

Moia B72 / 56

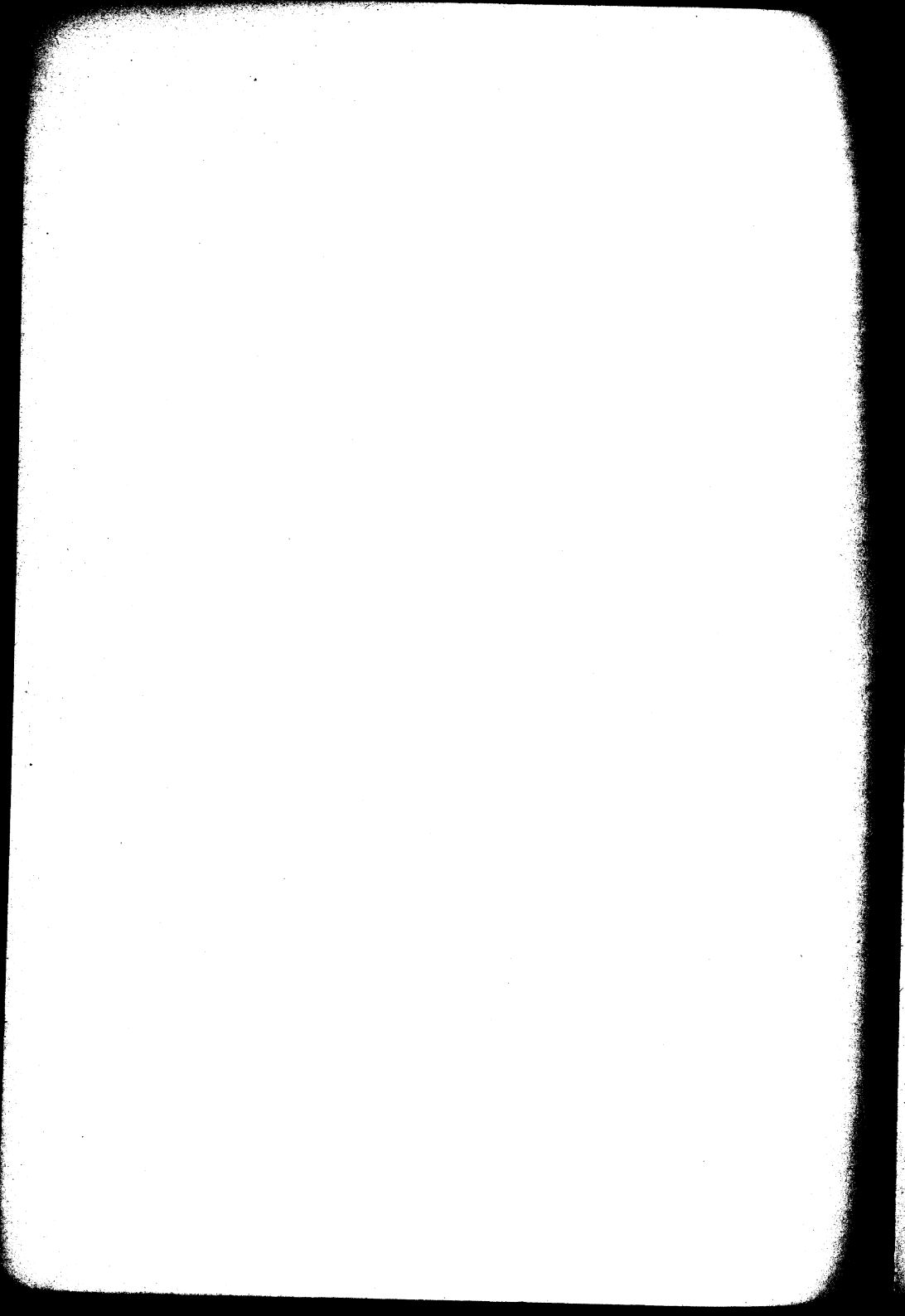
Prof. LUIGI QUINTARELLI

Il fondamento clinico della stomatologia e il suo necessario riconoscimento in sede ospedaliera

Estratto dalla Rivista "LA STOMATOLOGIA ITALIANA",



1942-XX
NUOVE GRAFICHE S.A. - ROMA
VIA ADDA 129-A



IL FONDAMENTO CLINICO DELLA STOMATOLOGIA E IL SUO NECESSARIO RICONOSCIMENTO IN SEDE OSPEDALIERA

(Relazione svolta all'Assemblea dell'Associazione Nazionale Fascista Stomato-Odontologica
11 Gennaio 1942-XX)

PROF. LUIGI QUINTARELLI

La clinica costituisce la parte più importante degli studi medici; essa è alla base non solo di tutta la diagnostica ma anche della terapia.

