

EM

bollettino di modena

2014

Aprile - Maggio - Giugno

Bollettino dell'Ordine Provinciale dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena

**UN CODICE DEONTOLOGICO PER
UNA PROFESSIONE MODERNA E
ATTENTA AI CAMBIAMENTI DELLA
SOCIETÀ** (il presidente);

**IL NUOVO CODICE DI
DEONTOLOGIA MEDICA**
(G. Semprebon);

**FASCICOLO SANITARIO
ELETTRONICO (FSE): COME
CAMBIERÀ LA PROFESSIONE
MEDICA** (M. d'Arienzo);

**IRAP E RICORSO SPECIALIZZANDI:
IL PARERE DEL LEGALE
DELL'ORDINE** (Avv.to G. Fregni).



SOMMARIO

bollettino di modena

EDITORIALE	04
ATTIVITA' DELL'ORDINE	05
REPORT DAGLI EVENTI NAZIONALI	13
DI PARTICOLARE INTERESSE	19
NORMATIVA	20
L'OPINIONE	25
BIBLIOTECA	27
TACCUINO	29
ARTE E DINTORNI	32
DIALETTO IN PILLOLE	34

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente
Dr. Nicolino D'Autilia
Vice Presidente
Dr. Beniamino Lo Monaco
Consigliere Segretario
Dr. Paolo Martone
Consigliere Tesoriere
Dr. Antonino Addamo
Consiglieri
Dr. Gianluca Abbati, Dr. Lodovico Arginelli, Dr. Paolo Barani, Dr.ssa Loretta Boiani, Dr.ssa Mara Bozzoli, Dr. Raffaele Bruni, Dr. Luca Carteri, Dr. Adriano Dallari, Dr. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dr. Francesco Sala.
Consiglieri Odontoiatri
Dr. Roberto Gozzi, Dr. Vincenzo Malara

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Presidente
Dr. Roberto Olivi Mocenigo
Componenti
Dr. Michele Cinque
Dr. Matteo D'Arienzo
Revisore dei conti supplente
Dr. Luigi Bertani

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente
Dr. Roberto Gozzi
Segretario
Dr. Mario Caliendo
Componenti
Dr.ssa Francesca Braghiroli, Dr. Vincenzo Malara, Prof. Mario Provvisionato
Direzione e Amministrazione
Modena, p.le Boschetti, 8
Tel. 059/247711 Fax 059/247719
ippocrate@ordinemedicimodena.it
www.ordinemedicimodena.it

Direttore Responsabile
Dr. Nicolino D'Autilia
Iscr. Trib. MO N° 83 del 28/6/52
Editore
Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Modena
Comitato di Redazione
Dr. Gianluca Abbati, Dr. Lodovico Arginelli, Dr. Michele Cinque, Dr. Paolo Martone, Dr. Roberto Olivi Mocenigo, Dr.ssa Lucia Rolando, Prof. Francesco Rivasi

REALIZZAZIONE EDITORIALE

MC Offset
Via Capilupi, 31 - Modena
Tel. 059/364156 - Fax 059/3683978
Fotocomposizione
Fotoincisa Modenese 2 s.r.l.
Via G. Dalton, 37 - Modena
Tel. 059/250033 - Fax 059/250175
Grafica
KRHEO GRAPHIC DESIGN
info@krheodesign.it | Tel. 059/285398

Opera di copertina: Augusto Baracchi "Nube minacciosa", acquaforte a colori cm 45x53,5

UN CODICE DEONTOLOGICO PER UNA PROFESSIONE MODERNA E ATTENTA AI CAMBIAMENTI DELLA SOCIETÀ

Quello approvato a Torino nel maggio scorso è il frutto di una consultazione la più ampia e continuativa mai avvenuta prima coinvolgendo in primo luogo gli Ordini provinciali e successivamente associazioni mediche, di cittadini e di volontariato oltre agli organismi delle altre professioni sanitarie.

Sulla base di un testo preparato dalla Consulta Deontologica che è poi intervenuta nei mesi successivi per modificarlo e integrarlo si è sviluppato un confronto aperto e a volte aspro sui temi che maggiormente investono la professione medica, dalla definizione di atto medico al rapporto con le altre figure professionali impegnate nel percorso di assistenza ai cittadini, solo per citarne alcuni.

Il testo è stato più volte rivisitato accogliendo proposte e suggerimenti che si sono ritenuti congrui e utili per meglio interpretare il cambiamento in atto nella nostra Società. Si sono per questo inseriti specifici articoli per la cosiddetta medicina potenziativa e per quella militare senza trascurare il capitolo ormai imprescindibile della Telemedicina. Si è sottolineato maggiormente il ruolo del medico nella tutela dell'ambiente e si sono mantenuti sostanzialmente inalterati gli articoli relativi alle dichiarazioni anticipate di trattamento e alla cd clausola di coscienza. Grande rilievo è stato conferito al tema della sicurezza delle cure ma soprattutto a quello della responsabilità professionale, entrambi al centro del nostro recente convegno europeo di Modena.

Nel corso del Consiglio nazionale di Torino sono stati presentati trecento emendamenti per la maggior parte accolti. Il dibattito è stato lungo e appassionato a dimostrazione che la definizione delle regole che devono improntare il nostro esercizio professionale sono ancora oggetto di riflessioni deontologiche, etiche, bioetiche le quali proprio per la loro stessa natura non possono prescindere da un naturale confronto con i mutamenti della Società.

L'approvazione a larghissima maggioranza del Codice spazza via alcune esigue critiche pervenute da pochi Ordini provinciali che sono apparsi rispondere soprattutto a semplici logiche pregiudiziali.

Abbiamo un nuovo Codice di Deontologia Medica. Leggiamolo.

Consideriamo che non è la summa esaustiva delle regole deontologiche per i medici né potrebbe esserlo data la complessità delle problematiche in campo. Pensiamo piuttosto a rendere omogenea la sua applicazione coinvolgendo i professionisti nelle forme e nei modi che si riterrà più opportuni.

La condivisione è indispensabile perché il Codice non è più soltanto lo strumento guida della Professione ma è anche la Carta che accredita la professione presso la pubblica opinione. Mai come ora il nostro Codice è conosciuto dai cittadini e il risalto mediatico dato alla sua approvazione ne è la cartina di tornasole.



N. D'Autilia

*Il presidente dell'Ordine
Nicolino D'Autilia*

AREA RISERVATA AGLI ISCRITTI

E' attiva sul sito internet dell'Ordine www.ordinemedicimodena.it l'**area riservata agli iscritti**.

Accedendo all'area riservata gli iscritti potranno visionare i propri dati registrati sull'Albo:

- data e numero di iscrizione all'Albo professionale
- precedenti iscrizioni presso altri Ordini
- codice ENPAM
- indirizzo di residenza, postale e professionale
- recapiti telefonici
- stato del pagamento della quota di iscrizione
- dati relativi ai titoli di laurea, abilitazione, titoli abilitanti, specializzazioni, dottorati e master.



La procedura prevede la possibilità di modificare e/o aggiornare i dati depositati presso l'Ordine con l'invio di una semplice e-mail e, nel caso di deposito di nuovi titoli, con l'inoltro dell'autocertificazione corredata dalla copia di un documento di identità.

In questa prima fase iniziale i professionisti potranno consultare e integrare i dati in possesso dell'Ordine. In seguito saranno attivati servizi aggiuntivi.

Per accedere all'area riservata sarà necessario effettuare una **prima registrazione** nell'apposita sezione inserendo il codice fiscale. La procedura invierà immediatamente la password alla mail personale dell'iscritto depositata presso l'Ordine. Con **codice fiscale e password** sarà possibile **accedere all'area riservata**.

Si invitano i colleghi che non avessero ancora comunicato la loro e.mail a farlo, contattando la segreteria dell'Ordine o inviando una mail all'indirizzo ippocrate@ordinemedicimodena.it.

AGEFOR: LE PROCEDURE PER RECUPERARE GLI ATTESTATI DEI CORSI DI FORMAZIONE ORGANIZZATI DALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA (ANNI 2012 – 2013)

- Accedere al sito <https://tom.ausl.mo.it>, utilizzando come username e password per il Primo Accesso il proprio CODICE FISCALE e CODICE FISCALE (IN MAIUSCOLO).
- Il sito guiderà per la procedura del Primo Accesso, nella quale viene richiesto di indicare un indirizzo e-mail.
- Cliccare sul link My Tom (in alto a sinistra).
- Nella sezione 'Portfolio', si trova l'elenco dei corsi svolti
- Nella sezione 'I miei documenti' - 'Cerca' sono disponibili gli attestati
- Per le funzionalità previste dal sito, occorre che la versione di Internet Explorer sia superiore alla 6.0.
- Prima di chiudere la prima sessione di lavoro, è consigliato effettuare il Cambio Password (dal link MyTom, sezione Cambio Password).

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - lunedì 31 marzo 2014

Il giorno lunedì 31 marzo 2014 – ore 21,00 - presso la sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Sono presenti:

Presidente	Dott. Nicolino D'Autilia
Vice presidente	Dott. Beniamino Lo Monaco
Consigliere Segretario	Dott. Paolo Martone
Tesoriere	Dott. Antonino Addamo

Consiglieri: Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Paolo Barani, D.ssa Loretta Boiani, D.ssa Mara Bozzoli, Dott. Raffaele Bruni, Dott. Luca Carteri, Dott. Stefano Reggiani, Dott. Francesco Sala, Prof. Francesco Rivasi.

Consiglieri odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi, Dott. Vincenzo Malara.

Collegio revisori dei conti: Dott. Roberto Olivi, Dott. Matteo D'Arienzo

Assenti giustificati: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Adriano Dallari, Dott. Michele Cinque.

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione verbali seduta di Consiglio 24.2.2014 e 4.3.2014;
2. Variazioni agli albi professionali;
3. Comunicazioni del presidente;
4. Valutazione bozza nuovo Codice Deontologico (D'Autilia);
5. Nuovo statuto ENPAM (Addamo);
6. Iniziative dell'Ordine per il 2014: prime proposte;
7. Commissione pari opportunità: report (Bozzoli);
8. Commissione Ambiente: report (Carteri e altri);
9. Commissione ECM: report (vari);
10. Pubblicità sanitaria (Reggiani);
11. Delibere amministrative (Addamo);
12. Delibere del personale dipendente (Martone);
13. Varie ed eventuali.

Albo Medici Chirurghi

Iscrizione per trasferimento

	<i>N. iscrizione</i>
CIARAMELLA GENNARO	6912
OLMEDA FABIO	6913

Inserimento elenco speciale Psicoterapeuti ai sensi della L. 56/89

ROSSI EUGENIO	5929
---------------	------

Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale di cui all'art. 29, comma 3, dlgs 17/8/99 n. 368 e succ. modificazioni

ESPOSITO PATRIZIA	6359
-------------------	------

Cancellazione

DI FALCO ADA	5769
LIZIO CATERINA	5739

Albo Odontoiatri

Prima iscrizione

	<i>N.iscrizione</i>
MAZZONI UMBERTO	0782
SALA ALBERTO	0783

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - martedì 29 aprile 2014

Il giorno martedì 29 aprile 2014 – ore 21,15 - presso la sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Sono presenti:

Presidente Dott. Nicolino D'Autilia
Vice presidente Dott. Beniamino Lo Monaco
Consigliere Segretario Dott. Paolo Martone

Consiglieri: Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Paolo Barani, D.ssa Loretta Boiani, D.ssa Mara Bozzoli, Dott. Luca Carteri, Dott. Adriano Dallari, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala.

Consiglieri odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi, Dott. Vincenzo Malara.

Collegio revisori dei conti: Dott. Roberto Olivi Mocenigo, Dott. Michele Cinque, Dott. Matteo D'Arienzo.

Assenti giustificati: Dott. Antonino Addamo, Dott. Raffaele Bruni, Dott. Stefano Reggiani.

Assente: Dott. Gianluca Abbati.

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio 31.3.2014;
2. Variazioni agli albi professionali;
3. Comunicazioni del presidente;
4. Valutazioni sul Convegno europeo di Modena;
5. CTU del Tribunale: adempimenti telematici e adeguamenti entro il 30.6.2014. Ruolo dell'Ordine;
6. Scuola di Etica, Bioetica e Deontologia medica: prime proposte dell'esecutivo per la costituzione degli organi direttivi;
7. Pubblicità sanitaria (Reggiani);
8. Delibere amministrative (Addamo);
9. Varie ed eventuali.

