



“Dedicato a tutti quei colleghi scomparsi che con abnegazione, umanità e passione hanno praticato ed illustrato l’Arte medica, spesso con grandi sacrifici personali anche dei loro familiari che, costretti a passare in secondo piano rispetto alle esigenze della professione, li hanno comunque sostenuti. Questo libro sia di stimolo ai giovani medici per comprendere quanto, a volte, il percorso della più nobile fra le attività umane possa essere reso difficile dall’ottusità degli altri.”

CENTENARIO ISTITUZIONE ORDINI MEDICI

*a cura del Dott. Amedeo Bianco**

Non posso che approvare con entusiasmo la decisione dell'Ordine di Forlì-Cesena, di celebrare la ricorrenza del Centenario della prima costituzione degli Ordini dei medici, con la stampa di un volume che non esaurirà la propria funzione nell'arco di una giornata di festeggiamenti, ma rimarrà a testimonianza e a memoria di un evento storicamente e politicamente importante per la professione medica. La ricorrenza del centenario offre infatti – al di là delle singole manifestazioni – l'opportunità per un ripensamento della storia ordinistica che coincide strettamente con quella professionale. La istituzione dell'Ordine, come corpo professionale con un proprio specifico ordinamento giuridico, ha infatti conferito un riconoscimento per legge all'autogoverno della professione medica. Un secolo di storia, quindi, che ha preso le mosse dalle corporazioni medievali per giungere ad un organismo ufficializzato con disegno di legge 445 del 10 luglio 1910 sotto il Governo Giolitti; un periodo denso di vicissitudini e avvenimenti che hanno portato fino alla realtà odierna. Già allora il riconoscimento della peculiarità dei contenuti della professione – relativi alla cura e alla prevenzione della malattia – servì ad accreditare sia presso



il legislatore che nei confronti della pubblica opinione, quella che era la competenza specifica, tecnica e scientifica del medico, rimasta strettamente ancorata ad un processo di professionalizzazione che è andato sempre più perfezionandosi nel tempo e della quale l'Ordine, oggi più di allora, si fa garante. Le primitive associazioni dei medici su base spontanea, nascevano infatti non da una difesa di casta, ma per la tutela dei valori fondamentali della professione nonché per la vigilanza sia sulla correttezza nello svolgimento della prestazione professionale che sull'aggiornamento. Oggi gli Ordini necessitano certamente di una regolamentazione più moderna che superi la normativa obsoleta che li regola da 100 anni, non più aderente alla realtà attuale, ai mutamenti intervenuti nella professione a livello tecnico scientifico, ma anche deontologico e giuridico, essendosi ampliato notevolmente il ruolo e l'ambito di competenze della professione. Ora, ancor più di un tempo, gli Ordini, quali Enti di Diritto Pubblico, Organi ausiliari dello Stato, svolgono una funzione di garanzia nei confronti dei cittadini relativamente alla qualità, indipendenza, appropriatezza ed efficacia delle attività professionali mediche e odontoiatriche e le loro finalità e competenze sono attestate anche attraverso il riconoscimento della presenza di diritto degli Ordini stessi – e della Federazione Nazionale – nei principali organismi di progettazione, verifica e controllo delle attività sanitarie e di promozione della salute. Di fronte alla trasformazione epocale della medicina e ai mutamenti sociali intervenuti nel corso degli anni, appare quanto mai necessario e urgente ridefinire – insieme al parlamento, alle forze politiche e alle istituzioni interessate – un ruolo dell'Ordine che gli conferisca la capacità di rispondere alle attese sia della categoria che della società, e lo difenda altresì da quella erosione di spazi professionali in atto da lungo tempo e particolarmente sentita oggi di fronte alla ventilata volontà di creare nuovi Ordini e collegi professionali. La necessità, non più rinviabile, di una ridefinizione giuridica e tecnico-professionale dell'atto medico e del profilo di competenze del medico, è strettamente connessa ad una parallela ridefinizione giuridica, gestionale e organizzativa dei ruoli e delle competenze degli Ordini, che dell'atto medico sono i veri garanti per quanto attiene alla qualità e all'indipendenza, rispondendo in tal modo alle aspettative e alle attese dei medici di poter disporre di corpi professionali moderni e in grado di realmente garantire la qualità professionale verso i cittadini e le Istituzioni, così da fondare la riforma della nostra Istituzione sui principi di autorevolezza, responsabilità e garanzia. I nostri Ordini hanno quindi alle spalle una storia lunga di cento anni, che ha attraversato fasi diverse e alterne. Noi ci auguriamo che tale storia sia da scrivere per lunghi anni ancora, con un futuro più radioso, con un maggiore e più incisivo riconoscimento della loro autonomia e del loro ruolo e, ancora, con maggiore partecipazione e coinvolgimento dei medici alla loro vita istituzionale.

***Presidente Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO)**

UN LIBRO PER NON DIMENTICARE

*a cura del Dott. Giancarlo Aulizio**

Quando un anno fa proposi al Consiglio Direttivo di celebrare il centenario della legge istitutiva dell'Ordine dei Medici (n°455 del 10 luglio 2010, Governo Giolitti), pubblicando un "volume storico" concernente l'Ordine Professionale di Forlì-Cesena dalla sua nascita ad oggi, registrai un'immediata adesione, anche se a noi tutti era evidente la difficoltà editoriale che stavamo accingendoci a realizzare.

In quell'occasione informai i consiglieri che i Presidenti degli Ordini di Ravenna e Rimini erano disponibili per una più ampia: "Storia degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Romagna", successivamente però hanno deciso di impegnarsi a ricordare il centenario con altre modalità.

Il nostro Ordine invece, con una certa dose di testardaggine vista l'enorme mole di materiale a disposizione sul lungo periodo da documentare, ha deciso di proseguire lo stesso. In realtà sapevo di poter contare su collaboratori di valore, sia dal punto di vista dei singoli contributi, che puntualmente sono arrivati, sia per l'affiatata ed ormai super rodada redazione del "Bollettino" col suo coordinatore Dott. Davide Dell'Amore, e della Commissione Informazione e Comunicazione, guidata dal Dott. Gian Galeazzo Pascucci. Sull'affidabilità della nostra Segreteria ad assolvere emergenze culturali (il libro) e organizzative (il Comitato Centrale della FNOMCeO a Forlì il 13 maggio e, subito dopo, la nostra tradizionale Giornata del Medico e dell'Odontoiatra), concentrate in pochi giorni, mantenendo l'attività di routine ai soliti alti livelli di efficienza, nessuno dubitava, ma vale la pena sottolinearlo.

Questo lungo percorso, dalle nostre radici all'attualità, è giunto a destinazione grazie ad un lavoro di squadra che ha visto moltissime ottime individualità, con competenze diverse, mettersi al servizio di un progetto apparso all'inizio ambizioso. Certamente è impossibile concentrare in un solo libro l'attività ordinistica svolta in un secolo, molti fatti e personaggi che avrebbero meritato di essere ricordati non li troverete perché trattati più compiutamente in altri lavori ma ne scoprirete alcuni, magari meno noti, che però avranno così modo di farsi conoscere.

Desidero esprimere un sentito ringraziamento a tutti coloro che hanno avuto belle parole per l'iniziativa, a cominciare dal Presidente della FNOMCeO, Amedeo Bianco, ed agli Autori per la diligenza con cui hanno realizzato i loro contributi.

Un pensiero grato al Dott. Giovanni Bezzi che scomparve prematuramente il 5 maggio 2000 e fu Presidente del nostro Ordine, ininterrottamente, per 17 anni (1979-1996). Bezzi fu anche un grande comunicatore e, sono sicuro, avrebbe approvato l'idea di raccogliere in un libro i momenti più significativi della nostra storia ordinistica. Nel decennale della scomparsa lo ricordiamo tutti con immutato affetto e profonda stima e ci stringiamo in un abbraccio alla moglie e ai figli.

Se i limiti di questa pubblicazione sortiranno l'effetto di incentivare approfondimenti, per un ulteriore e maggiore sforzo di ricerca e di analisi, vorrà dire che l'impegno dell'Ordine non sarà stato vano e la nostra storia potrà in futuro arricchirsi di altri contributi.

***Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Forlì-Cesena**



I CENTO ANNI PASSATI, I PROSSIMI CENTO ANNI

*a cura della Dott.ssa Kyriakoula Petropulacos**

È per me un grande onore portare un contributo al volume che celebra il centenario dell'Ordine dei Medici di Forlì-Cesena. Un onore per il valore che, da iscritta, attribuisco alla istituzione ordinistica nonché per l'occasione che mi viene offerta di rivolgermi a tutti i colleghi della provincia in una sede così rilevante e prestigiosa.

Se, per dirla con G.B. Shaw, ciò che ci fa saggi non è il ricordo del passato ma la responsabilità del futuro, a cento anni dalla loro costituzione gli Ordini hanno davvero molti motivi per coltivare la saggezza.

Nel prossimo futuro, la professione dovrà saper interpretare eticamente, e mantenere, il proprio ruolo, in una società che muta radicalmente paradigmi e modalità comunicative, reggendo l'urto potente delle nuove conoscenze e dei nuovi bisogni.

In ciò la capacità di trarre un beneficio pieno dalle tecnologie senza impoverire la relazione terapeutica con il paziente, di realizzare positive integrazioni fra professionisti e professionalità, di porre attenzione in modo alto alle tematiche etiche e bioetiche, saranno alcuni degli ambiti sui quali gli Ordini dovranno saper giocare un ruolo fondamentale di promotori di una nuova autorevolezza. Questo anche per riportare entro confini fisiologici il contenzioso medico paziente che rischia di deformare il corpo professionale.

Un elemento dirompente sarà poi rappresentato dalla mutata demografia professionale, e in tale prospettiva sarà importante recuperare un ruolo significativo nelle dinamiche di formazione e selezione dei medici, indirizzando l'azione verso un obiettivo, la costruzione del professionista capace di rispondere alle esigenze della società, la cui definizione può, da sola, riassumere ogni compito ordinistico.

L'occasione del centenario può costituire un momento di cambiamento nella attitudine che gli Ordini hanno tradizionalmente circa la interpretazione del proprio ruolo: le responsabilità future non potranno essere affrontate con la semplice gestione ordinaria e questa necessità associa oggi tutti gli attori del sistema sanitario, che solo attraverso la valorizzazione di tutti gli apporti e una visione che sappia generosamente rinunciare a prerogative consolidate potranno rimanere elemento portante della società.



** Direttore Generale AUSL Forlì*

100 ANNI, LA NARRAZIONE DI UN'EPOPEA DI SALUTE

*a cura della Dott.ssa Maria Basenghi**

Ho accolto con favore l'invito a partecipare alla celebrazione del centenario dell'istituzione dell'Ordine di Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Forlì-Cesena, soprattutto, per offrire un piccolo contributo allo sguardo d'insieme sulle generazioni di medici-chirurghi che hanno esercitato nei nostri territori.

Il libro riporta, infatti, alla memoria i medici, i luoghi di cura e gli ospedali con l'obiettivo di raccontare la storia lontana e vicina di malattie e di paure, di piccoli tentativi e di grandi ideali di assistenza sanitaria.

È un escursus di un secolo che indaga nella moderna medicina, sempre più scienza biotecnologica, che si spinge oltre la diagnosi e la cura e si candida a riprogrammare i processi naturali, dettando i tempi e le regole dell'attività biologica delle cellule, con l'obiettivo di sconfiggere malattie spietate.

Nonostante tutta questa potenzialità, il mondo dei "rimedi" e della cura, l'arte lunga di ippocratica memoria, è di fatto come collocata in mezzo ad un trivio in cui tutto affluisce: una forte domanda sociale di nuovo "benessere", un'inquietante scienza del possibile, interessi e valori economici e industriali, che producono a loro volta utilità economiche e utilità sociali, ma anche restrizioni, condizionamenti, distribuzioni più o meno eque di opportunità dettate dall'appropriatezza e dalla sussidiarietà.

Allora, come ieri, è importante rivalutare l'antica e moderna relazione fra il medico e il malato che, se ancora riconferma la sua base umana, oggi, si può realizzare attraverso la somma di due narrazioni paritetiche; infatti uno scambio relazionale più complesso e articolato, che diviene quasi "contrattuale", agito su un piano di maggiore equilibrio e simmetria, potrà meglio rispondere al nuovo bisogno di confronto dialettico del paziente.

Attraverso la condivisione con i pazienti dei loro saperi e delle loro ipotesi diagnostiche e prognostiche, i medici potranno svolgere un ruolo attivo ed essere il vero ed unico gatekeeper, che veicola per i cittadini l'accesso ai servizi sanitari e li porta consapevolmente verso la soluzione migliore del loro problema di salute.

*** Direttore Generale AUSL Cesena**



SALUTO

a cura del Dott. Maurizio Di Lauro*

Ho accettato con gioia l'incarico di scrivere un testo per questo libro.

Con gioia perché la ricerca delle radici della Professione Odontoiatrica mi ha sempre appassionato, con gioia perché è sempre un onore scrivere per i Colleghi, con gioia perché... francamente mi è piaciuto.

Spero che queste poche pagine Vi siano gradite, e spero abbiano su di Voi, leggendole, lo stesso risultato che hanno avuto su di me mentre le scrivevo, cioè la crescita del già grande rispetto per i Colleghi più anziani, per le condizioni in cui hanno lavorato e per i risultati che sono stati capaci di ottenere.

Vi lascio alla lettura ricordando per l'appunto un Collega più anziano, il Dott. Ben Robinson, decano del Baltimore College of Dental Surgery & Dental School of Maryland, fondatore dell'American Academy of the History of Dentistry, che disse una grande verità: "La sola possibile guida alla scoperta del futuro è lo studio del passato". Non dimentichiamolo!

Un grazie di cuore a tutti coloro che hanno collaborato e ... sopportato, e un abbraccio a chi, ogni giorno, paziente dopo paziente, mattoncino sopra mattoncino, contribuisce a costruire una delle migliori odontoiatrie del mondo.



****Presidente Commissione Albo Odontoiatri Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Forlì-Cesena***

SALUTO

*a cura del Dott. Gian Galeazzo Pascucci**

Carissimi Colleghi, questo libro che avete tra le mani, corposo e ricco di interventi autorevoli, è il frutto di una idea coraggiosa, e forse un po' azzardata, del nostro Presidente, subito fatta propria dal Consiglio dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della nostra Provincia. L'idea è nata un anno fa, poche settimane dopo il nostro nuovo insediamento. L'intento era quello di celebrare nel migliore dei modi una Istituzione che compie cento anni, un traguardo molto importante e anche un punto di partenza per le numerosissime sfide future. Direi che il risultato non è male, e che siamo stati all'altezza dell'impegno assunto. Scorrendo queste pagine potrete constatare la grande sostanza e professionalità dei medici e degli odontoiatri che ci hanno preceduto, che speriamo di onorare con un comportamento ogni giorno puntuale e corretto nei confronti sia dei colleghi che dei nostri pazienti. La preparazione di un lavoro del genere è stata molto complessa, come si può immaginare, e la parte più difficile, ma anche più piacevole, è stata l'armonizzazione delle due "anime" del nostro territorio, quella Forlivese e quella Cesenate, che, tra l'altro, rappresento con orgoglio. A queste due realtà abbiamo cercato di dare lo stesso risalto, pur senza usare il bilancino del farmacista. È stato necessario un notevole lavoro di ricerca e di documentazione, che ha portato via la maggior parte del tempo



Michele Gavelli, Elisabetta Leonelli, Laila Laghi

Ed il libro che avete tutti in mano, la cui bozza è stata assemblata e preparata interamente nei nostri uffici, senza alcun aiuto esterno, ne è la prova. Grazie di cuore a Betta, Laila, Michele.

a nostra disposizione, e tutti gli Autori sono stati sempre supportati dal nostro staff di segreteria con grande dedizione ed efficienza. È proprio alla "mia" redazione che voglio rivolgere l'ultimo pensiero. Grazie alle moderne tecnologie, a cui sono tutti perfettamente formati, li raggiungo con un "click" e dopo pochi minuti ho sempre quello che chiedo. Efficienza, discrezione, affidabilità. Questo abbiamo cercato di ottenere da loro fin dal primo momento della nostra gestione, e questo direi proprio che abbiamo, adesso, dal nostro personale di segreteria. E tutti i colleghi possono toccare con mano la loro disponibilità, in ogni occasione.

*** Coordinatore Commissione Informazione e Comunicazione
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Forlì-Cesena**

INTRODUZIONE

*a cura del Dott. Giancarlo Aulizio**

La Storia della Medicina è un lungo viaggio che attraversa i millenni e non riguarda solo la malattia ma, a ben vedere, la Storia dell'Umanità perché non affronta solo aspetti biologici ma anche sociali ed economici e rappresenta uno dei temi centrali dell'esperienza umana.

Allargando il concetto, secondo J. W. Goethe, infatti: “La Storia della Scienza è la Scienza stessa. Così come la Storia dell'Individuo è l'Individuo stesso”.

Gli avvenimenti sociali sono stati e saranno sempre importanti per i medici come le scoperte scientifiche, d'altra parte il progresso della Medicina coinvolge la società in una situazione permanente di reciproca influenza. In cinquemila anni la Medicina ha subito un'evoluzione incredibile che promette di essere ancora più rapida, quasi frenetica, visto che negli ultimi dieci anni le scoperte nei vari settori sono state paragonate ai successi ottenuti in tutto il periodo precedente, tanto da porre difficoltà di adattamento alla stessa società che ne sollecita il progresso.

Non è stato sempre un cammino luminoso quello dello sviluppo della Medicina eppure, partiti dagli dèi e dai dèmoni, da maghi e ciarlatani, oggi siamo alla codificazione del genoma e ad una ricerca farmacologica e tecnologica che mette a disposizione degli operatori e delle persone strumenti fino a poco tempo fa impensabili.

Quanto tempo è passato dall'egiziano Imhotep “Colui che apporta la serenità”, Gran Vizir del re Soser della III Dinastia (2600 a.C.), e primo medico apparso sulla scena!

Architetto, sacerdote e sapiente suggerì al Faraone, che lo aveva chiamato per fronteggiare la carestia dovuta alla siccità che durava da sette anni, di offrire un sacrificio al dio Chnum, protettore delle sorgenti del Nilo. Le acque del grande fiume tornarono ad essere abbondanti ed il merito fu attribuito ad Imhotep, nel periodo greco-romano fatto oggetto di culto come dio della Medicina, infine identificato con quello di Esculapio dai greci.

Curioso esempio di sapiente questo nostro fortunato progenitore, benedetto dalle variazioni climatiche del tempo, che sintetizzava così le proprie conoscenze: “Favorevole è la malattia che so curare, dubbia è quella che combatto, sfavorevole quella che non conosco”.

Con questo libro, definito nello spazio (Provincia di Forlì-Cesena), nel tempo (1910-2010) e nell'argomento (Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri), abbiamo voluto fornire un contributo che, partendo dalla nostra storia anche remota di medici finalmente organizzati in un ente professionale e accumulati nell'unica missione di dare sollievo al malato, suscitasse riflessioni sull'impegno e le difficoltà che ciò ha comportato in rapporto alle diverse situazioni politiche, religiose e sociali che ne hanno comunque influenzato il cammino, a volte accelerandolo a volte rallentandolo.

È la nostra piccola avventura che si inserisce come un cortometraggio, ricco però di personaggi e situazioni, nel grande film della Storia degli Ordini dei Medici italiani, a sua volta parte dell'enorme cineteca della Storia della Medicina, arricchendola, come sempre accade quando si aggiunge un mattone ad una costruzione ancora di là dall'essere terminata.

Ma che cos'è l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (OMCeO) di Forlì-Cesena e di cosa si occupa? L'Ordine rappresenta la casa comune dei 2168 iscritti della nostra Provincia (1990 medici, 352 odontoiatri di cui 174 con la doppia iscrizione), dove tutti i professionisti, medici chirurghi ed odontoiatri (ospedalieri, medici di medicina generale e della continuità assistenziale, liberi professionisti) devono sentirsi tutelati e rappresentati al meglio. L'Ordine – come si legge nel nostro sito: www.ordinemedicifc.it – è: “*Ente di Diritto Pubblico, dotato di una propria autonomia gestionale e decisionale, posto sotto la vigilanza del Ministero della Sanità e coordinato, nelle sue attività istituzionali, dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO)*”.

Sempre sul sito, recentemente rinnovato, ognuno può entrare nel merito dei numerosi compiti assegnati all'Ordine e delle notevoli responsabilità che spettano a tutti coloro che, pur con incarichi diversi, svolgono istituzionalmente attività ordinistica.

L'Ordine vigila sul piano provinciale per la conservazione del decoro e dell'indipendenza della professione, promuove e favorisce iniziative per il progresso culturale dei medici e degli odontoiatri iscritti agli Albi, collabora con le Istituzioni locali per la soluzione dei problemi sanitari della Provincia, garantendo la qualità e il corretto esercizio della professione attraverso specifiche regole di deontologia professionale ed è titolare dell'esercizio del potere disciplinare.

L'Ordine può interporre nelle controversie fra sanitario e sanitario, o fra sanitario e persona, od enti a favore dei quali il sanitario abbia prestato o prestato la propria opera professionale, per ragioni di spese, di onorari e per altre questioni inerenti all'esercizio professionale, tentando la bonaria conciliazione delle questioni e, in caso di non riuscito componimento, dando il suo parere sulle controversie stesse.

L'Ordine ha anche il dovere di compilare e tenere aggiornati gli Albi degli iscritti, pubblicandoli e rendendoli disponibili alle autorità ed ai cittadini per la consultazione.

L'istituzione ordinistica ha, quindi, conservato nel tempo la sua configurazione autonoma e statale voluta dal Governo Giolitti nel 1910 e reiterata nel 1946, dopo la parentesi del periodo fascista, in seguito non più mutata nonostante le trasformazioni continuamente verificatesi nell'ambito dell'organizzazione sanitaria del nostro Paese.

Spetta quindi all'Ordine intervenire nei vari modi sulle questioni che riguardano lo svolgimento della professione medica, in forza dell'art.3 del D.L.C.P.S. 13 settembre 1946 n°233 e del Codice di Deontologia Medica, con le modifiche apportate nel febbraio 2007, e ciò, si osservi bene, principalmente a tutela dell'interesse primario, costituzionalmente garantito, quale è la salute dei cittadini.

Il Codice Deontologico appunto, questo sconosciuto ai più e purtroppo anche a molti colleghi, non è altro che la Bibbia laica degli iscritti, la nostra Costituzione mignon; più semplicemente, per i non addetti ai lavori, una specie di Codice d'Onore.

Un impegno di medioevale memoria analogo a quello dei cavalieri di un tempo che giuravano (come ancora fanno i giovani medici al momento dell'iscrizione) di rispettare regole e comportamenti in nome di un'etica che, oggi più di allora, deve essere praticata.

Preceduto nei secoli dall'evoluzione dei diversi "Galatei", il Codice attuale persegue l'obiettivo di fondare il rapporto tra medici e pazienti sulla fiducia e sul reciproco rispetto, superando le diffidenze. Del Codice di Deontologia Medica, in sei capitoli (detti Titoli) con complessivi 75 articoli più le disposizioni finali, voglio qui ricordare solo i primi due articoli del Titolo I riguardanti "Oggetto e Campo di Applicazione", riportandoli integralmente.

Art.1 Definizione: "Il Codice di Deontologia Medica contiene principi e regole che il medico-chirurgo e l'odontoiatra, iscritti agli albi professionali dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, di seguito indicati con il termine di medico, devono osservare nell'esercizio della professione. Il comportamento del medico anche al di fuori dell'esercizio della professione, deve essere consono al decoro e alla dignità della stessa, in armonia con i principi di solidarietà, umanità e impegno civile che la ispirano. Il medico è tenuto a prestare la massima collaborazione e disponibilità nei rapporti con il proprio Ordine professionale. Il medico è tenuto alla conoscenza delle norme del presente Codice e degli orientamenti espressi nelle allegate linee guida, la ignoranza dei quali, non lo esime dalla responsabilità disciplinare. Il medico deve prestare giuramento professionale".

Art.2 Potestà e sanzioni disciplinari: "L'inosservanza dei precetti, degli obblighi e dei divieti fissati dal presente Codice di Deontologia Medica e ogni azione od omissione, comunque disdicevoli al decoro o al corretto esercizio della professione, sono punibili dalle Commissioni disciplinari con le sanzioni previste dalla legge. Le sanzioni, nell'ambito della giurisdizione disciplinare, devono essere adeguate alla gravità degli atti.

Il medico deve denunciare all'Ordine ogni iniziativa tendente ad imporgli comportamenti non conformi alla deontologia professionale, da qualunque parte essa provenga”.

Mi è stato chiesto, durante un'intervista, se oggi per esercitare la Medicina occorra la stessa passione di un tempo a fronte di soddisfazioni professionali ed economiche evidentemente ridimensionatesi.

Ho risposto che credo ce ne voglia di più perché il ruolo del medico nella comunità resta quello di una persona istruita e spesso colta, socialmente affermata, che per la professione esercitata è a contatto quotidiano con la sofferenza e la morte, quindi in grado di valutare con oggettività quello che davvero conta nell'esperienza di vita di ognuno; però è anche vero che forse mai come in questo periodo, così ricco di opportunità terapeutiche in grado di alleviare o guarire le malattie ridando speranza e salute alle persone, si frappongono ostacoli di tipo legislativo, organizzativo ed economico che, a volte, mortificano i più volenterosi.

Purtroppo nel nostro Paese è in corso da anni una lotta politica che rischia di coinvolgere le Istituzioni, con accuse gravi e reciproche da parte dei governi e delle opposizioni che finiscono per delegittimarsi a vicenda.

La sanità è costantemente al centro di questa contrapposizione sia perché rappresenta una grossa fetta (75-80%) dei bilanci regionali ed è la sola materia concretamente federalista, sia perché la politica spesso si scontra sui temi etici che ci coinvolgono sempre come cittadini e frequentemente come medici.

Il tema delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT) di fine vita, il tentativo, poi rientrato, di trasformare i medici in spie in relazione alla legge sull'immigrazione obbligandoli a denunciare gli stranieri irregolari (il nostro Consiglio Direttivo votò all'unanimità e fra i primi in Italia, il 10 febbraio 2009, un ordine del giorno che esprimeva a questo proposito dissenso e forte contrarietà), le continue polemiche sui farmaci o le pratiche abortive, i nuovi orizzonti, a volte davvero inquietanti, che si sono aperti con la genetica: questi, al di là delle singole posizioni e nel rispetto delle personali valutazioni di coscienza, rappresentano momenti di tensione che andrebbero evitati con un confronto, magari serrato, ma improntato alla comune volontà di utilizzare nel modo migliore le nuove scoperte e procedure.

La Regione Emilia-Romagna rappresenta indiscutibilmente uno dei sistemi sanitari regionali più efficienti del Paese e, insieme alla Toscana, la migliore espressione della politica sanitaria del centrosinistra, così come lo sono la Lombardia ed il Veneto per il centrodestra.

La ragione principale è data dalla qualità della rete delle cure primarie che si è realizzata accorpando e riducendo le attività ospedaliere, mentre si creavano risposte alternative (soprattutto al ricovero) sul territorio. Grazie a questa riorganizzazione si sono offerte ai cittadini risposte appropriate ed efficaci, salvaguardando contemporaneamente l'eccellenza della rete ospedaliera che continua ad esercitare un forte richiamo per molte altre Regioni.

Le cifre ci dicono di una spesa sanitaria regionale di 8,125 milioni di euro di cui 5,553 per la diretta e 2,592 per la convenzionata; i dipendenti pubblici sono 59.209 di cui 39.861 sanitari, 5.886 amministrativi e 4.903 privati; i posti letto, per mille abitanti, sono 3,9 per acuti, 0,91 non acuti e 0,43 residenziali; gli anziani in Adi sono il 5,59%.

Nonostante tutto questo il modello non appare perfetto, soprattutto in alcuni progetti e nei controlli amministrativi contabili, ed è inutile sottolineare che queste problematiche creano preoccupazione non solo da parte dei cittadini ma negli operatori sanitari tutti.

I livelli di salute della nostra Provincia grazie alle due Aziende sanitarie di Forlì e Cesena, sia per quanto riguarda i servizi ospedalieri che territoriali, sono certamente molto al di sopra della media nazionale e, forse, anche regionale, ciò in ragione degli importanti investimenti, maturati soprattutto negli ultimi dieci anni, segnatamente alle strutture, tecnologie, progettualità e risorse umane che hanno determinato comportamenti imitativi in tutto il Paese.

L'auspicio degli operatori sanitari e quindi dell'Ordine non può che essere quello di mantenere ed anzi sviluppare ulteriormente queste eccellenze, pur con la dovuta attenzione agli aspetti economici del

sistema in funzione della sua tenuta, accanendosi sugli sprechi e con una programmazione che valorizzi tutti i territori integrandone al meglio le grandi potenzialità.

Un accenno alle ulteriori incombenze che i medici affronteranno prossimamente.

I nuovi procedimenti telematici per l'invio on line delle domande di invalidità civile, del certificato di malattia Inail ed in seguito per i certificati di malattia Inps, la ricetta elettronica, l'esenzione per reddito, presentano una serie di problemi tecnici e di organizzazione dell'attività ambulatoriale, soprattutto per i medici di medicina generale, da indurli a pensare che l'innovazione tecnologica rappresenti un nemico invece che un alleato per svolgere meglio il proprio lavoro, rischiando di trasformarli in "terminalisti".

I ritmi di lavoro sempre più frenetici richiesti agli ospedalieri ed agli specialisti, strettamente connessi alla frequente mancanza di copertura delle piante organiche ed alla volontà di dare comunque risposte alla crescente ed insaziabile domanda di salute, alimentano fra molti colleghi l'idea che i futuri modelli organizzativi siano troppo indirizzati alla quantità delle prestazioni piuttosto che alla loro qualità.

Ciò non solo porterebbe ad una cattiva sanità con preoccupanti ricadute sui cittadini, tra l'altro costosa nelle fasi di recupero di efficienza che prestazioni frettolose necessariamente comportano, ma stimolerebbe quella medicina difensiva da tutti criticata che tuttavia, a volte, è ritenuta l'unica praticabile per tutelarsi di fronte alle responsabilità penali, civili e deontologiche che, come tutti sanno, sono personali.

Si alimenta il sospetto che queste nuove procedure non siano funzionali al miglioramento delle prestazioni, del rapporto medico-paziente, del risparmio, ma conducano ad una sorta di Grande Vecchio che costringe gli operatori a segnalare tutto ed il contrario di tutto per sapere, con finalità economicistiche ed in tempo reale, cos'ha prescritto quel collega a quel cittadino.

Così come il controllo sulla spesa farmaceutica (rispetto al Pil fra le più basse d'Europa) sembra finalizzato più ad intimorire i medici che a razionalizzare un costo anch'esso fra i più contenuti del continente, peraltro alimentato dagli stessi meccanismi di vigilanza.

Nessuno può ragionevolmente e pregiudizialmente essere contrario alle innovazioni tecnologiche, soprattutto a quelle informatiche, ed in particolare i medici che in tutte le loro attività ben presto si sono adattati all'uso del computer ed ai vari programmi collegati, trovando proprio nell'innovazione la ragione stessa del loro progresso scientifico. Se però ci fosse una programmazione maggiormente condivisa da parte dell'apparato burocratico con chi, ogni giorno, si trova di fronte ai soliti problemi o a nuovi frutti di modelli innovativi o interpretazioni di parte, magari confrontandosi anche sui bilanci ed i finanziamenti, sicuramente se ne gioverebbe il sistema e si ridurrebbero le rispettive diffidenze.

Il libro del centenario è stato pensato e realizzato tutto da medici iscritti al nostro Ordine e da nostri collaboratori con la speranza che possa interessare anche chi è estraneo al mondo della sanità, evitando volutamente di coinvolgere altri che con maggiori capacità avrebbero potuto forse renderlo migliore.

Non si tratta di un freddo elenco sinottico di avvenimenti ed è scritto a più mani, ognuna con la sua sensibilità, ma i fatti più importanti ci sono e su quelli più recenti, ancora impressi nella nostra memoria, ci sono i ricordi di colleghi scomparsi, di vicende tristi che abbiamo voluto fissare mettendoci anche i nostri sentimenti.

E questi non possono essere cooptati.

Un'unica eccezione la voglio dedicare all'intellettuale Ennio Flaiano (1910-1972), scrittore, sceneggiatore, fine umorista, nato a Pescara ma romano d'adozione, di cui ricorre il centenario della nascita proprio in coincidenza col nostro, per chiudere con due suoi aforismi, evidentemente antitetici, ma che rendono l'idea del sano cinismo che lo caratterizzava e dell'ottimismo che non lo abbandonava.

Così come dovrebbe essere per noi medici.

“Coraggio, il meglio è passato”

“Ricordati che la felicità è desiderare quello che si ha”



A conclusione di questa introduzione mi corre l'obbligo di ringraziare gli Autori che hanno condiviso, direttamente o indirettamente, questa piacevole fatica.

Lo storico della medicina e collega Giancarlo Cerasoli e la consorte Brunella Garavini per i numerosi contributi, frutto di ricerche meticolose condotte con evidente passione e competenza.

Matteo Dall'Agata e Leonardo Michelini non solo per gli altri contributi storici, ma per l'enorme mole di documenti recuperati ed utili ad altri approfondimenti.

Maurizio Di Lauro, presidente CAO, per aver raccontato la storia degli odontoiatri e la loro continua e, purtroppo, sempre attuale battaglia contro l'abusivismo.

L'avvocato dell'Ordine Francesco Farolfi che, con l'articolo sul Codice Deontologico, ci ha regalato una "chicca" che consiglio di meditare per gli interessanti stimoli che contiene.

Ancora un grazie a Davide Dell'Amore perché si è caricato del lavoro maggiore, non solo di autore ma di coordinatore della redazione, rapportandosi con l'esecutivo, la Commissione Informazione e Comunicazione presieduta da Gian Galeazzo Pascucci, gli uffici, la tipografia, il tutto con grande abnegazione e pazienza.

Infine una parola su mio padre, il Prof. Francesco Aulizio, che già aveva preso contatti per essere della partita quando un grave incidente, con esiti ancora presenti, lo ha costretto ad abbandonare.

La sua pluridecennale collaborazione alle nostre riviste, in qualità di storico della medicina, ci ha consentito di recuperare innumerevoli articoli da lui scritti in passato per raccontare di tante vicende e colleghi, rendendoli indispensabili per il libro del centenario dove, giustamente, anche lui trova spazio per quanto fatto in precedenza.

**** Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Forlì-Cesena***

LA STORIA DEGLI ORDINI E DELL'ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI DI FORLÌ DAL 1845 AL 1920

*a cura del Dott. Giancarlo Cerasoli**

Introduzione

L'Ordine dei Medici (OdM) «è un ente di diritto pubblico che raccoglie tutti i medici abilitati all'esercizio della professione, li rappresenta presso le istituzioni pubbliche e private, vigila affinché venga rispettata la deontologia professionale»¹. Della sua storia, che fa parte dell'affermazione della professione medica, si sono occupati molti studiosi appartenenti soprattutto ai settori della storia della sanità, di quella contemporanea, di quella economica, delle professioni ed anche sociologi e giuristi². Nel 1996, in occasione del cinquantenario della sua ricostruzione, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri ha curato un'importante pubblicazione che contiene numerosi saggi, scritti da personalità autorevoli (medici, storici, filosofi, giuristi), che prendono in esame le vicende passate, presenti e future di quell'istituzione³. In alcune provincie, inoltre, sono state pubblicate monografie nelle quali viene documentata l'attività svolta dall'OdM, illustrandone i momenti salienti⁴.

In questo saggio verranno presentate in modo sintetico le tappe principali nelle quali si è svolto nel nostro paese il passaggio tra le prime associazioni dei medici, sorte per garantire la tutela economica della categoria, la creazione degli OdM e le vicende di queste istituzioni fino all'avvento del regime fascista. Si daranno, inoltre, informazioni sull'attività delle associazioni di tutela dei medici operanti nella provincia di Forlì in quel periodo.

Prima degli Ordini dei sanitari: il Pio Istituto di mutuo soccorso per medici, chirurghi, veterinari, farmacisti e flebotomi di Forlì e l'Associazione Medica Italiana (AMI) (1845-1862)

Durante la prima metà dell'Ottocento la difesa degli interessi economici fu uno dei bisogni primari che spinse medici, chirurghi, veterinari e farmacisti a riunirsi in società di mutuo soccorso. Quasi la metà dei medici allora operanti in Italia era costituita dai condotti, assunti per periodi limitati dal municipio per la cura dei poveri, retribuiti con stipendi molto bassi, inferiori a quelli degli altri «impiegati comunali»⁵. Questa situazione di precarietà fu la motivazione che spinse i colleghi più fortunati «ad imitare l'esempio di altri paesi europei costituendo, con spirito filantropico memore forse dei disagi patiti dai fondatori stessi durante la giovinezza nelle condotte, delle società di mutuo soccorso, che sorsero infatti numerose, anche se spesso con speranza di vita effimera, qua e là per la penisola»⁶. Fra le prime vanno ricordate quelle sorte a Torino (1839), Bologna, Milano e Parma (1844), Ferrara, Roma, Modena e Reggio (1846), Padova (1847), Firenze 1851 e Genova (1852).

Anche nella provincia di Forlì venne fondato nel 1845 il *Pio Istituto di Soccorso pei medici e chirurghi, farmacisti e flebotomi*, divenuto nell'agosto 1846 *Pio Istituto di mutuo soccorso pei medici, chirurghi, veterinari di prima classe, farmacisti e flebotomi*⁷. Lo scopo di tale istituzione era quello di «formare dai medesimi [soci] un'associazione, affinché, contribuendo ciascuno [con] una leggera quota annua, siavi una cassa per soccorrere quelli fra loro, che o per età avanzata, o per malattie, o per altre gravi disgrazie sono caduti in bisogno». Del sodalizio potevano far parte i professionisti sopra menzionati «legalmente abilitati e che non hanno abbandonato l'esercizio della professione loro per darsi a qualsiasi altra che disconvenga al decoro del loro grado». La loro ammissione era vagliata dalla «commissione amministrativa», costituita dal presidente e dal vice-presidente, alla quale erano affiancati un segretario, un contabile, un cassiere, e una serie di «consultori», «provveditori» e «censori». Oltre alla «tassa di ammissione», stabilita in uno scudo romano, i soci avevano l'obbligo di versare annualmente «scudi due e bajocchi quaranta romani». Dato che lo stipendio annuo di un medico operante in una delle cinque condotte nella campagna forlivese

era, nel 1842, di 150 scudi, e che a coloro che non avevano diritto alle cure gratuite e ai residenti fuori condotta i medici potevano chiedere compensi variabili da 5 a 50 baiocchi per visita, non si trattava di cifre molto elevate⁸. Quando il Pio istituto lo riteneva opportuno, anche senza che il professionista in disagio finanziario, per pudore, l'avesse richiesto formalmente, venivano elargite, temporaneamente o stabilmente, le somme ritenute opportune per sopperire allo stato di indigenza. Questa istituzione a carattere volontario era una delle tante società di mutuo soccorso che sorsero in città tra il 1842 ed il 1848 e che, tollerate dal governo pontificio, furono poi sciolte negli anni Cinquanta dell'Ottocento⁹. Nel 1855 ella annoverò tra i suoi componenti il celebre clinico medico cesenate Maurizio Bufalini che, in una lettera diretta all'allora presidente Bertolazzi, accettava la carica di «socio onorario» prevista per coloro «che, sebbene non contribuenti, influiscono grandemente alla prosperità della istituzione»¹⁰.

Un destino simile subirono le analoghe associazioni di soccorso per i medici, concentrate principalmente nelle regioni centro-settentrionali, specialmente Toscana, Romagna, Lombardia ed Emilia. Anche se i contributi richiesti erano irrisori, i propositi di queste società si dimostrarono eccessivi, a fronte delle reali condizioni dei medici condotti, e la loro utilità effettiva fu vanificata dalla scarsità dei sussidi elargiti ai soci in caso di invalidità permanente e dall'impossibilità di assegnare congrue pensioni di anzianità. Accantonata questa forma di associazionismo, prese corpo, a partire dal 1863 la proposta di impegnarsi per la realizzazione di una cassa pensioni a favore dei medici condotti. Essa trovò concretizzazioni sporadiche in alcune città ed un «primo traguardo con la promulgazione, il 14 luglio 1898, della legge n. 335, che stabiliva l'iscrizione obbligatoria dei medici nominati dalle amministrazioni centrali, locali e ospedaliere, ad un fondo pensionistico costituito con il concorso della categoria, dei comuni, delle province, delle opere pie e dello Stato»¹¹.

All'indomani dell'Unità, le condizioni nelle quali operavano i medici italiani presentavano molti punti critici che sollecitavano l'intera categoria a promuovere interventi migliorativi. Se prima del 1860 le richieste volte a ottenere miglioramenti di status e del «mercato del lavoro» erano, inevitabilmente, rivolte alle amministrazioni locali, dalle quali dipendevano i medici e chirurghi «condotti», e alle opere pie, gestrici di luoghi di cura, dopo questa data il principale interlocutore divenne lo Stato. L'estensione alle provincie appena liberate della normativa vigente in Piemonte, non imponendo ai comuni l'obbligo di retribuire il personale sanitario condotto, portò in molti casi al peggioramento della situazione e deluse le aspettative dei professionisti¹².

Essi puntavano ad avere un riconoscimento fattivo del loro ruolo di gestori direttamente responsabili della salute pubblica e volevano che il nuovo stato unitario utilizzasse le loro competenze per guidare quel «risorgimento sanitario» ormai ritenuto indispensabile. Il disconoscimento di queste ambizioni, dovuto al ritardo culturale della nuova classe dirigente poco attenta ai problemi dell'organizzazione sanitaria, alimentò la nascita dell'associazionismo medico. Sorgeva così nel 1862 l'Associazione Medica Italiana (AMI) che propugnava l'estensione della medicalizzazione, intesa come «realizzazione della salute» attraverso l'opera dei sanitari, e il riconoscimento amministrativo e retributivo del contributo della scienza medica a questa realizzazione.

L'AMI ebbe però poca efficacia nella tutela degli interessi dei medici condotti che, nel settembre del 1874, a Forlì, decisero di formare un nuovo organismo autonomo: l'Associazione Nazionale dei Medici Condotti (ANMC)¹³. Con il tempo, dalle file dell'AMI si staccarono altre categorie di professionisti, che costituirono organizzazioni autonome, come la Società italiana d'igiene (1878), la Società italiana di idrologia e climatologia medica (1882), l'Associazione chirurgica italiana (1880), la Società di medicina interna e quella di dermatologia e sifilografia (1885) e la Società italiana di pediatria (1899).

Dagli Ordini dei Sanitari agli Ordini dei Medici (1887-1910)

Nel 1882, al 10° congresso nazionale dell'AMI, venne proposta la fondazione di una associazione intenta unicamente a perseguire la tutela degli interessi morali e materiali della classe dei sanitari. Tale proposta fu realizzata per la prima volta nel 1887, dal comitato lombardo dell'AMI, con la creazione dell'Ordine dei

sanitari della provincia di Milano, che accoglieva nelle sue file medici-chirurghi, farmacisti e veterinari¹⁴. Tra i primi obiettivi che l'Ordine si era prefisso vi erano quelli di dotarsi di un codice etico professionale; di costituire un giurì interno a cui demandare «le questioni che l'esercente l'arte sanitaria non di rado incontra colle autorità, col pubblico e perfino coi colleghi» con l'intento di risolvere le controversie tra pari, evitando che le dispute tra medici associati o tra medici e pazienti venissero utilizzate a fini politici e diffuse tra un pubblico incapace di giudicarle correttamente; e di controllare gli elenchi prefettizi degli esercenti le professioni sanitarie, come primo passo per la repressione legale dei praticanti abusivi¹⁵.

Molte delle rivendicazioni dei medici vennero, finalmente, riconosciute dalla «legge per la tutela della igiene e della sanità pubblica», chiamata anche legge Crispi-Pagliani, promulgata dal Parlamento nel dicembre 1888. La sua applicazione determinò un miglioramento dello status dei professionisti sanitari ma non ne legittimò il ruolo di gestione e tutela diretta della sanità pubblica, lasciato agli organi amministrativi centrali. L'intento del legislatore era ben specificato nel primo articolo: «la tutela della sanità pubblica spetta al ministro dell'interno, e, sotto la sua dipendenza, ai prefetti, ai sottoprefetti ed ai sindaci»¹⁶. La legge, comunque, «creava finalmente gli strumenti necessari per una gestione tecnicamente corretta della sanità. A livello centrale istituiva la “Direzione generale di sanità” quale organismo armonizzatore fra potere esecutivo e sapere scientifico, tra esigenze amministrative e necessità igienico-sanitarie; a livello intermedio creava la figura del “Medico provinciale”, prevista quale cinghia di trasmissione tecnicamente efficiente tra centro e periferia; a livello periferico poneva i medici comunali nella posizione di “Ufficiali dello Stato”, capillarmente operanti sul territorio nazionale. Si trattava di una legge organica che, pur non priva di pecche, appariva in grado di permeare di scienza applicata le istituzioni pubbliche e in grado di legare queste ultime alla vita quotidiana dei cittadini»¹⁷.

La riforma dava importanti garanzie: sanciva l'obbligatorietà del diploma di laurea per l'esercizio della professione e tutelava i medici condotti, il cui stipendio era a carico dei comuni, obbligando le amministrazioni pubbliche, dopo il triennio di prova, alla stabilità del posto, prevedendo il licenziamento soltanto per giustificati motivi e previo l'assenso del prefetto e sentito il consiglio provinciale di sanità. Le disposizioni previste per dirimere le questioni interne alla categoria attribuivano un ruolo importante ai medici provinciali e ai consigli provinciali di sanità i quali facevano comunque riferimento al prefetto, l'unico che poteva decidere e far realizzare sanzioni¹⁸.

Gli Ordini dei sanitari, diffusi rapidamente in gran parte delle provincie italiane, erano sorti per trasformazione dei comitati locali dell'AMI con lo scopo di porre rimedio ad alcune mancanze presenti nella legge del 1888. Avrebbero dovuto costituire il legittimo istituto di autogoverno dei sanitari e rappresentare una garanzia, rispetto all'opinione pubblica e allo Stato, della capacità e correttezza dei medici e degli altri sanitari iscritti ed abilitati alla libera professione. I professionisti rappresentati potevano delegare agli Ordini l'elaborazione e la realizzazione di un programma unitario di politica sanitaria che consentisse loro di operare in assoluta autonomia dal potere politico.

Negli statuti elaborati da questi primi Ordini, veniva ribadita la tutela del decoro e degli interessi materiali e morali dei soci, nel rispetto della tutela della pubblica salute e del benessere della collettività¹⁹.

Nel 1897 si riunì a Roma il primo congresso dei delegati degli Ordini dei sanitari, con la precisa volontà di costituire una federazione capace di garantire la collegialità sul piano nazionale delle proposte nate dai sanitari e delle vertenze sindacali. L'anno successivo, 1898, venne fondata la Federazione degli Ordini dei sanitari (Fos) raccogliendo Ordini provinciali, organismi sindacali e anche qualche società scientifica. Essa ribadì chiaramente il bisogno di una legge dello Stato che disciplinasse il servizio sanitario per quanto riguardava la tutela degli interessi professionali degli esercenti. Questa Federazione condusse una vita stentata e non divenne mai interlocutrice privilegiata dei poteri pubblici sul tema della legislazione sanitaria. La scarsa percentuale di iscritti tra gli esercenti, determinò il suo scarso potere, soprattutto contro la repressione dell'abusivismo, e impedì la definizione di minimi tariffari nazionali per le prestazioni mediche. Al suo interno, inoltre, convivevano le contrastanti esigenze rivendicative e sindacali dei condotti, maggiormente rappresentati e politicamente più attivi, e dei liberi professionisti.

I primi volevano ottenere dai poteri locali un miglior trattamento economico e condizioni di lavoro meno dure, mentre per i secondi erano prioritarie la repressione dell'abusivismo, il contenimento della «pletora medica» e il controllo della pubblicità medica²⁰.

Nonostante questi limiti, la fase associativa degli Ordini dei sanitari, fu comunque importante nell'affermazione della definizione professionale dei medici e per la promozione ed elaborazione della futura legge istitutiva degli Ordini dei medici.

Nell'agosto del 1907 la politica sanitaria giolittiana raggiunse un ulteriore traguardo con l'approvazione del «Testo Unico delle leggi sanitarie», la cui elaborazione si dovette prevalentemente all'igienista Rocco Santoliquido. In esso erano evidenti le linee del riformismo sanitario nel campo dell'intervento sociale: «concedere sempre con la maggiore lentezza e cautela, e quando un rinvio non sia più concedibile senza reale pericolo [...] limitare al massimo le spese, e sempre ad ogni modo quelle pubbliche statali»²¹.

Accanto agli Ordini dei sanitari e all'ANMC, anche in Romagna, alla fine dell'Ottocento, vennero fondate società a carattere volontaristico che raggruppavano i medici operanti sul territorio. Dal 1893 era attiva una «Associazione fra i sanitari delle Romagne», divenuta nel 1909 «Camera Sanitaria Romagnola»²². Questi sodalizi si fecero promotori delle rivendicazioni dei medici condotti le cui condizioni di lavoro erano in quegli anni molto critiche, specie nei territori extraurbani. Uno dei loro obiettivi prioritari fu l'abolizione delle «condotte a cura piena», nelle quali il medico era obbligato a curare tutti i residenti senza poter pretendere da loro alcun compenso. Al loro posto andavano istituite «condotte residenziali» nella quali il sanitario era obbligato a prestare le proprie cure gratuite solo ai poveri, compresi nell'elenco stabilito dall'autorità comunale, esercitando la libera professione nei confronti dei più abbienti. In Romagna la lotta contro le «condotte piene» aveva mobilitato sui fronti opposti medici di orientamento politico repubblicano, nettamente contrari a quelle condotte, e medici socialisti, favorevoli al loro mantenimento per esigenze di equità sociale²³.

Il problema era molto sentito poiché in questo territorio, come nelle altre regioni italiane, già alla fine dell'Ottocento, si era verificata la saturazione delle condotte mediche e il 96-97% dei comuni aveva un regolare servizio di condotta che in più della metà dei casi era «a piena cura»²⁴.

Nel 1899, nella provincia di Forlì le condotte attive nei piccoli comuni erano tutte «a cura piena», mentre quelle «pei soli poveri» erano solo a Forlì, Cesena e Rimini²⁵.

Nel settembre 1906 l'Associazione fra i sanitari delle Romagne approvava norme precise per la compilazione dei capitolati che stabilivano i compensi per i medici e i criteri di ripartizione territoriale delle condotte²⁶.

Nell'ottobre 1909 la Camera Sanitaria Romagnola si pronunciava per l'abolizione del «sistema delle condotte a cura piena nelle due provincie di Forlì e Ravenna, perché esso rappresenta un ingiusto sfruttamento dell'opera del medico» e stabiliva nuovi stipendi e tariffe per la libera professione. La stessa associazione organizzava il 15 dicembre 1910, nel municipio di Forlì, un importante convegno dei sindaci e dei sanitari delle provincie di Forlì e Ravenna. Nell'ordine del giorno conclusivo, votato all'unanimità, si affermava «il principio della trasformazione della condotta piena in residenziale, lasciando all'accordo fra Sanitari e Comuni la fissazione delle tariffe per gli abbienti» e si decideva la nomina di «commissioni arbitrali circondariali alle quali siano deferite le vertenze che potessero insorgere fra Medici e Comuni». Durante l'animato dibattito congressuale era emerso anche il pensiero che di quelle questioni si sarebbe dovuto occupare il futuro Ordine: «Dopotutto quando ci sarà l'*Ordine sanitario* regolarmente costituito ad esso si ricorrerà ed allora la tariffa [per la libera professione del medico condotto] verrà automaticamente a definirsi»²⁷. Nel 1911, per la concreta iniziativa delle sezioni circondariali dell'ANMC, vennero stabilite le due commissioni arbitrali miste circondariali, una per Forlì e una per Cesena, di ciascuna delle quali facevano parte tre sindaci e tre medici delle città comprese nel circondario²⁸. La lotta contro le condotte a piena cura ebbe una prima e parziale risposta affermativa con la legge comunale e provinciale del 1915 e la sua definitiva sanzione legale si verificò solo con il R.d. 30 dicembre 1923 sulla riforma degli ordinamenti sanitari²⁹.

La legge istitutiva dell'Ordine dei Medici (1910)

Nel dicembre 1908 venne presentato alla Camera dei deputati il primo progetto di legge del governo Giolitti per la costituzione degli Ordini dei sanitari che non fu discusso per la fine della legislatura. Nel luglio 1910, dopo essere stato modificato dalla Camera, il progetto arrivò in Senato, ed ebbe l'approvazione definitiva in legge 10 luglio 1910, n. 455, sulla costituzione degli Ordini provinciali dei medici, dei farmacisti e dei veterinari.

Nella relazione che accompagnava il disegno di legge erano specificate le motivazioni di quella proposta:

«Le classi sanitarie hanno da tempo manifestato l'aspirazione che – a simiglianza 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 di 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. Di più, lo sviluppo grande preso fra noi dall'assistenza sanitaria negli ultimi anni e le benemeritenze, sempre maggiori, acquistate dalle classi sanitarie, mentre rendono più agevole l'adozione di provvedimenti per la legale rappresentanza delle classi stesse, inducono nel convincimento che non sia opportuno l'ulteriore ritardo delle invocate misure legislative. Tanto più che l'ordinamento legale troverà in questo campo uno stato di fatto che i bisogni della classe hanno spontaneamente determinato»³⁰.

In questa premessa veniva riconosciuta l'importanza dell'attività già svolta dagli Ordini dei Sanitari e il ritardo con il quale la legge regolarizzava una situazione che per altre categorie professionali era stata già stabilita per legge³¹.

La legge era costituita da 11 articoli che riprendevano in gran parte le disposizioni presenti negli statuti delle associazioni professionali su base volontaristica.

L'articolo 1 istituiva in ogni provincia tre distinti Ordini professionali: dei medici-chirurghi, dei farmacisti e dei veterinari. Ogni Ordine doveva tenere il proprio Albo nel quale andavano iscritti obbligatoriamente i professionisti appartenenti a quella categoria. Questo punto modificava radicalmente le precedenti disposizioni che prevedevano che fosse il prefetto a tenere l'elenco degli esercenti le professioni sanitarie della provincia e a trasmetterlo ogni anno al ministero dell'interno e ai comuni³².

L'articolo 2 fissava i requisiti per l'iscrizione all'Albo: «il godimento dei diritti civili e politici e il possesso del diploma professionale di un Istituto del Regno autorizzato a rilasciarlo». Dato che in quegli anni le donne non godevano dei diritti politici e non potevano partecipare al voto, a esse venne permessa l'iscrizione purché «abbiano il godimento dei diritti civili e il possesso del diploma professionale»³³. Potevano essere iscritti anche «i cittadini e gli stranieri che abbiano regolarmente conseguito il diploma professionale in un Istituto di Stato estero, che abbia concesso il diritto di reciprocità per l'esercizio professionale ai cittadini diplomati in Italia» e «gli stranieri che abbiano il godimento dei diritti civili e che abbiano conseguito il diploma professionale in un Istituto del Regno autorizzato a rilasciarlo». Veniva, inoltre, decretata l'esclusione dell'iscrizione per «tutti coloro che per sentenza passata in giudicato, siano colpiti da sospensione dell'esercizio professionale, per la durata della stessa».

L'articolo 3 imponeva l'iscrizione all'Albo quale condizione obbligatoria per l'esercizio della professione «nel Regno, nelle sue colonie e nei protettorati». Al secondo comma prevedeva però che «i sanitari che abbiano qualità di impiegato iscritto in un ruolo organico di una pubblica Amministrazione dello Stato, o delle Provincie o dei Comuni, sono soggetti all'eventuale disciplina dell'Ordine soltanto per ciò

che riguarda il libero esercizio, esclusa ogni ingerenza dell'Ordine stesso nei rapporti dei sanitari con le pubbliche Amministrazioni». Dato che la gran parte dei medici aveva allora un rapporto con le pubbliche amministrazioni, si pensi solo ai medici condotti dipendenti dai comuni, è evidente come attraverso questa norma si cercasse di impedire la «sindacalizzazione» del corpo medico, operandone di fatto una netta divisione. In questa maniera si pensava di evitare l'unione dei sanitari italiani, legittimata entro un organismo statale, che poteva rappresentare un pericoloso interlocutore dei poteri pubblici e un interprete delle esigenze di miglioramento della società. L'allontanamento dei condotti e dei dipendenti pubblici rimase però solo sulla carta, poiché anche i medici stipendiati da enti pubblici potevano svolgere la libera professione e quindi rientrare entro la giurisdizione dell'Ordine. Con questo escamotage nel 1912, in 39 dei 69 Ordini provinciali, le cariche direttive furono ricoperte da medici condotti e le assemblee di molti Ordini stabilirono di assegnare ai medici comunali almeno una quota minima degli organi direttivi.³⁴ Con le disposizioni contenute in quell'articolo il legislatore intendeva, inoltre, vietare ogni intrusione degli Ordini nei rapporti dei dipendenti dalle pubbliche amministrazioni. Questi «pubblici impiegati hanno i loro ordinamenti; hanno propri organi disciplinari consoni alla natura e ai fini della pubblica amministrazione. Non sarebbe quindi ammissibile, per il medesimo oggetto, la coesistenza parallela di due giurisdizioni affidati a organi essenzialmente diversi»³⁵. Veniva così sancito un doppio regime disciplinare: i liberi professionisti erano sottoposti al giudizio del Consiglio dell'Ordine, mentre i medici dipendenti sottostavano alla giurisdizione del consiglio sanitario provinciale, presieduto dal prefetto, ed erano soggetti alla disciplina dell'Ordine solo per quanto riguardava l'esercizio della libera professione. Questa giurisdizione decretava una evidente disparità nella gerarchia professionale: la categoria nobile dei liberi professionisti era sottoposta al controllo dei pari, mentre quella inferiore, dei medici dipendenti, era disciplinata dalle pubbliche amministrazioni. Questa dicotomia era il portato dei decenni post-unitari nei quali, di fatto, agli enti pubblici era stato affidato il governo della sanità, governo che la nuova legge non intendeva scalfire pur riconoscendo i diritti dei liberi professionisti³⁶. Contrariamente alle aspettative del legislatore, in realtà, l'Ordine tutelò gli interessi sindacali anche dei medici dipendenti dalle pubbliche amministrazioni e le tariffe, gli stipendi e le vertenze con gli enti pubblici «continuarono a costituire l'oggetto principale delle assemblee e dei deliberati dei consigli di direzione degli Ordini dei medici, insieme a una intensa attività d'inchieste sanitarie e sull'organizzazione dei servizi di assistenza»³⁷.

Gli articoli 4 e 5 sancivano che si potesse essere iscritti ad un solo albo provinciale e che l'iscritto dovesse corrispondere all'Ordine «un contributo annuo per le spese di funzionamento del rispettivo Ordine».

L'articolo 6 stabiliva che ciascun Ordine eleggesse ogni biennio «fra i propri componenti a maggioranza di voti ed a scrutinio segreto il proprio Consiglio amministrativo, che sarà composto di cinque membri, se gli iscritti nell'albo non sono più di trenta, e di sette membri se gli iscritti sono superiori a quel numero».

L'articolo 7, accogliendo in parte le richieste fatte dagli Ordini dei sanitari, stabiliva che in ogni provincia i presidenti dei tre Ordini divenissero membri di diritto del Consiglio Sanitario della provincia ove risiedeva l'Ordine, e che un rappresentante di ciascuno dei tre Ordini (Medici, Veterinari, Farmacisti), eletto dai presidenti dei rispettivi ordini, facesse parte del Consiglio superiore di sanità. Questo riconoscimento del ruolo degli Ordini all'interno del supremo organo di governo della sanità doveva servire a compensare il fatto che il legislatore non aveva accolto la richiesta formulata dalla Federazione che prevedeva che agli Ordini fossero attribuiti i compiti di «studiare le condizioni dell'assistenza sanitaria e dell'igiene ed esercitare all'occorrenza quell'azione che fosse giudicata necessaria per migliorarle». Questo rifiuto, motivato perché «la funzione degli ordini giuridici dei sanitari non è precisamente quella di studiare queste questioni» si spiega in realtà con il fatto che la sua accettazione avrebbe comportato l'ammissione dell'ingerenza diretta dei «tecnici-medici» sui temi della salute pubblica, temi che il governo considerava ancora una volta riguardanti l'ordine pubblico e perciò da affidarsi agli organi dirigenti amministrativi e repressivi (prefetti, sindaci, presidenti delle provincie)³⁸.

L'articolo 8 normava le funzioni del Consiglio direttivo e la vigilanza sul decoro e sull'indipendenza degli Ordini. L'albo dei professionisti iscritti doveva essere aggiornato, pubblicato ogni anno e diffuso alle autorità giudiziarie e amministrative. Era regolato il potere disciplinare nei confronti di quegli iscritti che si fossero resi colpevoli di abusi o mancanze nell'esercizio della professione, o, comunque, di fatti disdicevoli al decoro professionale. Agli Ordini veniva conferita anche la funzione conciliativa per dirimere le controversie insorte «tra sanitario e sanitario, o fra sanitario e cliente, per ragioni di spesa, di onorari o per altre questioni riguardanti l'esercizio professionale».

Nell'articolo 9 era ammesso il ricorso all'adunanza generale dell'Ordine contro i provvedimenti emanati dal Consiglio dell'Ordine stesso. Nel caso in cui le decisioni dell'adunanza generale fossero contestate, era previsto il ricorso al Consiglio superiore di sanità. Queste norme di garanzia toglievano funzioni disciplinari al Consiglio provinciale di sanità delegandole all'assemblea dei pari, salvo poi ricorrere, se proprio necessario, al più importante organo centrale di governo della sanità.

All'emanazione della legge fece seguito il «regio decreto 1022 emesso il 12 agosto 1911 che approva l'annesso regolamento per l'esecuzione della legge 10 luglio 1910, n. 455». Nei sei capitoli, suddivisi in 44 articoli, erano specificate dettagliatamente le norme che dovevano regolare le funzioni degli Ordini: la tenuta dell'albo degli iscritti; l'attività del consiglio amministrativo e dell'adunanza generale; la gestione dell'amministrazione e della contabilità; le pene disciplinari (avvertimento, censura e sospensione) e i relativi procedimenti per la loro applicazione; la rappresentanza nei consigli sanitari provinciali e nel consiglio superiore di sanità.

L'Ordine dei Medici-Chirurghi di Forlì (1912): il Regolamento interno, il Codice deontologico e l'Albo degli iscritti

Il primo Ordine dei medici-chirurghi della provincia di Forlì ebbe come presidente il professor Sante Solieri, dal 1910 primario dell'ospedale di Forlì, chirurgo insigne la cui fama travalicava i confini della regione³⁹. Segretario era Massimo Chiadini, allora medico condotto a Forlì, animato da un «socialismo umanitario non alieno da sentimenti patriottici»⁴⁰. Tesoriere era Ernesto Montanari e consiglieri i forlivesi Carlo Grigioni e Pietro Gavelli, il cesenate Carlo Della Massa e il riminese Giuseppe Pedrizzi⁴¹.

Tra i primi e più importanti compiti dell'Ordine vi fu quello di approvare e rendere pubblico il proprio regolamento, il codice deontologico e l'albo degli iscritti⁴².

Nella adunanza tenutasi il 15 agosto 1912, il Consiglio amministrativo dell'Ordine compilò ed adattò il proprio «Regolamento interno, composto di 19 articoli, e l'Appendice sui principi deontologici di massima per l'esercizio professionale della medicina, composta di 55 articoli [...] sul tipo di Regolamento proposto dal Consiglio Federale degli Ordini Sanitari del Regno»⁴³. Le norme previste nel regolamento interno presentano alcune particolarità degne di nota. Prima di tutto va rilevato che oltre alla riproposizione, in forma sintetica, delle disposizioni che disciplinavano la tenuta dell'albo, la contabilità e l'amministrazione dell'Ordine, venivano enunciate nuove funzioni che esulavano da quelle stabilite dalla legge. Il primo articolo del regolamento sanciva che «l'Ordine aderisce alla Federazione delle Associazioni Sanitarie italiane», a sottolineare l'appartenenza ad associazioni che rappresentavano da decenni la categoria tutelandone gli interessi. Nell'articolo 4 il consiglio dell'Ordine si faceva parte attiva nel denunciare all'autorità giudiziaria «i medici che esercitano la professione senza aver curata la propria iscrizione all'Albo dell'Ordine e [...] gli esercenti abusivi». L'articolo 6 recitava che: «nell'esplicazione del compito assegnatogli dall'art. 8 della legge 10 luglio 1910, n. 455, il Consiglio amministrativo deve occuparsi di tutte le questioni di indole generale che interessano il decoro e l'indipendenza dell'Ordine sia dal lato morale, sia dal lato economico, esclusa qualunque manifestazione di indole politica e religiosa.

Ritiensi poi che nulla possa maggiormente interessare il decoro e la dignità dell'Ordine, quanto il dare opera alla formazione della coscienza igienica nazionale e al progredire delle questioni sanitarie verso la completa loro soluzione. Fra tali questioni è compreso l'esame dei capitolati regolanti servizi sanitari.

Il Consiglio denuncierà per l'annullamento alle autorità competenti le disposizioni e le convenzioni



contrarie a statuizioni delle leggi e dei regolamenti in vigore». Questo assunto annunciava l'intenzione dell'Ordine di occuparsi, per tutelare l'interesse della categoria, anche dei «rapporti dei sanitari con le pubbliche Amministrazioni», azione che l'articolo 3 della legge del 1910 definiva «ingerenza» e vietava categoricamente.

L'articolo 7 sanciva che «nella repressione disciplinare degli abusi e delle mancanze dei liberi esercenti, il Consiglio seguirà i principî deontologici di massima contenuti nell'Appendice annessa al presente Regolamento interno». Anche questo era un espediente non compreso nel testo legislativo, che dimostrava la maturità della classe medica, capace di darsi regole deontologiche in base alle quali agire e stabilire meglio «abusi e mancanze» nell'esercizio della professione.

L'articolo 8 stabiliva che il Consiglio avrebbe deciso «per la Provincia una tariffa minima ufficiale per le prestazioni mediche [...] e stabilirà speciali tariffe per prestazioni mediche a Società di mutuo soccorso, stabilimenti industriali, Società di assicurazioni, ecc». Questa disposizione non era prevista dalla legge ma era di fondamentale importanza per porre limiti precisi all'esercizio della libera professione.

Gli articoli 9 e 10 riguardavano la gestione delle «con-

troversie» fra medici e fra medici e pazienti e prevedevano che anche i «clienti» potessero «domandare l'intervento del Consiglio dell'Ordine nelle controversie tra loro ed i medici, ma non è ammessa la contemporaneità con l'azione giudiziaria».

Al termine del regolamento erano stampati, come appendice, i *Principii deontologici di massima per l'esercizio professionale della medicina*. Si trattava di un vero e proprio «Codice di deontologia medica» costituito da cinquantacinque articoli, suddivisi in cinque Titoli: Rapporti dei medici fra loro; Rapporti dei medici con i clienti; Rapporti dei medici con le altre categorie di sanitari; Rapporti dei medici con gli Enti pubblici; Rapporti dei medici con Enti privati. A questo proposito va ricordato che uno dei primi codici deontologici adottati in Italia, quello stabilito nel 1889 dall'Ordine dei sanitari della provincia di Milano, era la traduzione di quello dell'Associazione medica britannica e che tra il 1903 e il 1924 vennero stampati altri regolamenti interni e codici deontologici di Ordini dei Medici-chirurghi, alcuni derivati probabilmente dal modello seguito dall'OdM di Forlì⁴⁴.

Il primo Albo degli iscritti fu stampato nel 1912⁴⁵. In esso erano riportati tre elenchi nei quali i 137 medici e chirurghi iscritti all'Ordine erano suddivisi per anzianità di laurea, per circondario e comune di domicilio e per ordine alfabetico. Di ciascun professionista era specificato il cognome, il nome, la paternità, la data e il luogo di nascita, la data ed il luogo di laurea e il comune di residenza. L'Albo era quindi un documento «interno» alle dinamiche della professione piuttosto che uno strumento capace di rappresentare l'intero universo dei professionisti della salute operanti nella provincia. Da questo punto di vista, per rintracciare il vero volto organizzativo delle classi sanitarie distribuite sul territorio, restano molto più utili i precedenti elenchi degli esercenti professioni sanitarie, stampati annualmente a carico delle prefetture a partire dal 1889, dove erano specificati gli esercenti le professioni sanitarie legalmente abilitati (medici, chirurghi, flebotomi, dentisti, levatrici, veterinari, farmacisti) operanti in ogni comune della provincia e per ciascuno di loro erano indicati: cognome, nome, luogo di nascita, qualifica professionale, università nella quale avevano conseguito il diploma e data del diploma, condotta piena o per soli poveri, stabilità del contratto (se medici condotti), stipendio annuo, indennità di ufficiale

sanitario e, per i farmacisti e gli assistenti di farmacia, il nome della farmacia cui erano addetti⁴⁶. Nel secondo Albo dell'OdM della provincia di Forlì, pubblicato nel 1914, gli iscritti risultavano 145⁴⁷.

Dagli Ordini dei Medici ai sindacati fascisti

In base al dettato della legge del 1910 le funzioni che gli Ordini dei sanitari avevano svolto sino ad allora venivano a ridursi drasticamente, limitandosi in pratica alla tenuta dell'Albo dei liberi professionisti non dipendenti da amministrazioni pubbliche, alla composizione delle vertenze tra gli iscritti e all'elaborazione dei tariffari minimi delle prestazioni professionali. Questa drastica riduzione dei doveri loro assegnati non impedì tuttavia a molti OdM di recuperare le antiche aspettative, tentando di farsi strumenti attivi e coscienti di progresso sanitario ed esercitando le tutele sindacali, espressamente proibite dalla legge. Tra i compiti da loro svolti *extra legem* vanno annoverati l'adesione politica e finanziaria ai congressi medici; l'attività di vigilanza sulle amministrazioni pubbliche, svolta anche attraverso pareri e censure sui capitolati che regolavano i servizi sanitari e contenevano norme penalizzanti per la categoria medica e appoggiando le iniziative di lotta dei condotti e degli ospedalieri; la partecipazione fattiva all'estensione dei regolamenti comunali d'igiene e alla realizzazione d'importanti inchieste sul funzionamento degli ospedali e sulla vendita ed efficacia dei medicinali; la sorveglianza del corretto svolgimento dei concorsi per l'assegnazione delle condotte, arrivando anche a vietare agli iscritti di concorrere «a posti vacanti dipendenti da enti pubblici che [fossero] stati diffidati o boicottati dalle organizzazioni di categoria»⁴⁸. Gli Ordini condussero, inoltre, un'accanita battaglia contro la cosiddetta «plethora medica» e a favore di una limitazione degli accessi universitari alla facoltà di medicina, per non congestionare ulteriormente il mercato della libera professione.

Dalla fine dell'Ottocento la quasi totalità delle condotte mediche, che costituivano la prima e principale fonte d'impiego dei medici, erano state occupate e l'università continuava a laureare medici in quantità superiori alla domanda. Si trattava di professionisti che per sopravvivere dovevano rivolgersi al mercato urbano, specialmente delle città con più di 20.000 abitanti, sperando di potersi accaparrare una clientela più vasta e ottenere incarichi meglio retribuiti⁴⁹. Tra il 1885 e il 1905, i liberi esercenti aumentarono del 39%, mentre nello stesso periodo i medici condotti crebbero del 20%⁵⁰. Contemporaneamente nei nosocomi veniva formandosi una nuova aristocrazia ospedaliera, costituita da professionisti spesso «specialisti» in discipline specifiche (quali otorinolaringoiatria, ginecologia, pediatria, dermatologia, ortopedia, radiologia), la cui fama era cresciuta anche grazie al prestigio raggiunto attraverso l'uso di nuovi strumenti diagnostici, di farmaci più efficaci, o, nel caso dei chirurghi, dell'esecuzione di interventi sempre più complessi⁵¹. Nelle loro mani finirono per concentrarsi incarichi ben retribuiti dovuti a un sistema di compartecipazione dei pazienti paganti in proprio. La corsa all'accaparramento del maggior numero di pazienti facoltosi ebbe come corollario «la guerra delle tariffe, l'inflazione delle reclame mediche spesso ai limiti della truffa, la necessità di appoggiarsi a qualche industria farmaceutica per integrare guadagni professionali al di sotto delle aspettative: ai tariffari ufficiali degli Ordini, ai codici deontologici, ai deliberati delle giurie di arbitrato non si prestava più fede»⁵².

Anche il neonato Ordine dei medici-chirurghi di Forlì cercò di svolgere attività di tutela sindacale degli iscritti, affiancata in questo dalla Camera Sanitaria Romagnola e dell'ANMC. Nel 1912 «si propose di utilizzare la sua rappresentanza nel Consiglio Provinciale per contribuire alla elaborazione della politica sanitaria locale»⁵³. In quell'anno, il presidente della locale sezione dell'ANMC, ricordava al sindaco di Forlì che l'adunanza della Camera Sanitaria Romagnola del 22 ottobre decorso aveva deliberato: «che tutti i medici anziani presentino domanda ai rispettivi municipi per ottenere il minimo di [stipendio annuo di] Lire 3mila. Che ove tale domanda non fosse accolta, sia diffidato il concorso della prima condotta che si renderà vacante fino a che non sia concesso tale stipendio non solo per la nuova condotta ma anche per quelle degli anziani»⁵⁴.

Lo stesso medico, nel settembre del 1913, contestava al sindaco che per ricoprire la condotta del Rione Saffi si doveva indire il concorso interno «come da capitolato» piuttosto che trasferire il medico più

anziano, come richiesto da qualche collega di città, e ribadiva che lo stipendio annuo dei condotti doveva essere aumentato a 3000 lire⁵⁵.

Nel 1917 il presidente dell'Ordine avanzava direttamente ai sindaci della provincia una precisa richiesta di miglioramenti economici degli iscritti inviando loro la deliberazione del Consiglio dell'Ordine che, in considerazione del continuo aumento del costo della vita, chiedeva «che ai Medici Condotti indistintamente venga concessa una indennità in ragione del 15% dello stipendio che ciascuno percepisce. Detto aumento dovrebbe aver principio col 1° gennaio e protrarsi fino ad un anno dopo la guerra»⁵⁶.

Tale richiesta non sortiva effetto e nel febbraio del 1918 furono i medici-chirurghi condotti del comune a chiedere e ottenere direttamente al consiglio comunale di Forlì un aumento del loro stipendio⁵⁷. Durante il conflitto e tra il 1917 e il 1919 l'attività degli Ordini risultò in gran parte paralizzata e rivolta soprattutto a disciplinare i rapporti con le assicurazioni sociali e le mutue sanitarie. «Per la maggior parte retti da commissari prefettizi in luogo dei consigli, la cui elezione – per legge biennale – era stata impedita dalla guerra, gli Ordini cercavano di collaborare con le autorità centrali e locali alla riorganizzazione della sanità pubblica civile, ma in mancanza di piani organici o, se non altro, del proposito di elaborarli, ogni attività di riordino restava limitata e affidata alla buona volontà dei funzionari di segreteria più che a un complessivo contributo della compagine medica espresso tramite l'organizzazione professionale provinciale»⁵⁸.

Nel 1919, nelle elezioni per il rinnovo dei consigli degli Ordini, nazionalisti e fascisti ottennero i loro primi successi e conquistarono la presidenza di alcuni degli Ordini più importanti. Col tempo molti altri Ordini provinciali si distaccarono dalla Federazione degli ordini ed anche i medici condotti decisero di riunirsi a parte per organizzare autonomamente la lotta per la soppressione definitiva delle «condotte a piena cura». Nei primi anni Venti del Novecento sorgeva e si organizzava la rete del sindacalismo corporativo fascista e, nel 1920, la Federazione degli ordini cercò di assumere apertamente iniziative di carattere sindacale, coordinando l'azione delle associazioni di categoria a livello provinciale, cercando di rimanere nell'ambito delle esclusive rivendicazioni di tipo economico. Ma in quegli anni gran parte dei sanitari imboccarono la nuova via del sindacalismo rivendicativo di matrice fascista che esautorò definitivamente gli Ordini ai quali, nel 1926, il regime ribadì il divieto di svolgere attività sindacale. Nel 1929 venne decretata la fine dell'indipendenza degli Ordini, i cui organi dirigenti cessarono di essere espressione della libera elezione degli iscritti, per essere nominati direttamente dall'autorità politica, sentito il parere dei sindacati fascisti di categoria.

