

## Notiziario numero 3/2026 MARZO

Supplemento al Bollettino PARMA MEDICA N.1/2025 - Registro  
Stampa tribunale di Parma N.131 del 4/7/1952

### SOMMARIO

- L'Agent Hospital nella virrealtà sanitaria e nel mondo dei ricordi  
-Editoriale del Presidente Muzzetto
- L'Editoriale del Presidente Muzzetto sulle liste d'attesa e sul valore del medico e della medicina in risposta al servizio messo in onda su Mediaset
- Preziosi approfondimenti nella sede dell'Ordine in occasione del Convegno "Sanità Pubblica: certificazioni medico legali e vaccinazioni"
- Torna il progetto formativo "Avvio alla professione" dedicato agli studenti del sesto anno del Corso di Laurea in Odontoiatria di Parma
- Uno sguardo alla deontologia: gli articoli 19, 20, 21 E 22 del Codice Deontologico
- Certificazione Inps sulla invalidità e disabilità (D.Lgs. n. 62/2024)
- Notizie dalla Fnomceo
- Rinnovo del Corso di formazione regionale sulla Dispositivo-Vigilanza – FAD (Edizione 2026)
- Note di Farmacovigilanza: nota informativa relativa a Arixtra (Fondaparinux sodico) e raccomandazioni dal PRAC

### COMITATO DI REDAZIONE

Direttore Responsabile: Pierantonio Muzzetto  
Capo Redattore: Luigi Ippolito  
Giovanni Gallo  
Paolo Carbognani  
Cristiana Madoni  
Massimo Manchisi  
Addetto stampa: Pietro Ferrari



## L'Agent Hospital nella virrealtà sanitaria e nel mondo dei ricordi - Editoriale del Presidente Muzzetto



*Gli scenari cambiano e preoccupano nella virrealtà sanitaria. Virrealtà che si declina a fronte delle altre realtà conosciute come la fusione in un unicum d'esperienze virtuale e digitali e fisico umane. È sotto i nostri occhi lo sviluppo tecnologico e quanto incida sulle realtà economiche degli altri paesi in particolare, della Cina. Una nazione dai vasti territori e dall'immunità dalle inferenze culturali all'interno dei suoi confini con sempre maggiore differenziazione tra sviluppo frenetico e tecnologico e arretratezza sociale delle periferie. Che diviene apripista culturale di una tecnologia sostituita il sapiens. Votata com'è all'ipertecnologia spinta, con programmi educativi e formativi avveniristici coinvolgenti dall'età scolare primaria, dai sei anni di vita. Pur nelle contraddizioni politico sociali che, nonostante ciò, risultano evidenti in quella vasta e popolosa nazione, in cui l'innovazione diventa prerogativa di una minoranza di acculturati e benestanti profeti. Confermando una spaccatura tra un non tanto finto, quanto aggressivo, benessere di pochi e quella povertà "sotto sociale" di una moltitudine. Indigente quanto tacitamente soccombente, non più solo delle periferie del vasto territorio asiatico. In tutto ciò, si guarda sempre più all'IA non certo come solo e ipotetico mezzo di miglioramento sociale ed economico, quanto strumento non estesamente favorente il lavoro di molti, finalizzato, piuttosto al raggiungimento di un potere nazionale e all'accumulo della ricchezza di pochi. Con un peso strategicamente crescente fra le altre nazioni occidentali. Il tutto trova risposta nell'uso non sempre oculato di questa risorsa nella gestione della salute che rimane tale se eticamente utilizzata "pro bono", per la beneficiabilità degli atti medici e sanitari. Quale determinante contro ogni diseguità e disuguaglianza di salute, non solo socioeconomica, evitando, cioè, quegli effetti dirompenti che Geoffrey richiama al momento dell'abbandono di Google in cui era stato punta di diamante dell'innovazione dell'IA di cui si considera uno dei padri.*