Albo Medici Chirurghi

<i>Prima iscrizione</i>		<i>N. iscrizione</i>
FORCINA	MARCO	6914
MASCOLO	PAOLO	6915
<i>Inserimento elenco speciale Psicoterapeuti ai sensi della L. 56/89</i>		
STEFANI	RITA	3963
<i>Cancellazione per trasferimento</i>		
TRIVISANI	MARINO	6223
<i>Cancellazione per decesso</i>		
BACCHI	ERCOLE	1207

Albo Odontoiatri

<i>Prima iscrizione</i>		<i>N. iscrizione</i>
SCOLAVINO	ALESSANDRO	0784

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - martedì 20 maggio 2014

Il giorno lunedì 20 maggio 2014 – ore 21,15 - presso la sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Sono presenti:

Presidente	Dott. Nicolino D'Autilia
Vice presidente	Dott. Beniamino Lo Monaco
Consigliere Segretario	Dott. Paolo Martone
Tesoriere	Dott. Antonino Addamo

Consiglieri: Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Paolo Barani, Dr.ssa Mara Bozzoli, Dott. Raffaele Bruni, Dott. Luca Carteri, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala.

Consiglieri odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi, Dott. Vincenzo Malara.

Collegio revisori dei conti: Dott. Roberto Olivi Mocenigo, Dott. Michele Cinque, Dott. Matteo D'Arienzo.

Assenti giustificati: Dott. Gianluca Abbati, Dr.ssa Loretta Boiani, Dott. Adriano Dallari, Dott. Stefano Reggiani.

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio 29.4.2014;
2. Variazioni agli albi professionali;
3. Comunicazioni del presidente;
4. Nuovo Codice di Deontologia medica: approvato il 18 maggio a Torino (Lo Monaco);
5. Consiglio Nazionale del 16-17-18 maggio: report (Lo Monaco);
6. Scuola di Etica, Bioetica e Deontologia medica: definizione del Comitato Scientifico (D'Autilia, Sala);
7. Prime valutazioni e proposte per la revisione del Regolamento per l'Elenco dei Periti del Tribunale iscritti al nostro Ordine (D'Autilia e altri);
8. Pubblicità sanitaria (Reggiani);
9. Delibere amministrative (Addamo);
10. Varie ed eventuali.

Albo Medici Chirurghi

Iscrizione per trasferimento

GAITO SIMONA

N. iscrizione

6916

Cancellazione Albo Medici per cessata attività

GROSOLI MARIO

2987

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO MEDICI - lunedì 24 febbraio 2014

Oggi 24 febbraio 2014 alle ore 21,15 presso la sede di P.le Boschetti n. 8 - Modena - si è riunita la Commissione Albo Medici Chirurghi.

Sono presenti i componenti la Commissione:

Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Paolo Barani, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dr.ssa Loretta Boiani, Dr.ssa Mara Bozzoli, Dott. Raffaele Bruni, Dott. Luca Carteri, Dott. Adriano Dallari, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala.

Assenti giustificati: Dott. Gianluca Abbati.

Accertata l'esistenza del numero legale per la validità dell'adunanza il Presidente dichiara aperta la seduta.

Verbalizza il Consigliere Segretario, Dott. Paolo Martone.

Si discute il seguente ordine del giorno:

1. Comunicazioni del presidente;

2. Valutazione di vicende disciplinari per eventuale apertura di procedimento;
3. Opinamento eventuali parcelle mediche.

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO MEDICI - lunedì 24 marzo 2014

Oggi 24 marzo 2014 alle ore 21,00 presso la sede di P.le Boschetti n. 8 - Modena - si è riunita la Commissione Albo Medici Chirurghi.

Sono presenti i componenti la Commissione:

Dott. Gianluca Abbati, Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Paolo Barani, Dr.ssa Loretta Boiani, Dr.ssa Mara Bozzoli, Dott. Raffaele Bruni, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala.

Assenti giustificati: Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Luca Carteri, Dott. Adriano Dallari.

Accertata l'esistenza del numero legale per la validità dell'adunanza il Presidente dichiara aperta la seduta.

Verbalizza il Consigliere Segretario, Dott. Paolo Martone.

Si discute il seguente ordine del giorno:

1. Comunicazioni del presidente;
2. Giudizio disciplinare avverso il Dott. X.Y.;
3. Valutazione vicende disciplinari per eventuale apertura di procedimento;
4. Opinamento eventuali parcelle mediche.

Giudizio conclusivo: rilevata la violazione dell'art. 24 del Codice Deontologico in quanto il collega ha compilato il certificato di malattia solo su dati riferiti telefonicamente dal paziente Sig. XY senza averlo sottoposto a visita medica ambulatoriale o domiciliare a maggioranza dei presenti la commissione

DECIDE

di comminare la sanzione della censura di cui all'art. 40 del D.P.R. 221/50.

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI - martedì 25 marzo 2014

Il giorno 25.03.2014 - ore 8.45 - presso la sala riunioni dell'Ordine dei medici di Modena - P.le Boschetti 8, si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri.

Sono presenti:

Dott. Roberto Gozzi (Presidente)
Dott. Mario Caliandro (Segretario - verbalizzante)
Dott.ssa Francesca Braghiroli
Dott. Vincenzo Malara
Prof. Mario Provvisionato

Ordine del giorno:

1. Approvazione verbali CAO del 21/01/2014 e 16/02/2014;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Report sulla riunione degli Stati generali dell'Odontoiatria - Roma 20/03/2014 (Gozzi);
4. DDL 471 - esercizio abusivo della professione;
5. Legge Istitutiva di riforma degli Ordini;
6. Valutazione eventuali procedimenti disciplinari;
7. Programma di aggiornamento per il 2014;
8. Opinamento eventuali parcelle odontoiatriche;
9. Varie ed eventuali.

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI - martedì 13 maggio 2014

Il giorno 13.05.2014 – ore 8.45 – presso la sala riunioni dell'Ordine dei medici di Modena – P.le Boschetti 8, si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri.

Sono presenti:

Dott.	Roberto	Gozzi	(Presidente)
Dott.	Mario	Caliandro	(Segretario - verbalizzante)
Dott.ssa	Francesca	Braghioli	
Dott.	Vincenzo	Malara	
Prof.	Mario	Provvigionato	

Ordine del giorno:

1. Approvazione verbale CAO del 25/03/2014;
 2. Comunicazioni del Presidente;
 3. DDL 471 – esercizio abusivo della professione;
 4. Elezioni triennio 2015-2017;
 5. Valutazione eventuali procedimenti disciplinari;
 6. Programma di aggiornamento per il 2014;
 7. Opinamento eventuali parcelle odontoiatriche;
 8. Varie ed eventuali.
-

Inserzione pubblicitaria

AFFITTO O VENDO A MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA, FRAZIONE DI STUDIO MEDICO POLISPECIALISTICO (mq.40 ca.)
COSTITUITO DA AMPIA STANZA DA VISITA IN USO ESCLUSIVO E SALA D'ATTESA E SERVIZI IN COMUNE CON ALTRI DUE MEDICI.
LOCALE SITO IN ZONA SAN FAUSTINO-VILLAGGIO GIARDINO. PIANO TERRA.
AMPIO PARCHEGGIO (**cellulare 347.6029557**)

Il Consiglio dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Modena comunica con grande soddisfazione ai propri iscritti la notizia già ampiamente riportata da tutti i mass media

È ITALIANA PER I PROSSIMI TRE ANNI LA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEGLI ORDINI DEI MEDICI EUROPEI

La presidenza del **CEOM** è ora italiana. Eletto in prima votazione e a larga maggioranza, Nicolino **D'Autilia** si aggiudica infatti la guida dell'importante organismo europeo.

Le elezioni - svoltesi a **Bari** presso il Palazzo dell'Acquedotto Pugliese - hanno visto il presidente dell'**Ordine di Modena** e componente del **Comitato Centrale** della **FNOMCeO** distaccare George **Borcean**, rumeno, in lizza per la stessa carica.

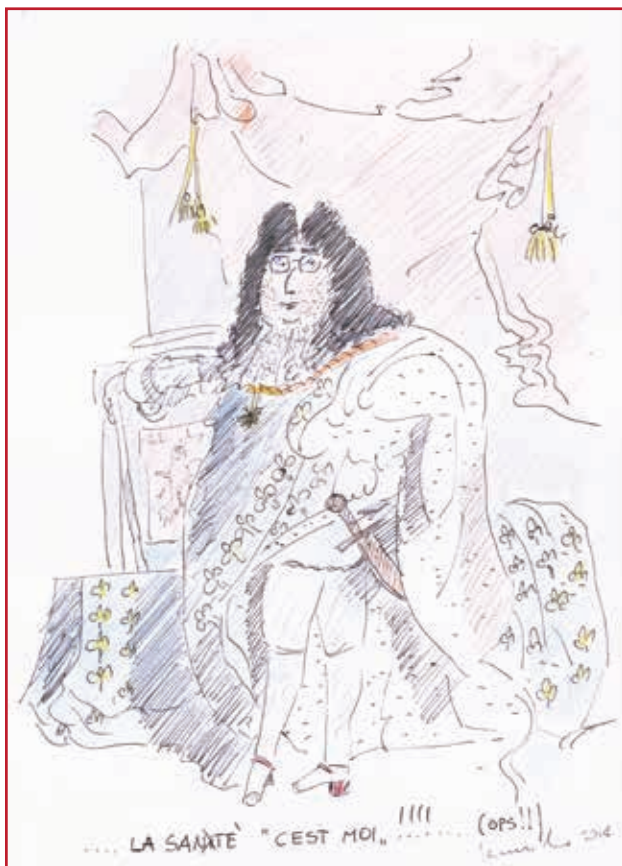
D'Autilia subentra a Roland **Kerzmann**, belga, che ora diviene primo vicepresidente, mentre le altre due vicepresidenze vanno, oltre che allo stesso **Borcean**, a Monique **Gauthey** (Svizzera) e Reiner **Brettenhaler** (Austria).

Il CEOM è l'istituzione che riunisce gli Ordini dei Medici europei, oltre che molte Associazioni mediche, con l'obiettivo di promuovere, in seno all'Unione, l'esercizio di una Medicina di qualità e la Tutela della Salute dei Cittadini.

*"Il mio impegno, come del resto quello di tutta la FNOMCeO - ha dichiarato **D'Autilia**, subito dopo l'elezione -, va nella direzione di una maggiore attenzione a temi più specificamente deontologici, che riguardano anche gli aspetti professionali più moderni, quali la Telemedicina e l'applicazione delle Nuove Tecnologie Informatiche in Medicina e in Sanità".*

Altri punti del programma italiano riguardano la **Sicurezza delle Cure** e la **Responsabilità professionale**, la costituzione di una **Demografia medica europea**, la **Formazione**, il ruolo dei Medici nei **Sistemi sanitari**.

*"Per questo - conclude **D'Autilia** - è indispensabile che la CEOM diventi un interlocutore ufficiale della Commissione europea. Riteniamo pertanto necessario fornire alla CEOM una veste ufficiale di rappresentatività presso le Istituzioni europee, creando un riconoscimento secondo le Leggi vigenti".*



ATTIVITÀ DELL'ORDINE

Il Consiglio dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Modena nella seduta di Consiglio del 25 giugno 2014, alla luce degli eventi che stanno interessando le "procedure Stamina" e nella piena consapevolezza che risulta fortemente a rischio la libertà professionale del medico in assenza di evidenze scientifiche disponibili, considerato prioritario il principio della tutela della salute dei cittadini, fa proprio il documento del Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale del 13 giugno u.s. e invita tutti i colleghi iscritti all'Ordine a rispettare le norme contenute nel Codice Deontologico.

CASO STAMINA LA POSIZIONE DELLA FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO, riunito a Bari il 13 giugno 2014, Udita la relazione del Presidente dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Brescia, Dott. Ottavio Di Stefano e preso atto del documento votato all'unanimità dal Consiglio direttivo in data 30 maggio 2014 sul caso Stamina, nel rinnovare la propria vicinanza ai pazienti e alle loro famiglie rispettandone il dolore, le sofferenze e le speranze,

RIBADISCE

che l'esercizio della medicina è fondato sull'autonomia e la responsabilità del medico che deve ispirare la sua pratica professionale alle evidenze scientifiche disponibili, perseguendo l'efficacia, l'appropriatezza e la sicurezza delle cure;

RICORDA

che, salvo il rispetto di altri diritti e doveri protetti, la libertà dell'esercizio professionale del medico non può né deve essere condizionata o determinata da altri poteri dovendo sempre e comunque ricondursi all'arte medica e alle regole deontologiche;

CONFERMA

che la libertà di agire in scienza e coscienza è posta a presidio dell'autonomia e della responsabilità del medico quale garanzia della tutela della salute degli individui e della collettività;

DICHIARA

La propria solidarietà ai medici dell'OMCeO di Brescia condividendo il loro rifiuto di eseguire le ordinanze dei giudici che impongono l'esecuzione delle procedure Stamina in assenza di una pronuncia della Commissione tecnico – scientifica insediata dal Ministero della Salute;

RITIENE

Che questo rifiuto sia l'espressione tecnico – professionale, etica e civile più alta e qualificata non contro ma al servizio del diritto della tutela della salute;

SOLLECITA

Infine il Presidente della FNOMCeO a rivolgere la richiesta di un incontro ufficiale al Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano e alle massime Autorità dello Stato, per contribuire a ricondurre a equilibri costituzionali i conflitti drammaticamente emersi tra scienza, diritto e tutela della salute.

