che da giovani si possono concepire tante e tante rosee visioni della vita e della carriera, ma apprenderete pure che altrettante volte tutti questi castelli possono vedersi crollare dinanzi ad uno ad uno; quasi che gli uomini non possano perdonarVi di pensare o di fare cose nuove..." Prof. Dario Maestrini: le malattie del Cuore e la legge di "Maestrini-Starling", Caso Clinico di Nigrisoli e Posteli. Estratto dal Policlinico (Sez Pratica) n° 42-Volume LIV (1947)

Speriamo non abbia ragione del tutto! Ci sono nella storia dell'uomo molti grandi, li abbiamo avuti anche a Perugia e molti li ricordiamo in questo Bollettino, ma alcuni, indubbiamente, lo sono di più: sono quelli da cui non si può prescindere, che costituiscono i caposaldi, le basi per ciò che avverrà dopo di loro. In quegli anni di inizio 900, quando Maestrini "stirava le miofibrille" Picasso rivoluzionava non solo la pittura, ma il modo stesso di concepire la realtà e Freud rifletteva sulla "Psicopatologia della vita quotidiana". Come non si può concepire l'arte moderna senza Picasso o la Psicanalisi senza Freud, credo che analogo concetto possa essere valido quando si considera la "Legge del cuore" come momento fondamentale nell'evoluzione della cardiologia fino ai nostri giorni. Quindi Maestrini è fra i grandi della storia della Medicina, sicuramente insieme a Starling ma, come riconosce lo stesso Starling nelle sue lettere, avendolo preceduto nello studio" **del diretto rapporto**

fra la lunghezza della fibra cardiaca e la sua forza contrattile" Una rivoluzione, non senza contrasti, che spazzava via le teorie del tempo, allora dominanti sul funzionamento "dell'organo della vita" per eccellenza.

Caro Bollettino, ti auguro di poter raccontare, fra cento anni, o, magari anche prima, di tanti altri "Maestrini", ma soprattutto di poter constatare, in quel tempo, che i tanti medici tuoi lettori potranno svolgere il loro lavoro sì in scienza e coscienza, come anche oggi quasi sempre avviene, ma, nel contempo, serenamente e con dignità, come oggi, invece, troppo spesso non avviene.

Ringrazio il personale della Biblioteca comunale G.Rodari di Corciano per la preziosa collaborazione



Manifestazione per il Centenario della Istituzione degli Ordini dei Medici

Perugia 28 novembre 2010

Nell'anno in cui si ricorda il centenario della Istituzione degli Ordini dei Sanitari (Medici, Veterinari, Farmacisti) abbiamo voluto dare particolare solennità al nostro consueto appuntamento assembleare annuale dividendolo in due parti: il 18 dicembre l'assemblea ordinaria annuale per la illustrazione, la discussione e approvazione dei bilanci; il 28 novembre una giornata dedicata alla celebrazione del Centenario unitamente ai festeggiamenti per chi ha illustrato la professione con cinquanta anni di dedizione e lavoro, alla consegna dei premi ai giovani iscritti meritevoli e al giuramento dei neo laureati. Una giornata dedicata alle colleghe e ai colleghi medici e odontoiatri iscritti al nostro Ordine, alle loro famiglie che ne hanno condiviso sacrifici e soddisfazioni, a quanti ci hanno preceduto nella professione e ai giovani ai quali passiamo il testimone.

La manifestazione si è tenuta presso la nuova sede della Facoltà di Medicina, inaugurata in questo stesso anno, a testimonianza dei legami della facoltà con l'ordine professionale.

Quando accade che una Istituzione celebri cento anni di vita, la tentazione della retorica è troppo forte e difficilmente contrastabile perché nella mente di chi rievoca gli eventi si sommano le memorie di un passato remoto e recente, in un percorso che la nostra professione ha intrapreso in realtà non certo cento anni fa ma alcuni millenni orsono.

Il testo base della legge istitutiva fu presentato da Giolitti il 29 marzo 1909.

Il 10 luglio 1910 il Parlamento approvava, essendo Presidente del Consiglio Luzzatti, la legge n. 455, che istituiva "in ogni provincia", gli Ordini dei medici-chirurghi, dei veterinari, dei farmacisti". Le province allora erano una settantina, e la nostra, che si chiamava provincia dell'Umbria, con capoluogo Perugia comprendeva tutta

l'Umbria e il Reatino. Terni arrivò nel 1927.

Si trattava di una legge fortemente voluta dai medici per proteggere la professione da ciarlatani, imbroglioni, e ogni sorta di abusivi, mediante l'iscrizione in un albo dei laureati in medicina. La ratio della istituzione degli Ordini sanitari era ampiamente spiegata nella relazione al disegno di legge: «Le classi sanitarie – si dice in questa relazione - 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'importanza, 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».

Dalla legge 455 in avanti solo l'iscrizione rendeva legittimo, allora come oggi, l'esercizio della professione. Questa regolamentazione delle attività professionali iniziò con la istituzione nel 1874 dell'Ordine degli avvocati, su iniziativa del governo sotto l'urgenza di completare la nazionalizzazione del sistema giuridico, ma mentre gli Ordini forensi furono il prodotto di un'azione imposta dall'alto e compiutasi in tem-

più brevi, gli Ordini dei medici italiani furono il risultato di un'iniziativa sorta dal basso, sviluppatasi all'interno della professione e realizzatasi nell'arco di mezzo secolo.

In assenza di una regolamentazione complessiva della professione i medici si dotarono sul terreno privato di organismi di rappresentanza simili a quelli degli avvocati, il cui scopo principale era la difesa della professione. Colmando il vuoto che neppure la legge Crispi aveva riempito, gli Ordini dei sanitari si prefissero il controllo del territorio, allo scopo di reprimere l'esercizio abusivo della medicina e soprattutto dell'odontoiatria e della farmacia.

Il riconoscimento pubblico delle professioni sanitarie non istituì ex-novo, come avvenne per gli avvocati, l'Ordine, ma si limitò a ratificare uno stato di fatto determinato dalla sensibilità e da iniziativa dei nostri predecessori.

Predecessori che fecero sì che le forze politiche riconoscessero che la specialità delle professioni liberali sta nell'essere ritenute occupazioni tanto importanti per la collettività da essere sottoposte ad un regime di pubblicità ed essere regolamentate da organismi che il legislatore ha elevato allo stato di enti pubblici e ai quali ha delegato ampi poteri da esercitare nell'interesse del gruppo professionale di appartenenza e di quello dell'intera collettività.

Dopo il saluto e l'introduzione il Presidente ha dato lettura della lettera inviata dal Presidente Nazionale Amedeo Bianco e dei saluti pervenuti dal Prefetto di Perugia, dal Presidente del TAR, dal Comandante Provinciale dei Carabinieri, dal Presidente dei Veterinari. Successivamente vi sono stati gli interventi del Presidente della Corte d'Appello di Perugia Dr. Wladimiro De Nunzio, del Direttore Generale della Azienda Ospedaliera di Perugia Dr. Walter Orlandi e del Prof. Pierfrancesco Marconi, già Presidente del Consiglio del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. Si è trattato di interventi precisi e puntuali sui problemi e sulla attualità della medicina nel nostro paese. Agli illustri ospiti è stata consegnata una copia del volume che la federazione Nazionale ha pubblicato per commemorare questo anniversario. Il volume contiene 19 contributi di autorevoli conoscitori della storia e

della evoluzione del sistema sanitario che tracciano un bilancio dei pregi e dei meriti, ma anche dei difetti e delle carenze della professione medica, cercando di delinearne il futuro.

Alle 10 vi è stata la proiezione del filmato storico realizzato dalla FNOMCeO: "CENTO ANNI DI PROFESSIONE AL SERVIZIO DEL PAESE"

100 anni di storia per raccontare un lavoro, una professione, che ha accompagnato la nascita e il consolidamento dell'Italia attraverso la grande guerra, il ventennio fascista, la seconda guerra mondiale, la ricostruzione, fino alle grandi sfide della società contemporanea. Una missione quella del medico, che si perde nella notte dei tempi. Ma che durante il XIX secolo, sotto la spinta della nascente corrente positivista e del travolgente progresso scientifico, apre le porte a nuove scoperte e intuizioni che si susseguono con un ritmo sconosciuto nelle epoche precedenti. Un cammino che conferisce alla scienza medica un senso di incrollabile sicurezza nonostante un vago senso di inquietudine: la tecnologizzazione della pratica medica, che rischia di spersonalizzare sempre più il dialogo medico-paziente. Per gli Ordini dei Medici, custodi della funzione pubblica della professione, uno straordinario impegno ad un continuo e costante aggiornamento deontologico per ridefinire le regole fondamentali ed inalienabili del contratto etico e civile della professione.

Al termine della proiezione accolta da un lungo applauso, ha ripreso la parola il Presidente che, in un breve intervento, ha riassunto la storia degli Ordini, ne ha ricordato i compiti fondamentali e l'evoluzione dei codici deontologici.

Partendo dalla considerazione che cent'anni sono un tempo lungo, e che straordinariamente lungo è stato il XX secolo per la medicina, ha ripercorso gli incredibili progressi della scienza e della tecnica, ha trattato i mutati concetti di salute, di guarigione e di malattia, l'estensione universale del diritto alla tutela della salute, i costi inarrestabili della sanità, l'affermarsi dell'autodeterminazione del paziente, l'invecchiamento della popolazione, i diversi stili di vita e la percezione sociale dei determinanti di salute, la fiducia illimitata nella medicina, il ricorso a

pratiche diverse, insomma una miscela di speranze, delusioni, illusioni ma anche certezze sulla guarigione di malattie finora incurabili. Tra innovazioni sempre più accelerate e immutati bisogni dell'uomo che soffre, la medicina vive una profonda crisi di trasformazione. Usurata è la legge non la funzione, anzi quella deontologica è sempre più socialmente rilevante.

Ha ricordato i valori sui quali si fonda la medicina che non cambiano. Il bene del paziente come fine primario; il rispetto della sua autonomia, sanzionata dal consenso che segue ad una corretta informazione; la libertà decisionale del medico che si confronta col progetto di vita del cittadino in particolare nelle scelte di inizio e fine vita; l'equità nell'uso delle risorse come abito deontologico che dovrebbe rendere inutile qualsivoglia imposizione amministrativa.

Ma ha anche fatto presenti le disillusioni o le eccessive attese dei cittadini che rendono difficile la relazione col paziente, spesso esigente nell'imporre i suoi desideri quando non trasforma qualche insoddisfazione in richiesta risarcitoria. Anche la politica e la società mostrano minor fiducia e chiedono controlli sulla sostenibilità e sulla correttezza delle decisioni dei medici.