*Richiedendo la consapevolezza della necessità di decisi e pronti interventi nell'ortodossia della ricerca e dello sviluppo in senso cyberetico. Come argine agli effetti destabilizzanti che un uso improprio dell'IA determinerebbero a livello lavorativo e sociale nel mondo occidentale. Per il lavoro "umano" sostituito dal software, ad opera di quell'algoritmo "egemonico", fonte di diretta disoccupazione del sapiens, pur previsto da anni dal buon senso di pochi come pure dalle previsioni di tanti economisti, premi Nobel, e da pensatori eccellenti premonitori di queste realtà, identificate come fonte di tensioni lavorative e di nuove povertà. A ben vedere favorite dal lavoro proprio dell'essere umano investito dal ruolo di tutor-Clickworker che addestrano le macchine dotate di programmi per definizione stupidi ma che correlano i dati ben orientati forniti dell'umano, in modo da apparire addirittura intelligenti per quanto in una dimensione virreale. Giovani neolaureati specializzati nei settori specifici dell'informazione del machine learning che, per primi e per ironia della sorte, ne saranno gli artefici dello sviluppo che le porterà ad esserne le vittime. Fin d'ora tutori in cerca di un lavoro decoroso ma che ricevono un trattamento retributivo, però, da caporalato. E intanto, la formazione dell'infante e ibrida-IA la porta a crescere ad opera altrui, assorbendo in modo amorfo quanto gli servirà nel sistema di correlazioni "attive" dettate dagli algoritmi, programmi creati per l'occorrenza. Anche l'occidente non è da meno. Il fenomeno della progressione della digitalizzazione sanitaria evidenzia l'innovazione nel ruolo sostitutivo del sapiens sanitario da parte dell'ipersapiens informatico anche nei settori della medicina prima impensabili e che interessano espressamente la professione medica. In una prospettiva di futuro da disoccupazione, in cui ha ruolo indiscusso il cattivo uso dell'IA con effetti, se non governata, parificati allo scoppio di una bomba atomica ricordando la premonizione di Hinton, se non si operi al governo attivo dell'IA.*

**[SEGUE...]**

**[SEGUE...]** Avvalorando il nostro mantra: *Governare l'IA e non esserne governati. A maggior ragione, come si accennava, avendo ripercussioni sensibili in ambito sanitario, in cui l'IA istruita e con computazione di dati infiniti, è già in grado di processare dati utili alle diagnosi medico-strumentali con alta e realistica precisione. In ciò, con la prerogativa evidente di sostituire l'umano. Si fa strada, in modo concreto e non solo in Cina, l'Agent Hospital, in cui ne è testimonianza attiva l'esperienza dell'Università di Tsinghua di Pechino, nuova patria della robotica e dell'avvenirismo virreale in medicina. Tutto ciò per volontà dei sapiens, atti a fornire le corrette istruzioni per consentire il viraggio dell'IA da grande spugna, con forte capacità assorbente di dati, a indispensabile assistente virtuale, battezzandola come Agente, personificandola in esperto e collaboratore esecutivo, decisore ed effetto su temi specifici. A dimostrazione di una capacità diretta di diagnosi stimata del 100% e di conseguenti risultati terapeutici, in questa fase ancora uomo-mediati con altrettanto ragguardevoli risultati dovuti al connubio uomo-macchina-IA. In un rapido giro d'orizzonte una simile innovazione non riguarda la sola Cina, ma il altre parti si sono già attivi Virtual hospital e Virtual Doc, in grado d'essere, essi stessi, IA agenti, "consentendo" diagnosi e terapia con evidenti ripercussioni sui risparmi. Non menzionando, se non residualmente, la presenza di un costante supporto umano, non più tanto necessario. Perplessità ne derivano, però, sul piano delle responsabilità. Soprattutto, in caso di errore della componente meccanica (la macchina) e del software, aprendo una serie di riflessioni e approfondimenti sul tema non di poco conto. Come pure sulla ripercussioni della forte cesoiata inferta alle professioni in ambito sanitario, non solo mediche.*

*Al Presidente, Pierantonio Muzzetto*



<sup>1</sup> Rif. P. Muzzetto, il CDM in gestazione: aspetti etici, bioetici e professionali. Atti Convegno "il Prisma Virreale in medicina: Rapporto umano o cibernetico? Il dilemma bioetico", Parma 3 Nov.2023, pg 144. Declinazione delle realtà: 1-Realtà oggettiva vissuta coi cinque sensi. 2-Realtà Virtuoreale o Virreale (o Reale/Virtuale coesistenti nella prassi): Indica la fusione di esperienze digitali e fisiche umane (sapiens), dove la realtà virtuale e quella aumentata arricchiscono o sostituiscono la percezione del mondo fisico umano in tempo reale. Non è più una simulazione alternativa, ma un'estensione del vissuto quotidiano. 3- Realtà Aumentata (AR): Sovrappone elementi digitali (immagini, suoni, informazioni) all'ambiente fisico, migliorando la percezione del reale senza eliminarlo. 4-Realtà Virtuale (VR): Crea un'esperienza completamente immersiva, in cui l'utente è isolato dall'ambiente fisico e immerso in un mondo simulato. 5-Realtà Mista (MR): Rappresenta il culmine dell'integrazione, combinando elementi di VR e AR, permettendo agli oggetti digitali di interagire con l'ambiente fisico reale.