« Alle stesse fonti che danno vita alla clinica ha da attingere anche la stomatologia, giacché non è più permesso fermarsi alla nuda e arida conoscenza nosografica delle affezioni dentali e orali, ma è d'uopo penetrare nella intima natura dei processi morbosi per risalire all'origine e, scoperta la causa, arrivare ad una terapia sicura » (1).

Gli studi universitari, per quanto completi possano essere dal punto di vista dottrinario, avrebbero poca efficacia per i malati se lo studente o il giovane medico non avesse modo di controllarli colla osservazione e colla pratica clinica.

Il sapere infatti ha valore reale solo quando è basato sull'esperienza; ed è conoscenza vera solo quella che è resa viva dalla discriminazione e dal controllo di ogni giorno.

L'analisi clinica possiede il grande vantaggio di obbligare lo studente e il giovane medico a fare appello costantemente alle proprie cognizioni, generali e speciali, di anatomia, di fisiologia, di biologia e di patologia; ne rende più penetrante la facoltà di osservazione, aguzza lo spirito nella ricerca e il discente, attraverso i risultati ottenuti e gli insuccessi osservati, formula il suo giudizio, ispirato a quella prudenza che è indispensabile sia nella diagnosi che nella terapia.

Qualunque possa essere l'abilità manuale e il senso artistico di un pratico la sua tecnica sarebbe vana se egli non possedesse e non utilizzasse intelligentemente quello che si è convenuto chiamare il « senso clinico », complesso meraviglioso di doti, nel quale ai doni personali di psicologia, di psicoanalisi si aggiungono le necessarie conoscenze scientifiche e l'esperienza pratica.

L'impostazione su base clinica dell'inse-

gnamento odontoiatrico universitario e post-universitario in Italia è la più razionale perché oggi l'odontoiatria non è più l'arte vile e ridicola distaccata dalle discipline mediche ma un ramo fiorente e vegeto del gran tronco della medicina. Questa impostazione, a mio avviso dovrà condurre al prossimo riconoscimento ufficiale del titolo di Clinica Stomatoiatrica nell'insegnamento universitario.

In questa dizione c'è una concezione più ampia, più logica e più comprensiva della nostra disciplina, in cui l'elemento clinico si disposa all'elemento tecnico-chirurgico, protesico, ortodontico in un quadro così armonioso e completo da delineare nettamente la figura dello specialista sicuro, libero da inceppamenti e da interferenze.

Se nella nostra specialità l'elemento tecnico operativo costituisce una parte importante per la formazione completa e perfetta della personalità dello stomatologo, esso è condizionato e direi quasi subordinato alla dottrina clinica, alla stessa guisa che lo è la medicina operativa per la clinica chirurgica.

Oggi il medico moderno non ripone, come il medico di altri tempi, tutta la sua dignità nell'astensione da qualsiasi manualità ma interviene tempestivamente, perché egli sa che è stato proprio l'abbandono di tali pregiudizi secolari quello che ha creato i chirurghi e la chirurgia moderna, eredita, sicura e precisa.

Con un processo inverso anche la stomatologia ha raggiunto uguale perfezionamento. Come i chirurghi, infatti, anche i dentisti, nel campo ristretto dell'odontologia, hanno saputo portare ad un alto grado di perfezionamento e ad una ammirevole precisione tecnica il lato operatorio e meccanico dell'arte odontoiatrica. E dall'unione intima di questa tecnica e dalle conoscenze puramente mediche è sorta appunto la stomatologia.

Il medico stomatologo moderno, educato alla difficile ricerca del vero scientifico, all'acquisizione di principi dottrinali immanenti, non è un vaso da riempire — come diceva Plutarco — ma un focolare che bisogna riscaldare. Egli possiede una vitalità feconda

(1) CAVINA CESARE: *La Odontologia nella gerarchia delle discipline mediche*, « La Stomatologia », volume XXIV n. 6-7.

e una capacità costruttiva capace di risalire, con un processo acuto di analisi, verso la sintesi diagnostica esatta che — lo diceva il grande Baccelli — è la sovrana potenza del medico, perchè la diagnosi esatta è la prima cura. E' per questo che egli nella vastità scientifica della clinica trova motivo e sostegno per l'apprendimento facile di una tecnica anche difficile, nella quale pure deve essere sempre presente e vivace il «senso clinico», sia che riguardi operazioni di chirurgia bucco-dentaria, o un restauro anatomico-fisiologico d'un dente in cura, o una protesi, o una correzione ortodontica. «Tutte queste differenti tecniche non comportano solo delle indicazioni o contro indicazioni anatomiche fisiologiche meccaniche, profilattiche ed estetiche, ma anche l'obbligo di conoscere lo stato anteriore e attuale del terreno su cui si opera, perchè solo questa indagine clinica può dare al professionista la sicurezza di saper quello che deve fare e di conoscere il risultato efficace che egli vuole ottenere. La concezione più razionale d'un lavoro a ponte costituirebbe un vero danno per il paziente se questa non fosse condizionata da uno stato di integrità anatomico-fisiologica normale delle connessioni alveolo-radiolari dei suoi pilastri, i quali non potrebbero essere utilizzati se lo stomatologo non è clinicamente sicuro, innanzitutto, del loro potenziale di resistenza.