I sindacati fascisti dei medici s'impossessarono quindi gradualmente anche degli altri compiti degli Ordini, come la composizione delle controversie deontologiche e spesso anche della compilazione degli Albi degli esercenti la libera professione. In questo modo il regime realizzò una lenta opera di sabotaggio e paralisi degli Ordini. Nel 1935 il decreto legge 5 marzo, n. 184, abolì formalmente gli Ordini, assegnandone le funzioni ai sindacati di regime.

Soltanto dopo la seconda guerra mondiale gli Ordini furono ricostituiti con decreto legge 13 settembre 1946, n. 233.

*** *Pediatra***



Appendice: Bibliografia per la storia dell'Ordine dei Medici in Italia

- Brunazzi Menoni Luisella, *L'ordine dei sanitari a Parma tra '800 e '900*, in *Figure, luoghi e momenti di vita medica a Parma*, a cura di Banzola M. A., Farinelli L., Spocci R., Parma, Silva, 2003, pp. 297-330.
- Cassese Sabino, a cura di, *Professioni e ordini professionali in Europa. Confronto tra Italia, Francia e Inghilterra*, Milano, Il sole 24 ore, 1999.
- Cherubini Arnaldo:
 - *Storia della previdenza sociale in Italia 1860-1960*, Roma, Editori Riuniti, 1977.
 - *Medicina e lotte sociali (1900-1920)*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 1980.
 - *Beneficienza e solidarietà. Assistenza pubblica e mutualismo operaio (1860-1900)*, Milano, Angeli, 1991.
- Ciampi Gabriella:
 - *Associazionismo professionale: il caso dei medici condotti*, «Il Risorgimento», XLVI (1994), pp. 285-295.
 - *Gli studi sulla storia della professione medica*, in Varni A., *Storia delle professioni in Italia fra Ottocento e Novecento*, Bologna, Il Mulino, 2002, pp. 51-60.
- Cipolla Costantino, Corposanto Cleto, Tousijn Willem, *Il medico di medicina generale in Italia*, Milano, Franco Angeli, 2006.
- Della Peruta Franco, *Sanità pubblica e legislazione sanitaria dall'Unità a Crispi*, «Studi storici», a. XXI (1980), n. 4, ottobre-dicembre, pp. 713-759.
- Dölher Marion, *L'autonomia professionale dei medici e lo stato sociale: problema o soluzione*, in Freddi G., *Medici e stato nel mondo occidentale: cultura, politica e professionalità medica*, Bologna, Il Mulino, 1990.
- Federazione Nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOCGO), *Nel cinquantenario della ricostruzione: 1946-1996. Per una storia degli ordini dei medici*, Roma, Arte della stampa, 1996. Contiene tra gli altri:
 - *La sanità pubblica in Italia. Dall'Unità alla Prima Guerra Mondiale*, di Cosmacini G.
 - *L'associazionismo dei medici dall'Ottocento al Fascismo*, di Soresina M.
 - *La «professione» dalla legge del 1910 ad oggi*, di Raimondi M.
 - *Breve storia della stampa della Federazione*, di Biondi S.
 - *Dai galatei medici al codice deontologico*, di Baldini M.
 - *I codici deontologici in Italia. Il percorso di una evoluzione*, di Procino R.
 - *Gli ordini dei medici al tempo del Duce*, di Diana E. e Lippi D.
- Frascani Paolo:
 - *Il medico nell'Ottocento*, «Studi storici», a. XXIII (1982), n. 3, luglio-settembre, pp. 617-637.
 - *I medici dall'Unità al fascismo*, in Malatesta M., *I professionisti*, Torino, Einaudi, Annali 10, 1996, pp. 147-189.
- Freddi Giorgio, *Medici e stato nel mondo occidentale: cultura, politica e professionalità medica*, Bologna, Il Mulino, 1990.
- Giulietti Ivo, *L'ordine dei medici del Cantone Ticino 125 anni di storia. Dal passato al presente 1882-2007*, Taverne (Svizzera), Storia Medica Ticinese ed., 2007.
- Giustini Sergio, *Ordine dei medici della Provincia di Ancona. La sua storia*, Ancona, Litostella SAS, 2005.
- Lonni Ada, *I professionisti della salute. Monopolio professionale e nascita dell'ordine dei medici XIX e XX secolo*, Milano, Angeli, 1994.
- Malatesta Maria:
 - *I professionisti*, Torino, Einaudi, Annali 10, 1996.
 - *Corpi e professioni tra passato e futuro*, Milano, Giuffrè, 2002 (Rassegna Forense. Quaderno 7).
 - *Corpi e professioni tra passato e futuro: l'ordine dei medici*, «Salute e Società», 2004, vol. 3, fasc. 1, pp. 86-105.
 - *Professionisti e gentiluomini*, Torino, Einaudi, 2006.
 - *Atlante delle professioni*, Bologna, Bononia University Press, 2009. Contiene tra gli altri: *Medici e chirurghi*, di Pancino C., pp. 124-129; *Ordini e collegi professionali*, di Sofia F., pp. 137-141; *I medici condotti nello Stato Unitario*, di Forti Messina A.L., pp. 151-153; *I medici universitari*, di Dröscher A., pp. 155-162; *Medici e mutue*, di Orlandi E., pp. 163-197; *Le mediche*, di Vicarelli G., pp. 262-265.

- Mari Emilio, *Cenni storici sull'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatrici della provincia di Modena*, in *La società medico-chirurgica di Modena*, Modena, Mucchi, 1988, pp. 477-503.
- Morelli Anna, *La "missione" del medico negli anni '30*, in Turi G., *Libere professioni e fascismo*, Milano, Angeli, 1994, pp. 139-175.
- Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Latina, *Chi ha diretto l'Ordine. Una carrellata storica dal 1945 al 2008*, Latina, 2008.
- Orlandi Franca, *L'associazionismo dei medici dall'età liberale al fascismo*, in Turi G., *Libere professioni e fascismo*, Milano, Angeli, 1994, pp. 49-86.
- Preti Domenico, *La modernizzazione corporativa (1922-1940): economia, salute pubblica, istituzioni e professioni sanitarie*, Milano, Angeli, 1987.
- Ramsey Matthew, *Medicina e monopolio professionale nel XIX secolo*, «Quaderni storici», 1981, n. 48, pp. 923-1011.
- Secco Antonella, *La corporazione medica in età repubblicana*, in Malatesta M., *I professionisti*, Torino, Einaudi, Annali 10, 1996, pp. 193-221.
- Soresina Marco
 - *Associazionismo e ruolo dei medici nel primo trentennio dello stato unitario*, «Società e Storia», a. VIII (1985), n. 27, gennaio-marzo, pp. 85-118.
 - *L'ordine dei medici della Provincia di Milano dalle origini al fascismo, 1887-1926*, «Storia in Lombardia», 1985, n. 2, pp. 59-80.
 - *Dall'Ordine al Sindacato. L'organizzazione professionale dei medici dal liberalismo al fascismo (1910-1935)*, in Istituto lombardo per la storia del movimento di liberazione in Italia, *Cultura e società negli anni del fascismo*, Milano, Cordani, 1987.
 - *La tutela della salute nell'Italia unita 1860-1880*, in *Storia della società italiana*, dir. da Cherubini G. et alii, vol. 17, *Le strutture e le classi dell'Italia unita*, Milano, Teti, 1987.
 - *I medici tra stato e società. Studi su professione medica e sanità pubblica tra Ottocento e Novecento*, Milano, Angeli, 1998.
 - *Colletti bianchi. Ricerche su impiegati, funzionari e tecnici in Italia tra '800 e '900*, Milano, Angeli, 1998.
 - *Il dibattito nelle associazioni mediche*, in Istituto per la scienza dell'amministrazione pubblica, *Le riforme crispine, vol. 4, Amministrazione sociale*, Milano, Giuffrè, 1990.
 - *Il mercato professionale dei medici nella modernizzazione del paese (1920-1950)* in Betri M. L. e Pastore A., *L'arte di guarire. Aspetti della professione medica tra medioevo ed età contemporanea*, Bologna, CLUEB, 1993, pp. 197-208.
 - *Ad vocem ordine dei medici*, in *Dizionario di storia della salute*, a cura di Cosmacini G., Gaudenzi G., Satolli R., Torino, Einaudi, 1996, pp. 420-422.
 - *I medici italiani nel XIX secolo fino alla costituzione degli ordini*, in Varni A., *Storia delle professioni in Italia fra Ottocento e Novecento*, Bologna, Il Mulino, 2002.
 - *Professioni e liberi professionisti in Italia dall'Unità alla Repubblica*, Quaderni di storia VI, Firenze, Le Monnier, 2003.
- Tousijn Willem:
 - *Le libere professioni in Italia*, Bologna, Il Mulino, 1987, specialmente *Medicina e professioni sanitarie: ascesa e declino della dominanza medica*, pp. 169-201.
 - *La professione medica di fronte alla trasformazione dei sistemi sanitari*, in *Corpi e professioni tra passato e futuro*, a cura di Malatesta M., Milano, Giuffrè, 2002, pp. 163-178.
- Turi Gabriele, *Libere professioni e fascismo*, Milano, Angeli, 1994.
- Vicarelli Maria Giovanna, *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al fascismo*, Bologna, Il Mulino, 1997.
- Varni Angelo, *Storia delle professioni in Italia fra Ottocento e Novecento*, Bologna, Il Mulino, 2002.

RIFERIMENTI ALLE NOTE DEL TESTO

- 1 Soresina M., ad vocem *Ordine dei medici*, in *Dizionario di storia della salute*, a cura di Cosmacini G., Gaudenzi G., Satolli R., Torino, Einaudi, 1996, pp. 420-422.
- 2 Vedi la *Bibliografia per una storia dell'Ordine dei medici in Italia* nell'appendice al termine del saggio.
- 3 Cfr. Federazione Nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCEO), *Nel cinquantenario della ricostruzione: 1946-1996. Per una storia degli ordini dei medici*, Roma, Arte della stampa, 1996.
- 4 Mi riferisco ad Ancona, Latina, Milano, Modena e Parma per l'Italia e al Canton Ticino. Cfr. la *Bibliografia per una storia dell'Ordine dei medici in Italia* in appendice.
- 5 Cfr. Forti Messina A. L., *I medici condotti e la professione del medico nell'Ottocento*, «Società e Storia», VII (1984), n. 23, gennaio-marzo, pp. 101-161 e, della stessa autrice, *I medici condotti nello Stato Unitario*, in *Atlante delle professioni*, a cura di Malatesta M., Bologna, Bononia University Press, 2009, pp. 151-153. La situazione descritta vale anche per il territorio forlivese. Cfr. Varoli V., *L'istituzione delle condotte mediche nell'agro forlivese. Una vicenda della prima metà dell'Ottocento*, «Memoria e Ricerca», I (1993), n. 2, pp. 127-151.
- 6 Soresina M., *Associazionismo e ruolo dei medici nel primo trentennio dello stato unitario*, «Società e Storia», VIII (1985), n. 27, gennaio-marzo, pp. 92-93.
- 7 Gli statuti di queste due società e di molte «Unioni Ausiliarie» tra gli artigiani di Forlì, sorte in quegli anni, si trovano nella biblioteca comunale di Forlì nel quindicesimo volume della miscellanea forlivese. Su questo argomento cfr. Aulizio F., *Per l'istituzione di una Commissione Amministrativa della Società di Soccorso per Medici, Chirurghi, Farmacisti e Flebotomi della provincia di Forlì*, «Bollettino dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Forlì- Cesena», 2001, n. 4, pp. 22-23 e 2202, n. 1, pp. 26-27.
- 8 Cfr. Dondi R.F., *Capitolato per le condotte mediche rurali del territorio di Forlì approvato il 3 agosto 1842*, «Giornale di Batteriologia, Virologia ed Immunologia», XV (1972), n. 1-8, pp. 149-154. Il baiocco, piccola moneta di rame, era la centesima parte di uno scudo romano d'argento.
- 9 Su queste società di assistenza, a carattere volontaristico fondate a Forlì nell'Ottocento cfr. Caruso E., *Forlì città e cittadini tra Ottocento e Novecento*, Ravenna, Edizioni del Girasole, v. III, pp. 252-255.
- 10 La lettera di accettazione di Maurizio Bufalini (1787-1875), inviata il 6 ottobre 1855 da Forlì al dottor Bertolazzi, presidente del Pio Istituto di Mutuo Soccorso per i medici-chirurghi in Forlì, è nell'Archivio di Stato di Forlì, sezione di Cesena, incorniciata ed appesa alla parete di una delle stanze di consultazione. Su Bufalini cfr. *Maurizio Bufalini, medicina, scienza e filosofia*, a cura di Pancaldi G., Bologna, CLUEB, 1990.
- 11 Cfr. Soresina M., *Associazionismo e ruolo dei medici nel primo trentennio dello stato unitario*, cit., p. 101. Anche il comune di Forlì attivò i dispositivi previsti dalla legge mentre, per gli anni precedenti il 1898, i condotti, come tutti gli impiegati dipendenti dall'amministrazione comunale, erano soggetti al regolamento municipale che prevedeva per loro indennizzi al momento della giubilazione. Cfr. lettera del sindaco di Forlì al sindaco di Assisi, Forlì, 25 agosto 1899, in Archivio di Stato di Forlì, da ora in avanti ASFo, carteggio amministrativo del comune di Forlì, da ora in avanti c.a.c.F., b. 22, 1899, cat. IV, cl. 1. Nel 1910 il comune si adeguò alle norme contenute nella legge 2 dicembre 1909, n. 744, che istituivano la Cassa di previdenza per le pensioni dei sanitari. Vedi la lettera del prefetto al sindaco di Forlì del 21 luglio 1912 in ASFo, c.a.c.F., b. 267, 1912, cat. IV, cl. 1.
- 12 Sulla legge del 20 novembre 1859 cfr. Tarozzi F., *Curare gli italiani. La legislazione sanitaria al momento dell'Unità*, Bologna, University Press, 1990.
- 13 Cfr. Bèttica-Giovannini R. e Dondi R. F., *Il primo congresso nazionale dei medici condotti italiani, tenutosi a Forlì nel 1874, e il contributo portato dal piemontese Giuseppe Berruti al suo successo*, Ciriè, Cappella, 1975.
- 14 Soresina M., *L'ordine dei medici della Provincia di Milano dalle origini al fascismo, 1887-1926*, «Storia in Lombardia», 1985, n. 2, p. 61.
- 15 In realtà i temi che tennero occupati i medici di quell'associazione per più di un ventennio furono l'esercizio dell'odontoiatria da parte di persone non autorizzate e la vendita di farmaci, non regolati dalla legge sanitaria del 1888, da parte di personale non laureato, problemi che trovarono risposte efficaci solo durante il Novecento. Cfr. Soresina M., *L'ordine dei medici della Provincia di Milano dalle origini al fascismo*, cit., p. 16.

- 16 Per il testo della legge cfr. *Raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti del Regno d'Italia. Parte principale (serie 3°)*, v. 91, anno 1888, Roma, Regia Tipografia, 1889, pp. 3886-3927. Utili considerazioni su queste norme sono in Della Peruta F., *Sanità pubblica e legislazione sanitaria dall'Unità a Crispi*, «Studi storici», XXI (1980), n. 4, ottobre-dicembre, pp. 713-759 e in Ognibeni G., *Legislazione ed organizzazione sanitaria nella seconda metà dell'Ottocento*, in *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al Fascismo*, a cura di Betri M.L. e Gigli Marchetti A., Milano, Angeli, 1982, pp. 583-603.
- 17 Cfr. Cosmacini G., *La sanità pubblica in Italia. Dall'Unità alla Prima Guerra Mondiale*, in FNOMCEO, *Nel cinquantenario della ricostruzione: 1946-1996*, cit.
- 18 Cfr. in particolare gli articoli 8 e 9 della legge.
- 19 Cfr. Raimondi M., *La «professione» dalla legge del 1910 ad oggi*, in FNOMCEO, *Nel cinquantenario della ricostruzione: 1946-1996*, cit. Fra i primi regolamenti a stampa vanno ricordati quelli degli Ordini dei medici delle provincie di Aquila, Bologna, Ferrara, Grosseto, Pesaro-Urbino, Rovigo e Siena pubblicati nel 1898, di Macerata e Perugia nel 1899, di Ascoli Piceno nel 1900, di Cagliari nel 1902, di Modena e Sassari nel 1903.
- 20 Sulle vicende relative alla Fos cfr. Soresina M., *I medici tra stato e società. Studi su professione medica e sanità pubblica tra Ottocento e Novecento*, Milano, Angeli, 1998, p. 85.
- 21 Cfr. Cherubini A., *Medicina e lotte sociali (1900-1920)*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 1980, pp. 1-2, cit. in Cosmacini G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Roma-Bari, Laterza, 2005, p. 347.
- 22 Cfr. *Bollettino dell'Associazione fra i sanitari delle Romagne*, mensile stampato a Faenza, dalla tipografia sociale, dall'ottobre 1893 al 1908 e continuato con il *Bollettino della Camera Sanitaria Romagnola*, mensile stampato a Faenza dal maggio 1909 al giugno 1917, entrambi conservati nella biblioteca nazionale centrale di Firenze. Sulla vita e l'attività di Antonio Dal Prato, medico condotto, dirigente socialista di queste associazioni, divenuto primo presidente dell'Ordine dei Medici-Chirurghi di Ravenna, cfr. Cavina R., *Antonio Dal Prato. Il medico dei poveri, un precursore sociale, un politico*, Ravenna, tipolito STEAR, 1996. A Dal Prato, si deve anche la pubblicazione a Faenza, nel 1893, di un *Progetto di cassa pensioni per i medici condotti italiani*.
- 23 Cfr. Tonelli A., *Per carità ricevuta. Povertà e assistenza in Romagna fra '800 e '900*, Milano, Angeli, 1991, pp. 164-173.
- 24 Soresina M., *I medici italiani nel XIX secolo fino alla costituzione degli ordini*, in Varni A., *Storia delle professioni in Italia fra Ottocento e Novecento*, Bologna, Il Mulino, 2002, p. 68.
- 25 Cfr. Regia Prefettura della Provincia di Forlì, *Elenco degli esercenti professioni sanitarie nella provincia di Forlì per l'anno 1899*, s.l. ma Forlì, s. ed., s.d. ma 1899, in ASFo, c.a.c.F., b. 22, 1899, cat. IV, cl. 1. Sulla situazione delle condotte in Romagna vedi anche Dalle Donne G., Tonelli A., Zaccanti C., *L'inchiesta sanitaria del 1899. La voce dei medici. Nel caso dell'Emilia Orientale e della Romagna*, Milano, Angeli, 1987.
- 26 Cfr. Camera Sanitaria Romagnola, *Norme generali per la compilazione dei capitolati per i medici-condotti, approvate dall'Associazione fra i sanitari delle Romagne nell'assemblea generale del 30 settembre 1906*, in ASFo, c.a.c.F., b. 244, 1910, cat. IV, cl. 1.
- 27 Sul congresso cfr. Supplemento al n. 11 del giornale democratico la «Difesa», Forlì, 1910, in ASFo, c.a.c.F., b. 244, 1910, cat. IV, cl. 1.
- 28 La commissione del circondario di Cesena fu stabilita il 14 gennaio e risultava composta dai sindaci di Mercato Saraceno, Longiano e Cesena e da Nicola Buda, medico condotto di Savignano, Pio Serra, libero esercente in Cesena, e Cino Mori, medico condotto in Cesena. Quella di Forlì venne approvata il 22 gennaio 1911 e vi risultarono eletti i sindaci di Forlì, Meldola e Bertinoro. Cfr. la lettera dell'ANMC, sezione circondariale di Forlì, al sindaco di Forlì del 12 aprile 1911 e i verbali di quelle adunanze in ASFo, c.a.c.F., b. 244, 1910, cat. IV, cl. 1.
- 29 Cfr. Orlandi F., *L'associazionismo dei medici dall'età liberale al fascismo*, in Turi G., *Libere professioni e fascismo*, Milano, Angeli, 1994, p. 96. Bisogna ricordare che, anche dove le condotte per soli poveri funzionavano, spesso l'ANMC dovette sostenere battaglie sindacali sia contro le amministrazioni comunali che avevano l'abitudine di assumere temporaneamente giovani medici disoccupati, a tariffa ridotta, quando una condotta si rendeva vacante in attesa che venisse bandito il concorso, sia contro quei medici, già titolari di condotta, che si prestavano al cosiddetto «scavalco», cioè a sostituire, sempre a tariffa ridotta, i colleghi momentaneamente in congedo.

- 30 Cfr. la relazione dal disegno di legge sugli ordini sanitari n. 5 del 1909, cit. in Raimondi M., *La «professione» dalla legge del 1910 ad oggi*, cit.
- 31 Le leggi per la istituzione degli Ordini degli esercenti le professioni forensi (avvocato e procuratore legale) furono emanate nel 1874 e per i notai nel 1875. Quella per gli esercenti la professione di ragioniere nel 1906. Sul ritardo dell'emanazione della legge sull'ordine dei sanitari cfr. Malatesta M., *Professionisti e gentiluomini*, Torino, Einaudi, 2006, p. 177. Secondo Marco Soresina, invece, più che di ritardo si deve parlare di «felice tempistica da parte del legislatore. Essa [la legge del 1910] giungeva al momento giusto, quando ormai il mercato aveva disegnato una fisionomia relativamente stabile della professione o almeno ne aveva tracciato le linee di sviluppo per l'avvenire. Il provvedimento riconosceva dunque la professionalizzazione dei medici, assegnava loro il monopolio della cura, sanciva e tutelava il valore pubblico della professione e rendeva disponibili degli strumenti stabili e duttili – gli Ordini Provinciali – di intermediazione degli interessi». Cfr. Soresina M., *I medici italiani nel XIX secolo fino alla costituzione degli ordini*, cit., p. 74.
- 32 Cfr. il Regolamento generale sanitario, approvato con Regio Decreto 3 febbraio 1901, n. 45, articoli 65 e 66.
- 33 Le due prime donne medico si laurearono in Italia nel 1877. Il loro numero fino al 1900 ammontava a 26 e a 199 agli inizi degli anni Venti (a.a. 1919-20). Cfr. Vicarelli G., *Donne di medicina. Il percorso professionale delle donne medico in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2008, pp.47-49.
- 34 Cfr. Detti T., *Salute, società e Stato nell'Italia liberale*, Milano, Angeli, 1993, p. 86, n. 69.
- 35 Cfr. la relazione al disegno di legge sugli ordini sanitari n. 5 del 1909 cit. in Raimondi M., *La «professione» dalla legge del 1910 ad oggi*, cit.
- 36 Cfr. Malatesta M., *Corpi e professioni tra passato e futuro: l'ordine dei medici*, «Salute e Società», 2004, vol. 3, fasc. 1, pp. 91-93.
- 37 Soresina M., *L'associazionismo dei medici dall'Ottocento al Fascismo*, in FNOMCEO, *Nel cinquantenario della ricostruzione: 1946-1996*, cit.
- 38 Sulla discussione della legge cfr. Lonni A., *I professionisti della salute. Monopolio professionale e nascita dell'Ordine dei medici XIX e XX secolo*, Milano, Angeli, 1994, pp. 376-386.
- 39 Su Solieri cfr. *Solieri Sante (1877-1949)*, a cura di Aulizio F., Forlì, Banca Popolare di Forlì, 1999. Nel 1914 l'Ordine dei medici-chirurghi di Forlì aveva sede al numero 8 di via Aurelio Saffi, oggi corso Armando Diaz, poco distante da Piazza Saffi. Cfr. Ordine dei medici-chirurghi della Provincia di Forlì, *Albo per 1914*, Forlì, stabilimento tipografico Rosetti, 1914 in ASFo, c.a.c.F., b. 307, 1914, cat. IV, cl. 1. Nel 1926 l'Ordine dei medici, farmacisti e veterinari era a Forlì, al numero 16 di via Aurelio Saffi. Cfr. Casadei E., *La città di Forlì e i suoi dintorni*, Forlì, società tipografica forlivese, 1928, p. 383. Nella *Monografia industriale di Forlì. Edita a cura del Municipio, XXI aprile 1926*, Forlì, Poligrafica romagnola, 1926, l'Ordine dei medici-chirurghi non è mai ricordato ed è invece indicata la Federazione provinciale delle corporazioni sindacali fasciste, ubicata in via Cesare Battisti 12.
- 40 Su Chiadini (1873-1942), che diede impulso al sorgere a Forlì di numerose istituzioni filantropiche, cfr. Strocchi Franca, ad vocem *Massimo Chiadini*, in *Personaggi della vita pubblica di Forlì e circondario. Dizionario Biobibliografico 1897-1987*, a cura di Bedeschi L. e Mengozzi D., Urbino, Quattro Venti, 1996, v. I, pp. 279-280.
- 41 Su Gavelli (1861-1926), intransigente repubblicano, cfr. Cortesi P., ad vocem *Pietro Gavelli*, in *Personaggi della vita pubblica di Forlì e circondario*, op. cit., v. I, pp. 455-456, su Grigioni (1871-1963), medico condotto e valente storico dell'arte cfr. Strocchi F., ad vocem *Carlo Grigioni*, in *Personaggi della vita pubblica di Forlì e circondario*, cit., v. I, pp. 499-501. Nel gennaio del 1914 si procedette al rinnovo degli organi collegiali dell'Ordine che riconfermò presidente Solieri, segretario Chiadini, tesoriere Montanari, e consigliere Gavelli. I tre nuovi consiglieri designati furono Cino Mori, di Cesena, Nicola Buda, di Savignano e Gaetano Bonini, di Rimini. Cfr. la lettera circolare di Sante Solieri in ASFo, c.a.c.F., b. 307, 1914, tit. IV, cl. 1.
- 42 L'estensione del «regolamento interno per l'esercizio delle attribuzioni previste dall'articolo 8 della legge [n. 455 del 1910] e per disciplinare il funzionamento amministrativo e contabile dell'ufficio» era prevista «in facoltà di ciascun Consiglio amministrativo» nell'articolo 34 del decreto legge del 1911.

- 43 Come specificato in calce a: Ordine dei medici-chirurghi della provincia di Forlì (Legge 10 luglio 1910, n. 455), *Regolamento interno e Appendice sui Principii deontologici di massima per l'esercizio professionale della medicina. Approvato dal Consiglio Amministrativo dell'Ordine a norma dell'art. 34 del Regolamento approvato con R. Decreto 12 agosto 1911, n. 1022*, Forlì, Stab. Tipografico Rosetti, 1912, opuscolo di 26 pp. Il *Regolamento* e la sua *Appendice* vennero ristampati nel 1913 a Forlì, sempre dalla tipografia Rosetti, con incluso *l'Albo pel 1913*. Cfr. Giuntini A., *Le coordinate della vita economica e sociale forlivese (secoli XIX-XX). Una prima bibliografia fra letteratura e storiografia*, in *Una borghesia di provincia. Possidenti, imprenditori e amministratori a Forlì fra Ottocento e Novecento*, a cura di Balzani R. e Hertner P., Bologna, Il Mulino, 1998, p. 593.
- 44 Il codice adottato dall'Ordine dei sanitari della provincia di Milano era: De Styrup Jukes, *Codice di etica medica, con precetti generali e speciali per la condotta del corpo medico e del pubblico nelle complesse relazioni della vita professionale, versione italiana sulla terza edizione inglese di L. Coulliaux*, Milano, Rechidei, 1889, cit. in Soresina M., *I medici tra stato e società*, cit., p. 82, nota 4. Nel 1903 venne pubblicato il *Codice di etica e di deontologia dell'Ordine de' medici della provincia di Sassari*, Sassari, tipografia e libreria G. Gallizzi e C. Tra il 1912 ed il 1914 vennero stampati altri *regolamenti interni con codici deontologici* di Ordini dei Medici-chirurghi, cfr. ad esempio quelli di Verona, (1912), Cagliari, Milano, Vicenza (1913), Bologna, Sassari (1914) e Torino (1924). Su questo argomento cfr. Procino R., *I codici deontologici in Italia*, in FNOMCEO, *Nel cinquantenario della ricostruzione: 1946-1996*, cit.
- 45 Cfr. Ordine dei Medici-Chirurghi della Provincia di Forlì, *Albo pel 1912*, Forlì, Stabilimento tipografico Rosetti, 1912 in ASFo, c.a.c.F., b. 267, 1912, cat. IV, cl. 1.
- 46 Cfr. Regia Prefettura della Provincia di Forlì, *Elenco degli esercenti professioni sanitarie nella provincia di Forlì per l'anno 1899*, s.l. ma Forlì, s. ed., s.d. ma 1899, in ASFo, c.a.c.F., b. 22, 1899, cat. IV, cl. 1.
- 47 Cfr. Ordine dei medici-chirurghi della Provincia di Forlì, *Albo pel 1914*, Forlì, stabilimento tipografico Rosetti, 1914 in ASFo, c.a.c.F., b. 307, 1914, cat. IV, cl. 1.
- 48 Cfr. «L'Attualità medica», 1913, pp. 231-240, cit. in Soresina M., *L'associazionismo dei medici dall'Ottocento al Fascismo*, in FNOMCEO, *Nel cinquantenario della ricostruzione: 1946-1996*, cit., nota 29.
- 49 Cfr. Soresina M., *I medici italiani nel XIX secolo fino alla costituzione degli ordini*, cit., p. 68.
- 50 Cfr. Vicarelli M. G., *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al fascismo*, Bologna, Il Mulino, 1997, p. 208.
- 51 Cfr. Cosmacini G., *Medici nella storia d'Italia*, Roma-Bari, Laterza, 1996, pp. 125-156.
- 52 Cfr. Soresina M., *I medici italiani nel XIX secolo fino alla costituzione degli ordini*, cit.
- 53 Cfr. «Il Medico Condotta», 30 settembre 1912, citato in Malatesta M., *Corpi e professioni tra passato e futuro: l'ordine dei medici*, cit., p. 97 nota 28.
- 54 Il presidente della sezione forlivese dell'ANMC era Domizio Mercuri, pediatra e medico condotto del rione di Schiavonia. Cfr. la lettera di Domizio Mercuri al sindaco di Forlì del 20 dicembre 1912, in ASFo, c.a.c.F., b. 267, 1912, cat. IV, cl. 1.
- 55 Cfr. la lettera di Domizio Mercuri al sindaco di Forlì del 6 settembre 1913 e la risposta del sindaco, in ASFo, c.a.c.F., b. 285, 1913, cat. IV, cl. 1.
- 56 Cfr. la lettera a stampa di Sante Solieri, presidente dell'Ordine dei medici-chirurghi della Provincia di Forlì, al sindaco di Forlì, Forlì, 20 marzo 1917, in ASFo, c.a.c.F., b. 369, 1917, cat. IV, cl. 1.
- 57 Cfr. la lettera dei medici-chirurghi condotti del comune al consiglio comunale di Forlì, Forlì, 3 febbraio 1918 e la delibera del consiglio comunale di Forlì del 19 maggio 1918, in ASFo, c.a.c.F., b. 385, 1918, tit. IV, cl. 1.
- 58 Cfr. Soresina M., *I medici tra stato e società*, cit., pp. 99-100.



LA STORIA DEGLI ORDINI E DELL'ORDINE DEI MEDICI DI FORLÌ DAL 1920 AD OGGI

a cura del Prof. Francesco Aulizio* e Dott. Davide Dell'Amore**

La professione medica, ha un carattere squisitamente pubblico, che ha da sempre assegnato al medico un ruolo cardine dal punto di vista sociale, in particolare, nelle diverse epoche, al medico comunicativo o al medico condotto: per questo, il medico ha sempre rappresentato lo strumento per organizzare la società stessa e, tanto più nel Ventennio fascista, quando divenne un vero e proprio mezzo, unitamente ad altre figure professionali pubbliche, con cui il governo cercò di conseguire l'inquadramento sociale e politico del Paese.

Per operare questa trasformazione, era necessario assorbire le diverse organizzazioni mediche, per controllare tutta la categoria in modo più diretto: la "irreggimentazione" dei medici rappresentò un grande successo del sindacalismo fascista, ottenuto con grande fatica, proprio per la presenza di quella associazione professionale, l'Ordine, appunto, attraverso la quale i medici cercarono di difendere la propria autonomia.

La disgregazione dell'organismo di categoria, rappresentò uno dei punti cruciali del corporativismo fascista, in quanto si trattò di un processo lungo e graduale, che si concluse ufficialmente, dopo lontane premesse, solo nel 1935.

All'indomani del Congresso del Partito nazionale Fascista del gennaio 1922, si delineano, i primi tentativi fascisti di creazione di una associazione sindacale per i lavoratori intellettuali, che si concretizza nella fondazione della Confederazione nazionale delle Corporazioni Sindacali, seguita dalla nascita dei primi Sindacati Medici Fascisti e dalla Corporazione Sanitaria Fascista, di cui fu nominato delegato nazionale Arnaldo Fioretti. I medici condotti, componente maggioritaria degli Ordini, per quanto non obbligati all'iscrizione in base all'art. 3 della legge 10 luglio 1910 n.455, diventano lo strumento con cui il Regime tra 1920 e 1927 ottiene la maggioranza nei consigli direttivi di Milano, Firenze, Bologna e Roma. Nel novembre 1923, intanto, si confermava il passaggio della ANMC al Sindacato nazionale Fascista, che diventerà nel 1927 Associazione nazionale Fascista Medici Condotti, così come la Federazione, nel 1926, diventerà Federazione Fascista.

Negli anni Venti, il dibattito si era incentrato sulla necessità o meno di trasformare la Federazione degli ordini in Sindacato Medici Italiani e, di riflesso, la polemica si era estesa al ruolo politico che i singoli Ordini provinciali dovevano assolvere sia nei confronti della classe medica, sia all'interno dello Stato.

Tema centrale di avvio e di discussione era stato il concetto di "apoliticità" del medico che, sebbene venisse considerato dai più argomento secondario, trovava sostenitori in coloro che avrebbero visto favorevolmente "...la costituzione di un Partito Sanitario Nazionale fra medici, veterinari e farmacisti, che raccolga le loro forze vive ed operanti ... quale organo rispondente ad una duplice necessità: 1) quella di non rimanere appartati e tagliati fuori nel momento storico attuale, dal movimento sindacalista delle altre classi .. che si vanno raggruppando in categoria; 2) il bisogno di mettere in valore la funzione sociale della classe, onde accrescere il prestigio e formare quella coscienza igienico sanitaria nazionale ch'è condizione indispensabile per il conseguimento della progressiva ascensione delle professioni sanitarie (Federazione Medica 2; 1/8/1921). Che le prerogative dell'Ordine potessero rivivere nel sindacato era convinzione di una ingenuità sconcertante, come si vide in seguito, e presupponeva una coscienza professionale e una preparazione sindacale che le categorie mediche erano ben lungi dal possedere.

In questo quadro di vivaci contrapposizioni s colloca l'opera di dissuasione esercitata da molti Ordini provinciali nei confronti della attività sindacale, dissuasione che si sforzava di trovare fondamento nell'art.3 della legge sugli Ordini del 1910.

Chi si opponeva ad un impegno sindacale e politico dell'ordine, infatti si appellava al fatto che la legge assegnava agli Ordini compiti esclusivamente amministrativi: la loro natura legale ammetteva "azioni extra-statali, purché non antistatali".

Pertanto, azioni quali l'ostruzionismo, il boicottaggio, lo sciopero che l'azione sindacale contemplava, qualora organizzati dagli Ordini, li avrebbero fatti incorrere nelle sanzioni che la legge prevedeva.

Tuttavia la pressione fascista procedeva con successo nell'opera di disgregazione, tant'è vero che il Congresso Federale dell'autunno del 1923 deliberava, a maggioranza, che gli Ordini si attribuissero funzioni sindacali e, di tale decisione, si richiedeva l'avallo legale del Governo (F.M. 9-1923).

Non a caso, e certamente quale monito alle istanze di "autonomia" o quanto meno di emancipazione dimostrate dagli Ordini, il Regime si affrettava ad emanare la Circolare ministeriale 20.186 del 30 dic. 1926 in cui assegnava ai prefetti la facoltà di sciogliere i Consigli degli Ordini qualora questi avessero dimostrato di svolgere attività che "possa turbare il regolare andamento dei pubblici servizi" (F.M. 7-1924). Tale disposizione sul funzionamento degli Ordini, infatti era volto alla realizzazione di un apparente decentramento burocratico il quale, attribuendo ai Prefetti numerosi poteri, limitava ancora di più i compiti degli Ordini e se ne assicurava il controllo centrale.

Questo intervento incontrò le critiche dei medici e della stessa Corporazione Sanitaria, che era stata completamente esautorata. I medici condotti, invece apprezzarono la abolizione della "condotta a cura piena" ben sapendo però che la legalizzazione del "doppio elenco", di coloro cioè che avevano diritto all'assistenza gratuita e di coloro a cui spettava la somministrazione gratuita dei medicinali, metteva in dubbio la efficacia di questo provvedimento. La volontà dell'estensore della legge era palesemente quella di favorire il ceto medio e di attribuire sempre maggiori poteri alle Province rispetto ai Comuni.

Intanto, mentre la Corporazione Sanitaria Nazionale Fascista proibiva agli aderenti ai sindacati nazionali Medici fascisti di appartenere ad altri Sindacati, molti Ordini, temendo che una presa di posizione della Federazione potesse provocare un ulteriore restringimento delle funzioni e della vita stessa dell'Ordine, forti del fatto che già in altri Congressi Federali si erano opposti alla proposta di esercitare funzione sindacale (F.M.; 15-5-1924), deliberarono di separarsi. È evidente come l'adesione o meno alla Federazione si muovesse tra un disperato quanto idealistico bisogno di perseguire la coesione di tutti gli Ordini, al di sopra di qualsiasi intento politico, e la sempre più manifesta incertezza su un ruolo federativo attivo ed autonomo.

Ciò determina una condizione di incertezza e di ambiguità che sempre più da vicino coinvolgerà il singolo medico, chiamato ad esprimere voti in assemblee nelle quali prevalgono facilmente le pressioni politiche fasciste. La soppressione della Federazione, dunque, passerà prioritariamente attraverso la sua progressiva esautorazione. Apertamente, infatti ancora non la si vuole abolire: anzi, si ribadisce quale incontrovertibile il suo ruolo di controllo della professionalità dei medici, di intervento nei confronti dei falsi medici, di arbitrato nei contrasti tra gli Ordini, di ratifica della nomina del Presidente degli Ordini con la attribuzione della capacità consultiva su problemi sanitari (F.M. 10-1924). Ai primi del '26, era ormai palese la manovra di irreggimentazione della classe medica promosso dal Regime che si accentuerà negli ultimi anni.

Di lì a pochi giorni, infatti, sarebbe stata promulgata la legge n. 563 del 3 aprile che concedeva personalità giuridica ai Sindacati, stabilendone comunque la stretta subordinazione allo Stato. Con questa pesante premessa si aprivano i lavori dell'XI Congresso dell'aprile del 1926 durante il quale ai Presidenti degli Ordini presenti non resterà che accettare "le direttive della Corporazione nazionale sanitaria" deliberando la trasformazione della Federazione Nazionale Fascista degli Ordini dei Medici. Nel giugno 1926, scompariva anche la Corporazione Sanitaria e i diversi Sindacati furono riuniti nella Federazione Nazionale Sindacati Fascisti degli Intellettuali.

Una volta assorbita anche l'ANMC, il passo successivo prevedeva la vera e propria "conquista", del resto già annunciata, degli Ordini: questo fu un processo lungo e capillare che si attuò solo nel 1935 si

concretizzò tramite l'inserimento di medici allineati al Regime all'interno dei consigli, e la attribuzione frequente della loro reggenza a Commissari Prefettizi.

Da tenere presente, comunque che per tutto il corso del 1926, i medici si iscrivevano all'Albo, ma non sempre contemporaneamente al sindacato o al partito.

L'ideologia fascista si diffonde progressivamente e soprattutto la Circolare della Corporazione Sanitaria del 15-12-1925, che imponeva ai diversi sindacati nazionali di categoria di riunirsi in un unico Sindacato nazionale Medico Fascista, contribuì decisamente alla sindacalizzazione dei medici.

Nello stesso tempo i medici condotti si organizzarono nel 1927 nella Associazione Nazionale Fascista Medici Condotti (ANFMC), dipendente dall'Associazione Generale Fascista Pubblico Impiego, ma vennero esclusi dalla partecipazione in cariche sindacali.

Dato, però, che i Medici Condotti, al di fuori dell'organizzazione sindacale fascista, rappresentavano una potenziale minaccia, perché mantenevano il potere di contrattazione sindacale in mano ai liberi professionisti, fu introdotta una deroga alla normativa poco sopra accennata, che concedeva loro la possibilità di ricoprire cariche direttive nel Sindacato, solo se semplici soci, impedendo però di ricoprire cariche direttive nelle due diverse organizzazioni.

Si avviava a conclusione l'azione di disgregazione del regime verso l'ultimo caposaldo della autonomia della categoria medica: scomparsa, infatti la Federazione adesso toccava agli Ordini. La constatazione che la carica di Segretario del Sindacato Medici Fascisti era spessissimo ricoperta dal Presidente dell'Ordine rappresenta una significativa risposta alla questione se si dovesse davvero riconoscere un ruolo specifico agli Ordini provinciali. E, in effetti, agli Ordini era rimasto ben poco. Sempre nel 1926 un Decreto Regio del 1 luglio era venuto a legittimare non solo la presenza di un Sindacato accanto all'Ordine, ma attribuiva solo al primo di questi la facoltà di tutelare gli interessi della categoria: al secondo non restava che la compilazione degli Albi e la composizione delle controversie deontologiche che, nelle provincie in cui le cariche di Segretario del Sindacato e Presidente dell'Ordine erano coincidenti, venivano assunte dal Sindacato stesso. Un'ulteriore limitazione alla autonomia degli ordini si ebbe, infine, con il Testo Unico della legge dell'aprile 1928 n.1313, che attribuì ai sindacati provinciali altre possibilità di ingerenza.

Dal 1930 al 1935 si attua definitivamente il processo di disgregazione degli Ordini: infatti, laddove essi avevano conservato una parvenza di attività, quasi in antitesi al sindacato, nel momento in cui, nel 1934, vennero a decadere i vecchi sostituiti da commissari Prefettizi.

La relazione ministeriale sul disegno di legge di conversione, individuando le principali finalità raggiunte con la definitiva soppressione degli ordini dei sanitari attribuiva ai Direttori dei Sindacati Fascisti di categoria le funzioni inerenti la custodia degli Albi professionali ed la disciplina degli iscritti ed istituiva presso il Ministro degli Interni una commissione centrale con una funzione giurisdizionale di ampie possibilità, compresa quella di radiare quel medico, che avesse compromesso la sua reputazione e la dignità della categoria o che avesse operato contro "gli interessi della Nazione" (art.19).



In questo modo, e attraverso l'iscrizione obbligatoria all'Albo, lo Stato controllava che il professionista fosse "tecnicamente idoneo" e "politicamente degno", come prova la richiesta di "buona condotta morale e politica".

Nonostante che il processo di disgregazione degli ordini dei medici fosse stato lungo e capillare, in realtà la maggior parte dei medici non aderì mai pienamente alla politica fascista. Il carattere momentaneo della adesione della classe medica al fascismo sembra confermato da fatto che

i medici, nel momento in cui dettero l'appoggio al Regime, lo fecero solo in funzione di determinati vantaggi di categoria, in questo non differenziandosi dalle altre del ceto medio.

La politica sanitaria del Regime aveva creato i presupposti per una nuova figura di medico, fortemente legata all'esigenza del controllo sociale senza soluzione di continuità rispetto ai dettami del vecchio codice sanitario del 1888: l'elemento burocratico aveva continuato a rimanere prevalente rispetto a quello tecnico e la gerarchia sanitaria aveva riprodotto fedelmente quella formatasi nell'Italia liberale, in cui il Ministero dell'intero coordinava la direzione generale della sanità pubblica.

Lo stato continuava così ad accollarsi una serie di settori di previdenza ed assistenza, che poi venivano gestiti in enti diversi: questa pletora di enti assistenziali e di istituti previdenziali sarà ereditata in toto dallo stato repubblicano, insieme ai gravissimi deficit, insiti nella loro stessa natura.

Questo stato di cose si protrasse sino al 1944, anno in cui venne promulgato il D.L. luogotenenziale n. 151 del 25 giugno, con il quale si dava facoltà al governo in carica a titolo provvisorio, di emanare norme giuridiche e, per quel che riguarda i medici, finalmente, con il D.L. del capo Provvisorio dello Stato n. 233 del 13 settembre 1946, si ebbe la **“Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e disciplina dell'esercizio delle professioni stesse”**.

Questa legge, che ha subito alcune variazioni di tipo tecnico nel 1955 e nel 1957, regola oggi l'attività della professione che per poter essere esercitata obbliga alla iscrizione all'Ordine in uno spirito democratico e di autogoverno. Il DLCPS 233/46 e il successivo regolamento di esecuzione, approvato con DPR 221/50, mutuano dal Regio Decreto 184 del 1935 tutte le normative naturalmente depurate delle norme di chiaro indirizzo fascista. In particolare l'art. 1 prevede elezioni democratiche tra tutti gli iscritti senza alcuna lista preconstituita di candidati. Il legislatore, a evitare il consolidarsi del potere di pochi, stabiliva che la durata in carica del Consiglio fosse di dodici anni, successivamente portata a tre.

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

Ulteriore modifica è rappresentata dalla soppressione della necessità della valutazione della condotta «morale e politica» garantendo in tal modo ai richiedenti l'iscrizione un giudizio obiettivo e non discrezionale. Sono, inoltre previste le Federazioni nazionali con compiti, soprattutto di coordinamento e promozione delle attività degli Ordini provinciali. In esecuzione dell'art. 21 del DLCPS 233/46, sono stati istituiti enti di previdenza di categoria di cui obbligatoriamente fanno parte tutti gli iscritti agli albi provinciali. Dopo la sospensione degli esami di abilitazione, a seguito degli eventi bellici, nel 1957 sono stati ripristinati. Gli Ordini dei medici chirurghi e la corrispondente Federazione nazionale, a seguito della legge 244 del 1963, concernente norme generali relative agli onorari e competenze per le prestazioni medico-chirurgiche e istituzione della relativa Tariffa, hanno acquisito la competenza a stipulare convenzioni con gli enti mutualistici. Con decreto presidenziale n. 1763 del 1965 fu approvata la tariffa minima nazionale degli onorari per le prestazioni medico chirurgiche.

L'applicazione di tale tariffa, peraltro, incontrò serie difficoltà, tant'è che fu pubblicata quasi un anno dopo dall'approvazione e, nonostante la previsione di aggiornamento ogni cinque anni, è rimasta in vigore sino al 1992. Il potere di stipulare convenzioni con gli enti mutualistici permane riservato agli Ordini e alla Federazione fino al 1977, allorché la legge 349, recante norme transitorie per il trasferimento alle Regioni delle funzioni già esercitate dagli enti mutualistici, per la stipulazione delle convenzioni uniche per il personale sanitario in relazione alla riforma sanitaria, trasferisce tale attribuzioni ai sindacati di categoria più rappresentativi. La riforma sanitaria del 1978 ha ribadito il potere della Federazione di partecipare alla stipula degli accordi tra servizio sanitario nazionale e organizzazioni di categoria, limitatamente all'aspetto deontologico. Successive norme riguardanti l'organizzazione del S.S.N., la L. 412 del 1991 e il D.lgs 502 del 1992, hanno fatto venire meno tale prerogativa.

Significative sono state le modifiche subite dalla disciplina ordinistica a seguito della partecipazione dell'Italia alla Comunità economica europea. Profonde modifiche sono state apportate, limitatamente all'Ordine dei Medici e alla relativa Federazione, dalla legge 409/85, concernente la “istituzione della professione sanitaria di odontoiatria e disposizioni relative a diritto di stabilimento e alla libera prestazione

di servizi da parte di dentisti cittadini di stati membri delle comunità europee”. Il diritto di stabilimento e libera prestazione di servizi introdotto dalla legge 217/78 ha consentito ai medici chirurghi, cittadini di un paese membro della CEE, di prestare la propria attività nei Paesi comunitari senza alcuna restrizione, a tutto vantaggio dei cittadini. La storia dell’Ordine dei Medici italiani, a partire dall’istituzione della C.E.E., si intreccia con quella degli altri organismi medici degli stati membri e delle associazioni mediche europee costituite congiuntamente. Il trattato di Roma istitutivo della Comunità Economica Europea fu sottoscritto nel 1957 con l’adesione di sei Paesi.

Gli Ordini dei medici degli Stati membri della Comunità avevano già instaurato una serie di contatti che portarono, poco dopo l’approvazione del trattato di Roma, alla costituzione del Comitato Permanente dei Medici Europei sorto formalmente nel 1959 con l’adesione dei medici rappresentanti dei sei Paesi sopracitati. Di pari passo con le adesioni di altri Stati alla Comunità Europea si è succeduta negli anni l’iscrizione delle relative associazioni mediche al Comitato Permanente.

Nel 1958 fu costituita l’Unione Europea dei Medici Specialisti (UEMS) e via via tutti gli altri organismi medici europei ai quali la FNOMCeO aderisce fin dall’inizio come Paese fondatore:

- l’Associazione Europea dei Medici Ospedalieri (AEMH)
- l’Unione Europea dei Medici di Medicina Generale (YUEMO)
- La Conferenza Internazionale degli Ordini (CIO)
- Il GIPE (Grecia, Italia, Portogallo, Spagna).

La Conferenza Internazionale degli Ordini (CIO), costituita nel 1972, ha sede ed opera stabilmente a Parigi. La conferenza, oltre ad interessarsi dei problemi inerenti la libera circolazione dei medici nell’Unione Europea (per cui realizza sistematicamente un dettagliato monitoraggio della migrazione) studia con particolare approfondimento le problematiche di carattere deontologico.

A tal ultimo riguardo, va necessariamente evidenziata la valenza assunta dai “Principi Europei di Etica Medica”, approvati nel 1987, che hanno costituito la base di riferimento per la revisione dei codici di deontologia medica dei vari Paesi europei.

In particolare il codice deontologico italiano del 1989 è risultato il più tempestivo aggiornamento rispetto ai principi codificati dalla C.I.O. grazie anche al ruolo fondamentale svolto dalla delegazione italiana nell’organismo e all’inserimento nel documento (e quindi nel codice del nostro Paese) di norme corrispondenti a convincimenti largamente diffusi nella classe medica italiana.



*** *Libero Docente di Storia della Medicina***



**** *Capo Redattore Bollettino Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Forlì-Cesena***



Ordine dei Medici -Chirurghi

della

Provincia di Forlì

(Legge 10 Luglio 1910, n.455)



Regolamento Interno

e

Appendice

sui

Principii deontologici per l'esercizio professionale della medicina

*Approvato dal Consiglio Amministrativo dell'Ordine
A norma dell'Art. 34 del Regolamento approvato con R. Decreto*

12 Agosto 1911, n. 1022



Forlì

Stab. Tipografico Rosetti

1912

Indice



Regolamento Interno

Dell'Albo dell'Ordine

Delle funzioni del Consiglio Amministrativo dell'Ordine

Dell'Amministrazione e contabilità dell'Ordine

Appendice – Principi deontologici di massima per l'esercizio professionale della medicina

- I *Rapporti dei Medici fra loro*
- II *Rapporti dei Medici con i clienti*
- III *Rapporti dei Medici con le altre categorie di sanitari*
- IV *Rapporti dei Medici con gli Enti Pubblici*
- V *Rapporti dei Medici con Enti privati*



Ordine dei Medici -Chirurghi

della

Provincia di Forlì

Regolamento Interno

*Art. 34 del Regolamento approvato con R. Decreto
12 Agosto 1911, n. 1022.*

Art. 1- L'Ordine aderisce alla Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane.

Dell'Albo dell'Ordine.

Art. 2- Una copia dell'Albo deve essere affissa nei locali dell'Ordine, ed una copia deve essere inviata a ciascun iscritto.

Nei locali dell'ordine deve essere affisso un elenco dei medici cancellati dagli Albi di tutto il Regno e di quelli cui fu negata l'iscrizione con le relative motivazioni. A tale scopo ciascun ordine comunicherà agli altri ordini del Regno le cancellazioni e le negate iscrizioni con le ragioni del provvedimento.

Art. 3- Ogni medico che intende esercitare la professione in una provincia deve nel termine di un mese domandare la iscrizione o il trasferimento nell'albo dell'Ordine, ferme restando le disposizioni per le modalità dell'iscrizione nell'albo degli esercenti nel Comune di abituale residenza a norma dell'Art. 64 del regolamento sanitario 3 febbraio 1901, di cui il candidato deve comprovare l'adempimento.

In nomi di coloro che domandano l'iscrizione o il trasferimento debbono essere affissi nei locali dell'Ordine per un tempo non minore di dieci giorni, prima della deliberazione del consiglio.

Art. 4- Il Consiglio dell'Ordine previa diffida ed assegnamento di un termine congruo da fissarsi caso per caso, denunzierà all'autorità giudiziaria i medici che esercitano la professione senza aver curato la propria iscrizione nell'Albo dell'Ordine, e senza alcuna diffida denunzierà gli esercenti abusivi ai termini della legge sanitaria (art. 57 del testo unico 1.° agosto 1907).

Art. 5-Fra le Autorità alle quali il Consiglio deve comunicare l'Albo dell'Ordine ai termini del regolamento generale 12 agosto 1911, sono il Primo Presidente e il Procuratore Generale, della Corte d'Appello, il Presidente e il Procuratore del Re del Trib.le, i Pretori ed il locale Ufficio di Pubblica Sicurezza.

Delle funzioni del Consiglio amministrativo dell'Ordine.

Art. 6-Nell'esplicazione del compito assegnatogli dall'Art. 8 dell legge 10 luglio 1910, nr. 455, il Consiglio amministrativo deve occuparsi di tutte le questioni di indole generale che interessano il decoro e l'indipendenza dell'Ordine sia dal lato morale, sia dal lato economico, esclusa qualunque manifestazione di indole politica e religiosa.

Ritiensi poi che nulla possa maggiormente interessare il decoro e la dignità dell'ordine, quanto il dare opera alla formazione della coscienza igienica nazionale e al progredire delle questioni sanitarie verso la completa loro soluzione.

Fra tali questioni è compreso l'esame dei capitolati regolanti servizi sanitari.

Il Consiglio denunzierà per l'annullamento alle autorità competenti le disposizioni e le convenzioni contrarie a statuizioni delle leggi e dei regolamenti in vigore.

Art. 7-Nella repressione disciplinare degli abusi e delle mancanze dei medici liberi esercenti, il Consiglio seguirà i principi deontologici di massima contenuti nell'Appendice annessa al presente Regolamento interno.

Art. 8-Il Consiglio stabilirà per la provincia una tariffa minima ufficiale per le prestazioni mediche.

Su richiesta dei medici o dei clienti il Consiglio eseguirà la tassazione delle prestazioni mediche, e stabilirà speciali tariffe per prestazioni mediche a Società di mutuo soccorso, stabilimenti industriali, Società di assicurazione ecc.

Su richiesta dell'Autorità giudiziaria il Consiglio eseguirà le tassazioni delle perizie giudiziali.

Art. 9-Tutti i medici iscritti all'Ordine hanno il diritto di domandare l'intervento del Consiglio nelle controversie previste dal comma d) dell'Art. 8 della legge 10 luglio 1910.

Qualora la controversia esista fra medici iscritti nell'Albo di province diverse, la competenza spetta di regola al Consiglio dell'Ordine al quale è iscritto il medico incolpato o convenuto; in caso di disaccordo la determinazione della competenza sarà rimessa all'arbitrato della Federazione delle Associazioni Sanitarie Italiane la quale si uniformerà ai principi generali del diritto comune in quanto siano applicabili.

Nelle controversie fra medici e clienti è sempre competente il Consiglio dell'Ordine cui è iscritto il medico. Non è ammessa la contemporaneità dell'azione giudiziaria e dell'azione disciplinare dell'Ordine per le controversie fra medici: l'azione giudiziaria potrà essere esperita dagli interessati qualora fallisse l'azione conciliativa del Consiglio dell'Ordine o quando quest'ultimo esplicitamente la consigliasse.

Nelle controversie dei medici con i clienti il parere del Consiglio dell'Ordine richiesto dai medici, sarà dato in ogni caso.

Art. 10 - I clienti dei medici possono domandare l'intervento del Consiglio dell'Ordine nelle controversie fra loro ed i medici, ma non è ammessa la contemporaneità con l'azione giudiziaria.

Dell'Amministrazione e contabilità dell'Ordine.

Art. 11 - Nel termine di otto giorni dopo le elezioni fatte dall'assemblea generale, il primo eletto, o il secondo eletto in caso di mancanza o di rifiuto del primo, convoca i consiglieri per una prima adunanza nella quale si procederà subito alla elezione delle cariche a norma dell'art. 27 del regolamento 12 agosto 1911. Nel caso delle elezioni suppletive previste dall'art. 20 dello stesso regolamento, la convocazione è fatta dal Presidente, se è rimasto in carica, o in caso diverso dal consigliere più anziano.

Art. 12 - Le elezioni delle cariche sono fatte a scrutinio segreto ed a maggioranza assoluta di voti.

Nel caso che in una prima votazione la maggioranza assoluta di voti non sia ottenuta, si procede a votazione di ballottaggio fra i due candidati che hanno avuto maggior numero di voti e sarà eletto colui che avrà più voti.

Art. 13 - Il Consiglio nella stessa prima riunione designa il Consigliere anziano e nomina nel proprio seno con le norme dell'art. 12 il Segretario e il Tesoriere, provvedendo alla costituzione dei loro uffici, con le norme dell'art. 19 del presente regolamento interno.

Art. 14 - Il Consiglio definitivamente costituito si aduna in seguito di regola due volte al mese, ed ogni volta che il Presidente o tre Consiglieri (nei Consigli di sette membri, o due volte in quelli di cinque) lo ritengano opportuno.

Art. 15 - Le sedute del Consiglio devono essere convocate a domicilio dei consiglieri almeno 24 ore prima.

Art. 16 - Per lo studio di determinate questioni il Consiglio potrà nominare commissioni composte anche di medici iscritti nell'Albo che non facciano parte del Consiglio, ma sempre presiedute da un consigliere. Eventualmente saranno aggregate alle commissioni persone di speciale competenza non iscritte nell'Albo.

Le conclusioni di queste Commissioni saranno in ogni caso sottoposte al Consiglio per le definitive deliberazioni.

Art. 17 - È in facoltà del Consiglio di nominare delegati mandamentali ai quali possono essere da esso affidati speciali incarichi non aventi carattere deliberativo.

Art. 18 - L'Assemblea generale ordinaria discuterà e delibererà sulla misura di eventuali indennità da corrisondersi ai membri del Consiglio e delle Commissioni.

Art. 19 - Il Consiglio delibererà l'organico del personale amministrativo e di servizio che riterrà necessario, con l'indicazione dei relativi stipendi e lo alleggerà al bilancio preventivo.

E' in sua facoltà di formare un regolamento speciale sui diritti e sugli obblighi del personale, sulle norme per nominarlo, ecc.

In mancanza del regolamento, qualunque nomina, licenziamento provvedimento disciplinare ecc. dovrà essere deliberato dal Consiglio su proposta del Presidente.



Appendice

Principii deontologici di massima per l'esercizio professionale della medicina

I

Rapporti dei medici fra loro.

1. - Il medico deve prestare assistenza gratuita nelle malattie degli altri medici e dei congiunti che convivono con loro, salvo il diritto al rimborso di spese; la stessa norma vale per i consulenti, gli specialisti ecc. In caso di operazioni chirurgiche l'operatore che si presta gratuitamente per la malattia di un altro medico o di un suo congiunto con lui convivente, può richiedere l'onorario per i suoi assistenti.

2. - Quando il medico è invitato a prestare le sue cure ad un malato acuto, deve accertarsi, in ogni caso, se questo sia già assistito da un altro medico; in caso affermativo deve limitarsi alle prescrizioni richieste dall'urgenza del caso e deve immediatamente avvertire il curante della visita da lui fatta. La stessa condotta deve essere tenuta se il medico sopra chiamato venga a cognizione della precedente assistenza non nella sua prima visita ma nelle ulteriori. Se il malato o il capo della famiglia insista nel voler affidare al soprachiamato la continuazione della cura, questi dopo aver cercato di salvaguardare in ogni modo il decoro e gli interessi del predecessore, deve domandare soltanto di essere associato alla cura, o per lo meno che il predecessore sia chiamato nuovamente in visite consultive; quando ciò non possa ottenersi, il medico sopra chiamato deve esigere ed assicurarsi che il predecessore sia soddisfatto dei suoi onorari. Se ciò non è concesso o vi siano altre prove di grave ed ingiusta malevolenza verso il medico predecessore, qualora le condizioni di luogo o di persona permettano un'altra forma tranquillante di assistenza medica o chirurgica del malato,

il medico sopra chiamato è autorizzato ad abbandonare la cura; in caso contrario egli la continuerà per il tempo strettamente necessario informandone per iscritto il collega sostituito. È un atto condannabile quello del medico che accetta di rimanere come sanitario abituale di una famiglia nella quale egli non ha ottenuto l'equo trattamento del collega da lui sostituito durante la cura di una malattia acuta.

3. - Quando il medico è invitato a prestare le sue cure ad un malato cronico, deve in ogni caso cercare di ottenere una visita consultiva col collega che ha precedentemente curato il malato nella stessa malattia; ove non lo ottenga deve informarlo dell'invito fattogli ed accertarsi che non esistano ragioni di malevolenza o di inadempienza del pagamento degli onorari; ove queste ragioni esistano, il medico sopra chiamato deve assicurarsi di accettare la cura, se in un termine congruo le ragioni stesse non siano riparate.

4. - Una clientela acquistata con mezzi corretti e per libera volontà del malato non dà luogo a diritti di recriminazione da parte di medici che abbiano già assistito il malato o la sua famiglia in altre precedenti occasioni.

Tuttavia il medico chiamato ad assistere un malato che venga a conoscere esistere un sanitario abituale della famiglia, compirà un atto corretto di collegialità cercando che esso sia invitato per una visita consultiva.

5. - In casa propria il medico può visitare qualunque malato per una consultazione. Egli non può assumere una cura continuativa in casa propria senza accertarsi se già esista un medico curante, ed in caso affermativo deve domandare una visita consultiva con esso. La stessa norma esiste quando dalla consultazione emerga la necessità di un'operazione chirurgica o di cure speciali da eseguirsi dal consulente.

Se il medico consulente visita in casa propria un malato accompagnato dal medico curante o presentatogli da una lettera di questo, egli non può visitarlo di nuovo, assumerne la cura continuativa, operarlo ecc. all'insaputa del medico curante, al quale nella seconda delle ipotesi fatte deve comunicare per iscritto il suo giudizio sul malato.

6. - Quando il medico eseguisce un'operazione chirurgica ad un malato presentatogli da altro medico che lo ha curato nel corso della malattia, deve permettere che questo assista all'atto operativo e cercare che rimanga associato a lui nella continuazione della cura.

La dicotomia degli onorari per una operazione chirurgica o altra cura speciale è atto condannabile quando uno dei medici assuma la figura di provveditore di casi lucrosi per l'altro medico, disinteressandosi personalmente degli ammalati.

I coadiutori ed assistenti non possono in nessun caso sostituire senza mutuo accordo i medici da loro coadiuvati ed assistiti nella cura di malati conosciuti in occasione di operazioni chirurgiche o di cure speciali eseguite insieme.

7. - Il medico curante non può rifiutarsi al desiderio del malato o della sua famiglia di consultare altri medici in casa del cliente; egli deve designare il consulente se la scelta è rimessa a lui, ma non può rifiutare senza gravi motivi personali il consulente scelto dal cliente; in quest'ultima ipotesi, nel caso di insistenza da parte del cliente, deve lasciarlo libero di consultare il medico da lui ricusato, abbandonando egli la cura ma redigendo una relazione scritta della malattia.

Se il malato desidera recarsi in casa del consulente, il medico curante non può rifiutargli, se richiesto, una lettera di accompagnamento con una descrizione sommaria della malattia; la necessità dell'accompagnamento personale è rimessa al giudizio del medico curante.

8. - L'ora del consulto è stabilita di regola dal consulente; in caso di ritardo all'appuntamento da parte del medico curante, dopo un'attesa di mezz'ora il consulente può visitare il malato da solo; se il ritardo è dovuto al consulente, il curante non è tenuto ad attendere oltre mezz'ora.

Il medico curante durante il consulto deve comunicare al consulente tutte le osservazioni da lui fatte precedentemente, e deve assistere all'esame del consulente e prestarsi a discutere con lui. Il medico consulente deve evitare qualunque osservazione, atto, parola, che possa produrre pregiudizio al decoro ed agli interessi del medico curante; egli è libero di manifestare il suo parere, anche se contrario a quello del curante; nei casi di gravi discrepanze intorno al trattamento ulteriore, il curante ha il diritto di domandare il parere di un altro consulente, ma nel frattempo egli non può esimersi, se il malato o il capo della famiglia di questo lo richieda, dal seguire il metodo curativo consigliato dal primo consulente; ha però il diritto di abbandonare l'assistenza se reputa nella sua coscienza possa derivarne nocimento al malato.

9. - Il medico deve rifiutare un consulto con persona non autorizzata dalla legge ad esercitare la medicina, eccetto il caso di un medico straniero di fama riconosciuta appositamente invitato in Italia.

In massima i medici seguaci della terapia classica possono consentire ad un consulto con un medico seguace della terapia omeopatica o di altro sistema speciale, ma con il preventivo accordo che la consultazione verterà sulla diagnosi e non sulla cura.

10. - L'accordo permanente o transitorio del medico con persona non autorizzata dalla legge ad esercitare la medicina, per un'associazione di lavoro o per la prestazione del nome, è atto condannabile, intorno al quale l'Ordine deve caso per caso accertare le eventuali responsabilità penali e provvedere in conseguenza.

11. - Il medico compie atto di corretta collegialità accettando di supplire nell'assistenza della clientela un altro medico impossibilitato per malattia o per altro legittimo motivo.

Le norme per l'attribuzione degli onorari relativi saranno stabilite di comune accordo. È consigliabile che la supplenza sia stabilita in massima da due medici come reciproca e gratuita.

Il medico supplente nell'assistenza della clientela del medico supplito deve evitare qualunque atto capace di produrre giudizio al decoro ed agli interessi di quest'ultimo.

All'insaputa e senza il consenso del collega supplito il medico supplente non deve diventare medico abituale di un cliente conosciuto in occasione della supplenza.

12. - Nel far visita ai propri parenti ed amici intimi ammalati ed assistiti da altri colleghi, il medico deve evitare qualunque atto capace di produrre pregiudizio al decoro ed agli interessi di questi ultimi, ai quali deve comunicare direttamente a voce o per iscritto le osservazioni che eventualmente credessi di dover fare per il vantaggio del malato.

13. - L'atto del medico che consapevolmente si presta a visite clandestine di controllo sull'opera di colleghi è meritevole di severa repressione disciplinare.

14. - *I medici liberi esercenti debbono rispettare le norme di deontologia contenute nel capo I anche nei riguardi di malati assistiti dai medici condotti per conto dei Comuni o dai medici di istituzioni di beneficenza pubbliche o private.*

II

Rapporti dei medici con i clienti.

15. - *Il medico non può in massima rifiutarsi in qualunque ora del giorno e di notte di assistere un malato che gli vien riferito abbia bisogno di un soccorso urgente, nè può esimersi da questo dovere per l'esistenza di un servizio pubblico di pronto soccorso.*

16. - *Il medico chiamato per un soccorso d'urgenza non può pretendere che il malato affidi a lui la continuazione della cura piuttosto che ad altro medico di sua fiducia.*

17. - *In massima il medico ha il diritto di accertarsi che l'invito per visitare un malato gli sia rivolto da persona adulta di famiglia, dal capo di una comunità, o da altra persona autorizzata.*

18. - *Il medico ha il diritto di domandare al cliente la consultazione con altro collega nei casi gravi, di dubbia diagnosi o comunque impegnanti la sua responsabilità.*

Egli ha il dovere di domandare tale consultazione salvo i casi di estrema urgenza:

a) quando occorra provocare un parto prematuro a scopo terapeutico;

b) quando occorra provvedere all'internamento di un malato in un asilo di alienati.

19. - *Il medico ha il dovere di mantenere il segreto su tutte le notizie venute a sua conoscenza durante l'assistenza di un malato, che divulgandosi potrebbero arrecare nocimento al malato stesso o alla sua famiglia.*

L'autorizzazione del malato o del capo della famiglia non è sufficiente a liberare il medico dall'obbligo del segreto professionale, quando non esistano altre gravi ragioni valutabili soltanto dalla coscienza del medico.

L'obbligo del segreto professionale esiste integralmente verso i malati assistiti per conto di istituzioni di beneficenza, pubbliche o private.

Salvo i casi di tassative disposizioni di legge, il medico deve mantenere il segreto professionale pure di fronte alle richieste di autorità giudiziarie o amministrative; ed anche nel compilare i referti di lesioni criminali e le denunce di malattie infettive volute dalla legge il medico deve cercare di rispettare per quanto è possibile il segreto professionale.

La redazione di « bollettini » da comunicarsi al pubblico nei casi di malattie di personaggi importanti deve essere fatta dal medico evitando qualunque indiscrezione che possa nuocere e possibilmente limitandosi al solo giudizio prognostico. La concessione di interviste a giornalisti intorno a cure eseguite o da eseguirsi di determinati malati è sempre atto condannabile.

20. - *L'obbligo del segreto professionale non esonera il medico dal disporre quei provvedimenti profilattici necessari per evitare il contagio delle persone che avvicinano il malato, anche in quei casi in cui non è dovuta la denuncia della malattia all'autorità sanitaria.*

21. - *Il medico ha il dovere di rispettare le convinzioni religiose e politiche del malato e della sua famiglia. In caso di pericolo di morte, egli deve in tempo utile, quand'è possibile, avvertirne la famiglia del malato per i provvedimenti che si reputassero opportuni.*

22. - *Il medico che approfitta delle sue condizioni professionali per commettere in casa dei malati o in casa sua atti moralmente e socialmente scorretti compie atto condannabile anche disciplinarmente, indipendentemente dalle responsabilità civili e penali cui può essere incorso.*

23. - *Il medico non deve abbandonare la cura di un malato che abbia ancora bisogno di assistenza salvo il caso di suo impedimento per cause di forza maggiore, nel quale egli deve avvertire subito il malato o la sua famiglia proponendo un supplente, che però il malato o la sua famiglia non sono tenuti ad accettare.*

Il medico può abbandonare una cura quando abbia avuto prove indubbie di grave malevolenza o di sfiducia da parte del malato o della sua famiglia; anche in questo caso deve dare immediato avviso della sua deliberazione, ma non ha il dovere di proporre il suo successore.

Il medico non deve abbandonare un malato perché incurabile, ma deve assisterlo, se richiesto, anche quando ogni speranza di salvezza è perduta.

24. - *Le modalità di una cura, il numero e la natura delle prestazioni sono determinate esclusivamente dal medico secondo la sua scienza e la sua coscienza; il malato o la sua famiglia non può imporre al medico metodi di cura da lui non accettati né prestazioni speciali che egli non ritenga necessarie (assistenze notturne prolungate, accompagnamenti fuori di residenza ecc.).*

Il medico deve evitare di prestarsi a mansioni di assistenza che non sono di sua competenza. L'assistenza ai moribondi non entra in questa categoria.

25. - *Salvo le eccezioni derivanti dall'obbligo del segreto professionale, il medico non può ricusarsi nel corso di un'assistenza di rilasciare certificati comprovanti la malattia, qualunque sia il loro uso, e anche se siano richiesti dagli eredi del malato.*

Il medico deve rifiutarsi sistematicamente di rilasciare certificati non veritieri od esagerati, e l'infrazione a questa norma è condannabile anche disciplinarmente.

26. - *Il medico non deve imporre al malato di servirsi di determinate farmacie, stabilimenti di bagni ecc.; se richiesto, può dare consigli in proposito.*

Quando sia necessaria l'opera di altri medici per assistenza ad atti operativi ecc., ovvero di infermieri, il medico ha il diritto di richiedere che essi siano persone di sua fiducia.

27. - *Il medico, che ritiene di aver diritto ad onorari superiori a quelli usati comunemente nel luogo di sua residenza o a quelli da lui richiesti in altra occasione allo stesso cliente, deve avvertirne il cliente all'inizio dell'assistenza. È consigliabile che il medico segua lo stesso sistema quando per prestazioni di natura speciale (operazioni, imbalsamazioni, visite in località molto lontane od all'estero) egli ritenga di aver diritto di domandare compensi molto superiori agli ordinari.*

Il medico ha il diritto di domandare il pagamento dell'onorario dopo ogni singola prestazione, ed userà di questo diritto secondo il suo discernimento.

Nelle cure protratte di regola deve presentare la nota degli onorari alla fine della cura, salvo il diritto di domandare congrue anticipazioni sulla liquidazione finale, in rapporto all'opera prestata, durante il corso di assistenze molto prolungate. Ai clienti abituali ha il diritto di presentare note semestrali o annuali, con scadenza secondo gli usi locali, in mancanza di mutuo accordo diverso.

In massima il medico non deve domandare né accettare pagamenti anticipati di onorari per cure non ancora eseguite, ma ha il diritto di domandare l'anticipazione delle spese per trasferirsi fuori della sua residenza.

Sono condannabili tutti i patti di compensi aleatori subordinati alla riuscita delle cure.

28. - Tutti i medici invitati ad assistere un malato hanno il diritto al pagamento dell'onorario anche se per cause sopravvenute e da loro indipendenti non hanno prestato alcuna assistenza.

29. - Qualunque forma di pubblicità fatta dal medico con metodi ciarlatani per acquistarsi clientela è condannabile.

Sono atti particolarmente gravi:

- a) l'attribuzione a sé stesso negli avvisi réclame di titoli scientifici, accademici e professionali infondati;*
- b) la pubblicazione di avvisi réclame con la offerta di metodi di cura segreti o di metodi di cura di uso comune presentati ai profani come personali;*
- c) l'affissione di avvisi réclame in locali pubblici non aventi carattere sanitario (caffè, botteghe di barbiere, orinatoio), e la loro distribuzione in fogli volanti;*
- d) la divulgazione tra i profani di relazioni ampollose di guarigioni, accompagnate dai ritratti del medico e dei presunti guariti ecc.;*
- e) la esibizione in pubblico a solo scopo di réclame di pezzi patologici, figure anatomiche ecc. referentesi ad asseriti casi di guarigioni.*

È ammessa l'affissione di tabelle con le sole indicazioni del nome, della specialità, dei titoli scientifici, accademici e professionali, dei recapiti, dell'orario di visite e della conoscenza di lingue straniere; a) presso il domicilio del medico; b) nelle farmacie, ed in altri locali aventi carattere sanitario.

L'affissione di tali tabelle, anche redatte in lingue straniere, potrà essere tollerata negli alberghi, salvo eventuale proibizione dell'Ordine.

L'inserzione di indicazioni eguale a quelle delle tabelle è ammessa nelle Guide cittadine, anche redatte in lingue straniere, e nei giornali professionali, e potrà tollerarsi anche nei giornali politici, salvo eventuale proibizione dell'Ordine.

30. - Il medico che al solo scopo di concorrenza offre o concede l'opera propria o gratuitamente o per onorari minori della tariffa minima stabilita dall'Ordine commette un atto condannabile.

31. - Qualunque accordo di cointeressenza del medico con albergatori, guide di forestieri, ed ogni altro genere di intermediari, costituisce un atto condannabile.

III

Rapporti dei medici con le altre categorie di sanitari.