Il modello di medicina cambia perché cambiano i limiti di ciò che alla medicina si chiede e costringe i medici a riflettere su come rilegittimare una professione dalle gloriose radici ma dal complesso divenire.

Infine il Presidente, citando A. Panti ha rinnovato un quesito.

Quale in questo panorama il ruolo della massima associazione tra medici, l'Ordine professionale? Qualcuno dice che gli ordini non servono più ma usurata è la legge non la funzione, anzi quella deontologica è sempre più socialmente rilevante. L'Ordine deve promulgare le norme deontologiche, tutelarne l'osservanza, garantire ai cittadini la competenza professionale dei medici e verificarne il mantenimento nel tempo. Una nuova legge, di cui si sente fortemente il bisogno perché cento anni gli Ordini li dimostrano, non basta a risolvere i problemi della professione.

Occorre rinnovare il patto che per secoli ha legato la medicina alla società, un patto di aiuto morale nella sofferenza, di garanzia scientifica e

di impegno sociale per il conseguimento della migliore tutela possibile della salute.

Occorre trovare una nuova legittimazione fondata su una rinnovata moralità dei singoli e della professione.

Al termine ha chiuso con una frase del contributo del presidente Bianco nel volume del centenario: "La storia che proponiamo ci consegna la speranza di una missione possibile, quella cioè di poter responsabilmente e legittimamente saldare interessi professionali ed interessi generali della comunità. E' ancora possibile che la professione medica possa cessare di subire e cominciare a stupire se abbandonerà logiche e culture del passato, troppo spesso ridotte a mera difesa di interessi immediati e parcellizzati, nell'illusione miope che salvando le rispettive parti si possa salvare il tutto".

Dopo il Presidente Conti è intervenuto il dott. Andrea Donati, presidente della Commissione per gli iscritti all'Albo Odontoiatri.

Al termine dell'intervento del dr. Donati è iniziata la seconda parte della manifestazione con la commemorazione dei colleghi defunti nell'anno, ai quali i presenti, in piedi, hanno dedicato un minuto di silenzio. Essi sono:

ALTIERIEUGENIO, BATANICARLO, BERNARDINI LOLITA, BIZZARRI GIANFRANCO, BONADUCE GIORGIO, BRACHELENTE RENATO, CARBONI GABRIELE, DE LEO FRANCO, DIONISI ANGELO, FEDULLO ALDO, GIOTTOLI VITO, LAZZARI VIRGILIO, LILLI ALFONSO, MAGNINI MARSILIO, MILANI FRANCESCO, MINUTELLO SALVATORE, MONETA LUIGI, MORETTI ALDO, NARDI STELVIO, PIGNANI GIANCARLO, PILERI CARLO ALBERTO, RENIERI PIETRO, SCARONI REANA, SCOTACCIA GIAMPAOLO, TABRIZI MEHDI, VESTRI ROLANDO.

Alle ore 11 è iniziata la consegna dei riconoscimenti. Ai precedenti Presidenti dell'Ordine di Perugia è stata consegnata una medaglia coniatata per l'occasione. Non era presente per motivi di salute il prof. **LUIGI BERNICCHI**, Consigliere dell'Ordine per 12 anni e Presidente dal 1967 al 1978, mentre hanno ritirato la medaglia il dott. **CARLO ANDREA PACIFICO**, Segretario del nostro Ordine dal 1964 al 1966, Vice Presidente

dal 1967 al 1978 e Presidente dal 1979 al 1993 e il dott. **PIERGIORGIO VOLPINI**, Consigliere per 12 anni, Presidente dal 1994 al 1996 e Vice Presidente dal 1997 al 1999.

Al prof. **Mario TOMASSINI**, già Segretario dell'Ordine dal 1979 al 1987 e Vice Presidente dal 1988 al 1993, valente artista e vincitore del concorso indetto dalla Federazione Nazionale per la realizzazione del Logo del Centenario è stata consegnata una edizione speciale in pelle, con incisioni in oro del Logo, del volume predisposto dalla FNOMCeO per le celebrazioni. Particolarmente significativa e sentita è stata la cerimonia per i colleghi con cinquanta anni di laurea.

E' stata una testimonianza di affetto, di riconoscenza, di stima nei confronti di chi ha ben operato per un periodo così lungo, da parte di tutta la categoria. Ad ogni festeggiato è stata consegnata la consueta medaglia con il Grifo, il distintivo dell'Ordine ed il volume celebrativo del Centenario

Questi i colleghi premiati:

Dott. ALUNNI GIUSEPPE, Laureato a PERUGIA il 25/02/1960

Spec. in ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO, in CARDIOLOGIA e in TISIOLOGIA E MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO

Dott. BALDONI GIORGIO, Laureato a PERUGIA il 08/07/1960

Spec. in PSICOLOGIA MEDICA e in CLINICA DELLE MALATTIE NERVOSE E MENTALI

Prof. BRUNELLI BRUNO, Laureato a PERUGIA il 09/07/1960

Spec. in PEDIATRIA e in CARDIOLOGIA — PRIMARIO OSPEDALIERO

DOCENTE IN CLINICA PEDIATRICA, Revisore dei Conti dell'Ordine dal 1973 al 1987

Dott. CIACCA GIULIO, Laureato a PERUGIA il 08/07/1960

Spec. in ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA e in FISIOCHINESITERAPIA

CONSIGLIERE ORDINE PERUGIA 01/01/88 — 31/12/2002

Dott. CIROCCHI FELICIANO, Laureato a PERUGIA il 23/11/1960

Dott. COPPOLA NICOLA, Laureato a PERUGIA il 23/11/1960 Spec. in REUMATOLOGIA

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Dott. DI GIACOMO GIUSEPPE, Laureato a PERUGIA il 08/07/1960 Spec. In ANESTESIA

Prof. FERRARESE REMO, Laureato a NAPOLI il 10/12/1960

Spec. in OSTETRICIA E GINECOLOGIA e in UROLOGIA - PROFESSORE UNIVERSITARIO, DOCENTE IN PATOLOGIA OSTETRICA e GINECOLOGICA

Dott. FERRONI ANGELO, Laureato a PERUGIA il 09/07/1960

Spec. In CLINICA DELLE MALATTIE NERVOSE E MENTALI PERUGIA

PRIMARIO OSPEDALIERO

Dott.ssa MENCUCCINI LUCIANA, Laureata a PERUGIA il 23/11/1960

Dott.ssa MENEGHIN RENATA, Laureato a ROMA (LA SAPIENZA) il 16/11/1960 Spec. in CLINICA PEDIATRICA E PUERICULTURA e in MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

Prof. MERCATI UGO, Laureato a PERUGIA il 09/07/1960 Spec. in CHIRURGIA, in

CHIRURGIA VASCOLARE, in CHIRURGIA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO,

PRIMARIO OSPEDALIERO, DOCENTE CLINICACHIRURGICA E TERAPIA CHIRURGICA, PATOLOGIA SPEC. CHIRURGICA E PROPEDEUTICA CLINICA, CHIRURGIA CARDIO-VASCOLARE

Prof. MIGLIORINI ERMANNO, Laureato a PERUGIA il 23/11/1960

Spec. in CARDIOLOGIA, DOCENTE in CHIMICA E MICROSCOPIA CLINICA

Dott. PALLERI ANGELO, Laureato a PERUGIA il 08/07/1960

Spec. in PEDIATRIA e MEDICINA INTERNA, AIUTO OSPEDALIERO - PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

Dott. PANDOLFI BALBI PAOLO, Laureato a SIENA il 03/03/1960

Spec. in IGIENE GENERALE E SPECIALE, MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Dott.ssa PIERINI MARGHERITA, Laureata a PERUGIA il 24/11/1960

Spec.in ANESTESIOLOGIA, MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Dott. ROSSI LAMBERTO, Laureato a PERUGIA il 24/11/1960

Spec. in RADIOLOGIA MEDICA E
RADIOTERAPIA, PRIMARIO OSPEDALIERO

Prof. TRISTAINO BENEDETTO, Laureato a
FIRENZE il 24/11/1960

Spec. in UROLOGIA, PROFESSORE
UNIVERSITARIO

DOCENTE in PATOLOGIA SPEC. CHIRURGICA E
PROPEDEUTICA CLINICA

Prof. VACCARO RENATO, Laureato a PALERMO
il 04/03/1960

Spec. in PEDIATRIA E PUERICULTURA PALERMO
– PROFESSORE UNIVERSITARIO

DOCENTE in CLINICA PEDIATRICA DOCENZA e
in PUERICULTURA

Dott. ZUCCARI FILIPPO MARIA, Laureato a
PERUGIA il 08/07/1960

Spec. in RADIOLOGIA e in MEDICINA
NUCLEARE – PRIMARIO OSPEDALIERO

Tributato il doveroso omaggio ai colleghi più anziani vi è stata poi la consegna dei premi di laurea per le migliori tesi dei nuovi iscritti. La commissione ordinistica costituita dal Prof. Berardi, dal dott. Lentini e dal dott. Tazza ha valutato i 25 lavori presentati. Le tesi sono state esaminate separatamente dai tre membri della Commissione.

Dal confronto delle valutazioni attribuite a ciascun lavoro sono risultati vincitori dei due premi di laurea di mille euro ciascuno i dottori **Marco Lupidi** per la Tesi: “RIPRODUCIBILITA’ DI MISURAZIONE DELLO SPESSORE RETINICO IN PAZIENTI CON EDEMA MACULARE DIABETICO MEDIANTE L’USO DI OCT SPECTRALIS” e **Alessio Pieroni** per la Tesi: “PESO CORPOREO E TERAPIA DI PROFILASSI DELL’EMICRANIA: STUDIO DELLE MODIFICAZIONI PLASMATICHE DEI PEPTIDI IMPLICATI NELLA REGOLAZIONE DELL’APPETITO”.

Quest’anno oltre ai premi di laurea, usufruendo di una erogazione liberale appositamente finalizzata del centro CHIROFISIOGEN, vi è stato anche un premio di duemila euro per la migliore tesi di Diploma del il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale. La commissione composta dai Consiglieri Piero

Grilli, Stefania Petrelli, Tiziano Scarponi ha deciso all’unanimità di assegnare il premio per la migliore tesi di diploma dei medici che hanno frequentato il corso di formazione specifica in Medicina Generale nel triennio 2007/2010 al dottor **Matteo De Martino** per il lavoro su “La gestione dei pazienti ricoverati in Strutture Intermedie”.