E' qui, come in altri campi, che il clinico stomatologo deve fare appello alla radiografia — altro elemento di analisi e di sintesi — per l'accertamento diagnostico, evitando come diceva WILLIAM HUNTER — di elevare un mausoleo di oro sopra un vulcano » (1).

Si è fatto il rimprovero alle nostre Scuole di perfezionamento di non preparare adeguatamente i giovani medici all'esercizio della disciplina specialistica. Questo rimprovero pecca di superficialità. Le nostre Scuole di perfezionamento preparano i medici in quella misura che è consentita da due anni post-universitari; essa è sufficiente. Le accertate manchevolezze, dipendenti da cause molteplici ma non dall'insegnamento nella sua assenza, potranno e dovranno essere rimosse.

Nessun medico, nessun chirurgo, nessun oftalmologo, nessun otorinolaringologo esce veramente sicuro, nella completa e perfetta sua personalità clinica, dopo gli anni di perfezionamento compiuti. Egli deve studiare, migliorarsi sempre, perchè la strada della scienza è

sempre una strada in salita, irta di ostacoli, piena di difficoltà, ricca di incognite e di sorprese, che reclama sempre un ulteriore appello alle proprie energie intellettuali, alla esperienza clinica, la quale, se impone un durissimo travaglio professionale, è pur sempre la augusta e grande maestra nella vita di un medico. Ogni intelligenza, anche se ricca di solide basi scientifiche e tecniche, diventa autodidatta, perchè la osservazione clinica allarga gli orizzonti della dottrina e dell'indagine, il cui termine diventa sempre più spaziente.

Il possesso della clinica rende più agile e sicuro il movimento professionale, impone la suddivisione di lavoro, la quale, per la vastità dei progressi rapidi ed incessanti della medicina, è diventata una necessità.

E' il possesso completo della base clinica che conferisce alla nostra disciplina il carattere scientifico di una specialità la quale, senza essere una unità autonoma, ha una fisionomia del tutto definita e legittima, come ha una regione nettamente delimitata, in cui tutte le sue parti si trovano in dipendenza e solidarietà complete. «Essa non può essere in alcun caso solo patrimonio di conoscenze generali in medicina e chirurgia. Dirò anzi di più, che essa non esiste e non si concepisce senza questa conoscenza totale, perchè altrimenti non potrebbe essere considerata — ciò che è nostra integrale pretesa — come una branca della medicina.

Ma la stomatologia, considerata come lo sviluppo e l'affermazione dell'arte dentaria, comprende implicitamente la odontologia, poichè i denti e il sistema dentario costituiscono di necessità il centro e l'obiettivo principale dello stomatologo. Così intesa la stomatologia non è in contraddizione nè coll'arte dentaria, nè posta fuori di questa; essa l'assorbe tutta intera, la rafforza, la estende, le aggiunge titoli scientifici e dignità; apporta insomma tutto quello che i lavori antichi e moderni hanno aggiunto alla nozione sui rapporti del sistema dentario e della bocca colle sue parti vicine coll'organismo intero, coll'anatomia e la patologia generale.

La stomatologia fa rientrare nella medicina quello che ne era stato arbitrariamente separato. Essa estende la azione indivisibile del dentista sostituendogli lo stomatologo, cioè un medico che ha il diritto di intervenire nella misura che lui giudica conveniente, non solamente sui denti ma su tutta la ragione buccale; che ha non solamente il diritto ma il dovere di conoscere tutte le affezioni di origine dentaria, tutte le malattie della bocca e delle regioni vicine e impone alla

(1) FOURQUET E.: *Importance de l'enseignement clinique dans les études dentaires*. «Rel. VIII Congr. Dent. Intern.», 1931.

sua azione solamente i limiti comandati dalla sua capacità » (1).

Nell'alta opera di redenzione fisica la stomatologia in Italia ha acquistato il posto che le compete in sede didattica. Entrata ultima nelle aule universitarie si è assisa non ancora ma sorella accanto alle altre discipline mediche per diventar branca integrale e necessaria della cultura medico-chirurgica. Nel breve volger di anni essa ha allargato i suoi confini sino a diventar parte in causa in alcuni dei problemi più complessi della medicina interna, dell'igiene e della chirurgia di pace e di guerra.