32. - *Quando il medico non può dare per recapito il suo domicilio, è consigliabile che egli si trattienga nelle farmacie soltanto per il tempo necessario per ritirarvi la sua corrispondenza e per conferire con le persone che lo attendono.*

33. - *Il medico deve opporsi allo sfruttamento suo e della classe che è compiuto con l'abuso delle piccole consultazioni gratuite nelle farmacie.*

34. - *Qualunque forma palese o larvata di cointeressenza fra il medico e il farmacista è condannabile.*

35. - *Il medico non deve prestarsi ad esercitare in ambulatori gratuiti annessi alle farmacie.*

36. - *Il medico non deve associarsi a qualunque forma di réclame ciarlatanesca diretta a mettere in valore dei prodotti industriali, e deve denunciare all'Ordine cui appartiene qualunque abuso del suo nome compiuto a scopo di réclame industriale.*

37. - *Il medico nell'esercizio della sua professione deve astenersi da qualunque atto che possa recare nocimento al decoro ed agli interessi di esercenti altre professioni sanitarie (farmacisti, veterinari, levatrici) e deve evitare di intromettersi comunque in atti di competenza delle altre professioni sanitarie; qualora abbia occasione di rilevare abusi compiuti dagli altri esercenti sanitari, specialmente per esorbito di competenza, deve denunciarli all'Ordine cui appartiene.*

38. - *Il medico invitato ad assistere ad un parto normale o patologico non deve richiedere senza gravi motivi l'allontanamento della levatrice che già si trova ad assistere la partoriente, e solo può domandare che le sia associata altra levatrice di sua fiducia.*

39. - *L'accordo fra medico e levatrice tendente a monopolizzare l'assistenza ostetrica di una località è un atto condannabile.*

IV

Rapporti dei medici con gli Enti Pubblici.

40. - *Il medico libero esercente non deve concorrere a posti vacanti dipendenti da Enti pubblici che siano stati diffidati o boicottati dalle relative organizzazioni di categoria, ma non può rifiutare l'opera sua se è richiesta per casi di urgenza, salvo diritto a compenso nella misura stabilita dall'Ordine d'accordo con le organizzazioni.*

41. - *Il medico libero esercente non deve prestarsi a sostituire nemmeno temporaneamente i medici ingiustamente ed illegalmente licenziati da posti dipendenti da Enti pubblici, quando la diffida sia stata*

deliberata dalle organizzazioni di categoria, salvo i casi di urgenza per i quali vale la norma contenuta nell'articolo precedente.

42. - L'eventuale ricorso all'Ordine del medico libero esercente contro le deliberazioni delle organizzazioni di categoria previste nei due articoli precedenti non lo esonera dall'ottemperare nel frattempo al disposto degli articoli stessi.

43. - Il medico libero esercente cui da un Ente pubblica siano imposte prestazioni professionali, incarichi ed obblighi non dipendenti da precise disposizioni di legge, pur ottemperando a scanso di responsabilità, deve presentare immediatamente ricorso all'Ordine cui appartiene.

44. - Il medico che senza giustificato motivo cerca di sottrarsi all'obbligo, proveniente dal disposto della legge sanitaria, di rimanere durante un'epidemia a disposizione dell'autorità locale e si allontana dalla sua residenza, commette un grave atto condannabile anche disciplinarmente.

45. - L'Ordine è competente a giudicare in via disciplinare le mancanze e gli abusi commessi dai medici liberi esercenti nelle funzioni di perito giudiziario sia se indotti dall'autorità giudiziaria sia dagli interessati, indipendentemente dalle responsabilità penali e civili cui fossero incorsi.

Il rifiuto senza giustificati motivi ad assumere una perizia dall'autorità giudiziaria e l'abbandono e la trascuranza di un incarico peritale già assunto sono atti condannabili anche disciplinarmente.

46. - L'Ordine è competente a giudicare in via disciplinare le mancanze e gli abusi derivanti dal cumulo di incarichi professionali presso molteplici Enti pubblici assunti dallo stesso medico.

V

Rapporti dei medici con Enti privati.

47. - Le deliberazioni dell'Ordine relative ai diritti ed ai doveri di speciali categorie di sanitari aventi rapporti con Enti privati che hanno scopi sanitari (ospedali privati, case di salute, società di mutua assistenza, casse di soccorso per malattie, compagnie di assicurazioni sulla vita e contro gli infortuni ecc.) vincolano tutti i medici iscritti nell'albo dell'Ordine.

È atto condannabile la infrazione agli obblighi provenienti dalle suddette deliberazioni, contro cui gli interessati non hanno ricorso in tempo utile o dopo il rigetto del ricorso da parte dell'Ordine.

48. - Il medico libero esercente che offre la sua opera con patti di concorrenza ad uno degli Enti ricordati nell'articolo precedente, commette un atto condannabile.

Per i medici liberi esercenti che concorrono ai posti vacanti dipendenti dagli Enti privati suaccennati diffidati o boicottati dalle relative organizzazioni di categoria sono applicate le stesse norme dei precedenti art. 40 e 41.

49. - *Il medico non deve accettare di esercitare presso gli Enti privati suaccennati o per conto di essi mansioni che non siano di sua competenza e contrari al decoro della professione.*

50. - *Il medico libero esercente non ha l'obbligo di rispondere alle domande delle Compagnie di assicurazione sulla vita intorno alle condizioni di salute degli assicurandi suoi clienti: l'autorizzazione del cliente non è sufficiente a liberarlo dall'obbligo del segreto professionale, ove non concorrano altre circostanze valutabili soltanto dalla sua coscienza.*

Per i certificati richiesti dopo la morte dell'assicurato il medico curante deve esigere ed usare tutte quelle cautele che valgono ad ovviare i possibili danni derivanti dalla divulgazione delle notizie fornite.

51. - *Il medico libero esercente non deve riferire nemmeno in via confidenziale e collegiale ai medici fiduciari delle Compagnie di assicurazione, o ad altri medici che esercitano funzioni di carattere fiscale, notizie che potrebbero recare un nocumento di qualunque natura alle persone da lui assistite.*

52. - *I rapporti dei medici liberi esercenti con Enti privati non aventi carattere sanitario (collegi ed altre comunità) sono soggetti alle stesse norme che regolano i rapporti cogli altri clienti.*

53. - *In massima non sono consigliabili i contratti a forfait stipulati da medici liberi esercenti per l'assistenza di famiglie isolate o raggruppate, di soci di cooperative ecc. Se gli usi locali ammettono questa forma di contratto, il medico commette atto condannabile:*

a) *se cerca di acquistare tali clientele offrendo patti di concorrenza inferiori a quelli in vigore con altri medici.*

b) *Se accetta onorari e condizioni contrarie al decoro della professione, secondo il giudizio dell'Ordine, che può essere provocato da qualunque altro libero esercente della località.*

54. - *Il medico che esercita in poliambulanze a pagamento con tariffe inferiori alla minima stabilita dall'Ordine, a solo scopo di concorrenza, commette un atto condannabile.*

55. - *I patti di cointeressenza fra gli Istituti sanitari di cure speciali, compresi gli Stabilimenti di acque minerali, e i medici che inviano ad essi dei clienti sono tollerati soltanto nel caso che i medici curanti siano associati effettivamente alla assistenza ed i clienti ne siano informati; in qualunque altra condizione sono condannabili.*



Il presente Regolamento interno, composto di 19 articoli e l'appendice sui principi deontologici di massima per l'esercizio professionale della Medicina, composta di 55 articoli – compilati e adattati all'Ordine dei Medici della Provincia di Forlì sul tipo di Regolamento proposto dal Consiglio Federale degli Ordini Sanitari del Regno – furono approvati dal Consiglio Amministrativo, qui sottoscritto, nella sua adunanza del 15 Agosto 1912.

Il Consiglio Amministrativo dell'Ordine dei Medici

Della Provincia di Forlì

Dott. Prof. Sante Solieri = Presidente

Dott. Massimo Chiadini = Segretario

Dott. Ernesto Montanari = Tesoriere

Dott. Carlo Della Massa

Dott. Pietro Gavelli Consiglieri

Dott. Giuseppe Pedruxi

Dott. Carlo Grigioni

ODONTOIATRIA UNA STORIA NELLA STORIA

*a cura del Dott. Maurizio Di Lauro**

*Ti aspettano in questa vita molte buone attività,
l'amore, una profonda quiete delle cose,
sorridi alla vita e non conoscerai solitudine.*

Seneca "De brevitate vitae"

In tutte le civiltà antiche si incontrano tracce della pratica odontoiatrica e non solo di tentativi di cura, ma anche di raffinati (per l'epoca) apparecchi protesici.

Nelle opere dei medici antichi, Celso, Plinio, Galeno, Avicenna, Abulcasim e Serapione, solo per citarne alcuni, vi sono pagine dedicate alle patologie odontoiatriche e alla loro terapia: l'odontoiatria diventa sempre più una vera scienza. Dobbiamo però arrivare al 1700 per avere il riconoscimento della figura professionale dell'odontoiatra, che avviene in Francia ove Luigi XIV crea la professione del "chirurgen dentiste", denominazione tuttora ufficiale.

È all'inizio dell'800 che si diffonde la cultura dell'attività odontoiatrica autonoma, con la fondazione di scuole professionali pubbliche e con la nascita di ordinamenti legali, nei vari Paesi, della professione del dentista, dei suoi diritti e doveri.

È in questo periodo che l'Odontoiatria sembra allontanarsi dalla Medicina, orientandosi verso un indirizzo estremamente pragmatico; un percorso che raggiunge il suo culmine negli USA dove, nel 1839, sorge il Baltimora College of Dental Surgery; nel 1840, l'American Society of Dental Surgeons e nel 1841 l'American Journal of Dental Science. Non dimentichiamo che parliamo di un'epoca in cui i medici disprezzavano i chirurghi; tale atteggiamento rivelerà tutti i suoi limiti con lo scoppio della prima guerra mondiale, quando le necessità derivanti dalla cura dei feriti imporranno una profonda collaborazione tra le branche chirurgiche. Voglio ricordare che è subito dopo la prima guerra mondiale che nasce, da un reparto di Sanità militare specializzato nella cura dei feriti al volto, l'Istituto di Bologna che prenderà nel 1941 il nome di Beretta.

È da quel momento che si comprende che l'Odontoiatria non può esistere come scienza separata, ma soltanto come branca della Medicina.

LA LEGISLAZIONE

In Italia questo indirizzo culturale aveva già trovato applicazione con il R.D. 24 aprile 1890 n. 6850 che consentiva l'esercizio dell'Odontoiatria soltanto ai laureati in Medicina e Chirurgia.

L'art. 1 del provvedimento appena citato stabiliva testualmente: "Chi vuole esercitare l'Odontoiatria, la protesi dentaria e la flebotomia deve conseguire la laurea in Medicina e deve essere munito di diploma di laurea in Medicina e Chirurgia".

Regio decreto 24 aprile 1890, numero 6850, che rende obbligatoria la laurea in medicina e chirurgia per l'esercizio dell'odontoiatria e della flebotomia.

UMBERTO I, ecc.

Veduta la legge 13 novembre 1859, numero 3725;

Veduta la legge 16 febbraio 1864;

Veduto il regolamento speciale per la facoltà di medicina e chirurgia, approvato col regio decreto 8 ottobre 1875, num. 3434 (serie 2^a);

Veduta la legge per la tutela della igiene e della sanità pubblica, 22 dicembre 1888, numero 5849 (serie 3^a) (1);

Veduto il regolamento per l'esecuzione della legge sulla tutela della igiene e della sanità pubblica, approvato con Nostro decreto del 9 ottobre 1889, numero 6442 (serie 3^a) (1);

Nell'intendimento di stabilire norme fisse e identiche pel conferimento dei diplomi di odontoiatria e di flebotomia in tutte le università del Regno;

Sentito il Consiglio superiore della pubblica istruzione;

Sentito il Consiglio di Stato;

Sulla proposta dei Nostri Ministri segretari di Stato per la pubblica istruzione e per gli affari interni;

Abbiamo decretato e decretiamo:

Art. 1. — Chi vuole esercitare l'odontoiatria 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 necessari 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 questo decreto potranno compierli e ottenere il rilascio dei relativi diplomi col'osservanza delle norme precedentemente in vigore.

Ad essi pure sarà permesso l'esercizio della professione non altrimenti che ai flebotomi e dentisti contemplati dall'articolo 60 del regolamento 9 ottobre 1889, numero 6442 (serie 3^a) (2).

Ordiniamo, ecc.

Dato a Roma, addì 24 aprile 1890.

UMBERTO.

P. BOSSELLI.
P. CASPFI.

184.

Dentisti ed empirici esercenti in pubblico.

(Circolare del Ministero dell'Interno, Direzione della sanità pubblica, ai prefetti, in data 19 giugno 1890).

Consta a questo Ministero che in alcuni Comuni del Regno, e specialmente in quelli rurali, seguitano ad esercitare in pubblico dentisti autorizzati od anche semplici empirici, i quali vendono specifici, empiastri o cerotti proclamandone l'efficacia per ogni sorta di mali, e non si limitano alle sole operazioni chirurgiche sui denti, ma ne compiono anche altre a cui non sono abilitati.

Si richiama pertanto su tali fatti l'attenzione delle signorie loro, perchè procurino di assicurarne la cessazione.

Anzitutto vorranno ben notare a tale scopo che la vendita di medicinali in dose e forma di medicamento non può essere fatta che dai farmacisti, a norma dell'articolo 27 della legge sanitaria (1), e che per conseguenza qualunque altra persona venda medicinali, deve essere deferita all'autorità giudiziaria, previo sequestro della merce.

In secondo luogo vorranno tener presente che, se l'esercizio sulle pubbliche strade della medicina, della chirurgia e delle minori arti affini non è dalle leggi vietato a chi sia munito degli occorrenti diplomi, nè potrebbe esso proibire a chiunque in casi impreveduti di disastri o di calamità pubbliche; non può certamente tale esercizio essere mai consentito a chi lo pratici abitualmente per lucro, profittando della pubblica credulità e senza alcuna legale autorizzazione.

Ed anche nel caso in cui si trattasse di dentisti patentati, ma non laureati in medicina e chirurgia, si dovrà pur sempre esigere che essi si mantengano nella cerchia delle operazioni loro consentite dalle ottenute patenti di abilitazione.

Avviene, inoltre, assai sovente che gli stessi dentisti autorizzati o gli empirici invitino il pubblico alle loro abitazioni od agli alberghi per cure speciali o per spaccio di medicine, costituendo così il loro domicilio in un ambulatorio medico-chirurgico, che non può essere da essi diretto, perchè privi dei titoli richiesti dalla legge.

In tale caso, trasformandosi la loro abitazione in un luogo pubblico, l'autorità non deve mancare di accedervi per constatare le opporune contravvenzioni e per sequestrarvi i medicinali messi abusivamente in vendita.

Lo spirito di tutte le nuove disposizioni sulla sanità pubblica tende a far apprezzare dalle popolazioni anche meno colte i portali della scienza, e ad eliminare dal campo pratico tutto ciò che possa assumere lo aspetto di empirismo cieco e di ciarlataneria, epperò sarà bene che le signorie loro cerchino con tutti i mezzi legali di impedire non solo l'esercizio abusivo delle professioni sanitarie in genere, ma più particolarmente la pomposa mostra di tale esercizio abusivo sulle pubbliche piazze, ritenendo che a questo fine siano in dovere di validamente concorrere i signori sindaci dei Comuni col non permettere assolutamente a tali esercenti di occupare il suolo pubblico.

Per il Ministro: L. PAGLIANI.

Con tale normativa, in realtà, si voleva sancire la competenza ma anche la responsabilità del medico nella cura dell'apparato di masticazione, considerando che (allora come oggi...) l'attività odontoiatrica finiva spesso con l'essere svolta abusivamente da persone assolutamente non qualificate, o addirittura da ciarlatani. Per la presenza di tale abusivismo contemporaneamente veniva emanata anche una circolare che proibiva a "Dentisti ed empirici" di esercitare in pubblico. Successivamente, andando sempre per sommi capi, in Italia la necessità della laurea in Medicina fu sempre ribadita, sia a livello normativo che accademico (vedi a questo proposito la legge 31 marzo 1912, n. 298). È da notare, peraltro, che con R.D. 31 dicembre 1923, n. 2910 venne istituita una "Scuola Nazionale di Odontoiatria" con il compito di rilasciare un "Diploma in Odontoiatria" (peraltro, tale legge non trovò pratica applicazione).

La necessità, infatti, della laurea in Medicina e Chirurgia fu nuovamente ribadita e chiarita con la normativa del T.U.L.L.SS. n. 1265/1934 e con il R.D. 16 ottobre 1955. Però... in una pubblicazione del 1901, dove era descritto il Servizio Sanitario della Casa Reale d'Italia, c'erano due figure odontoiatriche: il Chirurgo Odontalgico della Real Persona, dott. Alessio Camuso, e il Dentista Oddo comm. Luigi!

LE SANATORIE

Nella già citata legge 31 marzo 1912, n. 298 era contenuta una sanatoria che prevedeva che

"COLORO I QUALI, PUR NON ESSENDO PROVVISI DI REGOLARE DIPLOMA, ESERCITANO DA NON MENO DI OTTO ANNI, A PARTIRE, DALLA MAGGIORE ETÀ, PERSONALMENTE E PUBBLICAMENTE, ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA, SARANNO AMMESSI ENTRO UN ANNO DALLA PROMULGAZIONE DELLA PRESENTE LEGGE A DARE UNA PROVA DI IDONEITÀ DINNANZIA UNA COMMISSIONE ESAMINATRICE, SECONDO LE NORME CHE VERRANNO STABILITE D'INTESA FRA I MINISTRI DELL'INTERNO E DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE, E, CONSEGUENTEMENTE, IN BASE AL CERTIFICATO DI IDONEITÀ CONSEGUITO, SI INTENDERANNO ABILITATI ALLA CONTINUAZIONE DELLO ESERCIZIO".

Altra sanatoria fu quella che permise, tra il 1915 e il 1918, agli odontotecnici che lavoravano per un dentista di mandare avanti lo studio in assenza del titolare (che ovviamente era al fronte, in quanto di medici non c'era certo la pleora!)

Ci furono poi le disposizioni particolari che consentirono a dentisti stranieri e profughi di essere ammessi all'esercizio professionale in Italia iscrivendosi in "elenchi transitori" aggiunti all'Albo dei medici (vedi la legge 16 agosto 1926 n.1914).

Non va dimenticato infatti che dopo il 1918 l'Italia annesse i territori prima soggetti all'Impero Austro-Ungarico dove esisteva già la laurea in Odontoiatria: si dovette quindi permettere a quei professionisti, abilitati secondo la legge del Paese in cui avevano studiato, di continuare ad esercitare.

Uno di costoro era il dott. Gezà Molnar, ungherese, con studio in via Diaz nr. 30, tuttora ricordato dai forlivesi più anziani.

ALBO AGGIUNTIVO DEI DENTISTI ABILITATI
(ART. 1 DEL 18 GENNAIO 1930 N. 30)

N. d'ordine	COGNOME, NOME E PATERNITA'	LUOGO E DATA DI NASCITA		DOMICILIO	DATA DI ABILITAZIONE
1	Molnar Gezà fu Filippo	Budapest	30-10-1892	Forlì - Via Missirini, 4	14-6-1928

Nel 1930, sempre con apposita legge, si riconosceva ai dentisti iscritti negli elenchi transitori il diritto di avere un rappresentante aggiunto al Consiglio dell'Ordine, con possibilità di voto sulle questioni odontoiatriche.



Pubblicità Dott. Molnar su una guida cittadina

Nonostante queste divagazioni l'esercizio odontoiatrico rimase però nell'ambito della professione medica, con la necessità del conseguimento della laurea in Medicina per poter esercitare, a pieno titolo, qualsiasi attività odontoiatrica, prescindendo dal conseguimento del titolo di specializzazione.

L'Albo dei dentisti abilitati rimase sempre presso l'Ordine dei Medici. L'ultimo

iscritto fu il dott. Umberto Belli di Cesena, laureato a Lipsia.

ELENCO TRANSITORIO DEI DENTISTI ABILITATI AGGIUNTI ALL'ALBO
(ART. 28 LEGGE 4 APRILE 1932 N. 137)

N° Progr.	Data e numero di iscrizione all'Albo	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RESIDENZA	LAUREA Università e data	ABILITAZIONE Università e data	TITOLI ACCADEMICI	QUALIFICA PROFESSIONALE
1	4-9-1932 981	BELLI UMBERTO	Cesena 27-2-1923	Via Mascagni, 136 Cesena	Lipsia (Germania orientale) 6-4-1948			Libero professionista

LA LAUREA IN ODONTOIATRIA (1980)

La situazione giuridica suddetta, particolare rispetto a quelle esistenti negli altri Paesi della Comunità Europea, ha portato, in tempi recenti, alla necessità, per l'Italia, di dare attuazione alle direttive CEE n. 78/686 e n. 78/687 con la creazione del corso di laurea in Odontoiatria e protesi dentaria (D.P.R. 28 febbraio 1980, n. 135) ed alla successiva istituzione della professione sanitaria di Odontoiatra (L. 14 luglio 1985, n. 409).

C'era l'esigenza di conformarsi alle direttive europee: soltanto la Spagna aveva una legislazione simile a quella Italiana.

Va anche chiaramente detto che la normativa dell'Italia aveva portato a una situazione di salute orale dei cittadini veramente triste.

L'Odontoiatria era esercitata da pochi Medici Specialisti, alcuni Medici generici come secondo lavoro e ... tantissimi abusivi!

Nel nostro Paese, dopo la seconda guerra mondiale, c'era stato un forte boom economico: le migliorate condizioni sociali del ceto medio avevano portato ad una aumentata richiesta di salute orale da una notevole fetta di popolazione con conseguente incremento di richiesta di prestazioni, che la classe medica non era in grado di soddisfare. Infatti basta considerare che, prima dell'istituzione del corso di laurea in Odontoiatria, il rapporto tra dentisti e popolazione in Italia era tra i più bassi esistenti nei Paesi della CEE. A una media europea di un dentista ogni 1700-2000 abitanti faceva riscontro, in Italia, un rapporto oscillante da 1 a 6000 e addirittura da 1 a 20.000.

Questa situazione portava ai deprecabili fenomeni dell'esercizio abusivo della professione e del prestanomismo.

Sembrava quindi, nel 1985, che la creazione della nuova figura professionale dell'Odontoiatra risolvesse tutti i problemi, condensando nel nuovo professionista lo schietto tecnicismo delle cure odontoiatriche con la tradizione medica e stomatologica della Odontoiatria precedente.

L'illuminato Legislatore pensò di sublimare questa fusione creando un Albo degli Odontoiatri all'interno dell'Ordine dei Medici, facendo convivere due Professioni, in due Albi diversi, con le stesse regole ma con diversi organi collegiali, dotati di specifiche competenze istituzionali, all'interno della tradizionale struttura degli Ordini dei Medici e della Federazione Nazionale. L'Ordine dei Medici diventò quindi Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, la FNOM diventò FNOMCeO.

Non sempre questa convivenza è stata felice; i dubbi interpretativi lasciati dalla Legge 409/85 sono stati grandi; chi scrive ricorda di elezioni condotte nella massima confusione (tutti votavano per tutti, medici per gli odontoiatri e viceversa...), giudizi disciplinari quantomeno approssimativi...eccetera.

Ma si era creato anche un altro grande problema: quello dei laureati in Medicina e Chirurgia ante riforma, che ponevano la questione dei diritti acquisiti relativamente all'esercizio dell'attività odontoiatrica. Nella legge è riconosciuta tale facoltà, ovviamente, ai medici specialisti in Odontoiatria e ai medici immatricolati al corso universitario fino al 1980. Successivamente, con legge n. 471/88, fu stabilita la possibilità, per gli iscritti al corso di laurea in Medicina negli anni dal 1980 al 1985, di optare per uno dei due Albi.

Tale normativa è stata oggetto anche di una sentenza della Corte di Giustizia Europea che ha ritenuto, in buona sostanza, che l'Italia sarebbe venuta meno agli

LE FORZE SANITARIE 1439

MEDITAZIONE 9°

SE NON CI AVETE SCRITTO ANCORA PER CHIEDERCI LA «CASSETTA ODONTOIATRICA LIBE» O PER AVERE ALMENO DETTAGLI O SCHIARIMENTI, VUOL DIRE CHE NOI CI SIAMO INSUFFICIENTEMENTE SPIEGATI

Infatti sarebbe impossibile che Voi non aveste preso interesse alla nostra proposta, se avete compreso che noi, offrendoVi la Cassetta, non Vi offriamo un insieme più o meno indicato di strumenti, ma Vi regaliamo - e la parola - un servizio, un metodo. Vi offriamo insomma il modo di estendere la Vostra attività ad un campo assai redditizio.

Professione redditizia per Voi, che Vi garantisce l'affetto e la riconoscenza di coloro che nella Vostra condotta sono affidati alle Vostre cure.

Insieme alla Cassetta Voi avete il Manuale del Dr. Villa, che Vi indicherà i principi tecnici della odontoiatria. Ma dal giorno dell'acquisto, continuerete a ricevere dispense e pubblicazioni che tratteranno, dal più semplice al più complesso, tutti i metodi della dentistica.

Ma si è ancora di più.

Voi sarete messi in corrispondenza con l'Ufficio Tecnico della Organizzazione Libe - diretto da sigg. Medici specialisti - cui potrete sottoporre i Vostri dubbi e i Vostri problemi e che li risolverà per Voi a mezzo di lettere dirette.

Infine acquisterete il diritto di avere dal Laboratorio Libe di odontoiatrica nazionale i più perfetti apparecchi di gressi di marca Libe a un prezzo minimo, sulle imposte da Voi stessi prese.

Se voi avete compreso tutto ciò, vi avrete già scritto e voi Vi avremo dimostrate che, acquistando una Cassetta Odontoiatrica Libe che potrete pagare in un anno, guadagnerete in un anno almeno il doppio di quanto vi costa.

La Cassetta Odontoiatrica Libe è un prodotto nazionale.

Spett. Ditta A. LIBE - Corso Garibaldi, 71° - Milano

Nome: _____ Cognome: _____

Via: _____

Città: _____

Desidero prospecti e illustrazioni della «Cassetta Odontoiatrica Libe», e sulle speciali facilitazioni per chi acquista a rate. Spedite a: _____

CASSETTA ODONTOIATRICA LIBE
A. D. E. 1. 500

Pubblicità sull'organo della Federazione Nazionale con cui la ditta "Libe" invita i condotti a dotarsi di attrezzatura odontoiatrica



obblighi sanciti dalla direttiva CEE n. 78/687 attraverso la proroga sancita con la legge 31 ottobre 1988 n. 471. La complessa vicenda dei diritti acquisiti non è ancora, dopo 25 anni, terminata: è proprio di questi giorni (febbraio 2010) la notizia di una riapertura della possibilità, per gli iscritti dal 1980 al 1985, di iscriversi alla prova attitudinale per ottenere l'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri.

Tornando alla rappresentanza Odontoiatrica all'interno dell'Ordine gli iscritti all'Albo eleggono 5 rappresentanti che costituiscono la Commissione Odontoiatrica; i 2 rappresentanti più votati entrano di diritto nel Consiglio dell'Ordine. Alla Commissione Odontoiatrica, eletta quindi solo dagli iscritti all'Albo, spettano le attribuzioni di cui alle lettere c), f) e g) dell'art. 3 del DLCPS 13 settembre 1946 n. 233 (esercizio del potere disciplinare sugli iscritti; designazione dei rappresentanti della professione odontoiatrica; conciliazione delle controversie).

La Commissione elegge un Presidente e un Segretario; i Presidenti eleggono una Commissione Nazionale Odontoiatrica di 5 membri, quattro di essi sono rappresentanti odontoiatri nel Comitato Centrale.

Ma infine, cosa unisce i Medici Chirurghi e gli Odontoiatri? Solo essere fisicamente nello stesso Ordine? Avere il medesimo Codice Deontologico, summa dei doveri etici? O piuttosto ci unisce il fatto di curare delle persone, in scienza e coscienza, con perizia, diligenza e prudenza? A ben guardare, quello che rimane e rimarrà sempre in comune tra le due professioni - quand'anche si dividessero gli ordinamenti giuridici e le rispettive Organizzazioni ordinistiche - è infatti il particolare tipo di rapporto che lega il medico e l'odontoiatra ai propri pazienti.

Non voglio rifarmi al Giuramento di Ippocrate, ma credo che ogni Collega di buona volontà sappia riconoscersi in queste parole.

**** Presidente Commissione Albo Odontoiatri, Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Forlì-Cesena***

CHI HA DIRETTO L'ORDINE



CONSIGLIO DIRETTIVO (1912-1913)

Presidente	Solieri Sante
Segretario	Chiadini Massimo
Tesoriere	Montanari Ernesto
Componenti	Della Massa Carlo Gavelli Pietro Grigioni Carlo Pedrizzi Giuseppe



Sante Solieri

olio su tela, firmato: "L. Lambertini", Forlì - Pinacoteca Civica

IL CHIRURGO SANTE SOLIERI (1877-1949)

*a cura del Prof. Francesco Aulizio**

Vittorio Mezzomonaco, figura di spicco della cultura forlivese, nel 1978, sul «Melozzo», ricordando Sante Solieri, chirurgo notissimo a Forlì, in Romagna e nell'ambiente medico italiano, si rammaricava perché nulla di particolare gli risultava fosse stato fatto per onorarne la figura umana e scientifica e, nel contempo, si augurava che per l'anno successivo, cioè per il 1979, trentesimo della morte, si sarebbe potuto cogliere l'occasione per ricordarlo ufficialmente e dimostrare a tutti che la Città non era immemore dei suoi uomini migliori e quando essere migliori si vuoi riferire ad un medico, è implicita nell'affermazione una operosità tangibilmente utile al prossimo in termini di salute riacquistata o comunque di vero interessamento perché ciò possa avvenire

Questa commemorazione trentennale comunque non ebbe luogo né ora né dopo.

L'ufficialità forlivese aveva partecipato alla corale manifestazione che si era avuta in Città per la sua morte, avvenuta il 6 aprile 1949. E il già ricordato Mezzomonaco, sempre nel 1978, così scrisse a proposito dei funerali: *«Il cordoglio della città fu generale e, s'intuisce, sincero, di là dell'ufficialità da cui la mesta cerimonia dei funerali non poté ovviamente esimersi; i forlivesi resero omaggio a migliaia, in un interminabile pellegrinaggio alla bara in cui il Prof. Solieri fu deposto, vestito col camice bianco. Il sindaco del tempo, Franco Agosto, a nome della cittadinanza, e moltissimi altri Enti espressero le loro condoglianze con accenti che ne rivelavano la commossa partecipazione».*

Ed è comprensibile che nella immediatezza dell'evento una manifestazione acquisti aspetto e dimensione difficilmente ripetibili nel tempo. Altro riconoscimento e più appropriato venne in seguito dato a ricordo dello scomparso dalla Amministrazione Comunale cittadina la quale, su richiesta formulata da quella dell'Ospedale "G. B. Morgagni", decise di dedicare al Solieri il piazzale dell'Ospedale stesso, in sostituzione della limitrofa viuzza in precedenza dedicatagli. Infatti il 22 gennaio 1951 il Consiglio Comunale aveva approvato nuove denominazioni di vie e piazze cittadine e tra queste era compresa una via già dedicata a Sante Solieri, via che da Piazzetta Campostrino si portava a Via Giovanni dalle Bande Nere.

Evidentemente questa viuzza venne ritenuta riduttiva del valore del personaggio scomparso sicché il Consiglio Comunale, nella seduta del 20 giugno 1959, ricorrendo il decennale della sua morte, accoglieva la proposta avanzata dall'ospedale Civile, fatta propria anche dalla Giunta Comunale nella seduta del 3 aprile 1959, e deliberava di intitolare il «Piazzale dell'ospedale al nome di «Sante Solieri» e la già ricordata via «Solieri a quella di «Girolamo Orsi» altra nobile figura di medico forlivese (1815-1899) di cui in futuro converrà parlare.

CENNI BIOGRAFICI

Questa pratica burocratica veniva accompagnata, molto opportunamente, da un circostanziato dattiloscritto, a firma di a.g., dal titolo «Cenni biografici su Sante Solieri» il quale scritto, ancorché ampiamente panoramico, fatta grazia di un certo sapore qua e là agiografico, merita di essere trascritto: «Sante Solieri nacque a Cotignola il 24 settembre 1877. Dopo aver conseguito la licenza liceale, il Solieri s'iscrisse all'Ateneo di Bologna, ma poi, avendo vinto una borsa di studio, si trasferì all'università di Siena dove ebbe insigni maestri, quali Angelo Ruffini, Ercole Giacomini, Benedetto Morpurgo, Achille Scavo e Domenico Biondi.

Laureatosi con 110 su 110 e lode e pubblicazione della tesi in italiano e in tedesco, Egli rimase a Siena presso la clinica chirurgica di quell'Ateneo, prima come assistente ed in seguito come aiuto, accanto ai suoi ex maestri dei quali divenne apprezzato collaboratore ed amico. Appena ventisettenne conseguì la libera docenza in clinica chirurgica.

All'età di ventinove anni fu nominato chirurgo primario a Grosseto ed a trentatré, nel 1910, a Forlì, dove restò sino alla morte avvenuta il 6 aprile 1949. Alla nostra città il Solieri si affezionò al punto che non volle più lasciarla pur avendo potuto aspirare, per la sua alta cultura e per le sue doti eccezionali, a dirigere cliniche di più rilevante importanza, a cui era giunto e per chiamata e per concorso.

CONSIGLIO DIRETTIVO (1914)

Presidente	Solieri Sante
Segretario	Chiadini Massimo
Tesoriere	Montanari Ernesto
Componenti	Gaetano Bonini Buda Nicola Gavelli Pietro Mori Cino



Soldati in trincea durante la prima guerra mondiale

Oltre che insigne operatore, il Solieri fu eccellente diagnostico e abile docente. I suoi numerosi allievi gli sono tuttora grati per aver potuto apprendere dalla sua parola calda ed efficace, autorevolmente scientifica e comunicativa, la difficile arte medica.

Durante la prima guerra mondiale il Solieri dedicò tutta la sua attività ai feriti per i quali profuse i tesori della sua scienza e della sua squisita sensibilità. Operò in più occasioni anche sul cervello e sul cuore, suscitando ammirazione e consensi per interventi di così alta chirurgia allora quasi sconosciuti e comunque ritenuti, anche da grandi clinici, inutilmente audaci. Per tutta la durata del conflitto Egli osservò un orario massacrante di sala operatoria: dalle 7 alle 12, dalle 15 alle 19 e dalle 22 all'una dopo mezzanotte.

Il Solieri, conscio dei suoi doveri, non fu mai sedotto dalle attrattive mondane e rinunciò, ancor giovane, a tutto quanto avrebbe potuto incidere dannosamente sul suo fisico e sulla sua mente per offrire tutto se stesso alla nobile arte a cui s'era sentito votato sino dall'infanzia. Egli esercitò sempre un potente fascino su quanti avvicinava, tanto sui pazienti quanto sui collaboratori, e raramente fu incompreso.

Quando operava, la sua personalità s'imponeva: chi ebbe la ventura di essergli accanto non poté non ammirare nel Solieri il maestro e l'uomo, Sotto di Lui la Divisione Chirurgica del nostro Ospedale Morgagni subì un validissimo impulso che ebbe benefici riflessi sull'intero nosocomio. Disciplina, ordine, obbedienza e rispetto furono le massime a cui Egli dette vita, infondendo in tutti fiducia e serenità.

Fare una statistica degli interventi del Solieri è cosa difficile; tuttavia si può dedurre che Egli, sino al 1947, anno in cui dovette a malincuore lasciare per raggiunti limiti di età il suo posto, abbia condotto a termine non meno di settantamila operazioni, introducendo spesso tecniche nuove e metodi originali, ancor oggi applicati in Italia ed all'estero.

Egli non fu chirurgo specializzato in un determinato ramo, ma rappresentò il chirurgo generale nel senso più vasto dell'accezione, tanto che operò con successo anche come otorinolaringoiatra e come oculista.

Anche attualmente è considerato come il fondatore della clinica dell'addome destro, particolarità chirurgica a cui dedicò gran parte delle sue indagini ottenendo risultati sorprendenti. Scrisse ben 120 lavori, molti dei quali sono ritenuti classici insostituibili. Notissimo il "Metodo Solieri" per la cura della tubercolosi ossea, praticata secondo il suo geniale intuito in tutto il mondo.

In numerosi congressi medici, in patria ed all'estero, seppe imporsi all'attenzione dei più insigni maestri trattando problemi ardui la cui soluzione, da Lui proposta, è ancora oggi molto valida, malgrado il rapido progredire della tecnica chirurgica. Ma non sempre ebbe vita facile e talvolta, allorché espresse pareri d'avanguardia, ottenne, quale ricompensa, opposizione e incredulità. Ma il tempo Gli ha dato ragione e le sue teorie, che allora non incontrarono il favore dei grandi clinici, sono oggi applicate con successo.

D'animo nobile, aperto ai dolorosi casi umani, fu sensibile filantropo. Per la costruzione dell'Istituto Provinciale per l'infanzia, cedette a prezzo di assoluto favore un'area di oltre 20.000 metri quadrati con annessi immobili dell'Amministrazione Provinciale della quale fu Rettore e Commissario straordinario nonché Membro del Comitato Provinciale Antitubercolare e del suo Comitato Amministrativo. Fondò la biblioteca dell'ospedale - oggi annessa alla Divisione Medica - donando, fra l'altro, tutta la sua collezione privata ricca di preziose e rare edizioni fra cui l'Opera Omnia di Giambattista Morgagni "De sedibus morborum per anatomen indagatis", stampato quando ancora l'insigne maestro di anatomia e patologia era vivente.

Per i suoi alti meriti ebbe riconoscimenti d'eccezione che tuttavia, modesto e schivo di lode, non esibì mai. Il Re, motu proprio, lo insignì dell'onorificenza di Cavaliere di Gran Croce, il più alto distintivo allora concesso a scienziati, letterati, artisti, politici e comunque a uomini di altissime virtù.

Fu membro dell'Alto Consiglio di Sanità e membro ad honorem della Società Internazionale di chirurgia con sede presso la Sorbonne in Parigi.

Gli venne anche conferita la medaglia d'argento per la Sanità Pubblica, raro riconoscimento riservato a personalità sanitarie di rilevante statura. I forlivesi - che lo vollero loro cittadino onorario, distinzione che Egli apprezzò molto e della quale andava fiero - lo ricordano sempre con affetto e con rispettosa simpatia ed è raro il caso in cui essi, discutendo di abilità chirurgica, di sicurezza diagnostica, o di guarigioni miracolose, non facciano anche oggi il nome di Sante Solieri.

COMMISSIONE STRAORDINARIA (1929)

Presidente	Stefanelli Paolo
Segretario	Rossi Aldo
Componenti	Cardi Giuseppe Costa Luigi Gironi Natale Salvi Natale Serafini Sanzio



Volume originale opera Giovanni Battista Morgagni **Adversaria Anatomica omnia**

Pataviù, Excudebat Josephus Cominus, 1719 - Donazione Sante Solieri

La città di Forlì compirebbe un doveroso omaggio alla Sua memoria intitolando a chi le dette lustro in un campo di così alto valore il Piazzale da cui Egli transitò infinite volte (all'infuori dei giovanissimi, tutti lo ricordano scendere dalla Sua modestissima macchina e percorrere spesso a piedi lo spiazzo silenzioso di fronte all'ospedale) per recarsi umilmente a indossare il camice bianco e ridar la speranza a nuove vite umane in pericolo».

Ancora una nota aggiungo che ritengo significativa e simpatica. Gli eventi e le figure umane, inevitabilmente, quando trascorsi, se hanno lasciato segno di sé, passano nell'immaginario di ognuno e divengono protagonisti di quelle leggende che, quando il tempo si misuri in secoli, nascondono parte di verità a chi poi vorrà riandare, con spirito di ricerca storica, a ritroso nel tempo. Né mancano gli esempi di studiosi che partendo da una leggenda sono giunti a rivelazioni storiche talvolta determinanti per gli sviluppi di un disciplina.

Ovviamente questo del Solieri non è un caso simile, né per i fatti né per l'epoca a noi molto vicina. Ha però egli avuto modo di passare nel piccolo immaginario dei forlivesi e ce lo fa sapere ancora Mezzomonaco il quale riferisce che questo chirurgo appariva come un taumaturgo tanto che ancora molto tempo dopo la sua morte gli capitò di sentire, a proposito di una cosa che andava male, in dialetto, "Questa non l'aggiusta neppure Solieri".

Il che costituisce pur sempre un bell'esempio di apprezzamento e di stima. E sinora ho trattato di Solieri da un punto di vista cronachistico, quello in verità che stuzzica il lettore ma fa arricciare il naso allo storico.

IL RICERCATORE

Cercherò ora di essere più aderente alla figura scientifica del Nostro anche per quanto riguarda la considerazione che i medici ebbero per lui e gli dimostrarono ampiamente.

Sante Solieri fu molto vicino alla Società Medico-Chirurgica della Romagna della quale volle il «Bollettino» che ancor oggi si stampa, come tutti i medici romagnoli fanno e non solo costoro, e sempre partecipò alle sedute della Società, ancor più assiduamente da quando ne fu il presidente. Dal notiziario della Società si apprende che il 7 novembre 1948 presiedette la seduta tenutasi a Cesena ed era già malato e che il 16 gennaio 1949, a Ravenna, non la poté presiedere per indisponibilità fisica e fu presieduta dal vice Prof. Luigi Fontana.

E si trattò di una seduta molto importante perché in questa Aldo Spallicci avrebbe dovuto commemorare ufficialmente Bartolo Nigrisoli il quale, novantenne, era mancato a Bologna il 6 novembre dell'anno appena trascorso. Ed il Solieri, benché molto malato, sentì il disappunto di questa sua forzata assenza e per scusarsi scrisse alla Società una bella lettera con la quale andò molto al di là di un asettico no di giustificazione: «Sono dolente che lo stato attuale della mia salute non mi consenta di presenziare alla onoranza che oggi in Ravenna la Società Medico-Chirurgica della Romagna tributa alla memoria del suo grande Socio scomparso Bartolo Nigrisoli. Ma io sarò con voi ugualmente.

Ringrazio vivamente, a nome mio e dei colleghi, l'amico carissimo Prof. Aldo Spallicci, di aver accettato il non facile incarico di lumeggiare la figura di Bartolo Nigrisoli. Ma poche persone, come Aldo Spallicci, Scienziato, Poeta, Soldato, Filantropo, possono aver sentito squisitamente lo spirito elevatissimo ed il cuore magnanimo del Grande. Saluti fraterni a Lei ed ai Colleghi tutti».

Nel fascicolo III del maggio 1949, il Solieri è morto il 6 aprile precedente, una pagina redazionale reca la notizia della sua scomparsa e questa pagina, al di là della bella e sentita commemorazione ufficiale fatta il 22 maggio 1949 dal Dott. Eolo Camporesi, il suo maggior estimatore a Forlì e suo validissimo aiuto per cinque anni, riveste grande importanza storica perché è il saluto che il "Bollettino della Società Medico-Chirurgica della Romagna" sentì di dovergli dare perché al motivo della scomparsa del chirurgo di così elevato prestigio, si univa quello della scomparsa dell'uomo che a lungo si era prodigato perché il «Bollettino» stesso potesse vedere la luce.

Ed ebbe egli la ventura, pur gravemente ammalato e molto provato nel fisico, di poterne avere tra le mani i due primi fascicoli (I e II del 1949) e, in una pausa del dolore fisico, di scrivere, a proposito della neonata rivista, le seguenti parole: «A Voi tutti colleghi, di me più giovani e valorosi, l'incitamento a sviluppare ed accrescere per lunghi anni questa opera che il nostro entusiasmo, la nostra fede e la nostra passione scientifica, hanno fondato in Romagna».

CONSIGLIO DIRETTIVO (1938)

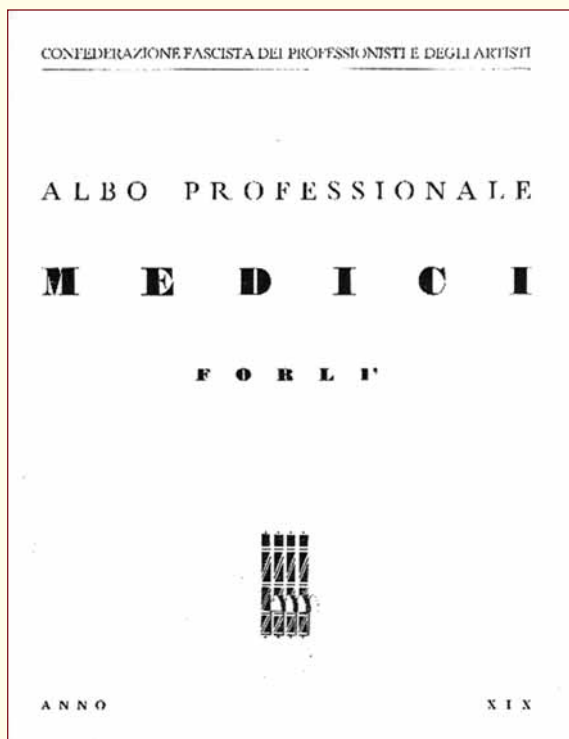
Segretario Componenti

Chiadini Vanni
Borelli Francesco
Lami Gregorio
Mugna G. Giacomo
Silvestrini Luigi
Salvi Natale
Toledo Luigi

Rapp. Associazione Nazionale Mutilati Rapp. GUF Forlì Collegio dei Revisori dei Conti Componenti

Miceli Eugenio
Farneti Gino

Pretolani Tullio
Soprani Diego
Zambianchi Antonio



**Sede Confederazione Fascista dei
Professionisti e degli Artisti 1938
Corso Diaz, 1**

E sono nobili parole di uno studioso disinteressato che vede l'utilità, per una comunità scientifica, di poter disporre di un mezzo proprio di diffusione della propria operosità per poter dibattere ed approfondire le proprie conoscenze attingendo da quelle altrui, ben sottoscrivibili da chiunque intenda nel proprio lavoro rimanere aperto a quello degli altri e non isolarsi in un pericoloso «ghetto culturale» difficilmente valicabile in breve volgere di tempo.

Nel 1943 Sante Solieri, sessantaseienne, ebbe dagli allievi, verosimilmente su iniziativa del suo aiuto Eolo Camporesi, già ricordato, un magnifico omaggio costituito dalla pubblicazione del libro di ben 879 pagine dal titolo: «Sante Solieri. Scritti medici scelti», edito per i tipi di Arti Grafiche Croppi di Forlì. Questa edizione, in elegante veste, è prefata dal Camporesi che termina con queste parole: «Con questo volume, che racchiude gli scritti più importanti del SOLIERI, gli allievi, che con amore li raccolsero e li ordinarono, hanno inteso di onorare il Maestro, di cui si sentono orgogliosi ed al quale attestano gratitudine imperitura, e di ricordare al mondo dei dotti Colui che studiando, creando, precorrendo, ha saputo elevare l'indagine diagnostica alla più alta espressione di una Scienza e la tecnica chirurgica alla genialità di un'Arte. Forlì, febbraio 1943»

Le pubblicazioni scientifiche del Solieri, ripubblicate, sono ben 117 comprese tra il 1899 e il 1943. Sono le più importanti della sua produzione e toccano, con un eclettismo che oggi non è più dato osservare, tutta la chirurgia generale nonché quella specialistica come l'oculistica e l'otorinolaringologica. Si interessò molto il Solieri allo studio ed alla cura della tubercolosi ossea cui dedicò anche ricerche statistiche ed in quegli anni ben si sa quanto grave ed estesa fosse l'infezione tubercolare nelle sue varie forme.

Fu incline anche allo studio della chirurgia polmonare ed urologica per non parlare di quella addominale in cui ha lasciato più ampio segno di sé. Infatti per la patologia intestinale di competenza più propriamente chirurgica ancor oggi si parla dell'addome destro del Solieri.

E questo studio iniziò nel 1912 con il primo lavoro comparso contemporaneamente in italiano, in tedesco, in francese e si può dire grazie a questo suo studio iniziale venne poi via via chiarito ancora da lui, ma anche da altri, il comportamento del peritoneo nella sepsi addominale una descrizione di grande interesse fu fatta da Solieri con la «Sintonia patologica dell'addome destro: appendicite, ulcera, piloroduodenale, colecistite».

Basti un fuggevole ricordo; non è questa la sede per trattare, nella sua reale dimensione, del valore scientifico di Sante Solieri il quale, pur in un ristretto ambito di provincia, fu un chirurgo culturalmente e tecnicamente alla pari con i maggiori italiani e non, universitari o ospedalieri. Solo per dare una traccia della sua variegata operosità valga la suddivisione dei suoi lavori scientifici: Patologia generale, Patologia clinica degli organi addominali, ernie, peritoneo, intestino, comprendente questo il ricordato studio sull'addome destro, studio del tutto originale ed entrato, come ebbe a scrivere lo stesso Solieri «... nella nomenclatura nosologica per i miei scritti ed è ormai accettato universalmente a comprendere i fenomeni morbosi spesso associati, che si avverano nella reazione più importante e complessa del ventre». Trattò anche la chirurgia delle vie biliari, della milza, delle vie urinarie, l'ostetricia e la ginecologia, quella dei vasi sanguigni, l'ortopedia e traumatologia e la già ricordata tubercolosi ossea, suggerendo per questa un originale sistema di cura, molto apprezzato in era pre-antibiotica.

A proposito della traumatologia si interessò anche, per necessità diretta, della sieroterapia preventiva antitetanica.

Va infine aggiunto che il Solieri nel 1931 partecipò alle grandi onoranze che vennero dedicate a G.B. Morgagni a Forlì con il lavoro, congeniale ai suoi studi, «L'appendice vermiforme nelle opere di G.B. Morgagni. Una osservazione di lesioni consociate dell'addome destro». E dallo studio del testo morgagnano, nella parte almeno riferita, trasse motivo per apprezzare anche, con deferente ammirazione, la precisione scientifica che il Morgagni perseguiva nella sua attività di ricerca. E se il ricordo sfocava nella cittadinanza, rimaneva ben vivo, al contrario, tra i medici i quali non potevano certamente dimenticare il suo esempio ed il suo insegnamento.

Non è un caso che la «Romagna Medica» nel marzo 1950 volle che il suo fascicolo fosse il «Numero straordinario in memoria del Prof. Sante Solieri nel I° anniversario della morte» e questa pubblicazione venne realizzata per iniziativa, oltretché della «Società Medico-Chirurgica della Romagna», con il

**DIRETTORIO
SINDACATO PROVINCIALE FASCISTA
MEDICI DI FORLÌ 1941**

Segretario	Chiadini Giovanni
Membro	Dionigi Arnaldo Lami Gregorio Mercatali Ellero Ricci Gregorio Rossi Gaetano Miceli Eugenio Vitali Elvio
Sindaco	Soprani Diego Pretolani Tullio Zambianchi Antonio



Ingresso carri armati in Piazzale della Vittoria, seconda guerra mondiale

contributo delle figlie Mary Solieri e Bruna Solieri Bondi, del Comune di Forlì, dell'Amministrazione Provinciale di Forlì, dell'ospedale "G.B. Morgagni" di Forlì. E si trattò di una pubblicazione ricca della collaborazione di ben trenta autori i quali vollero aderire a questa iniziativa in omaggio appunto all'uomo del quale erano stati allievi o per il quale avevano nutrito ammirazione e stima. Ed in questa pubblicazione gli autori trattarono in particolare la chirurgia addominale in omaggio appunto a quanto il Solieri aveva particolarmente fatto in questo campo ma non mancarono lavori di altro argomento. Il fascicolo si apre con un ampio lavoro di Eolo Camporesi il quale traccia del Chirurgo un ampio profilo biografico dalla cui lettura si apprezza il filiale affetto dell'autore per il Maestro che viene presentato sotto i molteplici aspetti dell'uomo, del cittadino, dello studioso, del chirurgo, in una sintesi veramente felice che resta a documento storico, sempre utile riferimento per chi volesse ancor più studiare la figura del Solieri, meritevole in verità di più ampia conoscenza.

IN RICORDO DEL MAESTRO

Sono trascorsi 40 anni dalla scomparsa di Sante Solieri, è auspicabile che l'ospedale «Morgagni-Pierantoni» si faccia parte attivamente interessata per organizzare un convegno su di Lui e sulla sua chirurgia. Né mi sembra di proporre una sterile commemorazione fine a se stessa. Lo studio della sua produzione scientifica sia nella ricerca che nella tecnica chirurgica potrebbe riservare la sorpresa di conoscere un Solieri proiettato nel futuro per ardimento operativo e per intuito di ricercatore. Faccio voti perché questa idea di uno storico della medicina, quale io sono, possa essere accolta ed una volta ancora dimostrare che la storia non è fine a se stessa ma è un pungolo per muoversi incontro al futuro.

** Libero Docente di Storia della Medicina*

Tratto da "Il Bollettino dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Forlì" n. 2/1990

A 50 anni dalla morte del Prof. Sante Solieri (1877 – 1949)



Su gentile concessione del Dott. Walter Persiani

CONSIGLIO DIRETTIVO (1950-1951)

Presidente	Soprani Diego
Segretario	Rossini Angelo
Tesoriere	Bazzocchi Giovanni
Componenti	Battistini Gaspare Flamigni Guido Gallina Dino Sega Achille

Collegio dei Revisori dei Conti

Componenti	Camporesi Eolo Bisulli Elio Dothel Guglielmo
Supplente	Lazzari Agli Falco



Gerolamo Mercuriale

(Forlì, 1530 - Pisa 1606)

Venetis, apud Iolitos, 1587 - Esemplare privo di segnatura

ANCORA SUL SIMBOLO DEI MEDICI E DELLA MEDICINA

a cura del Prof. Francesco Aulizio*

Già nel 1924 sul “Policlinico, Sez. pratica”, alla pagina 825 troviamo una nota esauriente, a firma a.a., in cui è trattato l’argomento del **Caduceo di Mercurio** e del **Bastone serpentario di Esculapio**. Merita questa nota, breve ma non brevissima, di essere riportata integralmente perché di estremo interesse per quei che scriverà in seguito; nota corredata da due disegni che riproduco. (Fig.1). **“Il caduceo di Mercurio e il bastone serpentario di Esculapio.**

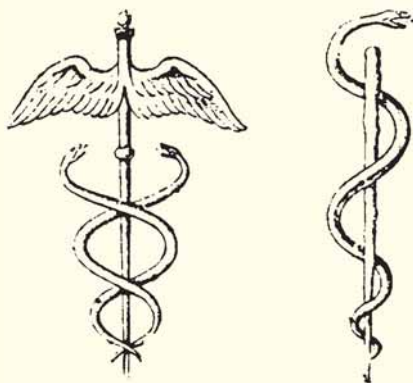


Fig. 1

Il caduceo di Mercurio ed il bastone serpentario di Esculapio sono spesso indifferentemente adoperati come emblemi della medicina e dell’arte sanitaria in genere. Boigey (Presse Médicale, 1924, n.12) rileva come ciò costituisca un errore mitologico in quanto il caduceo non è l’attributo di Esculapio, ma quello di Mercurio, messaggero degli Dei. Nell’iconografia mitologica il caduceo, in greco virga e caduceum in latino, è il segno inseparabile e assolutamente personale di Mercurio, ed in pratica è adoperato per significare i vari attributi dell’agile dio. E poiché la più importante funzione di Mercurio è quella di essere l’araldo degli dei, nell’antica Grecia gli ambasciatori, i parlamentari ne erano muniti quando compivano la loro missione. Il caduceo è formato da un bastoncino sormontato da due piccole ali ed intorno al quale sono avvolti simmetricamente due serpenti. In principio era costituito da un ramo complicato generalmente biforcuto alle due estremità; solo con l’andar del tempo assunse

la forma stilizzata definitiva. Ovidio così immaginava la metamorfosi del caduceo: Mercurio mentre si trovava in Arcadia incontrò due serpenti in lotta; gettò su di essi il suo bastone e vide che i due serpenti cessando dalla lotta vi si attorcigliarono attorno. Così si spiegherebbe come il caduceo rappresenti il simbolo della pace, della concordia e conseguentemente del commercio e costituisca il distintivo dei messaggeri, degli araldi, degli ambasciatori. Ma nessun elemento storico o etimologico ne giustifica l’uso come l’emblema della medicina.

Il simbolo della medicina è il bastone serpentario di Esculapio, che quantunque abbia una certa rassomiglianza con il caduceo, se ne distingue per la mancanza di ali all’estremità e perché ha un solo serpente. In tutti i monumenti antichi il dio della Medicina è rappresentato da un uomo maturo dal volto severo e meno spesso da un giovane senza barba, ma quasi sempre il suo braccio si appoggia ad un bastone intorno al quale si avvolge un serpente. Quando il bastone manca il serpente si avvolge intorno all’avambraccio del dio o si drizza a spirale al suo lato dalla terra, spesso ai piedi di Esculapio si trova un gallo, o un cane, simboli della vigilanza. Ma mentre questi due attributi possono mancare, il serpente è sempre presente. Su di una medaglia di P. Licinius Valerianus il padre della medicina è rappresentato seduto presentando una coppa ad un serpente. Al Museo Vaticano si appoggia ad un lungo bastone intorno al quale si avvolge un serpente. Su un bassorilievo di marmo bianco trovato ad Atene Esculapio ed Igea sono sdraiati presso una tavola coperta di frutti e dolci, verso la quale si dirige un serpente. Secondo un mito Esculapio fulminato da Giove fu trasfigurato in una costellazione con il nome di Serpentario. Il serpente ricorda anche la metamorfosi del dio quando accorse a Roma per salvarla dalla peste. Ovidio riferisce questa circostanza nel XV libro delle Metamorfosi. a.a.



Fig. 2

Questa spiegazione, pur esauriente, non convinse del tutto Cesare Colombarolli di Verona il quale, sempre sulla stessa rivista, dello stesso anno, alla pagina 988, a commento dell’articolo testé

CONSIGLIO DIRETTIVO (1952-1954)

Presidente Soprani Diego
Segretario Pradella Oscar
Tesoriere Bazzocchi Giovanni
Componenti Battistini Gaspare
Gallina Dino
Loreti Mario
Sega Achille

Collegio dei Revisori dei Conti

Componenti Bisulli Elio
Dothel Guglielmo
Lazzari Agli Falco
Supplente Gotti Carlo



Monumento di Gian Battista Morgagni
realizzato nel 1783 dal bolognese Savino Savini

trascritto, replicava brevemente concludendo la sua argomentazione *“Ad ogni modo, stando agli storici, un nesso tra Caduceo di Mercurio ed Aste Medica, esiste”*. Discorso però, questo, che convince meno del precedente. Ventura e Leocata di recente si sono occupati dell’argomento con ricchi riferimenti alla mitologia greca e sono giunti alla conclusione che una cosa è il **caduceo di Mercurio**, che interessa gli araldi, i commercianti e i truffatori, altra è il **bastone serpentario di Esculapio**. Tutto ciò premesso qualche altra cosa resta da dire a maggiore informazione.



Fig. 3

risalente al 16 giugno 1956, giorno in cui, a Reggio Emilia, la Società Italiana di Storia Critica delle Scienze Mediche e Naturali mutò il nome in quello di Società Italiana di Storia della Medicina, compare lo stemma a tutti noto della clessidra con avvolto un serpente e la legenda “Medicina nei secoli”, senza peraltro che nessuna memoria scritta stia ad indicare l’adozione di questo da parte della S.I.S.M.A complicare le cose, infine, nota il Presidente, nel 1965 nacque a Perugia la rivista storico-medica “Medicina nei secoli” che riprese lo stesso stemma. Alla luce di questa situazione pertanto propone che venga adottato uno stemma diverso da quello descritto e da scegliere tra quelli ideati ed elaborati dal socio Dott.ssa Alessandra Scagliarini. I consiglieri presenti, dopo attento esame, scelgono il disegno più semplice consistente nella riproduzione del caduceo, con la voluta della coda del serpente il basso, entro cui si legge la data di fondazione della Società, il 1907, mentre in tondo compare la dicitura “Società Italiana Storia Medicina”. Alla unanimità viene accettato questo stemma che da questo momento è quello della SISM ed a tutti gli effetti sostituisce quello usato sino ad oggi” (FIG. 2).

C’è da premettere che la SISM, Società Italiana di Storia della Medicina, che era priva del simbolo distintivo, già nel 1988 provvede a fregiarsene adottando appunto il bastone serpentario di Esculapio. Sul bollettino di questa Società è riportato quanto fu messo a verbale dal Consiglio Direttivo della stessa riunitosi il 29/04/1988:

“Il Presidente introduce l’argomento dello stemma della Società. Riferisce quanto ha appurato il segretario Aulizio e cioè che dai documenti agli atti, risalenti alla costituzione della Società Italiana di Storia Critica delle Scienze Mediche e Naturali, 1907, voluta da Domenico Barduzzi, non si è fatto cenno ad uno stemma ufficiale della Società stessa. È anche vero che nel libro dei verbali di questa Società,



Fig. 4



Fig. 5

A proposito di questo verbale va fatta una precisazione a chiarimento ulteriore dei fatti. Nel verbale si legge che è stato scelto a simbolo il caduceo, con la voluta della coda del serpente in basso, quindi si intende inequivocabilmente il bastone serpentario. In realtà anche caduceo è sinonimo di verga o bastone e solo una specie di convenzione sta ad indicare nel caduceo stesso il simbolo di Mercurio e nel bastone quello di Esculapio. Quindi la vera differenza tra i due simboli sta nei serpenti, due per Mercurio, uno per Esculapio. Queste definizioni vanno ripetute perché sono alla base dell’equivoco che si perpetua nel tempo! Sul n. 2/96 del “Bollettino” dell’Ordine dei Medici dell’Aquila compare una lettera del medico Luca Ventura a chiarimento appunto della differenza esistente tra caduceo di Mercurio e bastone serpentari

CONSIGLIO DIRETTIVO (1955-1957)

Presidente	Gallina Dino
Segretario	Girotti Francesco
Tesoriere	Borelli Francesco
Componenti	Bertini Fernando
	Farolfi Francesco
	Fonti Gabici Armando
	Lugaresi Agostino
	Montanari Giorgio
	Zanardi Franco



Corsia Ospedale G. B. Morgagni - Forlì
anni '50

di Esculapio e come, a conclusione di una minuziosa indagine nel dedalo della mitologia greca, il simbolo dei medici e dell'arte medica debba essere inequivocabilmente il **bastone serpentario di Esculapio** nonostante la confusione che nei secoli si sia fatta. Indubbiamente lo studio del Ventura appare dirimente. Sul "Messaggero" del 27 agosto 1997 Sara Ippolito nell'articolo "Esculapio sostituirà Mercurio. Medici, non ladri e l'Ordine decide di cambiare simbolo" scrive:



Fig. 6

valutare il significato del nostro logo. È vero, era il simbolo sbagliato. Per sgombrare il campo dalla possibile confusione fra categorie con lo stesso logo, la federazione ha quindi deciso di cambiarlo. "A settembre avremo un solo serpente - conclude Pagni - più adatto alla nostra categoria, che con i protetti di Mercurio ha poco in comune".

La notizia, non priva di interesse, venne ripresa dal "Corriere Medico" del 18 settembre dello stesso anno e ripete quanto già letto nell'articolo trascritto, di Sara Ippolito. Aggiunge Pagni che "Gli esperti di storia della medicina hanno fornito una risposta ai nostri dubbi, dunque ora potremo risolvere la questione. Penso che in futuro la simbologia dell'attività medica sarà espressa da un solo bastone e un solo serpente".

Ad oggi non mi risulta che la Federazione abbia assunto un provvedimento ufficiale, infatti all'Ordine dei Medici di Forlì-Cesena, da me espressamente interpellato, non è giunta alcuna comunicazione, a distanza di oltre un anno. Nel bel libro a cura di Pagni, presentato ufficialmente dalla Federazione il 13 dicembre 1997, vediamo che nello scorrerne le pagine sono raffigurati indifferentemente i due simboli.

Infatti nell'antiporta del libro di Battista Codronchi "Christiana ac tuta medendi ratione", stampato a Bologna nel 1629 è riprodotto il Caduceo di Mercurio, mentre sul libro del Petratti "Brevi cenni di politica medica" stampato a Roma nel 1843, è raffigurato il bastone con il serpente avvolto gli attorno nell'atto di accingersi a bere da una coppa.



Fig. 8

"Così da settembre si cambia: i due serpenti del logo, emblema di Mercurio verranno sostituiti con un solo serpente, il corretto simbolo di Esculapio, dio della medicina. A darne l'annuncio è Aldo Pagni, presidente della Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. A far aprire gli occhi ai medici, sottolineando con un pizzico di ironia l'imperdonabile gaffe, è stata anche una lettera inviata da un dottore appassionato di mitologia, alla rivista ufficiale della società italiana di igiene e medicina preventiva, in cui viene evidenziato l'errore commesso nella scelta del logo e l'ambiguità che ne deriva per l'intera categoria. "È vero - ammette Pagni - il nostro logo non era il simbolo di Esculapio, ma del messaggero degli dei, la divinità dei ladri. Tre mesi fa abbiamo dato a un istituto di storia della medicina l'incarico di



Fig. 7

Motivo anche questo caro alla mitologia greca, come è pure riprodotte il Caduceo di Mercurio nel "Codice di deontologia medica" approvato dal Consiglio Nazionale del giugno 1995. Anche l'E.N.P.A.M., il nostro Ente di Previdenza, si fregia, sulla sua carta intestata, del simbolo di Mercurio. Ritengo che oggi si debba veramente ristabilire la verità e si prenda come punto di partenza il lavoro di Ventura e Leocata che per primi hanno sollevato e ridiscusso il problema.

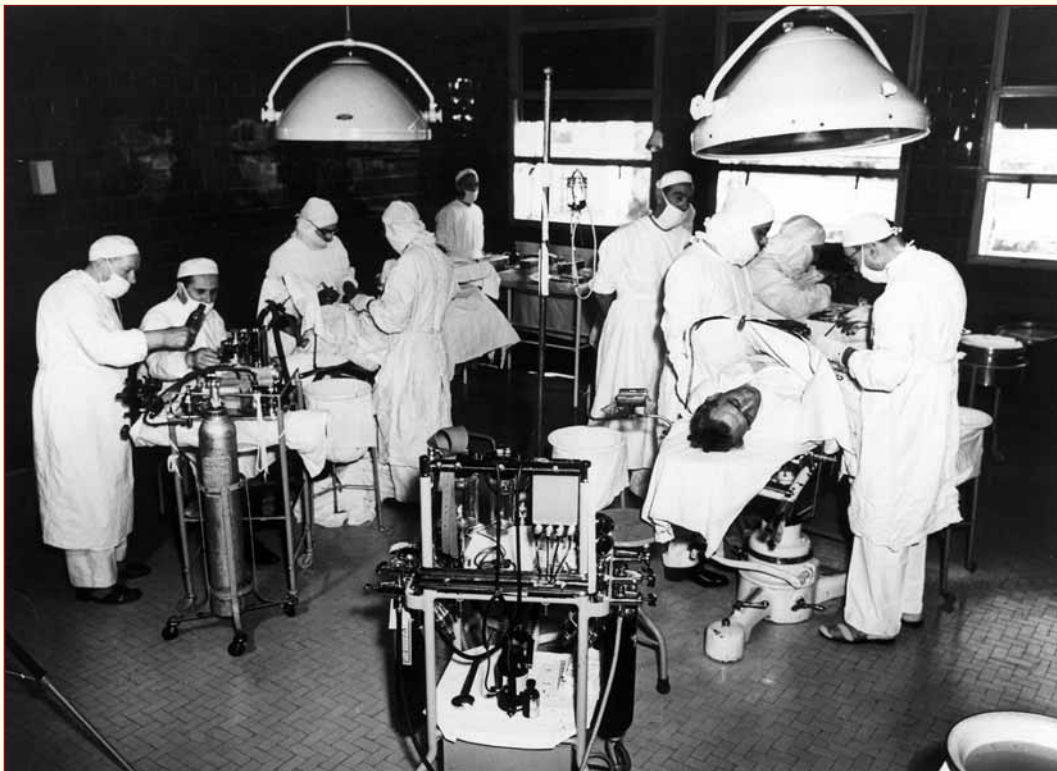
Non va taciuto che sul n. 1/1997, chi scrive presentò il lavoro storico-medico "In margine al cinquantenario della ricostituzione

CONSIGLIO DIRETTIVO (1958-1960)

Presidente	Gallina Dino
Vicepresidente	Farolfi Francesco
Segretario	Girotti Francesco
Tesoriere	Borelli Francesco
Componenti	Bertini Fernando Lazzari Agli Falco Lugaresi Agostino Montanari Giorgio Zanardi Franco

Collegio dei Revisori dei Conti

Componenti	Galassi Mario Bazzoli Giovanni Piancastelli Corso
Supplente	Serantini Marino



Sala operatoria Ospedale G. B. Morgagni - Forlì
anni '50

degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (1946-1996) e che a corredo dell'articolo presentava la riproduzione fotografica della propria acquaforte - acquatinta raffigurante il Bastone Serpentario, riaffermando con ciò la verità storica in antitesi, e velato rimprovero, con l'Ordine di Forlì-Cesena che reca a proprio simbolo il caduceo di Mercurio. Un'ultima notazione, visto che ben raramente se ne parla, il serpente del bastone di Esculapio è il Colubro detto appunto di Esculapio, appartenente all'ordine degli Squamati, al sottordine degli Ofidi e alla famiglia dei Colubridi, innocuo, presenta le più varie dimensioni, da pochi centimetri, a pochi decimetri sino a tre metri; la sua innocuità, evidentemente, lo ha fatto scegliere a quasi amico dell'uomo visto che porta la guarigione, e può tranquillamente avvolgersi al braccio o al bastone retto da una mano.

*** Libero Docente di Storia della Medicina**

Fig. 1 - Caduceo di Mercurio e Bastone serpentario di Esculapio Spiegazione nel testo.

Fig. 2 - Medaglia coniatata per ricordare il 1° Congresso Italiano dei Medici Condotti svoltosi a Forlì nel settembre del 1874. Le mani che si stringono in segno di solidarietà e fratellanza sono sormontate (erroneamente) dal Caduceo di Mercurio. (Coll. F. Aulizio).

Fig. 3 - Medaglia francese dedicata all'anatomico Xavier Bichat (1771 -1802), coniatata nel 1807. Sul verso campeggia il Bastone Serpentario di Esculapio. (Coll. F. Aulizio).

Fig. 4 - Distintivo del "ROYAL ARMY MEDICAL CORPS" ovvero la Sanità Militare Inglese. Contornato da una corona di allora, sormontato dalla corona reale, è raffigurato il Bastone Serpentario di Esculapio. (Coll. F. Aulizio).

Fig. 5 - Stemma ufficiale della Società Italiana di Storia della Medicina. È stato ideato ed elaborato dal socio Dott.ssa Alessandra Scagliarini.

Fig. 6 - Moneta coniatata dalla Repubblica Socialista Cecoslovacca nel 1969 per ricordare il grande anatomico Giovanni Evangelista Purkyne (1787-1869), a cento anni dalla morte. Sul recto, a sinistra in basso di chi guarda, è visibile il Bastone Serpentario di Esculapio. (Coll. F. Aulizio).

Fig. 7 - Medaglia coniatata in occasione dei nove secoli di vita dell'università di Bologna nel 1988, opera di Giannantonio Bucci, dedicata al chirurgo e medico legale del secolo XIV Bartolomeo da Varignana. È ben visibile a sinistra di chi guarda, verticalmente, il Bastone Serpentario di Esculapio. (Coll. F. Aulizio).

Fig. 8 - Timbro dell'Ordine dei Medici di Forlì, ideato negli anni '70 dal Prof. Lorenzo Canali ed oggi non più in uso. Al centro è raffigurato Asclepio ed alla sua sinistra, all'altezza del volto, il Bastone Serpentario.

Tratto da "Il Bollettino degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri della Romagna" n. 4/1998

CONSIGLIO DIRETTIVO (1961-1963)

Presidente	Gallina Dino
Vice Presidente	Farolfi Francesco
Segretario	Busin Mario
Tesoriere	Pasetti Pier Luigi
Componenti	Bazzocchi Alberto
	Girotti Francesco
	Montanari Giorgio
	Rastelli Guglielmo
	Zanardi Franco



**Sede Ordine 1961-1962
Largo De Calboli, 3 - Forlì**

MARIO LORETI (1898-1969)

*a cura del Prof. Giorgio Maltoni**

Quarant'anni da Primario Chirurgo: dal 1929 al '46 all'ospedale civile di Meldola, e dal '46 al 30 settembre '68 a Forlì, tranne un breve periodo di 8 mesi in Africa Orientale - Etiopia al seguito del suo maestro e amico prof. Raffaele Paolucci. A 31 anni già primario, ha vissuto l'epoca eroica della chirurgia. L'anestesia rudimentale, le infezioni, le perdite di sangue obbligavano il chirurgo alla rapidità e alla precisione: il risultato dipendeva esclusivamente dall'abilità delle sue mani e dalla tempestività delle decisioni da prendere volta per volta. Per questi motivi non c'era differenza fra operare a Meldola, a Bologna o a Roma: tanti grandi chirurghi, Valdoni, Paolucci, Stefanini hanno esordito in provincia nelle loro brillanti carriere. L'anestesia e rianimazione, la trasfusione di sangue e derivati, gli antibiotici hanno radicalmente modificato la prognosi di interventi codificati già dalla fine dell'800 e nel primo 900, abbandonati per mortalità e post operatorie inaccettabili.

Questi presidi e le tecnologie sempre più sofisticate hanno rapidamente escluso dal progresso i piccoli ospedali, non senza pesanti problemi di comunicazione e trasporti che qualche volta diventavano motivo di difesa dei territori più disagiati.

L'ospedale "G. B. Morgagni" di Forlì, allora unico di prima categoria in Romagna, ha con Loreti seguito il progresso; è stato il 2° o 3° in Italia a dotarsi di un servizio di anestesia e rianimazione con un primario autonomo, il Prof. Enzo Canali inviato a Firenze e a Torino a imparare l'arte. Loreti ha sempre incoraggiato, qualche volta obbligato, i suoi collaboratori ad aggiornarsi a studiare, a pubblicare, a migliorare la propria preparazione.

Non sono tante le divisioni ospedaliere di allora da cui sono usciti liberi docenti e primari oltre che di chirurgia anche di altre discipline che il professore voleva autonome. Oltre al servizio di anestesia e rianimazione è sorta dalla chirurgia la divisione di urologia, prima in Romagna, un centro oncologico affidato all'assistente chirurgo dott. Dino Amadori che in qualche anno ha trasformato in divisione di oncologia e poi in Istituto di ricerca e cura IRST, proprio nell'ospedale di Meldola, da cui il professore era partito. Il secondo, dopo l'anestesia, che poteva permettere gli interventi più estremi e rilevanti consisteva nella possibilità di reintegrare il sangue perduto. Arrivato a Meldola nel 1933 affrontò il problema in maniera radicale, come era nel suo carattere.

Organizzò uno sparuto gruppo di sei donatori, cui si aggregò presto la mitica Virginia Bertini, lavandaia, che durante gli anni di guerra donò il sangue 277 volte certificate dai 70 agli 80 litri, cercando spesso di nascondere i brevissimi intervalli di tempo. Giunto a Forlì nel 1946, diventò subito presidente dell'AVIS,



*Bassorilievo Mario Loreti
1970, Roberto de Cupis*

CONSIGLIO DIRETTIVO (1964-1966)

Presidente	Gallina Dino
Vicepresidente	Servetti Mario
Segretario	Biasini Gian Carlo
Tesoriere	Farneti Gino
Componenti	Gattei Elio
	Mazzoni Carlo
	Massera Luigi
	Serantini Marino
	Tramonti Romano

Collegio dei Revisori dei Conti

Componenti	Bazzoli Giovanni
	Galassi Mario
	Piancastelli Corso
Supplente	Farolfi Francesco



**Sede Ordine 1962-1969
Via Achille Cantoni, 29 - Forlì**

fondata 10 anni prima dal Prof. Ugo de Castro, primario medico. Erano gli anni eroici della trasfusione: il sangue veniva donato ancora braccio a braccio, il donatore in sala operatoria o al letto del malato; il gruppo O era il più salassato, il gruppo delle urgenze, ignoti i sottogruppi e il fattore Rh.