Per la valutazione dei lavori è stata individuata una griglia che tenesse conto:

1) del razionale, 2) dell’epidemiologia, 3) dell’EBM e linee guida in MG ai fini della clinical governante, 4) della discussione, 5) degli indicatori di qualità, ovviamente tutti riferiti come pertinenti e rilevanti per la Medicina generale.

Tutti i lavori presentati erano di elevato livello e la scelta non è stata semplice, ma quello che ha influito maggiormente la commissione è stata l’originalità e la completezza della tesi. Il dottor De Martino partendo dalla definizione di cure primarie e medicina generale ha illustrato con ricchezza di dati il dato epidemiologico nazionale e umbro sulla popolazione senile e sul suo grado di disabilità, ha fornito un panorama completo sui modelli di assistenza intermedia indicandone i vantaggi ed i limiti, ha fornito un quadro sulla realtà umbra sottolineandone le criticità e i risultati raggiunti e ha anche indicato i possibili livelli di sviluppo, partendo da quella che è stata la propria esperienza personale.

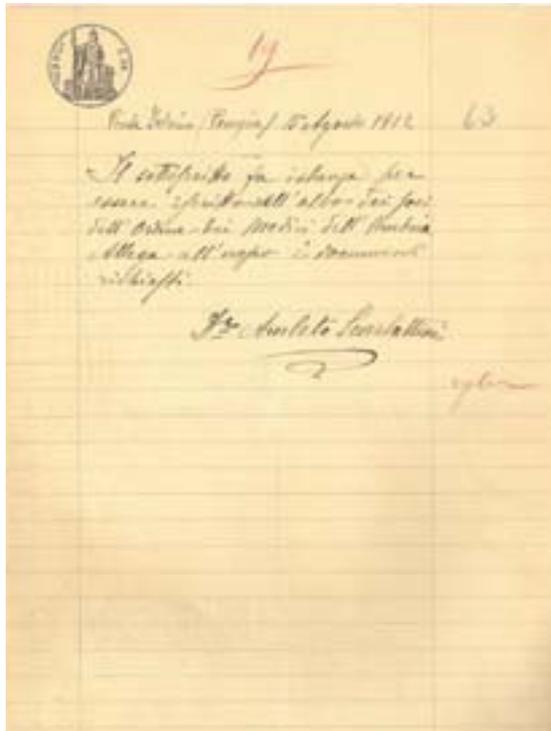
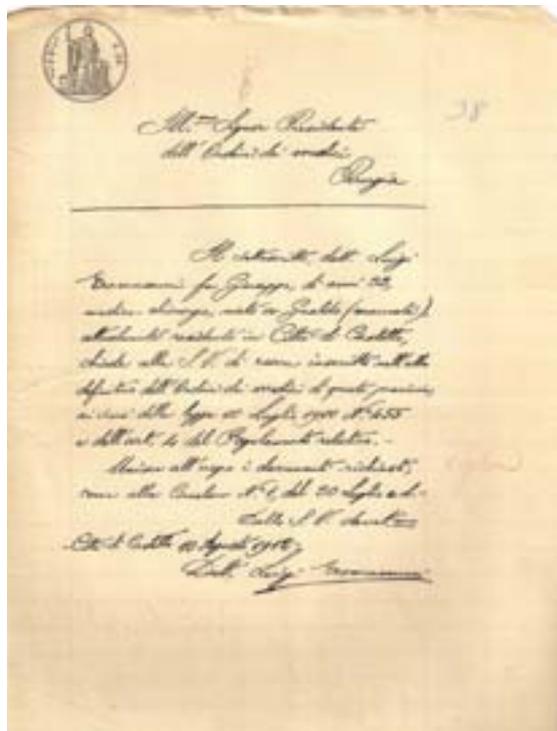
Alla consegna del premio che è stato consegnato dal sig. **Ottavio Papa**, in rappresentanza del centro Chirofisiogen era presente anche il medico tutor del dott. De Martino, il dottor **Francesco Lambrocco**.

A conclusione della manifestazione vi è stato il Giuramento dei nuovi iscritti, medici ed odontoiatri, in buona parte donne e il Presidente, ha ricordato come nella legge istitutiva del 1910 vi fosse un apposito capoverso dell’art. 2 che consentiva l’iscrizione “anche” alle donne, mentre oggi tra i 4994 iscritti del nostro Ordine (4670 medici e 688 Odontoiatri, con 364 doppie iscrizioni) ben 1909 sono donne.

A nome di tutti la formula del giuramento è stata letta a due voci dalla dottoressa **Marina Mustica**, la più giovane iscritta all’albo dei medici

chirurghi e dal dottor **Dario Rugo**, il più giovane iscritto all'albo degli odontoiatri. Tutti i presenti, giovani e meno giovani, in piedi, hanno condiviso con loro questo emozionante momento.

Al termine della giornata tutti i neo iscritti sono stati chiamati per nome dal Segretario e hanno singolarmente ricevuto, dalle mani del Presidente il codice deontologico, la pergamena con il giuramento di Ippocrate e quello della Federazione Nazionale, e il distintivo dell'ordine e ai giovani colleghi che hanno iniziato una professione prestigiosa il Presidente ha ricordato le parole che M. Yourcenar nel suo libro "Le memorie di Adriano" mette in bocca all'imperatore **" Mi sarebbe piaciuta la professione medica. In sostanza non differisce, nello spirito, da quello che ho cercato di infondere al mio mestiere di imperatore. Mi appassiona questa scienza, troppo vicina a noi per non essere incerta, esposta ad entusiasmi e a errori, ma modificata senza posa dal contatto con l'immediato e con la nuda realtà"**.



Le domande dei primi tre colleghi iscritti, i Dottori Luigi Tomassucci, Guido Dernini e Amleto Scarlattini

La lettera del Presidente Nazionale



FNOMCeO
Il Presidente

DR. GRAZIANO CONTI
Presidente OMCeO PERUGIA

e-mail: uffici@omceopg.it

Caro Presidente,

il sovrapporsi di molteplici eventi celebrativi nella stessa data e la laboriosa organizzazione dell'evento del 2-3 dicembre p.v. non mi permettono di poter partecipare, come avrei desiderato, alla manifestazione per il Centenario organizzata nella Tua provincia.

Me ne scuso con Te e con tutti i presenti, a cui Ti prego di rivolgere un affettuoso saluto mio personale e di tutto il Comitato Centrale, che insieme a me Ti è grato per aver voluto così egregiamente corrispondere all'invito della FNOMCeO di prendere parte a questo anno di celebrazioni con iniziative forti e significative.

Sono queste le occasioni in cui tocchiamo con la ragione e con il cuore il senso più profondo del nostro impegno professionale, laddove questo costituisce nello stesso tempo espressione e strumento di diritti fondamentali della persona, dei cittadini, della comunità.

Solidarietà, giustizia, autonomia, responsabilità, capacità, nella storia e per la storia non sono solo parole; sono, invece, vite vissute intensamente, con quelle stesse ragioni e quelle stesse passioni del secolo alle nostre spalle.

Non dobbiamo rassegnarci alla deriva dei tempi difficili in cui viviamo; dobbiamo rilanciare, invece, l'orgoglio della nostra professione, consapevoli che è indispensabile promuoverne e tutelarne i valori per dare maggiore forza e incisività alla identità civile del nostro Paese. Questa è la forza con la quale vivere il nostro presente e costruire il prossimo futuro di medici e di cittadini.

Ti prego di porgere un caloroso saluto ai colleghi meno giovani, che celebrano i 50 anni di attività, e ai neolaureati che prestano il giuramento di Ippocrate in una sorta di continuità spirituale, etica e professionale.

A tutti il mio più caro augurio di una ottima riuscita della manifestazione unitamente ai più cordiali e affettuosi saluti.

Amedeo Bianco

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Piazza Cola di Rienzo, 80/a - 00192 Roma - Tel. 06.36.20.31 Fax 06.32.25.818 - e-mail: presidenza@fnomceo.it - C.F. 02340010582

Premio alla migliore tesi del corso di formazione specifico in medicina generale triennio 2007/2010

Piero Grilli

Domenica 28 novembre 2010, presso la sede della Facoltà di Medicina dell'Università di Perugia, in occasione dei festeggiamenti per il centenario dell'atto istitutivo dell'Ordine Nazionale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri, è stato consegnato il premio per la migliore tesi di diploma dei medici che hanno frequentato il corso di formazione specifico in Medicina Generale nel triennio 2007/2010 al Dott. Matteo De Martino per la tesi su "La gestione dei pazienti ricoverati nelle strutture sanitarie intermedie".

Prima di illustrare le motivazioni della Commissione giudicante per la scelta della migliore tesi mi sia consentito ringraziare la Chirofisiogen Center srl di Perugia che ha permesso di istituire per la prima volta tale riconoscimento attraverso una donazione liberale.

La Chirofisiogen Center "Brugnoni Group" è una struttura sanitaria di Diagnostica per Immagini, accreditata con il Servizio Sanitario Regionale, certificata CERMET, che, oltre a costituire un qualificato punto di riferimento della sanità regionale nello specifico settore specialistico, ha manifestato un notevole interesse ad avviare un percorso di collaborazione con i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta per la gestione integrata dei nostri pazienti e per l'aggiornamento professionale dei Medici tirocinanti proponendosi come centro di riferimento per un aggiornamento facoltativo attraverso una frequenza settimanale presso la propria sede di P.S. Giovanni.

La SIMG, Società Italiana di Medicina Generale, in collaborazione con l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Perugia ha accolto con interesse, fin dal primo momento, la proposta della società Chirofisiogen Center, che si pone nell'ottica della promozione e valorizzazione della professione del Medico di Medicina Generale, attraverso, in questo caso l'attività di formazione dei nuovi MMG che frequentano il corso di forma-

zione specifico con sede a Villa Umbra e gestito dalla Regione dell'Umbria.

Ritengo inoltre che la nostra società scientifica ha interesse a mantenere con la società Chirofisiogen un rapporto di collaborazione legato al tema della formazione permanente ed integrazione con i colleghi specialisti, come già ebbi modo di esprimere nella lettera pubblicata sempre sul Bollettino dell'Ordine, nel presentare il nuovo consiglio direttivo provinciale della SIMG.

La tesi del Dott. De Martino è stata valutata, insieme agli altri lavori presentati al colloquio finale del corso, sulla base di una griglia che teneva conto:

Del razionale

Dell'epidemiologia

Dell'EBM e linee guida in MG ai fini della clinical governance

Della discussione

Degli indicatori di qualità

Ovviamente tutti riferiti come pertinenti e rilevanti per la Medicina Generale.