Basterà al riguardo enunciare appena l'infezione focale stomatogena che condiziona certe sindromi settemiche occulte con le localizzazioni metastatiche più varie; basterà ricordare i rapporti di interdipendenza di causa ed effetto fra tubercolosi, rachitismo, disendocrismo e cattiva dentatura colle conseguenti flessioni nelle curve ortogenetiche e nei processi anaplastici, flessioni che si risolvono nella maggiore recettività alle più svariate forme morbose; basterà accennare solo al reimpianto dei denti, alla resezione degli apici radicalari, alle mutilazioni maxillo-facciali, dove la prominenza del metodo stomatoiatrico su quello puramente chirurgico è ormai universalmente riconosciuta, nonchè ai risultati brillanti conseguiti coi restauri protesici e colle cure ortodontiche; basterà dico, tutto questo, per abbracciare in sintesi panoramica tutta l'importanza che ha assunto la stomatoiatria nel quadro della clinica generale, delle previdenze sociali, profilattiche nella tutela della razza, nella conservazione della pubblica salute, nella estetica facciale e nella chirurgia di pace e di guerra.

A queste acquisizioni è stata costantemente indirizzata la volontà decisa dei nostri Maestri e la nostra pratica professionale pubblica e privata. Ed è per noi motivo di legittimo orgoglio aver potuto realizzare, se non integralmente almeno in parte, i postulati di ordine clinico, terapeutico e igienico sul piano didattico universitario e postuniversitario mediante le provvide leggi del Governo Fascista.

La conquista fondamentale della legge sulla obbligatorietà della laurea in medicina e chirurgia (18 ottobre 1924) rappresenta il termine a quo dell'ordinamento degli studi odontoiatrici e dell'esercizio professionale in Italia; per arrivare al terminus ad quem bisogna perfezionare la legislazione, renderla veramente efficace agli effetti della pratica

professionale e difenderla dagli assalti dello abusivismo che ne mina le radici sane e vigorose.

A questo fine ha pure provveduto il Governo Fascista inserendo nelle materie di insegnamento obbligatorio universitario l'odontoiatria, facendo di questa disciplina materia obbligatoria dell'esame di Stato, imponendo un corso biennale post-universitario per l'acquisto del titolo di specialista e disciplinando l'attività degli odontotecnici.

Il compito della stomatologia però non è finito: bisogna puntare decisamente verso tre obiettivi essenziali che pongano realmente la nostra disciplina allo stesso livello clinico e sociale in cui si trovano da anni le altre specialità, e cioè:

a) al riconoscimento ufficiale del titolo di Clinica Stomatologica nell'insegnamento universitario;

b) alla limitazione dell'esercizio della stomatologia ai soli specializzati;

c) al riconoscimento della base clinica della stomatologia in sede ospedaliera.

Questo ultimo problema merita di essere conosciuto, divulgato e discusso, perchè investe uno dei settori socialmente più importanti della nostra disciplina.

Nel trattare questo argomento mi limiterò a dissertare su alcuni aspetti principali nel quadro della tesi fondamentale da me premissa e brevemente svolta.

L'organizzazione ospedaliera nei paesi a regime odontologico risente indubbiamente dell'indirizzo autonomistico che ne fa una professione quasi a sè.

Scarse tuttavia sono in proposito le citazioni e i riferimenti nella letteratura circa le cure odontoiatriche pubbliche negli ospedali.

Rimando il lettore che volesse conoscere meglio questo argomento — risolto peraltro brillantemente sotto il profilo odontologico — alla relazione di BAIRD GRANDISON (1) qui mi limito a rendere noto che le cure odontoiatriche complete (chirurgiche, protesiche, ortodontiche, conservative, profilattiche) vengono eseguite negli Ospedali odontoiatrici, che sono in pari tempo i vivai dell'istruzione teorica e pratica degli studenti in odontoiatria. Negli ospedali generali gli odontoiatri esercitano l'odontoiatria profilattica nei malati che vi si recano per consultazione e nei

(1) GAILLARD GET NOGUÉ R.: *Traité de Stomatologie*, I fascicule.

(1) BAIRD GRANDISON: *Public Dental Care in Hospitals and Dispensaries*, « Rel. XXI Congr. Dent. Intern. ».

degenti sottoposti a cura medica e chirurgica. Nei dispensari il servizio odontoiatrico è disimpegnato o da professionisti liberi che ricevono compenso forfetario, o da professionisti che rivestono carica di veri funzionari pubblici, o da odontoiatri volontari.

In altri paesi a regime misto — odontologico e stomatologico — numerosi sono gli ospedali che posseggono una divisione o un reparto stomatologico, dove affluiscono dall'esterno, inviati dai medici circondariali, o anche dalle altre divisioni dello stesso istituto, tutti i malati riconosciuti di pertinenza dello stomatologo.