## L'Editoriale del Presidente Muzzetto sulle liste d'attesa e sul valore del medico e della medicina in risposta al servizio messo in onda su Mediaset

*Il problema sollevato in maniera forte nel servizio andato in onda su Mediaset domenica sera, all'interno di una trasmissione televisiva, ha aperto nuovamente le polemiche sulle liste d'attesa, riportando un ritornello molto diffuso nei mesi scorsi. Differenti ne risultano, però, le cause. Molto si è detto a questo proposito dell'attività libero professionale dei medici, davvero residuale in molte realtà italiana.*

*Non è sostenibile che truffa e peculato facciano parte della nostra Sanità Pubblica Ospedaliera: cosa non vera al di fuori di qualsiasi altra considerazione e che, in caso contrario, meriterebbe l'attenzione in ben altre sedi di giudizio, cui rimandarla. L'organizzazione carente è sotto gli occhi di tutti, variegata, non solo per questo, nei 21 sistemi sanitari regionali e 2 provinciali, anch'essi dotati di autonomia. Quella emiliano-romagnola è pur sempre una sanità presa ad esempio nazionale, sia a livello organizzativo-gestionale sia qualitativo prestazionale che, ancor oggi, patisce delle conseguenze di due anni di regime pandemico.*

*Fuori dal rispetto dovuto agli attori e per un caso specifico, sono, perciò, da valutare con attenzione le attinenze e i risvolti che l'evento mediatico ha sulla sanità parmense. Per esperienza non crediamo che vi siano dei supposti giochi di potere nella gestione delle urgenze o un retropensiero di chi amministra localmente la salute. Almeno ce lo auguriamo e in caso contrario, nell'ottica precedentemente detta, ci potranno essere diverse valutazioni per responsabilità oggettive, magari non del singolo ma di sistema, che travalicano i confini stretti della città e della provincia.*

*Riguardo il punto dolente della calendarizzazione delle richieste di visite ed esami si vuole garantita un'omogeneità di sistema su tutto il territorio nazionale e non solo regionale se, come si crede, la prestazione della paziente non fosse incardinata in una presa in carico dal sistema*

*assistenziale pubblico per la patologia per cui era stata fatta richiesta. Con evidenza del fatto che si prescrivesse un esame specifico ritenuto urgente piuttosto che differibile o senza che null'altra indicazione fosse specificata, in questo caso determinando tre gradi di programmazione distinti.*

*Con queste premesse riteniamo doveroso capire cosa sia realmente successo, fuori da ogni manifestazione che nulla abbia a che vedere con la ricerca della verità senza che possa essere equivocato l'accaduto partendo dai giusti presupposti in casi come quello a cui si è assistito. I suddetti eventi saranno oggetto di attenta valutazione, ci si augura anche da parte delle autorità, verificando l'esattezza di quanto comunicato, con garanzia che la libera stampa possa dare messaggi assolutamente veritieri.*

*I problemi delle liste d'attesa sono molteplici e non si risolvono con certe manifestazioni e che coinvolgono non solo gli "stretti" addetti ai lavori ma l'intero sistema della "salute gestita" con gli indispensabili doveri della politica a più livelli, che non sempre ci ascolta. Organizzare la sanità è una cosa difficile in un sistema complesso e complicato, soggetto a risposte condizionate dalle risorse in campo, professionali ed economiche che, a seconda di come siano dosate, possono dare risultati assolutamente diversi. A maggior ragione nella realtà sanitaria nazionale così diversificata anche su questo tema delicato e vitale. Coticché, in situazioni di urgenza ed emergenza la rapidità d'intervento ne diventa la prognosi positiva o negativa. E, in sintesi, il primo passo fondamentale è individuare le reali urgenze differenziandole dalle non urgenze, mentre il secondo è capire chi abbia fatto, e perché siano state fatte, queste richieste.*