Tutti i lavori presentati erano di elevato livello e la scelta, della commissione composta dai dottori: Piero Grilli, Stefania Petrelli, Tiziano Scarponi, componenti per la Medicina Generale del Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Perugia, non è stata semplice, ma quello che ha influito maggiormente la commissione è stata l'originalità e la completezza della tesi. Il Dr. De Martino partendo dalla definizione di cure primarie e medicina generale ha illustrato con ricchezza di dati il dato epidemiologico nazionale e umbro sulla popolazione senile e sul grado di disabilità, ha fornito un panorama completo sui modelli di assistenza intermedia indicandone i vantaggi ed i limiti, ha fornito un quadro sulla realtà umbra sottolineandone le criticità e i risultati raggiunti ed ha anche indicato i possibili livelli di sviluppo, partendo da quella che è stata la propria esperienza personale.

Galleria fotografica



In alto:
Il tavolo della Presidenza

a sinistra:
L'intervento del Dottor Walter Orlandi Direttore Generale Azienda Ospedaliera di Perugia

a destra:
L'intervento del Professor Pierfrancesco Marconi



L'intervento del Dottor Wladimiro De Nunzio Presidente della Corte d'Appello di Perugia



La commemorazione dei colleghi defunti



Scorcio della sala gremita



Il Presidente Dottor Graziano Conti



La consegna al Dottor Carlo Andrea Pacifico (Presidente dell'Ordine dal 1979 al 1993) della medaglia ricordo coniata per l'occasione



La consegna al Dottor Piergiorgio Volpini (Presidente dell'Ordine dal 1994 al 1996) della medaglia ricordo coniata per l'occasione



La consegna al Professor Mario Tomassini (ideatore del logo del centenario) del volume edizione speciale predisposto dalla FNOM-CeO per le celebrazioni



La consegna della medaglia ricordo al Dottor Giuseppe Alunni



La consegna della medaglia ricordo al Dottor Giorgio Baldoni



La consegna della medaglia ricordo
al Professor Bruno Brunelli



La consegna della medaglia ricordo
al Dottor Giulio Ciacca



La consegna della medaglia ricordo
al Professor Remo Ferrarese



La consegna della medaglia ricordo alla Dottorssa Luciana Mencuccini



La consegna della medaglia ricordo alla Dottorssa Renata Meneghin



La consegna della medaglia ricordo al Professor Ugo Mercati



La consegna della medaglia ricordo
al Professor Ermanno Migliorini



La consegna della medaglia ricordo
al Dottor Angelo Palleri



La consegna della medaglia ricordo
al Dottor Paolo Pandolfi Balbi



La consegna della medaglia ricordo
al Professor Benedetto Tristano



La consegna della medaglia ricordo
al Professor Renato Vaccaro



La consegna della medaglia ricordo
al Dottor Filippo Maria Zuccari



La consegna dei premi di laurea ai Dottori Alessio Pieroni e Marco Lupidi



I vincitori dei premi di laurea con il Presidente Dottor Graziano Conti e il Vice Presidente Professor Fortunato Berardi



Il Dottor Matteo De Martino (a sinistra) vincitore del premio per la miglior tesi di Diploma del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale con il Presidente, il Sig. Ottavio Papa (Chirofisiogen) e il Dottor Francesco Lambrocco suo tutor



La Dottoressa Marina Mustica e il Dottor Dario Rugo leggono la formula del giuramento a nome di tutti i neo iscritti



Il gruppo dei medici con 50 anni di laurea



L'esecutivo e lo staff dell'Ordine

La salute nella Costituzione Italiana: un diritto di ciascuno, un interesse di tutti

27 ottobre 2010 - Residenza di Ripetta (Roma) Presentazione del volume, del Centenario Editto dalla FNOMCeO

1. La professione medica, oggi: l'alleanza terapeutica

Il volume commemora il centenario della istituzione degli Ordini dei medici, ed è dedicato a "cento anni di professione al servizio del Paese". In questi cento anni – dal 1910 al 2010 – sono profondamente cambiati sia il contesto in cui la professione medica si svolge, sia le sue caratteristiche, sia la sua realtà operativa e di principi; ma resta inalterata la sua essenza di solidarietà, di relazione umana, di rapporto tra chi soffre e chi sa e può aiutarlo nell'affrontare la sofferenza.

Il volume espone e riassume con efficacia quei cambiamenti: in particolare quelli sociali, normativi e istituzionali, che hanno profondamente modificato il rapporto fra la dimensione pubblicistica e quella privatistica della sanità e della professione medica; quelli che hanno segnato il passaggio da un sistema per un verso assistenziale e per un altro verso di polizia, ad uno mutualistico e poi ad uno di solidarietà, di eguaglianza, e di servizio sanitario nazionale, esteso a tutti; da ultimo la tentazione di ritornare al privato e al mercato – per conseguire una riduzione dei costi – perché "la salute non ha prezzo, ma la sanità ha un costo" (per di più assai elevato).

In effetti, negli ultimi anni e vie-più in esito alla crisi economica, una questione fortemente dibattuta – che coinvolge la professione medica – è rappresentata dalla relazione intercorrente tra la malattia, la medicina, la tutela della salute e l'economia, perché le scelte di politica sanitaria devono essere orientate a garantire adeguata tutela ai cittadini, da un lato; e ad assicurare il contenimento della spesa pubblica, dall'altro.

Un aspetto preoccupante è rappresentato allora dal rischio che il medico possa o debba cercare



GIOVANNI MARIA FLICK
Presidente emerito della Corte Costituzionale

di orientare il proprio operare alla massimizzazione economica, piuttosto che alla cura del paziente. Si tratta di un rischio – che non sempre le regole deontologiche riescono a controllare in toto – legato alla nuova tendenza affermatasi negli ultimi anni, caratterizzata da una crescente attenzione al contenimento della spesa sanitaria: una attenzione che quasi sembra prevalere sulla esigenza di garantire adeguate prestazioni sanitarie.

D'altronde, tra salute e contesto economico vi è una relazione causale a doppia direzione: da un lato, lo sviluppo economico favorisce la scomparsa di alcune malattie; dall'altro, un buono stato di salute è un importante fattore di crescita dell'economia nazionale. Allo stesso tempo però, la domanda di salute cambia in relazione alle trasformazioni economiche del Paese. Gli studi sulle disuguaglianze di salute hanno evidenziato come la situazione economica sia determinante per la presenza della malattia nel contesto sociale; infatti, non a caso, le persone più esposte al rischio di malattia sono quelle che occupano posizioni medio basse nella scala sociale. Senza trascurare il fatto che, più in

generale, il mondo della salute è parte fondamentale del sistema di welfare e area di grandi investimenti; perciò rappresenta un'opportunità di sviluppo scientifico, economico, sociale e occupazionale per l'intera economia.

Sul piano più specifico della professione medica, si pensi ai cambiamenti, anch'essi epocali, nel rapporto fra il medico e l'utente: dal paternalismo illuminato della professione liberale classica, con una delega all'onnipotenza del medico – tuttalpiù e solo in parte temperata dal confronto con i familiari del malato, e con il rinvio alla legge e soprattutto alla deontologia – al riconoscimento della libertà, identità e autodeterminazione dell'utente. Sino a giungere all'alleanza terapeutica fra medico e cittadino non più "paziente", come afferma esplicitamente l'ultima versione del codice deontologico; così da rendere evidente, da un lato, che il medico non ha più come interlocutore solo un malato; e, dall'altro lato, che all'utente (già paziente) va riconosciuta la dignità in cui si riassumono i diritti fondamentali.

In questo senso, si pensi all'evoluzione dai primi codici deontologici, permeati di quel paternalismo illuminato in chiave di scienza e coscienza, ai più recenti. Questi – condividendo e concretizzando i principi costituzionali – guardano, ad esempio, con una particolare attenzione all'informazione e al consenso del cittadino utente; alla non discriminazione; ai rapporti con i colleghi; all'interesse della collettività e alla salute dei terzi; alla salvaguardia dell'ambiente; a un uso appropriato delle risorse; al contributo per l'adeguatezza dell'organizzazione sanitaria.

Dalla risalente versione del codice deontologico del 1978, che limitava la necessità di acquisire il consenso del paziente ai casi in cui si prospettava un rischio alla sua integrità psi-

cofisica, gravitando nell'orbita della medicina difensiva, si passa a quella del 1989, dove si precisa che il consenso deve rappresentare per il medico motivo determinante al quale ispirare il proprio comportamento. La vera innovazione inizia però con il codice del 1995 e prosegue con quello del 1998, che impongono per la prima volta al medico di fornire al paziente la più idonea informazione in merito alla diagnosi, prognosi, aspettative, alternative diagnostico-terapeutiche e sulle eventuali conseguenze delle scelte attuate.

Tutti questi principi, sono espressamente confermati nell'ultima versione del Codice di Deontologia medica, del 2006, alla luce del quale risulta ormai evidente come il consenso informato – nel contesto del nuovo modo di intendere il rapporto medico-utente, in termini di alleanza terapeutica – rappresenti un diritto fondamentale e un presupposto di liceità di ogni trattamento sanitario.



2. Burocrazia, tecnologia e rapporto umano nella professione

Il discorso sui cambiamenti dei cento anni trascorsi è coinvolgente anche sotto molti altri aspetti, connessi. V'è il passaggio dalla cultura della salute intesa in senso solo negativo, come assenza di malattie, a quella della salute intesa in senso positivo, come "benessere" con molteplici e ampie accezioni. V'è, correlativamente, la mutazione e la svolta epidemiologica nelle malattie, per la diminuzione di quelle infettive e la crescita di quelle metabolico-degenerative; nonché, il mutamento nei fattori di rischio, nei condizionamenti ambientali, nei modi di vivere: tutti fattori che – come quelli genetici e biologici – influiscono certamente sul quadro della sanità e delle malattie.

Ancora – per limitarsi ad un cenno, e senza voler aver alcuna pretesa di anticipare maldestramente il contenuto di talune fra le molte riflessioni svolte nei contributi fondamentali in cui si articola il volume – si pensi all’esplosione delle biotecnologie, dell’ingegneria medica e di quella genetica, della medicina molecolare, della nuova farmacologia; alla conseguente crescita esponenziale dei problemi e dei conflitti etici, nonché della speranza di salute e di vita nell’operato del medico. Correlativamente, si pensi all’esplosione dei nuovi diritti – riconosciuti e affermati soprattutto per via giurisprudenziale – in materia di identità, di benessere e di salute della persona: diritti che si traducono in attese nei confronti dell’opera del medico.