Nei nostri ospedali l'organizzazione della assistenza stomatologica, sotto il profilo clinico e legislativo, deve essere ancora risolto.

In quasi tutta la Penisola tale assistenza è limitata — là dove esiste — alla cura ambulatoria di affezioni dentarie. Si contano sulle dita di una mano, ancor oggi, gli ospedali dove esistono reparti ospedalieri veramente autonomi di degenza; quelli che han saputo ottenere colla loro dinamica e feconda attività i Proff. GRANDI a Trieste e BRIASCO a Genova, e quello che da poco ha ottenuto a Venezia chi vi parla.

Nel modernissimo ospedale che si sta costruendo a Milano non è progettata la sistemazione di un reparto per i malati di affezioni dentarie e orali e di tale inconcepibile lacuna il Prof. PALAZZI ebbe giustamente e pubblicamente a lagnarsi.

Questa situazione è veramente un anacronismo passatista dopo le conquiste e la maturità raggiunte dalla stomatologia italiana e che ragioni di ordine scientifico, sociale e nazionale impongono di superare vittoriosamente.

Oggi siamo alla metà del secolo XX e non ai primi del secolo XIX, epoca in cui, gli ospedali costituivano i soli centri di cultura clinica, perchè erano in pari tempo sede dell'insegnamento universitario di medicina. E come allora si insegnavano nelle Università solo la clinica medica e chirurgica, così anche negli ospedali non esistevano che due sole divisioni: la medica e la chirurgica. Coll'ampliarsi della scienza, delle ricerche, dei mezzi di indagine e dei precetti curativi e coll'enorme sviluppo della dottrina microbiologica sorsero, verso la metà del secolo XIX, le specialità medico-chirurgiche. E quando la somma di lavoro nuovo richiesta al medico dal continuo progresso in tutti i rami della medicina e chirurgia impose la divisione di lavoro, dalle cattedre universitarie si incominciò ad impartire l'insegnamento autonomo delle varie specialità medico-chirurgiche. Diventa allora più raro il me-

dico universale che esercita la medicina e la chirurgia in tutte le sue branche. Lo Stato, i Comuni, gli Ospedali, le Pubbliche Amministrazioni, le Società di Assicurazione, le Mutue sanitarie, il pubblico, richiedono oggi l'opera di una serie di professionisti, a ciascuno dei quali è riservato un campo di attività scientifico e professionale. La stessa chirurgia generale si scinde in varie specializzazioni: così abbiamo oggi la ginecologia, la neurochirurgia, la urologia, la ortopedia. Gli ospedali delle grandi città, non centri universitari, diventano dei veri e propri centri di cultura clinica generale e specialistica. Sono essi che danno il tono scientifico e culturale alla categoria medica perchè ad essi fanno capo le varie Società Mediche della provincia, le quali tengono sedute scientifiche con presentazione di casi clinici di particolare interesse, ravvivati da discussioni feconde che sviluppano nei giovani e maturano negli anziani, ampliandole, le cognizioni mediche. Agli Ospedali i medici chirurghi generici e specialisti si appoggiano per le ricerche metodiche, per la diagnosi, per la cura dei casi che esorbitano dalle loro possibilità correnti e giornalieri. Negli ospedali si gareggia nello studio nella ricerca e nelle indagini cliniche; negli Ospedali si insegna. Essi, in alcune città — fra cui primeggia Venezia colla sua antica e gloriosa scuola di medicina e pratica del Minich — rappresentano dei veri centri di cultura clinica e postspecialistica.

La organizzazione moderna degli ospedali segue di pari passo l'ordinamento didattico che si è venuto creando nelle Università attraverso una sapiente divisione di lavoro clinico.

Se è vero infatti che un chirurgo generale può compiere un taglio cesareo o una exenteratio bulbi, o una radicale della mastoide o un'autodesi non è men vero che esistono ormai da anni la ginecologia, la otorinolaringologia, l'oftalmologia, l'ortopedia costituenti quattro specialità chirurgiche ad indirizzo didattico e professionale autonomo sia in sede universitaria che ospedaliera e che hanno diritto di esistenza e di sviluppo autonomo nel grande quadro della clinica chirurgica.

Alla stomatologia non è stato ancora riconosciuto ufficialmente questo diritto.

Questa posizione di inferiorità nella quale è posta la nostra disciplina, in confronto delle altre a prevalente indirizzo chirurgico, è una minorazione per noi. Dobbiamo chiedere ed ottenere anche in sede ospedaliera un trattamento uguale a tutte le altre specialità.

La necessità di un reparto ospedaliero di degenza, per ammalati di affezioni orali e pe-

riorali, oltrechè da quanto ho detto, emerge anche da altre considerazioni e prima fra tutte dalla necessità che ha lo stomatologo di studiare il malato per la ricerca delle cause dell'affezione.