**[SEGUE...]**

**[SEGUE...]** Nella tradizione ed esperienza Parmense, in ambito oncologico e non solo, laddove il paziente sia afferente, questi è inserito direttamente in percorsi diagnostico-terapeutici, meglio noti come PDTA, ovvero si ha una presa in carico diretta e attiva del paziente, stabilendo all'interno dell'ospedale o della struttura riconosciuta la serie di esami da eseguirsi e, quindi, di ogni prestazione o trattamento necessario. Situazione, questa, che toglie al paziente ogni motivo di doversi recare autonomamente a prenotare per gli esami presso i centri di prenotazione. Salvo che non dipenda da altri sistemi regionali, in quanto purtroppo, con la legislazione attuale, ci troviamo d'innanzi a tanti governatorati autonomi nella gestione della Salute. Resta fermo un punto cruciale: i medici nella oggi medicina non intendono che siano loro attribuiti degli oneri né delle responsabilità che non gli siano propri. Ma è forte la richiesta di risposta adeguate in termini di considerazione di una dignità medica dimenticata e di una forte rivalutazione dell'attività del medico in base alle sue originarie caratteristiche, che nessuna politica livellante le competenze e i ruoli può e deve metter in discussione e, come oggi accade, non rispettare, con attivo esempio per la pubblica opinione.

L'Ordine di Parma che da tempo significa le amplificate difficoltà delle liste d'attesa ed ha sempre denunciato le indecorose retribuzioni dei medici specialisti ospedalieri e convenzionati che mortificano la professione e sono a loro volta causa della carenza degli organici ospedalieri, andando deserti taluni concorsi e ancor più falsando l'idea che essi siano, invece, adeguati ai posti letto attuali e alle reali necessità di salute. Tacendo il fatto che tale malaugurata riduzione sia la conseguenza di una revisione operosa e funzionale dell'assistenza che, al tempo stesso, avvalora la scelta ulteriore della soppressione dei piccoli ospedali, andata di pari passo con la diminuzione dei medici specialisti convenzionati. Ciò a seguito del D.L. Monti 95/2012 (convertito nella Legge 135/2012) o Spending Review e il D.M. 70/2015 che ha ristretto a 3,7 pl/1000 ab. di cui 0,7 per acuti.

La salute è un bene prezioso che è indice produttivo per la società, non una passività in Finanziaria. Lo continuiamo a dire da oltre 15 anni e merita risorse ben maggiori di quelle finora garantite e superiore considerazione dei medici, finora troppo dimenticati dalla politica non solo delle regioni.

*Il Presidente, Pierantonio Muzzetta*



## Preziosi approfondimenti nella sede dell'Ordine in occasione del Convegno “Sanità Pubblica: certificazioni medico legali e vaccinazioni”

**Una folta audience ha riempito la Sala Convegni della sede dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Parma, in via Po 134, in occasione del Convegno Sanità Pubblica: certificazioni medico legali e vaccinazioni, valido per 4 crediti Ecm. L'iniziativa è stata organizzata dall'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Parma, con il supporto della Sezione di Parma della FEDER.S.P.eV.**

Un evento durante il quale esperti e professionisti del settore aziendale e universitario hanno approfondito le Principali attività certificative del medico in ambito medico legale Ausl: disabilità, patenti, porto d'armi, permesso circolazione e sosta invalidi. La seconda sessione è stata poi incentrata sulla necessità di vaccinare, un dovere professionale ed etico, nel controllo e prevenzione delle forme epidemiche, dall'infanzia all'età adulta.

Queste le parole con cui il Presidente Muzzetto ha introdotto la mattinata di lavori: «Trovo davvero importante essere riuniti qui oggi, per approfondire aspetti determinanti ed essenziali riguardanti le certificazioni sotto il profilo deontologico e medico legale con le ripercussioni sul paziente e le vaccinazioni con gli aspetti relativi al loro valore e alla loro non sempre seguita effettuazione. Nella prima sessione, moderata dalla professoressa Valentina Bugelli, Direttore Istituto di Medicina Legale Unipr e Roberto Gallani, Consigliere Omceo di Parma e Presidente Prov.le FEDER.S.P.eV. verrà trattata con gli esperti e responsabili del settore aziendale, la tematica delle certificazioni inerenti agli aspetti della disabilità, della terminalità, ivi comprese anche quelle più comuni nell'ambito delle patenti di guida, o per quanto riguarda i permessi di circolazione dei disabili; non ultimo anche quello