“SICUREZZA DELLE CURE, RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE IN EUROPA: IL CASO ITALIA”

Venerdì 11 aprile, all’hotel Real Fini di Modena, si è tenuta la conferenza stampa del Simposio “Sicurezza delle cure, responsabilità professionale in Europa: il caso Italia”, previsto per il giorno successivo a Modena presso la Casa Museo Enzo Ferrari. È stata occasione per avere alcune risposte “in anteprima” da parte dei Colleghi stranieri invitati, per poter valutare somiglianze e differenze tra i vari Stati europei su alcune scottanti tematiche.

Durante il proficuo incontro, il tema più interessante è stato quello degli errori medici. Roland Kersmann (Componente Conseil National de l’Ordre des Médecins de la Belgique) ha spiegato come le branche chirurgiche siano quelle più soggette ad errore, ma anche a complicità che invece possono essere fraintese come sbagli; nello specifico, l’errore può essere umano ma anche di sistema, quando coinvolge intere équipes o addirittura interi ospedali. Infine, gli errori medici sono alimentati anche dalla medicina difensiva per un incredibile effetto paradossale: nasce per evitare errori, ma non fa altro che crearne di nuovi, considerando l’altissimo numero di esami inutili, superflui, pericolosi e invasivi.

Sull’argomento è intervenuto anche Juan José Rodríguez Sendin (presidente del Consiglio dell’Ordine dei medici spagnolo), che ha affrontato il problema dell’occultamento degli errori medici, abitudine molto frequente in tutta Europa: se si nasconde lo sbaglio, non si potrà mai cambiare il sistema, in modo da evitare di cadere in fallo.

Alla luce di queste considerazioni, è stato domandato se in Europa c’è un calo delle vocazioni chirurgiche così come sta avvenendo in Italia. In Belgio, a parere di Kersmann, non si sta verificando affatto: la Chirurgia continua a rimanere una branca molto prestigiosa e con specializzazione di difficile accesso. Anche Sendin è dello stesso parere per quel che riguarda la Spagna.

Infine, si è affrontato il tema delle assicurazioni mediche e dei costi sempre più esosi che i medici devono affrontare per poter accedere alle polizze per la responsabilità civile. A tal proposito è intervenuto il rappresentante del Portogallo, che ha evi-



REPORT DAGLI EVENTI NAZIONALI



un'assicurazione professionale per un altro motivo: perché, in caso di più sinistri, l'ospedale nel quale lavora potrebbe decidere di licenziarlo.

M. d'Arienzo

CURE PALLIATIVE: TRA ETICA E BISOGNI - REPORT DAL CONVEGNO DI LORETO



E' il titolo del convegno avvenuto a Loreto nel maggio scorso e promosso da FNOMCeO e Ordine dei medici di Ancona il cui presidente Dr. Borromei è coordinatore Gruppo Nazionale FNOMCeO Cure Palliative e terapia del dolore. All'evento hanno partecipato massimi esperti del settore per confrontarsi sulle nuove frontiere del "fine vita" iniziando una nuova alleanza terapeutica

tra medico e paziente.

Borromei ha aperto i lavori con una frase "prender-si cura": è la nuova sfida del medico moderno che non ha solo il compito di guarire ma che va oltre, garantendo assistenza al paziente anche nella fase terminale, quando si è di fronte a malattie che non rispondono alle terapie ordinarie.

Nel nostro paese, ha spiegato Borromei, non c'è

ancora una vera cultura della palliazione anche se sono trascorsi tre anni dalla emanazione della legge 38/2010.

Dati del 2013, solo il 18% delle strutture dedicate alle terapie palliative risponde ai criteri di legge, il 42% possiede solo criteri minimi.

E' necessaria, continua Borromei, e fondamentale la collaborazione di tutti gli Ordini provinciali per diffondere i principi e le finalità delle cure palliative.

L'obiettivo della FNOMCeO è portare questa tematica a livello formativo ed universitario per i nuovi medici che dovranno operare con la lotta al dolore; si creerà una rete che risponda alla normativa.

Al convegno ha partecipato il Dr. Bianco, Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici, che con vigore ha sottolineato che "quando non si può guarire, si deve liberare dal dolore e sollevare dalla sofferenza".

Il convegno, ha detto Bianco, assume più rilievo alla luce del nuovo Codice di Deontologia medica che ha collocato la terapia del dolore e la terapia palliativa all'interno di una alleanza di cura.

Nel nuovo Codice Deontologico le cure palliative e la desistenza terapeutica non sono mai considerate eutanasia, si deve privilegiare la qualità della vita.

L'art. 16 riferito ad interventi non proporzionati, afferma che "il controllo efficace del dolore, in ogni condizione clinica, è un trattamento appropriato e proporzionato; l'art.39 sancisce "il medico non abbandona il paziente con prognosi infausta ma continua ad assisterlo tutelando la volontà, la dignità e la qualità della vita".

La voce dei colleghi medici ospedalieri è stata percepita dalla platea come una denuncia di mancanza di collegamento tra medici che affrontano quotidianamente situazioni acute e personale sanitario che applica le cure palliative nel paziente cronico: nel passaggio dai reparti per acuti a strutture ove si applica la palliazione i pazienti avvertono una sensazione di abbandono che si può ovviare se c'è collaborazione tra il personale.

La situazione italiana per ciò che riguarda l'applicazione della legge 38/2010 evidenzia (indagine AGENAS)

differenze regionali e distrettuali nell'approccio delle cure, nella pratica professionale e nell'effettiva disponibilità di adeguati setting di cura e di assistenza. La risposta assistenziale del Paese sulle tematiche riguardanti le cure palliative ed il dolore è ancora scarsa e disomogenea.

L'elemento essenziale che caratterizza le cure palliative consiste nelle soluzioni migliori per ciascun malato in un contesto di persone competenti e di fiducia.

L'aumento dell'età media, in futuro, porterà ad aumento di pazienti con patologie degenerative croniche, quindi con necessità di essere assistiti con terapie palliative; per raggiungere questo obiettivo è fondamentale la sensibilizzazione.

Il gruppo di lavoro della Federazione Nazionale degli Ordini dei medici, istituita nel dicembre 2012, ha diversi obiettivi:

- promuovere e coordinare iniziative degli Ordini provinciali per diffondere tra i cittadini i principi e le finalità delle terapie palliative e della cura del dolore;
- progettare ed organizzare percorsi formativi rivolti ai professionisti;
- sviluppare la cultura palliativa in campo pediatrico;
- collaborare con il Ministero per attività specifiche post laurea.

Durante il convegno è emerso che il percorso delle cure palliative sul territorio si esprime con il modello integrato con i medici di medicina generale.

La medicina del territorio dovrà essere sempre più attenta alla gestione integrata del percorso che accompagna il malato.

Il medico di medicina generale ha il compito di identificare precocemente i malati con bisogni di cure palliative.

L'approccio palliativo a questi malati ed ai loro familiari potrà fare la differenza in termini di qualità delle cure, quantità di risorse assorbite e rispetto della dignità della persona.

Di estremo interesse è stato l'intervento riferito al rapporto tra società e cure palliative: evoluzione della società che non vuole essere oggetto (tecnicismo) della medicina ma bensì soggetto fino in fondo, per cui la relazione di cura è importante, dove entrano in

REPORT DAGLI EVENTI NAZIONALI

merito la famiglia, l'equipe sanitaria.

In questa posizione entrano le cure palliative come equi-
pe di cura, di relazione e anche affettiva.

La raccolta di storie di malattia da parte dei malati e dei
familiari può essere un modo di gestire l'emotività, i sen-

timenti che possono creare problemi anche al personale.

La narrazione permette di capire i bisogni e può es-
sere un metodo formativo per gli operatori in cure
palliative.

M. Nasi

LE DONNE MEDICO E LA MEDICINA DI GENERE

Si è tenuto a Firenze il 6 giugno il Convegno Nazionale Fnomceo "Le donne Medico e la medicina di
Genere" che è nato dalla proposta di diffondere la consapevolezza nei medici e negli odontoiatri sull'
incidenza e sul decorso di molte patolo-
gie che spesso hanno sintomi, storie naturali,
risposte alle terapie ed esiti diversi nella donna
e nell'uomo.

Ne è emerso, confermando i dati Istat, che le
donne vivono più a lungo ma non in buona sa-
lute. La disabilità femminile è, in Italia, doppia
rispetto a quella maschile e l'8.3% delle donne
denuncia un cattivo stato di salute. Le donne
sono maggiormente portatrici di patologie cro-
niche (diabete, osteoporosi, malattie cardiovas-
colari, epatopatie autoimmuni) e si ammalano
diversamente. Presentano sintomi differenti,
e reagiscono in modo differente alle terapie e

nonostante questo i farmaci sono testati esclusivamente sugli uomini. Da qui l'esigenza di sensibilizzare le
organizzazioni sanitarie, la sperimentazione, la politica e la formazione in un'ottica di genere come emerso nel
dibattito di cui il Presidente, Dr. Amedeo Bianco, è stato moderatore.



M. Bozzoli

“FORMAZIONE E ACCESSO AL LAVORO: INNOVARE PER GARANTIRE IL FUTURO DELLA PROFESSIONE MEDICA”

Questo il tema che ha coinvolto gli oltre millequattrocento partecipanti (i centosei Presidenti che compongono il Consiglio Nazionale della Fnomceo, quattrocento giovani medici provenienti da tutta Italia, trentacinque delegazioni delle Federazioni europee dei medici e rappresentanti della Politica e delle Istituzioni) al Convegno Nazionale FNOMCeO, che si è svolto a Bari il 13 e 14 giugno u.s.

L'evento intendeva fare il punto sulle tematiche più attuali che investono il mondo della professione: percorsi formativi e meccanismi di accesso alla Facoltà e alle Scuole di specialità, individuazione di nuovi percorsi per la definizione del fabbisogno, accesso dei medici al mondo del lavoro, introduzione di percorsi di formazione-lavoro, mutato profilo anagrafico della classe medica e nuove esigenze organizzative della sanità.

Sono stati riportati numeri allarmanti da Filippo Anelli, Presidente dell'Ordine di Bari: dai dati dell'ordine emerge come oltre un quarto dei neoiscritti siano partiti alla ricerca di opportunità lavorative verso l'estero. Per fermare questi numeri, che sono in crescita esponenziale, occorre aumentare il numero di borse di studio di specializzazione o accesso al corso di medicina generale, per evitare che ci siano laureati sospesi in un limbo, senza sbocchi professionali concreti. Negli ultimi cinque anni, infatti, circa il 17% dei neolaureati in Medicina rimane fuori dalle Scuole di Specializzazione e dal Corso di Formazione in Medicina Generale, requisiti indispensabili per accedere all'ottanta per cento dei posti di lavoro. Una possibile soluzione potrebbe essere l'organizzazione di una metà del percorso formativo, più orientata al tirocinio pratico, svolta all'interno di ospedali di insegnamento, in modo da liberare risorse importanti per raddoppiare il numero di borse.

Uno dei nodi fondamentali da sciogliere emersi nel corso del convegno è quello della programmazione degli accessi a medicina in relazione al fabbisogno. Al momento ci sono diversi organismi (Miur, Ministero della Salute, Regioni, Enpam, Fnomceo) che forniscono i propri dati per definire la programmazione; sarebbe opportuno



REPORT DAGLI EVENTI NAZIONALI

stabilire un ufficio unico che raccolga tutti i dati e li renda coerenti, in modo da determinare con maggiore efficienza il fabbisogno.

Si è parlato di necessità di intervenire anche sui tempi di studio, che devono essere abbreviati pensando a lauree abilitanti, azzerando i tempi morti del post laurea, del post specializzazione e formazione in Medicina Generale. Necessario è sicuramente migliorare la metodologia, rivedendo gli obiettivi, che in alcuni casi sono antiquati. Occorre insistere su nuove competenze come i 'non technical skills' perché un medico deve imparare, ad esempio, a comunicare adeguatamente con i pazienti. Dobbiamo dare spazio agli aspetti etici e deontologici, rispetto alla tradizionale impostazione di tipo illuministico della medicina come cura della malattia. La nuova medicina è cura della persona.

Il Convegno si è chiuso con questo proposito: ripartire da nuove "regole di ingaggio", capaci di garantire un futuro professionale ai giovani medici.

Io chiudo, invece, con una riflessione personale. Non è più possibile, né etico formare dei medici disoccupati. Non è più possibile, né etico formare senza conoscere la domanda di medici specialisti e non, medici con diploma di formazione specifica in Medicina Generale ed odontoiatri. O si iniziano a fare gli interessi dei giovani medici, o non è più ammissibile affrontare con la facies stuporosa l'argomento "fuga dei cervelli". Facciamo qualcosa di giovane, pretendiamo che sia chiara la domanda di lavoro (i numeri dell'offerta sono chiari e trasparenti, in possesso degli Ordini e delle sigle sindacali). Solo garantendo trasparenza alla domanda possiamo pretendere di ottenere una programmazione seria. Le leggi del mercato sono applicabili al nostro settore. O forse bisogna iniziare a pensare che a qualcuno non fa comodo?