E qui affiora nuovamente la necessità del fondamento clinico della stomatologia anche in sede ospedaliera. Basterebbe ad avvalorare la mia tesi accennare solo al quadro nosografico complesso delle emopatie nel quale i primi sintomi sono rilevabili e talvolta repertati primieramente dallo stomatologo. Tanti peraltro sono gli aspetti orali di processi morbosi generali che sarebbe lungo e non opportuno enumerare davanti ad un consenso di Maestri e di valorosi professionisti come quello che oggi ci aduna in questa Clinica romana.

Oggi non è più accettabile dai medici stomatologi, degni di questa qualifica, la tesi che è più prudente cedere al chirurgo generale certe affezioni infiammatorie delle ossa mascellari di origine dentaria, o certe mutilazioni maxillo facciali. Chi non sa operare un flemmone del pavimento orale, chi annaspa nell'incertezza per riconoscere la causa odontopatica di un flemmone buccinatorio, o chi non sa riconoscere in un terzo molare mandibolare semincluso, o cariato, la causa di quel flemmone profondo di Gosselin che da una inapprezzabile, e quindi silente purificazione, o pericoronarite, attraverso la faccie esterna del ramo della mandibola, sale in alto fino alla guaina del muscolo temporale, interessando poi la superficie interna ed esterna di questo muscolo lungo il processo coronoideo, non può chiamarsi vero stomatologo ospedaliero.

La traumatologia mascellare poi è compito esclusivo del chirurgo stomatologo.

Noi non dobbiamo perciò cedere al chirurgo generale nessun nostro malato, perchè questo costituisce un ripiegamento della nostra personalità che vogliamo mantenere diritta e forte in mezzo ai venti impetuosi della vita sociale e professionale, e del nostro vesillo che vogliamo veder, fiammeggiante e libero, garrire sempre in vetta agli istituti ospedalieri.

In fatto di ripiegamento si può discutere e talvolta anche cedere nella questione di alcuni tumori centrali solidi della mascella e della mandibola.

Un'altra considerazione che impone la istituzione di reparti stomatologi ospedalieri affiora allo spirito di chi ha pratica — come ritiene di possederla colui che ha l'onore di parlarvi — del servizio stomatologico ospedaliero.

Benchè le statistiche in Italia e all'estero siano mute al riguardo, tuttavia, sulla base di una esperienza personale più che ventennale, fatta in sede ospedaliera militare e civile, voi potete prestar fede se io vi affermo che di tutti i malati ambulatori curati negli ambulatori, una percentuale, che oscilla dal 2 al 3 %, ha bisogno di essere ospedalizzata.

Dove viene ricoverato questo non indifferente numero, quasi giornaliero, di malati se non si ha a disposizione un reparto di degenza? Viene ripartito nelle varie divisioni chirurgiche e nelle divisioni otorinolaringoiatriche. Ugualmente accade per i malati esterni. Il medico di accettazione anche quando fa la diagnosi etiologica è obbligato a distribuire nelle suddette divisioni ammalati che sono di pertinenza dello stomatologo. Qui i malati vengono curati e prima che il paziente sia dimesso lo si invia allo stomatologo perchè estragga il dente causale. In tali casi bisogna rifiutarsi di esercitare il ruolo del cavadenti e reclamare il proprio diritto alla cura completa delle affezioni chirurgiche odontogene. Un chirurgo stomatologo, per la sua educazione clinica è più adatto di un chirurgo generale a curare malati di affezioni orali, perchè tutte le conoscenze di anatomia, di fisiologia, di fisiopatologia e di clinica vengono ad assommarsi nella sua caratteristica personalità che sa interpretare i vari e diversi quadri nosografici che sa riconoscere la causa e intervenendo per sopprimerla o allontanarla evita le ricadute.

Se non si riconosce e non si allontana tempestivamente o precocemente la causa i processi morbosi o non guariscono completamente o impiegano per guarire un tempo molto più lungo.

Così nelle affezioni infiammatorie acute quanti osteoflemmoni non vengono evitati da una precoce intelligentemente eseguita avulsione?

Il chirurgo è portato in tali casi ad intervenire per sopprimere il quadro nosografico fino alla guarigione clinica e se anche non gli sfugge la causa la considera erroneamente un elemento secondario. Ugualmente nelle affezioni croniche delle ossa mascellari il chirurgo generale si orienta il più spesso verso affezioni primitive senza dare importanza ai denti. Non v'è — io credo — stomatologo ospedaliero cui non sia capitato di vedere interpretata una fistola mentoniera o della regione zigomatica come affezione tubercolare mentre non era dovuta che ad un dente apparentemente scuro ma con polpa necrotica o ad un frammento di radice incuneatosi nella compagine dell'osso.