L’aggiornamento dei codici pone in risalto il rapporto – di correlazione e non più di contrapposizione – fra la deontologia e la bioetica, e quello fra essa e il diritto. Quanto al primo rapporto, non v’è dubbio che i contributi della bioetica animano la deontologia medica; quanto al secondo rapporto, è ormai acquisito il carattere giuridico della normativa deontologica, come è stato affermato esplicitamente e recentemente dalla Corte Costituzionale (nella sentenza 438 del 2008). Questi cambiamenti epocali, nella medicina e nella sanità, non incidono però sulla sostanza della professione: il rapporto umano tra medico e utente, l’espressione della solidarietà, il coinvolgimento pieno e totale della scienza, esperienza e coscienza del medico nella sua relazione con l’uomo, al di là del rapporto professionale e delle responsabilità che derivano da tale rapporto sul piano normativo come su quello deontologico, ma prima ancora su quello della coscienza. L’autonomia del medico, con il suo corredo di formazione e di esperienza, vale ad esprimere la

sua libertà e la responsabilità; ma si traduce in un impegno sociale e di solidarietà che connota di venature pubblicistiche e funzionali l’esercizio della professione.

La dimensione pubblicistica non può mai diventare burocratizzazione e spersonalizzazione. Occorre porre attenzione al rischio che le esigenze di organizzazione ed il processo di aziendalizzazione della sanità modifichino il rapporto fra medico e l’utente: per un verso, relegando il primo a gestire contatti soltanto tecnici e distaccati; per un altro verso, accentuando la tendenza al “razionamento” dell’assistenza sanitaria,

attraverso il rifiuto, per ragioni economiche, di prestazioni che potrebbero essere utili all’utente. È appena il caso di ricordare – a questo proposito – il fondamentale principio di eguaglianza nel fruire dell’assistenza e delle prestazioni sanitarie, di cui il medico è garante e responsabile, nell’ambito delle proprie competenze: un principio che si traduce nei livelli essenziali di assistenza (LEA) che lo Stato deve individuare e garantire a tutti i cittadini uniformemente su tutto il territorio nazionale, in ottemperanza ai principi di eguaglianza, equità e universalità.

Infine, fra i cambiamenti epocali, va ricordato il fatto che, nei cento anni trascorsi, la medicina è stata segnata da forti progressi tecnici e organizzativi, che hanno contribuito al prolungarsi della vita media e alla sconfitta di malattie. Fino ad arrivare all’ultima metà del secolo scorso, in cui si è assistito ad un lento processo di “medicalizzazione”, che ha determinato l’aumento delle aspettative sanitarie, di pari passo con l’avvento della tecnologia in campo sanitario.

Occorre tuttavia tener presente che, comunque, l’ausilio delle nuove tecnologie e la crescita inevitabile della specializzazione non possono mai eliminare la relazione interpersonale – in-



dispensabile – tra medico e utente: una relazione viepiù essenziale e da difendere, a fronte di cambiamenti e di nuove tecnologie che – come ad esempio la telemedicina, la quale va affermandosi sempre di più – potrebbero giocare un ruolo determinante per una eventuale spersonalizzazione del rapporto stesso, facendo venir meno la prerogativa del contatto diretto tra i due soggetti.

Sono noti i vantaggi che, da un lato, la telemedicina potrebbe fornire in ambito sanitario, rendendo più agevole la comunicazione di dati e la loro consultazione e consentendo di fornire servizi di diagnosi e cura a distanza; così da permettere di svolgere tali attività con un risparmio di tempo non indifferente.

Dall'altro lato, però, non si possono sottovalutare gli aspetti negativi suscettibili di derivare da una dilatazione eccessiva nell'utilizzo della telemedicina. In primo luogo, si rischia di compromettere e ostacolare la creazione del rapporto di alleanza terapeutica attraverso la partecipazione attiva dell'utente, chiamato a fornire tutte le informazioni necessarie per formulare una corretta diagnosi e predisporre la terapia. In secondo luogo, si pone il problema del consenso al trattamento informatizzato dei dati sanitari, che laddove venisse a mancare, impedirebbe al medico di avere un'anamnesi completa del paziente. Un ultimo profilo di criticità della telemedicina è relativo alla formazione del rapporto contrattuale tra il medico ed il paziente, e si ricollega al problema della firma digitale, del documento informatico e della c.d. contrattazione a distanza. L'assenza di riferimenti normativi specifici, rende ancora più complessa la questione, nel contesto di una impostazione culturale che resta diffidente verso un impiego generalizzato delle tecnologie.

3. L'equilibrio fra il diritto di ciascuno e l'interesse di tutti alla salute

Fermo restando che l'equilibrio tra l'autodeterminazione dell'utente e la autonomia e responsabilità del medico è e sarà sempre un coefficiente essenziale della prestazione professionale – in qualunque contesto essa si voglia

o possa collocare (pubblico, privato, operativo, organizzativo e così via) – per comprendere il suo significato nuovo e sempre antico, di fronte ai cambiamenti che la professione comporta oggi in Italia, alle soglie del terzo millennio, la riflessione più significativa mi sembra quella proposta dall'articolo 32 della Costituzione: la salute come un diritto per ciascuno e un interesse per tutti.

È un'affermazione di valore estremamente importante sia in sé, sia nel contesto degli altri valori fondanti la nostra convivenza, dettati dalla Costituzione, che attengono alla salute: i diritti inviolabili e i doveri inderogabili di solidarietà, come dice l'art. 2 Cost.; la libertà personale e

Un aspetto preoccupante è rappresentato allora dal rischio che il medico possa o debba cercare di orientare il proprio operare alla massimizzazione economica, piuttosto che alla cura del paziente. Si tratta di un rischio – che non sempre le regole deontologiche riescono a controllare in toto – legato alla nuova tendenza affermata negli ultimi anni, caratterizzata da una crescente attenzione al contenimento della spesa sanitaria: una attenzione che quasi sembra prevalere sulla esigenza di garantire adeguate prestazioni sanitarie.

l'autodeterminazione, garantite dall'articolo 13 Cost.; la pari dignità sociale proposta dall'art. 3 Cost., come snodo indispensabile tra l'egualianza formale, la libertà, il diritto alla propria identità e alla diversità, la parità sostanziale.

L'art. 32 della Costituzione recita testualmente: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana". È l'unico caso in cui il testo costituzionale qualifica espressamente un diritto come "fondamentale" e ne delinea al tempo stesso il sistema di tutela, l'equilibrio e il bilanciamento con gli altri valori costituzionali, in termini non soltanto di principio, ma anche – per una parte significativa – immediatamente precettivi e concreti.

Spesso infatti il diritto alla salute si trova a doversi confrontare e talvolta a collidere con altri valori costituzionalmente garantiti, quali quelli di libertà, di autodeterminazione del singolo e di solidarietà. Non è agevole individuare il momento a partire dal quale il diritto del singolo debba cedere all'esigenza di garantire adeguata tutela alla salute degli altri membri della collettività, in ragione di quel principio di solidarietà, al quale la Carta Costituzionale è ispirato e al cui rispetto tutti siamo chiamati.

Lo stesso concetto di "salute" ha subito una lenta evoluzione negli ultimi anni, grazie anche all'apporto di una dottrina e giurisprudenza che sembrano essere particolarmente sensibili alla tematica in questione. Da prima si è passati da un'idea di salute intesa come mero benessere fisico a quella di "assenza di malattia"; soltanto

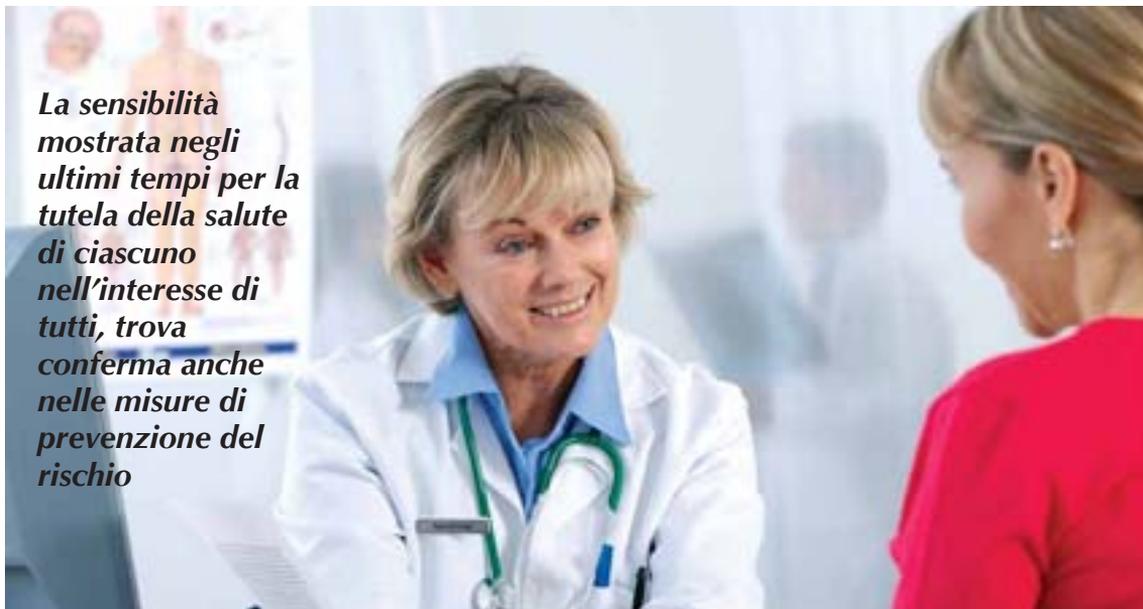
di recente si è giunti ad una definizione di salute molto più ampia, che prende atto del nuovo contesto sociale e culturale e guarda con maggiore sensibilità all'individuo, nelle sue molteplici manifestazioni. Si richiama infatti, l'idea di salute quale "stato completo di benessere fisico, mentale e sociale" della persona non più o non solo nella sua componente di integrità fisico-materiale, ma valorizzandone gli aspetti psico-sociali.

Il concetto di salute si evolve quindi parallelamente con l'evolversi dell'idea di dignità e di integrità della persona e ciò comporta molteplici ricadute, anche pratiche, avvertite in primis da medici e operatori sanitari in genere.