C. Curatola

FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE): COME CAMBIERA' LA PROFESSIONE MEDICA

Comincia, su questo numero del Bollettino, un approfondimento sul tema

CAPITOLO I: CHE COS'E' L'FSE

Il **fascicolo sanitario elettronico** è l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito.

Il fascicolo sanitario elettronico, che ha un orizzonte temporale che copre l'intera vita del paziente, è alimentato in maniera continuativa dai soggetti che prendono in cura l'assistito nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, dei servizi socio-sanitari regionali e dal paziente stesso.

È a tutti gli effetti una "cartella clinica personale" (in inglese: personal health record o PHR) istituzionale, alla stessa stregua del dossier Médical Personnel francese, ovvero un sistema costituito da un insieme di servizi che consente ai cittadini di avere accesso e di gestire le informazioni sanitarie relative alla propria salute, con la possibilità di disporre di una vista completa e aggiornata sulla propria storia clinica, di autoinserire delle informazioni utili e di accedere alle informazioni generate dalle strutture sanitarie.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico è dunque una sorta di "My Page" di Internet, in cui il cittadino archivia e personalizza la sua storia clinica, mantenendo aggiornati i dati di salute.

La "visibilità" del contenuto del fascicolo è definita dal cittadino-paziente: non si tratta quindi un semplice "Electronic Medical Record", perché non è detto che rappresenti correttamente lo stato di salute del paziente, in quanto esso stesso potrebbe avere deciso di oscurarne alcune parti rilevanti o addirittura di "oscurare l'oscuramento".

Le indicazioni per mettere in atto questa rivoluzione digitale sono contenute nelle **Linee guida per la predisposizione dei progetti regionali** pubblicate lo scorso marzo, ma al di là delle direttive di base alcune regioni sono più avanti di altre ed hanno personalizzato la loro proposta digitale invogliando i cittadini a fare un grande utilizzo del fascicolo sanitario elettronico.

Fonti: http://it.wikipedia.org/wiki/Fascicolo_sanitario_elettronico

http://magazine.paginemediche.it/it/365/il-punto-di-vista/medicina-generale/detail_212387_fascicolo_sanitario-elettronico-a-che-punto-siamo.aspx?c1=50

M. d'Arienzo

NORMATIVA

Il parere del legale dell'Ordine su IRAP e recupero dei compensi per gli specializzati dal gennaio 1983 al 1990 – 91

Sollecitati più volte dai colleghi interessati e nella sostanziale impossibilità di attivarsi come Ente Ausiliario dello Stato per un'azione comune (trattandosi di interessi privati e di situazioni soggettive difficilmente inquadrabili in un contesto omogeneo) abbiamo richiesto all'avv.to Fregni, nostro legale di riferimento, un parere su entrambe le problematiche.

IRAP: IL PARERE DEL NOSTRO LEGALE AVV.TO GIORGIO FREGNI

In estrema sintesi, i principi maggiormente consolidati appaiono i seguenti:

- "l'IRAP coinvolge una capacità produttiva "impersonale ed aggiuntiva" rispetto a quella propria del professionista (determinata dalla sua cultura e preparazione professionale) e colpisce un reddito che contenga una parte aggiuntiva di profitto derivante da una struttura organizzativa "esterna", cioè di un complesso di fattori che per numero, importanza e valore economico siano suscettibili di creare un valore aggiunto rispetto alla mera attività intellettuale supportata dagli strumenti indispensabili e di corredo al know-how del professionista (lavoro dei collaboratori e dipendenti, dal numero e grado di sofisticazione dei supporti tecnici e logistici, dalle prestazioni di terzi, da forme di finanziamento diretto ed indiretto etc.); ne deriva che è il surplus di attività agevolata dalla struttura organizzativa che coadiuva ed integra il professionista nette incombenze ordinarie ad essere interessato dall'imposizione che colpisce l'incremento potenziale, o quid pluris, realizzabile rispetto alla produttività auto organizzata del solo lavoro personale. Nè è di ostacolo alla sussistenza dei requisiti per l'applicazione dell'IRAP il fatto che l'apporto del titolare sia insostituibile perchè si tratti di attività riservata agli iscritti ad un albo o in cui sono preminenti le qualità personali del contribuente (viene perciò cassata con rinvio la sentenza di merito che aveva escluso la applicabilità dell'imposta ad un medico odontoiatra in quanto esercente una professione "protetta" in cui il rapporto con i clienti era improntato all'intuitus personae) (Cass. 13811/2007; conf., ex multis, 13810/07, 3678/07, 3672/07, 3673/07, 3673/07, 3674/07, 3675/07)" (Cass. civ. Sez. V, 12-06-2008, n. 15754);
- al lavoro autonomo è applicabile l'IRAP ove sussista una "autonoma organizzazione", vale a dire quando il contribuente: a) sia, sotto qualsiasi forma, il responsabile dell'organizzazione e non sia, quindi, inserito in strutture organizzative riferibili ad altrui responsabilità ed interesse; b) impieghi beni strumentali eccedenti, secondo l'id quod plerumque accidit, il minimo indispensabile per l'esercizio dell'attività in assenza di organizzazione oppure si avvalga in modo non occasionale di lavoro altrui;
- l'esistenza di un'autonoma organizzazione non dev'essere intesa in senso soggettivo, come auto-organizzazione creata e gestita dal professionista senza vincoli di subordinazione, bensì in senso oggettivo, come esistenza di un apparato esterno alla persona del professionista e distinto da lui, frutto dell'organizzazione di beni strumentali e/o di lavoro altrui;
- costituisce onere del contribuente che chieda il rimborso dell'imposta asseritamente non dovuta dare la prova dell'assenza delle condizioni sopraelencate;
- l'assoggettamento ad IRAP richiede un analitico esame delle spese affrontate dal contribuente con specifica considerazione delle esigenze di chi esercita l'attività medica, per la quale sono indispensabili strumenti di una certa consistenza e caratteristiche;

- in particolare, per quanto concerne l'attività di medico, è stato affermato che la disponibilità, da parte dei medici di medicina generale convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, di uno studio, avente le caratteristiche e dotato delle attrezzature indicate nell'art. 22 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, reso esecutivo con D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270, rientrando nell'ambito del "minimo indispensabile" per l'esercizio dell'attività professionale, ed essendo obbligatoria ai fini dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale, non integra, di per sé, in assenza di personale dipendente, il requisito dell'autonoma organizzazione ai fini del presupposto impositivo;
- la disponibilità, da parte dei medici di base, di strumenti di diagnosi, per quanto complessi e costosi, non è idonea a configurare la sussistenza dei presupposti impositivi, poichè detti strumenti, quali che siano il loro valore o le loro caratteristiche, rientrano nelle attrezzature usuali, o che dovrebbero essere usuali, per i precisati professionisti, in quanto agli stessi si chiede di svolgere una funzione di primo impatto a difesa della salute pubblica;
- l'utilizzazione di due studi da parte di un medico di base del SSN, costituisce soltanto uno strumento per il migliore (e più comodo per il pubblico) esercizio della attività professionale autonoma;
- la sussistenza di un dipendente part-time non costituisce elemento sufficiente, specie in relazione ad un medico di base tenuto nell'interesse della sanità pubblica ad un'efficienza e continuità di servizio (Cass. civ. Sez. VI - 5, Ord., 17-01-2014, n. 958; vi sono però precedenti in senso contrario);
- i redditi professionali assai elevati non costituiscono di per sé sintomo sufficiente della esistenza di una "autonoma organizzazione" (si vedano le ordinanze della Cassazione n. 9276 del 7 giugno 2012 e n. 9693 del 13 giugno 2012 relative ad esercenti la professione medica), in quanto ben può accadere che professionisti di chiara fama svolgano la loro attività utilizzando strutture da altri predisposte (ad esempio in cliniche private o con il regime dell'intra moenia); ciò è ancor più vero laddove tra le spese affrontate non figurino oneri per dipendenti e per immobili, ma solo oneri per compensi a terzi non dipendenti (commercialista);
- l'esercizio in forma associata di una professione liberale è circostanza di per sé idonea a far presumere resistenza di una autonoma organizzazione di strutture e mezzi, ancorchè non di particolare onere economico, nonchè dell'intento di avvalersi della reciproca collaborazione e competenze, ovvero della sostituibilità nell'espletamento di alcune incombenze, sì da potersi ritenere che il reddito prodotto non sia frutto esclusivamente della professionalità di ciascun componente dello studio. Ne consegue che legittimamente il reddito dello studio associato viene assoggettato all'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP), a meno che il contribuente non dimostri che tale reddito è derivato dal solo lavoro professionale dei singoli associati.

Quelli sopra riportati costituiscono i principi di massima.

Ovviamente ogni situazione deve essere esaminata specificamente, avendo riguardo alle concrete peculiarità di ogni caso.

COMPENSO IN FAVORE DEI MEDICI AMMESSI AI CORSI DI SPECIALIZZAZIONE UNIVERSITARI.

Breve aggiornamento circa gli aspetti salienti del contenzioso relativo al diritto al risarcimento del danno da inadempimento della direttiva n. 82/76/CEE, a favore dei soggetti che avevano seguito **corsi di specializzazione medica** iniziati negli anni dal 1° gennaio 1983 all'anno accademico 1990-1991, **dalla giurisprudenza della Corte di Cassazione.**

* * *

Per quanto concerne il tema della **prescrizione**, la giurisprudenza, consolidatasi¹ a seguito delle sentenze gemelle della Cassazione nn. 10813, 10814, 10815 e 10816 del 2011, è attestata sul seguente principio di diritto²: *"il diritto al risarcimento del danno da inadempimento della direttiva n. 82/76/CEE, riassuntiva delle direttive n. 75/362/CEE e n. 75/363/CEE, insorto a favore dei soggetti che avevano seguito corsi di specializzazione medica iniziati negli anni dal 1 gennaio 1983 all'anno accademico 1990-1991 in condizioni tali che se detta direttiva fosse stata adempiuta avrebbero acquisito i diritti da essa previsti, **si prescrive nel termine di dieci anni decorrente dal 27 ottobre 1999, data di entrata in vigore della L. n. 370 del 1999, art. 11"**.*

In difetto di atti interruttivi, la prescrizione è, dunque, maturata il 27/10/2009.

In particolare, sempre a proposito della prescrizione, nell'ordinanza Cass. civ. Sez. VI - 3, Ord., 11-04-2014, n. 8508 si legge che:

*"4.1. a seguito della tardiva ed incompleta trasposizione nell'ordinamento interno delle direttive n. 75/362/CEE e n. 82/76/CEE, relative al compenso in favore dei medici ammessi ai corsi di specializzazione universitari - realizzata solo con il D.Lgs. 8 agosto 1991, n. 257 - è rimasta inalterata la situazione di inadempienza dello Stato italiano in riferimento ai soggetti che avevano maturato i necessari requisiti nel periodo che va **dal 1 gennaio 1983 al termine dell'anno accademico 1990-1991**; la lacuna è stata parzialmente colmata con la L. 19 ottobre 1999, n. 370, art. 1 che ha riconosciuto il diritto ad una borsa di studio soltanto in favore dei beneficiari delle sentenze irrevocabili emesse dal giudice amministrativo; ne consegue che tutti gli aventi diritto ad analoga prestazione, ma tuttavia esclusi dal citato art. 11, hanno avuto da quel momento la ragionevole certezza che lo Stato non avrebbe più emanato altri atti di adempimento alla normativa europea: nei confronti di costoro, pertanto, **la prescrizione decennale della pretesa risarcitoria comincia a decorrere dal 27.10.99**, data di entrata in vigore del detto art. 11 (Cass. 17 maggio 2011, nn. 10813, 10814, 10815 e 10816; tra le altre: Cass. 31 agosto 2011, n. 17868; Cass. 11 novembre 2011, n. 23568; Cass. 9 febbraio 2012, n. 1917);*

4.2. in merito a detta situazione, poi, nessun rilievo ha la sopravvenuta disposizione di cui alla L. 12 novembre 2011, n. 183, art. 4, comma 43, - secondo cui la prescrizione del diritto al risarcimento del danno da mancato recepimento di direttive comunitarie soggiace alla disciplina dell'art. 2947 cod. civ. e decorre dalla data in cui il fatto, dal quale

¹ Si veda tra le molte Cass. civ. Sez. VI - 3, Ord., 11-04-2014, n. 8508, della quale si riporta uno stralcio:

"3. - I motivi di ricorso, congiuntamente considerati per l'intima connessione, vanno esaminati alla stregua della giurisprudenza di questa Corte venutasi consolidando in tempo successivo alla gravata sentenza, al riguardo potendo bastare un cenno alle sentenze di questa Corte: dell'anno 2011: 16394, 17868, 21497, 21498, 21499, 21500, 21501, 21973, 23270, 23272, 23275, 23276, 23296, 23297, 23298, 23558, 23560, 23564, 23565, 23566, 23567, 23568, 23569, 23576, 23577, 23578, 23579, 23580, 23581, 23582, 23729, 23730, 23731, 23732, 23733, 23734, 23735, 23738, 23764, 23999, 24019, 24020, 24086, 24087, 24088, 24091, 24092, 24093, 24094, 24813, 24815, 24816, 24817, 24818, 24819, 24820, 24821, 24822, 25992, 25993, 25994, 26701, 26702; dell'anno 2012: 1182, 1850, 1917, 3972, 3973, 4240, 4241, 4537, 4538, 4539, 5064, 5065, 5533, 5640, 5642, 6911, 7257, 7282, 8403, 10298, 21003, 21006, 21072, 21073, 21074, 21075, 21076, 21077, 21719, 21720, 21721, 21722, 22034, 22035, 22036, 22037, 22038, 22040, 22041, 22042, 22709, 22875, 22876, 23929; dell'anno 2013: 238, 586, 587, 1156, 1157, 1330, 1331, 1588, 1589, 1591, 1864, 3217, 3218, 3219, 3220, 3279, 8578, 8579, 8580, 11941, 12654, 12655, 14062, 14494, 15197, 15198, 15199, 15205, 16104, 17066 a 17074, 17454 a 17457, 19479, 19910, 19884, 20033, 21136, 21367 e 21368; dell'anno 2014, tra le altre: 307, 1064, 1143, 2686, 2687, 2688, 2689, 2693, 2785, 2786, 2787, 2788, 3438, 3439, 3440, 3441, 3442, 3867, 3868, 3869, 3872, 4994, 4996, 5275, 5276, 5277, 5278, 5445, 6246. E tanto senza che in contrario possa rilevare, apparendo essa essere rimasta del tutto isolata (v. pure Cass. 6 marzo 2014, n. 5275), la contraria statuizione resa da Cass. 9071/13."