Loreti nel 1951 organizzava l'8° Congresso Nazionale dell'AVIS, un grande successo, che fece conoscere Forlì in campo nazionale e non solo dal punto di vista delle problematiche trasfusionali. In seguito ad instancabili campagne di proselitismo portò i donatori da 90 a 500, 1000 e oltre. I primi anni 50 sono gli anni della scoperta di poter conservare il sangue in flaconi di vetro per 15-20 giorni e dividere i globuli rossi dal plasma che può venire congelato.

Non più donatori in corsia o in sala operatoria, distesi accanto ai malati, occhi negli occhi, sangue da braccio a braccio. Si temette che offrire il braccio ad un ago anonimo, ad un flacone di vetro potesse disamorare qualche donatore, che non poteva più controllare visivamente i miglioramenti indotti dal suo sangue. Invece il donatore ha sempre accettato il progresso, la bottiglia di vetro, la sacca di plastica, la macchina della plasmateresi.

Nel 1953, un assistente volontario di chirurgia, Giorgio Maltoni, era comandato a rispondere alle richieste di sangue nell'abozzo di centro trasfusionale del sotterraneo del padiglione Palareti. Nel 1956 ad un nostro concittadino accadde una tremenda disgrazia: in un incidente perse la vita il figlio Erio, un ragazzo, ma già promettente campione motociclista.



Maceo Casadei (Forlì, 1899-1992)
Angelo che soccorre i sofferenti, 1959
Affresco firmato e datato: "Maceo 1959"
(AVIS di Forlì)

Il padre, Cav. Telemaco Casadei e la sua famiglia, portati a conoscenza dei problemi dell'AVIS dal Prof. Loreti, vollero costruire e donare alla Città di Forlì il padiglione che fino a qualche anno fa ha ospitato uno dei centri trasfusionali più efficienti in Italia, a sempiterna memoria del giovane Erio, inaugurato il 31 marzo 1963. Dopo il trasferimento del servizio trasfusionale al Morgagni - Pierantoni, il padiglione Erio Casadei ospita ancora la sezione AVIS di Forlì con le sue propaggini sportive, la sezione AVIS provinciale, l'AIDO Pluricomunale di Forlì e la Circoscrizione forlivese n.1. Nel quarantesimo della morte del professore il 12 giugno del 2009 la Sala Convegni del padiglione è stata intitolata al Prof. Mario Loreti.

Nella stessa sala fu allestita la camera ardente, fu celebrata la messa funebre dal vescovo, e Loreti ebbe l'ultimo saluto delle autorità civili e militari, da tanti colleghi e l'abbraccio affettuoso dei suoi donatori. Qualche anno fa nei pressi del nuovo ospedale è stato intitolato un Viale al Prof. Mario Loreti. In pensione da pochi mesi per raggiunti limiti di età, poteva finalmente dedicarsi a tempo pieno ai suoi

CONSIGLIO DIRETTIVO (1967-1969)

Presidente	Servetti Mario
Vicepresidente	Farneti Gino
Segretario	Manzoni Carlo
Tesoriere	Tramonti Romano
Componenti	Biasini Giancarlo Gallina Dino Massera Luigi Righini Giordano Zucconi Walter

Collegio dei Revisori dei Conti

Componenti	Bazzoli Giovanni Galassi Mario Farolfi Francesco
Supplente	Piancastelli Corso



**Sede Ordine 1969-1974
Corso della Repubblica, 52 - Forlì**

studi, alle sue ricerche, alle sue riviste di cui era direttore, alla famiglia, e ancor più alla sua creatura prediletta, l'AVIS di cui continuava ad essere presidente e a compilare il giornalino "La voce del sangue" da lui fondato, sede di dibattiti e aggiornamenti delle problematiche della donazione e della trasfusione. Di una religiosità profonda vissuta e praticata senza ostentazione, aveva una fiducia completa nei disegni segreti della Divina Provvidenza, che hanno esaudito i suoi desideri.

"Spero che la mia vita abbia termine quando le mie facoltà saranno ancora in piena efficienza...". "La Provvidenza, che mi è stata ampiamente benevola, continui ad essere tale concedendomi che l'ultimo disturbo di cui sarò causa sia breve: ciò sarà il suo ultimo grande favore, e così il mio ricordo resterà più vivo".

Il centro ha cambiato aspetto in maniera radicale; è diventato un servizio di alto livello per lo studio del sangue, dei suoi derivati, del cordone ombelicale.

L'AVIS ha sempre collaborato e favorito il passaggio della gestione, mantenendo solo la raccolta periferica.

Loreti continua a vegliare sul Suo centro e sull'associazione da un bassorilievo "parlante" dello scultore De Cupis, nella sala convegni del padiglione "Erio Casadei" a lui dedicata.

*** Già Direttore U.O. Urologia AUSL Forlì**



Suturatrice meccanica di Von Petz

CONSIGLIO DIRETTIVO (1970-1972)

Presidente	Servetti Mario
Vicepresidente	Farneti Gino
Segretario	Bezzi Giovanni
Tesoriere	Casadei Alberto
Componenti	Amadori Dino
	Massera Luigi
	Montaguti Augusto
	Toledo Pier Luigi
	Trombetta Celso

Collegio dei Revisori dei Conti

Componenti	Bazzoli Giovanni
	Galassi Mario
	Farolfi Francesco
Supplente	Piancastelli Corso



Corsia ospedaliera G. B. Morgagni
foto anni '50

LUIGI PIERANTONI: MEDICO E PATRIOTA

Intra (Novara) 1905 - Fosse Ardeatine (Roma) 1944

a cura del Prof. Francesco Aulizio*

Già da diversi anni l'Ospedale Civile di Forlì, intitolato al grande anatomico e anatomo-patologo Giambattista Morgagni, è stato anche intitolato al medico Luigi Pierantoni per la fusione avvenuta con il Centro sanatoriale INPS di Vecchiazzano (Forlì), appunto dedicato a quest'ultimo.

Sia pure faticosamente oggi, quando si vuole indicare l'Ospedale Civile di Forlì, si comincia a dire il Morgagni-Pierantoni, mentre negli anni passati, quando si intendeva indicare o ricordare il Centro sanatoriale si soleva dire sbrigativamente il «sanatorio» oppure «Vecchiazzano». Ed a questo punto sorge un dubbio: dato per scontato che comunemente si sappia che G.B. Morgagni fu un illustre medico, non è per nulla scontato che si sappia chi sia stato Luigi Pierantoni, anche se nel 1977 comparve, sulla «Rivista di Storia della Medicina» fasc. 1°, pp. 72- 100, il lavoro dell'allora già defunto medico sanatoriale Salvatore Aulizio, dal titolo «*Uomini della Resistenza: il medico Luigi Pierantoni*».

Certamente può sembrare irrisione al loro ricordo, non sapere chi furono e che fecero quegli Uomini che bene operarono al punto da essere poi ricordati nel tempo con un monumento, un ospedale, una scuola, o quanto altro ancora possa a ciò essere ritenuto idoneo ed opportuno.

La curiosità di conoscere chi fu il Pierantoni spinse inizialmente Salvatore Aulizio a cercare carte negli archivi dell'INPS, presso la famiglia del Pierantoni stesso, ed ovunque potesse essere possibile trovare materiale utile. Apprese così che Egli era stato medico dell'INPS e che, animato da saldi sentimenti antifascisti, imprigionato prima, era stato poi trucidato alle Fosse Ardeatine il 24 marzo 1944. La Direzione Generale dell'Istituto, dopo la bufera bellica, nel riordinamento dei suoi sanatori disseminati lungo la Penisola, ritenne opportuno rivederne in alcuni casi i nomi e volle intitolargli quello del Centro sanatoriale di Vecchiazzano (Forlì) come meglio si vedrà in seguito.

Queste note di cronaca, più che storiche, hanno la loro ragion d'essere, prima di entrare nel merito dei fatti, perché tutto sommato sono indicative di una mentalità ristretta quando non faziosa, come si è reso evidente nel prosieguo degli avvenimenti.

L'autore della biografia del Pierantoni non riuscì a licenziare alle stampe lo scritto a causa di una grave malattia che, di lì a poco, nel 1968, lo condusse alla morte. Chi redige questo ricordo volle portare a termine il lavoro del proprio padre e si interessò per la pubblicazione di uno scritto che, gradevole nella forma, costituiva soprattutto un doveroso omaggio ad un martire il cui nome era di fatto caduto nell'oblio ancorché spesso ricordato come toponimo! Giungere alla pubblicazione non fu semplice, la Regione Emilia-Romagna infatti, ripetutamente interpellata ed inizialmente interessata alla stampa, di fatto lasciò cadere la cosa perché il Pierantoni non era stato né emiliano né romagnolo!

E ciò nel 1974-75.

Successivamente venne sensibilizzato il Presidente dell'Ente Ospedaliero G.B. Morgagni-L. Pierantoni, e nel giro di sei mesi circa, nel 1977, giunse la risposta che: «... stante le difficoltà economiche in cui tutti gli Enti pubblici si dibattono, non è possibile sostenere la spesa della pubblicazione a stampa dello scritto sopraricordato».



Ritratto di Luigi Pierantoni, 1988

Bronzo di Augusto Neri

Forlì, Ospedale Luigi Pierantoni, parco

CONSIGLIO DIRETTIVO (1973-1975)

Presidente	Servetti Mario
Vicepresidente	Farneti Gino
Segretario	Bezzi Giovanni
Tesoriere	Casadei Alberto
Componenti	Boni Bruno
	Canali Lorenzo
	Dothel Guglielmo
	Toledo Pier Luigi
	Trombetta Celso

Collegio dei Revisori dei Conti

Componenti	Bazzoli Giovanni
	Galassi Mario
	Farolfi Francesco
Supplente	Piancastelli Corso



**Sede Ordine dal 1974
Viale Bolognesi, 19 - Forlì**

E con ciò ogni commento è superfluo ché andrebbe a totale sfavore dei responsabili di tali atteggiamenti. Finalmente, senza altri indugi, visto che pubblicare in zona, a maggior decoro delle locali istituzioni, era impossibile, il dattiloscritto venne inviato alla detta Rivista e nel 1977 vide la luce.

Tra le varie copie spedite in omaggio una venne indirizzata al Presidente dell'Ente Ospedaliero, ancora lo stesso che di fatto si era visto costretto a risparmiare quanto possibile ogni spesa superflua, il quale ringraziò per: *«l'interessante saggio del Dott. Salvatore Aulizio che potrà tornarmi utile in occasione di una eventuale celebrazione in omaggio... In tale occasione potrà pure essere esaminata la possibilità di erigere un busto a Luigi Pierantoni come da desiderio espresso dall'Autore».*

E veramente c'è da restare allibiti nel constatare come alcune persone con tanta facilità, leggerezza e disinvoltura siano disposte a dire cose tra loro contrastanti, con eguale impegno e nel volgere di poco tempo. Comunque, premesse queste notizie che in sede locale sembra opportuno render note, il ricordo vero e proprio sul Medico trucidato ora deve essere fatto.

Nato ad Intra, comune di Verbania e provincia di Novara, il 2 dicembre 1905, si trasferì ben presto a Roma per le necessità di lavoro del padre ed ivi percorse tutto il curriculum scolastico sino al conseguimento della laurea in medicina, nel 1928, non ancora ventitreenne.

Subito dopo la laurea, per tre anni, occupò il posto di medico assistente presso gli Ospedali Riuniti di Roma; specializzatosi in Tisiologia, per tre anni, diresse il sanatorio privato «Villa Roma» di Arco di Trento. Vinto il concorso per medico di sede provinciale della Previdenza Sociale, fu destinato ad Ancona e di qui alla Sede Provinciale di Roma. Lo scoppio della guerra lo vide esonerato dal servizio militare per deficit visivo, ciò non di meno volle iscriversi alla Croce Rossa come ufficiale medico e venne destinato all'Ospedale «Cesare Battisti» di Roma. Successivamente venne nominato direttore del XIV Ospedaletto da Campo di Tor Fiorenza della C.R.I.

Decisamente antifascista, sin dalla fondazione si era iscritto al Partito d'Azione e ben presto entrò a far parte della organizzazione partigiana collaborando attivamente alla stampa ed alla diffusione delle pubblicazioni clandestine. All'attività professionale così alternò quella di agitatore politico. Divenne Capo Settore dei quartieri Salaria e Nomentano, si dedicò alla raccolta ed alla distribuzione di armi e, allo scioglimento dell'Arma dei Carabinieri, riuscì a recuperare circa cinquanta moschetti che nascose nella propria abitazione con enorme rischio per sé, per la moglie Lea e per i figli Giuliano, Lucia e Paolo. Partecipò infine a frequenti azioni di sabotaggio e pose personalmente delle mine sotto il ponte della Magliana. Ma tutto ciò doveva necessariamente finire dato l'estremo rischio di queste azioni. Infatti la sera del 7 gennaio 1944, mentre era di guardia nel suo ospedaletto di Tor Fiorenza, un ufficiale nazista delle SS lo fece chiamare nell'ingresso e qui giunto subito dopo, ancora in camice bianco, un delatore italiano, puntandogli un dito contro disse: «Questo è il Dott. Pierantoni». Fu l'inizio della fine. Tradotto in Via Tasso venne sottoposto a stringenti interrogatori senza mai rivelare nomi o fatti che avrebbero potuto compromettere il movimento insurrezionale. Dopo diciassette giorni venne condotto a Regina Coeli e gli fu data l'opportunità di rendersi utile professionalmente; subito ne approfittò per reinserirsi nel movimento clandestino raccogliendo notizie da inviare nei modi più opportuni, riuscendo così a prevenire altri arresti.

Nel volgere di poche settimane questa sua attività vivace ed appassionata, seppure guardinga, gli dette nuova popolarità nel mondo partigiano della Capitale tanto che quando i patrioti stavano per intraprendere un'azione rischiosa si rincuoravano l'un l'altro dicendo: *«Stà tranquillo: accada quello che vuole, a Regina Coeli c'è il Dott. Pierantoni che pensa ad aiutarci».* E c'è da riflettere con vera commozione a questa frase perché stava ad indicare che per quanto possibile, pur nel terrorizzante mondo del carcere, di quel carcere, in un clima di allucinante brutalità, un nostro patriota avrebbe potuto sicuramente contare sull'aiuto di un uomo che, pur a sua volta prigioniero, si sarebbe adoperato da amico, da protettore e, ancora una volta da medico, per aiutarlo.

Quanto il Pierantoni si fosse immedesimato in questo ruolo ce lo dimostra un episodio che ha dell'incredibile. Venne più volte comandato per accompagnare delle reclusi al carcere delle Mantellate,

CONSIGLIO DIRETTIVO (1976-1978)

Presidente	Servetti Mario
Vicepresidente	Farneti Gino
Segretario	Bezzi Giovanni
Tesoriere	Casadei Alberto
Componenti	Boni Bruno
	Canali Lorenzo
	Dothel Guglielmo
	Toledo Pier Luigi
	Trombetta Celso

Collegio dei Revisori dei Conti

Componenti	Bazzoli Giovanni
	Galassi Mario
	Giorgi Franco
Supplente	Piancastelli Corso



Interno Ospedale Casa di Dio per gli Infermi, cortile occidentale
Corso della Repubblica, Forlì - oggi sede della Pinacoteca

certamente non da solo, ma con scarsa scorta; avrebbe potuto, in un modo o nell'altro, tentare la fuga e perché no, riuscirci, ma non volle, preferì tutte le volte rientrare a Regina Coeli perché, come ebbe a scrivere alla moglie: «*Per ora sono più utile qui che fuori...*». E ciò è vero, era riuscito ad istituire nel carcere un osservatorio clandestino per la raccolta di informazioni utili per l'interno del carcere le une, da diffondere all'esterno le altre, e non intendeva por fine a questa triplice attività: politica, militare e di soccorso. La conclusione tuttavia si preparava. L'attentato di Via Rasella fu l'elemento determinante. Il 24 marzo 1944, 335 uomini, sicuramente estranei al fatto, perché già in carcere al momento dell'attentato stesso, vennero prelevati, condotti con camion alle Ardeatine, massacrati e ricoperti da una valanga di terra fatta cadere sui corpi senza vita con delle cariche esplosive.

Tra costoro ci fu anche *Luigi Pierantoni*. La Liberazione portò alla luce anche questa macabra notizia dell'eccidio di cui già si parlava sottovoce e con la segreta speranza di tutti che potesse essere non vera o non così tragica. Nei lavori di scavo per il pietoso recupero dei corpi venne trovato ed identificato da congiunti ed amici anche il cadavere del Nostro; aveva indosso le fotografie dei familiari ed un biglietto che il padre gli aveva inviato pochi giorni prima per raccomandargli un ebreo imprigionato. Molti onori vennero resi alla memoria del Pierantoni da autorità italiane e straniere. Va ricordato che il 17 luglio 1946 il Dott. Palma, Direttore Generale reggente dell'INPS, emanò una circolare con la quale venivano comunicate le nuove denominazioni da attribuire ai sanatori dell'istituto rimasti privi di intitolazione dopo la circolare del 2 agosto 1945. Il Centro sanatoriale di Forlì fu allora intitolato a Luigi Pierantoni con la seguente motivazione: «*Luigi Pierantoni (1905-1944) Medico del Servizio Sanitario dell'INPS, vittima della furia nazi-fascista, morto alle Ardeatine il 24 marzo 1944*». A Roma inoltre gli fu intitolata una via e furono poste due lapidi a Suo ricordo: la prima all'ingresso della sua abitazione, in Piazza Ledro 7, la seconda sullo scalone del Palazzo della Previdenza Sociale in via Minghetti 22.

Conclusioni

Ed allora perché questo ricordo sul nostro «Bollettino» dal momento che molto più compiutamente nella pubblicazione già ricordata, di Salvatore Aulizio, venne illustrata la figura di questo patriota? Un perché c'è e si riallaccia all'appassionato progetto, mai realizzato, del padre di Luigi Pierantoni, il Comm. Amedeo, già da anni scomparso, il quale vanamente si batté perché venisse eretto a Forlì, in Sanatorio, un busto bronzeo a ricordo del suo valoroso e sfortunato figlio. Anche Salvatore Aulizio si cimentò in questo progetto, senza nulla concludere. Oggi, con tutte le innovazioni ed i radicali cambiamenti che si sono avuti nell'assetto sanitario nazionale, né siamo alla fine, sarebbe giusto che i medici in prima persona si riappropriassero della figura morale di questo Collega e ne imponessero il ricordo bronzeo nel perimetro dell'Ospedale di Vecchiazano «Luigi Pierantoni», oggi divenuto Morgagni-Pierantoni, in procinto di divenire il successore fisico del glorioso «Morgagni» ormai, là in città dove si trova, angusto e non più rispondente alle nuove esigenze della medicina.

Ed il binomio Morgagni-Pierantoni sembra quanto mai appropriato perché da un lato il grande anatomico ricorda la via dello studio e del progresso scientifico, dall'altro il Martire delle Ardeatine indica le vie del progresso morale e civile che si devono perseguire anche a costo dell'estremo olocausto quanto i tempi lo chiedano.

Due figure diverse quindi per epoca e per concezione di vita che però convergono l'una verso l'altra in quanto entrambe figure di medici benemeriti della società di ogni tempo.

*** Libero Docente di Storia della Medicina**

Tratto da "Il Bollettino dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Forlì" n. 2/1986

CONSIGLIO DIRETTIVO (1979-1981)

Presidente	Bezzi Giovanni
Vicepresidente	Casadei Alberto
Segretario	Ciucciomini Francesco
Tesoriere	Versari Edmondo
Componenti	Boni Bruno
	Canali Lorenzo
	Servetti Mario
	Toledo PierLuigi
	Trombetta Celso

Collegio dei Revisori dei Conti

Componenti	Bazzoli Giovanni
	Galassi Mario
	Giorgi Franco
Supplente	Piancastelli Corso



Cappella Ospedale G. B. Morgagni - Forlì
foto anni '50

VINCENZO RICCI (1894-1973)
medico condotto di Borello (Cesena)

*a cura del Prof. Francesco Aulizio**

«Il parlare, e molto più lo scrivere di se stesso, nasce senza alcun dubbio dal molto amor di se stesso» scrive Vittorio Alfieri nella introduzione all'autobiografia; come dire che questa è un elogio alla propria vanità unita al desiderio, aggiungo, di non voler morire del tutto ma di continuare a vivere nel futuro lasciando di sé una memoria scritta affidata ai posteri. Questo concetto, con sorpresa, ho ritrovato alcuni anni fa in Egitto avendo avuto occasione di parlare dei Faraoni con una colta guida che accompagnava me ed uno sparuto gruppo di amici tra quelle antiche ed affascinanti rovine. Questa guida, una signora molto amabile e buona conoscitrice della nostra lingua, parlandoci del desiderio di immortalità dei Faraoni, desiderio che si riconferma anche osservando l'arredamento delle loro tombe, aggiungeva, forse con malizia, forse con un pizzico di orgoglio storico e nazionalista che, tutto sommato, i Faraoni riuscirono a diventare immortali visto che, da tutto il mondo, giorno dopo giorno, si parla e si scrive di loro e si percorrono i luoghi, lungo il Nilo, dove essi dominarono in quei lontani secoli. E se queste idee sorgono pensando all'intimo significato dell'autobiografia ed a quello del desiderio di volere essere, nell'unico modo possibile, immortali, cioè restare, dopo morti, nel ricordo dei vivi, ben altro significato assume il concetto di biografia ovvero della storia della vita di un uomo. Cosa è dunque la biografia? È il ricordo di una persona, in genere non più in vita, la quale per aver lasciato ampia traccia di sé con la sua encomiabile operosità, in qualunque direzione condotta a favore dei propri simili, ovvero per l'affetto che si è accattivato da parte dei familiari e degli estimatori.

È questo il caso del medico Vincenzo Ricci (1894-1973) al quale la figlia Filomena ha dedicato nel 1984 il libro «Un uomo tra scienza e umanità», dato alle stampe per i tipi dell'editore di Milano Antonio Ghiorzo. Queste mie righe più che una recensione vogliono essere la rievocazione di un medico condotto che bene meritò di sé per un cinquantennio operando alacremente nell'istituto della condotta medica a proposito della quale, all'epoca della stampa di questo libro Pasquale Trecca, presidente del «Sindacato Nazionale dei Medici Condotti», scrive che «Questi esempi di ricchezza interiore, non comune rimprovereranno in futuro il grave errore di avere distrutto una figura ed una istituzione che altre Nazioni cercano di creare». E queste parole del Trecca restano, triste epitaffio, a ricordo di quella condotta medica, tanto benemerita in Italia per l'oscura operosità con cui tanti medici, come Vincenzo Ricci, l'hanno servita nel tempo con grandissimo senso della socialità e della disponibilità umana.

E quindi questa figlia, evidentemente traendo spunto dalla inaugurazione del monumento che venne scoperto a Borello il 16 settembre 1979, ad iniziativa della popolazione locale, volle por mano alla rievocazione del genitore con la pubblicazione di questo libro in cui le pagine scritte si alternano con la riproduzione doviziosa di documenti illustranti la carriera del padre, né mancano numerosi ritagli di giornale a lui dedicati.

E proprio con l'intento di far parlare i fatti, attraverso la presentazione di tutti questi documenti, che Filomena Ricci condensa in poche pagine i tratti biografici. Apprendiamo che nasce a Cesena il 03/07/1894 da Pompeo e da Filomena Domeniconi i quali ebbero in tutto otto figli. La vita, nei primi decenni, per Vincenzo non fu particolarmente facile per le difficoltà economiche che si abatterono sulla sua famiglia. Nel 1914, conseguita una brillante maturità al classico «Vincenzo Monti» di Cesena, si iscrive in medicina a Bologna e poco dopo partecipa alla prima guerra mondiale nel corpo dei bersaglieri conseguendo il grado di capitano, la croce di guerra e due medaglie al merito; viene fatto prigioniero e per ben 27 mesi resta in campo di concentramento ove si prodiga quanto più possibile a favore dei commilitoni come lui in cattività.

Tornato alla vita civile riprende lo studio universitario ed il 16 aprile 1921 si laurea con 110/110 discutendo la tesi «Influenza della morfina sull'amilasi pancreatico». Si specializza in Igiene e quindi in Pediatria, ancora a Bologna, sotto la direzione di Carlo Francioni (1887-1929) il quale, allievo del Mya e del Comba, dette grande impulso alla pediatria bolognese. Si specializzò anche in Ostetricia sotto la direzione di Pasquale Sfameni (1868-1955) che di quella clinica era direttore già dal 1918.

CONSIGLIO DIRETTIVO (1982-1984)

Presidente	Bezzi Giovanni
Vicepresidente	Casadei Alberto
Segretario	Guidi Andrea
Tesoriere	Versari Edmondo
Componenti	Bertini Fernando
	Bianchini Giuseppe
	Canali Lorenzo
	Chicchi Roberto
	Guerra Silvana
	Mondardini Sante
	Pinna Giuseppe
	Poggi Bruno
	Toledo Pier Luigi
	Trombetta Celso
	Zoli Marzio



Tavolo operatorio di Solieri

provenienza: Forlì, Ospedale Giovan Battista Morgagni

Lo Stameni ebbe modo di apprezzare le doti di intelligenza e di inclinazione alla ricerca che aveva notate nel giovane medico tanto da sollecitarlo ad intraprendere la carriera universitaria. Ricci però, giocoforza, dovette declinare l'invito perché le condizioni economiche lo sollecitavano a dedicarsi al più presto all'esercizio della professione e così il 5 agosto 1923 vince la condotta medica di Borello ove rimarrà definitivamente. Per quanto riguarda la sua vita privata c'è da ricordare che nel 1924 si sposò con la maestra Cecilia Ramilli di Savignano sul Rubicone e che dal matrimonio nacquero due figlie: Gabriella e Filomena. La vita professionale di Vincenzo Ricci fu quasi del tutto assorbita dalla condotta, pur ricoprendo per diversi anni alcuni incarichi dei quali, particolarmente, merita di essere ricordato quello di medico della miniera di Formignano dal 1957 al 1962 perché in questo periodo ebbe modo di prodigarsi in soccorso e cura di minatori infortunatisi sul lavoro, il che avveniva frequentemente ed a volte in modo grave. Né mancarono i casi in cui non esitò a scendere in miniera per l'urgenza e la gravità del caso. La seconda guerra mondiale lo vede partecipare a pieno titolo professionale, a differenza di quanto era avvenuto nel corso della prima, perché non ancora medico.

Dirige la sezione De Orchi a Rimini ed il treno ospedale n. 12 che faceva la spola tra l'Italia e la Jugoslavia per riportare in patria i nostri soldati feriti sul fronte grecoalbanese. Verso la fine del secondo conflitto mondiale venne posto in congedo con il grado di maggiore medico per poi diventare tenente colonnello della riserva. Quel che emerge e resta nel ricordo dei tuffi i borellesi è la dedizione che Vincenzo Ricci mostrò nell'esercizio della medicina, dedizione che si estrinsecò nel desiderio di essere sempre utile al malato, utile in senso medico ma anche tangibilmente quando i suoi malati erano ricchi soltanto delle loro malattie e la medicina sociale era ancora tutta di là da venire. Non è un caso che Filomena Ricci oltre a far parlare in questo suo libro il cuore di figlia affettuosa e memore abbia anche razionalmente raccolto memorie e documenti di terzi, nei quali il sentimento può aver giocato non per ragioni affettive e familiari ma soltanto dopo che nel dottor Ricci avevano conosciuto un uomo ed un medico che meritava stima professionale e affetto umano perché è questo binomio inscindibile che ha indotto l'autrice a scrivere per meglio ricordare, ed anche perché il ricordo non si perda, con il fluire del tempo. I borellesi vollero dedicare alla sua memoria, era morto il 24 luglio 1973, un monumento, bello nella sua semplicità, scoperto il 16 settembre 1979, opera dello scultore Tito Neri.

E non fu una manifestazione paesana ma regionale e, senza enfasi, nazionale. Basta leggere le lettere di adesione alla manifestazione per verificare che ciò che ci illustra la figlia è pura verità: la popolazione borellese, la prima ad essere interessata, uomini politici, militari, colleghi autorevoli per cariche ricoperte e per pubblica fama, religiosi. Non credo che ci sia altro da aggiungere a queste poche pagine che ho sentito il piacere di scrivere. Forse una considerazione da medico non più giovane che, pur storico della medicina, è nato «medico di condotta» e tale è vissuto per oltre 30 anni e quell'imprinting, come direbbe Lorenz Konrad, gli è rimasto ancor oggi in un'epoca in cui la condotta è scomparsa non per consunzione ma per voluta e acefala distruzione. Non ci saranno più medici come Vincenzo Ricci ma non perché i giovani medici di oggi siano indifferenti alla sofferenza dei loro simili o siano particolarmente venali, non ci saranno perché sono venute meno quelle condizioni tecnico-organizzative che inducevano, quando non lo obbligavano, il medico condotto a fare quel che faceva Vincenzo Ricci e altri come lui. Bene ha fatto sua figlia a fissare nel tempo questi ricordi, questo suo atto di affetto filiale è anche un dono che ha fatto a tutti i medici che hanno letto ed ancora leggeranno questo suo libro.

*** *Libero Docente di Storia della Medicina***

Tratto da "Il Bollettino degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri della Romagna" n. 2/1996

CONSIGLIO DIRETTIVO (1985-1987)

Presidente	Bezzi Giovanni
Vicepresidente	Zoli Marzio
Segretario	Dall'Agata Sergio
Tesoriere	Canali Lorenzo
Componenti	Borsetta Giampaolo Boschetti Pier Giorgio Camporesi Alberto Faini Gabriele Milanesi Francesco Mondardini Sante Poggi Bruno Spigolon Giovanni Trombetta Celso Vannucci Valter Zanca Adriano

Collegio dei Revisori dei Conti

Componenti	Galassi Mario Morellini Africo Versari Edmondo
Supplente	Portolani Mario



Ventilatore da rianimazione

Provenienza: Forlì, Ospedale Giovan Battista Morgagni

ATTILIO URBINATI (1838-1881)

Un chirurgo cesenate

*a cura del Prof. Francesco Aulizio**

È stato scritto dagli storici della tecnica che questi ultimi 50 anni (o giù di lì) hanno dato in termini di progresso tecnologico i nove decimi di quanto oggi l'uomo ha a disposizione in questo ambito e che il decimo residuo rappresenta invece quanto venne realizzato nei millenni precedenti. Non vi è motivo per non credere a simile affermazione mentre ve ne è molto per riflettere. Tutto quel che vediamo di realizzazione tecnica ci sembra atto dovuto ed ancor più ciò sembra ai giovani ed ai giovanissimi, a quelli, per intendersi, nati dalla fine della seconda guerra mondiale in avanti. Con questa ottica, un po' distratta ed a volte piena di sufficienza, si è guardato all'uomo che alcuni decenni fa camminò sulla luna; con lo stesso stato d'animo si guarda alle comunicazioni intercontinentali che avvengono in tempo reale e tali vengono accettate con imperturbabilità; ai viaggi intercontinentali che avvengono in poche manciate di ore; come pure con indifferenza dalla piazza del più piccolo paese si può, da una cabina telefonica, magari mal tenuta e sgangherata, chiamare una persona in una qualsiasi località dell'Africa o delle Americhe sol che la tasca sia piena di gettoni. E tutto questo per guardare da uomini tra uomini ai fatti ormai comuni della vita. Se le cose ora le guardiamo da medici, nell'ambito della attività professionale, eguale sobbalzo dovremmo avere (e non l'abbiamo) pensando a quanto negli ultimi 50 anni il progresso tecnico-strumentale consente al medico, ed al chirurgo ancor più.

L'antico adagio *noli me tangere* con il quale si indicavano i numerosi organi ed apparati che non dovevano per nessun motivo essere aggrediti dal chirurgo ha ceduto il passo alla audacia ragionata dello studioso il quale, sorretto da una sempre maggiore formazione culturale, scientificamente intesa, oggi non trova ostacoli nell'eseguire interventi chirurgici un tempo solo ipotizzabili dalla più sfrenata fantasia del chirurgo. Basti pensare alla chirurgia endocranica, a quella endotoracica cardiaca, vascolare, polmonare, alla microchirurgia dell'occhio e dell'orecchio; e tutto ciò solo a titolo esemplificativo, per dire che quando ci capita di guardare ad un medico del passato, ad un chirurgo del passato, come in questo caso, per valutare l'importanza della sua opera è indispensabile che ognuno di noi si liberi dalla tentazione di fare dei confronti con quanto si sa oggi su un determinato argomento, di quell'argomento che fu trattato dal medico o dal chirurgo che intendiamo conoscere nella sua lontana operosità.

Solo in questo modo potremo evitare di essere riduttivi e ingenerosi nel dare un giudizio che, per essere tale, dovrà essere un *giudizio di valore*, privo cioè di affettività e di agiografia, né dovrà essere o parere atto sterilmente dovuto, per un erroneo senso di opportunità, per la pretesa di parlar bene sempre e comunque di chi non è più tra noi.

Dopo questo preambolo, lungo, forse non gradito, forse ancora stimato non pertinente, sarà bene iniziare a trattare del chirurgo di Cesena Attilio Urbinati, il quale, pur nella sua modestia di uomo schivo e sobrio, seppe essere nell'arte chirurgica un pioniere nei campi infidi della ovariectomia, della splenectomia e della nefrectomia.

Nacque a Cesena da Orazio e da Cleope Bardi il 17 novembre 1838; nella città natale compì l'intero curriculum elementare e liceale per poi iscriversi alla Facoltà Medica dell'Università di Bologna ove subito si sentì attratto dal Rizzoli. Orientatosi verso la chirurgia, appena laureato ebbe la nomina di assistente presso l'Ospedale degli Infermi di Faenza per divenire presto Primario chirurgo in quello della vicina Bagnacavallo. Fu molto amico di Domenico Peruzzi, attivo a Lugo, operatore brillante, ardimentoso e progressista, molto versato nella chirurgia ginecologica. La perizia tecnica e la preparazione culturale fecero sì che nel 1870 venisse nominato Primario chirurgo a Cesena, succedendo a Teodoro Cavallotti,

CONSIGLIO DIRETTIVO (1988-1990)

Presidente	Bezzi Giovanni
Vicepresidente	Boschetti Pier Giorgio
Segretario	Dall'Agata Sergio
Tesoriere	Borsetta Giampaolo
Componenti	Benzoni Sandro Camporesi Alberto Canali Lorenzo Cecchini Ubaldo Ciardiello Michele Mondardini Sante Montesi Massimo Silvani Giorgio Sirri Andrea Trombetta Celso Zoli Marzio
Consiglieri Odontoiatri	Casadei Maurizio Fattori Silvano
Collegio dei Revisori dei Conti	
Componenti	Biagini Viscardo Faini Gabriele Missiroli Aristide
Supplente	Roncarati Chiara



Gruppo radiologico USArmy C2

periodo di utilizzo: anni 1945-1950

Provenienza: Forlìpopoli, Ospedale Civile

lombardo, e tale incarico resse per un decennio. In questa città si distinse per una attività chirurgica generale caratterizzata da spiccata disponibilità di spirito per le innovazioni che la fine dell'Ottocento vedeva trionfare. Non per niente la narcosi eterea nasce nel 1846 grazie a Morton, seguita dalla cloroformica un anno dopo per merito di Simpson.

Inoltre, fatto di estrema importanza, nel 1864 si ha l'azione precorritrice di Bottini nel campo dell'antisepsi e nel 1867 la conferma e la maggior diffusione della stessa, ad opera dello scozzese Lister. Kocher e Pean a loro volta, con la creazione delle rispettive pinze emostatiche, ancor oggi note con il loro nome, facilitano, e non poco, il lavoro al tavolo operatorio. Queste poche ma determinanti innovazioni furono sufficienti a consentire ai chirurghi un enorme balzo in avanti in quanto fu così possibile rivoluzionare il secolare assetto della tecnica chirurgica e spostarsi verso tipi di interventi prima rischiosissimi sia per la sofferenza fisica cui veniva sottoposto il paziente, sia per il trauma chirurgico suscettibile di causare copiose o del tutto mortali emorragie, sia infine per le frequenti complicazioni suppurative e setticemiche post-operatorie che potevano pregiudicare decisamente il più riuscito degli interventi. Eliminati, comunque grandemente ridotti, questi rischi, è chiaro che il chirurgo avveduto e vivace, traeva motivo dalla nuova situazione, già nel secondo Ottocento, per un nuovo entusiasmo interventista.

Impresse quindi l'Urbinati alla chirurgia di Romagna un notevole impulso in senso globale mentre eccelse per tre interventi da pioniere: l'ovariectomia, la nefrectomia, la splenectomia. La sua prima ovariectomia, ed una delle primissime nella letteratura mondiale, ad esito fausto, la praticò nel 1872.

Era questo un intervento ritenuto sempre mortale prima del 1856, anno in cui Tommaso Spencer Wells (1818-1897) la eseguì con migliorata tecnica portando la mortalità al 4%. Fu molto sostenuto l'Urbinati, nella determinazione di effettuare questo intervento demolitivo sui genitali femminili, dall'aiuto del già ricordato amico Domenico Peruzzi.

Nel 1873 e nel 1874 il Nostro si cimentò in altre tre ovariectomie con buon esito in un solo caso, mentre perdette le altre due operate a causa dell'insorgenza della setticemia. Nel 1878 eseguì un altro intervento di tal genere affinando la tecnica e soprattutto applicando il metodo antisettico listeriano, con esito positivo. Ma gli interventi in cui l'Urbinati si impose decisamente furono quelli della nefrectomia e della splenectomia. Il Pazzini nella sua «Storia della Medicina» del 1947, ricorda esplicitamente questo chirurgo a proposito della nefrectomia e scrive testualmente: «Nel 1879 Urbinati di Cesena ne fece un nuovo tentativo; ma il malato morì di peritonite».

Precedentemente a lui questa operazione era stata eseguita da Gustavo Simon nel 1870 e soltanto dopo quasi un decennio vi si cimentò il cesenate. Evidentemente il già ricordato concetto del *noli me tangere* dominava, anche se già nel 1680 lo Zambeccari, sperimentalmente, l'aveva eseguita su un cane, al pari dell'imolese A. M. Valsalva. Il D'Antona (1842-1914) eseguì poi la nefrectomia paraperitoneale nel 1885 ed erroneamente la priorità dell'intervento venne riconosciuta a Bergmann che la eseguì nel 1886.

È chiaro che ci si riferisce alla storia anagrafica di interventi degni di tal nome. C'è da dire che, secondo Giulio Ricci, l'Urbinati avrebbe eseguito la sua nefrectomia non nel 1879, come scrive il Pazzini, bensì il 27 aprile del 1878 e c'è da ritenere che questa sia l'esatta data dell'intervento perché questo fu oggetto di una interessante memoria pubblicata sul «Bollettino delle Scienze Mediche di Bologna» da parte di Carlo Rigoni già assistente di Robusto Mori, Primario medico a Cesena.

Precedentemente all'Urbinati la letteratura mondiale presentava 22 nefrectomie e questa del Nostro fu la prima italiana e la ventiquattresima nel mondo. E si badi bene che questo intervento era molto temuto alla fine dell'Ottocento, basti sapere che Fergue, nel 1920, nel suo trattato di «Patologia chirurgica» scriveva che la nefrectomia dava una mortalità alta: il 58% secondo Chevalier nel 1881, il 54% secondo Siegrist nel 1889, ridotta al 24% secondo Heresco nel 1898.

CONSIGLIO DIRETTIVO (1991-1993)

Presidente	Bezzi Giovanni
Vicepresidente	Zoli Marzio
Segretario	Dall'Agata Sergio
Tesoriere	Boschetti Pier Giorgio
Componenti	Bagnari Carla Benzoni Sandro Borsetta Giampaolo Falcini Fabio Gianessi Giorgio Mondardini Sante Morellini Africo Santarini Fiorenzo Saragoni Daniele Trombetta Celso
Consiglieri Odontoiatri	Casadei Maurizio Fattori Silvano
Collegio dei Revisori dei Conti	
Componenti	Albarelli Alberto Missiroli Aristide Pedriali Lanfranco
Supplente	Pari Gilberto



Terracotta, di Gaetano Saviotti "La Carità"

Forlì, Ospedale Casa di Dio per gli Infermi, facciata

E per un chirurgo di provincia, di buona mano e sia pure di solida preparazione teorica, affrontare l'alea di un simile intervento non dovette certamente essere impresa da poco, non solo sul piano tecnico ma anche, e forse di più, su quello psicologico.

Fu il primo in Italia l'Urbinati, inoltre, a praticare la splenectomia; intervento temibilissimo. La considerazione nella quale era tenuto quest'organo, ancora nel 1811, era tale da ritenere l'asportazione pericolosissima e per l'intervento in sé e per le sequele fisiologiche anche se, in verità, molto tempo prima già Valsalva, Sancassani e Vallisneri, avevano dimostrato che gli animali superiori possono sopravvivere senza la milza.

Nel «Dizionario chirurgico» del Louis, appunto dell'anno testé ricordato, alla voce *Estirpazione della milza* si legge: «Operazione di chirurgia, per la quale si estirpa la milza. Il volgo ignorante s'immagina che si possa rendere un uomo abile al corso levandogli la milza. Questo viscere è soggetto a considerabili ingorgamenti di sangue, ai quali giova l'applicazione delle mignatte alle vene emorroidali, e a scirri che risolvonsi con empiastri, o cerotti emollienti e discussivi Fabrizio d'Acquapendente, celebre chirurgo di Padova, riferisce cure ammirabili di questo genere da lui operate. Gli antichi credevano di guarire i mali di milza cauterizzando la pelle con un ferro rovente in diversi siti sulla regione di questo viscere. Si sono portati più oltre i crudeli e temerari tentativi.

Centocinquant'anni addietro un certuno aveva preso voga in Italia mediante una operazione sulla milza. Egli copriva l'ipocondrio sinistro con un foglio di carta; per disopra vi applicava il taglio di una mannaia, su cui dava poi un gran colpo con martello: gli ammalati se ne andavano a casa con la speranza d'essere guariti. Fabrizio d'Acquapendente assicura che un poveruomo fu con questa operazione ammazzato, poiché essendosi dato sulla mannaia un colpo troppo forte, restarono tagliati ad un tratto e il foglio di carta, e l'addomine, e la milza.

Quando si considera la situazione della milza nell'addome, e le connessioni ch'essa ha per mezzo de' suoi vasi, e della sua membrana collo stomaco, col diaframma, coll'omento, col peritoneo, ecc. facilmente si concepirà che non è possibile estirpare questo viscere senza esporre la persona, a cui si fa tale operazione al pericolo di morire di emorragia nella operazione stessa, o pochi giorni dopo, per l'infiammazione di tutti i visceri circonvicini, coi quali la milza ha dei rapporti immediati, o mediati. Nondimeno il cav. Leonardo Fioravanti pretende di avere estirpata la milza ad una donna di Palermo con ottimo successo, e che quella milza pesasse più di 32 once.

Parecchi autori che riguardano Fioravanti come un ciarlatano di prima classe, tengono per assai sospetta questa operazione. Si sa infatti che gli animali, sui quali si è fatta l'esperienza della estirpazione della milza, sono morti tutti poco tempo dopo per viziatura di fegato. Da ciò si sono tratte delle induzioni sugli usi particolari e relativi di queste due parti tanto essenziali alla digestione».

L'Urbinati, sempre a Cesena, nel 1874 e nel 1878 eseguì le prime due splenectomie in Italia, prescindendo da quella eseguita a Palermo nel 1549 dal napoletano Adriano Zaccarello di cui riferì Leonardo Fioravanti.

Certo è che egli eseguì queste due splenectomie ispirandosi a quella eseguita dal Pean (1830-1898), al quale va anche ascritto il merito di averne eseguita la prima nel 1867. I due casi trattati dal Nostro ebbero esito infausto ma non per tecnica maldestra bensì per complicazioni post-operatorie.

Un altro intervento ancora molto ardito compì l'Urbinati il 27 novembre 1876, su un uomo di 33 anni, praticando la marsupializzazione di una cisti da echinococco della milza ed a proposito di questa Bartolo Nigrisoli ebbe a dire che si era trattato del primo intervento eseguito in Italia sulla milza con incisione in un sol tempo.

E ne venne la guarigione in sette mesi. Seguendo lo schema che Giulio Ricci dette alle stampe nel 1957 sugli «Atti del II congresso della Marca firmana per la storia della medicina» e nello stesso anno sulla

CONSIGLIO DIRETTIVO (1994-1996)

Presidente	Bezzi Giovanni
Vicepresidente	Ronchi Annalisa
Segretario	Dall'Agata Sergio
Tesoriere	Cancellieri Claudio
Componenti	Benzoni Sandro Biondini Flavio Casadei Maurizio (Od.) Cicchetti Giorgio D'Arcangelo Vito (Od.) Falcini Fabio Frattoni Fiammetta Galassi Andrea Marra Gian Angelo Milandri Massimo Milanesi Francesco Urbini Sauro Zoli Marzio

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente	D'Arcangelo Vito
Componenti	Bruni Sergio Casadei Maurizio Mazzocchi Andrea Zanzani Maria Eugenia

Collegio dei Revisori dei Conti

Componenti	Casadei Alberto Frassinetti Cosimo Tonelli Bruno
Supplente	Lo Presti Colomba



Giuseppe Casalini "La madre", marmo
Forlì, ex Ospedale Giovan Battista Morgagni

nostra «Romagna Medica», si può sintetizzare che ad Attilio Urbinati spetta la priorità per:

- 1) aver eseguito in Cesena nel 1874 e nel 1878, sia pure con esito infausto, le prime due splenectomie italiane, rispettivamente per milza mobile e per «ipertrofia leucemica» (escludendo quella fortunosa di Zaccarello di Palo praticata nel 1549): la splenectomia del 1874 può inoltre essere considerata come la terza mondiale, dopo quelle di Viard (1551) e di Pean (1867);
- 2) avere eseguito in Cesena nel 1876 il primo intervento italiano sulla milza con incisione in un sol tempo: e precisamente la marsupializzazione di una cisti da echinococco.

L'Urbinati fu un chirurgo di azione aperto al progresso tecnico e culturale del quale si servì costantemente nel suo estremamente vario lavoro chirurgico, tipico di una divisione di chirurgia generale specie in un tempo in cui la parcellizzazione specialistica non esisteva per cui alla sua osservazione ed al suo intervento confluivano i casi più vari: ginecologici, addominali, ortopedici, nefro-urologici e così via. Ciò, chiaramente, gli consentì un affinamento della manualità chirurgica ma, forse, lo distolse da un approfondimento dottrinario e tecnico in senso settoriale. Ma quel che più nocque al raggiungimento di nuovi e del pari suggestivi traguardi chirurgici fu la morte prematura. Mancò infatti in Cesena il 10 marzo 1881, celibe, alla giovane età di 43 anni, assistito dalla madre.

Non lasciò nulla di scritto mentre minuziosamente aveva curato l'archivio della sua sala operatoria. Quello che preme far presente nella rievocazione di questo meritevole chirurgo romagnolo non è e non vuol essere il concetto della priorità in un determinato intervento, cosa questa tutto sommato sterile, quanto e più il concetto pionieristico della sua attività chirurgica. Essere il primo ad effettuare un intervento difficoltoso sia sul piano tecnico che su quello concettuale è importante, certo, perché apre la via a nuove mete, ma è certamente importante anche, e forse di più, che altri seguano le orme del primo dimostrando in tal modo ardimento, curiosità, capacità, voglia di guardare all'orizzonte più che soltanto indietro.

In questo contesto culturale e tecnico il chirurgo Attilio Urbinati dimostrò di sapersi più che degnamente muovere portando nella sua Cesena un tipo di chirurgia ancora difficile, ancora da definire nella sua schematizzazione tecnica, ma tuttavia necessaria al soccorso del malato.

*** *Libero Docente di Storia della Medicina***

Tratto da "Il Bollettino dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Forlì" n. 5/1987

CONSIGLIO DIRETTIVO (1997-1999)

Presidente	Ronchi Annalisa
Vicepresidente	Bartolini Federico
Segretario	Galassi Andrea
Tesoriere	Cancellieri Claudio
Componenti	Borsetta Giampaolo Bruni Sergio (Od.) Dall'Agata Sergio D'Arcangelo Vito (Od.) Faber Paolo Lo Presti Colomba Ragazzini Marco Rasi Fabrizio Rossi Andrea Paolo Smeraldi Renato Tonini Maurizio Zaccheroni Franco Zoli Marzio

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente	D'Arcangelo Vito
Componenti	Bruni Sergio Casadei Maurizio Di Lauro Maurizio Mazzocchi Andrea

Collegio dei Revisori dei Conti

Componenti	Dell'Amore Davide Dente Massimo Milandri Massimo
Supplente	Farabegoli Ivano



Fontana Masini - Cesena

MAURIZIO BUFALINI (1787- 1875)

*a cura del Prof. Francesco Aulizio**

«In fine mi studierò di fermare quei principi di patologia, che mi parranno più sicuramente ricavati dai fatti e dal metodo analitico»

M. Bufalini

All'ironica domanda mossa da due illustri medici su quali fossero state le scoperte del Bufalini, tanto osannato, il Murri, per interposta persona, conosciuta la domanda stessa, non peraltro a lui rivolta, osservò che suo merito era stato quello di avere sempre ed ovunque raccomandato una rigorosa disciplina mentale guidata dalla continua diretta osservazione del malato. Gioverà prima, tuttavia, tracciare alcune rapide note biografiche su questo famoso cesenate. Nacque a Cesena il 4 giugno 1787 da Maddalena Zambelli di Rimini e da Jacopo di Fiesole, trasferitosi nella città romagnola per l'avvenuta nomina a Primario Chirurgo di questa. Nei suoi «Ricordi», autobiografia scritta poco prima della morte e pubblicata postuma dall'amico Filippo Mariotti per volontà testamentaria, con una succosa lettera di Gino Capponi, del 14 settembre 1875, indirizzata al Mariotti stesso, il Bufalini ci fa conoscere molte cose sia nei riguardi suoi e della sua famiglia, sia della sua attività di medico e di ricercatore. Frequentò i corsi di medicina a Bologna per poi trasferirsi a Pavia, da Antonio Scarpa, quindi a Milano ove studiò con il Tommasini, autorevole assertore del vitalismo di Brown, secondo il quale i fenomeni vitali sarebbero guidati e regolati dall'influsso degli agenti stimolatori esterni o interni e conseguente reazione dell'organismo a questi. Come dire che lo stato di salute dipenderebbe dall'equilibrio esistente tra lo stimolo ed il grado di eccitabilità dell'organismo. È a questi anni formativi che si deve l'inizio della sua critica ponderata, serena e severa alle teorie sulla patologia allora imperanti.

Laureatosi a pieni voti a 22 anni, nel 1810 fece ritorno a Cesena e per tre anni vi esercitò la medicina pratica spinto a ciò dalle necessità economiche. L'insoddisfazione per l'assetto culturale medico dell'epoca è comunque tale da pungolarlo allo studio ed alla riflessione continua tanto che già nel 1813 pubblica il - «Saggio sulla dottrina della vita» contro la dottrina vitalistica accettata e condivisa nelle Università del Nord Italia. Questo saggio si rivelò ispirato all'empirismo ed allo sperimentalismo più schietti e di fatto venne apprezzato anche da clinici illustri alcuni dei quali, tuttavia, secondo l'autore, non avrebbero capito nulla delle sue idee! Nominato nel 1813 assistente presso la Clinica Medica di Bologna, il Testa, direttore, lo osteggia sino a quando, ammalatosi e quindi venuto meno, egli di fatto rimane il diretto responsabile della Clinica a causa anche del rifiuto di Giacomo Tommasini e della tarda età e della malattia del nuovo titolare Marchetti. Tuttavia il Nostro dovrà fare ritorno a Cesena, con l'arrivo del nuovo titolare che ha una interpretazione clinica ben differente da quella del suo giovane nonché scomodo assistente.

E la sua carriera scientifica, all'età di 28 anni, avrebbe potuto avere un luminoso cammino se penose vicende familiari e lunghi anni di malattia non lo avessero grandemente limitato. Tuttavia, pur preso dalla professione pratica, riesce nel 1819 a dare alle stampe i «Fondamenti di patologia analitica» per la cui stesura gli era stata guida la prima opera già ricordata. Ed è da dirsi che pur nella mitezza del suo carattere, le sue ferme prese di posizione non mancano dal creargli inimicizie e contrasti tali da precludergli a lungo la carriera universitaria alla quale tendeva ed alla quale si sentiva portato per inclinazione naturale. Infatti vincitore a



Maurizio Bufalini

CONSIGLIO DIRETTIVO (2000-2002)

Presidente	Ronchi Annalisa
Vicepresidente	Bartolini Federico
Segretario	Galassi Andrea
Tesoriere	Cancellieri Claudio
Componenti	Aguzzoni Fausto Borsetta Giampaolo Bruni Sergio (Od.) Dall'Agata Sergio D'Arcangelo Vito Dell'Amore Davide Di Lauro Maurizio (Od.) Lo Presti Colomba Orlandi Vania Portolani Mario Ragazzini Marco Simoni Claudio Zambianchi Luca
Commissione Albo Odontoiatri	
Presidente	Di Lauro Maurizio
Componenti	Paganelli Paolo Albarelli Alberto Bruni Sergio D'Arcangelo Vito
Collegio dei Revisori dei Conti	
Componenti	Zoli Marzio Giorgi Mario Milandri Massimo
Supplente	Ragazzini Alessandro



Ospedale M. Bufalini - Cesena

Pavia della Cattedra di Patologia Generale, non viene insediato per non aver frequentato le Scuole mediche austriache. Nel 1832 la città di Osimo lo vuole suo medico ed egli accetta sperando di potersi rifugiare come in un porto sicuro ma non fu così perché, appena sedicenne, gli morì di tubercolosi la figlia Giunia. Finalmente, nell'aprile del 1835, si insediò come Direttore della Clinica Medica dell'Università di Firenze ed ivi rimase sino al 1859 quando, all'età di 72 anni, andò in pensione. Continuò tuttavia a lavorare e studiare sino all'ultimo, interessandosi anche della riforma degli studi medici giungendo ad introdurre, nuovo in Italia, il concetto di specializzazione, laddove prima il conseguimento della laurea costituiva il termine ultimo del curriculum universitario cui si poteva giungere. Ma allora, verrebbe da chiedersi, perché Maurizio Bufalini conserva ancora oggi così gran fama nella storia della medicina? Al di là delle sue idee innovatrici e contrastanti il vitalismo di Brown, e non solo questo, al di là di alcune sue bizzarrie, quali quelle di non voler privilegiare l'anatomia patologia nell'indagine scientifica e di reputare «sommamente improbabile, l'immaginato trasporto dei contagi a piccole e grandi distanze col mezzo delle robe e delle persone» in tema di malattie infettive, e intendeva riferirsi soprattutto al colera, rimane il fatto che egli riuscì a ricondurre l'indagine scientifica ad una correttezza metodologica non da tutti vista e non da tutti condivisa. Egli pose pure fermamente la distinzione tra la fisiologia e la patologia dell'organismo non solo ma invocò la necessità di fare esclusivamente riferimento al metodo galileiano nella ricerca scientificamente intesa, e fu così deciso in questa sua enunciazione da essere accusato di ateismo al punto da proporsi la messa all'indice delle sue opere.

E ciò basterebbe a dimostrare quale ancora allora, nella penisola italiana, fossero gli orientamenti scientifici presenti e dominanti; per fortuna non sempre e non dovunque. Egli in sostanza si sforzò continuamente di invitare il medico ad osservare il malato, vero ed unico referente nella ricerca degli innumerevoli «perché» connessi alla insorgenza della malattia. E che l'uomo ammalato sia già di per sé un laboratorio sul quale e nel quale studiare è già stato detto con suggestiva espressione. «Abbastanza gli intelletti corrono da sé all'astratto, allo speculativo, all'immaginario, senza che certo sia bisogno di alimentare queste loro non buone inclinazioni». E queste sue parole fanno tornare alla mente il fastidiosissimo «secondo me si tratta di...» che quotidianamente il medico si sente propinare dal profano quando attraverso l'esame anamnestico cerca di giungere ad un abbozzo di diagnosi per potersi orientare nella selva di indagini e di sindromi oggi esistenti! Ma al di là di queste malinconiche considerazioni il pensiero bufaliniano è oggetto di attenta osservazione da parte dello storico della medicina e dell'epistemologo proprio per la ricchezza del suo patrimonio culturale veramente moderno nell'impostazione metodologica. Ancora oggi i suoi scritti, da questa angolazione, costituiscono utilissima lettura al medico e materia di riflessione.

Non è un caso, né pura agiografia di campanile, se nel 1982 l'U.S.L. 39 ed il Comune di Cesena vollero il convegno «Il metodo scientifico in medicina. Un contributo alla memoria di Maurizio Bufalini» che se non ebbe vasta risonanza, forse per una scarsa pubblicizzazione, ha però nei suoi «Atti» stampati in «Romagna Medica», supplemento al fasc. V/1982 una valida testimonianza negli ottimi lavori di Federspil, Antiseri, Scandellari. Ed il discorso si farebbe troppo lungo e ci porterebbe in un campo che questo articolo non consente. Resta da ribadire un concetto molto semplice e lapidario: osservare, osservare, osservare, fare ipotesi e soltanto ipotesi, con la massima disponibilità intellettuale di vederle crollare o di farle crollare, rifuggire dagli assiomi, provare per credere. Sono questi i concetti che hanno fatto grande Maurizio Bufalini.

Insegnare a ragionare correttamente, evitare la metafisica, è già di per sé una grande scoperta sempre nuova, non occorre fare altro.

*** *Libero Docente di Storia della Medicina***

Tratto da "Il Bollettino dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Forlì" n. 2/1990

CONSIGLIO DIRETTIVO (2003-2005)

Presidente	Bartolini Federico
Vice Presidente	Ronchi Annalisa
Segretario	Milandri Massimo
Tesoriere	Cancellieri Claudio
Componenti	Borsetta Gianpaolo D'Altri Claudio Dell'Amore Davide Di Lauro Maurizio (Od.) Fabbri Della Faggiola Duccio Galassi Andrea Lucchi Leonardo Maiolo Pasquale Orlandi Vania Paganelli Paolo (Od.) Ragazzini Marco Rossi Gian Piero Simoni Claudio

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente	Di Lauro Maurizio
Segretario	Paganelli Paolo
Componenti	Albarelli Alberto Bruni Sergio D'Arcangelo Vito

Collegio dei Revisori dei Conti

Componenti	Tolomei Pierdomenico Giorgi Omero Sorci Francesco
Revisore supplente	Ragazzini Alessandro

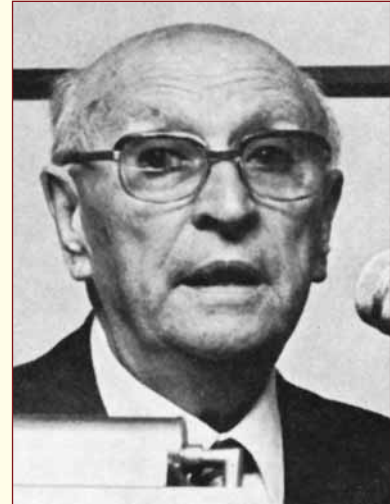


Monumento a Maurizio Bufalini - Cesena

GASPARE BATTISTINI (1904 - 1978) **clinico rotariano**

a cura del Dott. Giancarlo Aulizio e del Dott. Viscardo Biagini***

Il Prof. Gaspare Battistini nacque a Pietracuta di San Leo di Pesaro il 14 marzo 1904 e si iscrisse alla facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna nel '22. L'internato di due anni col professor Donato Ottolenghi, presso l'Istituto di Igiene e Microbiologia, gli consentì di laurearsi nel luglio del 1928 con una tesi dal titolo: "La scarlattina: etiologia, epidemiologia, profilassi". Certamente questo suo apprendistato culturale, in batteriologia ed immunologia, lo influenzò nel rigore scientifico che caratterizzò tutta la sua vita professionale. Abilitatosi a Parma fu arruolato due anni dopo, prima come Allievo Ufficiale poi come Medico di Complemento. A Firenze, durante la permanenza nella Scuola di Sanità Militare, proseguì gli studi presso l'Istituto d'Igiene dell'Università. Vinse una borsa di studio all'Università di Parma, nell'anno accademico 1931-32, e si trasferì all'Istituto di Anatomia Patologica dell'Università di Monaco di Baviera.



Tornato in Italia fu assistente effettivo della Clinica Medica fino al 1939. Nel frattempo, nel 1935, conseguì la libera docenza in Patologia Speciale Medica e nel 1936 vinse il concorso per Direttore della Clinica Medica dell'Università di Assuncion (Paraguay), ma vi rinunciò per proseguire l'impegno professionale nel suo Paese. Dal 1938 al 1975 fu Primario di Medicina a Cesena ed anche grazie a lui l'ospedale "Maurizio Bufalini" divenne un centro di grande importanza per la formazione di generazioni di medici. I suoi studi, improntati a grande rigore, hanno caratterizzato il passaggio di una disciplina fondata sulla morfologia istologica alla dinamica innovativa della biochimica.

Fu definito all'epoca "Un Primario che sapeva tutto" ma che non si stancava di diffondere il suo sapere. Proprio per questa sua enciclopedica cultura il Prof. Battistini soffrì del superamento dell'unità della medicina frantumata con la creazione di innumerevoli specialità. Fu uomo molto impegnato nell'associazionismo che riteneva una palestra di vita, in particolare si dedicò all'attività rotariana. Fu infatti Presidente del Rotary Club di Cesena, fondato due anni prima, dal 1959 al 1960. Nel 1973 fu chiamato alla carica di Governatore dell'allora 187° distretto, ossia di tutti i Clubs dell'Emilia-Romagna e Toscana. Morì nel 1978 per un aneurisma dissecante dell'aorta. Battistini fu anche un clinico con impostazione geriatrica anzi fu un gerontologo perché si appassionò ai problemi della terza età. Concludiamo questo ricordo con una sua amara riflessione sulla condizione degli anziani. "Chi come me a trascorso gran parte della vita nelle corsie degli ospedali si è reso conto dell'abbandono – talvolta addirittura inumano – in cui vengono lasciati questi vecchi.

Abbandono soprattutto affettivo. Non si tratta, a mio avviso, di creare oggi solo ospedali o reparti geriatrici. Il vecchio malato può essere curato in qualsiasi ospedale. Io mi riferisco al vecchio che è rimasto solo o, quel che è peggio, che si sente ancor più solo perché né il congiunto, né il vicino si occupa di lui; oppure del vecchio che, talvolta, viene relegato nelle fredde soffitte, dopo aver vissuto ai piani migliori." La municipalità di Cesena ha voluto ricordare questo grande medico, protagonista anche della vita sociale e culturale della città, intitolandogli l'omonimo viale.

*** Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Forlì-Cesena**
**** Libero Professionista**

CONSIGLIO DIRETTIVO (2006-2008)

Presidente	Bartolini Federico
Vice Presidente	Maiolo Pasquale
Segretario	Milandri Massimo
Tesoriere	Cancellieri Claudio
Componenti	Campedelli Annamaria Dell'Amore Davide Di Lauro Maurizio (Od.) Galassi Andrea Gunelli Roberta Lucchi Leonardo Orlandi Vania Paganelli Paolo (Od.) Pascucci Gian Galeazzo Ragazzini Alessandro Ragazzini Marco Ronchi Annalisa Simoni Claudio

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente	Di Lauro Maurizio
Segretario	Paganelli Paolo
Componenti	Bruni Sergio D'Arcangelo Vito Vitali Fiorella

Collegio dei Revisori dei Conti

Componenti	Tolomei Pierdomenico Giulianini Benedetta Rossi Gian Piero
-------------------	--

Revisore supplente	Balistreri Fabio
---------------------------	------------------



Biblioteca Malatestiana - Cesena

ALDO SPALLICCI (1886-1973) MEDICO, A CENTO ANNI DALLA NASCITA

*a cura del Prof. Francesco Aulizio**

Questo mio titolo vuole essere provocatorio ed al contempo segno di riappropriazione. Ciò perché nel tempo della sua vita ed anche dopo, l'essere Aldo Spallicci medico è stato fatto passare in seconda linea quando addirittura non è passato sotto silenzio perché cosa trascurabile, mentre invece la sua formazione medica ha permeato di sé tutta la sua attività politica e sociale per quello che questa formazione gli aveva dato di attenzione verso chi si trovava nel bisogno, più che per malattia, anche per necessità di giusta elevazione sociale.

Spallicci poeta dialettale di Romagna, la bella edizione di Garzanti del 1975, in due volumi, in carta india, a cura delle Casse di Risparmio di Forlì e Ravenna, ne fa fede, Spallicci repubblicano da sempre, riottoso al giogo fascista e come tale perseguitato e confinato a Mercogliano (Avellino) nel 1941, Spallicci senatore della Repubblica ed Alto Commissario Aggiunto alla Sanità, prima che venisse costituito il Ministero omonimo, Spallicci giornalista, malato di carta stampata, sin dal 1907, quando si cimenta con la pubblicazione periodica forlivese, satirica, «È pestapevar», con «Il Plaustro», ancora a Forlì, nel 1911 e per soli quattro anni, per gracilità economica, interessantissimo esperimento di quindicinale di illustrazione romagnola; quindi nel 1929, per soli altri quattro anni, con «La siringa» a Milano, prima come mensile, quindi come bimestrale, per finire come semestrale. Il titolo ed il sottotitolo «Il medico e la gente», da soli dicono la finalità del periodico sul quale lo Spallicci scrisse molto ma mai firmò per ragioni di prudenza politica. Ed infine «La Piè» periodico di illustrazione romagnola, nata nel 1920, sospesa dal partito fascista nel 1933, rinata nell'immediato dopoguerra ed ancora oggi attiva e molto diffusa. Ma Spallicci medico, quando? Come? Dove? Per questo dico provocazione ed appropriazione da parte dei medici.

Aldo Spallicci nacque a Santa Croce di Bertinoro (Forlì) il 22 novembre 1886 dal medico condotto Silvestro e da Maria Bazzocchi. Iscrittosi all'università di Firenze in medicina, un anno dopo passò a quella di Bologna e nel 1912 si laureò discutendo la tesi «Su di un caso di situs viscerum inversus» presentata nella Clinica Medica in quel tempo illustrata, con gran prestigio, da Augusto Murri. Questa tesi venne pubblicata tre anni dopo sulla «Rivista di Clinica Pediatrica» edita a Firenze. Ed attrattiva egli continuò ad avere per Firenze, dove si era iniziato allo studio della medicina, e vi ritornò, sotto la guida del Comba, per perfezionarsi in pediatria nel 1914. E di quel periodo lo studio «Ricerche intorno alla così detta febbre del sale nei lattanti». Bologna comunque lo attraeva particolarmente per il fascino che dalla Clinica Medica diffondeva la figura scientifica del Murri.

Una inconfondibile consonanza psicologica tra i due, caratterizzata da uno spirito squisitamente razionale, positivista e laico, fece dello Spallicci un fervido e devoto ammiratore di questo Maestro ed a lui dedicò alcuni suoi scritti, il più importante dei quali rimane «Augusto Murri e il suo metodo di indagine clinica» edito da Mondadori nel 1944, violentemente stroncato da tal Toffoletto di Bologna sulla «Rivista medica per il clero» nel 1949. Stroncatura che rimane il più bell'elogio che all'autore potesse venire. A parte questa digressione, lo Spallicci continuò a sentirsi attratto



CONSIGLIO DIRETTIVO (2009-2011)

Presidente	Aulizio Giancarlo
Vicepresidente	Gaudio Michele
Segretario	Ragazzini Alessandro
Tesoriere	Pascucci Gian Galeazzo
Componenti	Balistreri Fabio Cancellieri Claudio Dell'Amore Davide Di Lauro Maurizio (Od.) Galassi Andrea Gunelli Roberta Lucchi Leonardo Maiolo Pasquale Paganelli Paolo (Od.) Ragazzini Marco Rossi Maria Antonietta Sbrana Massimo Simoni Claudio

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente	Di Lauro Maurizio
Componenti	Paganelli Paolo D'Arcangelo Vito Alberti Andrea Vitali Fiorella

Collegio dei Revisori dei Conti

Componenti	Tolomei Pierdomenico Castellini Angelo Orlandi Vania
-------------------	--

Supplente	Milandri Massimo
------------------	------------------



Giornata del Medico e dell'Odontoiatra 2009
Da sinistra: **Pascucci, Bartolini, Ronchi, Aulizio, Di Lauro**

dallo studio della pediatria tanto che nel 1925 conseguì la Libera Docenza in questa disciplina sotto la guida del Clinico bolognese Francioni. La monografia «La patogenesi dell'acondroplasia», pubblicata nel 1924 per i tipi del Lega di Faenza, sotto l'egida del Francioni, leggibilissima ancor oggi e ben figurante nella biblioteca di un medico, è un lavoro completo per l'epoca in cui venne scritto; arricchito da una introduzione storico-medica e storico-artistica, offre ampia visione della incurabile affezione del nanismo acondroplastico, ed appunto perché incurabile suscettibile di grande attenzione preventiva qualora il danno conclamato nel soggetto deforme sia da attribuire ad una causa tossi-infettiva nel primo periodo della vita embrionale.

Pensiero questo, esposto nel 1924, perfettamente in sintonia con quanto dice la medicina attuale in tema, sempre più trattato, di prevenzione.

Parallelamente al conseguimento di una solida preparazione professionale, in lui prendeva sempre più campo un vivace interesse per la storia della medicina, peraltro chiaramente dimostrato sin dalla apparizione del già ricordato «Plaustro» in cui comparvero articoli firmati dai noti storici della medicina Domenico Barduzzi, brisighellese, docente all'Università di Siena e Guglielmo Bilancioni, riminese, all'Università di Roma.

Questa sua propensione per lo studio della storia della medicina, lo avrebbe portato, poi, nel 1947, al conseguimento della Libera Docenza anche in questa disciplina. Ed un altro ancora non trascurabile interesse ebbe lo Spallicci: quello della divulgazione medica intesa come educazione sanitaria. E del 1940 il «Piccolo manuale di puericoltura» indicato come una raccolta di appunti per le allieve delle scuole medie; è in realtà un degnissimo manuale di puericoltura, ricco di nozioni scientificamente esatte e piene di buon senso. Nel 1952 ancora, dà alle stampe «Armonie e dissonanze sessuali», libro scritto con intenti sociale e politico, che ci appare alieno da rigorismi religiosi, sereno e realistico nella naturalistica impostazione del problema sessuale.

Ma molto ci sarebbe da dire ancora su Aldo Spallicci medico. Volendo schematizzare questo settore della sua instancabile e multiforme attività si potrebbe distinguere uno Spallicci studioso attento e volenteroso di medicina, da uno Spallicci medico dei malati, da uno Spallicci storico della medicina, da uno Spallicci divulgatore medico, da uno Spallicci, per finire, medico politico.

E tutto ciò non è poco. L'esercizio professionale fatto di internati in cliniche universitarie a Firenze e Bologna, di interinati ospedalieri a Firenze e Ferrara, di internati a Ravenna e Predappio, di esercizio della libera professione a Forlì, Milano, Rimini, Ravenna che è quello che gli fece conoscere la gente o, per dirla con espressione più raffinata, la varia umanità ammalata e comunque bisognosa, e gli dette stimolo a darsi anche alla politica.

I suoi discorsi politici e parlamentari furono spesso improntati al tentativo di far qualcosa di utile in campo sanitario e sociale. Mi limito a qualche ricordo, il 21 aprile 1947, all'Assemblea Costituente pronunciò il discorso «Igiene ed eugenetica in Repubblica»; nel 1949 pubblicò «Difesa contro la tubercolosi»; «Assistenza sanitaria agli emigranti» nel 1949, mentre del 1959 è il discorso al Senato «Pronto soccorso nei treni».

Degno di menzione il suo spirito di corpo, si sentiva medico e teneva a difendere i diritti del medico, ne fa fede il discorso del 28 ottobre 1955 «Dare assistenza ai malati senza nuocere ai medici». E come uomo politico fu egli molto sensibile ai problemi medici ed alla valorizzazione della medicina italiana. Fanno fede di ciò il discorso del 1956, “per il Ministero della sanità” che, non ancora costituito in quell'anno, gravissima manchevolezza specialmente nel contesto europeo, sarebbe sorto con legge del 13 marzo 1958, grazie anche ai suoi sforzi, e il discorso del marzo 1954 «Commemorazione di Giambattista Grassi», ricorrendone il centenario della nascita, celebre nel mondo per i suoi studi sulla malaria.

Volle anche onorare con uno scritto un altro inalariologo italiano, Angelo Celli (1857-1914), benemerito per aver propugnato la profilassi chininica nelle zone malariche della nostra penisola. I meno giovani di noi ricordano che negli scorsi decenni ancora si leggeva nelle tabaccherie la targa «chinino di stato», al fine di diffondere capillarmente il consumo di questo farmaco. A Nuoro, nel 1953, a conclusione della colossale campagna antianofelica, venne murata una lapide dettata dal Nostro a perenne memoria di questa pacifica vittoria dell'uomo e della medicina.

E che dire ancora.

Ho soltanto, ed in modo disorganico, ricordato Aldo Spallicci medico; moltissimo c'è da dire. - A dieci anni dalla morte, nel 1983, il Comune di Forlì e la Società di Studi Romagnoli indissero le «Giornate di studio su Aldo Spallicci»; chi scrive presentò la relazione «Aldo Spallicci medico e storico della medicina» ancora in corso di stampa.

È di oggi il progetto, già in buona fase di realizzazione, di un'opera omnia spallicciana affidata ad un nutrito gruppo di specialisti cui si sono giustamente affiancati i figli Ada e Mario, quest'ultimo medico che vive in Brasile ma che ogni anno soggiorna a lungo in Romagna.

L'opera vedrà la luce per i tipi dell'Editore Maggioli di Rimini e certamente costituirà un grosso avvenimento editoriale. Aldo Spallicci verrà anche presentato da due autori nella sua veste di medico ed in quella di storico della medicina del mondo classico latino.

E il caso di dire che questi due loro scritti potranno colmare una lacuna nella misura in cui gli studi introduttivi alla ristampa dei testi spallicciani riusciranno a lumeggiare compiutamente la personalità del Nostro.

Un'ultima annotazione: lo Spallicci, che pur aveva collaborato a «Romagna Medica» con scritti sul Morgagni nel 1949 e sul Mercuriale nel 1956, su questo nostro periodico medico non venne ricordato né alla sua morte né nel decennale della scomparsa; ciò è una pecca per il valoroso bollettino della nostra «Società medico-chirurgica della Romagna».

Chissà che questa e l'Ordine dei Medici di Forlì non riescano a dare, nel 1986, anno centenario della nascita, un tributo di affetto e di stima a questo Collega che col suo fare tribunizio, con la sua cultura, con la sua generosità, seppe illustrare degnamente la Romagna nella medicina e nella politica sanitaria.

*** *Libero Docente di Storia della Medicina***

Tratto da "Il Bollettino dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Forlì" n. 5/1986

COUNTRY HOSPITAL DI MODIGLIANA

*a cura del Dott. Giancarlo Aulizio**

Pubblichiamo un sunto dell'unica esperienza organizzativa di integrazione socio-sanitaria della Regione Emilia-Romagna, realizzata per la prima volta in Italia dall'Azienda Sanitaria di Forlì, che compare nel libro: "L'ASSISTENZA PRIMARIA IN ITALIA dalle condotte al lavoro di squadra". I quattro Ospedali di Comunità attivati nella nostra Regione, rispondenti alle Linee Guida, sono tutti romagnoli: Premilcuore (1995) e Modigliana (1996) dell'Ausl di Forlì, Savignano sul Rubicone (2004) e Mercato Saraceno (2004) dell'Ausl di Cesena.