La nuova definizione di salute, fra l'altro, rischia in certo qual modo di innescare un processo di aumento delle pretese risarcitorie – vantate da pazienti sempre più esigenti nei confronti della classe medica – fatte valere indipendentemente dalla prova di aver subito un danno, per il sol fatto che il medico non sia stato in grado di garantire un miglioramento delle condizioni di salute iniziali.

È certamente positiva l'evoluzione che ha portato ad affermare ed a riconoscere ai fini del risarcimento, accanto al danno patrimoniale, quello c.d. morale e, recentemente, quello biologico

La sensibilità mostrata negli ultimi tempi per la tutela della salute di ciascuno nell'interesse di tutti, trova conferma anche nelle misure di prevenzione del rischio



ed esistenziale. L'estensione della prospettiva risarcitoria, comporta però l'ulteriore rischio di incorrere in casi di medicina difensiva, che si manifestano sempre con maggiore frequenza negli ultimi anni. Tale propensione può estrinsecarsi attraverso il dirottamento dei casi più rischiosi, da parte dei medici; e attraverso il ricorso a pratiche terapeutiche superflue, attuate al solo scopo di ridurre il rischio di incorrere in casi di malpractice. Quest'ultima tendenza può risolversi in una riduzione della qualità dell'assistenza sanitaria e in un aumento dei costi posti a carico dei servizi sanitari. Soprattutto, essa finisce per perdere di vista l'aspetto centrale della professione medica: una professione che non deve e non può essere orientata nell'ottica di evitare di incorrere in responsabilità (anche e soprattutto penale), ma deve tendere in primis a garantire adeguata tutela alla salute del paziente.

Nell'affrontare il tema della salute alla luce dell'art. 32 della Costituzione, sembra importante un'ulteriore riflessione: il cambiamento radicale del modo di intendere il "dolore", al quale si affianca una vera e propria rivoluzione culturale sul modo di intendere la terapia. Superata la visione del dolore inteso come un sintomo della malattia, da misurare, si propende ormai per l'idea di dolore come una malattia in sé, da curare.

Da ciò deriva una serie di conseguenze molto importanti: l'abbandono della tesi della rassegnazione al dolore, quando non dell'espiazione; la graduale affermazione di un nuovo atteggiamento, che trova i suoi risvolti pratici nella previsione esplicita del diritto alle cure palliative e alla terapia del dolore; la semplificazione della prescrizione di farmaci antidolorifici oppiacei; infine, la particolare attenzione alle cure palliative del dolore prescritte ai bambini. Tutti aspetti che caratterizzano la moderna medicina; che hanno finalmente trovato accoglimento in una legge recentemente approvata all'unanimità dal Parlamento italiano; e che, fra l'altro, si riflettono, sdrammatizzandoli, sui problemi attuali ed assai discussi del c.d. "fine vita".

4. Il diritto a essere curato

Il diritto alla salute viene in considerazione nell'art. 32 della Costituzione in due diverse accezioni: in senso oppositivo e in senso pretensivo.

Quanto alla prima accezione, essa consiste nella pretesa negativa del singolo a che i terzi, pubblici e privati indistintamente, si astengano da comportamenti che potrebbero ledere l'integrità della persona: in un primo momento nell'accezione soltanto fisica, poi anche in quella psichica e globale.

È un diritto che, in quanto fondamentale, può essere fatto valere nei confronti di tutti i consociati, attraverso gli strumenti giuridici di tipo civile e penale presenti nell'ordinamento; senza che occorra a tal fine l'intervento ad hoc del legislatore, avuto riguardo alla natura immediatamente precettiva dell'art. 32 della Costituzione, sotto questo profilo.

Nella seconda accezione, in senso pretensivo, il diritto alla salute, per il suo carattere di onnicomprensività, abbraccia situazioni soggettive tra loro molto diverse. Una concezione più recente e più ampia di salute (la c.d. concezione sociale), infatti, ricomprende anche il diritto alla salubrità ambientale. Si tratta di un profilo ulteriore del diritto alla salute, attinente più strettamente alla sua dimensione sociale; da qui la stretta correlazione tra l'art. 32 e l'art. 9 della Costituzione, poiché l'ambiente infatti – oggi più che mai

– è considerato un valore primario ed un presupposto essenziale per la conservazione di uno stato di salute ottimale.

Alla dimensione sociale del diritto alla salute si



lega la sempre più estesa affermazione del principio di precauzione, che può essere invocato quando è necessario un intervento urgente di fronte al possibile pericolo di danno alla salute umana. Esso, sancito inizialmente a livello comunitario, è oggi recepito anche nel nostro ordinamento interno; nonostante manchi una precisa definizione del principio nel Trattato CE, le sue applicazioni pratiche sono numerose.

La sensibilità mostrata negli ultimi tempi per la tutela della salute di ciascuno nell'interesse di tutti, trova conferma anche nelle misure di prevenzione del rischio, attuate nell'ambiente del lavoro: ad esempio, con l'introduzione di nuove ipotesi di reato atte a sanzionare la mancata predisposizione delle cautele necessarie.

L'espressione più tipica del diritto alla salute, nella sua accezione pretensiva, si riferisce alla pretesa vantata dal singolo per ottenere adeguate prestazioni sanitarie e cure, anche gratuite se si è indigenti. Sotto questo profilo, il diritto alla salute viene in rilievo con riferimento alla prevenzione, agli accertamenti diagnostici, al trattamento terapeutico e alla cura in caso di bisogno. Impegni questi ultimi, che necessitano dell'intervento del servizio sanitario nazionale, di soggetti pubblici e privati, in attuazione del principio di solidarietà e attraverso il rispetto del principio di sussidiarietà: sia verticale (quella istituzionale, tra soggetti pubblici) che orizzontale (quella sociale, tra soggetti pubblici e privati). Il rapporto fra il diritto di ciascuno e l'interesse di tutti alla salute, proposto dall'art. 32 della Costituzione si sviluppa cioè attraverso una sinergia fra lo Stato, le Regioni e il privato. Lo Stato è responsabile della determinazione dei livelli essenziali di assistenza, nel rispetto dei principi della dignità umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza, dell'economicità nell'impiego delle risorse. Alle Regioni è affidata – nella loro ampia autonomia organizzativa – la responsabilità della effettiva applicazione di quei livelli, avvicinando l'azione amministrativa al controllo dei cittadini e individuando il rapporto ottimale fra pubblico e privato nella concretezza del territorio.

Le prestazioni erogabili nell'ambito del servizio sanitario sono riconducibili a tre grandi aree: l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (comprensiva di tutte le attività di prevenzione rivolte alla collettività e ai singoli); l'assistenza

c.d. distrettuale (comprensiva delle attività e dei servizi sanitari e sociosanitari diffusi sul territorio, dalla medicina di base alla assistenza farmaceutica, specialistica, diagnostica, ambulatoriale e così via); l'assistenza ospedaliera (comprensiva delle prestazioni di pronto soccorso, di ricovero ordinario, di lungo-degenza e di riabilitazione).

Il centenario della "professione al servizio del Paese" coincide con il centocinquantesimo dell'Unità d'Italia, le sue conquiste, i suoi traguardi superati, i suoi problemi irrisolti. Tra i traguardi superati vi è certamente il livello ottimale raggiunto dall'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, per certi versi e in molte zone. Tra i problemi irrisolti vi è certamente il divario significativo in termini di qualità e di efficienza del settore sanitario, che tuttora permane – nonostante il miglioramento degli ultimi anni – fra aree del Nord e del Sud del Paese: un divario che testimonia – anche da questo punto di vista – quanto pesi e sia irrisolta la questione meridionale, nel processo di unificazione nazionale.

Il rapporto tra la salute come diritto di ciascuno e interesse di tutti diventa allora uno dei nuclei centrali della sfida del federalismo fiscale, che in questo momento il Paese sta affrontando: un federalismo solidale, non certo soltanto competitivo e dell'abbandono. È una sfida che rappresenta un modo tra i più significativi ed indispensabili per celebrare il centocinquantesimo anniversario dell'unità d'Italia non solo con manifestazioni retoriche, ma con un impegno concreto a costruire l'Unità del Paese nella autonomia, secondo l'indicazione e l'impegno degli articoli 5, 114, 117, 118 e 119 della Costituzione; una sfida che trova nell'impegno alla tutela della salute uno degli obiettivi più significativi e importanti.

In un momento storico in cui si affermano con vigore i valori della solidarietà, della libertà e

dell'autodeterminazione – rimasti a lungo sullo sfondo di uno scenario che invece guardava al medico, in passato, quale soggetto dotato di discrezionalità quasi assoluta nei confronti del paziente – parlare di diritto alla salute non vuol dire solo riferirsi al diritto ad ottenere cure adeguate, ma altresì al diritto di rifiutare cure indesiderate: anche quando da tale rifiuto possa derivare la morte del titolare del diritto alla salute. Il rapporto tra diritto di ciascuno e interesse di tutti alla salute si sviluppa cioè non soltanto nei termini positivi richiamati in precedenza; ma anche nei termini negativi rappresentati dal fatto che l'interesse di tutti non può spingersi oltre certi limiti, nel-l'interferire con il diritto del singolo alla salute.

In questo caso si pone il problema di individuare la linea di confine tra il diritto alla libera scelta terapeutica, riconosciuto all'utente, e il divieto – sancito nel nostro ordinamento (art. 5 c.c.) – di porre in essere atti di disposizione del proprio corpo che cagionino una diminuzione permanente alla propria integrità fisica. Si può senza dubbio sostenere che l'entrata in vigore della Costituzione ha determinato un'inversione di tendenza; non si parla più di potere, ma di libertà di disporre del proprio corpo, stante il valore unitario e inscindibile della persona. Ed è appena il caso di ricordare che sono le leggi ordinarie a dover essere interpretate secondo la Costituzione, e non viceversa.

La libertà di autodeterminazione è legata in particolare (ma non soltanto) alla tematica dei farmaci salvavita, delle decisioni di fine-vita, del c.d. testamento biologico: una tematica divenuta particolarmente attuale oggi, in un momento in cui il malato, da soggetto in condizioni di mera soggezione nei confronti del medico, diventa coprotagonista delle scelte in merito alle terapie da attuare.