² Si vedano, in particolare, Cass. nn. 1917 del 2012 e 5533 del 2012. Si veda anche Cass. civ. Sez. VI - 3, Sent., 14-02-2014, n. 3439, la quale precisa che gli sviluppi della giurisprudenza della Corte inaugurata dalle sentenze gemelle sono stati poi condivisi sia dalla Prima Sezione, sia dalla stessa Sezione Lavoro. Ad essi, tralasciandone altri maturati nel 2012, si possono aggiungere, senza pretesa di completezza, quelli del solo anno 2013, i quali rivelano che l'orientamento circa l'individuazione del dies a quo dal 27 ottobre 1999 è stato riaffermato dalla stessa Sezione Lavoro nella sentenza n. 7500 del 2013 ed è stato ribadito dalla Terza Sezione e da questa stessa Sezione nelle sentenze nn. 586, 587, 1330, 1331, 1588, 1589, 1591, 1864, 3217, 3218, 3219, 3220, 3279, 5329, 6365, 8578, 8579, 8580.

sarebbero derivati i diritti se la direttiva fosse stata tempestivamente recepita, si è effettivamente verificato - se non altro perchè si tratta di norma che, in difetto di espressa previsione, può spiegare la sua efficacia **esclusivamente** rispetto a fatti verificatisi **successivamente** alla sua entrata in vigore e cioè al 1 gennaio 2012 (Cass. 9 febbraio 2012, n. 1917; Cass. 8 febbraio 2012, n. 1850)".

In svariate occasioni la Cassazione ha chiarito che il principio di cui sopra opera anche per i cosiddetti **specializzandi "a cavallo"**, il cui corso di specializzazione fosse iniziato in un anno accademico anteriore all'entrata in vigore del D.Lgs. n. 257 del 1991 e si fosse concluso dopo, atteso che la disciplina del D.Lgs. non trova applicazione a detti specializzandi nemmeno limitatamente agli anni di corso frequentati dopo la sua entrata in vigore (in tal senso, *ex plurimis*, Cass. civ. Sez. VI - 3, Sent., 16-04-2014, n. 8863).

Per quanto riguarda coloro che risultino avere **già iniziato** il corso di specializzazione **alla data del 31 dicembre 1982**, si può riportare Cass. civ. Sez. VI - 3, Sent., 11-04-2014, n. 8504:

"3.1. Il motivo non può trovare accoglimento, perchè la questione che propone è stata già risolta in senso sfavorevole ai ricorrenti da **numerose ed univoche** decisioni di questa Corte, le quali si sono attestate sul seguente principio di diritto: Il diritto al risarcimento del danno da inadempimento della direttiva 26 gennaio 1982, n. 82/76/CEE, riassuntiva delle direttive 16 giugno 1975, n. 75/362/CEE e n. 76/362/CEE, insorto in favore dei soggetti che avevano seguito corsi di specializzazione medica iniziati negli anni dal 1 gennaio 1983 all'anno accademico 1990-1991, in condizioni tali che, se detta direttiva fosse stata attuata, avrebbero acquisito i diritti da essa previsti, **non spetta a quanti risultino avere già iniziato il corso di specializzazione alla data del 31 dicembre 1982**, non essendosi ancora prodotto, a tale data, alcun inadempimento. (Cass. n. 17067 del 2013).

Nella motivazione questa decisione si è così espressa:

Ora questa Corte ha già ritenuto che, avendo gli specializzandi **iscrittisi a corsi di specializzazione anteriormente al 31 dicembre 1982** frequentato un corso che legittimamente sul piano del diritto comunitario era iniziato in una situazione nella quale lo Stato italiano **non era ancora divenuto inadempiente** all'obbligo di ottemperare alle note direttive ed essendo l'obbligo statutale di adempiere le direttive correlato all'organizzazione del corso nella sua completezza e, quindi, **fin dal suo inizio**, deve ritenersi che la situazione di inadempienza dello Stato verificatasi a far tempo dal 1 gennaio 1983 **fosse riferibile soltanto all'organizzazione di corsi di specializzazione a far tempo da quella data e, quindi, a corsi iniziati da essa**. Con la conseguenza che il diritto nascente dalla situazione di inadempienza **non poteva riguardare i medici che a quella data stavano frequentando già corsi di specializzazione iniziati anteriormente**, in quanto ciò si sarebbe risolto in una sorta di inammissibile retroattività degli effetti dell'inadempimento statutale, cioè del fatto costitutivo del diritto dei singoli che dopo il 31 dicembre 1982 si vennero a trovare nelle condizioni di fatto in cui, se le direttive fossero state adempiute, avrebbero potuto beneficiare dei diritti da esse previsti: tali condizioni di fatto erano, infatti, riferibili all'inizio del corso di specializzazione dopo il 31 dicembre 1982 e non alla frequenza di un corso iniziato anteriormente.

Al riguardo, va considerato che al momento di inizio dei corsi prima del 31 dicembre 1982 lo Stato, non essendo ancora scaduto il termine per adempiere, nell'organizzare i corsi senza tener conto delle direttive tenne un comportamento **pienamente legittimo** sul piano comunitario [..]"

Per i medici ai quali spetti il diritto al risarcimento del danno, può essere utile ricordare che, quanto agli **oneri probatori**: "lo specializzando che faccia valere la pretesa risarcitoria per siffatto inadempimento **è tenuto a dimostrare**, quale fatto costitutivo del danno evento costituito dalla perdita dell'adeguata remunerazione, **solo la mera frequenza di un corso ricadente negli elenchi predetti**, potendo le concrete modalità di svolgimento del corso stesso venire in rilievo, al più, quali circostanze incidenti sulla quantificazione del pregiudizio, ove la scelta dell'una o dell'altra opzione (tempo pieno o parziale) sia dipesa dalla scelta dello specializzando, ma non già ove il corso medesimo sia stato organizzato soltanto con modalità in fatto corrispondenti al **tempo parziale**, in ragione di quanto deciso dalla singola università in base alla legislazione statale irrispettosa della disciplina dettata dal diritto comunitario" (da ultimo, si veda, Cass. n. 17068 del 2013)." (così Cass. civ. Sez. VI - 3, Sent., 06-03-2014, n. 5276).

Per quanto concerne la **quantificazione delle spettanze**, sempre secondo Cass. civ. Sez. VI - 3, Sent., 06-03-2014, n. 5276:

"Con sentenza n. 1917 del 2012, successivamente seguita costantemente da numerose altre decisioni, questa Corte ha così statuito: "In tema di risarcimento dei danni per la mancata tempestiva trasposizione delle direttive comunitarie 75/362/CEE e 82/76/CEE in favore dei medici frequentanti le scuole di specializzazione in epoca anteriore all'anno

NORMATIVA

1991, deve ritenersi che il legislatore - dettando la **L. 19 ottobre 1999, n. 370**, con la quale ha proceduto ad un sostanziale atto di adempimento parziale soggettivo delle citate direttive - abbia palesato una precisa quantificazione dell'obbligo risarcitorio da parte dello Stato, **valevole anche nei confronti di coloro i quali non erano ricompresi nel citato art. 11**. A seguito di tale esatta determinazione monetaria, alla precedente obbligazione risarcitoria per mancata attuazione delle direttive si è sostituita un'obbligazione avente natura di **debito di valuta**, rispetto alla quale - secondo le regole generali di cui agli artt. 1219 e 1224 cod. civ. - gli interessi legali possono essere riconosciuti solo **dall'eventuale messa in mora o, in difetto, dalla notificazione della domanda giudiziale**".

La sentenza in esame così prosegue:

"Ne segue che la quantificazione della spettanza del F. (ricorrente), in quanto effettuata ai sensi del D.Lgs. n. 257 del 1991, risulta erronea.

Essa avrebbe dovuto farsi ai sensi della L. n. 370 del 1999, art. 11.

A questo punto la Corte deve rilevare che non occorrono accertamenti di fatto per provvedere alla quantificazione del danno, giacchè è pacifico che il corso di specializzazione durò per quattro anni e non risulta in questa sede, come sarebbe stato necessario, in ragione del potere della Corte di decidere nel merito, una messa in mora anteriore alla citazione introduttiva.

*È pertanto, possibile decidere sull'appello nel merito con la riforma della sentenza di primo grado nel quantum e la sostituzione di quest'ultimo con parametrizzazione alla **L. n. 370 del 1999, art. 11**, il che comporta la condanna del qui ricorrente al pagamento della somma di Euro 26.855,76 a favore dell'intimato, atteso che la medesima risulta aver frequentato un corso di anni quattro e, dunque, considerato che detta somma è l'equivalente della conversione dell'importo di L. 13.000.000, di cui alla L. n. 370 del 1999, citato art. 11, moltiplicato per 4 e convertito in Euro.*

Su detta somma vanno riconosciuti gli interessi legali dal 13 febbraio 2004, data della domanda, in assenza di emersione in questa sede di una messa in mora anteriore, fino al saldo effettivo."

OBBLIGO DEL POS PER I PROFESSIONISTI DAL 30 GIUGNO 2014

Decreto interministeriale 24 gennaio 2014 - il TAR del Lazio respinge la richiesta di sospensiva del Consiglio Nazionale degli architetti.

Si ritiene opportuno segnalare che il TAR del Lazio, con Ordinanza n. 01932/14 (All. n. 1), ha respinto l'istanza cautelare, presentata dal Consiglio Nazionale degli Architetti, contro il decreto interministeriale 24 gennaio 2014 emanato dal Ministro dello Sviluppo economico di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, che all'art. 2 dispone che **a far data dal 30 giugno 2014** l'obbligo dei professionisti di accettare pagamenti effettuati attraverso carte di debito (POS) si applichi a tutti i pagamenti superiori alla soglia di 30 euro.

Il TAR del Lazio ha rilevato "che ad una prima e -inevitabilmente - sommaria valutazione, l'atto impugnato non sembra viziato dalle illegittimità dedotte in ricorso, né sotto il profilo della violazione di legge né sotto quello dell'eccesso/sviamento del potere".

Il TAR del Lazio ha quindi ritenuto che alla luce della sommaria delibazione dell'atto impugnato e dei motivi di ricorso, la domanda diretta all'annullamento del Decreto interministeriale 24 gennaio 2014 non appare caratterizzata da evidente "*fumus boni juris*", atteso che il Decreto impugnato sembra rispettare i limiti contenutistici ed i criteri direttivi fissati dalla richiamata fonte legislativa che, all'art. 9, comma 15-bis, impone perentoriamente ed in modo generalizzato che

"a decorrere dal 30 giugno 2014, i soggetti che effettuano l'attività di vendita di prodotti e di prestazioni di servizi, anche professionali, sono tenuti ad accettare anche pagamenti effettuati attraverso carte di debito...."