**[SEGUE...]**



**[SEGUE...]** relativo al Patronato, con riferimento alle attività sostenute per la disabilità dalla FEDER.S.P.eV di Parma. Nella seconda sessione, moderata dal professor Gabriele Missale, Direttore UOC di Malattie infettive ed Epatologia AOU Parma e della dottoressa Silvia Paglioli - Direttore UOC Igiene Pubblica Ausl di Parma, ci si concentrerà poi sulle principali vaccinazioni necessarie, un dovere non solo professionale ma anche etico. Il primo aspetto, quello certificativo, rientra nelle necessità pratiche della coerenza clinica delle attestazioni, utili e necessarie da un punto di vista epidemiologico, in cui anche la correttezza della certificazione, rientra nelle difficoltà della diagnosi terminale in situazioni di mancanza di elementi di giudizio, come nei casi della constatazione di decesso, in cui occorre individuare realmente la causa della patologia originaria che ha determinato l'exitus, o le valutazioni che esitano nell'atto certificativo sia nelle situazioni di inidoneità sia in tutti gli altri casi clinici che richiedono una coerenza diagnostica. Occorre infatti considerare il valore delle vaccinazioni e la risposta in tema di contrasto alle malattie infettive che ancora oggi devono essere soggette all'atto vaccinale. Ciò, al fine di limitarne la diffusione e, soprattutto, visti i momenti a cui stiamo assistendo, con la promiscuità dettata dalla facilità di contatti e il ritorno di patologie considerate, fino a qualche anno fa completamente scomparse. Patologie riemergenti da considerare in relazione all'impatto clinico, sotto l'aspetto assistenziale della spedalizzazione e del contrasto dell'elevata morbilità e mortalità. Freschi dell'esperienza pandemica da Sars Cov2 e per l'esperienza in ambito infantile o geriatrico, va rilanciato il piano pandemico e sollecitata una sua aderenza non solo per le patologie connesse alle virosi stagionali e alle loro possibili complicanze. Ma anche sulla immunogenicità in età pediatrica e geriatrica, con valutazione e controllo dell'incidenza dell'immunità vaccinale per le fasce più a rischio, con un deciso intervento per il contrasto efficace sulla desistenza vaccinale non motivata. Quanto emergerà dal Convegno sarà sicuramente di grande utilità anche per le competenze dei relatori.

Avremo quindi la possibilità di promuovere una formazione in ambito anche Ordinario, in linea con le prerogative ad esso assegnate quale segno di una sempre stretta collaborazione con il Sistema Sanitario e il Dipartimento di Medicina dell'Università, con cui concorrono continui e stretti rapporti».

«Affronteremo oggi sia la parte medico-legale, incentrata sulla parte certificativa, sia quella più igienistica, incentrata sulla vaccinazione, ovvero approfondimenti importantissimi e attuali per l'intera comunità - ha sottolineato Valentina Bugelli, Direttore Istituto di Medicina Legale Unipr e moderatrice insieme a Roberto Gallani, della prima sessione della riunione, intitolata "Principali attività certificative del Medico in ambito medico legale Ausl, disabilità, patenti, porto d'armi, permesso circolazione e sosta invalidi ecc" -. Credo inoltre sia decisivo approfondire tutti gli ambiti che riguardano l'obbligo di certificazione, su cui occorre focalizzarci. Questi incontri sono infatti essenziali, vediamo spesso, all'interno del campo della Medicina Legale, dei vulnus certificativi, dovuti anche a un sovraccarico lavorativo dei medici». Gabriele Missale, Direttore UOC di Malattie infettive ed Epatologia AOU Parma e Silvia Paglioli, Direttore UOC Igiene Pubblica Ausl di Parma, hanno poi moderato la seconda sessione dell'iniziativa, dedicata a La necessità di vaccinare: dovere professionale ed etico nel controllo e prevenzione delle forme epidemiche, dall'infanzia all'età adulta. «Notiamo un'esitazione all'interno della popolazione sulle vaccinazioni che dobbiamo trovare il modo di superare. Esistono vaccinazioni che si fanno non soltanto nell'infanzia, ma anche in età adulta, ed il ruolo del medico di famiglia è fondamentale nel sensibilizzare i pazienti e convincerli, insieme alle comunicazioni che arrivano direttamente dall'Igiene Pubblica - ha evidenziato Missale -. Dopo le ultime questioni riguardanti il Covid e tutte le polemiche connesse, seve ancora più comunicazione positiva sulle vaccinazioni, cosa che non sempre avviene. Faccio un esempio positivo, spesso sottovalutato, riguardante il vaccino della varicella nei giovani che può diventare un ottimo investimento per il futuro. Ci sono delle pubblicazioni recenti che fanno notare come la vaccinazione contro la varicella nei