Il lavoro di equipe di oltre 50 collaboratori, che ha realizzato un volume di 946 pagine, è stato coordinato dal Prof. Elio Guzzanti per conto del Gruppo Indipendente per lo Studio dell'Assistenza Primaria (GISAP), a cura di Edizioni Iniziative Sanitarie. Tipografia Eurolit - Roma, luglio 2009. La presentazione del libro si è svolta nella capitale il 15 luglio 2009 alla presenza dell'allora Ministro del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali, Maurizio Sacconi, e del Vice-Ministro alla Salute Ferruccio Fazio

"L'Ospedale di Comunità"

Dott. Giancarlo Aulizio

Coordinatore Dipartimento Ospedali di Comunità –
Centro Studi Nazionale Fimmg

Introduzione

... Con le risorse economiche pervicacemente sottostimate in un Paese da sempre ai vertici mondiali per la longevità della sua popolazione, e con il ripensamento della cultura "ospedalocentrica", si rese necessario, fin dall'inizio degli anni '90, guardare al territorio con rinnovata attenzione e quindi al Medico di medicina generale (Mmg) non a caso identificato ancora, nell'immaginario collettivo, come il medico di famiglia o di fiducia che in questo contesto è titolare di molteplici attività. Ciò fu reso possibile anche perché, contemporaneamente, riprese vigore in ambito nazionale la teoria dell'intervento globale sull'anziano: "**l'intervento biopsicosociale**" che si ispira all'approccio olistico nei confronti della persona assistita: ossia alla medicina centrata sul paziente, a differenza della medicina ospedaliera che è centrata sulla patologia. Secondo la teoria biopsicosociale: "**L'assistenza alla persona risulta monca se indirizzata solo al settore sanitario o sociale o psicologico, perché il malato ha generalmente un'associazione dei diversi problemi da cui l'esigenza di un trattamento e di un'assistenza omnicomprensiva, magari modulata su risposte diverse in relazione alla prevalenza dei bisogni**".

Ricollocati quindi al centro del sistema dell'assistenza primaria più per necessità che per scelta strategica, i Mmg si sono reinventati un ruolo attraverso esperienze innovative che hanno spesso anticipato i provvedimenti legislativi, ciò in funzione delle necessità del territorio in cui operano. Secondo il "Rapporto Oasi 2008" del Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (Cergas) dell'Università "Bocconi", vi è stato in Italia un notevole aumento dell'assistenza extraospedaliera che si è concretizzata con un numero sempre maggiore di malati assistiti sul territorio.

A livello nazionale, dal 1997 al 2006, si è assistito ad un incremento del 28% delle strutture territoriali: il privato accreditato è passato dal 38 al 50%, con strutture semiresidenziali cresciute del 163% e le residenziali del 153%.



La situazione in premessa ha reso necessario riorganizzare l'offerta sanitaria con tre modalità:

- 1) l'ospedale come luogo per le cure e l'assistenza al paziente in fase acuta, per periodi brevi;
- 2) le strutture di degenza in ospedale e nel territorio come presidi per la risposta alla fase post-acuta;
- 3) i servizi residenziali, domiciliari e ambulatoriali del territorio deputati alla risposta più ai bisogni sanitari e sociosanitari dell'ultima fase della postacuzie ma soprattutto dei pazienti cronici, con spostamento dell'asse assistenziale verso la domiciliarità.

Per le ragioni sovraesposte si sono sviluppate nel nostro Paese, negli ultimi 15 anni, esperienze originali "nate dal basso", ossia realizzate principalmente su sollecitazione delle comunità locali per fornire ai cittadini la cosiddetta "sicurezza percepita", ossia la possibilità di un punto di facile accesso ai servizi ed alle cure che li tranquillizzasse almeno per quanto riguarda il ricovero, e per questo definiti Ospedali di Comunità (OdC).

Sono stati realizzati, almeno inizialmente, attraverso alleanze strategiche all'interno di singole aziende sanitarie, tra medici di famiglia, dirigenti e specialisti ambulatoriali dei distretti sanitari, medici della continuità assistenziale, infermieri professionali.

Esperienze di strutture allora pionieristiche e innovative perché collocate tra il domicilio del paziente e l'ospedale, sorte come frutto di necessarie sperimentazioni più che di programmazioni sanitarie, e risultate maggiormente rispondenti ai bisogni emergenti di natura assistenziale e sociosanitaria, provenienti soprattutto dall'area della cronicità.

In sostanza si è trattato di fornire risposte, soprattutto in piccoli o medi centri urbani, coerenti con i bisogni particolari di una popolazione prevalentemente anziana, con una morbilità caratterizzata da patologie croniche riacutizzate o da postacuzie che richiedono un'ulteriore fase riabilitativa in ambiente non necessariamente identificato con l'ospedale tradizionale per acuti (non a caso classificato nel SSN come di secondo livello, rispetto al primo attribuito all'assistenza primaria distrettuale), residente in zone

particolarmente disagiate spesso lontane dai centri urbani e dalle aziende ospedaliere, superando la rigidità organizzativa, culturale, legislativa e di ruolo tra medicina di base, medicina ospedaliera e dei servizi, valorizzando le risorse professionali e strutturali già presenti nel territorio, integrando l'intervento sociale con quello sanitario.

Origine degli Ospedali di Comunità e del capostipite italiano: Modigliana

... Questo modello innovativo, sorto in Italia per la prima volta in Romagna nel 1995-96, era senza precedenti in Europa ad eccezione degli inglesi, della Catalogna e del Nord Europa, dove però il medico generale che è dipendente segue solo i pazienti oncologici terminali in strutture protette, insieme agli infermieri e con un rapporto 1/1.

Il primato mondiale è del Canada francofono del Quebec dove gli ospedali generali vengono gestiti da Mmg responsabili del servizio, con la collaborazione di assistenti simili ai tirocinanti italiani del biennio di formazione complementare, mentre gli specialisti sono semplici consulenti. Il termine Ospedale di Comunità (OdC) è traduzione letterale di "Community Hospital", ed il più conosciuto tra quelli italiani è a Modigliana (FC) che all'inizio si chiamò Country Hospital (CH) e deve la sua notorietà all'incessante opera di divulgazione di questa esperienza da parte dei Mmg e dell'Asl.

L'OdC sorse in Romagna nella seconda metà degli anni '90 (Premilcuore 1995, Modigliana 1996) e rappresentò **la prima esperienza nazionale di équipe territoriale ed associazionismo medico complesso basata sull'integra-**



zione multiprofessionale: nacque, all'epoca, per ridurre le tensioni sociali in comunità fortemente preoccupate per la chiusura o riconversione dei piccoli ospedali.

Questa ipotesi di "razionalizzazione" dei servizi, come veniva graziosamente etichettata l'opera di smantellamento degli ospedali periferici in atto soprattutto nell'Italia centrale, ovviamente incontrò resistenze notevoli soprattutto da parte delle popolazioni locali che, in molte realtà, vennero rappresentate da Comitati Cittadini.

... Il Country Hospital di Modigliana fu deliberato dal Direttore Generale dell'Asl di Forlì Dott. Lino Nardozi il 22 gennaio 1996 (n°82/96) come: "Progetto sperimentale di intervento di Assistenza Sanitaria Residenziale con l'attivazione di otto posti letto protetti presso la struttura Socio-Sanitaria di Modigliana", che andavano a sostituire gli otto posti letto del day hospital, attivo solo per 12 ore, perché si forniva così "una più adeguata risposta ai bisogni assistenziali delle popolazioni di Modigliana e Tredozio" cui era destinato.

Strutture destinate ad ospitare pazienti in dimissione da reparti per acuti dell'ospedale, per i quali fosse necessario consolidare le condizioni fisiche o continuare il processo di recupero in ambito non ospedaliero, ovvero pazienti per i quali il Mmg richiedeva un ambiente "protetto" (come appunto in delibera) per attuare o proseguire le terapie domiciliari.

Obiettivi primari erano e sono il consolidamento dello stato clinico generale e dei risultati terapeutici ottenuti nel reparto ospedaliero per acuti, la prevenzione delle complicanze e il recupero dell'autonomia, favorendo il rientro a domicilio o il ricorso a forme assistenziali territoriali, infine ritardare gli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali.

... Si trattò per l'Italia di un modello originale di struttura sanitaria residenziale, come l'esperienza di Premilcuore avviata l'anno precedente dalla stessa Ausl (delibera n°322 del 1995) che, pur con caratteristiche analoghe, insisteva in una realtà diversa (un solo comune con soli 900 residenti, quattro posti letto ricavati nell'ambito di una casa protetta già esistente, due medici coinvolti di cui uno anche sindaco del paese) ed era più facile da realizzarsi.

Il CH di Modigliana rappresentò una novità perché sostituì la responsabilità clinica degli ospedalieri nel reparto di medicina generale dismesso, affidandola ai Mmg e, nell'orario di loro competenza (notturno, festivi e prefestivi) ai colleghi dell'allora guardia medica, oggi continuità assistenziale; inoltre coinvolse i due comuni della valle del Tramazzo (Modigliana, 4768 abitanti e Tredozio, 1385) che perciò deliberarono congiuntamente.

Fu così che i cinque Mmg titolari di convenzione nei due comuni interessati ed il loro abituale sostituto, all'epoca impegnato nella guardia medica, si accordarono con il Direttore Generale per la triennale sperimentazione della gestione del CH e della Rsa; con ricoveri che, comparati tra quelli dell'ultimo anno di attività del reparto (1993), quelli dell'OdC e quelli dell'ospedale di Santa Sofia (FC) dell'Asl di Forlì, ancora attivo come reparto di medicina perché in zona particolarmente disagiata, sono risultati sovrapponibili nel 90% dei casi.

L'impegno assunto dai Mmg consisteva nella responsabilità clinica dell'accoglienza del malato e della sua gestione nella struttura, con cadenze programmate e turni di pronta disponibilità: tre ore tutte le mattine



dal lunedì al venerdì da parte del collega più libero, turni di due ore per gli altri due volte la settimana (mattina o pomeriggio), un'ora di meeting il venerdì fra i Mmg, il dirigente di distretto, la caposala.

Questi incontri sono serviti moltissimo per conoscersi meglio tra Mmg e per condividere con la dirigenza distrettuale i problemi dell'azienda, affrontando insieme le difficoltà organizzative, discutendo di nuovi ricoveri e dimissioni, elaborando la necessaria nuova modulistica, incontrando colleghi ed amministratori pubblici di enti e aziende provenienti da tutt'Italia per conoscere il modello dal vivo e poi riproporlo, in base alle necessità e risorse locali, nelle loro realtà. L'8 luglio 1996 sarebbe stata attivata negli stessi locali la prima Residenza Sanitaria Assistita (Rsa) forlivese con 20 posti letto, sempre gestita dai Mmg e destinata a persone prevalentemente anziane affette da patologie croniche e/o problemi di ordine sociale.

Nel 1998, avendo conseguito gli obiettivi fissati, terminò la fase sperimentale e nell'occasione il Dott. Lino Nardozi scrisse ai Mmg.

Come doveroso omaggio all'ideatore del Country Hospital riporto il testo che risultò allora profetico ma è ancora oggi attuale: ***“La Sanità italiana sta vivendo anni di grande cambiamento con il passaggio di un sistema orientato quasi solo alla cura e quindi ospedalocentrico ad un sistema di approccio globale al problema della salute: con l'aziendalizzazione, che ha riposto al centro del sistema il cittadino; con il contenimento delle risorse, a fronte di un aumento di domanda e di bisogno, che ha imposto una riscrittura delle priorità. Per vincere queste sfide è stata messa in campo anche una buona dose di fantasia che ha permesso di sperimentare nuovi modelli organizzativi, come il Country Hospital, molto positivi in quanto permettono: di avere una maggiore modularità di approccio al paziente, di ridare un ruolo agli ex ospedali riconvertiti, di reinserire nel sistema i Medici di Medicina Generale, sia valorizzandone l'aspetto professionale sia rafforzandone lo spirito di gruppo, di recuperare la fiducia dei cittadini verso le istituzioni. Il successo dell'iniziativa deve servire come stimolo per l'ulteriore miglioramento e diffusione del modello”***.

Il 27 ottobre 2001 a Forlì, in occasione del 1° Convegno nazionale dedicato a questi nuovi ospedali e promosso dall'Asl, fu ribattezzato Ospedale di Comunità (OdC), perché strutture analoghe ma indicate con termini diversi, sorte per imitazione in tutto il Paese, determinavano una confusione terminologica che ne rendeva difficile il confronto.

Nel gennaio 2002, su suggerimento dei Mmg e per far fronte alla maggiore richiesta, l'azienda sanitaria “riparametrò” i posti letto, riducendoli a 20 ma tutti destinati ai residenti (12 per l'OdC e 8 per l'Rsa).

Nel giugno 2007 il Direttore Generale dell'Ausl, Dott. Claudio Mazzoni, portò a 18 i posti letto in OdC e aggiunse due posti letto per il Day Hospital, andando all'eliminazione del servizio di Rsa; nello stesso momento, nel medesimo immobile al piano rialzato, tutti i Mmg trasferirono in loro ambulatori realizzando la medicina di gruppo all'interno Nucleo di Cure Primarie - Avanzato - Sperimentale (NCP. AS) della valle del Tramazzo. L'ex ospedale “Poveri di Cristo” di Modigliana oggi Presidio Socio Sanitario (Pss), su quattro piani ognuno di 450 mq, offre attualmente:

- al piano rialzato la medicina di gruppo, il servizio di ambulanze del 118 H24, la palestra di FKT e l'ambulatorio della fisiatra, la radiologia;
- al 1° piano assistenza domiciliare infermieristica, salute infanzia-vaccinazioni, neuropsichiatria, psichiatria, psicologia e riabilitazione infantile, igiene pubblica, servizio veterinario, centro unico di prenotazione, prelievi, ecografie e gli ambulatori specialistici di cardiologia,



chirurgia, dermatologia, fisiatria e riabilitazione, ginecologia, neurologia, ortopedia, urologia, Orl, endocrinologia;

- al 2° e 3° piano l'OdC il DH (2 p/l) e il servizio di C.A.

Inoltre, il Pss è contiguo alla Casa Protetta comunale (29 p/l) che ospita anche l'ambulatorio pubblico di odontoiatria, le sedi del TdM e dell'Avis.

I dati economici riferiti al 2007 ci dicono di un costo complessivo della struttura (CH+Rsa) di 985.173 euro, con un costo per posto letto/die di 143,48 euro per il CH e 122,16 euro per l'Rsa.

L'allora Direttore Generale dell'Asl di Forlì, Dott. Massimo Piratelli, riferendosi all'OdC di Modigliana evidenziò che: "Il tasso di ospedalizzazione, dal 1996 al 2001, si è ridotto di circa dieci punti percentuali". (Atti del 1° convegno nazionale: dal country hospital all'ospedale di distretto. 2001)

La "mission" dell'Ospedale di Comunità

L'Ospedale di Comunità fa parte del sistema della RESIDENZIALITÀ nell'area della CRONICITÀ RIACUTIZZATA, ed è il servizio distrettuale a maggiore valenza sanitaria; rappresenta un modo intelligente di riconvertire un piccolo ospedale e consente degenze brevi, in letti protetti o di sollievo, per dimissioni precoci dagli ospedali tradizionali.

La definizione più appropriata di questo nuovo servizio era e rimane: **"Struttura sanitaria territoriale residenziale inserita nella rete dei servizi delle cure primarie, in grado di rispondere anche ad alcune esigenze sociali, che prevede la gestione diretta di posti letto da parte dei Medici di Medicina Generale (Mmg) di quel bacino d'utenza, destinata a persone residenti e quindi loro assistiti, prevalentemente anziane non autosufficienti, che non necessitano della complessità del secondo livello (ospedaliero) ma che non possono risolvere i loro problemi a domicilio."**



Per quest'ultima ragione l'OdC è stato anche indicato come "anello di congiunzione" o "ponte" tra il territorio e l'ospedale tradizionale; d'altra parte queste situazioni di necessità socio-sanitarie sono estremamente diffuse in Italia e l'Università milanese "Bocconi", dopo averlo progettato nel 1996, già nel 1999 suggerì quello di Modigliana come "modello da imitare".

L'OdC favorisce risposte assistenziali in regime di ricovero a pazienti affetti da riacutizzazioni di malattie croniche, esiti di interventi chirurgici o patologie terminali che non necessitano di terapie intensive o di diagnostica ad elevata tecnologia. Obiettivi primari sono il consolidamento dello stato clinico generale e dei risultati terapeutici ottenuti nel reparto ospedaliero per acuti, la prevenzione delle complicanze e il recupero dell'autonomia per il rientro a domicilio, il ritardare gli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali.

L'OdC ha fatto scuola in 57 realtà di undici regioni che, in ordine cronologico per l'attivazione, sono: Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Puglia, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Lazio, Liguria, Veneto, Lombardia; con dodici di esse che per attivarlo lo hanno inserito nelle loro leggi sanitarie, mentre altre si accingono a farlo ed alcune li hanno realizzati con accordi aziendali in carenza di strumenti programmatici regionali.

Finita la fase sperimentale, le Linee Guida degli OdC realizzate dalla Simet (1998) e dalla Fimmg (2003) ne hanno poi certificato la validità; come il TdM e poi Cittadinanza Attiva che li hanno premiati più

volte, o le riviste scientifiche che ne hanno fatto, fra i servizi distrettuali, l'argomento più trattato negli ultimi anni, mentre da tempo sono alla base di studi e ricerche che si attuano anche in ambiente universitario.

Decine di tesi sono state discusse in diverse Facoltà di numerose Università, in molti casi per la Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, e dimostrano quanto interesse suscitino questi servizi anche fra il personale infermieristico che, come i medici, è coinvolto da protagonista nelle nuove forme organizzative di assistenza sanitaria.

Gli OdC coinvolgono attualmente quasi 200 comuni ed una popolazione di riferimento complessiva o bacino d'utenza di due milioni di persone; la dotazione totale di posti letto è di circa 700, che impegnano almeno 500 Mmg e migliaia fra infermieri e addetti alla persona.

L'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale promuove l'Assistenza Primaria e identifica le risorse professionali e gli obiettivi che vanno raggiunti attraverso le équipe territoriali: "Al fine di assicurare l'intersectorialità e l'integrazione degli interventi sociosanitari nell'ambito territoriale di riferimento".

A lungo atteso è giunto anche il riferimento nazionale con l'ultimo Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 che, a proposito della riorganizzazione delle cure primarie, recita (par. 3.5): **"Va inoltre ricordato il sistema delle cure primarie con quello delle cure ospedaliere completando l'offerta dei servizi di Cure intermedie con lo sviluppo, là dove ne ricorrano le condizioni secondo l'organizzazione dei servizi regionali, dell'Ospedale di Comunità, a cura dei medici di assistenza primaria, quale struttura dedicata all'attuazione di cure domiciliari in ambiente protetto, ovvero al consolidamento delle condizioni fisiche o alla prosecuzione del processo di recupero in ambiente non ospedaliero di dimessi da unità per acuti o post-acuti"**.

Ormai non vi è congresso o convegno dedicato all'Assistenza Primaria nel quale questo servizio non sia trattato, soprattutto si approfondisce il suo ruolo in rapporto alla riorganizzazione delle cure territoriali ed alla possibile integrazione sociosanitaria nell'ambito della continuità del percorso assistenziale.

Con l'attivazione degli OdC nell'immaginario collettivo delle comunità che ne beneficiano si è riaperto l'ospedale, perché i cittadini identificano questo servizio con la possibilità di essere ricoverati per il tempo che serve a risolvere i loro problemi, ciò indipendentemente dal nome che viene attribuito alla struttura, e non si sono più ripetute le tensioni sociali che li avevano ispirati anche perché vengono seguiti dai loro medici di fiducia.

Gli OdC si sono rivelati necessari al territorio perché hanno **valenza residenziale prevalentemente sanitaria** e rispondono più tempestivamente alle necessità cliniche della persona malata, a differenza degli altri servizi (Rsa, Case di riposo, protette) in cui prevalgono gli aspetti sociali o sociosanitari ed i cui accessi sono determinati da liste d'attesa o da commissioni di valutazione che ne rallentano la risposta a bisogni in quei momenti indifferibili. Quando ad un OdC si affianca una Utap o Casa della Salute, magari nello stesso immobile che ospita anche la maggior parte dei servizi territoriali, si ottiene un vero e proprio **Presidio sociosanitario (Pss)** ossia la massima sinergia nell'ambito dell'Assistenza Primaria e lo stesso OdC funziona da "volano" per ulteriori investimenti professionali e tecnologici che finiscono per favorire i residenti.

I Presidi sociosanitari ritenuti più avanzati in Italia sono a Modigliana (FC), Foiano della Chiana (AR), Arcevia (AN) e Maniago (PN), in ordine non solo alle prestazioni possibili ma all'integrazione multiprofessionale presente che vede operatori diversi collaborare a stretto contatto anche con l'uso di strumenti informatici e di telemedicina.

Metanalisi fra tre analisi comparative sulle esperienze nazionali degli Ospedali di Comunità italiani

La prima analisi comparativa su questo servizio fu fatta nel 2001, riferita alle 17 esperienze allora attive in Italia, dalla Dott.ssa Maria Luisa Milandri, dirigente dell'Ausl di Forlì, in occasione del "1° Convegno Nazionale: dal country hospital all'ospedale di distretto – esperienze italiane a confronto".

Ne seguirono molte altre, come quelle di Anna Rosa Marchesi e di Yvonne Caruso (vedi bibliografia), e dal confronto emerge che l'approccio multidisciplinare ed interdisciplinare nell'OdC, tramite l'integrazione delle specifiche conoscenze e competenze (Mmg, dirigenti Ausl, caposala e infermieri, OSS), sono fondamentali per garantire la continuità assistenziale e la personalizzazione dell'assistenza.

In altre parole, l'OdC ha adottato fin dall'origine ed in funzione della sua "mission" la modalità operativa dettata dal **Governo Clinico**, di cui oggi si dibatte tanto, intendendo con ciò: "L'approccio integrato per l'ammodernamento del SSN che pone al centro della programmazione e della gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione della qualità" (Paolo Tedeschi, Cergas Bocconi).

In questi anni si sono anche evidenziate alcune criticità che vanno registrate per andare ad un loro superamento che ne favorirebbe l'ulteriore auspicato sviluppo.

La flessibilità del modello è uno dei vantaggi maggiori, dovuto alla mancanza di una rigidità legislativa che ha consentito il realizzarsi di molteplici esperienze basate sulle risorse locali (strutturali, professionali e tecnologiche), però non permette di definire a priori le caratteristiche degli OdC che nascono all'interno di una cornice comune (affidati a Mmg, per persone residenti, in piccoli-medi comuni, ecc) ma si differenziano sulla base delle risorse messe in campo nelle singole esperienze.

Conclusioni

L'Ospedale di Comunità, in quanto servizio residenziale territoriale a maggiore intensità sanitaria, è una nuova risorsa distrettuale che si configura come un elemento indispensabile tra l'ospedale tradizionale ed il territorio perché, attraverso anche il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei Mmg, contribuisce a realizzare l'obiettivo principale del Servizio Sanitario Nazionale e cioè rispondere ai reali bisogni sociosanitari della popolazione, in questo caso prevalentemente anziana.

Questi servizi, pur nel rispetto di alcuni criteri di fondo, rappresentano con le loro diversità un esempio di capacità di adattamento del Sistema Sanitario alle esigenze del territorio e non viceversa. L'OdC è un modello elastico in grado di adattarsi alle diverse realtà e disponibilità, a basso costo (media 146 euro p/1 die) ed alto gradimento degli utenti, può essere attivato in pochissimo tempo nelle strutture per anziani già esistenti sfruttando le economie di servizi e di personale presente, recupera il patrimonio ospedaliero dismesso o sottoutilizzato e realizza quel punto di riferimento indispensabile all'identificazione del Distretto come **Presidio sociosanitario** ove il cittadino trova tutte le risposte; riduce i ricoveri impropri negli ospedali e ne attenua le dimissioni anticipate (ripristinando così il concetto di "convalescenza"), liberando risorse umane e tecnologiche da destinare ad altri importanti servizi e riducendo le liste d'attesa.

In Italia sono attivi **57 Ospedali di Comunità** distribuiti in undici regioni (Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Puglia, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Lazio, Liguria, Veneto, Lombardia), con 200 comuni coinvolti e una popolazione di riferimento complessiva o bacino d'utenza due milioni di persone; la dotazione totale di posti letto è di circa 700, che impegnano almeno 500 Mmg e migliaia fra infermieri e addetti alla persona.

E' vero che in sanità i cambiamenti sono difficili ed in genere per le novità l'organizzazione nel suo complesso entra a regime nel corso di decenni, quindi il fatto che in così poco tempo molte Regioni siano intervenute con provvedimenti legislativi ad hoc in mancanza di una chiara disposizione nazionale (oggi contenuta nel PSN 2006/08) e, soprattutto, siano intervenute con risorse proprie (economiche, strutturali

e professionali), anche qui per carenza di provvedimenti d'incentivazione a livello nazionale, la dice lunga sulla reale necessità avvertita dalle comunità locali di dotare il territorio di posti letto sanitari.

L'OdC non risulta sempre la soluzione ai problemi socio-sanitari di una realtà, ma rappresenta la più alta forma di confronto fra professionalità (Mmg, Dirigenti Asl, Continuità Assistenziale, Specialisti del territorio, personale infermieristico, addetti alla cura della persona, amministrativi, ecc) e la maggiore espressione di Equipe multidisciplinare distrettuale che, adottando il modello dell'approccio "Biopsicosociale" al malato, risulta il più adatto "modus operandi" attuabile sul territorio. Caratteristiche fondamentali degli OdC sono: ricoveri solo per i residenti; gestione clinica del malato effettuata dai Mmg e, nell'orario di propria competenza, dai medici della Continuità assistenziale; assistenza infermieristica 24/24 ore; basso costo (146 euro/posto letto/die); alto gradimento degli utenti e dei loro familiari; servizio di emergenza-urgenza presente (ambulanza del 118).

Se invece di 57 OdC con 700 posti letto potessimo contare in Italia su numeri più importanti certamente un paio di quei dieci milioni di ricoveri anno che intasano gli ospedali tradizionali, limitandone le potenzialità, potrebbero trovare risposte più pertinenti e gradite dai cittadini, fornendo contemporaneamente un miglioramento della qualità dell'assistenza e del risparmio economico. Nello scusarmi per eventuali inesattezze contenute nella metanalisi e nelle tabelle, assicuro di aver condotto un lavoro scrupoloso ma reso difficile dalla mancanza di riferimenti nazionali, regionali e, a volte, persino aziendali.

Confermo, pertanto, quanto scritto nel 2001 ossia la necessità di fare chiarezza su questi servizi realizzando un Coordinamento azionale permanente che riunisca tutte le esperienze di Ospedali di Comunità, ne monitorizzi l'attività, confronti dati, costi, modalità gestionali, affronti i problemi relativi alla contrattazione, alle assicurazioni, in modo tale che pur rispondendo ad esigenze locali partano da criteri generali condivisi.

Oltretutto sanerebbe una disparità nei cittadini davvero inaccettabile tra chi può beneficiare dell'OdC e chi invece non lo può fare, non perché nella sua realtà non ci siano le condizioni per attivarlo ma perché "qualcuno" ha deciso che non serve.

Cronologia dei riferimenti legislativi regionali sugli OdC

Toscana	Del. C. Reg. le n° 384 25/11/1997
Toscana	PSR 1999-01
Valle d'Aosta	PSSR 2002-04
Marche	PSR 2003-05
Lombardia	PSR 2006-08
Umbria	PSR 2003-05 e 99-01
Friuli Venezia Giulia	PSR 2002-04 (PIMT)
Calabria	PSR 2004-06
Liguria	PSSR 2003-05
Puglia	PSR 2002-04
Sardegna	PSR 2006-08
Abruzzo	Del. di G. Reg.le 1/2007
Lazio	Del. di G. Reg.le 7/2007
Campania	L. Reg. le 11/2008

L'OdC è stato inserito nel PSN 2006-2008

PRINCIPALI PREMI OTTENUTI DAGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ O COUNTRY HOSPITAL DALL'AZIENDA SANITARIA DI FORLÌ

Concorso Europeo **“Golden Helix Award”**

Progetto finalista: Country Hospital di Modigliana

Istituto per premiare il miglioramento della qualità nella Sanità

Bruxelles, 5a edizione 1997

TRIBUNALE PER I DIRITTI DEL MALATO

2a Edizione Premio Nazionale “Andrea Alesini”. Roma, 12.12.1998

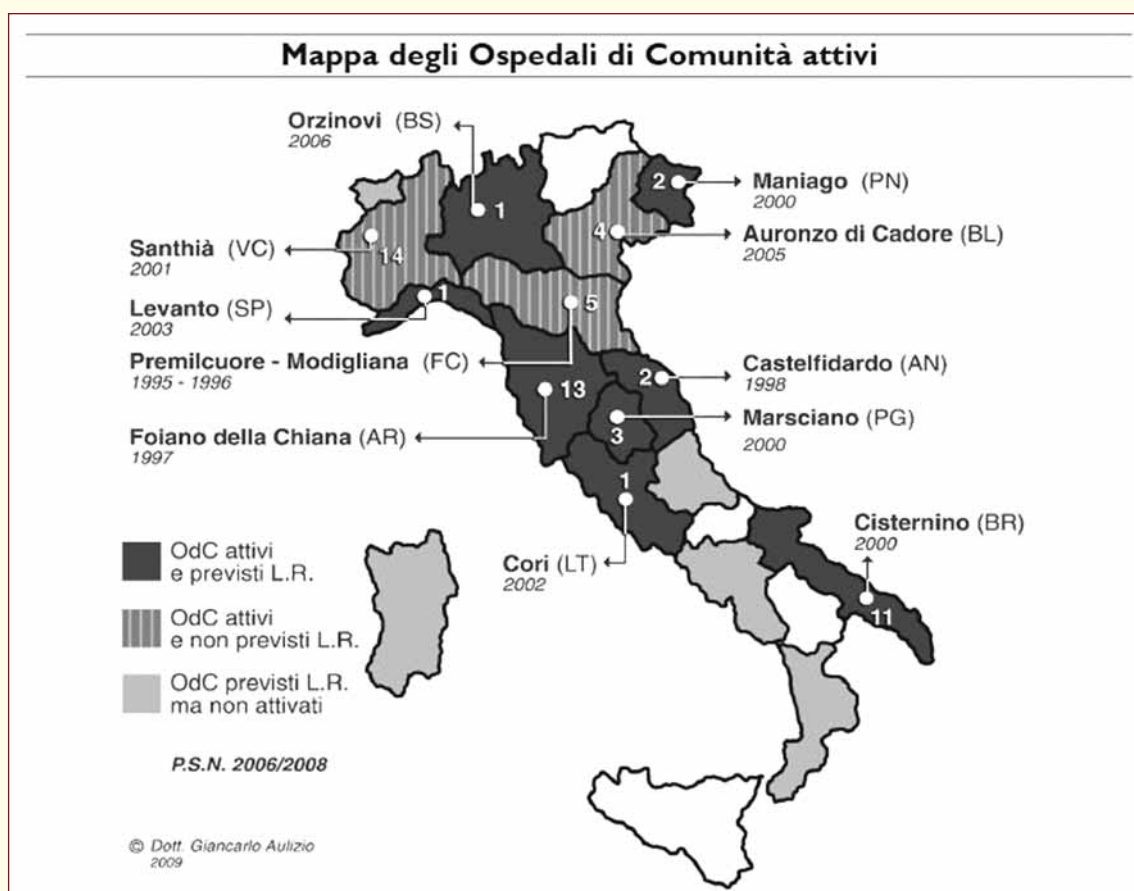
Progetto premiato: Ospedale di Comunità, ASL 5 Pisa

Progetto selezionato: 12 posti letto in country hospital a Premilcuore e Modigliana, Asl Forlì

“PREMIO 5 STELLE”

3° Edizione Nazionale “STAR BENE IN OSPEDALE”, Bologna 24-25 maggio 2002 **Segnalazione di Eccellenza per il Country Hospital (Ospedale di Comunità) di Modigliana**

** Medico di Base a Modigliana e Tredozio, spec. in Geriatria e Gerontologia*



FORLÌ 16-19 settembre 1874

PRIMO CONGRESSO ITALIANO DEI MEDICI CONDOTTI

*a cura del Prof. Francesco Aulizio**

Secondo una facezia che circolava un tempo tra i medici condotti, il loro nome era motivato dal fatto che il povero medico, appena laureato e senza una lira in tasca, stremato da un corso di laurea vissuto per sei lunghi anni lontano da casa, veniva preso quasi di peso se non legato e imbavagliato, e *condotto*, sembra di capire recalcitrante, ad esercitare la professione sul monte o in valle, in palude o sulla costa battuta dai venti marini ed ivi restare *perinde ac cadaver!*

E pensando in effetti a quanto in passato certe sedi, e non poche, di condotte mediche, fossero disagiate, vien da riflettere che la faceta definizione nascondesse un fondo di verità. In realtà, tuttavia, le cose stavano diversamente perché leggiamo sulla «Treccani» che: «Condotta si chiama il contratto, per cui un Comune o più Comuni conducono, mediante un annuo stipendio, l'opera di un medico o d'un chirurgo, per la cura dei malati poveri». Per cui *condotto* diviene il medico per estensione di significato, mentre il termine deriva, appunto, dal contratto riguardante l'assunzione di una persona da parte di un Ente.

Con questa premessa si corre il rischio di cacciarsi in un ginepraio da cui sarebbe difficile uscirne senza far torto al titolo di questo articolo, anche se, tutto sommato, qualcosa bisogna pur aggiungere sulla condotta medica su cui tanto si è scritto quando era attiva, ed ora ancora se ne parla, dopo il suo affossamento operato dalla riforma sanitaria, e spesso non senza rimpianto.

Dottrina, legislazione, giurisprudenza, hanno nel tempo regolato la vita di questo istituto che, sin dall'antichità più remota si rese benemerito. Già gli *archiatri populares* cioè i medici per i poveri, con Antonino Pio, stanno ad indicare il riconoscimento del diritto del *minus habens* ad essere assistito nella malattia. E certamente questa non fu la condotta, fu però senza dubbio un servizio di pubblica assistenza riconosciuta e voluta dall'autorità politica. Questo concetto di assistenza pubblica con il fluire dei secoli fu fatto in gran parte proprio dal solidarismo umano e cristiano con il diffondersi del principio caritativo e venne accresciuto di necessità dalla comparsa delle grandi epidemie che in modo veramente apocalittico mietevano vite umane per ogni dove. I liberi Comuni in questo perdurante frangente riconfermarono la loro volontà di provvedere direttamente alla salute pubblica incaricando all'uopo, con contratti particolari, i medici che, per la prima volta, verranno chiamati *condotti*. Per quanto riguarda l'Italia, la specifica legislazione della condotta medica risale al 1865 e via via è un continuo proliferare di leggi e regolamenti che trovarono ampia ridefinizione nel 1934 con il *Testo Unico delle Leggi Sanitarie*; altre norme successivamente seguirono, ed è storia di oggi. Un fatto è certo, il medico condotto, desiderato dalla gente, imposto dalla legge nei più sperduti angoli dello Stato, sempre ebbe l'assillo di cercar di raggiungere un equo riconoscimento economico, mai pari al carico di servizio che gli si imponeva per contratto; carico espresso da due obblighi fondamentali: residenza in loco, presenza e reperibilità per ventiquattro ore al giorno. È chiaro che un simile stato di cose, al di là delle romantiche poesie e del vittimismo di categoria di cui è bene far grazia al lettore, era fonte di continuo malumore tra i condotti che, ben presto, cercarono di costituirsi in categoria per potersi meglio difendere al fine di erodere qualche più tangibile vantaggio.

Come dire che i medici condotti cercarono, già alla fine dello scorso secolo, di sindacalizzarsi. Ed eccoci al punto. Come sindacalizzarsi? Attraverso la loro unione. Focolaio iniziale di questo movimento fu il Piemonte, precisamente Torino, dove il medico Giuseppe Bernati, co-redattore e poi proprietario del giornale «L'Indipendente», sin dal 1870 aveva iniziato a dibattere problemi di medicina e chirurgia pratica, di scienze affini e di interessi professionali dei medici. Negli anni 1870 e 1871 erano apparsi vari articoli del Berruti stesso raccolti poi dall'autore nel volumetto «I medici condotti e la medicina

pratica in Italia» pubblicato nel 1872 e dedicato al proprio padre, anch'egli medico a Chivasso. Ed è importante sapere della esistenza di questo giornale combattivo, a volte duro, certamente all'avanguardia nel tentativo di unire in comune azione i medici condotti e cercare di indurli a superare interessi del tutto personali a favore di una visione di categoria più proficua per l'intera classe.

Certamente la sindacalizzazione dei condotti stentava a realizzarsi anche se le lettere al direttore dell'Indipendente giungevano sempre più numerose per riferire di soprusi da parte dei Sindaci, dei Segretari Comunali e dei Consigli Comunali. In occasione di una levata di scudi dei condotti di Maremma, il Berruti così scrisse: «Eccovi, colleghi carissimi, le conseguenze della nostra apatia professionale, del nostro odio secolare, delle insane nostre lotte individuali che han fatto di noi lo strumento cieco dei rancori e delle miserabili vendette di quegli uomini sempre inetti che per *fas* e per *nefas* manomettono la pubblica azienda. Seguiamo l'esempio dei colleghi maremmani, protestiamo altamente, - e ci faccia sdegno di sostituire qualunque collega che non abbia demeritato in faccia alla società e come medico e come cittadino».

Ed è questo un esempio chiaro di sindacalizzazione che nulla ha da invidiare alla nostra attuale.

E pian piano ci avviciniamo alla Romagna. Nel 1873 il chirurgo di Modigliana Babacci, con una lettera a questo giornale propone che i condotti si riuniscano in forti associazioni locali, di tipo circondariale, provinciale od altro, tendenti tutte allo stesso scopo e cioè... «...al processo della scienza, al miglioramento delle istituzioni sanitarie, alla dignità professionale, alla prosperità della medica famiglia e alla tutela dei suoi interessi».

Nel 1874, uno dei redattori dell'Indipendente», il medico Raymondi, propone, nel secondo fascicolo, che gli abbonati della rivista si riuniscano in gruppo ed agiscano, forti anche dell'appoggio dei farmacisti e dei veterinari.

L'idea, non del tutto originale, visto che già da anni si parlava e si scriveva di unirsi, trova questa volta eco in Romagna e sul fascicolo quarto, del 5 febbraio 1874, viene pubblicata la «Proposta di una Associazione Medica Italiana dei Medici Condotti e di un congresso generale da attuarsi nel settembre 1874», del medico Luigi Casati di Forlì. Questi era il direttore del periodico «Il Raccoglitore medico di Forlì» che venne edito per ben 73 anni, cioè dal 1828 al 1901 e gli ultimi quaranta di questo lungo periodo lo videro ininterrottamente direttore.

Il Casati dunque manifestò sin dal febbraio del 1874 questa proposta ma non manifestò nessuna intenzione di voler demandare al Piemonte ed al Berruti l'attuazione dell'idea a lungo dibattuta allo scopo di favorire l'associazionismo tra i medici perché: «Importa intanto riscattare il medico condotto nella sua dignità personale, e restituirlo al suo grado d'uomo di scienza e di filantropia: la burocrazia, guastando a danno comune l'ordinamento dello Stato, diffonde il suo malefizio nelle amministrazioni municipali, ove, con villano criterio, considerasi il medico quale parassita che si sfama alla greppia del bilancio»; e sono, queste, parole scritte dal Casati per esporre, ribadendole, le ragioni della utilità di un congresso nazionale. Quindi l'assunto fondamentale per la manifestazione congressuale si articola in due punti:

- 1) questioni di ordine sindacale tendenti alla omogeneizzazione del trattamento del medico in tutto il territorio dello Stato Italiano, per liberarlo dalle interferenze non piccole e non rare delle autorità politiche locali;
- 2) questioni di ordine scientifico e universitario riguardanti il modo di selezionare con i concorsi i medici che si orientano verso la condotta.

Sede prescelta per la manifestazione, la Città di Forlì, epoca il settembre 1874 coincidente con: «... le splendide feste onde la cittadinanza forlivese inaugura un monumento in onore del divino Morgagni, astro fulgidissimo del genio nazionale».

Luigi Casati, con la buona cassa di risonanza che gli viene offerta dalla pubblicizzazione del congresso che intendeva organizzare a Forlì, costituisce il Comitato organizzatore scegliendo medici di diverse provincie e, per, quella di Torino, Giuseppe Berruti, fiero difensore della classe dei condotti. Infatti

con il fascicolo dell'«Indipendente» del 15 giugno 1874, informa i suoi lettori che già tremila sono gli aderenti al congresso di Forlì. Gli ultimi mesi che precedono il settembre sono pieni di intensa operosità organizzativa; non manca la polemica decisa anche se garbata e si constata, leggendo di quei fatti, che effettivamente questo congresso era vivamente atteso perché si sentiva la vera utilità di creare unione tra i medici condotti d'Italia.

Il Berruti, da Torino, cerca di ottenere dalle Ferrovie dello Stato una riduzione del costo del biglietto del treno per i partecipanti, invano, mentre, con generosità, lo concede la Società Rubattino, per la navigazione nei battelli a vapore. Finalmente, nell'imminenza del grande avvenimento, Luigi Casati invia a tutti gli interessati una lettera circolare fitta di istruzioni pratiche per agevolare il loro soggiorno in città.

Il congresso, che inizia i suoi lavori nel Palazzo degli Studi di Piazza Morgagni, il 16 settembre, si apre sotto la presidenza provvisoria del Casati stesso, alla presenza di quasi tutti i delegati rappresentanti i Comitati medici delle varie provincie, circa duecento; il Sindaco di Forlì, Mazzoni, anch'egli medico, porge il saluto della Città agli ospiti ed augura a tutti un proficuo lavoro. Viene eletto il Comitato Direttivo e riconfermato il Casati alla presidenza mentre nella elezione della Commissione per l'esame delle nuove proposte, presentate all'assemblea, viene eletto tra gli altri il Dott. Giuseppe Berruti che già abbiamo conosciuto come valoroso direttore dell'«Indipendente» di Torino. Il giorno successivo viene costituita ufficialmente l'Associazione Nazionale dei Medici Condotti di cui viene anche approvato alla unanimità un progetto di statuto. Sarebbe lungo enumerare tutti i singoli fatti legati allo svolgimento dei lavori di questo congresso; basti mettere in evidenza che si elegge a sede legale dell'Associazione Roma e che vengono previste le Commissioni provinciali e le sottocommissioni locali; che viene stilato il Regolamento dell'Associazione, che si stabilisce la pubblicazione del *Bollettino Ufficiale dell'Associazione* e che si istituisce una *Cassa Sociale*. Vengono espressi voti perché il Parlamento ed il Governo studino la precaria situazione dei condotti italiani e la portino a dignitosa soluzione.

Viene infine eletto il Consiglio Superiore dell'Associazione che vede come Presidenti Onorari: Tommasi (Napoli), Bufalini (Firenze), Concato (Bologna), Maggiorani (Roma), Malagodi (Lugo); Presidente effettivo Castiglioni (Roma), Vice-presidente Casati (Forlì), Pacciotti (Torino). Viene infine stilato un Capitolato da servire come guida ai Comuni per la assunzione del medico condotto. Si afferma che la neonata Associazione, pur riservata esclusivamente ai medici condotti, non vuole essere in posizione di antagonismo verso l'Associazione Medica Italiana ma anzi ne sollecita l'alleanza perché, al di là della diretta difesa degli interessi di categoria dei condotti, dovrà essere perseguita insieme la difesa del prestigio della professione medica. Si delibera anche di tenere il secondo congresso nazionale l'anno successivo a Padova per onorare ancora una volta il Morgagni che in quella Università operò tanto a lungo raggiungendo *immortale gloria*. A testimonianza nel tempo di questo avvenimento estremamente importante, sono giunti a noi gli «Atti» del Primo Congresso Nazionale, pubblicati nel 1875 per i tipi della tipografia Democratica; constano di 144 pagine in ottavo grande e sono un documento indispensabile per chi volesse approfondire la storia delle origini del sindacalismo medico italiano.

A solennizzare ed a tramandare ancora nel tempo la manifestazione venne coniatata una bella medaglia in bronzo per tutti i convenuti mentre tre esemplari in argento furono donati al Municipio di Forlì, al Ministro dell'Interno ed al Prof. Malagodi. Per molti mesi si parlò in Italia di questo primo congresso, veramente importante, perché costituisce la presa di coscienza della categoria dei medici condotti in senso nazionale, al di fuori del singolo campanile e del meschino interesse personale, a volte condito di servilismo e di subite angherie, e perché si avverò in un'epoca in cui ancora le malattie infettive, e tra queste il colera, mietevano abbondantemente vittime per cui si imponeva la necessità scientifica di trovare uniformità nazionale a livello tecnico-organizzativo, più di quanto in realtà non fosse ancora.

E poi un'altra considerazione degna di riflessione resta da fare ancorché squisitamente politica. L'unione operativa per l'organizzazione di questo congresso e per la sua attuazione, tra Piemonte e Romagna, soprattutto nelle persone dei medici Giuseppe Berruti e Luigi Casati, contribuirono

a solennizzare nei fatti la nascita dello Stato Italiano Unitario grazie alla comune azione della regione che aveva rappresentato gli Stati Sardi e quella che, a sua volta, era stata uno dei baluardi dello Stato Pontificio. Per quanto lentamente il nuovo Stato Italiano usciva dall'epoca degli eroismi dei singoli per addentrarsi nella costruzione degli organismi sociali necessari ad imprimere propulsione ad una nazione non più soltanto espressione geografica scheggiata in tanti rissosi feudi. Tutte queste considerazioni inducono a fare il primo congresso dei medici condotti italiani.

Non ci furono nel corso dei suoi lavori temi scientifici da svolgere, era prematuro parlare di tali argomenti se prima non si pensava a sistematizzare la posizione dell'operatore medico di periferia, cioè a dire del condotto, nell'ambito della legge dello Stato. Da quel lontano 1874 ad oggi molte cose sono cambiate ma i medici italiani, tutti, devono rivolgere un pensiero di affettuoso riconoscimento a quei lontani Colleghi che con tanta lungimiranza intrapresero una lotta che non è ancora finita.

*** Libero Docente di Storia della Medicina**

Tratto da "Bollettino degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri della Romagna" n. 6/1986



UNA CASISTICA CHIRURGICA ED OSTETRICA DELL'OSPEDALE DEI POVERI DI CRISTO DI MODIGLIANA DELLA SECONDA METÀ DELL'OTTOCENTO

a cura del Prof. Francesco Aulizio*

«Storia di due amputazioni della spalla sinistra. Di un caso di morte avvenuta per cloroforme e rendiconto statistico delle operazioni di alta chirurgia praticate dal Gennaio 1852 al Maggio 1857 dal Dott. Francesco Scarlini, medico-chirurgo a Modigliana. Rocca S. Casciano. Tipografia di Federigo Cappelli. 1857».

Ciò è quanto si legge sul frontespizio di un opuscolo di 56 pagine riguardante l'operosità dell'Ospedale di Modigliana. Occorre una breve premessa. La cittadina di Modigliana, già dominio degli arcivescovi di Ravenna, alla fine del X secolo passò alla Signoria dei conti Guidi i quali la conservarono sino alla seconda metà del XIV, epoca in cui i modiglianesi decisero di darsi alla repubblica fiorentina dalla quale furono accolti non come sudditi ma come raccomandati, riconoscendo loro particolari privilegi e libertà.

Nei secoli si perde un abbozzo di attività ospedaliera sempre intesa in senso caritativo sia che la carità fosse professata dalle più ricche gentildonne che dalla chiesa locale.

È nel 1722 che, finalmente, con testamento, il modiglianese Niccolò Ronconi dispose: *«di dovere con la maggiore celerità e prontezza, che sia possibile fondare uno Spedale per ricevere, et alimentare i Poveri di Gesù Cristo...».*

E comunque lentamente, tra contrasti legali e difficoltà economiche prese forma l'Ospedale dei Poveri di Cristo, piccolo ma sempre bene operante sino ai drammatici avvenimenti che da anni si stanno abbattendo sulla sanità italiana, con risultati, al momento, non molto lusinghieri. Questo Ospedale modiglianese nell'Ottocento è un istituto bene operante nel tessuto sociale della cittadina che lo ospita ma anche, particolare degno della massima attenzione, dei comuni vicini, e se si pensa alle difficoltà che comportavano quei tempi in tema di vie di comunicazioni, in particolare quando dovevano essere trasportati dei malati anche gravi, soprattutto gravi, e con urgenza, bene si potrà comprendere quanto importante fosse, per le popolazioni appenniniche, poter disporre di un luogo di ricovero a breve distanza, ove il malato potesse essere ricoverato per essere assistito sia in senso medico che chirurgico.

È in questo contesto storico, sociale e geografico che assume non piccola importanza l'opuscolo da me all'inizio ricordato nel titolo.

Molto scarse sono le notizie sul Dottor Francesco Scarlini sul quale non ho ancora avuto modo di intraprendere una ricerca negli archivi locali. Posso riferire quanto egli stesso scrive nella dedica dell'opuscolo indirizzata al Professore Antonio Bartolini ordinario di Patologia, Terapia-Medica-Speciale e Clinica Medica all'Università di Pisa. Presumibilmente quindi lo Scarlini era d'origine toscana, allievo, appunto, del Bartolini. Ed è insegno di riconoscenza che egli dedica il suo scritto al maestro dell'Ateneo pisano mettendo in evidenza quanto in particolare ha fatto in ambito traumatologico: *«... poiché già dolorose condizioni di questa parte di Romagna; la esistenza cioè di una terribile banda di facinorosi, mi offrono la opportunità di eseguire, fra le altre, diverse operazioni per ferite d'arme da fuoco...».* E ciò scrive il 10 Giugno 1857 per cui il rendiconto sfilato abbraccia un periodo di cinque anni, verosimilmente si tratta del primo quinquennio della sua attività professionale presso l'Ospedale di Modigliana. Il prospetto generale delle operazioni è di grande interesse; comprende una parte chirurgica ed una parte ostetrica. Quest'ultima, a detta dell'autore, viene ricordata più per amor di completezza che non per particolare importanza dottrinarla. Si tratta di poche *«operazioni manuali del parto, in due delle quali per altro vi fu bisogno di ricorrere all'applicazione del forceps...»*. Mi limito a ricordare che questi casi si riassumono in 15 esecuzioni di rivolgimento, due di forcipe, due di estrazioni manuali di placenta, uno infine di idrocefalo con arresto della testa del feto nello stretto inferiore il che indusse lo Scarlini ad eseguire una craniotomia transvaginale al fine di consentire il passaggio del feto. E si tratta di descrizioni sempre puntuali, convincenti e corrette sotto il

profilo tecnico. C'è da aggiungere che lo Scarlini stesso appare medico e chirurgo prudente e cauto, con poca vocazione all'interventismo a oltranza, spesso disposto a chiedere lumi e pareri ai colleghi Fabroni, Branchini e Vivoli.

Nella casistica sono compresi anche venti casi molto interessanti perché indicano la sua versatilità nell'affrontare l'esercizio della chirurgia. Infatti egli iniziò, dalla chirurgia oculare e della plastica palpebrale all'intervento per cataratta, alla poliposi delle narici, a quella tumorale della mammella, all'ernia inguinale e crurale strozzate, a quella del testicolo. E non è poco certamente. Anzi questa versatilità dimostra quanto fosse utile ed importante per il chirurgo di un piccolo ospedale appenninico dell'Ottocento cimentarsi nei più vari settori della chirurgia perché questo comportamento era a tutto vantaggio degli abitanti della zona che in tal modo riducevano al minimo indispensabile, quando e se possibile, lo spostamento del malato da un luogo all'altro.



E questo modo di intendere la chirurgia, oggi non più concepibile, si è protratto sino alla prima metà del nostro secolo. Basti pensare a Sante Solieri, celebratissimo primario dell'Ospedale «Morgagni» di Forlì il quale, pur operando

in una città posta lungo direttrici di grande traffico, si comportò allo stesso modo dello Scarlini. Ma dove il chirurgo di Modigliana eccelle e, credo di poter aggiungere, con entusiasmo, è la traumatologia degli arti superiori ed inferiori. In particolare egli si sofferma ad illustrare due amputazioni della spalla ed una frattura di femore, ad esito infausto quest'ultima, da attribuirsi tuttavia ad avvelenamento da cloroformio.

Il primo caso di «*disarticolazione scapu'omerale sinistra per ferita d'arme da fuoco eseguita dopo 30 giorni con esito in guarigione*» è molto ben illustrato e non mancano notizie che rendono ancor più interessante la storia clinica.

Nella notte dal 18 al 19 ottobre 1852, in una casa colonica posta in montagna a circa due chilometri da Modigliana si erano asserragliati quattro briganti che da nove anni battevano le terre del Granducato di Toscana e quelle dello Stato Pontificio. Non si deve dimenticare che Modigliana era zona di confine per cui capitava che soldati e gendarmi dei due stati si unissero per dare la caccia ai malfattori. Fatto sta che da questa casa i quattro tennero a bada per ben tre ore i soldati. Finito il conflitto due briganti ed un gendarme pontificio avevano perso la vita e gravemente ferito era rimasto un soldato del Granducato, originario di Volterra, Francesco Masi, di ventidue anni. A costui la testa dell'omero, colpita da una palla di fucile, aveva subito una frattura comminuta con formazione di frammenti di varia grandezza che lo Scarlini, con prudenza, giorno per giorno, estrasse attraverso la breccia traumatica mentre il proiettile, situatosi sotto la cute del torace, avendo attraversato anche la scapola, era stato subito estratto con una semplice incisione cutanea.

Scarlini pensò inizialmente che avrebbe potuto resecare quel che rimaneva della testa dell'omero in modo da poter conservare l'arto superiore, ancorché privo dell'articolazione scapolo-omerale. Dovette però desistere da questo intendimento perché il processo suppurativo stava lentamente consumando il ferito che appariva sofferente ed «*in tale uno stato ridotto che abbandonato a se medesimo incontrava certa ed inevitabile la morte per consumazione...*» sicché il 26 novembre 1852 procedette alla disarticolazione scapolo-omerale sinistra secondo il metodo a lembi. Dopo un decorso morbos non privo di incertezze per la salvezza

del malato, finalmente il Masi il 1° giugno 1853 lasciava l'ospedale «...ristabilitosi in ottima salute, della quale egli gode tutt'ora, siccome mi notizia va con una affettuosa sua lettera in data dell'ormai perduto mese di aprile 1857». Il chirurgo dedica poi un lungo commento a questo intervento e fa delle considerazioni epicritiche di grande interesse che così si possono riassumere. In casi simili occorre stabilire con la massima precisione l'entità della ferita, valutarne e decidere per la resezione di parte dell'osso fratturato o, in alternativa, ricorrere all'amputazione senza far trascorrere molto tempo per il rischio di perdere il malato come, aggiunge onestamente, stava per accadere con il Masi.

L'altro caso di «*amputazione della spalla sinistra e resezione in parte dell'apofisi acromion*» si concluse con la morte del paziente quando già sembrava che si avviasse a certa guarigione e, chiarisce il nostro chirurgo, non per sequele legate all'intervento bensì per errori dietetici. Il 22 maggio 1856 fu portato in ospedale, da Trezzozio, il ventenne Giovanni Monti il quale, accidentalmente si era sparato con un fucile caricato a pallini di piombo da distanza molto ravvicinata. Poiché le condizioni del ferito apparivano molto precarie, nonostante le più attente cure, dopo un consulto tenuto con ben cinque colleghi, lo Scarlini decise di procedere all'amputazione constatato il grave danno subito dalla articolazione scapolomeroale sicché la mattina del 31 maggio 1856 eseguì la disarticolazione della spalla sinistra col metodo a lembi. Il decorso post-operatorio segnò alti e bassi per poi avviarsi a quella che sembrava una sicura guarigione quando, il 16 giugno, si verificò un rapido aggravamento che il 18 successivo portò a morte il Monti. Causa della morte, scrive lo Scarlini, non un qualche accidente legato all'intervento chirurgico ma un grave errore dietetico. Infatti il padre dell'operato aveva portato al figlio, su sua precisa richiesta, un piattino di ciliege che, mangiate, avrebbero creato uno sconcerto tale da condurre a morte il malcapitato. Francamente la *causa mortis* addotta dallo Scarlini è poco convincente anche se, egli stesso, non del tutto convinto, volle sottoporre il cadavere ad autopsia in seguito alla quale si confermò nell'idea che ad ucciderlo erano state e ciliege.

Ed a questo punto osserva come spesso la disobbedienza alle disposizioni impartite dai medici si possa ripercuotere in un danno, anche mortale, per i malati. Infine appare di grande interesse ricordare dello Scarlini il «*Caso di morte avvenuto per cloro forme*» perché al di là del disgraziatissimo esito verificatosi, dimostra ancora una volta quanto questo fosse desideroso di dare il meglio di sé nella propria attività professionale. Nel pomeriggio del 19 dicembre 1853 fu portato in ospedale il contadino Lorenzo Turri di sana e robusta costituzione il quale, cadendo da una altezza di venti braccia, si era procurato, come poi il chirurgo accertò, la frattura comminuta del femore al terzo medio.

Lo Scarlini, sentito anche il consiglio dei colleghi Fabroni e Branchini, decise di amputare la coscia in anestesia cloroformica così come aveva visto fare nell'ospedale di Pisa e nell'Arcispedale di S. Maria Nuova di Firenze. Indusse quindi la narcosi cloroformica ponendo sotto le narici del ferito, già adagiato sul lettino chirurgico, un batuffolo di cotone imbevuto di anestetico.

Non era ancora terminato l'intervento che nel giro di pochi minuti il Turri, dopo un collasso ed un improvviso ed intenso pallore dei viso, perse i sensi e rapidamente giunse a morte nonostante i soccorsi più rapidi e convenienti che l'opportunità suggeriva. Lo Scarlini appare molto turbato nel ricordare questo avvenimento pur ammettendo che il cloroformio era e rimaneva un'ottima sostanza per abolire il dolore nel corso degli interventi chirurgici ma che, purtroppo, sia pure in piccola misura, poteva essere causa di morte in alcuni soggetti non ben esaminati prima di essere sottoposti a questo tipo di anestesia.

Imprescindibile è quindi per l'operatore l'obbligo di ben valutare le condizioni dell'operato prima di sottoporlo a questo tipo di narcosi. E vale la pena ricordare qualcosa a proposito di questa sostanza così importante in passato.

Il cloroformio, triclorometano, fu usato come anestetico per la prima volta, dall'ostetrico scozzese James Young Simpson (1811-1879) nel 1847; ampiamente impiegato all'inizio della pratica anestesologica, venne successivamente abbandonato per la sua elevata tossicità, specialmente a carico del cuore. Ciò scrive il Messini nel suo trattato di «*Terapia clinica*» del 1956 mentre il Bouchardat nel 1864, cioè 17

anni dal primo impiego scriveva che il cloroformio come anestetico per inalazione possedeva tutti i vantaggi dell'etere senza averne i principali difetti per la sua rapidità di azione duratura, trovava utile impiego in quasi tutte le operazioni chirurgiche: rimozione di tumori, escissione di ossa necrotiche, amputazioni, avulsioni dentarie, incisioni di ascessi, interventi per ernie strozzate, nel travaglio di parto ed in altre necessità ancora.

Giova tuttavia ricordare, aggiunge il Bouchardat, che questa sostanza è tossica, va usata con molta attenzione ed usandola occorre avere ben presenti le modalità per intervenire efficacemente in soccorso dell'intossicato. Va detto quindi che lo Scarlini, del quale sarà opportuno riscrivere, dopo una fruttuosa ricerca d'archivio, pur esercitando in un piccolo ospedale in regione appenninica, dal suo scritto appare medico attento e chirurgo capace e, cosa apprezzabilissima, disposto a parlare e scrivere dei suoi insuccessi professionali cui cerca di dare una spiegazione per quanto possibile scientifica e, quindi, convincente.

A questo punto mi sembra opportuno e doveroso ricordare anche la funzione sociale dei piccoli ospedali che disseminati in tutto il tessuto sociale della penisola italiana, prima ancora della nascita dello Stato Unitario, hanno costituito, insieme alla condotta medica, l'impalcatura della sanità pubblica, oggi, e non da oggi, in cronica fibrillazione con tutti i guasti che i cittadini vivono sulla propria pelle al pari dei medici, pur nei diversi moli che socialmente gli uni e gli altri rivestono.

Ed al ricordo di questi encomiabili medici del passato, come lo Scarlini, viene spontaneo domandarsi se avevano ragione gli antichi amministratori a volere piccoli ospedali disseminati nel territorio e retti tecnicamente da medici validi e volenterosi o se hanno ragione i nuovi amministratori che propendono per i grandi ospedali ricchi delle più sofisticate apparecchiature utili per giungere alle più fini diagnosi ed alle più audaci terapie e dovere poi in questi stessi ospedali accogliere i portatori di comuni patologie tanto frequenti quanto facilmente diagnosticabili ed altrettanto curabili sia in senso medico che chirurgico.

Sembra di poter rispondere, sull'esempio dell'antico collega Scarlini e di tanti altri come lui, che non sempre i mutamenti avvengono in meglio ma, non raramente in peggio.

**** Libero Docente di Storia della Medicina***

Tratto da "Bollettino degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri della Romagna" n. 3/1994

ORIGINI E TRASFORMAZIONI DEGLI OSPEDALI IN ROMAGNA

a cura del Dott. Giancarlo Cerasoli* e della Dott.ssa Brunella Garavini **

In epoca medievale le città romagnole erano caratterizzate da un elevato numero di istituti che fornivano, in vario modo, assistenza ai bisognosi. Se gli *xenodochia* erano spazi deputati al ristoro ed al riposo dei pellegrini diretti verso i luoghi santi, gli *hospitales* accoglievano una popolazione eterogenea: vecchi, fanciulli abbandonati, vagabondi, mendicanti, malati, provenienti dalle classi povere che non avevano mezzi di sostentamento. In essi si prestavano una generica «assistenza», un ricovero temporaneo al riparo dalle intemperie e il conforto di un pasto, piuttosto che cure specifiche¹.

Una così fitta rete di luoghi di assistenza può ricondursi alla collocazione di queste zone sull'asse delle vie Flaminia e Romea, costantemente percorse da una folla di pellegrini diretti verso Roma. Da Rimini, inoltre, i soldati ed i devoti si imbarcavano verso porti più attrezzati, quali Venezia ed Ancona, per salpare verso la Terrasanta; consuetudine, questa, che rende ragione della presenza di numerosi *hospitales* retti dagli ordini cavallereschi dei Templari e dei Giovanniti.

Anche in Romagna, quindi, era presente lo stesso panorama assistenziale descritto per l'Italia da Marino Berengo: «nella seconda metà del Duecento l'iniziativa privata sta disseminando nelle abitazioni cittadine e lungo le strade una miriade di punti di assistenza spesso piccolissimi, anche con soli tre o quattro letti: sovente avranno vita breve, estinguendosi poco dopo la morte del fondatore, ma talvolta costituiranno il primo nucleo di una futura istituzione municipale»².

L'inevitabile dispersione di beni e la cattiva gestione dei troppi, o troppo piccoli organismi autonomi, produssero infatti tra XV e XVI secolo una rapida concentrazione e un generale riordino del sistema ospedaliero. Si realizzò così il processo, avviato nell'Italia del nord, che portò al consolidamento degli «ospedaletti» in un unico Ospedale Maggiore e alla sostituzione delle gestioni ecclesiastiche delle opere caritatevoli con quelle laiche o a conduzione mista³. Il fenomeno ebbe luogo in tempi diversi: a Faenza nel 1435, a Cesena nel 1452, a Rimini nel 1486, a Imola nel 1488, a Ravenna nel 1513, a Forlì nel 1541. Una delle possibili spiegazioni della disomogeneità nel processo di unificazione può essere data dalla situazione di isolamento reciproco delle diverse comunità romagnole, mai inserite appieno nello Stato pontificio, e in cui la «sclerotizzazione delle strutture sociali e politiche»⁴ portava la nobiltà locale ad arroccarsi nel mantenimento dei propri interessi, che passavano anche attraverso l'opera delle confraternite. Il fenomeno di concentrazione delle strutture ospedaliere avvenne in stretta correlazione con un mutamento della concezione di assistenza, che passò da una forma umanitaria e privatistica, in cui l'assistenza al povero era un mezzo di riscatto dei peccati – perché in lui si incarnava la figura di Cristo – ad una forma «pubblica», organizzata su basi strutturalmente più solide.

Gli obiettivi erano molteplici. Da un lato vi era l'urgenza di regolamentare più efficacemente l'assistenza agli indigenti, tenendo conto dei loro bisogni e della necessità del loro controllo. Per questo alle gestioni ecclesiastiche delle opere caritatevoli si sostituirono gestioni laiche o a conduzione mista, collegate strettamente a politiche municipali di assistenza.

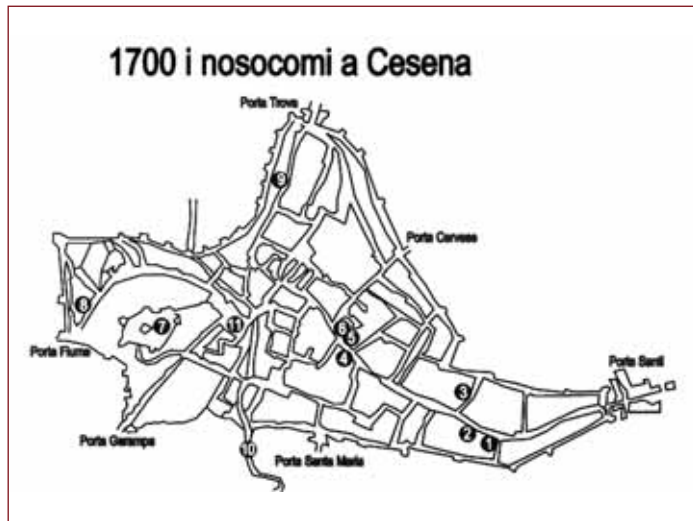
L'accentramento rendeva inoltre più sicura la disponibilità finanziaria, concentrando in un'unica amministrazione la molteplicità delle dotazioni e fornendo uno sbocco univoco alle future elargizioni caritative⁵. Ancora, c'era il riconoscimento della importanza assunta dalle pratiche terapeutiche della medicina ufficiale.

Avveniva in questo modo il passaggio dall'ospedale inteso come contenitore indifferenziato di persone da soccorrere a luogo in cui si somministravano cure specifiche, decise da persone abilitate all'esercizio dell'arte medica.

Anche in Romagna i regolamenti tendevano alla differenziazione fra i malati di patologie acute, suscettibili di rapida guarigione, da ricoverarsi nell'*Ospedale Generale*, e i cronici, inguaribili e invalidi, e i malati di specifiche patologie contagiose come la lebbra e la sifilide, assistiti in altri luoghi.

Questa divisione, funzionale ad una migliore specializzazione delle cure, si realizzò tuttavia molto lentamente ed in modo parziale nelle città prese in esame: è esemplare il caso di Ravenna, dove l'ospedale di Santa Maria delle Croci rimase fino all'Ottocento un istituto multifunzionale.

Un aspetto particolare, in linea con la tendenza italiana, è lo stretto controllo che l'autorità ecclesiastica mirò ad esercitare sui luoghi di assistenza soprattutto tra il Cinquecento ed il Settecento⁶. La progressiva laicizzazione delle istituzioni assistenziali nel corso del Cinquecento aveva sollecitato l'assemblea conciliare tridentina a mettere in atto una



serie di misure per porre un argine alla secolarizzazione. E così i vescovi rivendicavano con rinnovata forza il diritto di visitare ospedali e luoghi pii, di esigere i rendiconti sull'amministrazione di essi anche se gestiti da laici e minacciavano censure ecclesiastiche agli amministratori inadempienti. Come è ovvio ciò fu spesso fonte di liti profonde ed insanabili come quelle che a Cesena e a Faenza contrapposero la municipalità ai Fatebenefratelli, chiamati a farsi carico di parte dell'assistenza ospedaliera. Ancora, a Verucchio, nella diocesi di Rimini, sorsero forti contrasti quando il vescovo insorse contro la pratica dei governatori laici di

impiegare parte dei cospicui redditi dell'ospedale nella costituzione di doti e nell'approvvigionamento ai poveri esterni all'ospedale. Il contrasto giunse al punto che l'autorità diocesana incarcerò uno dei priori, renitente a prestare obbedienza ai decreti episcopali⁷.

L'economia degli ospedali si basava in gran parte sui proventi delle proprietà fondiarie, legate principalmente alle donazioni dei privati. Si trattava in buona parte di lasciti testamentari, con cui i fedeli volevano testimoniare la loro devozione alla Chiesa e garantirsi una sorta di viatico per la salvezza eterna. Questa modalità di acquisizione da un lato imponeva rigidi limiti agli enti destinatari (spesso le clausole testamentarie erano infatti ricche di prescrizioni nei confronti dei beneficiari) e dall'altro rendeva più che mai frammentario il patrimonio fondiario.

Per ovviare alla frammentazione poderale e alle conseguenze negative della dispendiosa amministrazione, nel corso dei secoli gli amministratori attuarono una intensa politica di acquisti, vendite, permuta, che non conobbe soste lungo tutta l'età moderna. I priori non godevano mai di piena autonomia per quel che riguardava l'assetto del patrimonio fondiario: ogni acquisto, vendita o permuta doveva infatti passare al vaglio del vescovo, senza il cui preventivo assenso formale nessun contratto poteva essere validamente concluso. Le forme di locazione erano rappresentate, in età moderna, soprattutto dalla gestione diretta attraverso l'affidamento dei poderi a mezzadri oppure dalla conduzione in affitto. L'affermazione dell'affitto sulla mezzadria, soprattutto negli ultimi anni del XVIII secolo, era dovuta alla ricerca da parte degli amministratori di entrate maggiori e soprattutto sicure, proventi che gli affittuari mezzadri difficilmente potevano garantire data la loro cronica morosità ed il crescente indebitamento. Durante il corso dei secoli le colture dei fondi agricoli conobbero profondi mutamenti, volti ad orientare le coltivazioni verso pratiche più redditizie. Ne è un esempio il caso di Cesena dove dalle colture di frumento orzo e miglio si passò a quelle della canapa e del mais, e, nel Novecento, delle barbabietole, pomodori e tabacco⁸.

A partire dal Cinquecento, anche in Romagna, l'esplicazione della funzione repressivo-educativa dei soggetti pericolosi per l'ordine sociale quali i mendicanti, i pazzi, le donne "pericolanti" e le prostitute

vennero gradualmente trasferite dall'ospedale ad altre istituzioni specifiche. Nei lunghi anni del dominio pontificio, le maglie del controllo sociale si serrarono, tenute saldamente dalle organizzazioni governative centrali quali l'Istituto Generale della Carità di Roma.

Questo progetto non ebbe però completa attuazione, anche per le condizioni politiche e socio-economiche di quel periodo tormentato, e le corsie continuarono ad essere occupate dagli indigenti, ammalati di povertà.

Solo alla fine dell'Ottocento si cercò di attuare anche in Romagna, con molte difficoltà e lentezze, il passaggio dalla carità all'assistenza⁹.

Dal punto di vista delle trasformazioni edilizie la situazione dei più grandi ospedali presenti nelle città della Romagna non subì modifiche sostanziali durante l'Ottocento¹⁰.

Si trattava di luoghi di cura costruiti nei secoli precedenti (Forlì, Meldola, Forlimpopoli, Cotignola, Fusignano, Imola, Faenza, Lugo) o ricavati in ex-conventi (Cesena, Ravenna, Rimini).

Solo in poche piccole città vennero costruiti edifici ospedalieri ex novo, come a Castelbolognese, Riccione, Santarcangelo e Massa Lombarda. Comunque, negli ultimi decenni dell'Ottocento quasi tutti gli antichi ospedali si dimostrarono inadeguati sotto il versante dell'igiene poiché le grandi corsie nelle quali erano collocati gli ammalati non potevano essere trasformate nelle sezioni necessarie a mantenere l'isolamento. Nei primi decenni del Novecento vennero perciò costruiti in molte città nuovi e più capienti edifici ospedalieri, progettati secondo le più moderne norme dell'igiene¹¹.



****Pediatria***



***** Archivist – bibliotecaria***

Appendice:

- ¹ G. Cosmacini, *Governo della carità, governo della sanità*, in *Il Bene e il Bello: i luoghi della cura, cinquemila anni di storia*, a cura di G. Cosmacini, P. Pasini, Electa, Milano 2000; A. Saunier, *La vita quotidiana negli ospedali del Medioevo*, in *Per una storia delle malattie*, a cura di J. Le Goff, J.C. Sournia, Laterza, Roma-Bari 1986, pp. 235-246. Per gli *hospitales* in Romagna cfr. AA.VV., *Il luogo e la continuità*, Forlì 1984.
- ² M. Berengo, *L'Europa delle città*, Einaudi, Torino 1999, p. 605.
- ³ Su questo importante argomento la bibliografia è molto vasta. A titolo di esempio, si vedano G. Albini, *La riforma quattrocentesca degli ospedali nel Ducato di Milano, tra poteri laici ed ecclesiastici*, in *Povertà e innovazioni istituzionali in Italia. Dal Medioevo ad oggi*, a cura di V. Zamagni, Il Mulino, Bologna 2000, pp. 95-109; A. J. Greco, L. Sandri, *Ospedali e città. L'Italia del Centro-Nord, XIII-XVI secolo*, Le Lettere, Firenze 1997; E. Bressan, ad vocem *ospedale* in *Dizionario di Storia della Salute*, a cura di G. Cosmacini, G. Gaudenzi, R. Satolli, Einaudi, Torino 1996, pp. 429-433.
- ⁴ G. Tocci, *Le legazioni di Romagna e di Ferrara dal XVI al XVIII secolo*, in *Storia dell'Emilia Romagna*, III, University Press, Imola 1980.
- ⁵ Cfr. A. Scotti, *Malati e strutture ospedaliere dall'età dei Lumi all'Unità*, in *Storia d'Italia, Annali 7. Malattia e Medicina*, a cura di F. Della Peruta, Einaudi, Torino 1984, p. 238.
- ⁶ Cfr. su questo A. Pastore, *Strutture assistenziali fra Chiesa e Stati nell'Italia della Controriforma*, in *Storia d'Italia, Annali 9, La Chiesa e il potere politico dal medioevo all'età contemporanea*, a cura di G. Chittolini e G. Miccoli, Einaudi, Torino 1986, pp. 435-441.
- ⁷ L'episodio è citato da A. Pastore, *Gli ospedali in Italia fra Cinque e Settecento*, in *Gli ospedali in area padana fra Settecento e Novecento*, a cura di M.L. Betri e E. Bressan, Angeli, Milano 1992, p. 72.
- ⁸ D. Bolognesi, *La gestione dei patrimoni fondiari degli ospedali romagnoli in età moderna. Prime ricerche*, in *Sanità e società a Cesena*, a cura di S. Arieti, G. Camaeti, C. Riva. Il Ponte Vecchio, Cesena 1999, pp. 147-170. Per Cesena in particolare M.C. Giuliani, *Trasformazioni agrarie nel cesenate dal 1500 ad oggi*, Istituto Editoriale Cisalpino, Milano-Varese 1965.
- ⁹ Cfr. A. Tonelli, *Per carità ricevuta. Povertà e assistenza in Romagna fra '800 e '900*, Angeli, Milano 1991.
- ¹⁰ Cfr. B. Garavini, *Origini e trasformazioni degli ospedali in Romagna*, in *Le Arti della Salute. Il patrimonio culturale e scientifico della sanità pubblica in Emilia-Romagna*, a cura di G. Campanini, M. Guarino, G. Lippi, Milano, Skira, 2005, pp. 95-115 e G. Castelli, *Gli ospedali d'Italia*, Milano, Medici Domus, 1942, pp. 534-537, 545-549, 566-570.
- ¹¹ Come a Forlì, Cesena, Ravenna e Lugo. Cfr. M. Foschi, *Le architetture della sanità: un quadro tipologico*, in *Le Arti della Salute. Il patrimonio culturale e scientifico della sanità pubblica in Emilia-Romagna*, a cura di G. Campanini, M. Guarino, G. Lippi, cit., pp. 127-139.

STORIA DELL'OSPEDALE CIVILE DI FORLÌ

*a cura del Dott. Matteo Dall'Agata e Leonardo Michelini **

Carlo Gotti ed Enzo Canali, ne "L'ospedale di Forlì", pubblicato su "Romagna Medica", affermano che «dell'anno d'origine dell'ospedale di Forlì non è possibile avere notizie precise». «Non esiste anno di fondazione, bensì epoca di fondazione», spiegano, facendola coincidere col periodo dello sviluppo a Forlì delle Compagnie dei Battuti: «In quel torno di tempo, dice il Matteucci, si può tener per certo che si fondasse a Forlì il Maggior Ospedale, che fu chiamato della Casa di Dio». Tale edificio è ricordato nella contrada San Giacomo del fondo di Campostrino.