IL NUOVO CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

Il giuramento di Ippocrate era un impegno solenne assunto davanti alla divinità (Apollo medico, Esculapio, Igea e Panacea) da cui si poteva anche ricevere un castigo se si era inadempienti. Visto che il medico professa ad alta voce, cioè s'impegna pubblicamente con il giuramento o con un documento simile a quello ippocratico, fa una *professione* ed è un *professionista*. Professionista è quindi sinonimo di responsabilità, è l'obbligazione che deriva dal professare pubblicamente il giuramento. La medicina è una professione nel senso etimologico del termine, cioè un giuramento pubblico di fedeltà (*professio*) e impegno nel curare il malato e di agire per il suo bene. La fiducia, quindi, è il fondamento su cui basare l'esercizio della medicina in un contesto di alleanza terapeutica e di autentica relazione con il malato. I rischi che conducono ad azioni contrarie alla fedeltà professionale sono sicuramente quelli ascrivibili alla ricerca d'interessi personali: il prestigio fine a se stesso, il profitto, la carriera. Ogni giorno che il medico compie la sua arte, non fa altro che eseguire un atto professionale dove rinnova una promessa fatta a se stesso e alla collettività: essere sempre disponibile in scienza e coscienza ad alleviare le sofferenze del genere umano, incarnate nelle persone che incontra quotidianamente. Alla luce di tutto ciò, è sempre con grande interesse che tutta la comunità medica, e non solo, guarda al fisiologico sviluppo del Codice Deontologico. Il 18 Maggio 2014, è stato pubblicato il nuovo Codice Deontologico dei medici: le regole della prassi medica. Molti aspetti, rispetto alle bozze, sono stati cambiati e, a parer mio, migliorati. Desidero, tuttavia, mettere in risalto qualche dettaglio non chiaro dal punto di vista etico o particolarmente importante. Ovviamente quello che segue è molto parziale e non tratta di ogni articolo. In modo elementare richiamo alcuni numeri che destano qualche perplessità o evidenziano un particolare valore cercando di manifestarne le ragioni:

art1: *"Il codice identifica le regole ispirate ai principi di... in armonia con i principi etici di umanità..."* che significa "umanità"? a mio parere è troppo vago, vuol dire tutto o nulla: umanità intesa come appartenente alla specie umana? sarebbe superfluo ricordarlo; umanità come complesso di virtù o elementi morali come la benevolenza, la comprensione, la generosità...? Se è così, il tutto rimane antropologicamente ambiguo in quanto l'umanità, intesa come complesso valoriale, negli ultimi anni ha mutato drasticamente molti significati per cui quando ci si riferisce ad un valore non si ha più una

univoca interpretazione: la benevolenza o la generosità possono assumere significati e modalità d'attuazione molto diversi da quelli che hanno incarnato in passato e, di conseguenza, essere interpretati nella prassi in modo diverso.

art3: *"doveri del medico sono la tutela della vita..."* E' evidente che la vita intesa dal Codice è una vita già nata, altrimenti sarebbe in contraddizione con la Legge 194 e con le nuove indicazioni della Corte Costituzionale in materia di procreazione medicalmente assistita.

art.6: *"Il medico fonda l'esercizio delle proprie competenze tecnico professionali sui principi di efficacia e di appropriatezza..."* Affermare che il medico fonda le proprie competenze sul principio di efficacia e appropriatezza significa, finalmente, affermare che un intervento terapeutico, di qualsiasi natura, va fatto se si ravvisa il raggiungimento di un obiettivo migliorativo altrimenti o non va nemmeno iniziato o va sospeso.

art.8: *"Il medico in caso d'urgenza, indipendentemente dalla sua abituale attività, deve prestare soccorso e comunque attivarsi tempestivamente per assicurare idonea assistenza."* Importante questo articolo perché impone al medico d'intervenire ma, contestualmente, l'intervento può essere anche quello di farsi carico del cercare adeguato soccorso senza agire direttamente sul paziente. Non per il fatto di essere medico si sa tecnicamente intervenire sempre e comunque. L'importante è che la persona qualificata, valutata la gravità dell'evento, sappia dare o far sì che al più presto venga erogato il corretto approccio terapeutico, salvaguardando in questo modo sia l'obbligo di intervenire ma anche quello di non commettere errori relativi soprattutto all'imperizia perseguibili penalmente.

art.13: *"...Il medico può prescrivere farmaci non ancora registrati o non autorizzati al commercio...il medico può prescrivere, sotto la sua diretta responsabilità e per singoli casi, farmaci che abbiano superato esclusivamente le fasi di sperimentazione alla sicurezza e tollerabilità..."* Questo articolo è poco chiaro. Probabilmente si fa riferimento ai farmaci off-label ma, per esempio, non si menziona il ricorso al Comitato Etico competente. Similmente è l'articolo 15 dove si dà la possibilità al medico di prescrivere metodi di cura o diagnosi o prevenzione non convenzionali. Anche se sotto la sua diretta responsabilità e previo consenso informato, questo può aprire a derive da non sottovalutare. Al contrario una sottomissione al parere del Comitato Etico competente offrirebbe maggiore sicurezza e tutelerebbe di più il paziente.

L'OPINIONE

art.16: questo articolo è strettamente legato all'art.6 e, palesemente, rifiuta l'accanimento terapeutico. Con le parole *"Il medico che si astiene da trattamenti non proporzionati non pone in essere in alcun caso un comportamento finalizzato a provocarne la morte"*. sottolinea come, per esempio, la desistenza terapeutica o la sedazione terminale, fatte nei modi corretti, non sono sinonimi di eutanasia ma rifiuto dell'accanimento e giusto atteggiamento del medico che accompagna il paziente alla morte, fatto al quale nessuno si può sottrarre, ma inevitabile. Il medico che si astiene da scelte terapeutiche sproporzionate non fa eutanasia ma si comporta correttamente, non solo dal punto di vista deontologico ma anche morale.

art 20: *La relazione tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta e sull'individuazione delle rispettive autonomie e responsabilità. Il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e diritti e su un'informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura*". Meravigliosa intuizione considerare il tempo della comunicazione come tempo che appartiene al processo diagnostico e anche terapeutico: il valore tecnico di ascoltare con il fonendoscopio il polmone del paziente è uguale al mettersi davanti a lui spiegando in modo comprensibile ciò che si è percepito e valutato, gli aspetti terapeutici e prognostici, ascoltando attentamente ciò che di rimando il paziente comunica. Non è perdere tempo ma, al contrario, utilizzarlo correttamente. Mi lascia perplesso, invece, l'incontro tra due libertà, quella del medico e quella del paziente, eticamente ineccepibili sotto il profilo etico ma difficilmente attuabili nella prassi. Questo è il problema del *Principialismo*, sistema di etica clinica utilizzato nei paesi anglosassoni che fonda la decisione etica su principi comuni solitamente condivisi ma che possono essere suscettibili di eccezioni. In tal caso prevarrà il principio che arrecherà minor danno ma il problema è, a volte, identificarlo. Se il medico, alla fine del dialogo è convinto di procedere in un modo e il paziente rifiuta, le due libertà si scontrano in un "nulla di fatto". Certamente prevale sempre l'autonomia del paziente ma è vero anche che il curante non può accettare una scelta contraria alle sue convinzioni, soprattutto se è palesemente in contraddizione con scienza e coscienza e mette a repentaglio la salute o, addirittura, la vita del paziente. Per questo che l'art.22 sottolinea come il medico può rifiutare la propria opera professionale quando gli vengano richieste prestazioni contrarie alla propria coscienza e interrompere il rapporto di fiducia (art.28). Forse, se si potesse armonizzare l'attuale

alleanza terapeutica con il vecchio paternalismo medico si otterrebbe la giusta ricetta per il rapporto ideale tra medico e paziente ma, probabilmente, questa è pura utopia.

art.34 *"L'informazione a terzi può essere fornita previo consenso esplicitamente espresso della persona assistita... il medico, in caso di paziente ricoverato, raccoglie eventuali nominativi delle persone indicate dallo stesso a ricevere la comunicazione dei dati sensibili"*. Questo articolo è molto poco applicato ancora oggi nei luoghi di cura. La comunicazione della diagnosi non solo spesso è fatta male, senza nessuna attenzione comunicativa ma non tiene presente questa semplice annotazione che è fondamentale non solo per rispettare la normativa sulla privacy ma proprio per il rispetto e la tutela del paziente.

art. 36 *"il medico assicura l'assistenza...in condizioni d'urgenza e di emergenza, nel rispetto delle volontà se espresse o tenendo conto delle dichiarazioni anticipate..."* Le dichiarazioni anticipate sono importanti ma non devono essere raccolte con i modi consueti, servono a poco in caso d'emergenza. Occorre che in campo politico venga ripreso questo spinoso problema formulandolo nei giusti termini e ripensando a modalità di raccolta delle volontà meglio fruibili in caso d'emergenza urgenza.

artt. 47-50 trattano della sperimentazione clinica. Importante che si abbia sottolineato l'importanza della sperimentazione animale fatta nei modi consoni alla ricerca. Manca sempre un riferimento al Comitato Etico che, di fatto, regola la sperimentazione.

art. 77 *"il medico militare...assicura il livello più elevato di umanizzazione delle cure agendo secondo il principio di massima efficacia per il maggior numero di persone."* L'agire secondo il principio di massima efficacia per più persone possibili è una affermazione da chiarire, in ordine alle risorse economiche ma anche in ordine al significato intrinseco. Inoltre *"In ogni occasione, il medico militare orienterà le proprie scelte per rispondere al meglio al conseguimento degli obiettivi e degli intendimenti del proprio comandante militare..."* è una frase molto ambigua anche se aggiunge che ciò deve essere in accordo con il Codice Deontologico.

Questo è stato.

Un breve viaggio in questo Codice con alcune puntualizzazioni, su tante che se ne potevano fare. Credo che, tutto sommato, sia un buon lavoro, utile ad orientare il medico nella difficile arte di comprendere e di curare l'altro.

*G. Sempredon
(biologo, bioeticista,
Componente del Comitato Etico di Modena)*

FEMMINICIDIO O LIBERTICIDIO? COSA FARE DOPO LA VIOLENZA?

MARIA CLOTILDE PETTINICCHI

Prefazione

Per prevenire e contrastare con efficacia la violenza contro le donne sono convinta si debba realizzare "un'operazione verità" di carattere culturale. È necessario fare emergere e far diventare convinzione comune ciò che sta alla base della violenza fisica e psicologica, degli stupri, della privazione della libertà, delle uccisioni delle donne da parte degli uomini: l'esercizio del potere, del dominio e il senso di proprietà degli uomini nei confronti delle donne.

Ancora oggi molta informazione, fortunatamente non tutta, presenta l'uccisione di una donna da parte del marito, compagno, ex fidanzato come determinata dalla gelosia, dalla non accettazione dell'abbandono, da legami morbosamente vissuti: l'aggressore viene presentato come un soggetto "deviante" in preda a sentimenti incontrollabili.

Mi hanno più volte colpita le immagini sui giornali, sui media che accompagnano le notizie, purtroppo pressoché quotidiane, delle morti, quasi sempre annunciate, di donne. Viene rappresentata la vittima, la donna, non l'aggressore; viene presentata mentre cerca di difendersi dal violentatore, mediante un'immagine che di fatto assume il punto di vista di chi la colpisce. Mentre non c'è alcuna rappresentazione dell'uomo, del colpevole in quanto uomo, che sparisce così dalla percezione collettiva.

Tanta strada deve essere ancora compiuta per raggiungere la consapevolezza diffusa che la violenza contro le donne è un fenomeno di portata sociale, non un insieme drammaticamente numeroso di episodi singoli; che è un fenomeno di carattere strutturale, che non può essere affrontato come una temporanea emergenza. Per questo ritengo sia stato giusto avere introdotto in Italia, come già in molti altri paesi del mondo, dopo un dibattito molto ampio e ancora aperto, l'uso del termine femminicidio per individuare un insieme di violenze fisiche, psicologiche, di diversa gravità fino alla uccisione, compiute dagli uomini nei confronti delle donne, perché donne.

Tanti uomini non si riconoscono e non si collocano in questa concezione "proprietaria" dei rapporti uomo-donna, ed è proprio alla collaborazione con queste persone, al loro impegno che si deve ricorrere per vincere la battaglia contro la violenza.

Le donne, pur organizzate, non possono farcela da sole. È necessaria una collaborazione attiva con gli uomini che credono e praticano il totale rispetto dell'autonomia, libertà e diversità delle donne. Non è più il tempo della sottovalutazione, della tolleranza e dei silenzi: non sono ammissibili a fronte degli eventi e dei dati drammatici che continuamente emergono e delle infinite violenze e sopraffazioni quotidiane che rimangono occulte.

È il tempo dell'assunzione piena della responsabilità degli uomini, in un impegno comune con le donne per una battaglia di civiltà, di libertà e di vita.

In questo contesto in cui ancora tanto c'è da fare, il libro di Maria Clotilde Pettinicchi porta, attraverso la presentazione di diversi casi e attraverso contributi basati su esperienze interessanti, elementi di chiarezza sul rapporto di potere che conduce l'uomo a considerare la donna o la bambina oggetto del proprio possesso, da utilizzare a proprio piacimento e a cui negare qualsiasi spazio o pensiero di libertà.



BIBLIOTECA

I racconti sono drammatici. Confrontati con altre testimonianze che provengono dai centri antiviolenza, dai servizi sanitari e sociali, dai tribunali presentano il ripetersi di tanti elementi comuni.