Quando poi una parte dei degenti per affezioni orali vengono affidati allo stomatologo senza reparto, questi, geloso di prestar lui e non altri l'opera guaritrice, finito il lavoro di ambulatorio deve spostarsi da una divisione all'altra che non è la propria e benchè ospite accetto e gradito è sempre un ospite di tutti i giorni. A casa propria — parva sed apta mihi — si sta meglio che in casa di altri.

E' la clinica che crea i quadri nosologici e che condiziona la necessità delle degenze.

Un ammalato ambulante è un semitipo clinico e come tale meno considerato sia dal lato professionale che didattico. Ma quanti sono i malati degenti in ospedali che per il genere di affezione potrebbero essere considerati ambulantisti? Un osteoflemmone masseterino non è meno grave di un flemmone della gamba o di una bronchite diffusa.

Noi perciò dovremmo imprimere alla nostra disciplina quella solennità che solo la clinica sa dare alla patologia umana anche nei riflessi che ha sull'aspetto sociale del problema che vogliamo risolvere.

Unicuique suum.

Io sono profondamente convinto che i medici condotti, i chirurghi stessi, gli specialisti, qualora venissero istituiti dei reparti stomatologici invierebbero allo stomatologo ospedaliero e non al chirurgo i malati di effezioni orali.

E' l'istituzione del reparto che chiama e indirizza i malati.

Ma v'è ancora un'altra ragione che milita in favore della tesi sostenuta.

Vi siete mai domandati perchè rari sono i consultati che dal medico generico vengono richiesti allo stomatologo ospedaliero per affezioni che pure sono di sua esclusiva pertinenza, in confronto di quelli che i chirurghi generici compiono in vece nostra? Perchè non solo il pubblico colto e incolto, ma quel che è peggio il medico generico anche giovane (e perciò iniziato nella nostra disciplina) limitano ancora il campo della nostra specialità all'affezione del solo dente. Ogni processo morboso che varca i limiti anatomici dell'elemento dentario va a finire al chirurgo. C'è ancora diffusissima in larghi strati sociali e professionali un'idea preconcepita circa le nostre capacità chirurgiche, che se in parte è dovuta alla fiacca volontà di superamento e di ascesa in alcuni di noi, è principalmente il riflesso ereditato da un trapasso che, essendo basato sopra un tecnicismo manuale, non può e non deve costituire il substrato della nostra formazione scientifica e tecnica professionale.

Ricordiamoci però che ottenere la direzione di un reparto significa addossarsi solamente maggiori oneri, significa assumersi tutte le responsabilità che comporta la chirurgia stomatologica. Ma questa affermazione di fiera professionalità significa anche innalzare la specialità, farla rispettare da tutti, potenziarla nel campo scientifico professionale e sociale.

Nel quadro di questo potenziamento, deve, a mio parere, essere interpretato il nuovo ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli Ospedali, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 245 del 25 ottobre 1938. Esso precisa i requisiti non facili, necessari per la nomina a dirigente stomatologico di ambulatori ospedalieri. Non basta più il titolo di specialista o di docente nella disciplina per acquistare de iure il posto abbastanza eminente di primario; sono necessarie le rigorose e non facili prove seguenti:

a) un esame scritto sopra un tema di specialità;

b) l'esame clinico di un infermo comprese le ricerche pertinenti alla specialità con dissertazione scritta sulla diagnosi e sulla cura;

c) una prova di medicina operatoria preceduta da illustrazione orale dei vari metodi e processi operatori;

d) un esame orale sulla igiene ospedaliera e sulla profilassi delle malattie infettive.

Al vaglio di queste prove fatte o da farsi davanti ad una Commissione presieduta da un alto funzionario del Ministero dell'Interno, dal Direttore dell'Istituto di cura, da un Professore di ruolo e due altri professori primari della specialità, noi possiamo essere certi che i posti sono stati, sono e saranno da noi e dai nostri colleghi degnamente occupati.

C'è qui però un rovescio della medaglia cui occorre accennare, costituendo esso una minorazione di ordine giuridico-professionale.

A norma delle disposizioni in vigore il titolo ufficiale di primario può essere — rigorosamente parlando — assunto solo da coloro che dirigono una divisione o almeno un reparto. Ora avviene che mentre i concorsi per primario medico, per primario chirurgo o specialista sono identici, nei requisiti, nei titoli, negli esami e nella procedura a quelli di dirigente un servizio ambulatoriale stomatologico, questi non può assumere il titolo di primario, perchè non ha reparto e di conseguenza non può far parte di una commissione esaminatrice per primario o dirigente stomatologo di altri Ospedali. E quel posto che

in sede di commissione di esami spetterebbe allo stomatologo ospedaliero potrà essere occupato o da un primario chirurgo generale, o da un primario otorinolaringologo. E' vero che il titolo di primario, dopo il biennio di prova, viene generalmente conferito agli stomatologi ospedalieri anche senza reparto, ma ciò elimina solo in misura parziale la diminutio capitis del titolato primario stomatologo senza reparto.