Elio Caruso, in "Forlì città e cittadini tra Ottocento e Novecento", conferma la datazione storica («fin dal 1269 si ha memoria della Casa di Dio») ma non l'ubicazione, collocando la Casa di Dio «nell'attuale piazza Cavour» e sostenendo che «nei primi decenni del Seicento l'istituto si trasferì nel borgo Cotogni».

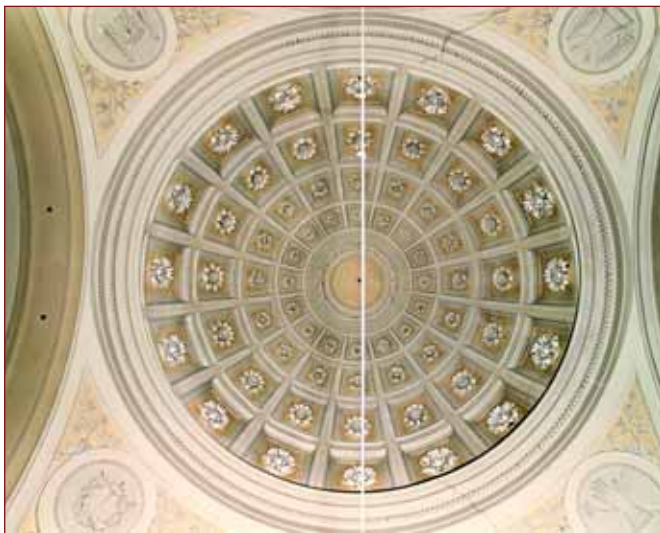
L'ospedale fu comunque distrutto nel 1500 dalle armate comandate dal Valentino, per essere rifabbricato di lì a poco al fine di dare alloggio, nel 1502, a una parte delle 1.500 persone al seguito di Lucrezia Borgia, passata a Forlì per recarsi in sposa ad Alfonso d'Este di Ferrara.

Secondo Elio Caruso, «nel 1612, la Casa di Dio assunse la dignità di ospedale, poiché quell'anno la municipalità ne nominò il primo chirurgo: messer Francesco Zeppi».

Dai primi anni del '700, si diffonde la consuetudine fra i maggiorenti forlivesi di devolvere all'ospedale parte dei propri lasciti testamentari. A questi, si aggiungono moltissime piccole donazioni di cittadini forlivesi riconoscenti per le cure ricevute.

Facendo affidamento su tali risorse, i Curatori dell'ospedale, in accordo con il Consiglio Generale della Città, decidono di mettere fine al degrado delle vecchie strutture, ormai inaccettabile, e costruire, nello stesso sito, un nuovo nosocomio con migliori requisiti funzionali e in grado di accogliere un maggior numero di ricoverati. Alla sua fondazione, nel 1720, la nuova Casa di Dio viene pensata come il più grande edificio del genere dell'intera Romagna. Il Consiglio Generale del Comune di Forlì, in accordo con i Curatori, affida il progetto del nuovo ospedale a Giuseppe Merenda, figlio cadetto del patrizio forlivese Fabrizio e della contessa faentina Maria Maddalena Solecch.

Scrivendo l'architetto Ulisse Tramonti: «L'edificio, nella sua concezione essenziale, è costituito da tre grandi corsie che si congiungono in un'aula centrale con volta a catino, rivelata esternamente da un alto tiburio; intorno a questa ossatura si formano due grandi cortili che disimpegnano le dipendenze, e il lungo fronte porticato rivolto a sud-ovest svolge la funzione di filtro tra l'infermeria e i grandi spazi ortivi retrostanti l'ospedale».



Luigi Mirri, cupola della Chiesa dell'ospedale della Casa di Dio per gli Infermi (ora nella Biblioteca Comunale) 1797 - Forlì

La copertura delle corsie, nel modello originario, è una volta a botte, con una cornice continua. All'intersezione delle corsie, sotto una volta a catino, è posto l'altare, rialzato su alcuni scalini, in modo tale che i malati, stando a letto, possano assistere, da qualsiasi punto, alle funzioni religiose e possano essere più facilmente sorvegliati dagli infermieri.

Nel 1760, quando la maggior parte della costruzione dell'ospedale è ultimata, si pensa di aggiungere, grazie anche a nuovi

lasciti, un ingresso degno dell'importanza del luogo.

Viene scelto il progetto sobrio e classico di Raimondo Compagnini, un allievo bolognese del Bibiena,



Francesco Andreoli, statua della Carità, 1783
Forlì, ospedale della Casa di Dio degli Infermi

e nel 1778 si procede a erigere il magnifico ingresso da lui progettato. Durante i lavori, vengono abbattute le vecchie scale e modificato il preesistente atrio, rude e informe.

Al suo interno, dentro due grandi nicchie, trovano posto tra il 1778 e il 1783, due statue, eseguite dal forlivese Francesco Andreoli, che rappresentano l'una la Munificenza della città, o l'Abbondanza, a destra, e l'altra la Carità, a sinistra.

Sino ai primi anni dell'800 l'ospedale è riservato esclusivamente ai malati poveri. Il regolamento del 1790 prevede, infatti, che l'ammissione «avrà luogo dietro la presentazione dei consueti documenti, che sono la fede parrocchiale di miseria, e il certificato del medico, o chirurgo di condotta...». Nello stesso documento vengono stabiliti i compiti del medico e del chirurgo addetti alla cura degli infermi. Essi devono fare due visite quotidiane ai ricoverati e prescrivere loro le necessarie medicine e diete, non possono essere sostituiti da barbieri o flebotomi. Il chirurgo non può portare ferri chirurgici fuori dall'ospedale, né curare ammalati di febbre o che necessitino di farmaci da assumersi per bocca. Possono trovare alloggio nell'ospedale solo i malati

poveri residenti a Forlì, i pellegrini e i feriti. Non possono essere accolti gli affetti da *etisia* (tubercolosi), *morbo gallico* (la sifilide), *leprosi* (lebbra), o malattie croniche.

I malati non poveri saranno accettati solo verso il 1842, anche se vi sarà sempre una certa ritrosia, specie da parte delle classi abbienti, a ricoverarsi.

Nel 1796 l'invasione francese interrompe il plurisecolare dominio pontificio su Forlì. Nello stesso anno, la città viene eletta città capoluogo del Dipartimento del Rubicone, per indicazione dello stesso Napoleone Bonaparte, che già aveva destinato Forlì a sede dell'amministrazione centrale dell'Emilia-Romagna.

Durante il governo napoleonico la sistemazione della Casa di Dio per gli Infermi non risulta oggetto di particolari attenzioni.

Nel 1806, per aumentare gli spazi destinati al ricovero delle donne, viene acquistata l'adiacente chiesa parrocchiale di San Giacomo in strada, denominata Santa Lucia.

In questo periodo si registra anche la prima battaglia contro il vaiolo, poi, la sconfitta di Napoleone e l'avvento della Restaurazione determinano il ritorno di Forlì sotto l'orbita pontificia, e il papa abroga la pratica dell'inoculazione obbligatoria, ritenendola contraria ai precetti evangelici.

Nel 1827, in un clima di rinnovamento dell'edilizia cittadina, con la realizzazione del giardino pubblico, della nuova cattedrale, e del nuovo cimitero, portato finalmente al di fuori delle mura urbane, si decide di costruire anche la nuova facciata dell'ospedale, su disegno dell'architetto forlivese Giuseppe Pani, e grazie alla munificenza del conte Matteucci.

La nuova facciata contribuisce ad affermare il ruolo di nuovo polo di centralità dell'Ospedale degli Infermi. Tuttavia, la vita della struttura continua a essere controversa. La stessa gestione è oggetto di severe critiche. «Era questo pubblico stabilimento fin da qualche anno assai trascurato. Pareva dirsi senza direttore, oppure se uno ve n'era di tutt'altro occupavasi fuor che del buon andamento dell'Istituto medesimo.

La nettezza della biancheria, dei corridoi, dei letti era dimenticata, i medicinali non somministrati in tempo debito, i cibi non apprestati in quella misura in cui venivano ordinati. I stovigli di cucina mal

tenuti, il servizio borbottato o stentato. Si udivano lagnanze nell'interno per parte degl'infermi, al di fuori per parte de' cittadini».

Le cifre riferite al decennio 1833 mostrano quanto sia basso il numero dei ricoverati civili rispetto ai militari. Per quanto riguarda il movimento annuale dei pazienti, l'ospedale accoglie mediamente ogni anno 1.373 malati, con una permanenza media di 31,4 giorni e un numero medio giornaliero di 118,2 malati.

Nel 1846, l'ospedale riceve l'importante eredità del conte Domenico Gaddi. Grazie al lascito, gli amministratori della Congregazione di Carità commissionano all'ingegnere comunale Giuseppe Cantoni il progetto di ammodernamento e ampliamento dell'ospedale.

Dei due nuovi stabili ideati da Cantoni, viene costruito solo quello a prolungamento anteriore, verso sud, destinato a «fabbricato per uso delle esposte» e a contenere altri locali «ad uso dello spedale», due stanze per l'alloggio del medico astante, una sala «pel deposito dei materazzi» e alcune latrine per i ricoverati.

Il secondo fabbricato, previsto come «ampliamento per malati e dementi» a proseguimento del vecchio ospedale, nel suo lato posteriore, non viene invece eseguito poiché il conte Andrea Hercolani impugna il testamento di Domenico Gaddi rivendicando la maggior parte dei beni di quell'eredità e vincendo la causa, dopo una lunga lite giudiziaria, nel 1854.

Un importante cambiamento nel regime di gestione dell'ospedale si ha nel 1859, con l'annessione delle legazioni pontificie al Piemonte.

Il 24 giugno 1862 viene poi pubblicata una nuova legge sulle opere pie che conferma «in ogni Comune dello Stato la creazione di una Congregazione di carità». Tale normativa resterà in vigore sino al 1890, quando verrà approvata dal governo Crispi la legge sulle istituzioni di beneficenza volta a ordinare «di regola il concentramento delle opere pie elemosiniere nella Congregazione di carità da istituirsi in ogni Comune e il raggruppamento delle opere pie affini».

L'operazione non sortisce grandi effetti concreti in termini di miglioramento dell'assistenza, ma è in ogni modo importante perché fa emergere e disciplina l'ormai diffuso senso comune del diritto all'assistenza ospedaliera, stabilendo che i requisiti per potervi beneficiare siano costituiti e riconosciuti per legge nella povertà del malato e nell'urgenza del ricovero. Nel 1879, infine, viene aperta la farmacia dell'ospedale, che fornisce gratuitamente, a spese del Municipio, i medicinali ai degenti dell'ospedale, ai malati poveri curati a domicilio, agli esposti, agli orfani ospiti nei due orfanotrofi forlivesi, e ai pazienti che si curano ambulatorialmente al Dispensario Celtico.

Sul finire del secolo, scoppia la querelle ospedale. A riproporre la questione è il dottor Luigi Violani con due relazioni, nel 1890 e nel 1891, sulle condizioni igienico-sanitarie della struttura. L'allora primario chirurgo lamenta: «Il nostro ospedale, com'è ordinato presentemente, non corrisponde alle esigenze della scienza moderna e rimane ultimo fra tutti gli Ospedali della Romagna».

Un anno dopo, il dottor Salaroli, medico provinciale, si reca in visita all'ospedale e trasmette alla Prefettura una «elaborata e coscienziosa relazione», in cui sostiene che «gli antichi edifici ridotti a uso ospedale o anche quelli costruiti già a questo scopo non rispondono più alle esigenze e alle vedute della scienza e dell'igiene; e quindi, ove occorresse fare un giudizio generale e di massima sull'ospedale in discorso, bisognerebbe tosto dichiarare che questo è inadatto».



*Francesco Andreoli, statua della Munificenza, 1783
Forlì, ospedale della Casa di Dio degli Infermi*

Il chirurgo primario Luigi Babacci arriva addirittura a minacciare l'interruzione della sua attività nel caso non si proceda alla costruzione di una nuova sala operatoria e di un padiglione per i ricoverati del suo reparto. Da parte sua, il «Deputato specialmente all'ospedale», membro della Congregazione di carità, riconosce gran parte degli «inconvenienti rilevati dal sig. medico provinciale», ma ribadisce che l'amministrazione non si trova nelle condizioni di «poter disporre delle somme non piccole che sarebbero occorse per rimuovere gli inconvenienti e gli sconci di minore importanza segnalati», dichiarando di «accontentarsi di quelle poche migliorie che possono essere consentite dalle condizioni finanziarie dell'istituto». La Congregazione manda agli atti la pratica per corredo e la questione viene insabbiata per un anno, sino al giugno 1893, quando è risvegliata da una nota della Regia Prefettura.



Facciata realizzata su progetto di Giuseppe Pani Forlì, ospedale della Casa di Dio per degli Infermi

Dopo aver elencato «i gravi inconvenienti la cui rimozione non ammette ritardo», tale nota si chiude così: «Non dubito che la S.V. vorrà adoprarsi per quanto le sia possibile per secondare le moderne esigenze dell'igiene nei riguardi della pubblica assistenza, nell'Ospedale, e confido quindi che, dopo attuati i provvedimenti di massima urgenza, voglia pure curare, compatibilmente colle esigenze del bilancio, che sia studiato il modo più acconcio per ridurre le condizioni del civico spedale conformi ai precetti dell'ingegneria moderna». La Congregazione risponde che è stata ordinata solo la «rimozione immediata di una concimaia» e annuncia la nomina di una commissione tecnica, dichiarando che introdurrà tutte le riforme «reclamate dall'ingegneria sanitaria e dall'igiene, secondoché le condizioni materiali ed economiche dello stabilimento lo permetteranno».

Nell'aprile 1894, il Prefetto chiede conto degli studi effettuati dal gruppo di lavoro. Intanto, risulta sempre più evidente l'inadeguatezza dell'intera struttura, sia per la scarsa capienza, sia per l'impossibilità di adeguare gli antichi locali alle nuove necessità di carattere igienico-sanitario. Lo riaffermano di nuovo, nel giugno 1895, i chirurghi Luigi Violani e Luigi Babacci, in una relazione sullo stato della loro sezione, dove «non mancano di deplorare le condizioni della sezione medesima e quelle di tutto l'ospedale», proponendo «l'attuazione di alcune riforme urgenti le quali riuscirebbero efficaci e salutari al buon andamento».

La Congregazione, tuttavia, si dichiara «dolente di non essere in grado di attuare le fatte proposte, quantunque le riconosca vantaggiose all'igiene dello stabilimento». In novembre, anche la Prefettura, con una nota, torna sull'argomento e rileva come «i requisiti voluti dall'igiene e dalla scienza odierna mancano affatto nell'ospedale»; quindi, «indica i provvedimenti che non ammettono dilazione». A tale documento, però, non risulta risposta.

Nel marzo 1896, la Congregazione denuncia i propri problemi finanziari, scrivendo ai primari che «le tristissime condizioni finanziarie dell'Istituto non permettono di attuare le fatte proposte e che la Congregazione nel resoconto morale della gestione 1896 esporrà lo stato delle cose al paese».

Nel frattempo, la questione balza all'attenzione della stampa. Ad aprire la campagna è «Il Risveglio», organo del partito socialista, con un articolo del 23 febbraio 1896.

Seguono altri pezzi, dello stesso giornale, col roboante titolo «Ospedale Vergogna», in cui si accusa la Congregazione di Carità di profondere inutilmente somme in lavori diretti a tenere in piedi un complesso ospedaliero ormai inadeguato ai tempi, finendo di fatto in un vicolo cieco. Nel 1898, si forma una nuova Congregazione di carità che, convinta dell'urgenza di una completa riforma dell'ospedale, nel 1900 fa rilevare lo stato dell'edificio e la planimetria generale del terreno adiacente allo scopo di verificare se sia possibile riordinare l'ospedale.

L'indagine dà risposte positive: la localizzazione eccentrica del complesso rispetto all'intero tessuto urbano viene ritenuta soddisfacente non solo per il posizionamento, ma soprattutto per la possibilità di ampliare l'edificio con l'acquisto dei terreni vicini, al fine di potervi costruire alcuni padiglioni specialistici isolati. La parte anteriore del vecchio edificio, quella sul corso Vittorio Emanuele II, si pensa invece di adattarla per accogliere gli uffici amministrativi. «La miglior forma di costruzione è a corpi staccati in mezzo ad



Forlì, ospedale della Casa di Dio per gli Infermi
Corso della Repubblica

aree erbose, con alberi e piante che servono quasi a filtrare l'aria d'intorno».

Nel maggio 1901, gli amministratori della Congregazione pubblicano le loro proposte di riforma dell'ospedale, tuttavia, ancora una volta, le difficoltà finanziarie fanno sì che tale progetto resti solo sulla carta. Il primo ad avanzare una soluzione concreta per sciogliere il nodo economico è l'avvocato Giuseppe Bellini, che nella seduta del Consiglio Comunale del 22 novembre 1900 riesce a far iscrivere nell'ordine del giorno di una prossima adunanza la proposta che «la somma votata dal Consiglio Comunale sino dal 1890 per un monumento ad Aurelio Saffi venga devoluta per la costruzione di un nuovo Ospedale o per il miglioramento dell'attuale». Un'idea, questa, caldeggiata dalla stessa vedova Giorgina Saffi.

La mozione dell'avvocato Bellini, però, viene ritirata prima ancora di essere discussa in Consiglio comunale. «Il Circolo Mazzini, la numerosa associazione repubblicana forlivese – racconta Aurelio Silvestrini – si crede in diritto di intervenire nella faccenda, ed in una sua seduta votò quasi all'unanimità di non consentire alla proposta avanzata dal Consigliere repubblicano Avv. Bellini, perchè quantunque riconosciuta generosa, urtava con quell'impegno formale che aveva assunto il nostro Municipio quando diramò il suo appello per raccogliere le somme che sarebbero state destinate all'erezione del Monumento».

Una decisione che rammarica Giorgina Saffi, secondo

la quale si sarebbe «reso maggiore omaggio all'Uomo amato da tutti con la ricostruzione di un Istituto in cui fossero alleviate le sofferenze fisiche della povera gente, alla quale il Saffi aveva data tanta parte della sua anima per alleviarne le sofferenze morali e materiali».

Si arriva così alle elezioni amministrative del 7 luglio 1901, che cambiano il volto dell'amministrazione forlivese e della Congregazione di Carità. A vincere sono infatti i «partiti popolari», repubblicani e socialisti. Nella riunione consiliare del 2 settembre, viene eletto sindaco proprio l'avvocato Giuseppe Bellini, mentre la Giunta risulta formata da cinque assessori repubblicani e tre socialisti. Quest'ultima nomina la nuova amministrazione della Congregazione di Carità, presieduta da Egisto Ravaioli, repubblicano, membro della stessa Giunta e figura cruciale per la realizzazione del nuovo nosocomio forlivese. Il 23 settembre, l'avvocato Bellini, nella seduta inaugurale, accenna subito alla «grave, difficile e complessa» situazione dell'ospedale, promettendo che «ogni sforzo, il quale avesse di mira la soluzione del grande problema, avrebbe avuto dal Municipio l'appoggio morale e materiale».

Su suo input, il capo del gruppo socialista in consiglio comunale prospetta un progetto finanziario di 200.000 lire per costruire padiglioni deputati a ospitare sezione chirurgica, camera operatoria, camera mortuaria e lavanderia.

Alle spese si sarebbe fatto fronte coi soliti fondi raccolti per il monumento Saffi, con una elargizione di 100.000 lire da ottenersi dalla vendita di due arazzi esistenti nella Pinacoteca Comunale e con una sottoscrizione cittadina. Nell'agosto del 1902, il gruppo socialista riesce a far approvare in consiglio

comunale un progetto finanziario di sottoscrizione pubblica dove oltre alla vendita degli arazzi si prevede quella di uno dei massimi capolavori di Antonio Canova, Ebe, scolpita per Veronica Guarini nel 1816 e acquistata dalla municipalità per 60.000 lire.

Tale decisione scatena una violenta reazione da parte della stampa. L'attacco più duro viene dal "Giornale d'Italia": «Il pretesto di disfarsi di tre capolavori sta nella intenzione di far danari per la costruzione di un Ospedale e bene sarà che l'ospedale si faccia; ma se si vuol farlo ad altre vie ad altri mezzi si ricorra: non a questi». Altrettanto critici periodici locali quali "Il lavoro d'oggi" e "Il Presente". In difesa della deliberazione del Consiglio comunale si schiera invece un grande giornale di Roma, "La Tribuna", con un articolo del 26 agosto 1902, dall'ironico titolo "I Barbari a Forlì", in cui il "Saraceno" (Luigi Lodi) approva la vendita delle opere d'arte visto lo scopo umanitario cui è destinata la somma ricavata.

Alla fine, comunque, anche questo progetto non va in porto. Tuttavia, mentre si registra un rallentamento dell'attenzione cittadina sulla questione ospedale, la nuova Congregazione "democratica" presieduta da Egisto Ravaioli, che nella precedente polemica non si è schierato fra i fautori della vendita delle opere d'arte, si mette al lavoro per predisporre un «progetto finanziario serio, complesso, bene studiato e sopra tutto attuabile».

Nel 1904 la Congregazione pubblica la sua "Relazione di un progetto finanziario per l'erezione di un nuovo ospedale" nella quale, per la costruzione di una struttura «a padiglioni divisi, con sale operatorie, camera mortuaria e necroscopica, servizi di lavanderia, disinfezione, riscaldamento, ecc.», si preventiva una spesa di seicentomila lire, «e cioè per 200 letti calcolati in base alla spesa media di lire tremila ciascuno».

Tale somma viene così ripartita: 100mila lire da un «prestito infruttifero da contrarsi specialmente fra la cittadinanza forlivese, con la emissione di obbligazioni garantite sui beni immobili dell'ospedale e da estinguersi in 20 annualità», 332mila lire da Municipio, di cui 50mila lire «già votate pel monumento a Saffi», 50mila lire dalla Provincia, «per conversione di pari somma già votata pel monumento a A. Saffi», 100mila dalla locale Cassa dei Risparmi e 18mila lire «dal ricavo della sottoscrizione nazionale per un monumento a A. Saffi».

Il progetto viene accolto con unanime favore. Intanto, dopo la bocciatura del progetto Mazzocchi, il consigliere Ercole Galassi, insieme ad Arturo Zambianchi, ha chiamato di propria iniziativa l'architetto Giovanni Tempioni, autore dell'ospedale infantile Alessandri di Verona, per un parere sul modo in cui risolvere la questione ospedale. Quest'ultimo «sosteneva l'assoluta necessità e convenienza» di costruire ex novo lo stabilimento ospedaliero. «Da solo, il Galassi propose all'architetto Tempioni la compilazione di un progetto sulla base del parere espresso, e il Tempioni, per amore della sua arte, accettò».

Nel novembre 1906, la Congregazione annuncia che i disegni del nuovo ospedale ideato dal Tempioni, sono esposti al pubblico in una sala della residenza municipale. Nel 1907 il progetto viene approvato dalla Commissione Provinciale di Beneficenza e l'appalto delle opere murarie affidato alla Cooperativa fra Lavoranti Muratori. Nel settembre dello stesso anno, sotto la direzione dello stesso Tempioni e la sorveglianza diretta del geometra Antonio Sintoni, capo dell'ufficio tecnico della Congregazione di Carità e del geometra Giovanni Rivalta, sempre dello stesso ufficio, iniziano i lavori. Il progetto nel corso dell'esecuzione subisce sostanziali modifiche, concordate con i medici primari, e la spesa iniziale prevista di 600.000 lire lievita a 1.200.000 lire.



Lapide Benefattori, ospedale della Casa di Dio per gli Infermi Forlì, Corso della Repubblica

Lo schema del nuovo ospedale viene inoltre presentato con successo, nel 1911, all'esposizione Internazionale di Igiene Sociale di Roma.

L'opera, giudicata la migliore dell'Emilia Romagna, compiuta in sette anni, viene inaugurata il 22 maggio 1915, antivedigia dell'entrata in guerra dell'Italia.

Così Aurelio Silvestrini, descrive, con enfatico orgoglio, l'ospedale: «L'ospedale può contenere 250 letti ed anche molte camere separate a pagamento. Gli ambienti sono vasti, l'aria – elemento indispensabile come coefficiente e come fattore di salute e d'igiene – vi circola in modo meraviglioso. Un'atmosfera di serenità, quasi di gaiezza, regna da per tutto, anche per i poveri disgraziati doloranti pel male che li affligge. E quando l'ammalato arriva al periodo della convalescenza, può scendere negli ampi giardini ove, in un bacino di sole, e in una carezza d'aria pura e odorosa, s'accorge subito di avere ripresa la vita valida e forte... la garanzia maggiore la danno gli attuali illustri primari dell'ospedale: il prof. Paolo Stefanelli, medico e direttore sanitario, la cui valentia di clinico insegna è ben nota, ed il prof. Cav. Sante Solieri, le cui operazioni chirurgiche talvolta pare raggiungano il miracoloso».

Il 29 giugno, sempre Aurelio Silvestrini annota: «Nelle ore del pomeriggio la Duchessa d'Aosta ha visitato i feriti militari nel vecchio ospedale, poscia è passata nel nuovo».



Benito Mussolini esamina i progetti di ampliamento dell'Ospedale, 1938 - Forlì

Il 22 luglio 1918 è il Re a fermarsi a Forlì per una breve sosta, in occasione della quale visita l'ospedale. Ad accoglierlo in città, il sindaco Giuseppe Bellini e il Prefetto, mentre il popolo si divide.

Nel 1921, con l'inaugurazione del monumento ad Aurelio Saffi in piazza Maggiore, la Congregazione e il Consiglio comunale decidono d'intitolare l'ospedale al grande anatomico Giovan Battista Morgagni, cui Forlì ha dato i natali.

Nello stesso anno, l'architetto Leonida Emilio Roseto viene chiamato a restaurare le tre corsie progettate dal Merenda, destinate ad accogliere le Esposizioni Riunite Romagnole. Nel 1923, sotto la direzione del conte professor cavaliere

Benedetto Pergoli, il vecchio ospedale viene occupato dalla Biblioteca Civica (14 stanze), dalla Pinacoteca e dai Musei, situati fino a quel momento nel Palazzo della Missione.

Nel 1928 Ettore Casadei, nella sua guida di Forlì, ricorda che «l'Ospedale, per l'ampiezza dei suoi padiglioni, per il corredo scientifico dei gabinetti, per i servizi d'ambulatori e per la rinomanza dei suoi sanitari, gode alta fama in tutta la Romagna e in Italia».

Negli anni Trenta del Novecento, tuttavia, l'aumento della popolazione mette in luce l'insufficienza di alcune strutture del nosocomio forlivese.

Su progetto del geometra Giovanni Rivalta viene ampliato il padiglione d'ingresso con due ali laterali a un solo piano.

Intanto, il regime fascista, nel quadro della politica cosiddetta corporativa, dà il via a un sistema assicurativo-previdenziale in grado di assicurare, tra l'altro, l'assistenza sanitaria ai lavoratori. Con la legge 3 giugno 1937, n. 847, vengono soppresse le Congregazioni di carità e le loro competenze passano ai nuovi enti comunali di assistenza (ECA).

In applicazione di tale disposizione legislativa, l'Ospedale e Orfanotrofi di Forlì vengono decentrati dall'Eca (ex Congregazione di Carità) con Regio Decreto 25 gennaio 1940, n.343, costituendo un ente a parte, l'Istituto Ospedale e Orfanotrofi di Forlì, gestito da un apposito consiglio d'amministrazione, il cui presidente viene nominato dal commissario prefettizio.

Nel 1938, in seguito alla visita ufficiale al complesso ospedaliero di Rachele e Benito Mussolini, viene rilevata la necessità da una parte di «restaurare e adeguare ai nuovi bisogni gli esistenti padiglioni»,

secondo le norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario dell'ospedale, dettato dal R.D. 30 settembre 1938, dall'altra di «portare la capacità ricettiva a 600 posti letto».

L'ingegnere forlivese Ferruccio Gavelli viene incaricato di studiare un programma di massima. Si progetta anche un nuovo padiglione da destinare a cucina, servizi medici e sale operatorie, e da intitolare ad "Alessandro Mussolini".

Il Gavelli, nel 1940, progetta poi, oltre alle recinzioni autarchiche dell'intera area ospedaliera a sostituzione di quelle metalliche, impiegate a soccorrere la guerra, il padiglione Abbienti, in prosecuzione del nuovo padiglione di Chirurgia e a esso collegato attraverso un corridoio coperto, ben visibile dal viale Corridoni e ad esso parallelo.

Di tutta la programmazione edilizia ospedaliera del 1940, tuttavia, vengono costruite solo le ineludibili recinzioni autarchiche.

Nel 1939, viene invece approvato dalla municipalità il progetto del nuovo padiglione Maternità, offerto alla città, in memoria della madre Giulitta Monti, dal gran ufficiale Manlio Morgagni, forlivese residente a Milano, sansepolcrista, senatore nonché presidente dell'Agenzia di Stampa Nazionale Stefani.

Durante la guerra, Forlì coltiva la speranza di venire dichiarata città aperta, con il ruolo specifico di città ospedaliera, ma i bombardamenti in atto sin dall'inizio del 1944 spengono ogni illusione e tale funzione viene assegnata a Imola. La Seconda Guerra mondiale si rivela per il nuovo "Morgagni" «un severo e tragico collaudo», soprattutto durante «il caotico passaggio del fronte»: «In quelle tristi giornate, tutto il personale dal più umile al più elevato in grado si prodigò ininterrottamente, con abnegazione, con dedizione ed elevato spirito di sacrificio. Qui convergevano da tutte le regioni vicine, ammalati e feriti a centinaia; non uno venne respinto, a tutti fu dato asilo e assistenza. Fu questo un periodo veramente glorioso per l'ospedale di Forlì. E non sarà certo dimenticato».

Durante il Fascismo viene, inoltre, avviata una battaglia nazionale contro la tubercolosi, mortale malattia che aveva imperversato per gran parte dell'Ottocento e nei primi decenni del Novecento.

La lotta contro questa diffusa patologia è affidata all'Istituto Nazionale Fascista di Previdenza Sociale (INFPS), che investe complessivamente in questo campo 600 milioni di lire. Il Duce in persona decide di costruire un tubercolosario a Forlì, e lui stesso ne sceglie l'ubicazione, a 3 chilometri dalla città, alla confluenza fra i fiumi Rabbi e Montone.

La costruzione del nuovo complesso sanatoriale, orientato a sud-est ed esteso su un'area di 36 ettari, trae spunto da un'idea dell'architetto milanese Luigi Bisi, presto coadiuvato e poi rapidamente sostituito da Cesare Valle.

Il presidio è costituito da una struttura a padiglioni, un grande ospedale, un ospedale per bambini e una colonia post-sanatoriale di tipo agricolo per il reinserimento nel mondo lavorativo dopo la degenza, comprensiva di altre attività artigianali (falegnami, calzolai, sarti, fabbri, meccanici, ecc.).

«I padiglioni sanatoriali risentono di un formalismo legato a quel gusto "simbolista", di ludica nostalgia futurista, che esaltava il mito del macchinismo e in particolare delle macchine belliche.

La Torre dell'Acqua, che si libra verso l'alto in una struttura estremamente dinamica, timone dell'intera squadriglia "grande meridiana messa a segnare il tempo della cittadella della Speranza", bastava ad assolvere magnificamente al ruolo centrale dell'immane Torre Littoria, svincolando tutto il resto da prevedibili simbolismi di regime».



*Complesso sanatoriale IX Maggio di Vecchiazzano, 1940
Torre dell'acqua, Forlì*

Al centro trova così posto la struttura tozza e poderosa di un carro armato, alla sua sinistra l'agile figura di un aeroplano e alla sua destra la grande nave, tutto a simboleggiare le tre armi di terra di cielo e di mare. All'ingresso, di qua e di là del grande cancello, quasi a protezione di tutto il complesso, i due Mas (Motoscafi Anti Sommergebile), famosi nella beffa di Buccari, cui partecipò Gabriele D'Annunzio.

Il primo padiglione a essere costruito è l'ospedale sanatoriale, ovvero il padiglione Adulti (ora Valsalva), che presenta una struttura volumetrica simile a un biplano.

Il padiglione viene visitato dal Duce nel 1935 e inaugurato il 28 ottobre del 1937 da donna Rachele Mussolini, benedicente il vescovo di Forlì Giuseppe Rolla, alla presenza delle maggiori autorità cittadine, provinciali e regionali, delle varie maestranze e infine dell'architetto Cesare Valle. Il secondo edificio completato è il padiglione dei Bambini (ora Vallisneri), denominato XXI Aprile, data mitica della fondazione di Roma. Nel 1937, quando Rachele Mussolini inaugura il sanatorio, la struttura conta già «una capacità di 174 posti letto» che arrivano a 330 letti a fine lavori. Il padiglione, con terrazze ad anello munite di lettini a sdraio che circondano i vari piani, appare come un enorme transatlantico «agile di forme che si offre in ogni angolo al sole». La prua della nave è rivolta a Rocca delle Camminate, dove un grande faro, durante la notte, lancia lunghi raggi bianco, rosso e verde, che si possono distinguere sin dalla costa adriatica.

L'ultimo edificio realizzato a Vecchiazzano è la Colonia Postsanatoriale (ora Allende), denominata XXVIII Ottobre, giorno della marcia su Roma, e destinata ai lavoratori adulti provenienti dai 60 sanatori d'Italia controllati dall'INFPS, i quali, completamente guariti, vengono rieducati al lavoro prima di essere restituiti alla vita sociale.

Il centro sanatoriale di Vecchiazzano, intitolato IX Maggio 1936, anniversario della proclamazione dell'impero, è tenuto ufficialmente a battesimo il 25 luglio del 1939 da Benito Mussolini, che s'incarica personalmente del taglio del nastro alcuni giorni prima della celebrazione del suo cinquantaseiesimo genetliaco.

Durante la guerra, il centro per un certo periodo viene occupato dalle truppe tedesche, senza tuttavia riportare danni rilevanti.

Al termine del conflitto, appare opportuno cambiare la denominazione del sanatorio. Così, con una circolare del dott. Palma, Direttore generale facente funzione dell'Inps, datata 17 luglio 1946, la struttura viene intitolata a Luigi Pierantoni, con la seguente motivazione: «Luigi Pierantoni, medico del servizio sanitario dell'Inps, vittima della furia nazi-fascista, morto alle Fosse Ardeatine il 24 marzo 1944».

Il suo nome è, inoltre, legato a Forlì in quanto, fra il 1937 e il 1938, ha diretto lo stabilimento termale della Fratta, recandosi spesso al sanatorio di Vecchiazzano.

Anche i padiglioni cambiano denominazione: il padiglione per bambini vede mutato il nome XXI Aprile in G.B. Morgagni; la colonia lavorativa post sanatoriale, ex XXVIII ottobre si trasforma in Vallisneri, da Antonio Vallisneri, medico, scienziato, naturalista e biologo italiano vissuto a cavallo del '600; e l'ospedale sanatoriale, sin lì XXIII marzo, viene intitolato Valsalva, da Antonio Maria Valsalva medico noto per i suoi studi anatomici e fisiologici sull'orecchio.

Tornando all'ospedale "Morgagni", durante il secondo conflitto mondiale il nosocomio dà prova di grande efficienza e funzionalità.

Negli anni '50, dopo la ricostruzione, la struttura può consolidarsi e affermarsi nel panorama sanitario locale e nazionale. Nel 1955, come testimonia la relazione stilata dal consiglio di amministrazione, l'ospedale svolge un'intensa attività. Gli interventi chirurgici effettuati sono 3.693, i malati ricoverati 8.036 e le giornate di degenza 122.295. La gestione della struttura è caratterizzata da «bilancio in pareggio; potenziamento dei servizi e maggiore afflusso di malati; patrimonio e rendite aumentati».

A partire dalla metà degli anni '50, iniziano importanti lavori di ammodernamento dell'intero complesso. In particolare, si opera all'ampliamento del padiglione per malati cronici e alla sopraelevazione di un intero piano del padiglione "Giulitta Morgagni Monti", per realizzare un nuovo moderno reparto di Otiatria. Il trasferimento del reparto Otiatrico nel piano sopraelevato del Padiglione Maternità consente anche di avviare «un secondo importante ingrandimento del Reparto Ortopedico». Si tratta del secondo ampliamento per Ortopedia, dopo il primo del 1952, e un terzo viene portato a termine prima del 1960 «mediante il sovrizzo dell'ala sud del padiglione Pallareti».

In questo modo, il reparto ortopedico raggiunge una disponibilità di 82 posti letto, «aumento

rimarchevole» se si pensa che originariamente i posti erano 36. La spesa per il sovranzo è di 7.500.000 lire. Sempre per quanto riguarda Ortopedia, il reparto viene ulteriormente potenziato costruendo «un avancorpo annesso al lato ovest del padiglione Pallareti».

Già nella seconda metà degli anni '50, poi, l'ospedale «Morgagni» si pone all'avanguardia nella lotta ai tumori, acquistando un impianto di telecobaltoterapia. «L'ospedale Morgagni, consapevole che la regione romagnola è tra le più colpite dai tumori – illustra il consiglio di amministrazione – ha ritenuto doveroso dotare il proprio “Centro per la diagnosi e la cura dei tumori” di un potente impianto di telecobaltoterapia che oggi è uno dei mezzi più usati per curare detta malattia».

Contemporanea è l'istituzione di nuovi servizi quali il centro antidiabetico per il trattamento ambulatoriale dei malati di diabete (1958), il servizio speciale di ortottica e pleottica per la cura dello strabismo, il servizio speciale di pneumologia per l'accertamento della funzionalità respiratoria, il servizio per la preparazione psico-fisica delle partorienti e, da ultimo, il servizio con radioisotopi per «le determinazioni sulla funzionalità della ghiandola tiroidea e lo studio differenziativo delle varie forme patologiche, nonché per un'adeguata terapia».

Verso la fine degli anni '50 si decide di porre mano anche all'inadeguatezza del padiglione fisiologico rispetto alle crescenti esigenze della popolazione.

«Il lavoro consiste principalmente nella costruzione di tre nuovi corpi di fabbrica – si spiega – innestati nel vecchio padiglione e sviluppantisi verso sud-est, e nel riassetto dei vecchi locali, con aumento dei posti letto da 28 a oltre 50, e adeguamento dei servizi alle odierne necessità».

Per ricavare ulteriori spazi, sul finire degli anni '50, l'amministrazione dell'ospedale abbandona i propri uffici nel padiglione d'ingresso e si trasferisce nella palazzina antistante, già sede del Dispensario Antitubercolare.

Infine, nel 1958, la famiglia del Cav. Telemaco Casadei, per onorare la memoria del figlio Erio, giovane motociclista morto due anni prima in un tragico incidente stradale, dona all'ospedale un nuovo padiglione dove «trovano una sistemazione magnifica sia dal lato estetico che da quello tecnico i servizi del centro trasfusionale del sangue».

«Le spese imponenti sostenute dall'amministrazione per il potenziamento dei servizi, per l'ampliamento dei locali, per l'ammodernamento delle attrezzature e per l'acquisto di nuovi apparecchi sanitari – afferma lo stesso consiglio nella relazione del 1960 – hanno fatto conseguire all'ospedale risultati altamente positivi sia per le cure più complete e più moderne che si possono praticare ai degenti e sia per il maggior afflusso di ammalati che ne è derivato, con conseguente notevole beneficio per il bilancio e per la retta ospedaliera».

A sottolineare l'eccellenza del «Morgagni» è la visita del ministro del Lavoro e della Previdenza sociale Benigno Zaccagnini, che il 28 marzo 1959 si reca a Forlì per osservare di persona i nuovi reparti appena ultimati. Alla fine degli anni '50, la concomitanza di una serie di eventi spinge il consiglio di amministrazione a progettare un ulteriore ampliamento della struttura forlivese, prevedendo l'edificazione di due nuovi grandi padiglioni.

Uno viene immaginato nell'area esistente fra il padiglione «Rinaldo Pallareti» e il padiglione principale, con una capienza di oltre 50 posti letto per ogni piano.

Contemporaneamente, è allo studio il «costruendo padiglione che sarà intestato al Col. Medico Dott. Raffaele Rivalta», da situare fra il padiglione dei servizi operatori e il padiglione «Pantoli». La posa della prima pietra dei due «costruendi padiglioni» viene effettuata il 20 maggio 1962 dal Ministro della Marina Mercantile Cino Macrelli. Il padiglione Rivalta verrà ultimato nel 1964.

Sempre nei primi anni '60, per soddisfare le «moderne esigenze dell'assistenza senile, per la cura cioè delle malattie acute e croniche degli anziani», viene istituito un altro nuovo reparto organico: il reparto di medicina geriatrica, con annessa sezione cronici. «Il nostro scopo non è tanto quello di rincorrere abusati miti di improbabili ringiovanimenti – illustra il primario dell'epoca, il dottor Walter Ronchi – quanto quello di dare vita agli anni, consentire cioè alle persone anziane ammalatesi di ritornare guarite in seno alle proprie famiglie, reinserendosi con autonomia nel nucleo familiare e sociale».

Da ricordare, in quegli anni, la riorganizzazione, in forma autonoma, del servizio di anatomia patologica e di laboratorio, al fine di assolvere «le grandi e crescenti necessità degli accertamenti istopatologici e di laboratori, indispensabili per la diagnosi e la cura della malattia».

Sul finire degli anni '60, l'ospedale "Morgagni" dispone di 810 posti letto ed eroga un'attività sempre più intensa e articolata. Dai 13.236 degenti del 1964 si passa ai 19.217 del 1969, mentre il numero delle degenze balza dalle 196.257 del 1964 ai 272.452 del 1969. Sul fronte delle malattie sociali, il centro cardiorematologico provinciale vede le visite crescere dalle 3.747 del 1964 alle 1.168 del 1969; impressionante l'incremento degli esami Rx, ben 1.168 nel 1969 contro i 318 del 1964. Altrettanto imponente lo sviluppo del centro oncologico, che in cinque anni passa da 160 a 11.098 persone visitate.

Nonostante i rilevanti interventi messi in atto, che fruttano al "Morgagni", nel 1967, la qualifica di ospedale di I° categoria, l'unico dell'intera provincia, il crescente fabbisogno di ricoveri, sia «in riferimento al numero complessivo di posti letto sia in relazione alle istituende nuove specialità cliniche necessarie per il completamento finale di un ospedale generale», pone problemi. Parallelamente, l'impegno assunto a livello nazionale per realizzare, in linea col dettato costituzionale, un servizio sanitario in grado di erogare l'assistenza a tutta la popolazione come azione costante di salute pubblica, impone una revisione complessiva dei compiti dell'ospedale. Il nosocomio moderno, infatti, non è solo un luogo in cui si curano le malattie, ma anche un'istituzione chiamata a «quattro compiti fondamentali: quello della prevenzione delle malattie, quello della riabilitazione dei malati, quello della formazione del personale di assistenza ai malati e quello della partecipazione alle ricerche scientifiche». Per garantire tale missione e far fronte ai sempre più ragguardevoli bisogni della popolazione, il consiglio d'amministrazione dell'ospedale vara quindi un nuovo piano di sviluppo volto a rinnovare la struttura e allinearla ai «più moderni criteri di edilizia e di tecnica ospedaliera».

Il piano prevede da una parte la costruzione di «quattro piani di sovralzso sul nuovo grande padiglione cosiddetto ortopedico», così da aumentare di oltre 200 posti letto la capienza complessiva, dall'altra la costruzione di un nuovo padiglione. Inoltre, si progetta l'ampliamento del padiglione "Rivalta" e la realizzazione di un «fabbricato adiacente al corridoio di collegamento fra il padiglione principale e la sala operatoria», nel quale istituire «un moderno servizio specialistico per la rianimazione e le cure intensive», sistemando nel contempo organicamente il servizio di cardioangiopatie.

A fine lavori, il presidio forlivese potrà contare su una disponibilità totale di oltre mille posti letto, in modo tale da «superare l'attuale crisi di ricettività, migliorando nel contempo tutti i servizi e istituendo nuovi reparti secondo le indicazioni della Legge di riforma ospedaliera». Tuttavia, i successivi avvenimenti faranno sì che si realizzi solo una minima parte di questi interventi. Per quanto riguarda il complesso sanatoriale di Vecchiazano, dopo la fine della guerra continua ancora per un decennio la sua attività di convalescenziario. Alla fine degli anni Cinquanta, tuttavia, con la tubercolosi ormai debellata nelle sue espressioni più drammatiche e diffuse gravi grazie alla comparsa di antibiotici ad azione specifica, il Pierantoni segue il destino di tutti i sanatori tubercolari italiani, divenuti ormai inutili.

A metà anni '60, il centro di Vecchiazano si presenta come una difficile eredità da gestire, un complesso edilizio che costringe gli amministratori a confrontarsi con la capacità di sostituirlo e di modificarlo, in corsa con il rapido progresso della medicina, della chirurgia e delle tecnologie biomediche. Sull'altro versante, nonostante i continui lavori di ampliamento e ammodernamento, l'ospedale "G.B. Morgagni" fatica sempre più a rispondere ai bisogni sanitari della popolazione e alle esigenze della moderna medicina. «Gli attuali posti letto sono tenuti in numero superiore a quello che risulterebbero se si impiegassero i locali nel pieno rispetto delle vigenti disposizioni, sia per quanto concerne i reparti di degenza che i servizi ausiliari».

Queste le parole contenute nella lettera che, il 2 agosto 1969, il cav. Ennio Sangiorgi, presidente dell'ospedale Morgagni, indirizza al presidente del Comitato regionale della programmazione ospedaliera, Corso Bacchilega, lamentando l'assenza di finanziamenti adeguati.

Contemporaneamente, il consiglio d'amministrazione dell'ospedale si attiva per cercare altre soluzioni. Il 19 giugno dello stesso anno, sempre il dottor Sangiorgi spedisce una missiva a Lamberto Valli per «parlare al dott. Bellisario del nostro problema ottenendo in uso temporaneo, possibilmente sotto forma di comodato ma per una durata minima assicurata (5-6 anni) un padiglione del centro sanatoriale di Vecchiazano». È il primo passo che porta a stretto giro il consiglio presieduto a chiedere ufficialmente all'INPS di concedere al "Morgagni" l'utilizzo di un padiglione, identificato nel Vallisneri. La pratica, inoltrata nel 1969, si trascina tuttavia per due anni, a causa di «ostacoli burocratici» frapposti dalla

Direzione dell'INPS. Nel frattempo, però, si fa concreto il rischio di vedere chiuso «un padiglione del sanatorio di Vecchiazzano con oltre 200 posti letto».

Nei mesi successivi, tale sorte tocca effettivamente al Vallisneri, con trasferimento dei degenti al Valsalva. Il direttore del Pierantoni, Mario Domenici, in un'intervista a *Il Resto del Carlino*, spiegando le cause che hanno portato a tale decisione dichiara: «la cessione in uso del "Vallisneri" all'ospedale "Morgagni", per la quale sono in corso trattative tra le rispettive amministrazioni, mi sembra opportuna date le immediate necessità di posti-letto di cui l'ospedale civile risulta essere attualmente pressato». Nel frattempo, sulla scorta della legge di riforma ospedaliera (n.132 del 12.2.1968), viene istituito, con Decr. Pres. n. 1118 del 6.3.1970, l'ente ospedaliero Ospedale Luigi Pierantoni, ente pubblico autonomo, che, sentito il Consiglio provinciale di Sanità, ottiene la qualifica di "Ospedale specializzato provinciale".

Con lo stesso decreto, viene costituito il patrimonio dell'ente attraverso lo scorporo del patrimonio dell'INPS dei beni immobili e delle attrezzature costituenti l'ospedale "Pierantoni". Si tratta di un atto che presenta rilevanti conseguenze. «Oggi, quale ente autonomo qualificato ospedale provinciale specializzato – illustra il commissario Pasquale Papisca, responsabile dell'ospedale "Pierantoni", in un'intervista a *Il Resto del Carlino* del 10 aprile 1971 – (il Pierantoni ndr) può e vuole fino in fondo svolgere la funzione che gli compete al servizio delle necessità sanitarie della collettività provinciale [...] Il Pierantoni non è più un sanatorio ma un ospedale provinciale specializzato che deve adeguarsi alle prescrizioni di legge le quali prevedono come necessaria l'istituzione di alcuni servizi: pronto soccorso, trasfusione, anestesia, rianimazione e cardiologia, oltre ai poliambulatori per le prestazioni agli esterni».

Il Pierantoni, dunque, secondo il commissario Pasquale Papisca «è pronto a programmare, ove le autorità lo consentano, la istituzione delle seguenti divisioni specialistiche: una divisione di cardiologia di 40 posti letto, compresa una sezione di terapia intensiva; una divisione di odontostomatologia di 40 posti letto; una divisione di neurologia di 80 posti letto; una divisione di chirurgia specializzata, toracica o cronica, di 40 posti letto. [...] Il Pierantoni può ancora istituire dei centri per le malattie sociali, di cui si sente particolarmente la mancanza».

Mentre è in corso la strutturazione del "Pierantoni" secondo le nuove prescrizioni legislative, si fa strada l'idea di fondere quest'ultimo e il "Morgagni" in un unico ente ospedaliero.

D'altronde, la situazione del nosocomio cittadino è sempre più critica. Il 17 marzo 1971 sono addirittura quattro medici (Giuseppe Gardelli, Remo Biscarini, Marzio Zoli, e Giorgio Berti) a scrivere a *"Il Resto del Carlino"* per denunciare la situazione in cui versa il nosocomio forlivese. Lo stesso *Resto del Carlino*, qualche giorno più tardi, torna sulla questione, con tanto di foto eloquenti, titolando a 7 colonne: "L'ospedale non ce la fa più". Persino l'architetto Antonio Quadretti, responsabile del consiglio di amministrazione del "Morgagni", intervistato da *"Il Resto del Carlino"* il 3 aprile del '71, è costretto ad ammettere le difficoltà, annunciando l'impossibilità per il "Morgagni" di far fronte al dettato della nuova legge ospedaliera.

Finalmente, il 6 settembre 1971 viene firmata dal commissario del "Pierantoni" Giovanni Gravina la "Concessione in locazione all'Ente Ospedaliero G.B. Morgagni di Forlì, del padiglione Vallisneri di questo ente". La delibera si dichiara approvata «in prospettiva della piena utilizzazione del "Pierantoni" in relazione all'auspicata futura unificazione dei due enti ospedalieri, per far fronte alle globali esigenze ospedaliere dell'intero comprensorio». La durata del contratto di locazione è di 5 anni, a un canone di 800mila lire mensili.

Tale atto viene duramente attaccato in ottobre dall'intersindacale Cgil, Cisl e Uil del "Pierantoni" che lamentano come il commissario del Pierantoni abbia firmato «in tutta segretezza la relativa delibera senza avere prima consultato e neppure informato questa intersindacale».

Anche i medici del "Pierantoni" entrano nella querelle, sottoscrivendo un documento comune «che conferma la linea espressa dall'intersindacale Cisl-Uil-Cgil». Essi, in particolare, sottolineano «l'urgente necessità di nominare il consiglio d'amministrazione dell'ospedale, unico organo giuridicamente e politicamente qualificato a governare l'ospedale e deliberare sugli adempimenti previsti dal piano regionale ospedaliero».

Proprio la nomina del nuovo consiglio d'amministrazione dell'ospedale "Pierantoni", bloccata «per l'inadempienza da parte dell'Inps» nel designare i propri due rappresentanti, è in quel momento lo snodo fondamentale. Senza tale organismo, nonostante la firma della concessione in settembre, il contratto



*Nuovo Complesso Ospedaliero Giovan Battista Morgagni - Luigi Pierantoni
Veduta aerea, 2004*

tuendo divisioni tisiopneumologiche da inserire nell'ente ospedaliero generale più vicino». Una direttrice che va nella direzione dell'unificazione dei due enti ospedalieri. Nel dicembre 1971, riprendendo tali indicazioni, il consiglio d'amministrazione del "Morgagni" approva così un atto con cui chiede «la fusione dell'ente ospedaliero "Gian Battista Morgagni" con sede in Forlì, con l'ente ospedaliero Ospedale "Luigi Pierantoni" con sede in Forlì- Vecchiazzano» e che «l'unico ente predetto con sede in Forlì, assuma la seguente denominazione "ENTE OSPEDALIERO GENERALE PROVINCIALE - OSPEDALI RIUNITI G.B. MORGAGNI E L. PIERANTONI del comprensorio di Forlì».

Ormai, è chiaro che il futuro della sanità forlivese sarà a Vecchiazzano. L'architetto Antonio Quadretti lo ribadisce in una tavola rotonda organizzata proprio a Vecchiazzano, dove «si troverà il futuro complesso ospedaliero del comprensorio di Forlì». Dopo il parere positivo del commissario governativo, con decreto del Presidente della Giunta regionale, Guido Fanti, del 5 gennaio 1973, n. 8, pubblicato nel bollettino ufficiale della Regione Emilia-Romagna n. 14 del 30 gennaio 1973, viene ratificata la nascita dell'ente ospedaliero «costituito mediante la fusione dell'ente ospedaliero ospedale G.B. Morgagni con sede in Forlì e dell'ente ospedaliero ospedale L. Pierantoni con sede in Forlì-Vecchiazzano». Tale ente «amministra due ospedali di cui uno è classificato generale provinciale e l'altro specializzato provinciale».

Nel novembre 1973, inizia il primo trasferimento dal Morgagni al Pierantoni, con l'apertura del nuovo reparto di Medicina Geriatrica nel padiglione Vallisneri che, nell'occasione viene dedicato alla memoria dell'ex presidente cilenò Salvatore Allende. Contemporaneamente, il padiglione per bambini, che dopo la guerra aveva visto mutato il nome XXI Aprile in G.B. Morgagni, assume l'intitolazione definitiva di Vallisneri.

Il padiglione Allende viene inaugurato il 27 ottobre 1973, dopo i lavori iniziati nel maggio '72.

Da annotare che la cerimonia è preceduta da una telefonata anonima che «annuncia la presenza di una bomba all'ospedale Pierantoni».

Nonostante la decisione di trasferire progressivamente reparti e servizi a Vecchiazzano, il consiglio d'amministrazione continua comunque a potenziare il Morgagni, portando a compimento i progetti approvati dal precedente consiglio. Il 18 settembre 1973, si procede al taglio del nastro, alla presenza dell'assessore alla sanità Lanfranco Turci, del nuovo padiglione per il centro di rianimazione, primario il prof. Lorenzo Canali, e per il servizio di cardiologia con annessa unità di terapia intensiva.

Nel frattempo, il consiglio si adopera per definire un organico piano «capace di guidare lo sviluppo ed il riordino di tutte le strutture ospedaliere forlivesi».

Dato ormai per assodato che l'ospedale «G.B. Morgagni non è più in grado di soddisfare in modo appropriato la cresciuta domanda di prestazioni, stante la sua collocazione all'interno del centro storico

di locazione non viene siglato, in quanto solo gli organi di controllo del "Morgagni" possono dare l'ok alle delibere.

Il consiglio d'amministrazione del "Pierantoni" s'insedia finalmente il 26 ottobre 1971. Viene così dato il via libera all'utilizzo del padiglione Vallisneri (novembre 1971) e, fatto ancor più importante, può iniziare il percorso di unificazione di Morgagni e Pierantoni, già auspicato nel comunicato congiunto di Pci-Psi-Psiulp di agosto. Fra l'altro, nelle prime indicazioni programmatiche espresse dalla regione Emilia-Romagna riguardo a «assistenza antitubercolare e programmazione sanitaria regionale», si prevede la necessità di «trasformare gli ex centri sanatoriali INPS, costi-

di Forlì e l'insufficienza di spazio che non consentono di intervenire per ampliarne la struttura ai fini di conseguire una più adeguata ricettività», si decide di «far sorgere il nuovo ospedale forlivese nell'area di Vecchiazzano: tale area, infatti, presenta una superficie scoperta vastissima, capace di accogliere imponenti strutture; inoltre ha il vantaggio della facile accessibilità non solo dal centro urbano di Forlì, ma anche dalle tre vallate del nostro comprensorio».

Per lo sviluppo del piano s'immaginano tre fasi: la prima prevede il trasferimento a Vecchiazzano dei reparti del Morgagni «fino alla saturazione degli attuali edifici del Pierantoni, opportunamente adeguati e ristrutturati»; la seconda, la costruzione di nuove strutture nella sede di Vecchiazzano, tali da consentire l'adeguamento qualitativo del nosocomio in armonia con il piano regionale; e la terza, il completo trasferimento dell'ospedale nella sede di Vecchiazzano. Infine, il consiglio prevede la realizzazione di un nuovo blocco centrale a piastra, che «per la sua funzione di sutura fra il padiglione Vallisneri e l'Allende è suscettibile di diventare il fulcro del nuovo Ospedale».

Nella nuova «PIASTRA», saranno concentrate le strutture portanti del nuovo ospedale: «il Pronto Soccorso, l'Astanteria, la rianimazione, il servizio di cardiologia, le sale operatorie centralizzate, la terapia intensiva, i poliambulatori, ecc. ». Con deliberazione 22/10/1974 n. 74 vengono conferiti agli architetti Marina Bonizzato e Piero Maria Lugli «gli incarichi professionali dell'elaborazione del progetto di massima del nuovo padiglione e dell'elaborazione del progetto esecutivo di una parte di esso» (Programma di interventi edilizi e relativi impegni di spesa, 39° oggetto). Intanto, vengono attivati nuovi servizi: nel 1976 tocca a emodialisi e oncologia e cancerogenesi ambientali. Un importante traguardo si taglia nel giugno 1978, quando il laboratorio si trasferisce nella sede di Vecchiazzano.

Qui, vengono inaugurati tre diversi servizi di analisi chimico-cliniche, microbiologiche e di anatomia ed istologia patologica. L'anno seguente, in settembre, viene istituita l'Unità di Gastroenterologia. Infine, conoscono un importante sviluppo il servizio di Cardiologia, con l'ampliamento dell'attività diagnostica nei confronti dei pazienti esterni, e il settore dell'emodinamica, unico in Romagna.

In seguito al rapporto istituito col servizio di Cardiocirurgia di Bologna, circa il 35% dei pazienti operati a Bologna vengono studiati emodinamicamente e angiograficamente nel centro forlivese. Un'altra realizzazione importante è il varo, nel 1980, del Day Hospital, inaugurato ufficialmente il 26 gennaio 1980 nella sede di Vecchiazzano. Con la riforma sanitaria del 1978, regioni e province autonome sono chiamate a garantire l'assistenza sanitaria ai cittadini mediante la creazione di unità sanitarie locali.

Queste ultime si organizzano a loro volta in Distretti Socio-Sanitari, pensati quali «struttura tecnico-funzionale per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento» nonché come sede propria della programmazione partecipata, coinvolgente in egual misura operatori ed utenti. Il 1° gennaio 1981, entra in carico il Comitato di gestione dell'Unità Sanitaria Locale n.38 di Forlì, che raccoglie, concentrandole in un'unica gestione, le funzioni svolte precedentemente da svariati enti, in gran parte soppressi. Al 31 dicembre 1982, la nuova realtà conta circa 2.300 dipendenti, ponendosi come il più grande ente pubblico del territorio. La situazione che il comitato di gestione, presieduto da Stelio Servadei, si trova ad affrontare, contempla difficoltà di non poco conto. Ciononostante, si cerca di portare avanti i progetti intrapresi, in particolare ultimare la ristrutturazione del Vallisneri e definire «le ulteriori opere necessarie per il completo trasferimento».

Da segnalare, in quegli anni, la realizzazione del nuovo parcheggio, l'inaugurazione, nell'anno scolastico



2010 Progetto Campus Universitario Forlì

1981-82, della nuova sede della Scuola per Infermieri Professionali, al terzo piano del padiglione “Valsalva”, e l’avvio del servizio di Guardia Medica per le visite urgenti domiciliari, nel posto di guardia situato nell’ospedale “Morgagni”. La nuova U.S.L. 38 eredita anche la progettazione del nuovo «corpo centrale dell’ospedale di Vecchiazzano» intrapresa dall’ente ospedaliero.

Il 5 maggio 1980 viene presentato all’amministrazione ospedaliera lo “Schema progettuale di sistemazione generale del complesso ospedaliero di Vecchiazzano”, redatto dagli architetti Piero Lugli e Marino Bonizzato. Tale schema prevede sostanziali novità rispetto al progetto del 1976, in linea con le indicazioni del Programma sanitario definitivo Comprensoriale e gli interventi effettuati nel padiglione Vallisneri. Il progetto viene illustrato nei dettagli sulla rivista “Tecnica Ospedaliera”, nel 1984. Il corpo centrale, costituito da 10 corpi di fabbrica al piano seminterrato e da piani superiori, viene immaginato come «una piastra continua di 4 piani di cui uno interrato e tre fuori terra; al di sopra della piastra, separata dal piano tecnico intermedio, si sviluppano 4 piani di degenze e il piano tecnico superiore».

Confluito l’ente ospedaliero nell’U.S.L., il comitato di gestione, nella seduta del 17 luglio 1984, approva «il progetto del nuovo corpo centrale del presidio ospedaliero L. Pierantoni così come presentato e illustrato dai progettisti Lugli e Bonizzato», mentre nella riunione del 17 gennaio 1985, licenzia «il progetto esecutivo del 1° stralcio funzionale e successive varianti del nuovo corpo centrale dell’ospedale di Forlì a Vecchiazzano». Nel 1986, nella seduta del 30 dicembre, delibera, infine, di procedere anche alla realizzazione del progetto esecutivo del secondo stralcio. Intanto, proseguono i trasferimenti dal “Morgagni” al “Pierantoni”. Nel 1987, si spostano a Vecchiazzano i reparti di Otorinolaringoiatria, Oncologia, Ostetricia, Ginecologia, Pediatria, Odontostomatologia, Oculistica, le sale operatorie per Oculistica-Otorino e Ostetricia, e la Radioterapia.

L’8 luglio 1988 viene inaugurato il cantiere dei lavori per la “Piastra”, e, nella stessa occasione, si tengono a battesimo anche il busto bronzeo dedicato a Luigi Pierantoni e la Cappella, all’interno del padiglione Vallisneri. In attesa di poter trasferire tutti i servizi a Vecchiazzano, si cerca comunque di garantire la piena funzionalità del “Morgagni”, intervenendo per risolvere gli aspetti più critici. Nel corso del 1989 vengono così inaugurati Pronto Soccorso, alla presenza dell’ On.le Stelio De Carolis, Urologia e sala operatoria di Ortopedia.

Il 5 settembre 1989, altro taglio del nastro, questa volta all’interno del padiglione Valsalva, con l’apertura del nuovo servizio psichiatrico di diagnosi e cura.

Per mostrare all’intera cittadinanza lo stato di avanzamento dei lavori a Vecchiazzano, il comitato di gestione organizza, lunedì 23 aprile 1990, una visita guidata al cantiere della piastra, durante la quale il presidente Strada promette la fine di tutte le opere entro il ’95 e il completamento del trasferimento entro il ’93.

A dispetto di tali previsioni, i lavori conoscono un brusco stop. Fra l’USL 38 e i progettisti si apre, infatti, un contenzioso, risolto solo nel 1994 dal Direttore Generale della nuova Ausl di Forlì Dott. Lino Nardozi tramite accordo con le controparti. Nel frattempo, l’amministratore straordinario Romeo Rosetti, con deliberazione n.397, in data 10 marzo 1992, decide di affidare alla Fiat Engineering «la Concessione dei servizi avente per oggetto l’espletamento dei compiti organizzativi e progettuali inerenti la realizzazione degli interventi di ampliamento, completamento e ammodernamento tecnologico dell’ospedale Pierantoni... prevedendo l’attuazione delle opere con lotti funzionali sulla base di un programma generale degli interventi e del piano finanziario delle opere».

Lo scoppio di Tangentopoli, la riduzione dei finanziamenti statali e regionali, unitamente ad alcune novità legislative provocano un ulteriore allungamento dei tempi. Così, solo il 14 novembre 1995, la Regione Emilia-Romagna approva il progetto di fattibilità del nuovo complesso ospedaliero di Forlì a Vecchiazzano. I lavori durano complessivamente sei anni. La costruzione delle strutture edilizie della Torre di degenza viene ultimata a fine luglio 2002.

La realizzazione del nuovo padiglione offre l’opportunità di rivedere l’organizzazione complessiva aziendale.

«La costruzione del nuovo ospedale a Forlì è l’occasione per ripensare completamente tutti i percorsi assistenziali dell’ospedale e l’organizzazione logistica. L’offerta assistenziale dell’ospedale di Forlì si fonderà sul principio della centralità del malato – spiega il Direttore generale Massimo Pieratelli – le cui esigenze costituiscono il criterio di riferimento per strutture, servizi, organizzazione, con un’assistenza

per intensità di cura. Ciascun paziente verrà indirizzato verso un percorso unico con riferimenti sanitari certi, per favorire l'appropriatezza nell'uso delle strutture ed un'assistenza continua e personalizzata. Il concetto di base è quello che i professionisti "ruotano" attorno al letto di degenza del paziente lavorando in stretta connessione tra loro».

Il nuovo padiglione "Morgagni" viene inaugurato il 17 gennaio 2004 alla presenza di Girolamo Sirchia, Ministro della Salute, Vasco Errani, Presidente della Regione Emilia-Romagna, Giovanni Bissoni, Assessore alla Sanità Regione Emilia-Romagna, Franco Rusticali, Sindaco di Forlì, e Massimo Pieratelli, Direttore Generale Ausl di Forlì. Il giorno prima, a palazzo Albertini, viene invece tenuta a battesimo la mostra "I beni della salute. Il patrimonio dell'Azienda Sanitaria di Forlì". Il Ministro Sirchia, cui spetta l'onore di tagliare il nastro, commenta così l'evento. «Questa è una realtà che poche città si possono permettere e che premia la tipica laboriosità dei romagnoli.

Il nuovo ospedale deve essere un simbolo per il resto d'Italia, come esempio fra un polo già esistente e un nuovo impianto d'avanguardia. Compito dell'ospedale moderno non è ricoverare, ma rendere le condizioni del paziente stabili». Il trasferimento dal vecchio "Morgagni", destinato a ospitare il nuovo campus universitario, a Vecchiazzano, viene effettuato entro la primavera 2004, grazie al lavoro di un'apposita task force.

**** Staff Comunicazione, Relazioni Interne, Relazioni con il Cittadino,
Ufficio Stampa Ausl di Forlì***



Matteo Dall'Agata



Leonardo Michelini

STORIA DELL'OSPEDALE DI CESENA

a cura del Dott. Giancarlo Cerasoli* e del Prof. Francesco Aulizio**

Anche a Cesena nell'Alto Medioevo esisteva una fitta rete di case ospedaliere situate presso chiese, abbazie ed i principali punti di transito. La più antica era l'ospedale di Santa Croce, amministrato dai canonici di Santa Maria in Porto di Ravenna, del quale si ha notizia nel 1139, scomparso all'inizio del secolo XIII. Nel 1290 era sorto fuori porta Cervese l'ospedale detto di Gandolfino, che dal 1352 fu denominato di San Gregorio. Dagli elenchi delle decime della fine del XIII secolo si evince l'esistenza di una *domus S. Pellegrini* e di una *domus Dei*, poi di San Michele Arcangelo, che appartenne ai Giovanni. Al centro della città, a fianco della cattedrale, si trovava fin dal 1315 l'ospedale di Santa Maria della Carità, chiamato successivamente di Maestro Ugolino, di San Luca e del SS. Crocifisso. Sempre nel 1315 le fonti accennano ad altri quattro ospedali: quello di Santa Maria in Valverde, scomparso verso la fine del secolo XIV, quello di San Bartolomeo, di Sant'Antonio Abate, di Santa Margherita. Nel corso del XIV secolo si trovano menzionati ancora l'ospedale di Fra' Ubertello, l'ospedale della confraternita degli *scorigiati* vecchi, detto anche di San Tobia e collocato dietro il Duomo, e l'ospedale di San Martino dell'ordine dei Cavalieri Templari. Almeno altri sei ricoveri sorgevano nei dintorni della città, per lo più lungo l'asse della via Emilia.

Molti di questi luoghi di assistenza erano governati da confraternite laicali, i cui associati si riunivano per fini religiosi, penitenziali, benefici e caritativi. Tra le confraternite cesenati vanno ricordate quelle di San Tobia e di San Bartolomeo, che per il carattere penitenziale che le caratterizzava potrebbero essere sorte per l'influsso del vasto movimento dei «disciplinati» o «battuti», fondato a Perugia verso il 1260 da Ranieri Fasani. Della «societas scorizatorum veterum», che gestiva l'ospedale di San Tobia, si ha notizia a partire dal 1340. La sua denominazione è legata alle corregge di cuoio con le quali i suoi membri si cingevano e si percuotevano al fine di fare penitenza. L'ospitalità prestata in San Tobia si rivolse alla metà del XIV secolo verso i pellegrini ed i sacerdoti. Gli appartenenti alla confraternita di San Bartolomeo, fondata nel 1336, dovevano riunirsi periodicamente, partecipare al funerale dei confratelli, raccogliere elemosine da distribuire ad infermi poveri e durante le processioni dovevano vestire sacchi di colore rosso, indossare cilici e percuotersi con una frusta.

Tra la fine del Trecento e l'inizio del Quattrocento, quando nelle fonti archivistiche si osserva il passaggio dal termine *confraternitas* a quello di *societas*, nel panorama cesenate spiccano le quattro *societates* degli scorigiati, di San Bartolomeo, di Sant'Antonio e del Crocifisso, ognuna con la propria struttura ospedaliera. Questa trasformazione lessicale induce a supporre che le nuove associazioni, usufruendo di agevolazioni fiscali e di un prestigio sociale crescente, «non solo avevano perso molto del carattere caritativo e penitenziale delle antiche confraternite, ma stavano diventando dei veri e propri consigli d'amministrazione dei patrimoni immobiliari che gli ospedali erano andati e andavano accumulando». Tra i compiti delle società vi erano l'assistenza ai poveri, agli esposti, agli orfani, ai malati ed ai carcerati, la raccolta delle elemosine e le sepolture dei defunti indigenti.

Una svolta nel sistema di assistenza cittadino avvenne nel 1441. Innanzitutto l'ospedale del Crocifisso fu riconosciuto come «spedale del Commune de Cesena, secondo la forma de statuti del detto Commune». Si dava inizio così al controllo diretto della comunità sul maggiore ospedale cittadino, nel quale iniziava a concentrarsi l'assistenza fino ad allora prestata nei tanti luoghi caritatevoli disseminati in città. Da quella data inoltre l'aiuto ai ricoverati nell'ospedale si sostanziò non solo in asilo, pasto e sostegno spirituale, ma anche nell'assistenza di medici ed infermieri.

Artefice dell'unificazione dei vari ospedali della città e del contado fu Domenico Malatesta Novello dei Malatesti che chiese ed ottenne nel 1451 da papa Nicolò V il permesso di vendere alcuni beni degli ospedali cittadini per finanziare la costruzione di un nuovo nosocomio, al quale egli stesso contribuì con una cospicua donazione. Il progetto fu approvato dal Consiglio generale della città, che nel 1452 nominò i nuovi amministratori degli ospedali uniti. I lavori durarono almeno fino al 1459 ed il nuovo nosocomio, definito «hospitalium Crucifixi et Schorizatorum», venne costruito dove si trovava l'ormai fatiscente ospedale del Crocifisso, a ridosso dell'abside della Cattedrale. Si trattava di un edificio grandioso per una

piccola città quale era Cesena, disposto su due piani, con un vasto portico sul lato prospiciente la strada principale e le corsie con i letti per i malati disposte al piano superiore. In favore del nuovo ospedale vennero soppressi nei decenni successivi altri luoghi minori di assistenza.

Nel 1571 Giovanfrancesco Sormani vescovo di Montefeltro, in una visita apostolica, esaminata la situazione dei quattro ospedali cittadini, ne consigliava l'unificazione nell'ospedale del Crocefisso, definito «il maggiore, più ricco et più bello et comodo luogo della città». L'unione, richiesta dal vescovo di Cesena e dai notabili nel 1572, venne formalmente concessa nel maggio del 1575 con bolla di papa Gregorio XIII. L'intento era di consolidare la struttura ospedaliera dotandola di un apparato amministrativo efficiente e funzionale ma l'unificazione rimase sulla carta per il mancato accordo fra gli amministratori dei "loca pia". Da quella data comunque l'ospedale del Crocefisso venne nominato anche *magno* e ricevette il maggior numero di lasciti testamentari. Una relazione del 1580 sullo stato di questo ospedale ci informa che vi si trovavano ricoverati 18 infermi, 37 esposti, 10 ragazze da marito di dubbia reputazione, e vi prestavano cure un fisico, due infermieri ed un aiuto infermiere, un «barbiere e maestro d'ossa» e un «cerusico et spetiale».

Nel 1590, constatata la ristrettezza degli spazi disponibili, il vescovo di Cesena Camillo Gualandi propose alla magistratura cittadina di ricorrere all'opera caritativa dei Fatebenefratelli, che si sarebbero impegnati a costruire un nuovo edificio ospedaliero destinandolo esclusivamente all'assistenza dei malati di sesso maschile. La convenzione con il primo priore, Giovanni Bonelli, il vescovo e i conservatori della città, specificava tra l'altro che l'ospedale dovesse contenere 20 letti destinati all'assistenza degli infermi uomini della città e diocesi di Cesena, dei pellegrini e dei passeggeri che fossero caduti malati in città, nonché una spezieria per la preparazione dei rimedi per le donne e gli esposti ricoverati nell'ospedale del Crocefisso e per la pubblica vendita. L'ospedale del Crocefisso si obbligava a versare periodicamente una somma ai «padri della sporta», così chiamati per la raccolta delle elemosine. Come dettava la regola dell'ordine, in ospedale prestavano servizio il priore, l'infermiere maggiore, l'economo, lo speziale, il questuante e, nei tempi più propizi, il cappellano ed il padre vicario. Con essi collaboravano alcuni frati terziari che non avevano fatto voti solenni ma che erano legati all'Ordine da semplici promesse.



Foto Aerea Ex Ospedale Bufalini da ITIS "B. Pascal" - Cesena

Il nuovo istituto, intitolato a Santa Maria della Sanità, fu inaugurato nel 1596, ma già l'anno successivo le scarse finanze comunali costrinsero la magistratura cittadina a diminuire il contributo versato, e a ridurre così a otto i letti dell'«infermaria». Nel 1664 i Fatebenefratelli entrarono in contrasto con gli amministratori cesenati, e nel 1677 anche con il vescovo, a cui tentarono di impedire la visita pastorale all'ospedale. Il conflitto con l'autorità religiosa diede luogo ad un processo durato tredici anni che si risolse a danno dei frati. L'opera dei Fatebenefratelli a Cesena ebbe termine nel luglio 1797 quando, a seguito dei decreti emanati dalle armate francesi giunte in Romagna, essi furono costretti ad abbandonare il loro convento-ospedale ed il patrimonio dell'istituzione passò all'ospedale del Crocefisso.

Durante i secoli XVI e XVII il controllo dell'amministrazione ecclesiastica verso tutti i "loca pia" cesenati si fece più stretto. L'ingerenza dei vescovi, esercitata attraverso le visite pastorali ed apostoliche e sancita da vari editti, mirava a ridisegnare la rete assistenziale cittadina adattandola ai nuovi bisogni. Se da un lato si rinforzava il controllo governativo sulle singole amministrazioni delle opere assistenziali, in molti casi se ne stabilivano nuovi compiti, spesso in disaccordo con le primitive vocazioni. Così, tra

Cinquecento e Settecento, vennero stabilite nuove norme per l'assistenza agli orfani ed alle orfane, per organizzare l'attività lavorativa degli ospiti degli ospedali e per controllare la vasta schiera di mendicanti, soprattutto di età infantile.