Ci insegnano che i più gravi episodi di violenza si manifestano non come esplosione unica ed improvvisa, ma che seguono a innumerevoli precedenti episodi di violenza, ripetuti nel tempo, minacciati e praticati, assai spesso preparati attraverso una serie di imposizioni che tendono ad isolare la vittima dal contesto familiare, relazionale, lavorativo al fine di renderla sempre più debole e soggetta completamente all'esercizio del potere da parte del marito, compagno, padre.

Negli ultimi 20 anni molto hanno fatto e fanno i centri antiviolenza, gestiti da associazioni di donne, sia per aver saputo fare emergere il fenomeno, che un tempo era completamente sommerso, sia in termini di aiuto concreto e di sostegno alle donne che hanno avuto la forza di sottrarsi alla violenza.

I centri, che nel tempo sono aumentati in Italia, pur in misura inferiore ad altri paesi europei, rappresentano un reale punto di riferimento per le donne in condizioni di difficoltà, anche se sono costretti in molti casi ad operare con scarsi finanziamenti pubblici e in assenza di una legislazione nazionale di sostegno e tutela.

Basandomi anche sulla mia esperienza di governo, in qualità di ViceMinistro all'istruzione nel governo Prodi e prima di Assessore alla formazione e istruzione della Regione Emilia-Romagna, oltre che sulla mia professione di insegnante, ritengo che un ruolo fondamentale nella prevenzione alla violenza debba essere svolto dalla scuola.

È qui, infatti, che si può e si deve sviluppare un lavoro educativo volto a superare gli stereotipi di genere tra i giovani, che, come dimostrano varie ricerche, sono molto radicati e, dalla mia esperienza, in via di rafforzamento rispetto al passato. Le opinioni diffuse tra gli studenti sulla positività della gelosia, su una virilità aggressiva ("l'uomo deve farsi valere anche a costo di violenze"), sulla liceità di schiaffeggiare una donna "quando se lo merita", sono segnali da non banalizzare.

D'altro canto i ripetuti e gravi episodi di bullismo, che si verificano nelle scuole, non sono altro che violenze fisiche e psicologiche, vere persecuzioni, nei confronti dei più deboli, dei diversi, dei ragazzi disabili, gay o presunti tali, umiliazioni e violenze che determinano sofferenze drammatiche a coloro che ne sono vittime, al punto tale che hanno condotto in alcuni casi al suicidio.

Educare al rispetto di ogni persona e delle diversità significa contrastare duramente queste forme di bullismo, non banalizzandole come ragazzate o scherzi un po' pesanti, ma valutandole come aggressioni volutamente praticate su chi è in condizione di debolezza.

Il ruolo educativo della scuola potrà avere successo solo se accompagnato da un analogo impegno dei contesti familiari e sociali su valori condivisi.

Per questo la condanna forte della violenza contro le donne deve venire dalla società tutta, da una nuova alleanza tra uomini e donne, che condividono il rispetto di ogni persona e ne difendono l'autonomia e la dignità, volta a debellare ogni forma di violenza e di tolleranza della stessa.

M. Bastico

MEDICI FISCALI: AGGIORNAMENTO

Facendo seguito all'articolo pubblicato sul precedente bollettino riguardante la vicenda dei medici fiscali, proprio in questi giorni il dr. A. Bianco, presidente della Fnomceo, ha presentato al Senato con altri firmatari un emendamento, riportato integralmente di seguito, che regolarizza la creazione del cosiddetto "polo unico" delle visite fiscali. Come vedete l'impegno per arrivare a questo risultato auspicato da tutti è continuo e indefesso. A questo punto direi che, più che un augurio stia diventando una certezza. Spero, anzi speriamo di poter scrivere nel prossimo bollettino "obbiettivo raggiunto".

M. Cinque

Emendamento presentato al Senato al decreto legge 24 aprile 2014, n. 66, a prima firma Senatore Amedeo Bianco, Presidente FNOMCeO Atto Senato n. 1465

Conversione in legge del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, recante misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale

BIANCO, SAGGESE, GATTI, DIRINDIN, DE BIASI, MATURANI, GRANAIOLA, PADUA, MATTESINI, SILVESTRO

Dopo l'articolo 12, aggiungere il seguente: «Art. 12-bis. (Razionalizzazione ed unificazione delle visite fiscali relative ad assenze per malattia dei dipendenti pubblici e privati)

1. Al comma 3 dell'articolo 55-septies del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, le parole: "gli enti del servizio sanitario nazionale e le altre amministrazioni interessate svolgono" sono sostituite dalla seguente: "svolge".

2. Al comma 339 della legge 27 dicembre 2013, n. 147, le parole: "effettuati dalle aziende sanitarie locali" sono soppresse.

3. L'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) si avvale dei medici inseriti nelle liste speciali di cui all'articolo 4, comma 10-bis, del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125. Con decreto del Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, d'intesa con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, il Ministro della salute ed il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentiti l'INPS e la Federazione nazionale degli ordini dei medici, sono stabilite le modalità di attuazione dei controlli sulle assenze per malattia dei dipendenti pubblici, della raccolta ed elaborazione dei dati concernenti le assenze e le verifiche compiute, la remunerazione delle prestazioni rese, nonché i criteri di inserimento nelle attività di cui al presente comma dei medici che, con rapporto libero professionale o con contratti a tempo determinato, alla data di entrata in vigore della presente legge, prestano funzioni fiscali presso le ASL e di coloro che risultano iscritti, a decorrere dal 1° gennaio 2008, nelle liste di cui all'articolo 5, comma 12, del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638. Fino all'adozione del predetto decreto continuano ad applicarsi le disposizioni di cui al decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali dell'8 maggio 2008.

4. I risparmi di spesa derivanti dall'attuazione del presente articolo, sono destinati al Fondo ammortamento dei titoli di Stato».

IN RICORDO DI ALFONSO CARRIERO

Il 3 gennaio 2014 è morto a soli 55 anni il Dott. Alfonso Carriero, chirurgo proctologo dell'Ospedale Franchini di Montecchio Emilia.

È per me una grande emozione poter scrivere il ricordo che mi lega all'uomo, e non solo al chirurgo, al quale ho dedicato la mia recente tesi di specializzazione in chirurgia generale.

Il Dott. Carriero, originario di Brindisi, si è laureato a 24 anni con 110 e lode presso l'Università di Modena e, sempre nella stessa sede, sei anni dopo ha conseguito la specializzazione in chirurgia generale. Perfezionò la sua conoscenza in ambito colo-rettale presso la Cleveland Clinic (Florida) e l'Hopital Cantonal di Ginevra, ma durante la sua carriera ebbe modo di poter operare anche in altre cliniche prestigiose: a Rouen (Francia), a Basingstoke (Inghilterra), al St. Elisabeth Hospital di Vienna e infine al St. Mark's Hospital di Londra, ovvero la "culla" della proctologia europea. Lavorò all'Ospedale di Sassuolo dal 1997 al 2003 e al nosocomio di Montecchio Emilia dal 2004 in poi.

Ebbe un curriculum brillante, ricco di pubblicazioni sulle più importanti riviste scientifiche di settore, di organizzazioni di congressi nazionali e internazionali, fino alla nomina, nel 2013, di Presidente Nazionale della SIUCP (Società Italiana Unitaria di Colonproctologia), la terza società scientifica italiana di chirurgia generale per numero di iscritti.

La prima volta che lo vidi successe un pomeriggio di alcuni anni fa. Fino ad allora la proctologia non mi aveva mai suscitato particolare interesse; ricordo che però in quell'occasione rimasi certamente stupito da chi mi si presentò davanti. Il mio Direttore esortò gli specializzandi a presenziare a una lezione frontale del Dott. Carriero. Quando lo vidi, rimasi a bocca aperta: quell'uomo doveva essere matto. Aveva una flebo attaccata al braccio, ma ciononostante cominciò a spiegarci argomenti proctologici: ERA UFFICIALMENTE RICOVERATO, proprio al Policlinico! Ma incurante della flebo, come se fosse la cosa più naturale del mondo, ci fece una lezione di almeno due ore, con una competenza e una professionalità encomiabili.

Il destino volle che ci incontrassimo nuovamente qualche anno dopo: a fine 2012 decisi di fare un'esperienza formativa presso il Centro Pavimento Pelvico di Montecchio Emilia, avente fama di essere tra i migliori centri proctologici italiani; ho avuto così l'onore di co-

noscere le mille doti del Dottor Carriero che fino ad allora ignoravo.

Abile chirurgo, proctologo di fama mondiale, aveva un entusiasmo contagioso. Possedeva una capacità innata per l'organizzazione del lavoro e degli eventi scientifici ed era dotato di una memoria ferrea, soprattutto sui pazienti dei quali riusciva a ricordare alcuni particolari anche dopo anni dall'ultimo incontro. Credeva moltissimo nei giovani, che portava sempre assieme a sé, qualsiasi cosa lui facesse, e ci investiva tempo e impegno come se fosse il suo obiettivo più importante.

La sua mente era capace di pensare a mille cose contemporaneamente e si faceva fatica a stare dietro a tutti i progetti di ricerca che voleva realizzare. Sosteneva che i giovani rappresentavano il futuro, e ci credeva davvero, non era solo uno slogan.

Era conosciuto e apprezzato in tutta Italia, dai pazienti e dai Colleghi. Tanti pazienti sostenevano viaggi di oltre 1000 km per poter essere visitati da lui.

Di animo guascone, riusciva sempre a strapparti un sorriso anche quando la giornata proprio non andava. Aveva fiducia nella sua equipe, soprattutto nei suoi specializzandi, che stimava, sapeva incoraggiare, e ai quali insegnava continuamente, svelando via via i segreti più nascosti per essere un proctologo di altissimo livello.

Un altro ricordo mi affiora alla mente. Quel giorno la sala operatoria aveva accumulato un considerevole ritardo. Mancava l'ultima paziente, un prolasso rettale esterno. Erano le 13:30 ed entro le 15:00 dovevo tassativamente essere a Modena per un importante appuntamento. Dissi al Dottore del mio impegno, chiedendo di non partecipare all'intervento successivo. "Matté statti tranquillo, che entro le 14:00 finisco". Guardai l'orologio, poi gli occhi del Dottore. Non ce l'avrebbe mai fatta. Cominciammo l'intervento alle 13:40 esatte e assistei a un qualcosa di più unico che raro: una proctectomia per via perineale con TRANSTAR eseguita a regola d'arte in poco più di 20 minuti. Alle 14:02 l'intervento era finito: ero incredulo. Mi disse, guardando la mia espressione stupefatta: "Ho sgarrato di due minuti. Ciao Matté, ora puoi andare". Era capace di conquistare la fiducia dei pazienti in pochi istanti.

Amava moltissimo la sua famiglia, specialmente la

sua bimba di 5 anni, della quale parlava sempre più che volentieri. Era un grande appassionato di barche a vela.

Affrontava la sua malattia come un guerriero, e tutti si chiedevano come facesse.

Ebbe un brutto colpo quando passò a miglior vita il Dott. Lorenzo Spreafico, amico e collega da tanto tempo, con il quale dieci anni prima aveva fondato il Pavimento Pelvico di Montecchio. Il dì che ricevette la notizia ero a casa sua e mi disse, inaspettatamente: "Oggi è un brutto giorno: Lorenzo se ne è andato". Da allora qualcosa nel suo sguardo si spense.

Devo a lui quasi tutto quello che conosco della proctologia, ma sarebbe riduttivo affermare che mi ha lasciato solo un enorme bagaglio professionale: mi

ha insegnato a VIVERE! Vivere sereno, a non preoccuparmi del futuro, ad accrescere la mia autostima; mi ha fatto capire quali sono le priorità della vita e quali invece sono fesserie per le quali spendiamo tempo a preoccuparci inutilmente. Mi ha dato consigli che ancora oggi mi sono preziosi. Grazie a lui sono cresciuto e maturato come professionista, ma soprattutto come uomo.

Gli devo tantissimo, e non basterebbero milioni di grazie per quello che ha saputo donarmi.

La porterò sempre con me.

Ciao, Dottore.

M. d'Arienzo

NOTE TRISTI:

La Direzione del Bollettino, a nome di tutti i medici della provincia, formula le più sentite condoglianze:

Errata corrige

Si rinnovano le condoglianze alla D.ssa Maria Vezzani e alla D.ssa Gaia Po per la prematura scomparsa del marito e padre Dott. Emilio Po.

La redazione si scusa per la citazione erronea del precedente Bollettino.

Alla famiglia per il decesso del Dott. Ercole Bacchi

Alla famiglia per il decesso della D.ssa Maria Paola Cavazzuti

Alla famiglia per il decesso del Dott. Filiberto Rossi

Alla famiglia per il decesso della D.ssa Rossana Marchioni

Al Dott. Roberto De Gesu per il decesso del padre

Al Dott. Bruno Mordini e alla famiglia per il decesso della collega Prof.ssa Paola Loria

Al Prof. Mario Provvisionato e alla famiglia per il decesso del Dott. Giulio Provvisionato



A cura di Lodovico Arginelli

AUGUSTO BARACCHI

Nacque a Modena il 28 febbraio 1878, e morì il 4 agosto 1942.