Queste sono le principali argomentazioni che militano in favore della tesi che ho cercato di sviluppare per summa capita.

La sede e la ristrettezza di tempo mi constringono a non discuterne altre minori.

Rinunciare pertanto alla lotta per l'ottenimento di un reparto significa abdicare, o almeno ripiegare sull'essenza clinica della stomatologia. Questo indirizza clinico da me ora propugnato è stato dal valoroso collega Prof. BRIASCO intelligentemente sviluppato in una relazione che egli doveva presentare al Congresso di Napoli del 1938 e che ha avuto il torto di non pubblicare e autorevolmente sostenuto dai Proff. GRANDI, ARLOTTA e GATTO.

Esso non esclude la possibilità dell'esercizio protesico in sede ospedaliera ma lo mette in secondo ordine, perchè oggi le Casse Mutue di Malattia per i lavoratori, gli impiegati e i loro familiari sono in grado di assolvere, sul piano sociale, questa pur necessaria assistenza sanitaria.

Quando tutti gli ospedali di prima categoria saranno stati dotati di reparti stomatologici noi potremo essere certi che i vari colleghi prescelti a dirigerli sapranno imprimervi la propria personalità di clinici stomatologi capaci di competere onorevolmente e vittoriosamente con tutti gli altri colleghi ospedalieri, vincendo tutte le diffidenze con la documentabile capacità professionale, superando tutte le occulte o manifeste incomprensioni colle prove giornaliere della loro dottrina clinica.

Liberata dal ceppo dell'abusivismo che la incatena, sottratta al pericolo delle sanatorie che la degradano, la stomatologia acquisterà la completa o integrale considerazione da parte dei medici, dei chirurghi, degli specialisti e dei pazienti solo quando verranno sistemati accanto agli ambulatori, dei reparti di degenza per gli ammalati di affezioni dentarie, orali e periorali di origine dentaria.

Sarà questo il più alto riconoscimento della essenza clinica, della stomatologia parallelo e vicino a quello che tutti noi, maestri, primari, docenti sapremo imprimere agli stu-

di universitari e in modo speciale a quelli post-universitari.

Sul terreno fecondo delle nostre speranze e sul terreno ferrigno della nostra volontà il Duce ha piantato la pietra miliare, il granitico baluardo della formazione culturale e professionale della stomatologia italiana. Sopra quella pietra, punto di partenza del nostro divenire, stanno incise a caratteri indelebili le parole del quadrunviro Michele Bianchi « indietro non si torna ». E noi stomatologi dopo queste promesse possiamo fermamente ritenere che l'evoluzione della odontoiatria verso il principio unitario stomatologico sarà ormai la realtà luminosa del domani.

Io sono fermamente convinto che se noi potessimo disporre dei mezzi finanziari che posseggono le nazioni più ricche l'indirizzo clinico della stomatologia, come vige da anni in Italia, costituirebbe un chiaro esempio di perfezione cui dovrebbero ispirarsi tutte le altre nazioni.

Frutto di tanti anni di lavoro svolto in profondità dalla nostra vecchia Federazione Stomatologica e da Maestri come i Proff. BESETTA, PERNA, FASOLI, ARLOTTA, PALAZZI, DE VECCHIS ed altri il successo è fatale. Occorre lavorare ancora e non stancarsi fino a che le mete prefisse non vengano raggiunte. Noi più anziani che abbiamo vissuto il travaglio di anni di lotta e di incomprensione, di superamenti e di vittorie siamo e saremo le scelte vigilantissime a che non si attenti a questa concezione clinica della stomatologia ma daremo, come diamo, tutta la nostra opera per il suo immancabile divenire e progresso.

Nella ormai lunga nostra opera noi avremo un valido e prezioso collaboratore che non ha mai tradito e al quale dobbiamo fare appello: il tempo. La sua azione silenziosa è irresistibile come la goccia che scava la pietra e viene a capo di tutti gli ostacoli per il trionfo della verità.

Abbiamo dunque fiducia in noi e nell'avvenire.

Diffidiamo delle impazienze troppo vivaci e agiamo sempre nella stessa direzione senza lasciarci turbare da quegli arresti momentanei che il cammino in avanti delle nostre idee potrà subire.

Si può essere intransigenti sui principii ma si deve volerne l'applicazione integrale con la moderazione imposta dall'esperienza della vita nell'evoluzione delle idee e nel regolamento delle cose umane.

Questo è il senso filosofico delle idee giuste.

345370