Furono perciò predisposti anche nuovi dettagliati regolamenti per gli ospedali. I capitolati dell'ospedale



Palazzo Congregazione Carità - OIR Cesena - Direzione AUSL - Cesena

del Crocifisso ad esempio furono rivisti nel 1584, nel 1596, nel 1690 e ancora nel 1785, sempre ad opera dei vescovi. In tutti gli ordinamenti largo spazio era riservato alle disposizioni relative all'amministrazione dei beni dell'ospedale, affidata a priori in numero variabile da quattro a dieci, nominati dalla magistratura cittadina ed autorizzati dal vescovo. Ulteriori norme regolavano le attività delle confraternite cittadine che prima della loro soppressione erano più di venti e spesso esercitavano funzioni di assistenza pubblica.

Alla fine del Seicento i principali ospedali presenti in città erano cinque. Il più antico, quello di San

Tobia, dotato di 30 letti, offriva asilo per tre giorni ai pellegrini, laici ed ecclesiastici e concedeva doti ed elemosine. In quello del Crocifisso, con 26 letti, trovavo ospitalità e cura le donne inferme e gli esposti, soprattutto bambine. In quello dei Fatebenefratelli erano curati gli uomini. In quello di Sant'Antonio Abate erano accolti gli esposti di entrambi i sessi. L'ospedale di San Bartolomeo Apostolo aveva perduto gradualmente la propria funzione assistenziale e venne unito nel 1690 all'orfanotrofio.

Nel 1795, sulla base di considerazioni economiche, venne avviato il processo di unione tra gli ospedali del Crocifisso, di San Tobia e di Sant'Antonio che giunse a termine in età giacobina. Nel 1797, con l'annessione alla Repubblica Cisalpina, fu decretata la sostituzione della dirigenza ospedaliera ecclesiastica con elementi laici. Nello stesso anno furono ufficialmente uniti l'ospedale del Crocifisso e quello di Sant'Antonio. Il primo ottenne i beni patrimoniali e gli esposti dell'ospedale di Sant'Antonio, trasformato in luogo di ricovero per gli invalidi e per le donne «traviate». Al Crocifisso vennero assegnati inoltre i proventi dell'alienazione dei beni dei Fatebenefratelli e dell'ospedale di San Tobia.

Nel 1807 la gestione delle opere assistenziali fu unificata con la creazione della Congregazione di Carità. Il nuovo istituto, di cui potevano far parte gli appartenenti al clero ed i notabili locali, era sorvegliato costantemente dalla Prefettura e dal Ministero.

L'ospedale del Crocifisso, nonostante la posizione di preminenza, dovette affrontare nei primi decenni dell'Ottocento numerose difficoltà ereditate dai rapporti clientelari che i decaduti enti caritativi intrattenevano. A questo si cercò di porre rimedio anche mediante nuove forme di contratto terriero che prevedevano l'affitto dei fondi invece dell'affidamento a mezzadria.

Dal punto di vista strutturale nel Settecento l'ospedale del Crocifisso, seppure ampliato nel 1582, non era più adeguato alle funzioni per le quali era stato costruito trecento anni prima. Nel 1776 i priori diedero il via alla costruzione di un nuovo edificio al posto di quello preesistente, su progetto dell'architetto milanese Agostino Azzolini. Nel 1797 gli ammalati vennero provvisoriamente trasferiti nell'ex convento di San Rocco. Nel 1811 vennero accolti definitivamente nel ristrutturato ex convento di San Domenico, adibito ad ospedale civile e militare, dove si trovavano almeno 70 letti, divisi a metà tra uomini e donne, portati a oltre centoquaranta alla fine dell'Ottocento. Nel settembre del 1884, Achille Montani, nel suo testamento, affermava: «Dispongo e lascio erede del mio capitale questo Ospedale di Cesena, e dichiaro essere mia esclusiva e sola volontà che detto capitale allorquando l'Amministrazione dell'ospedale ne potrà andare in possesso venga tutto erogato nel fabbricare un bel Locale a seconda del progresso dei

tempi, ad uso Ospedale Infermi». La Deputazione Provinciale di Forlì, con sua ordinanza dell'11 giugno 1886, deliberava di «autorizzare l'Ospedale di Cesena, e per esso la Congregazione di Carità, ad accettare l'eredità lasciatagli dal fu Achille Montani», ma le sorelle Montani, Emma e Clotilde, si ritennero lese nei loro diritti e tentarono una causa di «preteso supplemento di legittima per lesione oltre il quarto» presso il tribunale di Forlì, che si concluse con il riconoscimento dell'infondatezza delle accuse.

La Congregazione di Carità fu dunque confermata quale legittima proprietaria dell'eredità Montani nella quantità di beni stabilita al momento della stesura del testamento stesso e la signora Palmerini, moglie di Achille Montani ne era l'usufruttuaria

Pochi anni dopo, il 24 febbraio 1905, la signora Palmerini venne a mancare, per cui, come stabilito dal Montani nel testamento, alla Congregazione passò anche l'usufrutto dei beni.

Lo scopo di questo lascito era l'edificazione di un nuovo ospedale, che il Benemerito, evidentemente, riteneva già necessario fin dal momento in cui aveva deciso di devolvere in tal senso le sue sostanze.

Lo Spedale allora in funzione, quello del Santissimo Crocifisso, era ubicato nella sede dell'ex convento di S. Domenico fin dal 1811 e nel gennaio 1905 le sue condizioni igieniche e statiche erano tanto deteriorate da rendere indilazionabile la costruzione di un nuovo edificio, come affermava l'ingegner Luigi Bertoni, consulente della Congregazione di Carità, nella sua relazione del 5 gennaio 1905 intitolata *Sulla necessità imprescindibile di costruire in Cesena un nuovo Ospedale Infermi, in sostituzione dell'attuale, vecchio e cadente*.

Il lascito Montani giunse perciò a soddisfare un bisogno fortemente avvertito e per il quale lo stesso Benefattore lo aveva destinato già

nel 1884. La piena disponibilità dell'eredità Montani fu l'indispensabile base di partenza che permise di dar corpo ai desideri degli amministratori ospedalieri dell'epoca. In quel momento la stessa cultura medica fu oggetto di importanti trasformazioni, dovute allo sviluppo e alla diffusione del metodo di medicazione antisettica e del conseguente sviluppo della chirurgia ospedaliera, la cui pratica trovava oggettive difficoltà in ambienti diversi da quello ospedaliero. In questo clima storico - culturale, si inserisce la costruzione del nuovo ospedale, sulla cui necessità nessuna forza politica aveva avuto da obiettare, ma sulla cui ubicazione e modo di pagamento si accesero ben presto le polemiche.

Fin dal 1905, dopo la morte della vedova Montani, la Congregazione di Carità si era attivata in tal senso: cercare un' area all' uopo idonea e un valido e affidabile progettista.

Diverse aree furono individuate e studiate dai membri della Congregazione, che aveva scelto come tecnico-progettista l'ingegner, cavaliere Emilio Speroni di Milano, noto per la sua esperienza e affidabilità nell'esecuzione di tali manufatti. Si convenne pertanto che la località più idonea fosse quella descritta dall'Ing. Bertoni nella sua perizia giurata del 5 dicembre 1905 dove parlava di un podere posto in sobborgo Cavour «ossia nella località più notevole e più movimentata della città, perché quella dove sorge la stazione ferroviaria».

Questa scelta non incontrò l'approvazione di tutti, infatti «Il Cuneo», periodico locale del Partito Socialista, nel suo numero del 27 novembre 1907 (Anno II, n. 40) criticò la Congregazione sia per il metodo seguito fino a quel momento che per la scelta della località dove costruire il nuovo ospedale.



Ex Ospedale Bufalini Cesena fronte da ITIS "B. Pascal" - Cesena



Ospedale Bufalini

Nel 1906 il progetto del nuovo ospedale era già a disposizione della Congregazione di Carità, come risulta dal suo atto deliberativo del 24 novembre dello stesso anno, dove si legge anche che i due Primari furono invitati a prendere visione del progetto e della relativa relazione entro gli otto giorni successivi, in quanto il progetto sarebbe poi stato esposto al pubbli-

co nell'ufficio della Congregazione, dove chiunque lo avrebbe potuto visitare «dalle ore 10 alle ore 12 per giorni...» (non si è provveduto a registrarli nel presente atto). «I prospetti e i disegni del fabbricato e annessi saranno esposti per il periodo stesso nella vetrina del negozio 'Candoli e Foschi' sotto il portico di questi uffici».

La Congregazione di Carità, con suo atto n. 164 del 24 aprile 1907, deliberò la costruzione del ospedale in base al progetto dell'ing. Speroni di Milano (autorizzazione della Commissione Provinciale di Beneficenza del 18 giugno 1907) e il piano economico-finanziario per far fronte alle spese, deciso in accordo con la Giunta comunale.

La Congregazione di Carità decise di condurre i lavori in economia acquistando direttamente i materiali dalle ditte fornitrici e appaltando i lavori murari, per la sola manodopera, alla Cooperativa Muratori di Cesena.

Si procedette poi alla firma dei vari contratti e finalmente, nel giugno del 1908, ebbero inizio i lavori.

I lavori di costruzione del nuovo ospedale, iniziati nel giugno 1908, termineranno nel giugno 1911, come si legge nella delibera municipale del 3 aprile 1912, e fin dal mese successivo il Municipio chiese alla Congregazione di poter acquistare lo stabile del vecchio ospedale, che ottenne per la somma di lire 50.000, per adibirlo a locale per servizi pubblici.

Nel luglio del 1911 venne eseguito il trasporto degli ammalati dal vecchio al nuovo ospedale. La Congregazione di Carità ringraziò pubblicamente l'ing. Eliseo Reami di Bertinoro e la Società Automobilistica della Valle del Savio che misero a disposizione, gratuitamente, i propri automezzi.

L'inaugurazione si tenne in forma privatissima il 31 luglio successivo "mettendo a dormire colle fondamenta una fine pergamena colle firme del Sindaco e componenti la Giunta ed il Consiglio, l'on Comandini, del Presidente, Amministratori e Segretario della Congregazione, del Segretario Comunale e Ufficiale Sanitario, dei Primari, del Direttore, assistenti ed impiegati dell'Ospedale».



Monumento a Maurizio Bufalini - Cesena

Il Presidente Giuseppe Lauli elogiò l'opera compiuta e ringraziò il progettista, ing. Speroni e il direttore dei lavori ing. Ravaglia.

L'ospedale venne così consegnato alla città, che se ne è servita fino al 1962, quando entrò in funzione il nuovo ospedale la cui costruzione fu decisa con delibera del 5 febbraio 1946 dall'Amministrazione, alla quale si deve dare ampia lode, in modo particolare al Presidente Avv. Ghirotti.

Progettista è stato l'Architetto Angelo Bordoni, noto, fra le sue altre opere, per il progetto del magnifico Ospedale di Brescia.

La posa della prima pietra fu fatta l'8 maggio 1953, dopo 7 anni dall'acquisto dell'area per la costruzione (19 aprile 1946) e l'inizio dell'attività del nuovo Ospedale avvenne il 22 febbraio 1962.

Il 14 luglio 1962 alla presenza del Capo de Governo On. Amintore Fanfani e delle maggiori Autorità della Provincia fu inaugurato il nuovo Ospedale Maurizio Bufalini di Cesena, sistemato nell'appendice collinare sud.ovest, ai piedi della secolare Abbazia del Monte, dominante quindi la città.

Bibliografia:

Tra le fonti bibliografiche più importanti vanno considerati i saggi pubblicati in *Sanità e Società a Cesena 1297-1997*, a cura di S. Arieti, G. Camaeti, C. Riva, Cesena, Il Ponte Vecchio, 1999 ed i seguenti contributi: G.A. Sirotti, *Ospedali urbani e nel territorio di Cesena*, in *Storia della chiesa di Cesena*, v. II, a cura di M. Mengozzi, Stilgraf, Cesena, 1998, pp. 822-825; G. Conti, *Per uno studio della tipologia ospedaliera nel Quattrocento*, «Romagna arte e storia», I (1981), 2, pp. 78-94; M.A. Aloisi, *Un ente assistenziale nello Stato Pontificio nei secoli XVII e XVIII. L'ospedale del SS. Crocifisso di Cesena*, «Studi Romagnoli», XXX (1979), pp. 209-217; A. Turchini, *Una regolata società. La chiesa di Cesena in età moderna*, in *Storia di Cesena*, v. III, a cura di A. Prospero, Ghigi, Rimini 1989, pp. 101-206; R. Battistini, C. Riva, *L'Ospedale del SS. Crocifisso di Cesena alla fine del Cinquecento*, «Romagna Arte e Storia», III (1983), 7, pp. 47-58; G. Radice, C. Mapelli, *Il Convento-ospedale di S. Maria della Sanità di Cesena I (1595-1687)*, in *I Fatebenefratelli, Storia della provincia Lombardo-Veneta di Sant'Ambrogio dell'Ordine Ospedaliero di S. Giovanni di Dio*, v. I, t. III, Fatebenefratelli ed., Milano 1976; Id., *Il Convento-ospedale di S. Maria della Sanità di Cesena II (1688-1797)*, in *I Fatebenefratelli, Storia della provincia Lombardo-Veneta di Sant'Ambrogio dell'Ordine Ospedaliero di S. Giovanni di Dio*, v. II, t. XII, Fatebenefratelli ed., Milano 1986; G. Mosconi, *Confraternite laicali a Cesena tra '500 e '700*, «Studi Romagnoli», XL (1989), pp. 91-118 e M. Morini, *Storia e restauro di una fabbrica dei primi del '900*, in *Il "Blaise Pascal" tra passato e futuro. Cinquant'anni di tecnologia a Cesena*, a cura di L. Zoffoli, Cesena, Il Ponte Vecchio, 2009, pp. 203-230.

*** Pediatra**

**** Libero Docente di Storia della Medicina**

L'EVOLUZIONE LEGISLATIVA IN MATERIA DI SANITÀ: DALLA COSTITUZIONE ALL'ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

*a cura del Dott. Matteo Dall'Agata**

Nei decenni successivi all'instaurazione dello Stato unitario e sino alla conclusione del conflitto mondiale, la tutela della salute viene intesa prevalentemente come tutela della salute collettiva, con particolare attenzione ai profili della vigilanza igienico-sanitaria. Le funzioni pubbliche per la tutela della salute collettiva sono attribuite al Ministero dell'interno e all'apparato periferico dell'amministrazione costituito dai prefetti, dai sottoprefetti e dai sindaci. Con l'istituzione dell'Alto commissariato all'igiene e sanità, previsto dal D. Lgs. 12 luglio 1945 n. 417, le competenze in materia sanitaria sono affidate ad una specifica struttura amministrativa di vertice. Le funzioni dell'Alto Commissariato comprendono «la tutela della Sanità Pubblica, il coordinamento e la vigilanza tecnica sulle organizzazioni sanitarie e sugli enti che hanno lo scopo di prevenire e combattere le malattie sociali». Esso sostituisce la Direzione generale di Sanità.

Il confine con tale concezione è rappresentato dalla Costituzione repubblicana del 1948, nella quale quello alla salute inizia a essere considerato un diritto inviolabile dell'individuo nonché «interesse della collettività». Il diritto alla salute, tutelato dall'art. 32 della Costituzione («La Repubblica tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad 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»), viene infatti ascritto alla categoria dei diritti inviolabili della persona sanciti nell'art. 2 della Costituzione: «La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo che nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale». Con tale articolo viene data ai diritti umani fondamentali una priorità nel sistema dei valori costituzionali, rendendoli inviolabili sia dai poteri pubblici sia dai privati. Egualmente importante, l'art. 3, che bilancia i diritti di libertà e uguaglianza: «Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del paese». Il combinato disposto dei due articoli sancisce che da un lato le libertà sono riconosciute come preesistenti all'organizzazione statale, per cui, in quanto diritti inviolabili dell'uomo, esse non costituiscono privilegio di pochi ma devono essere riconosciute egualmente a tutti; dall'altro, i diritti di libertà possono e devono essere disciplinati nel loro esercizio in nome dell'eguaglianza. L'art. 3 affianca poi all'eguaglianza formale, cioè l'eguaglianza come pari opportunità per tutti, il concetto di eguaglianza sostanziale, ossia l'eguaglianza nei risultati, imponendo alla Repubblica di impegnarsi a promuovere l'eguaglianza, con azioni positive per correggere le diseguaglianze di fatto e favorire il riequilibrio delle posizioni.

Di salute la Costituzione si occupa infine nell'art. 117, laddove prevede che «La Regione emana per le seguenti materie norme legislative nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato, sempreché le norme stesse non siano in contrasto con l'interesse nazionale e con quello delle altre Regioni: ...beneficenza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera; ...». Tale articolo, insieme all'art. 32, va a costituire i capisaldi del diritto etico-sociale del cittadino alla tutela della salute.

Nonostante quanto previsto dal dettato costituzionale, il diritto alla salute viene a lungo considerato un obiettivo rimesso al legislatore ordinario, in quanto si ritiene che la norma abbia solo contenuto programmatico e non anche precettivo. Pertanto, la sua tutela viene garantita dal sistema mutualistico, la cui fonte è costituita dall'art. 38 della stessa Costituzione. Quest'ultimo garantisce l'assistenza e la previdenza sociale, prevedendo nel primo comma l'assistenza sociale nei confronti di «ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere», e nel secondo la previdenza sociale ai

lavoratori in caso di «infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria», mediante l'erogazione di pensioni, assegni, o assicurazioni contro gli infortuni. Basato sulla obbligatorietà dell'assicurazione sociale contro le malattie in favore dei lavoratori e dei pensionati, tale articolo promette, insomma, al verificarsi del «rischio» di malattia, appropriate cure per il ristabilimento delle condizioni psico-fisiche alterate da una patologia improvvisamente insorta. A partire da tali disposizioni, si sviluppa un sistema che vede il proliferare di diversi enti mutualistici, detti «casse mutue di previdenza contro le malattie». Se il più importante è l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie (INAM), sorgono accanto a esso analoghi enti per varie categorie di professionisti: pensionati dello stato (1953), coltivatori diretti (1954), artigiani (1956), commercianti (1960), ai quali si sommano un'altra miriade di realtà minori come, ad esempio, la Cassa nazionale di previdenza e assistenza per gli impiegati agricoli e forestali e l'Istituto di previdenza e mutualità tra i magistrati, senza contare il proliferare di piccolissime realtà mutualistiche di fabbrica o di azienda.

Ciascun ente è competente per una determinata categoria di lavoratori che, con i famigliari a carico, sono obbligatoriamente iscritti allo stesso e, in questo modo, usufruiscono dell'assicurazione sanitaria per provvedere alle cure mediche e ospedaliere, finanziata con i contributi versati dagli stessi lavoratori e dai loro datori di lavoro. L'assistenza erogata è limitata alle sole cure riferite alla patologia insorta e non comprende prestazioni di riabilitazione e di recupero.

In questo modo, il diritto alla tutela della salute viene correlato non all'essere cittadino ma all'essere lavoratore (o suo famigliare) con conseguenti casi di mancata copertura, sperequazioni tra gli stessi assistiti, vista la disomogeneità delle prestazioni assicurate dalle varie casse mutue, diffusione di forme assistenziali profondamente diverse tra loro e dunque incontrollabili sia sotto il profilo della qualità delle prestazioni erogate sia della spesa sanitaria.

Parallelamente, si sviluppano, per il tramite gli Enti Locali e talune istituzioni all'uopo istituite (Consorti sanitari, Laboratori Igiene e Profilassi, ecc.), iniziative di sanità pubblica indirizzate alla collettività (prevenzione) e a soggetti particolarmente bisognosi iscritti in apposite liste (condotta medica e domicilio di soccorso) la cui fonte è costituita dalla legge 5843 del 1888 (legge Crispi) e successive integrazioni.

Le carenze e i buchi neri di un'assistenza sanitaria così organizzata sono oggetto dei lavori della «Commissione D'Aragona», dal nome del suo presidente, la quale nel 1948 propone la fusione delle varie gestioni in un unico ente con l'estensione della previdenza contro le malattie a tutti i lavoratori, autonomi o indipendenti che siano, mantenendo comunque l'esclusione di disoccupati e sottoccupati, cioè appartenenti alle categorie di cittadini più bisognosi, definiti «poveri», garantiti in qualche modo dall'assistenza comunale. La proposta non trova ascolto e viene lasciata cadere.

Il rafforzamento degli enti mutualistici, ognuno rigorosamente all'oscuro delle attività dell'altro – al punto che un'indagine del Ministero della Sanità rivela come le persone assistite ammontino a 68.427.112, sedici milioni in più dell'intera popolazione italiana – determina una anomala frammentazione delle strutture e una dispersiva utilizzazione dei professionisti. A dispetto di quanto stabilisce la Costituzione, sperequazione e disuguaglianze sociali risultano così incentivate, senza contare l'inasprimento del fabbisogno finanziario atto a mantenere funzionante l'intero sistema.

Ad aumentare la caoticità e disuguaglianza del sistema contribuisce l'assetto gestionale degli ospedali pubblici italiani, dipendenti da un numero disparato di enti: Ipab, Inps, Inail, Inam, Cri, comuni, province, consorzi provinciali antitubercolari. Ciascuna di queste istituzioni ha un proprio ordinamento e sottopone le proprie strutture ospedaliere ad un peculiare tipo di amministrazione. Anche i malati godono di differenti livelli di prestazione da nosocomio a nosocomio, tanto più che non vi sono livelli standard assistenziali da rispettare.

Intanto, con legge 13 marzo 1958 n. 296, viene istituito il Ministero della Sanità che subentra all'ACIS con l'obiettivo di assicurare una direzione unica ed articolata della politica sanitaria. Il Ministero è coadiuvato nelle proprie funzioni dal Consiglio superiore di sanità, organo di carattere consultivo, e dall'Istituto superiore di sanità, di natura tecnico-scientifica, mentre a livello periferico si serve degli uffici dei medici e veterinari provinciali, degli uffici sanitari e dei consorzi dei comuni nonché di uffici sanitari specifici, ad esempio per le zone di confine.

Nell'ottobre 1964, la Commissione per la riforma ospedaliera, presieduta dal clinico chirurgo Achille Dogliotti, conclude i propri lavori chiedendo l'unificazione delle attività di controllo e amministrazione

dell'attività ospedaliera in seno al Ministero della sanità e il passaggio alle non ancora istituite regioni di funzioni normative in ambito sanitario. Inoltre propone che «il finanziamento del servizio dovrà essere assicurato con una quota parte del bilancio statale». Riguardo al primo aspetto, occorre ricordare che l'istituzione delle Regioni ordinarie contrariamente a quanto stabilito dalla Costituzione, fino a questo momento non è mai avvenuta, e negli anni sessanta, periodo del primo centro sinistra, la battaglia politica su questo tema è particolarmente aspra. Non è quindi una coincidenza se le due importanti leggi di riforma della sanità e di riforma dello Stato vedono la luce a pochissimi giorni l'una dall'altra, al termine di percorsi legislativi estremamente difficili e tormentati.

La legge 12 febbraio 1968 n. 132 “Enti ospedalieri ed assistenza ospedaliera”, meglio nota come “legge Mariotti”, dall'ideatore Luigi Mariotti, ministro della Sanità del V° governo Rumor, ha infatti una gestazione complicata. Il progetto di legge viene presentato alla Camera dei deputati il 22 giugno 1966, dopo un lungo dibattito fra i ministri. Il titolare del Viminale, ad esempio, di fronte alla possibilità di fornire criteri unici su tutto il territorio nazionale per il funzionamento degli ospedali si dimostra perplesso, obiettando che gli enti di assistenza e beneficenza che gestiscono gli ospedali sono talmente tanti da rendere di difficile attuazione le misure di pianificazione prospettate nel progetto Mariotti. Allo stesso modo, vengono avanzati dubbi sulla possibilità di creare un Fondo Nazionale Ospedaliero e di estromettere le autorità prefettizie da ogni funzione in materia sanitaria. Contro il progetto di riforma si scagliano anche i nosocomi cattolici che scrivono al Presidente del consiglio Aldo Moro manifestando la loro contrarietà all'operato di Mariotti. Il progetto iniziale del ministro della Sanità è infatti molto più radicale di quello che sarà approvato, prevedendo la nazionalizzazione dell'intera rete ospedaliera, la creazione di un Fondo nazionale ospedaliero con le somme dovute ai nosocomi dallo stato, dagli enti locali, e con il ricavato delle vendite dei patrimoni delle opere pie, nonché l'istituzione di un rapporto di lavoro a tempo pieno per i medici e il divieto di esercitare la libera professione.

Dopo un acceso dibattito parlamentare, la legge 132/68 istituisce gli enti ospedalieri con finalità sanitarie vaste, trasformando gli ospedali, sin lì per lo più gestiti da enti di assistenza e beneficenza, in enti pubblici, classifica gli ospedali per specialità e per importanza (zonali, provinciali, regionali), avvia la programmazione ospedaliera attribuendone la competenza alle istituende Regioni, e costituisce il Fondo nazionale ospedaliero. Non vi è invece traccia dell'esproprio dei beni mobili ed immobili di proprietà degli ospedali. Anzi, fra le funzioni dei consigli di amministrazione dei nosocomi viene inserita la possibilità di deliberare l'acquisto e la vendita di immobili, titoli del debito pubblico, azioni e l'accettazione di lasciti e donazioni. I medici, poi, non vengono obbligati al tempo pieno di servizio, ma lasciati liberi di optare per un tempo definito che consente loro di svolgere la libera professione. Nel marzo 1969, in base a delega contenuta nella 132 sono emanati tre decreti altrettanto importanti riguardanti: l'ordinamento interno degli enti ospedalieri, l'ordinamento interno dei servizi di assistenza sanitaria delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero e cura, e sullo stato giuridico del personale.

Un anno prima, l'approvazione della legge 17 febbraio 1968 n. 108 “Norme per le elezioni dei consigli regionali delle Regioni a statuto ordinario” rende concreta l'istituzione delle Regioni e l'applicazione dell'articolo 117 della Costituzione. D'altronde, il legame fra la nascita di questi enti locali, previsti in Costituzione ma non ancora attuati, e la riforma ospedaliera è strettissimo, visto che sono proprio le Regioni a dover varare i decreti che sanciscono la nascita dei nuovi enti ospedalieri, a sciogliere i consigli di amministrazione in caso di irregolarità di gestione ed essere parte integrante del nuovo Comitato nazionale per la programmazione ospedaliera.

Da questo momento e fino alla legge 23 dicembre 1978 n. 833, con cui verrà istituito il Servizio Sanitario Nazionale, la legislazione dello Stato, sia pure in modo non rettilineo e fra mille ostacoli, in primis l'assenza di una legge quadro di principi, imbocca la strada del trasferimento alle Regioni delle competenze in materia di sanità. Allo stesso tempo, si cerca di chiudere il problema rappresentato dall'enorme situazione debitoria nella quale versano gli enti mutualistici. La situazione è critica; basti pensare che l'INAM, l'istituto mutualistico che copre circa metà della popolazione italiana, fra il 1965 e il 1974 vede crescere la percentuale della spesa per l'assistenza ospedaliera sul totale delle prestazioni dal 32% al 57,4%, fenomeno per altro non isolato rispetto al resto della mutualità. Già dal 1967 lo Stato interviene finanziariamente per la «straordinaria necessità ed urgenza di provvedere al ripianamento di alcune gestioni dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie. Nel 1974 si decide infine di stabilire principi

istituzionali e metodi di finanziamento radicalmente innovativi. L'8 luglio viene così emanato il decreto legge n. 264, trasformato nella legge 17 agosto 1974 n. 386 che detta norme di grande importanza per l'estinzione dei debiti delle mutue nei confronti degli enti ospedalieri, per il finanziamento della spesa ospedaliera e per l'avvio della riforma sanitaria. In particolare, sulla scorta del D.P.R. 14 gennaio 1972 n. 4, che ha già delegato alle Regioni a statuto ordinario le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, insieme al relativo personale e uffici, si stabilisce il trasferimento dei compiti di assistenza ospedaliera dagli enti mutualistici e previdenziali alle regioni a statuto ordinario e speciale, con l'obbligo di erogare le relative prestazioni senza limiti di durata. In secondo luogo, viene istituito, a partire dal 1 gennaio 1975, il Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera, e, dalla stessa data, si dichiara abolita la retta giornaliera di degenza, che sin dal 1923 ha regolato i rapporti fra ospedali e soggetti tenuti a pagare i ricoveri, sostituendola con una gestione a bilancio regolata dalle Regioni. Infine, si vieta, fino all'entrata in vigore della riforma sanitaria, di creare nuove divisioni, sezioni e servizi, nonché di assumere nuovo personale.

A tale normativa fanno seguito la legge 29 giugno 1977 n. 349, che sopprime in via definitiva le mutue, e il D.P.R. 24 luglio 1977 n. 616, attuativo della legge 22 luglio 1975 n. 382, che provvede alla integrale devoluzione alle Regioni della competenza definite nell'articolo 117 della Costituzione. Si tratta di passi fondamentali verso l'ormai prossima legge 833/78.

Nella congiuntura politica della cosiddetta "solidarietà nazionale", indotta dal rapimento e assassinio di Aldo Moro, e col governo Andreotti forte quindi di una base di consenso allargata alle forze tradizionali di opposizione, la parlamentare democristiana Tina Anselmi, prima donna a essere investita dell'ufficio di Ministro della Sanità appone la propria firma, due giorni prima di Natale 1978, alla legge n. 833 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. Tale atto riceve il massimo consenso parlamentare possibile e un quasi unanime beneplacito da parte del paese reale, desideroso di uscire dal labirinto delle mutue.

L'intendimento della legge, comunemente nota come legge di riforma sanitaria, è infatti rendere accessibile a tutti i cittadini un vasto insieme di prestazioni sanitarie (medico-generaliste e infermieristiche, domiciliari e ambulatoriali, specialistiche e ospedaliere, farmaceutiche e integrative) operando un netto stacco e un decisivo salto di qualità nei confronti del sistema mutualistico preesistente e superando il principio in base al quale hanno diritto all'assistenza soltanto gli iscritti ai diversi enti della mutualità. La legge intende innovare profondamente il quadro sanitario, eliminando ogni diversificazione giuridica e funzionale attraverso la creazione di una rete di servizi finalizzata alla conservazione, al ripristino, alla tutela più ampia della salute di tutti i cittadini.

La nuova legge definisce «il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio». Vengono così solennemente ad affermarsi i principi dell'universalità, con la garanzia di prestazioni sanitarie a tutti senza distinzioni di condizioni individuali, sociali e di reddito, della globalità delle prestazioni, per cui non viene presa in considerazione la malattia ma la persona in sé, con un inevitabile collegamento di tutti i servizi di prevenzione, cura e riabilitazione, e, infine, il principio della uguaglianza, in base al quale tutti hanno diritto alle medesime prestazioni a parità di bisogno. Tali principi costituiscono le fondamenta e l'essenza di un moderno sistema finalizzato alla tutela e salvaguardia della salute dei singoli e dell'intera collettività. Sotto il profilo tecnico, le più importanti innovazioni del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono rappresentate dall'unificazione dei numerosi enti che, sin ad allora, garantivano l'assistenza, dalla priorità accordata alla prevenzione, del tutto assente negli enti mutualistici, che seguivano solo i soggetti già affetti da malattia, senza attuare alcun intervento di tutela della salute, e dal potenziamento dei servizi assistenziali di primo livello con la creazione del Distretto sanitario di base.

Organizzativamente il SSN venne articolato, sul territorio, in Unità Sanitarie Locali, cui viene affidata concretamente la gestione dell'assistenza sanitaria. Prive di personalità giuridica, esse finiscono tuttavia per configurarsi quale struttura operativa dei comuni, risultando strettamente vincolate ad una gestione tecnico-amministrativa di natura politica, visto gli organi (Presidente, Comitato di Gestione ed Assemblea Generale) di ogni unità sanitaria locale sono di estrazione essenzialmente partitica. Sul piano operativo, invece, i nuovi organismi si avvalgono delle strutture e dei servizi ereditati dal progresso

sistema mutualistico, dagli Enti Locali e dagli ospedali, con oneri a totale carico dello Stato previa istituzione di uno specifico fondo (Fondo Sanitario Nazionale). Dal punto di vista economico, la riforma punta in primis a razionalizzare la spesa sanitaria, mediante l'introduzione della programmazione come strumento di controllo sull'impiego delle risorse. Inoltre, si cerca di recuperare l'efficienza nei servizi attraverso misure rivolte all'aumento della produttività complessiva.

La legge quadro del 1978 demanda poi allo Stato, alle Regioni e alle stesse Usl una serie di ulteriori adempimenti per la sua completa attuazione. Nonostante i buoni intenti, la riforma raggiunge solo in parte i suoi obiettivi. In primo luogo, manca una vera cultura della programmazione tant'è che il primo piano sanitario nazionale, che avrebbe dovuto essere approvato nel 1979 viene emanato solo nel 1993. Senza programmazione risulta poi impossibile determinare una spesa, tanto più che in mancanza di indici e standard minimi di assistenza alcune regioni largheggiano nella creazione di presidi e servizi sanitari provocando un ulteriore aumento del disavanzo. A ciò va aggiunta la gestione clientelare delle Ausl e l'intreccio di competenze fra Stato, Regioni, Usl. Scrive Franco Della Peruta in *Storia del Novecento*: «La riforma sanitaria fu un fatto positivo, ma il suo spirito informatore, che rispondeva a criteri di razionalità economica e di equità sociale, venne spesso tradito negli anni seguenti in seguito al cattivo funzionamento di molte USL e agli episodi di lottizzazione verificatisi all'interno di questi organismi, divenuti spesso centri di potere clientelare».

Un giudizio condiviso da Franco Sacco: «Il dare tutto a tutti in modo spesso disarticolato, disomogeneo, frammentario, la mancanza di un reale collegamento tra politica sanitaria e politica finanziaria e l'inserimento delle UU.SS.LL. nell'ordinamento degli Enti Locali gestite con le procedure, i tempi e l'eccessiva burocratizzazione propria degli enti territoriali portarono presto l'intero sistema a momenti di profonda crisi e di rottura sul piano organizzativo, erogativo e finanziario e ad indebitamenti non sempre giustificati da interventi appropriati e necessari» (Franco Sacco, "Art. 32 della costituzione italiana, diritto alla salute: come sono state realizzate e continuano a realizzarsi le riforme nella sanità", Centro studi diritto sanitario).

**** Staff Comunicazione, Relazioni Interne, Relazioni con il Cittadino,
Ufficio Stampa Ausl di Forlì***

LA MEDICINA FRA ETICA ED ORDINAMENTO PROFESSIONALE: DAL GIURAMENTO DI IPPOCRATE AL CODICE DEONTOLOGICO

*a cura dell'Avv. Francesco Farolfi**

Nel corso dei secoli la professione medica è stata disciplinata da norme di vario genere: in primo luogo si è affermata una regolamentazione di tipo etico dettata dai medici stessi, in seguito è intervenuta anche una legislazione prodotta dallo Stato.

Il rapporto fra norme etiche e regolamentazione statale non è sempre stato ispirato agli stessi criteri, ma si può riscontrare una evoluzione che parte dall'antica Grecia e giunge fino ai giorni nostri: in alcuni casi è stata la deontologia a prevalere, mentre in altri momenti si è assistito alla volontà dello Stato di trasformarsi in stato etico per dettare ai medici i propri principi morali.

In questa sede si cercherà di prendere in esame alcuni momenti significativi di questa dialettica fra etica ed ordinamento della professione con particolare attenzione all'epoca della Grecia classica, al Medioevo ed al momento presente.

Prima fra tutte le attività professionali, la medicina si è dotata fin dall'antichità di una disciplina etica: si tratta del famosissimo Giuramento di Ippocrate (460 a. C. – 370 a. C.), norma di comportamento universalmente riconosciuta e seguita dai medici di tutto il mondo occidentale per moltissimi secoli.

La creazione di una norma etica, ove non sia fatta risalire ad origini soprannaturali, è solitamente il prodotto della costante ripetizione di condotte ritenute giuste e doverose dall'universalità dei membri di una comunità. È pertanto ipotizzabile che Ippocrate, nella redazione del suo famoso Giuramento, si sia ispirato ed abbia tradotto in forma scritta una serie di prescrizioni e consigli che già esistevano ed erano osservati e tramandati dai medici della Grecia del V° secolo a.C.

L'insieme delle opere di Ippocrate (*Corpus Hippocraticum*) è composto da una pluralità di scritti per lo più di carattere scientifico, dei quali alcuni certamente a lui successivi ed inseriti all'interno del *Corpus* da medici di epoche posteriori per attribuire maggiore valore ed ufficialità ai loro scritti. Secondo la critica, tuttavia, l'intero *Corpus* contiene opere la cui datazione oscilla fra il V° secolo a.C. (età di Ippocrate) ed il II° secolo d.C.

Per quanto concerne il Giuramento, da parte di alcuni è stato ipotizzato che il suo contenuto sia stato integrato e rivisto dopo la diffusione del Cristianesimo, introducendovi espressamente il divieto di procurare l'aborto e di somministrare farmaci al fine di provocare la morte del paziente. Questa ipotesi, pur suggestiva per l'epoca di oggi che si trova a dover dibattere quotidianamente temi etici come l'aborto e l'eutanasia relegandoli alla sfera confessionale e non propriamente umana quale certamente è, pare criticabile per una serie di motivazioni. In primo luogo non si vede perché un ipotetico "correttore" medievale, magari proprio uno di quei monaci che hanno tramandato ai posteri la conoscenza del Giuramento, avrebbe corretto il testo aggiungendo un riferimento a temi cari a lui ed alla Chiesa (aborto ed eutanasia), ma avrebbe lasciato l'esplicito riferimento a tutte le divinità pagane espressamente menzionate all'inizio del Giuramento stesso. Si tenga presente che quello della fedeltà all'unico Dio era certamente un tema maggiormente sentito in età medievale rispetto all'eutanasia (allora assolutamente inesistente). Inoltre se di correzione si fosse trattato, evidentemente si sarebbero dovuti formare più testi diversi, dato il sistema di copiatura dei manoscritti in età tardo antica e medievale, cosa che non risulta essere avvenuta a meno che non si voglia supporre che il "correttore" abbia da un lato apportato le modifiche e dall'altro distrutto l'unica copia rimasta prima della "correzione": ipotesi certamente adatta per la trama di uno di quei romanzi fantastici privi di riscontri documentali, che tanto piacciono oggi. La considerazione della genuinità del Giuramento, ossia della riconducibilità del medesimo ad Ippocrate o comunque a medici della sua scuola, consente a questo punto l'analisi del suo contenuto per verificare come la professione medica abbia inteso fin dal suo nascere i doveri morali del medico.

La prima considerazione che si impone è quella del rapporto con la divinità: il testo del Giuramento rimanda direttamente ad Apollo ed a tutti gli dei e le dee dell'Olimpo. Con questa formula si afferma la natura quasi religiosa della professione medica, che proprio per la sua importanza avvicina chi la esercita all'attività sacra. Volendo leggere il dato dal punto di vista del ruolo della norma etica all'interno del sistema delle fonti del diritto, si potrebbe affermare che la norma morale deve essere considerata per il medico superiore a qualunque altra legge umana vigente in quanto la norma etica è oggetto di uno speciale rapporto con gli dei. Non si tratta di una novità o di un caso isolato all'interno del mondo greco: è sufficiente menzionare il caso di Antigone, eroina dell'omonima tragedia di Sofocle, per esemplificare il contrasto fra norma morale proveniente dalla divinità e norma umana imposta dall'autorità civile. Come non ricordare, infatti, le "sante colpe" che Antigone si appresta a compiere per dare sepoltura al fratello Polinice, morto in battaglia, e onorare le eterne leggi degli dei disobbedendo al volere tirannico di Creonte, che aveva ordinato di lasciare insepolto il cadavere del giovane¹.

Quelle che pertanto potrebbero apparire oggi come stranezze del Giuramento e possibili integrazioni successive, devono essere viste semplicemente come affermazioni della più autentica etica medica anche in contrapposizione o in alternativa ai costumi e alle leggi del tempo, che viceversa prevedevano comportamenti contrari.

Ne sono esempi evidenti il rifiuto dell'aborto, l'equiparazione degli uomini liberi agli schiavi, il rispetto del corpo del paziente a prescindere dal sesso dello stesso e la condanna dell'aiuto al suicidio. Tutte queste condotte che Ippocrate rifiuta, erano invece in qualche modo tollerate o consentite nel mondo greco a lui contemporaneo: si pensi alla facoltà di non riconoscere i figli e quindi di esporli, abbandonandoli spesso alla morte per stenti, al fatto che gli schiavi fossero equiparati alle cose e pertanto oggetto di proprietà dei loro padroni, all'incomparabile divario esistente fra uomini e donne, alla piena legittimità, e per così dire giustificazione filosofica, di quello che era considerato un nobile gesto: il suicidio. Ippocrate propone per i medici una via diversa: anche se il mondo tollera certi comportamenti, ritenuti leciti secondo la legge, chi vorrà tenere pura la propria vita e la propria arte dovrà comunque astenersene, pena la maledizione divina che con il Giuramento il medico invoca su di sé.

Al suo codificarsi dunque, l'etica medica si pone subito come superiore a qualunque altra legge di provenienza umana, proprio in quanto promessa rivolta direttamente alla divinità.

Venendo ad una lettura più analitica del testo, si possono rilevare vari aspetti importanti, che ricorreranno anche nelle norme etiche successive e che possono essere indicati come capisaldi del modo di comportarsi dei medici.

Un primo aspetto che merita attenzione è l'obbligo di consentire la formazione medica dei colleghi ed il rispetto dovuto verso chi ha sottoscritto il medesimo impegno: si tratta di una norma che compare nell'ordinamento etico della professione medica sino al giorno d'oggi (si vedano gli articoli 58 e seguenti del vigente codice di deontologia medica, che sono dedicati ai rapporti con i colleghi). Si deve inoltre notare che il Giuramento pone come fine dell'azione del medico, ripetendolo per ben due volte, il bene dei malati ed il rifiuto di qualunque danno o offesa ai medesimi. Ovvio

conseguenza di questo principio è il rifiuto dell'aiuto al suicidio e dell'aborto: certamente il medico non poteva ignorare che anche dopo la nascita del bambino il padre dello stesso avrebbe legittimamente



potuto provocarne la morte, tuttavia l'importanza del precetto sta proprio nel fatto che agli occhi di chi presta il giuramento l'aborto è percepito come condotta dannosa e quindi da rifiutare per mantenere pura la propria arte. Particolarmente rilevante è anche il divieto di compiere qualunque atto sessuale con i pazienti, evidentemente possibile per il ruolo rivestito dal medico ed in alcuni casi verosimilmente consentito dalle condizioni dei pazienti stessi all'interno di una società, che privava di ogni diritto intere categorie (schiavi, donne, bambini) e ne riduceva di molto la considerazione sociale.

Un'ultima annotazione merita anche l'espresso richiamo all'obbligo di mantenere il segreto professionale: quello della riservatezza era ed è da sempre uno dei massimi doveri del medico, tanto da essere riconosciuto anche dal nostro ordinamento di oggi che da un lato obbliga al mantenimento del segreto professionale e dall'altro consente al medico, proprio per tale motivo, di astenersi legittimamente dal testimoniare anche davanti al giudice penale su fatti appresi durante lo svolgimento della propria attività (art. 200 c.p.p.).



Per tutta l'antichità il Giuramento di Ippocrate ha mantenuto intatto il ruolo di suprema norma morale di riferimento per i medici, fino a quando l'intero mondo antico è stato spazzato via dalle invasioni barbariche che hanno segnato l'inizio del mondo medievale. Nel corso del medioevo il Giuramento, al pari di tutti gli altri documenti della cultura classica, è stato oggetto di conservazione e di studio, anche in considerazione del suo indubbio valore quale norma etica. Per trovare una regolamentazione dell'esercizio della professione medica in età medievale, è necessario giungere al basso medioevo ed in particolare agli statuti delle Arti e delle Corporazioni, che venivano costituite all'interno dei vari Comuni italiani ed in particolare a Firenze.

Rispetto all'antichità classica, ci si trova davanti ad una società completamente diversa ed altrettanto differente è la modalità di intendere la professione del medico: il medico antico era una sorta di sacerdote, che svolgeva una missione dagli alti valori morali, il medico medievale è un "artigiano" (ossia un membro dell'Arte, diremmo oggi un professionista) che svolge un'attività di rilevante importanza sociale e politica. L'ordinamento comunale attribuiva valore politico e conseguentemente rappresentanza e potere alle varie Arti,

ossia agli organismi che raccoglievano tutti coloro che svolgevano la stessa attività: anche i medici erano rappresentati da un'Arte, quella dei medici e degli speciali e partecipavano così alla vita politica del Comune. È interessante a questo proposito ricordare che proprio a quest'Arte si iscrisse Dante per svolgere l'attività politica.

Si è persa qualunque coloritura sacrale della professione: i medici sono membri della loro Corporazione che è disciplinata esattamente al pari di quella degli altri artigiani senza alcun richiamo alla particolarità o rilevanza etica della funzione del medico. Anzi, all'interno della città di Firenze, ad esempio, il ruolo politico dell'Arte dei medici e degli speciali è relativamente di basso profilo, se si considera la importanza dell'attività mercantile per il Comune: fra le Arti primeggia infatti quella dei commercianti di lana (Calimala). A ciò si deve aggiungere che i medici costituiscono non un'Arte a sé stante, ma sono membri della medesima corporazione degli speciali (farmacisti) e di altri commercianti la cui attività è spesso disciplinata insieme a quella dei medici (sellai, barbieri, etc.).

Ci sono giunti gli statuti dell'Arte, che contengono un rilevante numero di norme e prescrizioni rivolte ai vari componenti (medici, speciali, sellai): l'esame delle norme che riguardano i medici consente di avere

un quadro della professione all'interno della società comunale. Per la prima volta si trova espressa una regolamentazione della professione non tanto dal punto di vista pratico, quanto da quello politico: l'Arte non è infatti un'associazione privata, ma è la base stessa dell'ordinamento comunale. Le prescrizioni di natura pratica e professionale sono certamente minori rispetto a quelle che riguardano l'elezione degli organi rappresentativi dell'Arte ed i poteri dei medesimi.

Praticamente assenti sono le norme etiche o che comunque riguardino la professione del medico ed il suo fondamentale rapporto con il paziente; al contrario è previsto un importante apparato di sanzioni che puniscono i comportamenti scorretti degli aderenti all'Arte. Non si tratta più di maledizioni provenienti dagli dei come nel Giuramento di Ippocrate; la normativa prevede l'applicazione di sanzioni pecuniarie al pari di qualunque altra norma giuridica dell'epoca.

Nello Statuto dell'Arte dei Medici e Speciali del 1314 ed anche nei successivi è previsto per ogni aderente all'Arte l'obbligo di prestare giuramento, ma esso è del tutto diverso da quello di Ippocrate: il medico fiorentino doveva impegnarsi ad essere fedele all'Arte ed a rispettarne i relativi ordinamenti, oltre a quelli del Comune di Firenze².

Pur con tutti i limiti che si sono evidenziati sopra, negli Statuti fiorentini non mancano tuttavia alcune norme interessanti, che costituiscono la base di obblighi deontologici e giuridici per i medici di oggi. Norma fondamentale è quella che prevede l'obbligo di un esame di abilitazione per l'esercizio della professione: già lo Statuto del 1314 prevede tale dovere, che è successivamente ripetuto anche in quelli successivi del 1349. L'ordinamento prevede le modalità di svolgimento dell'esame³ ed anche l'applicazione di una pena per chi esercita abusivamente la professione.

Un ulteriore provvedimento del 1353 conferma la necessità dell'obbligo dell'esame per l'esercizio professionale evidenziando, che a causa dell'epidemia di peste recentemente verificatasi, la medicina era stata esercitata da persone non titolate. Fra le norme di rilevanza deontologica merita di essere menzionato il divieto di recare offesa ad altri medici, la cui violazione è punita con una sanzione pecuniaria e che riproduce l'obbligo di correttezza fra colleghi contenuto nell'attuale codice di deontologia medica. Gli statuti sono importanti anche come testimonianza dell'evoluzione delle modalità di esercizio della professione medica: nello Statuto del 1349 è vietato al medico la costituzione di società o di qualunque accordo con gli speciali per la fornitura di medicinali. Al pari di tutte le altre disposizioni è prevista una pena pecuniaria per la violazione di uno dei precetti cardine della deontologia moderna, ossia il divieto di comparaggio.

È poi stabilito che il medico non possa intervenire in alcuni casi di particolare gravità senza il consulto con altri colleghi, che ne condividano le decisioni. L'istituto del consulto, già adombrato nel Giuramento di Ippocrate, testimonia la considerazione della medicina come arte sempre migliorabile ed in evoluzione. Si deve arrivare infine al 1372 per trovare una norma che attribuisca, seppure implicitamente, un vero e proprio diritto al paziente, la cui figura rimane sempre nell'ombra all'interno degli statuti: è previsto che il medico sia obbligato al lasciare a casa del paziente la ricetta con tutte le prescrizioni.

Le Arti dell'età medievale costituiscono la fonte remota dalla quale hanno tratto origine gli Ordini dei Medici: essi si sono costituiti inizialmente come libere associazioni di colleghi e successivamente sono divenuti organi riconosciuti dallo Stato per disciplinare l'esercizio della professione. Se si esclude la parentesi del Fascismo, che aveva inteso costituire un ordinamento di tipo corporativo, gli Ordini professionali non sono più, come le Arti medievali, organi di rappresentanza politica, ma divengono enti di rilevanza esclusivamente professionale.

Gli atti normativi che essi producono, infatti, disciplinano la medicina ispirandosi alle disposizioni di età medievale, ma attribuiscono importanza sempre più rilevante agli aspetti etici, lasciando la disciplina dell'esercizio professionale alla competenza statale.

Il primo codice di deontologia medica è quello adottato dall'Ordine dei Medici di Sassari nel 1903, che ripropone molti dei precetti contenuti negli Statuti dei Medici e degli Speciali, attualizzandoli all'epoca storica del primo '900 ed ai progressi della società e della tecnica.

Fra gli obblighi imposti ai medici assume particolare rilevanza quello di rispetto nei confronti dei colleghi (articoli 12 – 48), che come si è visto trae origine dal Giuramento di Ippocrate e dalle norme medievali: tale obbligo è disciplinato con particolare attenzione al momento del consulto. Questo istituto è disciplinato in modo analitico dettando una sorta di galateo, a testimonianza dell'esistenza di molti contrasti fra colleghi al momento di esprimere giudizi clinici. Vi sono anche norme che vietano i rapporti con i farmacisti (art. 45, 46 e 47) o con chi esercita abusivamente la professione (art. 46), analogamente a quanto era previsto negli Statuti medievali. A differenza di questi, tuttavia, compaiono delle norme di indubbio valore etico che sono enunciate nei primi articoli data la loro importanza: l'obbligo di rispettare il segreto professionale (art. 1) e quello di acquisire il consenso del paziente (art. 4).

Certamente meritevole di attenzione è la norma dell'art. 4, che richiede, se possibile, la condivisione della responsabilità di almeno un collega prima di effettuare un aborto terapeutico. Questa norma testimonia l'evoluzione del giudizio etico sull'argomento: l'aborto, atto di particolare gravità, potrà essere effettuato quando, a giudizio di due medici, sarà ritenuto necessario.

Quando furono ricostituiti gli Ordini dei Medici e la relativa Federazione Nazionale dopo la soppressione dell'ordinamento corporativo, iniziò un processo che portò alla creazione di un Codice di Deontologia Medica unico per tutti i medici d'Italia.

Non può essere questa la sede per esaminare nel dettaglio i contenuti dei vari codici deontologici approvati dalla FNOMCeO nel corso degli anni, è però interessante rilevare come in essi assuma particolare importanza la figura del paziente accanto a quella del medico. Si tratta di una acquisizione relativamente recente, perché, fino all'inizio del secolo scorso, il paziente era visto per lo più come destinatario dell'attività del medico e non come autonomo titolare di diritti. Nelle ultime edizioni del Codice di Deontologia medica al paziente viene spesso preferita la denominazione di cittadino, per esaltarne il ruolo di titolare di diritti. Questa scelta non pare particolarmente felice perché, oltre a far riecheggiare senza motivo il periodo storico della rivoluzione Francese, mal si adatta al momento di oggi, in cui moltissimi dei pazienti sono privi della cittadinanza in quanto stranieri o addirittura apolidi.

Non si vorrebbe che un'interpretazione eccessivamente restrittiva del Codice Deontologico potesse privare tutte queste persone dei diritti che loro spettano solo perché gli stessi sono attribuiti al "cittadino". Per questa ragione si ritiene certamente preferibile l'uso della definizione storica di paziente in luogo di quella di cittadino.

Si assiste inoltre ad una rilevante influenza della tecnologia all'interno dell'etica medica: il progredire delle scoperte scientifiche richiede sempre nuovi interventi per disciplinare materie prima sconosciute (trapianti, fecondazione artificiale, etc.), che spesso il legislatore statale non è in grado di regolamentare in tempi rapidi. La normativa etica svolge quindi, in alcuni casi, funzioni vicarie della legislazione statale, che talvolta riesce ad intervenire solo con molto ritardo: si pensi alla disciplina della fecondazione assistita contenuta nel codice di deontologia medica che ha preceduto di alcuni anni quella approvata dallo Stato.

In quel caso è stata la norma etica a coprire un vuoto normativo della legge statale, ma in altri casi è avvenuto il contrario, ossia è stata la norma dello Stato a voler prevalere sulle regole deontologiche. Si pensi in proposito alla legge 194/78 sull'aborto, che ha reso lecite condotte che prima erano vietate dall'etica medica: è vero che la legge ha riconosciuto valore all'obiezione di coscienza, ma è innegabile che essa abbia costituito uno strappo nei confronti di un ordinamento deontologico che dovrebbe essere indipendente rispetto a quello statale.

Una seconda circostanza nella quale lo Stato ha voluto affermare la propria superiorità sull'ordinamento deontologico è costituita dalla cosiddetta "Legge Bersani" (legge 248/2006)⁴, che ha addirittura imposto agli Ordini professionali la modifica dei propri Codici Deontologici per recepire le innovazioni portate dalla legge stessa. Si è trattato di un intervento significativo da parte dello Stato che ha profondamente mortificato i rappresentanti di tutte le professioni in quanto, per la prima volta, ha sentito la necessità di dettare a tutte le categorie professionali i propri principi etici.

Questo intervento della legge nella definizione delle scelte etiche di ordinamenti professionali da sempre autonomi, testimonia la netta intenzione dello Stato di considerare come subordinate le norme deontologiche, tanto che la legge statale interviene a modificarle a proprio uso e consumo.

È ben vero che le norme deontologiche, secondo la gerarchia delle fonti del diritto dell'ordinamento italiano, sono certamente subordinate alla legge, ma non per questo gli Ordini devono sminuire il loro ruolo e quello dell'etica professionale che essi rappresentano.

La forza dell'etica sta proprio nella sua potenziale superiorità a qualunque altro ordinamento giuridico: si è già visto che anche il Giuramento di Ippocrate prevedeva condotte contrarie a quelle dello Stato di allora, ma l'importanza morale che i medici nel corso dei secoli hanno riconosciuto a quei precetti ha fatto sì che essi fossero ritenuti superiori.

Sarebbe quindi auspicabile che gli Ordini professionali attribuissero alle norme deontologiche un ruolo anche superiore a quello delle norme statali, esigendone scrupolosamente il rispetto, in modo tale da restituire alla professione medica quella altissima dignità della quale il Giuramento di Ippocrate costituisce anche oggi testimonianza ineguagliabile.

*** Consulente Legale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Forlì-Cesena**



¹ La tragedia *Antigone* di Sofocle (497 a.C. – 406 a.C.) venne rappresentata nel 442 a.C.. Vi si narra l'estremo sacrificio di Antigone, pronta a sacrificarsi per un principio che ella ritiene sacro: l'amore fraterno. Per esso non esita a compiere un atto di disobbedienza alle leggi umane che ne decreterà la condanna a morte. Cfr. *Il teatro greco, tutte le tragedie*, a cura di Carlo Diano, Sansoni Editore, 177 – 199.

² Il testo del giuramento è il seguente: *Ego, qui venio ad hanc artem et societatem, iuro ad sancta Dei evangelia, facere artem meam bene, legaliter et directe, et obedire consulibus presentibus et futuris et eorum preceptis licitis et honestis, dummodo non sint contra commune et populum Florentie et publicam utilitatem, et observare omnia statuta et ordinamenta ditte artis et alia omnia facere, que facere tenentur artifices dicte artis, in factis artis predictae.* È riportata in *Statuto dell'Arte dei Medici Speciali e Merciai 1314*, in *Statuti dell'Arte*, cit., 23.

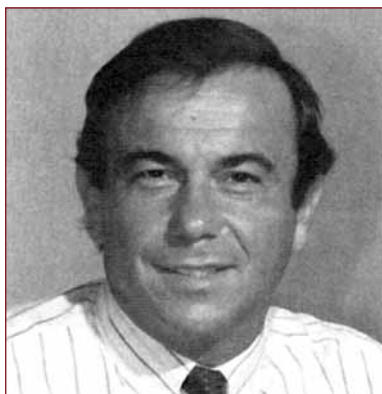
³ La prova consisteva nel giudizio dei Consoli dell'Arte e di quattro medici che dovevano a scrutinio segreto approvare l'iscrizione all'Arte del nuovo medico dopo averlo esaminato.

⁴ L'art. 2, comma 3 della legge 248/2006 dispone che *Le disposizioni deontologiche e pattizie e i codici di autodisciplina che contengono le prescrizioni di cui al comma 1 sono adeguate, anche con l'adozione di misure a garanzia della qualità delle prestazioni professionali, entro il 1° gennaio 2007. In caso di mancato adeguamento, a decorrere dalla medesima data le norme in contrasto con quanto previsto dal comma 1 sono in ogni caso nulle.*

BREVE STORIA DELLA STAMPA DELL'ORDINE

*a cura del Dott. Davide Dell'Amore**

Gli Ordini, sin dalla loro fondazione, si sono dimostrati consapevoli della grande importanza della stampa e hanno avvertito l'esigenza di dotarsi di uno strumento che svolgesse contemporaneamente la funzione di informazione sulla propria attività e di tribuna ove dibattere i problemi interni alla categoria.



Dott. A. Ravaioli

È il 1985 l'anno di nascita del BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI DELLA PROVINCIA DI FORLÌ. Il redattore capo è il Dott. Alberto Ravaioli, oncologo in Forlì, e il Dott. Giovanni Bezzi, Presidente dell'Ordine e Direttore Responsabile del Bollettino nell'editoriale di presentazione ben ne specifica gli scopi e ne disegna il palinsesto.



Dott. G. Bezzi

“L'Ordine dei Medici, che della professione è il tutore istituzionale, intende rafforzare la propria potenzialità di informazione corretta e imparziale, a garanzia del medico e dell'intera comunità. Sotto tali auspici è nato il Bollettino, sia per aumentare l'incidenza dell'Ordine nel contesto sociale e politico della provincia, sia per favorire il delinearsi graduale di una nuova figura di medico, socialmente e professionalmente più qualificata, tecnicamente aggiornata e umanamente preparata. Il dialogo fra colleghi non è poi meno importante del dialogo con le istituzioni, per l'approfondimento dei numerosissimi problemi della categoria. Una parte delle pagine sarà dedicata alla promozione culturale, altro compito fondamentale dell'attività dell'Ordine, dando spazio a pubblicazioni scientifiche che trattino tematiche di interesse generale, senza trascurare i moderni insegnamenti della pedagogia e finalizzandole all'interesse di tutti gli iscritti. La storia della medicina della nostra provincia avrà ospitalità fissa a ricordo e testimonianza per tutti i Colleghi dei meriti culturali dai maestri della nostra terra e dell'impronta da essi data al progresso delle scienze mediche. La redazione, che sentitamente ringrazio, intende mantenere un filo diretto con gli iscritti e sarà piacevolmente sensibilizzata dagli apporti e dai contributi che spero tutti i colleghi della provincia vorranno far pervenire.”

È il 1985 l'anno di nascita del BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI DELLA PROVINCIA DI FORLÌ.

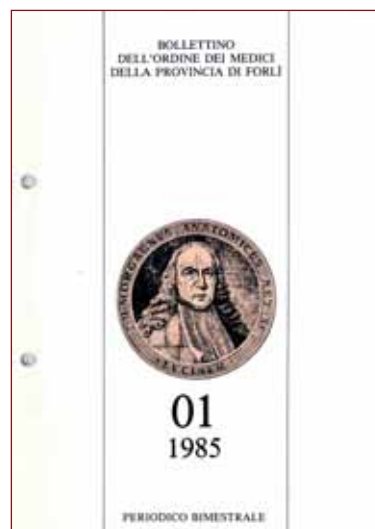
Il redattore capo è il Dott. Alberto Ravaioli, oncologo in Forlì, e il Dott. Giovanni Bezzi, Presidente dell'Ordine e Direttore Responsabile del Bollettino nell'editoriale di presentazione ben ne specifica gli scopi e ne disegna il palinsesto.

“L'Ordine dei Medici, che della professione è il tutore istituzionale, intende rafforzare la propria potenzialità di informazione corretta e imparziale, a garanzia del medico e dell'intera comunità. Sotto tali auspici è nato il Bollettino, sia per aumentare l'incidenza dell'Ordine nel contesto sociale e politico della provincia, sia per favorire il delinearsi graduale di una nuova figura di medico, socialmente e professionalmente più qualificata, tecnicamente aggiornata e umanamente preparata. Il dialogo fra colleghi non è poi meno importante del dialogo con le istituzioni, per l'approfondimento dei numerosissimi problemi della categoria. Una parte delle pagine sarà dedicata alla promozione culturale, altro compito fondamentale dell'attività dell'Ordine, dando spazio a pubblicazioni scientifiche che trattino tematiche di interesse generale, senza trascurare i moderni insegnamenti della pedagogia e finalizzandole all'interesse di tutti gli iscritti. La storia della medicina della nostra provincia avrà ospitalità fissa a ricordo e testimonianza per tutti i Colleghi dei meriti culturali dai maestri della nostra terra e dell'impronta da essi data al progresso delle scienze mediche. La redazione, che sentitamente ringrazio, intende mantenere un filo diretto con gli iscritti e sarà piacevolmente sensibilizzata dagli apporti e dai contributi che spero tutti i colleghi della provincia vorranno far pervenire.”

Una parte delle pagine sarà dedicata alla promozione culturale, altro compito fondamentale dell'attività dell'Ordine, dando spazio a pubblicazioni scientifiche che trattino tematiche di interesse generale, senza trascurare i moderni insegnamenti della pedagogia e finalizzandole all'interesse di tutti gli iscritti. La storia della medicina della nostra provincia avrà ospitalità fissa a ricordo e testimonianza per tutti i Colleghi dei meriti culturali dai maestri della nostra terra e dell'impronta da essi data al progresso delle scienze mediche. La redazione, che sentitamente ringrazio, intende mantenere un filo diretto con gli iscritti e sarà piacevolmente sensibilizzata dagli apporti e dai contributi che spero tutti i colleghi della provincia vorranno far pervenire.”

La storia della medicina della nostra provincia avrà ospitalità fissa a ricordo e testimonianza per tutti i Colleghi dei meriti culturali dai maestri della nostra terra e dell'impronta da essi data al progresso delle scienze mediche. La redazione, che sentitamente ringrazio, intende mantenere un filo diretto con gli iscritti e sarà piacevolmente sensibilizzata dagli apporti e dai contributi che spero tutti i colleghi della provincia vorranno far pervenire.”

La redazione, che sentitamente ringrazio, intende mantenere un filo diretto con gli iscritti e sarà piacevolmente sensibilizzata dagli apporti e dai contributi che spero tutti i colleghi della provincia vorranno far pervenire.”



annunciare ai Colleghi che parte con il 1° gennaio 1986 una nuova iniziativa editoriale dell'Ordine. Nasce il Notiziario dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Forlì sotto la forma di supplemento al Bollettino dell'Ordine. Questo secondo organo di informazione avrà periodicità bimestrale, senza tuttavia avere particolari di data di stampa e di numeri da pubblicare. Lo scopo e il compito del Notiziario è infatti quello di sostituire le circolari dell'Ordine, conservando tempestività e rapidità dell'informazione. Il Notiziario vuole essere quindi uno strumento di collegamento fra Presidente, Consiglio dell'Ordine e Colleghi della Provincia. La Redazione ha voluto in tale modo "sgravare" il "Bollettino" da questo compito di collegamento, per lasciare a questo ultimo solo intenti di aggiornamento e di dibattito sulle problematiche professionali del medico. Riteniamo che questa iniziativa possa ulteriormente migliorare l'interscambio all'interno della categoria e debba poter raccogliere la simpatia e la collaborazione dei Colleghi. Auguri al nuovo nato!!!"

Fino al 1991 sia il Bollettino sia il Notiziario cambiano veste grafica mantenendo comunque costanti gli obiettivi, le rubriche, la cadenza temporale e l'attiva partecipazione degli iscritti.

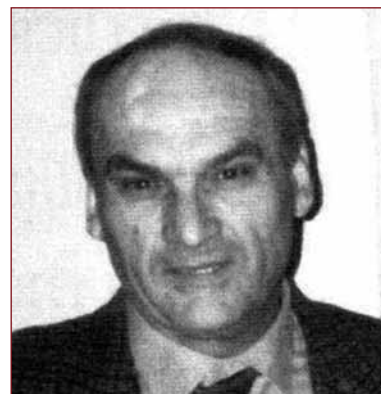
Anno di svolta è il 1992. Dopo numerosi incontri che vedono la fattiva collaborazione fra il Presidente dell'Ordine di Forlì, Dott. Giovanni Bezzi, il Presidente dell'Ordine di Ravenna, Dott. Domenico Francesconi, i rispettivi Consigli e Comitati di Redazione nascono IL BOLLETTINO ED IL NOTIZIARIO DEGLI ORDINI DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA ROMAGNA.

L'esigenza di creare questa nuova entità editoriale che si sostituisce a quelle precedenti scaturisce dalla consapevolezza che comuni

sono i problemi della classe medica romagnola, più rapida la risoluzione degli stessi se affrontati unitariamente a fronte di una unicità territoriale. L'editoriale di presentazione ne esplicita l'impegno e l'impostazione:

"Cari colleghi, nasce con questo primo numero il Bollettino degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri della Romagna. Un progetto certamente non estremamente difficile, ma neppure di facile realizzazione, nel quale sono coinvolti circa 5.000 Colleghi, due Ordini e 600 autorità e rappresentanti di forze sociali. La tiratura del Bollettino sarà quindi di 6.000 copie con una periodicità di 4-6 numeri l'anno. Nel Bollettino degli Ordini sono e saranno contenute numerose rubriche frutto del lavoro del Comitato di Redazione, ma anche dell'apporto di numerosi Colleghi. In particolare per la Rubrica Aggiornamento tutti coloro che sono interessati possono inviare dattiloscritti e proposte. Importante al riguardo sarà lo scegliere il taglio che la nostra rivista si è voluta dare: di informazione e aggiornamento con metodologia "semplice", didattica e spigliata, adatta per tutti, Medici di Medicina Generale e Specialisti, ma anche con chiari contenuti scientifici.

Anche per le altre rubriche si auspica l'apporto di tutti i Colleghi. Vedrete nascere nei prossimi mesi anche un 2° organo di stampa, il Notiziario degli Ordini. Potrà essere comune ai due Ordini (Ravenna e Forlì), ma anche essere dedicato separatamente all'Ordine di Forlì o di Ravenna. Vedremo nei mesi a venire quale risulterà la formula più adatta. Quali le differenze fra Bollettino e Notiziario? Il primo (Bollettino) sarà organo di informazione, aggiornamento e di rappresentanza degli Ordini dei Medici Romagnoli nella società civile. Il secondo (Notiziario) sarà esclusivamente organo di informazione interna per tutti i Colleghi. Ci aspettano dunque due anni di lavoro intensi, e di fattiva collaborazione. Da noi (Comitato di Redazione) e da voi (Medici della Romagna) dipende la riuscita dell'opera. La Romagna è sempre stata un'area "fertile" culturalmente e fucina di pensatori e di "grandi" medici". Anche dal nostro e vostro lavoro questa tradizione culturale potrà essere degnamente continuata. Dottori Giovanni Bezzi, Alberto Ravaioli, Domenico Francesconi"



Dott. D. Francesconi



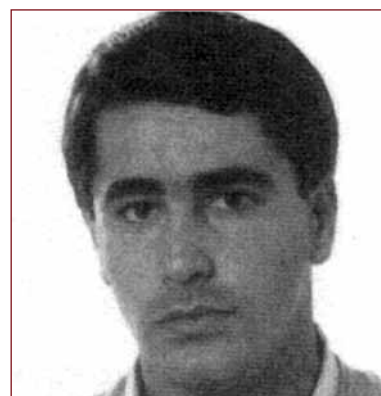
Per accordi intercorsi nel 1993 il Dott. Domenico Francesconi diventa direttore responsabile. Nel 1994 gli Ordini romagnoli passano da due a tre, nasce infatti l'Ordine dei Medici ed Odontoiatri della provincia di Rimini. Il neo eletto presidente Dott. Celso Trombetta aderisce prontamente al Bollettino che quindi continua a rappresentare tutti i medici ed odontoiatri della Romagna sotto la direzione del Dott. Giovanni Bezzi. Nel 1995 diventa direttore responsabile il Dott. Celso Trombetta, medico di MG in pensione. Nel frattempo la provincia di Forlì diventa provincia di Forlì-Cesena, in una apparente calma il Bollettino si trasforma graficamente, viene inserita la pubblicità farmaceutica, prima esclusa, per far fronte alle crescenti spese di gestione dovuti all'applicazione della legge finanziaria del 1995, il Dott. Alberto Ravaioli lascia l'incarico di coordinatore della redazione al Dott. Fabio Falcini oncologo a



Dott. C. Trombetta



Forlì che resta in carica fino al 1997, anno in cui gli succede il Dott. Davide Dell'Amore, Chirurgo di Forlì. Dal 1996 al 1999 il direttore responsabile è il Dott. Tino Casetti gastroenterologo di Ravenna, con collaudata esperienza giornalistica ed iscrizione all'Albo dei Giornalisti divenuto requisito indispensabile per legge. In un editoriale intitolato "Iniziamo il lavoro" il Dott. Casetti ed il neo redattore capo Dott. Dell'Amore cercano di esplicitare agli attenti lettori i cambiamenti, non solo grafici, resi necessari per continuare in modo proficuo il comune cammino.



Dott. F. Falcini

"Si apre con questo numero una nuova "stagione" per la stampa medica della Romagna. Si è convenuto che l'esperienza precedente di unificare i tre Ordini delle province romagnole sotto un'unica testata giornalistica possa più facilmente raggiungere gli obiettivi sociali. Innanzitutto occorre evitare errori quali ad esempio:

1. far proliferare ulteriormente carta stampata che già ci investe quotidianamente.
2. moltiplicare costi editoriali difficilmente sostenibili per realtà medio piccole quali i nostri Ordini provinciali
3. riprodurre riviste scientifiche già esistenti, riproponendole in versione "romagnola"

Con le limitazioni suddette bisogna però assolutamente dare una voce alla professione medica romagnola e contemporaneamente offrire un servizio informativo rapido, direi quasi in tempo reale, agli iscritti per i necessari adeguamenti ad una realtà sanitaria e normativa in frenetica continua variazione. Si è perciò convenuto che gli strumenti idonei siano rappresentati da un Bollettino e da un Notiziario. Il Bollettino, a periodicità più diluita, dovrà essere espressione culturale in senso lato della professione medica romagnola, compresi aspetti di memoria storica e



Dott. T. Casetti

di senso di appartenenza categoriale, con il relativo giusto orgoglio di valori da recuperare, pena una progressiva inesorabile decadenza, anche sociale, del medico.

Il Notiziario sarà invece una vera e propria “circolare interna” frequente, come periodicità, snello nel formato e nei contenuti, agile strumento di lavoro e di informazione tempestiva e utile per gli iscritti di ogni appartenenza istituzionale o non ancora strutturati.

Il mandato di Direttore Responsabile mi è stato riconfermato, più che per meriti “giornalistici”, per il fatto di avere l’esperienza dell’anno precedente e la relativa, obbligatoria, iscrizione all’Albo dei Giornalisti.

Il peso maggiore sarà fortunatamente sulle giovani spalle di Davide Dell’Amore, che ha accettato il ruolo di Redattore Capo e sarà quindi la vera “anima” editoriale, coadiuvato da un Comitato di Redazione, secondo le linee generali di indirizzo espresse dai tre Ordini.

Sono sicuro che scelta migliore non poteva essere fatta e ringrazio l’amico Davide per aver dato la sua disponibilità, a garanzia di una probabile buona riuscita dell’iniziativa.

Superfluo ribadire che ogni contributo di qualunque collega è ben accetto e sarà adeguatamente valutato per l’eventuale pubblicazione, quale espressione di interesse e di spirito collaborativo alla vita sociale e professionale del medico romagnolo. Non mi resta che augurare all’iniziativa e a tutti i colleghi un proficuo futuro.”

“Cari colleghi,

con questo numero inizia la pubblicazione del Bollettino affidato ad un Comitato di Redazione in gran parte rinnovato e che io mi torvo a coordinare grazie alla fiducia che il Comitato di Gestione ha riposto in me.

Ottimo è stato il lavoro svolto da chi ci ha preceduto, di conseguenza sarà per noi più facile proseguire lungo questa strada, tuttavia i cambiamenti che si sono verificati hanno portato ad una lunga discussione sui contenuti, modi e tempi editoriali.

Lo stile grafico è cambiato, ma ben poco importa, perché fermo è rimasto l’intendimento di mantenere vivo uno strumento di coesione fra i tre Ordini, credo esempio unico in Italia, a riprova del fatto che questa nostra Romagna in fondo un poco ci unisce.

Al fine di rendere più agile la gestione del Bollettino e soprattutto del Notiziario si è ritenuto utile scindere il Comitato

di Gestione, composto dai Presidenti, o i Vice Presidenti, in caso di assenza, Tesorieri ed i Segretari dei tre rispettivi Ordini ed il Direttore Responsabile che ha prerogative a determinare gli indirizzi generali riguardanti la realizzazione delle pubblicazioni, può adottare un regolamento, provvedere alla nomina del Redattore Capo, esercita il controllo sulla gestione delle spese; dal Comitato di Redazione, composto dal Redattore capo e dai tre Coordinatori delle Commissioni per il Bollettino presenti presso ciascun Ordine, che si occupa del contenuto del Bollettino e del Notiziario e della gestione della pubblicità.

Il Notiziario è stato in gran parte affidato ai Segretari, terminali naturali di tutte le notizie che quotidianamente giungono agli Ordini, mentre alle Commissioni per il Bollettino è stato affidato il ruolo cardine di selezionare e programmare il materiale utile alla stesura del Bollettino.

Compito principale del Redattore Capo sarà quindi quello di coordinare i vari Comitati con lo scopo di mantenere una politica editoriale uniforme onde evitare la stampa di Bollettini troppo diversi fra loro. A tal fine sono state individuate alcune rubriche che saranno sempre presenti come: l’Editoriale, l’Aggiornamento, la Medicina Legale, la Storia della Medicina, la Vita delle Commissioni, le lettere al Redattore ed una rubrica che abbiamo chiamato “In Pillole” dove poter dar spazio ai colleghi che vogliono collaborare con argomenti non strettamente legati alla professione (racconti, poesie, aneddoti, casi clinici particolari, ecc.).