Il trattamento sanitario non può che essere volontario, legittimato in altri termini solo dall'accettazione consapevole e informata di chi ad esso dovrà sottoporsi, eccezion fatta per i c.d. trattamenti sanitari obbligatori. Quando non ricorrono gli estremi di questi ultimi, il trattamento sanitario e la terapia possono essere rifiutati dal paziente capace, consapevole e

informato, anche se ne consegue la sua morte. Si discute se fra i trattamenti sanitari rientrano anche gli interventi di nutrizione e idratazione assistita, come ritiene in maggioranza l'opinione scientifica; un diverso orientamento è stato tuttavia espresso dal Comitato di bioetica e dalla legge in fieri (approvata dal Senato) sulle dichiarazioni anticipate di trattamento per il fine-vita (il c.d. testamento biologico).

I trattamenti sanitari obbligatori sono richiamati testualmente dall'art. 32 della Carta Costituzionale, subordinandoli alla previsione esplicita della legge ed alla giustificazione con imprescindibili esigenze di interesse generale, quali la necessità di prestare tutela alla salute pubblica, che lo Stato ha il dovere di garantire a costo di ledere diritti e prerogative del singolo: un sacrificio che richiama il medico e l'utente a doveri di solidarietà reciproca. Essi, in ogni caso, non possono ledere il rispetto della persona, ossia la sua dignità.

Le ipotesi di trattamento sanitario obbligatorio non rappresentano una smentita di quanto dianzi detto sulla rivendicazione dell'autonomia e autodeterminazione terapeutica del singolo. Infatti è proprio e soltanto la duplice qualificazione del diritto alla salute, come diritto fondamentale di ciascuno e interesse di tutti, a giustificare la legge impositiva di un determinato trattamento sanitario: quando cioè quel trattamento sia diretto non già a migliorare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma a preservare lo stato di salute degli altri o quello dello stesso soggetto, se esso si trova in uno stato di incapacità ad esprimere consapevolmente un rifiuto o un consenso informato. In quest'ultimo caso si apre il tema del c.d. testamento biologico: la possibilità o meno, per il soggetto, di formulare in anticipo una volontà (consenso o rifiuto), destinata a valere in un successivo momento, quando sopravvenga l'incapacità di decidere. L'interesse della collettività non può e non deve essere ragione per la quale imporre al singolo un "dovere di curarsi", che la Costituzione non prevede, nel quadro dei doveri inderogabili di solidarietà. Anzi, e di più – ma il tema può in questa sede essere soltanto richiamato con un

cenno – non v'è per il singolo un “dovere di vivere”; fermo restando che non v'è neppure, per contro, un suo “diritto di morire”, per esercitare il quale egli possa chiedere l'intervento e la cooperazione di altri (lo Stato, il medico, il parente e così via); e fermo restando, comunque, il diritto alle cure palliative di fronte al dolore, anche se da esse possa derivare, come effetto secondario e non voluto, un esito letale.

La nuova figura di utente, titolare del diritto di autodeterminarsi in merito alle scelte terapeutiche che lo coinvolgono direttamente, si riflette sul rapporto con il proprio medico e sull'esercizio della professione. È terminata l'era del c.d. paternalismo medico: di quel modello idealizzato del rapporto medico-paziente, che vedeva il primo come tutore del secondo, con una autonomia decisionale e una discrezionalità quasi assoluta in merito a trattamenti che coinvolgessero la salute. Oggi i doveri del medico vengono subordinati ai diritti del malato, che diventa partecipe a tutti gli effetti delle decisioni in merito alle pratiche terapeutiche da attuare. Si tratta di un rapporto “reinventato” tra queste due personalità e di una nuova situazione sistemica con la quale i medici sono chiamati a confrontarsi.

L'accentuata attenzione all'utente, alla sua autonomia e libertà di autodeterminarsi, ha determinato un graduale processo di rivalutazione del principio del consenso informato, che trova piena conferma nell'aggiornamento dei codici deontologici; e che è stato recentemente riaffermato dalla Corte Costituzionale come principio fondamentale, espressione del diritto inviolabile all'autodeterminazione e di quello fondamentale alla salute.

Fra i cambiamenti epocali della medicina, nei cento anni trascorsi, v'è dunque anche il processo di responsabilizzazione cui il medico è chiamato. E si deve tener presente, anche al fine di scongiurare eventuali profili di responsabilità penale, che il medico dovrà mettere a disposizione del paziente ogni informazione necessaria sui rischi e sui benefici connessi alla terapia. L'importanza (e il peso) di tale responsabilizzazione è d'altronde evidente, alla stregua di

un'altra indicazione reiterata dalla Corte Costituzionale: non può essere di norma il legislatore a stabilire quali siano le pratiche terapeutiche ammesse, con quali limiti e a quali condizioni. La regola di fondo, in materia, è costituita dalla autonomia e responsabilità del medico, che sempre con il consenso dell'utente opera le scelte professionali, basandosi sullo stato delle conoscenze a disposizione, ed informando l'utente stesso compiutamente. Fra l'altro – indipendentemente dall'esito positivo che le cure abbiano eventualmente avuto – si potrebbe configurare un'ipotesi di responsabilità penale nel caso in cui il medico abbia agito senza la preventiva acquisizione del consenso informato dell'utente.

In conclusione, la “pari dignità sociale” di entrambi i protagonisti dell'alleanza terapeutica (il medico e il malato) ed il rapporto tra il “diritto fondamentale di ciascuno e l'interesse di tutti alla salute”, sono i punti essenziali di riferimento della professione medica di oggi: e valgono ad esprimere pienamente il significato costituzionale della salute, nel suo valore di eguaglianza, identità personale, libertà e solidarietà, irrinunciabili per la condizione umana.



La storia dell'odontoiatria nell'Università di Perugia

Potito D'Errico

Con immenso piacere ho accettato, nella ricorrenza del centenario della Fondazione dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri, l'invito del suo Presidente dott. Graziano Conti a portare un ricordo storico dell'Odontoiatria della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Perugia.

Mi sarà meno facile ricordare i maestri dell'odontoiatria del passato in quanto ho vissuto gli anni dello sviluppo della Clinica Odontoiatrica di Perugia soltanto dal 1970; ma avendo vissuto e respirato nell'ambiente odontoiatrico universitario fin da studente sforzerò la mia mente per riportare alla memoria i ricordi di un passato purtroppo lontano.

Tutti i medici che hanno frequentato la Facoltà di Medicina dell'Ateneo di Perugia sono a conoscenza che la Fondazione dello Studium Generale ufficialmente prende corpo l'8 settembre 1308 con la bolla di Papa Clemente V; successivamente nel 1321 Papa Giovanni XII con bolla "Dum sollicitate considerationis", concedeva allo Studium il privilegio di conferire il dottorato in Medicina.

Nel 1860-61, con la costituzione del Regno D'Italia, lo Studium Generale si trasformò in "Libera Università" e gli studi medici avevano durata quadriennale. L'abilitazione all'esercizio della libera professione, per decreto di re Vittorio Emanuele II, prevedeva la frequenza presso le Cliniche dell'Università di Bologna o l'Istituto Superiore di Firenze per due anni.

L'Odontoiatria veniva invece esercitata da praticanti e cavadenti di piazza.

Soltanto dopo la proclamazione di Roma a

capitale d'Italia fu emesso un decreto legge contro l'odontoiatria girovaga e, con l'editto di Boselli del 1890, viene istituito l'insegnamento di Odontoiatria nelle Università e la creazione di istituti ad hoc; il decreto tuttavia entrò in vigore solo nel 1912.

Per quanto concerne il nostro Ateneo, solo nell'anno accademico 1925/1926, con la trasformazione dell'Università Libera di Perugia in "Università Regia", fu costituito l'Istituto di Clinica Odontoiatrica ed affidato, per incarico, l'insegnamento al prof. Arrigo Piperno, la cui attività di docente e ricercatore nella nostra Università fu molto breve. L'anno successivo fu chiamato a



Prof. Beniamino De Vecchis

ricoprire l'incarico il prof. Beniamino De Vecchis, uomo di eccezionale valore a cui tanto deve l'Odontoiatria Italiana. Il prof. Beniamino De Vecchis nel 1943 fu nominato ordi-

nario di Clinica Odontoiatrica nell'Università di Pisa, si trasferì poi, nel 1949, presso l'Università di Roma "La Sapienza" ed in tale posizione rimase fino al 1957 quando, per raggiunti limiti di età, lasciò la titolarità. La Facoltà di Medicina e Chirurgia di Roma "La Sapienza" lo nominò professore emerito di Clinica Odontoiatrica.

La presenza a Perugia del prof. Beniamino De Vecchis fu di breve durata e nel 1929 fu



Prof. Brajo Fuso

Biologiche della Clinica Odontoiatrica dell'Università di Roma e dal 1956 al 1959 fu direttore del Centro di Morfologia annesso all'Istituto di Antropologia dell'Università degli Studi di Cagliari.

Nel lungo periodo presso la Regia Università di Perugia incrementò gli studi nell'ambito della morfologia dentaria che ebbero riconoscimenti in Italia ed all'estero.

A ricoprire l'incarico di direttore della Clinica Odontoiatrica fu chiamato nel 1942 il prof. Brajo Fuso, già aiuto del prof. Tavian. Il prof Fuso deve essere ricordato anche come valente artista. Si dedicò infatti alla scultura ed alla ceramica con ricerche avanzate nell'uso dei materiali ed è presente in Perugia il "Fuseum" dove sono raccolte molte sue opere. Nel 1944 la Facoltà



Prof. Carlo Gasparini

sostituito con il prof. Siro Taviani che conservò l'incarico nella Regia Università di Perugia fino al 1942.

Il prof. Taviani, trasferitosi a Roma, fu dal 1948 al 1949 direttore del Laboratorio di Ricerche

di Medicina e Chirurgia chiamò a ricoprire l'incarico di Clinica Odontoiatrica il prof. Carlo Gasparini, proveniente dall'Università di Sassari dove era incaricato per la stessa ma-

teria.

Il prof. Gasparini dimostrò grande impegno riuscendo ad attivare, pur tra molteplici difficoltà, un istituto che portò vantaggio sia alla ricerca che alla cura dei pazienti. Sviluppò inoltre ricerche soprattutto nel campo dell'odontoiatria forense, nonché studi su l'igiene orale, la legislazione odontoiatrica e l'istopatologia dentale.

Siamo così arrivati, al periodo in cui gli avvicendamenti in Clinica Odontoiatrica sono da me conosciuti direttamente per averli vissuti attraverso la conoscenza dei protagonisti.

Nel 1962, proveniente dalla Clinica Odon-



Prof. Luigi Capozzi

toiatrica dell'Università di degli Studi di Roma, fu chiamato per l'incarico di direttore di Clinica Odontoiatrica il Prof. Luigi Capozzi, che diede impulso alla ricerca con

un'ampia produzione scientifica trattando molteplici temi odontostomatologici: protesi, implantologia, studi sulla patologia della lingua, temi di ortodonzia e studi sulla profilassi della carie.