Ereditò l'attività commerciale del padre.

Dopo la scuola tecnica, l'innata tendenza artistica lo porta a frequentare lo studio del pittore Ruini, ed in seguito, la scuola libera di nudo dell'Istituto di Belle Arti; poi conosce Graziosi dal quale apprende la tecnica dell'incisione all'acquaforte. E' in questa sintesi di creatività e di tecnica che il Baracchi trova la sua più convincente ed esaltante possibilità espressiva.

Si era dedicato piuttosto tardi alla pittura con tendenza naturalistica con tele partecipanti alla vita di Piazza Grande ed alla ricerca di paesaggi.

Nel 1914 abbandona l'attività commerciale, dedicandosi completamente all'acquaforte, eseguendo circa 200 lastre.

Nel 1939 32 suoi rami sono rubati e venduti come rottame.

Dall'attività grafica perseguita attraverso una notevole ricerca di tecnica mista, che comprende l'acquatinta e la vernice molle, l'artista ha conseguito un rilevante successo.

L'attività personalissima di **Boccioni**, le valide esperienze di **Arturo ed Alberto Martini, di Felice Casorati, le Manifestazioni delle biennali Internazionali d'Arte, con le presenze dei grandi acquafortisti nordici, tedeschi e fiamminghi**, non servirono a smuovere la considerazione della grafica come "ARTE MINORE" o sperimentazioni effettuate dal pittore.

Anche nel dopoguerra, persino con opere di Morandi, Carrà, Luigi Bertolini, Giuseppe Viviani e Mino Maccari, l'interesse del pubblico restò quasi assente.

Baracchi lascia definitivamente Modena nel '36 per trasferirsi a Milano, dopo che la sua attività artistica l'aveva portato a Venezia, in Toscana, in Umbria ed a Roma.

Proprio per Roma il Baracchi aveva progettato un'ambiziosa serie intitolata: "Vestigia della Roma Imperiale", per la quale eseguì settanta disegni premiati dalla Regia Accademia d'Italia nel '34, ma soltanto cinque lastre vennero eseguite.

E' indubbio quindi il coraggio tecnico, come è indiscutibile l'entusiasmo per questo tipo di espressione.

Alcune sue opere:

"Paesaggio", olio, cm 28,5x19

"Autoritratto", olio cm 40x50,

(sono assai scarse le opere ad olio, poiché l'interesse principale si rivolge alla ricerca grafica ed a varie sue possibilità espressive, con prevalenza di acquaforte e di acquatinta).

"Ritratto", 1903, olio, cm 12x21.

"Nevicata", 1924, olio, cm. 45x32,

"Barche", acquaforte, cm 19x12,5.

(qui, all'acquaforte, aggiunge l'uso sapiente della punta secca).

"Nube minacciosa", (in copertina - acquaforte a colori, cm. 45x53,5).

CARLO MINELLI

Nacque a Pavullo (Modena) nel 1917 da famiglia contadina, e morì a Pavullo nel 1979. Per il suo naturale interesse artistico abbandona la tradizione e frequenta l'istituto di Belle Arti di Modena, poi l'Accademia di Bologna, dove ottiene il diploma di pittura nel 1940, dopo aver seguito i corsi di Guidi, Morandi ed Ercole Drei.

Nel 1942 consegue il diploma di scultura, ed inizia il suo pellegrinaggio di insegnante a Imola, Bolzano, Genova, Ferrara ed infine a Pavullo.

Minelli non si allontana mai da una tematica relativa ai luoghi d'origine e da un'evasione cercata nella comunicatività delle osterie o intorno ai tavoli da biliardo e nelle battute di caccia.

La sua espressione è lirica, il cromatismo dissolve in grigi, in ocre o in sfumati la tendenza del risalto realistico. L'arte del Minelli non risponde a lezioni apprese ed applicate, ma è sincera adesione all'epoca.

Il suo pennello, con l'eccezione di alcune marine, racconta piccole scene di vita locale, dipinge volti noti, abbozza figure di uomini, donne, bambini, cavalli, cani, che nella loro apparente ingenuità, lievemente forzata oltre ai parametri di altezza e larghezza sembrano trasferirsi entro la dimensione stessa di monti e di campi. Ha partecipato alla XX° e XXVIII° Biennale di Venezia ed alla IV° Quadriennale di Roma.

Notevole è l'attività svolta a matita o a carboncino, spesso avvalorata dal colore; o nel monotipo, tecnica che riscuoteva un certo interesse dall'epoca dell'impressionismo (famosi i monotipi di Degas).

Minelli aveva conseguito anche il diploma di scultore ed a tale espressività artistica si dedicò con impegno.



"Adriana", bronzo h. cm 31



"Bar Zanotti", 1969, olio su tela

Il maggior interesse nel campo della scultura lo si ricorda nella testa di bambine.

Anche l'accessorio, come il cappello che sovrasta il capo, (vedi "Antonella" del '74), diventa parte del tutto, conclude un'armonia che riporta ad esempi classici.

In altri esempi, (come "l'Adolescente del '76), l'equilibrio si affina in un risalto di piani-ombre delicati, in un'attenzione espressiva abbandonata ad un soffuso mistero.

Altre sue opere:

"Cavalcata", olio su cartone, cm. 98x36

"Il ritorno del figliol prodigo", 1941, olio su tela, cm. 48x33

"Raccolta delle mele", 1956, olio su tela, cm. 60x50

"Cacciatori", 1968, olio su faexite, cm. 92x80

"Bar Zanotti", 1969, olio su tela, cm. 90x66 (opera pubblicata nella pagina)

"Adriana", 1954, bronzo, h. cm. 31 (opera pubblicata nella pagina)

DIALETTO IN PILLOLE

A cura di Lodovico Arginelli

“Magnèr”

Lungi da me il voler esser monotono, ma ho in serbo ancora qual cosina di piacevole su “Magnèr”, (mangiare), e ve lo dono con piacere, e con l’umiltà del vostro vernacoliere...

“Magnèr in fuga”, (mangiare in fretta)

“Magnèr fora ed ca”, (mangiare fuori di casa), espressione colorita per intendere chi ha rapporti sessuali extraconiugali.

“Magnèr di barbacc”, (mangiare cibi poco appetitosi, o comunque, di poco costo).

“Magna bèin, chèga fòrt e a-n’aver paura dla mort”, (mangia bene, defeca bene e non aver paura della morte), è un antico e semplice precetto popolare, d’igiene alimentare.

“Magna e ingòset”, (mangia ed ingozzati...), vuol significare “crepa...”

“Magnèr a crepa pànza”, (mangiare a crepa pancia..), in modo smodato.

“Magnèr a dzùn a fa mèl”, (mangiare a digiuno fa male), classica espressione a doppio taglio, scherzosa.

“Magnèr a off”, (mangiare a sbafo...), senza pagare.

“Magnèr a pèz e pcòun”, (mangiare a pezzi e bocconi), senza continuità.

“Magnèr a travérs”, mangiare moltissimo e con voracità.

“Magnèr al gràn in érba”, (mangiare il raccolto in erba), si dice di uno che spende le rendite prima ancora che maturino.

“Magnèr al pan a tradimèint”, (mangiare il pane a tradimento), senza meritarselo o guadagnarselo.

“Magnèr adòs a un”, (mangiare a spese di qualcuno)

“Magnèr come un grand”, (mangiare come un grande), si dice di un bambino che mangia molto o di chi ha molto appetito.

“Magnèr come un lodder”, (mangiare come un ingordo).

Vi annuncio che le prossime due puntate (la prima è di seguito) sono interamente dedicate agli otorinolaringoiatra. Vi saluto lasciandovi qualche altra generica chicca dialettale, che abbraccia sempre il nostro vasto campo medico:

“Berlasch”, anche barlàsch, (strabico), strabico da entrambi gli occhi.

“Berléch”, persona piccola, esile e spesso sgraziata.

Deriva da berlicche, nome di un diavolo minore.

“Besalgàta”, scutmài, ovvero soprannome, che veniva dato a chi aveva il viso deformato da una paresi.

“Grànfi”, (crampo), deriva dalla voce tedesca “krampy”, granchio.

“Grànfi in del gamb”, (crampi nelle gambe).

“Bianch e ràss come un foi ed chèrta zàla”, (bianco e rosso come un foglio di carta gialla), si dice, in maniera scherzosa, di chi è pallido e non ha un gran bel colorito.

Si dice anche “Bianch e zàl ch’al fa voia”, (bianco e giallo che fa invidia).

“Otorinolaringoiatra”

Ogni promessa è debito, è quindi giunto il momento degli “Otorinolaringoiatra” e per tutti i colleghi che comunque si occupano di naso, orecchio e gola.

Iniziamo con NÈS, (naso).

“A-n vàdder piò in là dal nès” (non vedere oltre il proprio naso), si dice di chi non prevede le più ovvie conseguenze.

“A-n mätter al nès fóra da l’oss” (non mettere il naso fuori dall’uscio), condurre una vita ritirata, non vedere nessuno.

"A-n s'arcòrda gnànch dal nès a la bàcca" (non si ricorda neanche dal naso alla bocca), si dice di chi è smemorato.

"Andèr a nès", (andare a naso), non sapere bene cosa fare, seguire l'istinto.

"Andèr in gir col nès per aria" (andare in giro col naso per aria), muoversi senza badare a dove si va, muoversi distrattamente.

"Arizèr al nès" (arricciare il naso), mostrare dei dubbi, scontento o fastidio.

"Avér la gàzza al nès" (avere la goccia al naso), avere voglia di qualcosa, anche se sappiamo che è molto frequente nell'anziano.

"Avér sèt bus in dal nès" (avere sette buchi nel naso), si dice di chi è molto prudente ed accorto.

"Avér un nès cal péssa in bàcca" (avere un naso che piscia in bocca), l'espressione colorita indica un naso adunco.

"Bagnèr al nès" (bagnare il naso), superare uno in qualcosa. Deriva (in Piemonte), dalla strana usanza adottata un tempo in molte scuole.

Lo scolaro che ne sapeva più del compagno veniva invitato dal maestro ad inumidire all'alunno ignorante la punta del naso con un dito bagnato di saliva.

Meno male che l'usanza è andata persa, altrimenti sai le denunce...

"Bus dal nès" (narice)

"Càna dal nès" (setto nasale)

"Cgnàsser sòl i spin a tast e la mérdà a nès" (conoscere le spine soltanto toccandole e la merda soltanto annusandola), l'espressione ormai in disuso si riferisce ad una persona ottusa.

"Chi màgna di pàmm la Vigilia ed Nadèl al stà tòtt l'an cun la gàzza al nès" (chi mangia delle mele la Vigilia di natale avrà il raffreddore tutto l'anno)

"Chi s'in fa chès al gh'è dèinter fin al nès" (chi se ne fa caso c'è dentro fino al naso), la prima gallina che canta è quella che ha fatto l'uovo....

"Fèr gnir la màsca al nès" (far venire la mosca al naso), far arrabbiare.

"Fèr un bus ed nès acsèe.." (fare un buco di naso così..), si dice di uno che in modo vistoso, palesa invidia davanti alla fortuna altrui, oppure darsi da fare in modo difficoltoso, vedi gli specializzandi.....

"Fèrla sàtta al nès" (farla sotto il naso), compiere un'azione non corretta, proprio davanti alla vittima.

"Fères di bée (gran) bus ed nès" (farsi dei bei buchi di naso), l'espressione colorita indica l'azione di chi compie un grande sforzo per raggiungere una meta prefissata.

"Fichèr al nès dapertótt" (mettere il naso ovunque), essere curiosi.

"Mnèr per al nès" (menare per il naso), prendere in giro, far credere ciò che non è.

"Nès amuntèe" (naso gobbo).

"Nès e baslàtta i fan muiàtta" si dice quando naso e mento sono molto vicini, come le molli (muiàtti) del camino.

"Nès schézz" (naso schiacciato).

"Nès stumpèe" (naso chiuso), per il raffreddore.

"Nès tira che la bàcca la-n gh'ariva" (naso tira che la bocca non ci arriva), l'espressione indica la rassegnazione di chi non potendo ottenere ciò che vuole, fa come quello che davanti a un buon piatto, deve accontentarsi dell'odore anziché del gusto.

"Restèr cun tant ed nès" (restare con tanto di naso), molto meravigliato.

"Spiura al nès, rabia, pògn o bès", indica che il prurito al naso può significare rabbia, pugni o baci, a seconda della parte del naso interessata dal prurito.

"Supièr al nès al galèini" (soffiare il naso alle galline), compiere un'azione inutile.

Si dice anche di chi pretende di saper fare tutto, e invece, non conclude nulla.

"Tirèr al nès al mòrt" (tirare il naso al morto), ovviamente per vedere se è ancora vivo....

"Tirér só cun al nès" (tirare su con il naso), quando si avverte la goccia....andèr a Pavoll (andare a Pavullo).