Sommarlo	
ALTRI TRE ANNI...	4
VITA DELL'ORDINE Deliberazioni del Consiglio	6
NOTIZIARIO FNOOMMCeO Diplomi di specializzazione in odontoiatria	11
Indagine conoscitiva sui farmaci	12
Albo degli Odontoiatri	13
OPINIONI, AVVISI, NOTIZIE DALL'ORDINE Accertamenti sanitari periodici Comunicazioni e avvisi	17
AGGIORNAMENTO Attualità in chirurgia dei tumori epatici	23
Assistenza domiciliare al paziente oncologico	24
ASSOCIAZIONI MEDICHE XIV Congresso ANAAO:	27
ANAAO: inadempienze del Governo Mozione FIMMG	30
VARIE E ATTUALITÀ	33
EPICA E MEDICINA Il medico in condotta	40
4° CORSO DI AGGIORNAMENTO	45
STORIA DELLA MEDICINA Tommaso Casoni	47
ASSEMBLEA ORDINARIA	53

<p>CONSIGLIO DELL'ORDINE Presidente Dott. Giovanni BEZZI</p> <p>Vice Presidente Dott. Piergiorgio BOSCHETTI</p> <p>Segretario Dott. Sergio DALL'AGATA</p> <p>Tesoriere Dott. ClAUDIO BORSETTA</p> <p>Consiglieri Dott. Sandro BENZONI Dott. Alberto CAMPORISI Prof. Lorenzo CANALI Dott. Ubaldo CECCHINI Dott. Michele CARRELLI Dott. Saverio MONDARESI Dott. Massimo MONTESI Dott. Giorgio SILVANI Dott. Andrea SIBILI Dott. Carlo TROMBETTA Dott. Marco ZELLI</p> <p>Consiglieri On. Dott. Maurizio CASADEI Dott. Silvano FATTORI</p> <p>Revisori off. Dott. Vincenzo BIAGINI Dott. Gabriele FIANI Dott. Andrea MESSROLI</p> <p>Relazione suppl. Dott. Chiara BONCARATI</p> <p>ORGANO UFFICIALE DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FORLÌ</p> <p>Direttore Responsabile Dott. Giovanni BEZZI</p> <p>Redattore Capo Dott. Alberto RAVAIOLI</p> <p>COMITATO DI REDAZIONE Dott. Giancarlo ALLIZIO Dott. Sandro BENZONI Dott. Riccardo BIAGINI Dott. Piergiorgio BOSCHETTI Dott. Sergio DALL'AGATA Dott. Ubaldo CECCHINI Dott. Giovanni GANNELLI Dott. Andrea MESSROLI Dott. Giorgio SILVANI Dott. Valter VIANNUCCI</p> <p>1 1988 FEBBRAIO PERIODICO BIMESTRALE</p> <p>Autonominato dal Tribunale di Forlì n. 113 del 6 marzo 1985 Numero Fregat Litografica. Tutti i ricorrenze April del 2001 n. 107/05.</p>	<p>Periodico bimestrale distribuito gratuitamente a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Forlì e a tutti gli Ordini d'Italia.</p> <p>È organo ufficiale di stampa dell'Ordine e pertanto le notizie pubblicate hanno carattere di ufficialità e di avviso per tutti i Colleghi. Le richieste di pubblicazione o di comunicazione di Congressi e Modelli, dovranno pervenire all'Ordine almeno due mesi prima della data di pubblicazione. I Colleghi sono invitati a collaborare alla realizzazione del Bollettino. Gli articoli sono pubblicati su giudizio del Consiglio di Redazione.</p>
--	---

Sono convinto del fatto che la suddivisione dei compiti, delle responsabilità e dei risultati, determinerà un continuo coinvolgimento dei vari attori tale da mantenere sempre vivo l'interesse e la collaborazione per il Bollettino. Se ciò dovesse verificarsi speriamo di poter essere anche più puntuali al fine di informare meglio tenendo anche conto che in seguito alla sospensione del Medico d'Italia abbiamo una maggiore responsabilità rimanendo il Bollettino l'unico veicolo dell'Istituzione verso i colleghi."

La collaborazione fra i tre Ordini si mantiene salda, fra alterne vicende, fino al 1998, anno in cui si decide di mantenere unitaria la stesura del bollettino, mentre si ravvisa la necessità di gestire il notiziario singolarmente.

Torna quindi a vivere il NOTIZIARIO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FORLÌ-CESENA con direttore responsabile il Dott. Giancarlo Aulizio, medico di medicina generale a Modigliana ed iscritto all'Ordine dei Giornalisti e Pubblicisti da oltre dieci anni.



"Cari Colleghi,

con piacere ho accettato l'invito della Presidente Ronchi a dirigere il "Notiziario", succedendo al Dott. Tino Casetti che ringrazio per il lavoro svolto.

Trovo una Redazione affiatata, competente e multidisciplinare, ciò mi favorisce non poco il compito che non è da sottovalutare visto che il "Notiziario" è organo ufficiale dell'Ordine e, quindi, punto di riferimento importante per noi tutti.

Si tratta di uno strumento agile, di facile lettura che non ha e non vuole avere pretese di elevato livello scientifico ma che intende continuare a fornire informazioni diverse di tipo normativo, congressuale, esplicativo, per quanto possibile delle innumerevoli novità che costellano il mondo della Medicina.

Sono un medico di base che opera a Modigliana e Tredozio, ossia ai limiti della Provincia e dell'AUSL, specializzato in Geriatria e Gerontologia settore nel quale credo di poter dare un modesto contributo.

La distanza da Forlì ed il tempo, che per i medici è sempre tiranno, saranno ostacoli facilmente superabili per me se il team della Redazione saprà accettarli, conscio del fatto che è sempre meglio avere un Direttore a 35 km che sotto casa!

So bene di essere stato scelto anche perché iscritto da dieci anni all'Ordine dei Giornalisti e Pubblicisti, requisito indispensabile per dirigere qualunque cosa, spero che possiate apprezzare in futuro l'impegno e la volontà di bene operare. Cordialmente."

Ma la fine della collaborazione è nell'aria. Il costante incremento delle spese di gestione, l'avanzare della comunicazione informatica ed una diversa visione della missione di questo organo ordinistico portano nel 2000 alla scomparsa della testata unitaria ed alla riedizione del "NUOVO BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FORLÌ-CESENA".

Nell'editoriale "Siamo in ritardo ma c'è un motivo" il Redattore Capo, Davide Dell'Amore, esplicita i motivi della diaspora ed illustra l'impostazione editoriale tutt'ora in essere.

"Care colleghe e cari colleghi,

se vi accingete a leggere questo mio articolo vuol dire che seguite il Bollettino e quindi vi sarete già resi conto che molte cose sono cambiate. Non è più il "Bollettino degli Ordini della Romagna" ma solo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Forlì-Cesena. Si è interrotta una faticosa collaborazione che durava da diversi anni non per campanilismo o per divergenze di fondo sulla gestione del giornale, ma per desiderio, da parte di alcuni, di voler percorrere

da soli nuove strade. Il nostro Consiglio Direttivo ha preso atto e condiviso questa scelta, mi ha confermato nella carica di Redattore Capo, ed ha nominato Direttore della testata il dott. Giancarlo Aulizio, medico di medicina generale in Modigliana, e componenti della Commissione per il Bollettino i dottori: Albarelli Alberto, Giorgi Mario, Giulianini Benedetta, Pieri Roberto, Ragazzini Marco, Simoni Claudio. Espletate le formalità burocratiche sorge spontanea la domanda: come saranno il Bollettino e il Notiziario dell'Ordine di Forlì-Cesena? Naturalmente non molto diversi dagli attuali.

Il Notiziario sembra aver trovato la sua veste grafica e cadenza (sei numeri annui) ottimale, anzi la rubrica "Internet e medicina" gestita da Marco Ragazzini è sicuramente la più gettonata in assoluto.

Per quanto riguarda il Bollettino è nostra intenzione mantenere la cadenza trimestrale comprensivo anche del Notiziario, così come non ne modificheremo la veste grafica. Il numero di pagine verrà invece ridotto a 32 ed alcune modifiche verranno approvate a livello delle rubriche presenti.

Ogni numero avrà in sommario:

- *L'Editoriale* dove è possibile dibattere o fare il punto su argomenti di interesse generale. Normalmente viene gestito dalle massime cariche istituzionali dell'Ordine, ma vorremmo che anche gli iscritti lo utilizzassero per esprimere il loro parere in merito alle problematiche che possono coinvolgere grandi fasce di professionisti.
- *L'Aggiornamento*: è forse la rubrica più criticata perché quasi sempre appannaggio dei reparti ospedalieri e quindi inevitabilmente spesso troppo specialistica. Crediamo vada mantenuta proprio per cercare di correggere questi suoi difetti dando spazio ad articoli meno tecnici e più divulgativi di metodiche e percorsi diagnostico-terapeutici in essere nella nostra provincia. Vorremmo poi sottrarre agli "ospedalieri" questa rubrica stimolando la partecipazione dei medici di medicina generale, degli odontoiatri e di quei colleghi che operano nelle strutture private.
- *la Medicina legale* ha sempre destato interesse. L'aspetto medico legale si andrà sempre più compenetrando con la nostra professione per cui al di là della gestione routinaria della rubrica da parte dei colleghi delle U.O. di Medicina Legale delle aziende ospedaliere della nostra provincia, auspichiamo una fattiva collaborazione da parte di tutti gli iscritti nel proporre gli argomenti da svolgere.
- *Storia della Medicina*, è una rubrica "storica" di grande interesse. Per diversi numeri verrà utilizzata per fornire a puntate, a tutti gli iscritti il bel libro, a cura del prof. Francesco Aulizio, su Sante Solieri.
- *Vita dell'Ordine*: la rubrica non era costantemente presente nella precedente stesura. L'abbiamo affidata al Segretario con una missione ben precisa: comunicare agli iscritti tutto ciò che di importante avviene all'interno dell'Ordine soprattutto a livello di Consiglio e Commissioni. Nelle nostre intenzioni questo continuo contatto fra organi istituzionali ed iscritti dovrebbe stimolare una dialettica che potrebbe trovare una sua giusta collocazione di un'altra rubrica che riteniamo fondamentale sponsorizzare.
- *Lettere al Redattore*, spazio dedicato agli iscritti dove chiedere spiegazioni, puntualizzare atteggiamenti e palesare la propria fattiva collaborazione alla gestione dell'Ordine.
- *Visto l'alto gradimento di "Internet e medicina"* ci è sembrato giusto dare spazio a Marco Ragazzini ed ai suoi viaggi nella rete con una rubrica "Dal web", dove verranno affrontati argomenti di interesse per gli iscritti o meglio ancora se stimolati dagli iscritti, facendo ricerche o dialogando con l'immenso mondo scientifico che si affaccia su internet.
- *Altra rubrica inedita* è "La pagina dell'odontoiatria" dove i colleghi avranno modo di dibattere i loro specifici problemi e dove troveranno spazio le comunicazioni della Commissione Albo Odontoiatri.
- *Da anni l'Ordine si avvale della collaborazione di due consulenti uno legale ed uno fiscale.* Nel nuovo bollettino verrà riservato uno spazio, l'angolo dei consulenti, a questi professionisti che risponderanno a specifiche richieste a loro rivolte dagli iscritti.
- *Sempre più stretto è il legame fra Azienda Sanitaria, Medici, Ordine e popolazione.* Praticamente continui i cambiamenti, ed innumerevoli le informazioni che devono passare da un settore all'altro. Per governare questo processo le AUSL si sono dotate di uno staff per la comunicazione. Ci è sembrato quindi opportuno prevedere, a richiesta, uno spazio, l'AUSL informa, a loro dedicato dove poter palesare e a volte spiegare con maggior dovizia di particolari rispetto ad una succinta circolare, cambiamenti, acquisizioni, dismissioni, decisioni, progetti, missioni, visioni ecc.
- *Il Notiziario non uscirà nei mesi di pubblicazione del Bollettino, ma verrà assorbito dallo stesso e lo troverete soprattutto nelle rubriche In pillole, Passa parola, Recensioni, Corsi e Congressi.*

- Infine, ed è proprio il caso di dirlo, consapevoli del fatto che molti nostri colleghi si dedicano alle più svariate forme d'arte, allo sport, ad hobby diversi, in molti casi raggiungendo punti di eccellenza, abbiamo voluto offrire a loro una vetrina nell'ambito del Bollettino istituendo la rubrica "Non solo Medicina" dove esporre arte, programmi e quant'altro possa essere di interesse per i medici al di fuori della propria specifica professione.

Sicuramente chi seguiva il Bollettino dopo questo mio tedioso articolo non lo farà più, ma è giusta la volontà di rendere note le idee nuove e vecchie che vorremmo realizzare in questo nostro giornale che diverrà sempre più interessante se il coinvolgimento di voi tutti sarà attivo e costante nel tempo".



Dott. M. Milandri

Ma i tempi moderni incalzano e l'Ordine non è insensibile alle nuove esigenze ed opportunità. Nell'aprile del 2006 al notiziario cartaceo se ne affianca uno informatico "mailing news" con cadenza bisettimanale gestito in larga



Dott. A. Ragazzini

misura dal Segretario dell'Ordine Dott. Massimo Milandri, medico di medicina generale in Forlì.

L'alto gradimento da parte dei colleghi e la sempre maggior diffusione del mezzo informatico, tempestivo e di basso costo inducono il Consiglio Direttivo ad abolire, nel febbraio 2009, il notiziario cartaceo.

Il Dott. Alessandro Ragazzini medico di medicina generale in Forlì subentra al Dott. Milandri ed il Dott. Gian Galeazzo Pascucci, medico di medicina generale in Cesena, assume l'incarico di Coordinatore della Commissione Comunicazione ed Informazione.

Arriviamo così ai giorni nostri con un Notiziario completamente informatizzato ed un Bollettino che rispetta la missione che 25 anni fa il Dott. Giovanni Bezzi aveva disegnato: "È nato il Bollettino, sia per aumentare l'incidenza dell'Ordine nel contesto sociale e

politico della provincia, sia per favorire il delinearsi graduale di una nuova figura di medico socialmente e professionalmente più qualificata, tecnicamente aggiornata ed umanamente preparata".

*** Capo Redattore Bollettino Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Forlì-Cesena**

I NOSTRI ISCRITTI RICORDANO



IN MEMORIA DEL DOTT. GIOVANNI SANTE BEZZI (1932-2000)

Dott.ssa Annalisa Ronchi*

La scomparsa improvvisa, il 5 maggio, dopo una breve e inesorabile malattia, del dott. Giovanni Bezzi ha lasciato certamente un vuoto incolmabile e un grande rimpianto non soltanto nei suoi familiari, amici, colleghi e pazienti, ma anche e in modo significativo nell'istituzione Ordinistica in quanto di più nobile ed elevato questa rappresenta per la nostra professione di Medici. Così l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Forlì-Cesena ha perso con Bezzi un punto di riferimento importante e prestigioso, un Amico sincero, sempre disponibile e fiero di portare la voce del "suo Ordine" anche oltre i confini.

Diciassette anni di Presidenza dell'Ordine, incarichi dirigenziali nella Federazione Nazionale e nelle commissioni estere l'hanno visto sempre agire con entusiasmo, con impegno e nella continua ricerca di innovazione e stimoli.

I tre anni trascorsi insieme con lui all'Ordine come suo vice, sono stati fondamentali per la mia formazione ordinistica e di questo me ne rendo sempre più conto col passare del tempo e gliene sono grata.

La disponibilità e l'attenzione che rivolgeva ai colleghi, il rispetto e la considerazione delle idee e delle posizioni altrui, la grande pacatezza e serenità con cui affrontava i problemi e le controversie anche più spiacevoli e difficili, la riservatezza e il rigore che caratterizzavano ogni sua decisione sono e saranno sempre di insegnamento e di esempio a chiunque vorrà avventurarsi nel delicato e controverso ambiente ordinistico.

E così, con la stessa dignità che ha contrassegnato la sua vita privata e professionale, se ne è andato silenziosamente e discretamente "il Presidente" Giovanni Bezzi; e seppure in mezzo a tanto dolore, sono certa che il giorno dei suoi funerali, in una Chiesa gremitissima di parenti, amici e colleghi che con la loro presenza e commozione gli testimoniavano affetto e stima, anche lui con me abbia provato un grande piacere nel vedere stretti attorno a lui i Vecchi e i Nuovi Presidenti degli Ordini della Romagna che rendevano omaggio ad un sincero amico, ad un ottimo medico, a un grande Presidente.



**** già Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Forlì-Cesena dal 1997 al 2002***



Dott. Giancarlo Aulizio*

Sento l'obbligo, come Direttore responsabile del "Notiziario dell'Ordine della Provincia di Forlì-Cesena" dal n° 6/1998 e del "Bollettino dell'Ordine" dal n° 1/2000, di rivolgere l'estremo saluto al Dott. Giovanni Bezzi che fermamente volle la pubblicazione di questi due periodici, a far data dal 1986 il primo e dal 1985 il secondo. Poiché mi sono laureato nel 1984 del Dott. Bezzi ho sentito parlare in quegli anni, come Presidente dell'Ordine che riscuoteva ampia stima, dagli iscritti e da mio padre suo coetaneo ed amico. Non ebbi pertanto particolari occasioni di frequentarlo e i nostri incontri furono sempre fuggevoli anche se improntati a cordialità e disponibilità verso i giovani freschi di laurea.

Sapevo di lui che era molto attento ai compiti che spettavano e spettano all'Ordine ed in primis al suo Presidente e quanto tenesse e avesse tenuto affinché l'Ordine stesso fosse vicino ai medici tutti con una pubblicazione periodica, perché sentissero la voce dell'istituzione che deve essere sempre all'erta per difendere tutti gli iscritti dagli attacchi concentrici che verso di loro, di volta a volta, si rivolgono ma, al tempo stesso, sempre pronto a controllare che il comportamento dei singoli medici fosse consono alla nobiltà ed alla serietà del loro senso della professione. Lo seguii anche con interesse nel difendere l'associazionismo medico, esperienza che volle affrontare e, ritengo, con successo personale, visto che fu uno dei primi a Forlì a farsene promotore e sperimentatore in prima persona sino all'ultimo.

Non posso entrare nel merito di azioni da lui svolte nella lunga attività di Presidente del nostro Ordine, chi lo ha seguito a Forlì e con lui ha collaborato più e meglio di me, compiutamente, potrà illustrare la sua figura, umana e professionale.

A me, come giovane collega e come Direttore del "Bollettino" e del "Notiziario", il triste dovere di rivolgergli deferente saluto.

*** Direttore Responsabile "Bollettino Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Forlì-Cesena"**



Prof. Francesco Aulizio*

Nello scorso aprile seppi casualmente che l'amico e collega Giovanni Bezzi, meglio noto ai colleghi come Walter, era molto malato e che tale malattia si era manifestata in pieno benessere e che era insorta mentre era andato in montagna a sciare.

Non sapendo quanto potesse essere attendibile ciò e, soprattutto, quanto veramente grave, feci qualche discreta telefonata ad alcuni amici medici, i quali mi confermarono, con sufficiente precisione, che la notizia giunta mi rispondeva sostanzialmente a verità e che i familiari avevano teso attorno al malato un cordone di riservatezza e di isolamento, ben comprensibile, il che mi indusse a rispettare questo atteggiamento, pur non rinunciando a ricevere notizie quando possibile.

Con vero sbigottimento dopo poche settimane, il 5 maggio, mi giunse l'ormai attesa notizia della sua morte. Non potei fare a meno di andare a ritroso nel tempo e nitidi i ricordi mi tornarono alla memoria.

Erano gli anni cinquanta, io ero giunto a Forlì da Sassari, alla fine del primo biennio di Medicina; subito cercai degli studenti universitari che mi potessero ragguagliare su Bologna e sulla facoltà di Medicina che presto avrei dovuto cominciare a frequentare.

Fu così che nel volgere di poche settimane conobbi e feci amicizia con l'esuberante Enzo Cavazzini e l'inseparabile Walter Bezzi, Mario Bartoli, Piero Cagnani, Floriano Bianchi, Edmondo Versari e Umberto Casalini, detto Ego, non più tra noi, Gigi Brunetti, Franco Costa, Marina Pantaleoni, Tonino Grosso, ed altri che non ricordo singolarmente ma coi quali mi vedevo abitualmente sia a Forlì, sia in treno, per raggiungere giornalmente o quasi Bologna. Questa continua frequentazione cementò un'amicizia che si è protratta nel tempo e che ancora continua.

Anche la vita forlivese ci vedeva spesso insieme nel fare gite o scampagnate ed ognuno di noi comunicava impressioni, talvolta insuccessi agli esami, successi e buoni risultati. Le paure erano un assillo continuo; verso gli ultimi anni lo scoglio rappresentato dal terribile Businco ci toglieva il fiato e il sonno in previsione

dell'esame di Anatomia Patologica, comunque andavamo avanti chi molto bene, chi con qualche difficoltà, ma l'entusiasmo era tanto e non vedevamo l'ora di concludere con la laurea che ci consegnò al mondo medico nudi alla meta, ovvero, senza una lira in tasca, ma con tanta voglia di lavorare.

In quegli anni, immediatamente successivi alla laurea, i nostri punti di riferimento erano i primari del "Morgagni", primi tra tutto Alcide Bauce e Mario Loreti e il Presidente dell'Ordine, Diego Soprani. Tutti e tre, per quanto possibile, ci seguivano come interni all'ospedale dandoci volta a volta incarichi ospedalieri o interinati in condotta.

"Pecunia deficit" era il nostro rovello. Ci turbava, a chi più, a chi meno, pesare ancora sulle famiglie e quindi eravamo disposti a tutto per conquistare una sia pur modesta libertà economica quale che fosse il settore professionale scelto ma, soprattutto disponibile. Ed in questo l'INAM a quel tempo rappresentava per molti di noi un porto irraggiungibile perché in questa vedevamo, come ebbe una volta a dirmi il buon Dott. Soprani, il raggiungimento degli obiettivi personali cioè quello delle tre m, che stavano ad indicare: mutua, moglie, macchina!

Questo tempo successivo alla laurea, mi portò lontano da Forlì, in condotta, per cui cessò la frequentazione tra noi pur continuando ognuno a seguire gli altri o ad essere informati di quel che avveniva grazie ai propagandisti di medicinali, detti oggi, con espressione più sussiegosa, informatori scientifici.

Seppi così che Bezzi era stato assunto al Sanatorio dell'INPS di Vecchiazzano, dove rimase alcuni anni e lì conobbe mio padre, maturo fisiologo ricco di esperienza e di delusioni, dalla lingua tagliente, incline a dare a ciascuno il suo, nel bene e nel male.

E mio padre di Bezzi mi parlò bene, lo stimava: un ragazzo serio e preparato, calmo e riflessivo, incline ad ascoltare i "vecchi", smanioso di muoversi nell'ambiente medico e interessato alle normative sempre più vincolanti e castranti che cominciavano a inceppare i medici, specie i più giovani e quindi psicologicamente più vulnerabili. Fu così che Bezzi divenne Presidente dell'Ordine ed all'interno di questo riuscì ad acquistare rilievo nazionale che lo portò per molti anni a coprire incarichi importanti.

I nostri rapporti personali che si erano giocoforza diluiti, per difficoltà fisica a ritrovarci, subirono un subitaneo avvicinamento quando l'Ordine decise di dare vita al "Bollettino dell'Ordine dei Medici" della provincia di Forlì.

Era il 1985, Bezzi sapeva che mi ero dedicato, pur vivendo in condotta, allo studio della storia della Medicina e volle che il nascente "Bollettino" dedicasse a questa una rubrica.

Mi invitò ad andare da lui alla sede dell'Ordine e mi propose di curare appunto una rubrica fissa storico-medica, spiegando nel n. 1 del neonato "Bollettino" del giugno del 1985 che "La Storia della medicina della nostra provincia avrà ospitalità fissa a ricordo e testimonianza per tutti i colleghi dei meriti culturali dei maestri della nostra terra e dell'impronta da essi data al progresso delle scienze mediche".

Cominciò così, con il citato numero, la mia collaborazione che si aprì con un articolo rievocativo su G.B. Morgagni, né avrebbe potuto essere diversamente e da quell'anno si è ininterrottamente continuata senza mai derogare dall'impegno preso di scrivere di storia medica di Romagna, quale che avrebbe potuto essere l'argomento trattato. Nel tempo ebbi modo di apprezzare il tatto di Bezzi, non entrò mai nel merito delle mie scelte, sicché fui e rimasi il giudice di me stesso, per quel che mi consta con il consenso di quei lettori che mi gratificano leggendomi.

A Bezzi devo ciò ed a Lui devo riconoscere il merito di essere stato un medico che si è saputo districare nella scomoda posizione di mediatore di conflittuali posizioni sempre cercando di essere imparziale tra le varie posizioni e, mi sia concesso, fazioni, via via emergenti.

Il suo incarico di presidente durò ben diciassette anni, o giù di lì, un periodo che la dice lunga sulle sue qualità dimostrate nel tempo.

Altri potranno illustrare con cognizione di causa il suo apporto recato alla categoria, a me il rammarico di doverne scrivere, in occasione della sua quasi repentina scomparsa e rievocarne, sull'onda dei ricordi e del tempo trascorso, le comuni aspirazioni, la volontà di bene operare, il convincimento di avere sempre agito in buona fede, in onestà di intenti, in una Italia di provincia, passionale ed appassionante, ricca di fremiti e di ideali, variamente intesi, che oggi, ai medici della mia età, paiono perduti.

Ciao Bezzi.

*** Libero Docente di Storia della Medicina**

Dott. Enzo Cavazzini*

I vecchi amici lo chiamavano Walter perché questo era il nome voluto dai genitori, ma impedito dal regime fascista perché nome straniero.

Frequentò il Liceo Scientifico Fulceri Paulucci di Forlì dove, specie negli ultimi anni, emerse come studente modello, qualità che egli mantenne all'Università laureandosi in Medicina con il massimo dei voti e la lode.

Gli studi però non lo tennero lontano dallo sport e dalla vita sociale, praticò con successo lo pallacanestro nella locale squadra dell'Edera e fu campione provinciale del lancio del disco nei primi Giochi della Gioventù.

Esprese fin da giovane le sue evidenti doti di organizzatore proponendo indimenticabili feste goliardiche raccogliendo così la stima di tutti gli studenti. Facilitò con queste feste l'incontro, la conoscenza e le frequentazioni fra studenti di ambo i sessi, condizioni così difficili in quei tempi pieni di pregiudizi. Si formò come medico presso la Patologia Medica di Bologna diretta dal Prof. Campanacci discutendo una tesi sperimentale sul diabete da alossano all'età di 23 anni. Con la laurea giunta puntualmente al termine dei 6 anni di corso e col servizio militare quale ufficiale medico, i nostri destini presero vie diverse, ma l'amicizia e la stima rimasero sempre costanti fino alla sua scomparsa.

**** Medico di Medicina Generale in Forlì***



Dott. Sergio Dall'Agata*

Ricordare in poche righe la figura e l'opera di Giovanni Bezzi non è cosa facile, soprattutto per chi ha condiviso con Lui 18 anni di vita ordinistica, sindacale e professionale. Non voglio, e non potrei in poco spazio, fare un resoconto di tutto il suo lavoro, degli impegni in ambito locale, nazionale ed europeo, della sua lunga militanza sindacale. Vorrei però ricordare alcuni aspetti di Giovanni che credo di aver potuto cogliere forse meglio di altri.

Innanzitutto il suo amore per la professione, lo consapevolezza del ruolo del medico e della sua peculiarità. Ha sempre difeso questi valori insegnando a non rinunciarci mai, a non "svendere" la propria opera e ad avere una alta considerazione della propria missione.

Nonostante i tanti impegni non ha mai tralasciato l'assistenza ai suoi assistiti, li ha sempre seguiti utilizzando anche la rete delle sue conoscenze per meglio indirizzarli e cercando sempre di risolvere i loro problemi.

Indubbia è stata anche la sua apertura per il nuovo, l'innovazione. Tante volte ha saputo prevedere e anticipare gli eventi.

Si è lanciato in imprese professionali che dimostravano una giovinezza, un entusiasmo che talvolta "contrastavano" con la sua età anagrafica.

Ha sempre pensato al domani, a nuove imprese, a nuovi traguardi, mai pago di quanto realizzato. E questo fino alla fine.

Come non ricordare, infine, la sua passione per i viaggi e l'avventura. Aveva sempre la valigia pronta ed era disponibile a salire sul primo aereo in partenza, per qualsiasi meta. Credo che nella sua lunga, ma sempre breve attività, abbia trasmesso a molti, e soprattutto a me, questi valori in cui credeva.

In tutti questi anni trascorsi nella condivisione di tanta attività, pur nella diversità di opinioni, di visione delle cose, mai è mancato il dialogo, il confronto, sempre nel massimo rispetto reciproco.

****Medico di Medicina Generale in Forlì***

Tratto da "Bollettino dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Forlì-Cesena" n. 2/2000

PROF. FRANCO ZANARDI

*a cura del Dott. Viscardo Biagini**

Il Prof. Franco Zanardi è stato un personaggio rimarchevole come primario di chirurgia nell'ambito dell'ospedale di Cesena negli anni 50-70. La sua storia di medico e di uomo, prima di arrivare a Cesena è assai movimentata, forse perché era nipote di un altro Zanardi, importante uomo politico socialista bolognese, che ne condizionò la vita di cittadino e di medico. Infatti Franco Zanardi stava svolgendo un'interessante carriera negli anni 1937-1930 all'Università di Pavia sotto l'egida del Prof. Donati, quando, probabilmente per la fama di socialista antifascista che probabilmente era sproporzionata alla realtà, fu allontanato da Pavia ed esiliato all'ospedale italiano di Gerusalemme.

Tornato in Italia durante la seconda guerra mondiale dopo l'otto Settembre finì prigioniero in Germania.

Prima di arrivare a Cesena nel gennaio del '56, fu primario per alcuni anni in due piccoli ospedali dell'Emilia.

A Cesena rimase fino al '72 molto amato e stimato dai suoi assistenti e dagli altri Primari (fu sempre in ottimi rapporti col Prof. Battistini Primario di medicina). Era un ottimo chirurgo addominale ricordato ancora oggi per la sua socievolezza e affabilità, che qualche volta strideva con la pretesa che i suoi assistenti fossero presenti in reparto alle 6 e mezza del mattino.

Ma la sua dote principale fu la sua estrema onestà, specie sul piano professionale. Memorabile l'episodio in cui, avendo commesso un errore in un intervento su una paziente, chiamò subito il marito per chiedergli scusa e domandargli come poteva rimediare.

*** Libero Professionista**



DOTT.SSA ANNA ROBLES..... UN RICORDO

a cura della Dott.ssa Morena Contri*

In occasione dei cento anni della fondazione del nostro Ordine vorrei ricordare con affetto una collega la Dott.ssa Anna Robles (1906-1990), che pur nella differenza di età che ci separava mi è stata molto vicina come amica.

Anna è nata a Forlì ed ha conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Palermo il 22/07/1929 (mi raccontava che nel suo corso erano in 12 di cui lei l'unica donna).

Nello stesso anno superava a Roma l'esame di abilitazione per l'esercizio della professione.

È stata assistente di ruolo presso l'Università degli studi di Palermo e di Pisa dal '29 al '32 anno in cui iniziava la sua attività come volontaria presso l'Università di Bologna dove si specializzava in Clinica Pediatrica nel '36. Nel '37 lasciava l'attività presso la Casa della Madre e del Bambino di Modena per rientrare nella sua Città natale dove continuava il Suo impegno professionale e civile, infatti è stata nominata a titolo di onore sia nel libro di Antonio Mambelli "Diario degli avvenimenti in Forlì e Romagna dal '39 al '45" che da Elio Santarelli in "La Romagna e i Generali Inglesi" per le cure gratuite elargite e la disponibilità del Suo mezzo di locomozione offerto alla Resistenza durante la 2° guerra mondiale.

Come molti della mia generazione sono stata sua paziente in tenera età.

Lei è stata quella che sospettando una mia appendicite acuta, mi portò in ospedale, sulla sua 500 bianca, all'età di 5 anni. Lei è stata quella che mi accompagnava, appena laureata, a fare le visite fiscali, perché diceva che "i vecchi si lamentano sempre" per cui preferiva una compagnia più giovane.

Lei è stata quella che prima di morire mi lasciò la sua medaglia conferitale per i 50 anni di professione, con l'impegno a regalarla a mia volta ad una persona che, a mio avviso, ne fosse meritevole.

Lei è stata quella che con professionalità, dedizione, umanità e amore ha portato a termine il Suo progetto esistenziale e con delicatezza è entrata e uscita dalla mia vita.

**** Medico di Medicina Generale in Forlì***



Dott.ssa Robles mentre visita

DOTT. WALTER MORGAGNI

*a cura del Dott. Gian Luigi Morgagni**

Il Dottor Walter Morgagni, tra i primi in Italia ad appassionarsi di questa specialità “CARDIOLOGIA” conseguita presso l’Ateneo Patavino, intuendo che le malattie di cuore avrebbero richiesto una cura specifica effettuata in strutture dedicate, cercò attivamente, partendo dal reparto di Medicina Generale dell’Ospedale forlivese dove prestava servizio in qualità di Aiuto, di creare il consenso nella cittadinanza e di trovare i fondi necessari per la istituzione di un reparto autonomo dedicato alle malattie del cuore e dei vasi.

I suoi sforzi furono coronati dal successo nel 1973, anno in cui fu inaugurata dall’Assessore alla Sanità della Regione Emilia-Romagna LA NUOVA UNITÀ CARDIOLOGICA DI TERAPIA INTENSIVA dell’Ente Ospedaliero G.B. Morgagni-L. Pierantoni.

Questo reparto, unico in Romagna, era costituito di n. 8 posti-letto con monitoraggio centralizzato e di altri n. 8 posti-letto con monitoraggio attraverso apparecchiature mobili ed era anche dotata di un servizio di trasmissione elettrocardiografica per via telefonica attivo 24 h per l’Ospedale G.B. Morgagni e per l’Ospedale L. Pierantoni distaccato.



Particolare della sala Emodinamica e Angiocardigrafia in corso di completamento

Inoltre, l’Unità Cardiologica era dotata di apparecchiature estremamente innovative, poco conosciute nel mondo medico di allora, quali la sala di Emodinamica e Angiocardigrafia, l’ecocardiografia, le apparecchiature per studi elettrofisiologici e registrazione endocavitaria del fascio di His.

Proprio la completezza della dotazione strumentale, unita all’attività clinica, intensa fin dall’inizio sia quantitativamente sia qualitativamente, ha fatto conoscere in Italia il reparto di Cardiologia di Forlì facendovi confluire pazienti da varie regioni per una diagnosi accurata e una terapia risolutiva.

Sappiamo tutti come la diagnosi angiografica e il conseguente trattamento

con PTCA della coronaropatia sia parte integrante della odierna cardiologia; così come la diagnostica non invasiva ecocardiografica che applicata anche per via transesofagea ed intracavitaria consente addirittura una ricostruzione tridimensionale delle valvole e delle cavità cardiache; così come pure per le tecniche di impianto di pacemaker e defibrillatori nonché per le procedure di ablazione transcateretere.

La moderna Cardiologia nacque, nelle sue più importanti direttive di sviluppo, proprio dalle esperienze iniziate negli anni ‘70 e iniziate in quegli anni anche nel nosocomio forlivese.

*** Direttore U.O. di Cardiologia Az. USL Macerata**



DOTT. SILVANO BRAVETTI (1902-1992)
MEDICO PRIMARIO E DIRETTORE SANITARIO DEL CIVICO OSPEDALE DI ABBAZIA (FIUME)
MEDICO PRIMARIO DELL'OSPEDALE CIVILE DI SAVIGNANO SUL RUBICONE (FORLÌ)

*a cura del Dott. Giorgio Oddo Bravetti**

Il dottor Silvano Bravetti é nato a Cesenatico il 18 Novembre 1902. Ha frequentato il Liceo Classico Vincenzo Monti di Cesena e si é laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Bologna il 5 Luglio 1926, non ancora ventiquattrenne.

Chiamato al Servizio di Leva é stato dapprima nella Scuola di Sanità Militare di Firenze e poi, come Sottotenente medico di prima nomina, a Cesena.

Nel 1927 si iscrive all'Albo Professionale dell'Ordine Provinciale dei Medici di Forlì.

Inizia la carriera ospedaliera presso l'Ospedale Morgagni di Forlì, prima come Assistente della Divisione Medica di cui era Primario il professor Paolo Stefanelli, e poi come Aiuto della stessa Divisione.

In seguito vinse il concorso a Primario Medico e Direttore Sanitario presso il Civico Ospedale di Abbazia, in provincia di Fiume, ove naturalmente trasferì l'iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici.

In quest'epoca ebbe spesso contatti con la Clinica Medica della Università di Padova, diretta dal professor Dalla Volta, con cui era intenzionato conseguire la libera docenza. A tal proposito produsse un buon numero di pubblicazioni scientifiche, tra cui "Nuovo semplice pratico apparecchio a siringa per pneumotoracentesi e lavaggio cavitario" (Aprile 1943).

Dal titolo si evince l'interesse che il dottor Bravetti aveva per la patologia polmonare e per tutte le forme di versamenti pleurici che, in epoca preantibiotica, erano di frequente osservazione. Suggestiva ed interessante, anche da un punto di vista storico, la conclusione di questo lavoro, come qui riportata: "Ora spero di avere dato una chiara dimostrazione del funzionamento dell'apparecchio che mi pare riunisca nella sua grande semplicità le migliori doti pretendibili in uno strumento per toracentesi, pneumotoracentesi e lavaggio cavitario." E il dottor Bravetti conclude: "Questo pneumotoracentesio, credo, debba dimostrarsi utilissimo a tutti i medici, soprattutto a quelli delle Unità Sanitarie di Guerra, e ciò per ragioni che ritengo superfluo esporre partitamente".

Tra gli altri lavori scientifici solo quelli di seguito elencati ci sono rimasti perché gli altri sono andati perduti durante le sue successive vicende belliche.

Allo scoppio della Seconda Guerra Mondiale, nel 1940, Bravetti venne richiamato come Capitano Medico con prima destinazione sul Fronte Francese. Nel 1941, con l'apertura del nuovo fronte in Jugoslavia, fu poi trasferito presso il 186° Ospedale da Campo in Abbazia, ove svolse, secondo gli accordi civili-militari, il doppio ruolo di Primario Medico e Medico Militare.

In seguito alla dichiarazione di Armistizio dell'8 settembre 1943, in accordo alle decisioni del Comando dell'Ospedale da Campo, Bravetti ne seguì la ritirata verso Trieste, considerata dai vertici militari zona più sicura dai violenti attacchi delle milizie di Josip Broz detto Tito. Ma a Trieste la notizia dell'inaspettato suicidio del Generale comandante della Piazza convinse il Comando del 186° Ospedale da Campo a trasferire i militari più malati e sofferenti nei vari Ospedali Civili della Provincia, e poi di sciogliere il resto dell'Ospedale e della truppa.

Nell'impossibilità, quindi, di tornare ad Abbazia, ormai contesa tra le truppe tedesche e quelle titine, al dottor Bravetti rimase l'unica scelta di dirigersi verso Cesenatico, ove abitavano ancora i genitori.



Qualche mese dopo, essendosi improvvisamente reso vacante il posto di Primario Medico-Condotta presso l'Ospedale della vicina Savignano sul Rubicone, l'Autorità Prefettizia di Forlì lo contattò invitandolo a prestare momentaneo servizio presso quell'Ospedale Civile, rimasto del tutto sguarnito. Data, in seguito, l'impossibilità storica, dovuta alle note vicende belliche, di riprendere il proprio posto all'Ospedale di Abbazia, già divenuta Opatija perché annessa alla Jugoslavia, e nonostante, poi, la possibilità di potersi trasferire presso strutture ospedaliere più importanti, il dottor Bravetti, per non dover subire un ulteriore esodo, decise di rimanere Primario della Divisione di Medicina nella settecentesca struttura ospedaliera di Savignano sul Rubicone.

Rimasto, quindi, in Romagna, nel 1947 si riiscrisse all'Albo dell'Ordine Provinciale dei Medici di Forlì, recandosi con altri colleghi di Rimini, tra cui il grande amico otorinolaringoiatra dottor Gallina, già Capitano Medico nella Divisione Julia e tornato da poco dalla Russia.

Nell'Ospedale di Savignano sul Rubicone, paese sentito ormai veramente suo per le conoscenze, gli affetti e la stima della gente, il dottor Bravetti svolse, quindi, l'attività di Medico Primario di Medicina e di Ufficiale Sanitario fino all'età della pensione, continuando poi, sollecitato da molta parte della popolazione, ad esercitare la professione come Medico Mutualista fino a pochi anni prima della morte, che avvenne alla soglia dei novant'anni il 19 Gennaio 1992.

Tra i tanti lavori scientifici pubblicati dal dottor Bravetti solo quelli qui di seguito elencati ci sono rimasti:

- Su un caso di pneumotorace spontaneo, Morgagni N.44 (1932).
- Su un caso di diabete bronzino, Giornale di clinica medica, Anno XII Fasc. X (1932).
- Su un caso di enfisema sottocutaneo spontaneo, Morgagni N.13 (1933).
- Il tema di contagiosità della malattia tubercolare, Morgagni N.11 (1934).
- Terapia moderna delle encefaliti acute non purulente, La Riforma Medica N.2 (1934).
- Contributo clinico allo studio della sintonia patologica dell'addome destro in rapporto al vagotonismo Policlinico (Sezione Pratica) (1934).
- Contributo allo studio delle forme ab-articolari della infezione reumatica, Policlinico (Sezione Pratica) (1935).
- Terapia salicilica ad alte dosi nelle forme ab-articolari dell'infezione reumatica, Morgagni N.22 (1935).
- Contributo allo studio della sindrome di Dercum, Giornale di psichiatria e di neurologia (1935).
- Localizzazioni valvolari e localizzazioni miocardica dell'infezione reumatica, La Riforma medica, Anno LIV -1938-XVII N.37.
- Dalla rubrica degli errori, Rassegna clinico-scientifica dell'Istituto Biochimico Italiano, Anno XVI N.8 (1938).
- Scabbia e vantaggi del trattamento terapeutico con benzolo di benzile, Policlinico (Sezione Pratica) N.20 Vol. XLIX (1942).
- Nuovo semplice pratico apparecchio a siringa per pneumotoracentesi e lavaggio cavitario, Policlinico (Sezione Pratica) N.32 Vol. L (1943).
- Accidenti cerebrali dissimulanti crisi d'ipoglicemia spontanea Minerva Medica, Anno XXXV Vol. II N.36 (7 Settembre 1944).
- Paralisi dissociata dell'ischiatico da iniezione intraglutea, Infortunistica e traumatologia del lavoro, Anno XIII N.4 (Luglio - Settembre 1947).
- In tema di apparecchi per pneumotoracentesi Policlinico (Sezione Pratica) N.8 Vol. LV (1948).

*** Figlio**



RICORDO DEL PROF. GALEAZZO MATTIOLI

*a cura del Dott. Domenico Garcea**

Anni orsono una Collega si disse colpita dal mio colloquiare al letto dei pazienti prendendo loro una mano. In quell'occasione mi resi conto di perpetuare un gesto inconsapevolmente mutuato dal mio Maestro, il Professor Galeazzo Mattioli. Tante volte lo avevo osservato senza comprenderne a pieno il significato.

Mi fu chiaro perché gli Ammalati lo adorassero: sapeva, con il calore della sua mano, il suo sorriso, le sue parole, talora pronunciate in dialetto bolognese, tranquillizzarli, infondere loro fiducia, speranza e la certezza di essersi affidati ad un Medico che di loro si sarebbe preso cura prima di tutto come Persone.

Spesso, al termine di interventi complessi e difficili, disapprovai come Egli nel descrivere ai familiari ed allo stesso Paziente il nostro operato lo sminuisse rendendolo quasi banale.

Non capivo, a quel tempo, come in tal modo prendesse su di sé un peso che avrebbe potuto per loro essere troppo gravoso.

Ognuno di noi sarebbe tenuto a farlo. Lui, a mia memoria, non se ne dimenticò mai.

Man mano che la mia vita professionale è progredita, ho sempre più preso coscienza di quale immensa fortuna fosse stata l'essere allievo di un Vero Maestro. Sono tantissimi i grandi chirurghi, gli eccelsi primari, gli ottimi direttori. Rarissimi sono i Maestri e solo il tempo fa sì che gli allievi capiscano che hanno avuto la ventura di incontrarne uno.

I Maestri non trasmettono solo il sapere, forgianno l'intelletto e indirizzano l'animo.

I Maestri vivono una dimensione morale che rimarrà agli allievi riferimento per continuarne il cammino.

Potrei ricordare del mio Maestro gli studi, le docenze, i primariati, prima a Belluno, poi a Forlì, infine, all'Ospedale Maggiore di Bologna. Potrei citare che dieci dei suoi allievi siano stati o siano tuttora, primari in regione e al di fuori di essa. Mi sembrerebbe uno sterile elenco.

Mi piace ricordare, invece, ciò che ci ha trasmesso con l'esempio: il coraggio, la tenacia, l'umiltà che deriva dall'onesta valutazione del proprio limite. La curiosità, l'amore per l'innovazione, il desiderio costante di cimentarsi in nuove esperienze.

Preferisco rammentarne l'umanità, la disponibilità verso la sofferenza, il non derogare mai alle regole di una vita professionale ispirata ai valori assoluti dell'Uomo.

I Maestri si possono piangere. Non vanno rimpianti perché di sé fanno sopravvivere la parte migliore.



*Dott. M. Piratelli, Dott. F. Rusticali, Prof. G. Mattioli,
Dott. A. Casadei e Dott. D. Garcea*

*** Direttore del Dipartimento di Chirurgia Generale Ausl Forlì**



RICORDO DEL PROF. ANTONIO VIO

“Il piacere della memoria. Una mattinata dedicata al professore Antonio Vio.”

*A cura del Dott. Davide Dell'Amore**

Una mattinata per ricordare il Prof. Antonio Vio, noto primario chirurgo a Forlì dal 1978 al 2000, scomparso il 19 aprile di quest'anno. È l'iniziativa organizzata per sabato 27 novembre, alle 9, presso la sala conferenze del Padiglione Morgagni dell'ospedale “G.B.Morgagni-L.Pierantoni”, da Ausl di Forlì, Collegio dei Primari, Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Forlì-Cesena, Società Emiliano Romagnola di Chirurgia e Rotary Club di Forlì. Tante le autorità, i colleghi e gli amici che ricorderanno la figura di questo amato professionista medico. Al termine della riunione verrà anche dedicata al Prof. Antonio Vio la struttura complessa di chirurgia toracica dell'Azienda Usl di Forlì.

Dalmata di nascita, il Prof. Vio segue gli studi universitari a Parma e a Bologna, dove si laurea nel 1958 col massimo dei voti. Subito dopo entra a far parte della Scuola chirurgica bolognese del Prof. Gaetano Placitelli, poi diretta dal Prof.

Leonardo Possati, progredendo nella sua formazione professionale e acquisendo le specializzazioni in Chirurgia Generale, in Urologia ed in Chirurgia Pediatrica. Nel contempo segue l'iter universitario di insegnamento (con incarichi nella Scuola di specializzazione) e di ricerca scientifica, conseguendo tre libere docenze (in Patologia Chirurgica, in Clinica Chirurgica ed in Clinica Chirurgica Pediatrica) ed ottenendo un giudizio di maturità in due concorsi a cattedra.

L'attività di ricerca, condotta in campo sia sperimentale che clinico, è stata riconosciuta da numerosi premi e borse di studio.

Nel 1978, lascia il S.Orsola per l'Ospedale di Forlì, dove diventa, quale vincitore di concorso pubblico, il primario della Chirurgia Generale fino al 200. In quell'anno conclude la carriera, per raggiunti limiti di età, in qualità di Direttore del Dipartimento di Chirurgia Morgagni. In questo lungo arco di tempo si dedica alla sempre maggiore qualificazione dell'attività chirurgica, coinvolgendo in sala operatoria tutti i collaboratori, molti dei quali sono divenuti a loro volta Primari a Forlì e in altre sedi.

Gli interventi del Professor Vio hanno sempre riguardato tutta la chirurgia, con particolare riguardo per la chirurgia toracica, divenuta dapprima sezione superspecialistica, poi unità operativa autonoma sotto la guida dell'allievo dott. Davide Dell'Amore; poi per la chirurgia del cancro gastrico, con particolare riguardo allo studio delle forme iniziali (early gastric cancer) per cui la chirurgia di Forlì è conosciuta a livello internazionale, la chirurgia resettiva epatica per tumori primitivi e secondari, la chirurgia endocrina, con tiroidei, paratiroidi e surreni, la chirurgia pediatrica, con trattamento in loco di diverse affezioni. Nell'arco dell'intera carriera il Professore ha eseguito personalmente circa 18.000 interventi.

Accanto alla sala operatoria va menzionata la riorganizzazione dell'attività assistenziale, pur nei limiti strutturali del Morgagni, e la fondazione del centro stomizzati affiliato all'AISTOM, di cui è stato vicepresidente nazionale. Socio di numerose Società Scientifiche, il suo nome compare fra i fondatori della Società Italiana di Chirurgia Pediatrica, di cui è stato anche consigliere nazionale.



Prof. Antonio Vio



Ha presieduto la Società Emiliano-Romagnola di Chirurgia e diretto più volte la Società Medico-Chirurgica della Romagna. Ha fondato e presieduto per più mandati il Collegio dei Primari degli Ospedali dell'Azienda U.S.L. di Forlì. Ha partecipato quale relatore a innumerevoli congressi nazionali e internazionali, portando la vasta esperienza del gruppo chirurgico forlivese. La produzione scientifica comprende oltre 160 pubblicazioni e 9 monografie.

*** Direttore U.O. Chirurgia Toracica Az. USL Forlì**

Tratto dalle relazioni tenute nel corso della giornata dedicata al Prof. Antonio Vio



Prof. Pietro Di Piazza*

In questa particolare occasione, che riprende un'antica consuetudine in Medicina, di intitolare una struttura a un nome importante e prestigioso significando così ammirata gratitudine ma anche qualità ed eccellenza, desidero ringraziare di cuore il Presidente del Rotary Club, Giuseppe Mecca, per avermi consentito di ricordare pubblicamente Antonio - Nino - Vio.

A Lui mi legano diversi incroci di vita. La pluridecennale frequentazione, come collega Primario; la collaborazione, fin dalla fondazione, nel Collegio dei Primari dell'Azienda Forlivese, Collegio nel quale gli sono succeduto nella carica di Presidente; la comune militanza nel Rotary di Forlì, nel quale è stato Vio a succedermi, qualche anno dopo, quale Presidente del Club.

Avendolo lungamente affiancato nel Collegio dei Primari, posso a buon titolo testimoniare della capacità, dell'abilità e dell'autorevole equilibrio con cui ha svolto per più mandati la funzione di Presidente, in un periodo non felicissimo per la categoria e per la Sanità Italiana, divenendo di fatto, anche in seguito, punto di riferimento per i Colleghi e ascoltato interlocutore per l'Amministrazione. Il Professor Vio è entrato nel Rotary Club di Forlì nel marzo 1981, in rappresentanza della classifica "Chirurgia Generale".

Conquistata ben presto la stima, la simpatia e l'amicizia degli altri Soci, acquisiva, per elezione, in pochi anni, cariche direttive nell'esercizio delle quali dimostrava non comuni capacità e spirito di servizio, tanto da essere eletto all'unanimità Presidente del Club per l'anno rotariano 1988 —1989. Assiduo e partecipe, anche in seguito ha continuato a ricoprire cariche direttive e a tenere importanti e apprezzate relazioni.

Ha scritto per il Rotary un'arguta ed elegante pubblicazione su "Epigrammi ed epigrammisti italiani". In sostanza, ha praticato e onorato al meglio i principi e gli scopi fondamentali del Rotary: l'amicizia, il servizio a favore degli altri, l'impegno costante e puntuale, nell'azione professionale, a svolgere ogni propria attività nel miglior modo possibile, rifacendosi sempre a rigidi valori morali, etici e deontologici, con grande umanità e correttezza assoluta.

Per i suoi meriti è stato insignito dell'onorificenza rotariana "R. H. F." (Paul Harris Fellow). Come ha scritto recentemente il dott. Franco Fabbri in una pubblicazione rotariana, "Gran parte della Sua opera ha voluto dedicarla ai giovani, ai quali concedeva tutto il Suo bagaglio di esperienza perché potessero



costruire un futuro sano e ricco di ideali”. Per inciso, continuava così la Sua attività, iniziata sin da giovanissimo a Parma, e poi a Bologna e Forlì, nello scoutismo cattolico, volta ad educare i giovani, aiutandoli a crescere e maturare secondo sani principi. Era stato per due anni, tempo fa, responsabile regionale dell’Associazione e aveva la qualifica di Capo educatore.

Mi hanno colpito il tono, l’affetto e l’ammirazione espressi recentemente con articoli su notiziari e riviste scout, commemorandolo, con titoli quali “Storico capo scout”, “L’Uomo dei momenti difficili”, “Un maestro di vita”.

In conclusione il Professor Vio è stato un uomo di grandi virtù, morali, umane e professionali, di vasti e molteplici interessi - quale, ad esempio, quello per la filatelia, come storico e collezionista, di grandi capacità potenziate dall’impegno, dalla dedizione e dal senso di responsabilità: un sicuro esempio di spirito di servizio.

Un Maestro di medicina e di vita, un leader naturale, ammirato ed amato, capace di esaltare le qualità dei Suoi Collaboratori in un processo di crescita reciproca e anche un ottimo organizzatore, un uomo di pensiero e d’azione. Un uomo, inoltre, di raro equilibrio, saggio e giusto, tanto da costituire un prezioso punto di riferimento, sicuro e disponibile in ogni occasione.

Era, infine, uomo di solida cultura - non solo professionale - costantemente in crescita, una rara e raffinata cultura umanistica, condita di arguzia e senso dell’umorismo.

Amava la poesia in generale - ricordo, al riguardo, una Sua gustosa relazione al Rotary sulla poesia di Trilussa - e aveva una particolare propensione per un genere poetico, il Limerick, breve componimento giocoso e satirico, con una sua intrinseca moralità, nel quale usava talora cimentarsi.

Uomo di profonda fede, ha affrontato con coraggio e forza d’animo la malattia inesorabile, mantenendo fino all’ultimo una serenità che gli ha consentito di prevedere e disporre per il dopo, con la tranquillità e la buona coscienza di aver fatto tutto il possibile, pensando - ancora una volta - più agli altri che a Se stesso. Nel dolore della Sua scomparsa, ci conforta sapere che, al termine della Sua vita terrena, il Signore lo avrà certamente riconosciuto come uno dei Suoi, poiché, secondo il Vangelo delle Beatitudini, “Beati i puri di cuore, perché vedranno Dio”.

**** past President Rotary Club Forlì***



RICORDO DEL PROF. ACHILLE GALASSI (1918 -1995)

*a cura del Dott. Araldo Campanini**

Frequentavo la Divisione di Medicina con la speranza di entrare a farne parte, quando un giorno il dottor Walter Morgagni, allora Aiuto Medico, mi disse con tono deciso: “In ospedale ci sono già più di 30 medici; un nuovo posto si potrà forse rendere disponibile fra qualche anno. Segui il mio consiglio: comincia a frequentare la Tisiologia, che il dottor Achille Galassi dirige da solo. Si tratta di un piccolo Reparto, che potrebbe avere uno sviluppo futuro. Gli parlerò di te”.

Fu un colpo mortale per le mie speranze, da sempre coltivate, di diventare un medico esperto in tutte le branche della medicina: entrare in Tisiologia, per assistere pazienti lungodegenti affetti dalla stessa malattia, era per me la fine di un sogno. Decisi, pertanto di rifiutare e di attendere pazientemente soluzioni migliori: poi considerai, che prima di prendere una decisione definitiva, avrei dovuto almeno rendermi conto delle reali condizioni del Reparto, dove, come si malignava al di fuori, le visite nelle camere si facevano in apnea per non contagiarsi. Mi presentai così, con tanta emozione e grande incertezza, nello studio del dottor Achille Galassi, che mi accolse con grande cordialità e che, con poche parole, annientò in me ogni dubbio. “Se sei disposto a impegnarti e a fare sacrifici farò di questo Reparto, il fiore all’occhiello dell’ospedale. Ho tante idee e credo di poterle realizzare tutte: ti chiedo dedizione al lavoro, amicizia e fedeltà. Per ora ho tre obiettivi: acquisire la libera docenza che mi darà prestigio e forza morale, ottenere la trasformazione della Tisiologia in Pneumologia, che allargherà lo spazio professionale e avere a Forlì un Primario Chirurgo in grado di iniziare la Chirurgia Toracica che sarà il necessario completamento al nostro lavoro”. Per me fu un colpo di fulmine, che fugò il timore di una vita piatta, priva di attività stimolanti e che creò la visione di uno splendido futuro. Galassi partì subito con grande impegno, senza scoraggiarsi mai, neppure di fronte agli ostacoli, che allora sembravano insuperabili; nei momenti più difficili ripeteva il suo motto preferito “Non si deve agire come il bue, che non conosce la sua forza”. In pochi anni, nel 1967, i suoi primi tre obiettivi furono raggiunti: la libera docenza, la Divisione di Pneumologia, con annessa sezione di Tisiologia e il prof. Galeazzo Mattioli a Forlì, un eccellente Primario Chirurgo con grande esperienza di Chirurgia Toracica.

Nacque così la Pneumologia di Forlì fra le prime in Italia: ricordo che si discusse sulla denominazione più opportuna e per un nonnulla non fu chiamata Pneumatologia. Ottenuta la sua “creatura”, che presto nel linguaggio comune prese il suo nome, Galassi si dedicò totalmente ad essa, per organizzarla nel migliore dei modi e per dotarla di tutte le strutture, attrezzature e apparecchiature necessarie per farla primeggiare a livello nazionale, allacciando e mantenendo ottimi rapporti personali e professionali con principali pneumologi ospedalieri e universitari del tempo: conosceva tutti ed era amico di tutti.

Quando si dovevano acquisire o perfezionare le migliori tecniche per l'impostazione di nuove attività, aveva immediatamente pronti i collegamenti con i centri di riferimento, come Torino per la broncologia e per la fisioterapia respiratoria, Genova per la endoscopia pleurica, Parma e Napoli per la tisiologia,

Milano per la fisiopatologia respiratoria e Firenze, per l'allergologia. E così, nel volgere di alcuni anni, la grande Divisione di Pneumologia con oltre 80 posti letto, si sviluppò completa in tutte le sue possibili espressioni. Galassi nutriva una vera venerazione per i suoi Maestri: le loro fotografie erano esposte in bella evidenza nelle pareti

del suo studio. Quando li ricordava si commuoveva. Mi diceva che il prof. Ugo De Castro, suo primario durante il periodo in cui fu assistente nella Divisione di Medicina Generale, era un uomo di altri



tempi, che pretendeva il massimo rispetto per l'autorità e l'ordine gerarchico "nessuno poteva parlargli direttamente e tale privilegio spettava solo all'Aiuto", ma che sapeva plasmare i suoi collaboratori come uomini e come medici. Galassi si riteneva un privilegiato, perché era l'unico Assistente cui era concesso, qualche volta, di esprimere direttamente le sue opinioni e perché gli fu presto affidata la gestione della piccola sezione Tisiologica, annessa alla Medicina, che, con il trasferimento del prof. De Castro a Bologna, divenne reparto autonomo. Ho assistito ad alcuni consulti fatti dal prof. De Castro nella nostra Divisione e ho osservato, in tutte le circostanze, l'espressione da parte di Galassi di grande rispetto e reverenza assieme ad uno stato di mal celata emozione, anche dopo molti anni.



Il Prof. Galassi con i suoi allievi

Nei confronti dei suoi collaboratori, aveva un comportamento paternalistico: perdonava molte cose e se proprio era il caso di fare la voce grossa, il che capitava molto raramente, la faceva molto grossa e il malcapitato difficilmente gli offriva l'occasione di farsi riprendere un'altra volta. Le sue sfuriate erano proverbiali, ma, come si suol dire, duravano lo spazio di un mattino. Con me, suo primo e unico collaboratore per 5 anni, aveva un rapporto del tutto particolare, direi come di fratello maggiore: desiderava fossi sempre presente, era prodigo di utili consigli e suggerimenti nelle più varie circostanze, mi incoraggiava, mi spronava e mi sosteneva, mi ripeteva gli insegnamenti che aveva ricevuto e che considerava importanti e provava gioia vera se riuscivo a raggiungere risultati positivi. Mi ripeteva spesso che la medicina si impara vivendo il più possibile vicino al letto del malato ed io presi talmente alla lettera il consiglio, che per cinque anni non feci un solo giorno di ferie o di riposo neppure durante le festività. Sapeva farsi benvolere da tutti, come un padre carismatico: le infermiere erano solite dire: "Il babbo è arrivato, andiamo in visita". Fatti inimmaginabili ai tempi attuali. Era amico di tutti i medici dell'Ospedale; non l'ho mai sentito esprimere giudizi negativi nei confronti di un collega. Una grande amicizia lo legava al prof. Galeazzo Mattioli e al prof. Mario Martuzzi, con i quali era continua, quasi quotidiana, la collaborazione professionale: in quel periodo, erano i tre personaggi più carismatici dell'Ospedale. Galassi, oltre all'amore per il proprio lavoro professionale, si dedicò, con pari entusiasmo, ad altre attività, dalle quali riuscì a ottenere brillanti risultati. Aveva una grande passione per l'automobilismo e credo abbia partecipato da giovane anche ad alcune gare locali; fu per un certo periodo Presidente dell'ACI. Ha sempre posseduto splendide automobili, che acquistava con grande oculatezza e che rivendeva dopo brevi periodi senza perdite: sembrava che le macchine da lui usate acquisissero un plusvalore. Ricordo anche quando comincio ad appassionarsi alla pittura: il suo primo acquisto fu un quadro di Sughì, che mi mostrò entusiasta appena appeso alla parete: negli anni successivi, a questo si aggiunsero dipinti di pittori famosi scelti con grande perizia e avvedutezza senza mai spendere cifre impossibili. L'ultima sua passione è stata il basket: trascinato nell'ambiente dall'amico dottor Romano Tramonti quasi suo malgrado, finì per divenire il presidente della principale squadra cittadina, che con lui raggiunse i massimi livelli in campo nazionale; per lo sviluppo e l'impulso che riuscì a dare a tale sport, coinvolgendo gran parte della cittadinanza forlivese, al suo nome è stato intitolato il Palazzo dello Sport. Se dovessi fare un ritratto sintetico della sua personalità, dovrei dire che è stato un uomo eccezionale, intelligente, attivo, lungimirante, estremamente rispettoso nei confronti degli altri, aperto al futuro, carismatico, dotato di grande senso pratico e di grandi capacità comunicative, consapevole del suo ruolo, premuroso, disponibile e amico dei suoi pazienti, con i quali dialogava con piacere, spesso scambiando colorite espressioni dialettali specialmente con alcuni pittoreschi personaggi forlivesi. Mi capita ancora oggi di ascoltare da alcuni suoi vecchi pazienti frasi come questa: "a so sté curé da Galassi, quel sè chl'era un gran dutòr". La medicina allora aveva ancora una dimensione umana, non sopraffatta dalla fredda razionale tecnologia.

*** già *Primario di Pneumologia AUSL Forlì***

LE LETTURE CONSIGLIATE DAGLI AUTORI

Bibliografia “Country Hospital di Modigliana”

- AA.VV. Dal Country Hospital all’ospedale di distretto: esperienze italiane a confronto. Atti 1° Convegno Nazionale, Asl Forlì ottobre 2001
- Aulizio G. Dal Country Hospital all’Ospedale di Distretto: una realtà assistenziale in continua espansione. Monografia a cura della Novartis - Ciba (VA) 21040 Origgio (VA), febbraio 2000
- Aulizio G. Il country hospital ha 10 anni. Sole24Ore Sanità, 31 genn. / 6 febb. 2006
- Aulizio G. Ospedali di comunità: il piccolo che convince. Giornale del Medico, 14 aprile 2008
- Brunello C. Analisi dei modelli Micro-organizzativi della Medicina di Base. MECOSAN
- Management ed economia sanitaria. Università Bocconi Milano, n° 29, Gennaio-Marzo 1999
- Di Sisto M. Ospedali di Comunità: un paradosso italico. MD Medicinæ Doctor n°15 aprile 2008
- Fagnano C. Aspettando l’ospedale di Comunità. Prospettive mediche, n° 4 aprile 1998
- Guzzanti E. L’Assistenza Primaria in Italia dalle condotte mediche al lavoro di squadra, Edizioni Iniziative Sanitarie, luglio 2009 Tipografia EuroLit Roma
- Magi M. ed Altri. Linee guida Fimmg sull’Ospedale di Comunità. Cronicità: i progetti concreti della medicina generale. Avvenire Medico, n°2 febbraio 2004
- Marchesi A. R. Il Country Hospital come strumento per la continuità assistenziale. Tesi di Laurea in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche dell’Università di Roma “Tor Vergata”. A.A. 2006-2007
- Mosconi R. Organizzazione e valutazione della qualità nei servizi agli anziani non autosufficienti: il caso del Country Hospital nell’azienda U.S.L. di Forlì. Tesi di Laurea della Facoltà di Scienze Politiche dell’Università di Bologna. AA 1997-1998
- Pedace C. ed AA. L’Ospedale di Comunità. Il Pensiero Scientifico Editore, novembre 2001

Bibliografia “Storia dell’ospedale civile di Forlì”

- Ulisse Tramonti, “L’ospedale e la città”, in “I beni della salute – Il patrimonio dell’Azienda sanitaria di Forlì”, a cura di Ulisse Tramonti e Mariacristina Gori, Federico Motta Editore.
- Mario Casalini, “La Congregazione di Carità”, Istituto editoriale di monografie di istituzioni ed aziende.
- Carlo Gotti, Enzo Canali, “L’ospedale di Forlì”, estratto dalla rivista “Romagna medica” (Bollettino della Società Medico-Chirurgica della Romagna”, Vol. VI – Fasc. II (marzo-aprile 1954)
- Franco Fabbri, “Il nuovo ospedale”.
- Elio Caruso, “Storia del ‘900” in tre volumi.
- S. Marchesi, “Supplemento storico dell’antica città di Forlì”, Forlì, G. Selva 1678, Ristampa anastatica a cura di Forni editore, 1968.
- “Regolamento della Casa di Dio di Forlì”, Forlì, 10 giugno 1790.
- “Piano disciplinare pel Servizio dello Spedale Infermi di Forlì”, Forlì, dalla Stamperia Casali, 1838.
- G. Calletti, “Storia della città di Forlì dalle origini al 1862”, anno 1838.
- Congregazione di Carità, “Relazione illustrativa sull’andamento generale dell’amministrazione (esercizio 1895)”, Forlì, Stab. Tip. Croppi.
- “Il Risveglio”, 23 febbraio 1896, 14 maggio 1899.
- Congregazione di Carità, “Relazione per l’amministrazione dell’anno 1896”, Forlì, Tip. Bordandini; “Relazione illustrativa sull’esercizio 1899”, Forlì, Stab. Tip. Croppi; “Relazione di un progetto finanziario per l’erezione di un nuovo ospedale. Letta e approvata nell’adunanza del 7 settembre 1904”, Forlì, stab. Tip. Croppi, 1904.
- Aurelio Silvestrini, “Sul nuovo ospedale di Forlì. Breve cronistoria”, Forlì, stab. Tip. Croppi, 1916.

- Antonio Mambelli, “Un forlivese benemerito, Egisto Ravaioli. L’uomo, l’opera, i tempi”.
- “Ospedale G.B. Morgagni”, Giancarlo Cerasoli e Brunella Garavini, “Da Hospitales a museo: notizie storiche sulla Casa di dio di Forlì”, estratto da “Insieme”, pubblicazione dell’Associazione diabetici forlivese, ottobre 2002.
- Cfr S. Tagliaferri e B. Burioli, “Il Libro Biscia” di San Mercuriale di Forlì, Forlì, Cassa dei Risparmi, 1993, vol. III, pp.183-185 e 1994, vol. IV, pp. 104-105 e A. Calandrini, G. M. Fusconi, *Forlì e i suoi vescovi*, Forlì, 1985, vol. I, pp. 692-693, nota 30.
- Laura Tartari, “Gli ospedali in epoca medioevale: il caso di Forlì”, “Ravennatensia”, 2002, vol. XIX (1997-1999).
- P Bonoli, “Storia di Forlì”, Forlì, Bordandini
- “Ordini e determinazioni per il buon regolamento e vantaggio dell’Ospedale Casa di Dio”, 10 giugno 1790, in A.S.F., bandi, 1700, n. 333.
- G. Rimondini, “Materiali per la ricostruzione del regesto di Giuseppe Merenda architetto forlivese”, “Romagna arte e storia”, 1984.
- G. Tempioni, “L’ospedale Aurelio Saffi in Forlì”, “L’edilizia moderna”, XXV (1916), n. 5.
- Relazione consiglio d’amministrazione ospedale “G.B. Morgagni” di Forlì, 1951-55, Società tipografica forlivese
- Ospedale “G.B. Morgagni” di Forlì, “Le nuove realizzazioni”, Società tipografica forlivese, 1957; “Il ministro della Marina mercantile on. Avv. Cino Macrelli inaugura nuovi locali e servizi nell’ospedale G.B. Morgagni e pone la prima pietra di due nuovi padiglioni”, Forlì, 20 maggio 1962
- Ospedale e Orfanotrofi Forlì, “Relazione sommaria relativa al quadriennio novembre 1956-ottobre 1960”; “1965-1970. Relazione sommaria dell’attività svolta”; Monografie industriali 1926.
- “Quattro anni per l’ospedale e orfanotrofi di Forlì. Relazione sommaria al quadriennio 1960-1964”, ottobre 1964
- “Il nostro ospedale”, Numero unico, a cura del consiglio di amministrazione dell’ospedale e Orfanotrofi di Forlì, 1 novembre 1967.
- Ente Ospedaliero G.B. Morgagni-L. Pierantoni Forlì, “La nuova unità cardiologica di terapia intensiva”, 18-9-1973. “Il nuovo centro di rianimazione e terapia intensiva”; “Day Hospital, policlinico per l’anziano; “Schema progettuale di sistemazione generale del complesso di Vecchiazzano”, 5 maggio 1980; “Convenzione contenente le norme e le condizioni per l’espletamento di incarichi professionali conferiti agli architetti Pier Maria Lugli e Marino Bonizzato”.
- Ministero della Sanità, Ufficio del medico provinciale di Forlì, prot.n. 6213-69, “L’ospedale G.B. Morgagni di Forlì è classificato ospedale generale provinciale”, 5 novembre 1969.
- Il Popolo di Romagna, “Il Centro Sanatoriale di Forlì”, 13 novembre 1937; “Il Duce inaugura il centro sanatoriale di Vecchiazzano”, 29 luglio 1939; “Ospedali e istituzioni elemosiniere”, 13 luglio 1946; “L’ospedale G.B. Morgagni di Forlì”, Arrigo Guccerelli 1969; “Chiuso un padiglione: lo userà il Morgagni”, 1970;
- Il Forlivese, “All’ospedale mancano i posti letto... al sanatorio si chiude un padiglione”, 10 luglio 1970; “Unificare Morgagni e Pierantoni”, 10 dicembre 1971.
- L’Unità, “Forlì: occorre integrare Morgagni e Pierantoni”, 16 luglio 1971; “Nuovo ospedale. Visita guidata ai lavori”, 24 aprile 1990.
- Il Resto del Carlino, “Un nuovo centro di rianimazione” 1973; “Il Morgagni si allarga” 1971; “Procedere con ordine”, 4 agosto 1971; “Occorrono tante cose prima di poterlo fare”, 9 agosto 1971; “Perché disperdere i malati?”, 10 settembre 1971; “Malati anche nei corridoi”, 17 marzo 1971; “L’ospedale ha bisogno di spazio”, 3 aprile 1971; “Protestano al Pierantoni”, 10 ottobre 1971; “E i nostri malati di tbc?”, 22 agosto 1971; “L’ospedale non ce la fa più”, 28 marzo 1971; “I progetti per l’ex sanatorio”, 10 aprile 1971; “L’Usl al contrattacco”, 5 marzo 1988; “Il nuovo ospedale pronto nel ‘95” 22 aprile 1990; “L’Usl colma un ritardo storico”, 3 settembre 1989; “Inaugurata la nuova Urologia”, 24 giugno 1989
- Comune Aperto, “L’ospedale per Forlì e il suo territorio”, aprile 1980; “Speciale USL n.38”, n. 6 giugno 1983; “Il nuovo complesso ospedaliero di Forlì”, giugno 1989.
- Tecnica Ospedaliera, “Sistemazione del complesso sanatoriale Pierantoni di Vecchiazzano per la nuova sede di Forlimpopoli”, 1984



-
- Convenzione d'incarico libero professionale tra sig. Aurelio Strada e sig. Ing. Boldreggini, 28 novembre 1989
 - Il Messaggero, "Un nuovo ospedale sostituirà il Morgagni", 21 aprile 1990.
 - Chiara Mazza, "Fuori dalle Mura", Editore Spi-Cgil Forlì
 - La Gazzetta, "Ospedali in cammino", 1 settembre 1989; "E' stato inaugurato ieri il nuovo pronto soccorso", 11 giugno 1989; "Cerimonia al Morgagni per due nuovi reparti", 24 giugno 1989
 - Azienda Usl di Forlì, Contenzioso con l'ing. Giorgio Boldreggini e l'architetto Marino Bonizzato, deliberazione n.643 del 28 ottobre 1994.
 - Massimo Pieratelli, "Il nuovo ospedale G.B. Morgagni", Bollettino Ordine dei Medici, dicembre 2003.

Bibliografia "L'evoluzione legislativa in materia di sanità: dalla costituzione all'istituzione del servizio sanitario nazionale"

- Saverio Luzzi, "Salute e sanità nell'Italia repubblicana", Hoepli.
- Franco Sacco, "Art. 32 della costituzione italiana, diritto alla salute: come sono state realizzate e continuano a realizzarsi le riforme nella sanità", Centro studi diritto sanitario
- Roberto Buttura, "Appunti per una storia della sanità in Italia", in Società, salute, diritti.
- "Il diritto alla tutela della salute: l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale".



INDICE

Centenario istituzione Ordini Medici	pag.	3
<i>a cura del Dott. Amedeo Bianco</i>		
Un libro per non dimenticare	pag.	4
<i>a cura del Dott. Giancarlo Aulizio</i>		
I cento anni passati, i prossimi cento anni	pag.	5
<i>a cura della Dott.ssa Kyriakoula Petropulacos</i>		
100 anni, la narrazione di un'epopea di salute	pag.	6
<i>a cura della Dott.ssa Maria Basenghi</i>		
Saluto	pag.	7
<i>a cura del Dott. Maurizio Di Lauro</i>		
Saluto	pag.	8
<i>a cura del Dott. Gian Galeazzo Pascucci</i>		
Introduzione	pag.	9
<i>a cura del Dott. Giancarlo Aulizio</i>		
La storia degli Ordini e dell'Ordine dei Medici-Chirurghi di Forlì dal 1845 al 1920	pag.	14
<i>a cura del Dott. Giancarlo Cerasoli</i>		
La storia degli Ordini e dell'Ordine dei Medici di Forlì dal 1920 ad oggi	pag.	30
<i>a cura del Prof. Francesco Aulizio e Dott. Davide Dell'Amore</i>		
Regolamento interno e appendice	pag.	35
<i>Ordine dei Medici -Chirurghi della Provincia di Forlì</i>		
Odontoiatria una storia nella storia	pag.	50
<i>a cura del Dott. Maurizio Di Lauro</i>		
Chi ha diretto l'Ordine	pag.	55
<i>Elenco Consigli dal 1912</i>		
Origini e trasformazioni degli ospedali in Romagna	pag.	126
<i>a cura del Dott. Giancarlo Cerasoli e della Dott.ssa Brunella Garavini</i>		
Storia dell'Ospedale Civile di Forlì	pag.	130
<i>a cura del Dott. Matteo Dall'Agata e di Leonardo Michelini</i>		
Storia dell'Ospedale di Cesena	pag.	146
<i>a cura del Dott. Giancarlo Cerasoli e del Prof. Francesco Aulizio</i>		
L'Evoluzione Legislativa in materia di sanità:	pag.	152
dalla costituzione alla istituzione del Servizio Sanitario Nazionale		
<i>a cura del Dott. Matteo Dall'Agata</i>		
La medicina fra etica ed ordinamento professionale:	pag.	157
Dal Giuramento di Ippocrate al Codice Deontologico		
<i>a cura dell'Avv. Francesco Farolfi</i>		
Breve storia della stampa dell'ordine	pag.	163
<i>a cura del Dott. Davide Dell'Amore</i>		
I nostri iscritti ricordano	pag.	171
Lecture Consigliate dagli Autori	pag.	187

Ha contribuito:



*Finito di stampare nel mese di Aprile 2010
Fotocomposizione: Romagna Fiere Srl
Stampa: Grafiche MDM Srl*