Sviluppò nell'ambito assistenziale la chirurgia orale potenziando l'attività ambulatoriale e, con l'ampliamento della Clinica Odontoiatrica e la creazione di una sala operatoria, diede inizio anche all'attività di degenza.

Creò anche un laboratorio per ricerche cliniche. Nel dicembre 1966 con voto unanime fu chiamato, in quanto vincitore di concorso, dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia in posizione di professore ordinario di Clinica Odontoiatrica, posizione ricoperta fino al 1970, anno in cui si trasferì a Roma



Prof. Sergio De Biase

per assumere la direzione della Clinica Odontoiatrica dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia "La Sapienza".

Dopo il prof. Luigi Capozzi quale incaricato di Clinica Odontoiat-

trica, proveniente da Roma, venne chiamato il prof. Sergio De Biase. Durante la sua direzione sono stati sviluppati temi di patologia orale, studi sulla fisiologia neuromuscolare dell'occlusione dentaria con ricerche chinesigrafiche finalizzate ad una riabilitazione occlusale il più fisiologica possibile specie nella riabilitazione protesica di soggetti con patologia dell'articolazione temporo-mandibolare. Sviluppò anche ricerche sulle malformazioni dento-maxillo-facciali.

Nell'ambito clinico profuse particolare attenzione all'ortognatodonzia non solo come ortodonzia terapeutica ma anche come ortodonzia profilattica finalizzata a prevenire ed eliminare le cause che determinano le anomalie dento-maxillo-facciale e quindi dell'occlusione.

Dotò la clinica di uno Status X, di un Ortopantomografo, Teleradiografo, un apparecchio Kinesiografico un Myo-monitor ed un Elettromiografo.

Con il 31 ottobre 1997, per raggiunti limiti di età, il prof. De Biase andò in quiescenza.

E' stato durante la direzione del prof. De Biase che fu istituito, nell'anno accademico 1982/1983, il Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria che ha dato un ulteriore grande sviluppo alla nostra specialità. Furono infatti organizzati gli insegnamenti

delle diverse discipline della specialità odontoiatrica e, con la presenza più numerosa di docenti, si è sviluppata la ricerca e la clinica nelle diverse branche dell'Odontoiatria.

Grazie specialmente alla ricerca l'Odontoiatria italiana ha avuto un importante sviluppo tanto da essere riconosciuta tra le più accreditate a livello internazionale.

Con la creazione del CLOPD vi è stato un ampliamento dei docenti con concorsi sia per professori ordinari di I e II fascia che per ricercatori. Risultarono vincitori al concorso da docente ordinario di I fascia i proff.ri Nicola Stafolani, Pietro Lorenzo Negri e Potito D'Errico; I professori di II fascia erano Enrico De Grandis, Gianfranco Moro, Giancarlo Barraco e Stefano Eramo; i ricercatori erano i dott.ri Stelio Roselli, Stefano Cianetti, Giuseppe Lomurno e Massimo Lotito.

Non solo I docenti ricordati hanno contribuito allo sviluppo ed alla crescita dell'Odontoiatria, ma molti altri colleghi hanno cooperato nell'attività della clinica, anche se per brevi periodi, concorrendo alla crescita dell'odontostomatologia.

Ricordo I molti specializzandi che hanno frequentato la clinica odontoiatrica dove non solo hanno appreso la professione, ma hanno collaborato nell'attività della ricerca. Una volta fuori dalle mura universitarie hanno portato nella professione le conoscenze apprese.

Mi è gradito dare atto che gli studenti del CLOPD, ricordo istituito nel 1982, hanno rappresentato per noi docenti uno stimolo a un continuo aggiornamento e miglioramento.

La storia dell'Odontoiatria dell'Università di Perugia, seppur breve, si è sviluppata ed accresciuta grazie all'impegno di tanti uomini che con sacrificio ed in modo silenzioso hanno lavorato con scienza e coscienza.

In ricordo del dott. Vitaliano Tromby (1922-2009)

Stefania Petrelli

La professione del Medico di Medicina Generale ha subito un notevole mutamento col passaggio dal sistema delle Mutue alle Unità Sanitarie Locali fino alle attuali Aziende Sanitarie Locali.

Infatti, prima il lavoro di questa categoria medica si svolgeva in modo diverso da quello odierno: in particolare, non vi era un limite massimo ai pazienti che ciascun medico poteva avere in cura e il servizio di guardia medica non era ancora stato predisposto; pertanto, il medico lavorava ininterrottamente per tutto l'arco della settimana e diverso era il rapporto che si instaurava con i pazienti che comprendevano in pieno la dedizione al lavoro di tali professionisti.

Nel 1978 la legge 27 settembre n° 833 introdusse il Servizio Sanitario Nazionale che comportò una riorganizzazione della professione del medico generico e poco dopo la Convenzione del 1980 introdusse il limite di 1.500 pazienti per ciascun medico (1890 per i "vecchi" mutualisti).

Questo passaggio è stato ottenuto anche grazie alla classe medica di allora, che aveva posto in essere una lunga serie di manifestazioni, proteste ed anche scioperi al fine di ottenere una modifica legislativa che organizzasse in modo migliore e più adeguato l'assistenza sanitaria sul territorio, con favorevoli conseguenze occupazionali per i giovani medici.

Per i "vecchi massimalisti", al fine di rientrare, senza traumi assistenziali per i pa-

zienti e senza particolari danni economici per i medici, nel numero massimo stabilito di pazienti, venne creato l'istituto dell'associazione, di cui tutti abbiamo cognizione. Fra i medici che hanno vissuto questo passaggio c'è il dr. Vitaliano Tromby, che io ho avuto la fortuna ed il privilegio di conoscere, essendo stata sua associata per due anni, all'inizio della mia carriera di Medico di Medicina Generale.

Il dr. Tromby, difatti, ha iniziato ad esercitare la professione medica ai tempi in cui era in vigore il regime della mutua, ed ha continuato a svolgere il proprio lavoro fino al suo pensionamento, alcuni anni fa.

Ricordo che il dr. Tromby iniziava a lavorare già alle prime ore del giorno per continuare fino a tarda notte, ostile alla burocrazia invadente, innamorato del proprio lavoro con una sigaretta che, ahimè, sempre pendeva dalla sua bocca. Infatti egli aveva ben quattro ambulatori, fra Perugia e Castel del Piano, costantemente gremiti di persone.

A queste persone ha sempre dedicato grande attenzione, sia per curare i loro malanni sia per cercare di aiutarli a risolvere i loro problemi personali, curando il fisico anche attraverso la cura dell'animo.

Invero, capitava spesso che i pazienti, oltre a rappresentare al dr. Vitaliano Tromby le loro malattie, confidassero al medesimo le questioni che li affliggevano (come anche oggi accade anche a molti colleghi, ma soprattutto al Medico di Medicina Generale,

il Medico “di famiglia”). Egli ha sempre ascoltato i suoi pazienti, dando loro continui consigli, svolgendo un ruolo che andava ben oltre la professione medica intesa in senso stretto.

Proprio per tali motivi il dr. Tromby viene ancora ricordato con affetto e stima non solo dai suoi “vecchi” pazienti ed anche dai loro figli!

Ma, soprattutto, il dr. Tromby era un medico eccellente: visitava sempre con cura i suoi pazienti. Eseguita in modo puntuale le visite domiciliari, non si risparmiava di certo. I successi professionali, così riportati, unitamente alla dedizione mostrata verso i malati, hanno creato legami profondi e duraturi con i suoi pazienti e restano alla base del suo ricordo. Ciò nonostante non si esimeva anche dal parlare delle difficoltà professionali incontrate, con la voce piena di rammarico se queste gli avevano impedito una piena azione terapeutica, ma conscio del grosso insegnamento che specialmente le complicazioni comportano, soprattutto nei confronti dei giovani medici.

Egli era sempre disposto a trasmettere le sue conoscenze ai giovani medici. E' sempre stato pronto a fornire consigli ed aiuti

a chiunque, ben conscio dell'importanza e dell'obbligo della formazione professionale ed in onore all'Ordine ed alla Professione dei Medici. Io stessa lo debbo ringraziare per il suo fondamentale ruolo nella mia formazione professionale.

La premura e la diligenza ed il senso del dovere con cui il dr. Tromby ha sempre svolto la propria attività di medico di medicina generale deve servire da esempio

per tutti coloro che esercitano questa professione; la sua memoria ci rammenta che il Medico di Medicina Generale è chiamato a rivestire un ruolo fondamentale nella società, non solo perché ha il compito ed il dovere di curare le persone, ma anche può divenire un punto di riferimento per i suoi pazienti, che spesso giungono a confidargli anche i problemi personali in quanto bisognosi, se non altro, di essere ascoltati.

Per tali motivi i medici di medicina generale debbono, ora

come allora, assolvere la gravosa mansione non solo di sanare i propri pazienti ma anche di ascoltarli e cercare, nei limiti del possibile, di dare loro un po' di conforto, come ha sempre fatto il dr. Vitaliano Tromby.

Molti sono coloro che possono dare, ma solo chi ha molto può dare molto.



ORARI DEGLI UFFICI DELL'ORDINE

LUNEDÌ - MERCOLEDÌ - VENERDÌ

dalle 10.00 alle 16.00

MARTEDÌ - GIOVEDÌ

dalle 9.30 alle 13.30

SABATO

dalle 9.00 alle 12.00

(LUGLIO - AGOSTO)

dal **LUNEDÌ** al **VENERDÌ**

9.30 - 13.30

SABATO

9.00 - 12.00

Comunicazioni



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
Provincia di Perugia

AVVISO AGLI ISCRITTI

**SI COMUNICA CHE NEL PORTALE DELL'ORDINE
(WWW.ORDINEMEDICIPERUGIA.IT),
PREVIA REGISTRAZIONE, E' ATTIVA LA PROCEDURA PER
LA STAMPA DEI CERTIFICATI DI ISCRIZIONE
ALL'ALBO PROFESSIONALE.**

**SI COMUNICA CHE PRESSO
LA SEGRETERIA DELL'ORDINE
E' POSSIBILE RICHIEDERE COPIA DEL FILMATO
DELLA MANIFESTAZIONE PER IL CENTENARIO
DELLA ISTITUZIONE DEGLI ORDINI
CHE SI È SVOLTA A PERUGIA
IL 28 NOVEMBRE 2010**