**[SEGUE...]**

**[SEGUE...]** giovani possa poi avere un impatto positivo sul rischio di demenza nella terza età. Un dato trasversale che può certamente invogliare». «Le vaccinazioni sono uno strumento di prevenzione formidabile, si sono molto evoluti e hanno un profilo di sicurezza molto elevato. Possono essere inoltre co-somministrati, quindi in un'unica seduta noi possiamo proteggere le persone nei confronti di più agenti - ha spiegato Paglioli -. È cambiata molto anche la concezione di vaccinazione nell'arco della vita, perché classicamente eravamo abituati a percepire i vaccini come un provvedimento dell'età evolutiva, al giorno d'oggi invece disponiamo di un calendario vaccinale per la vita, quindi ad ogni età, ad ogni condizione fisiologica o patologica va associata l'opportunità di una copertura vaccinale. È molto importante oggi, con l'evoluzione della vita che è notevolmente aumentata, con l'aumento delle patologie croniche e delle fragilità, considerare lo strumento vaccinale per potere supportare la maggiore durata della vita stessa, in una condizione di benessere e di autonomia».

Questo l'elenco degli illustri relatori del Convegno:

Marco Barbosa – Responsabile UOS di Medicina Legale – Igiene Pubblica Ausl di Parma

Giorgia Boldini – Medico Dirigente Servizio Igiene Pubblica Ausl di Parma

Valentina Bugelli – Direttore Istituto di Medicina Legale Unipr

Angelo Crapisi – Medico Dirigente Medicina Legale – Igiene Pubblica Ausl di Parma

Roberto Gallani – Consigliere Omceo di Parma – Presidente Prov.le FEDER.S.P.eV.

Marianna Maestri – Responsabile Provinciale patronato Epaca

Gabriele Missale – Direttore UOC di Malattie infettive ed Epatologia AOU Parma

Silvia Paglioli – Direttore UOC Igiene Pubblica Ausl di Parma

Elisa Sacconi – Medico Dirigente Servizio Igiene Pubblica Ausl di Parma

Giuseppe Tria – Medico Dirigente Medicina Legale – Igiene Pubblica Ausl di Parma

Milena Vignali – Responsabile UOS Fidenza-Valli Taro e Ceno – Igiene Pubblica Ausl di Parma



## Torna il progetto formativo “Avvio alla professione” dedicato agli studenti del sesto anno del Corso di Laurea in Odontoiatria di Parma

Torna anche in questo 2026 il progetto formativo “Avvio alla professione” rivolto agli studenti del sesto anno del Corso di Laurea in Odontoiatria di Parma. L’iniziativa è stata promossa da diverse realtà, tra cui la Commissione Albo Odontoiatri (Cao) nazionale della FNOMCeO (la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri), in collaborazione con i sindacati Andi e Aio e con la Fondazione Enpam (l’Ente previdenziale di categoria). Previdenza Enpam, aspetti gestionali e fiscali della professione, la gestione dell’apertura di uno studio odontoiatrico e i rapporti di collaborazione professionale saranno alcune delle tematiche trattate durante il corso. Si tratta di una preziosa iniziativa di avvio alla professione, coordinata dal Dottor Massimo Manchisi, e utile per aiutare gli studenti nel loro passaggio dal mondo accademico a quello professionale, un supporto prezioso nel faticoso percorso dell’avviamento alla professione, spaziando dai consigli pratici legati agli iter burocratici amministrativi e autorizzativi a quelli più strettamente legati alla professione quali

l’ECM o la corretta comunicazione dell’odontoiatra verso il proprio paziente. Il percorso prevede corsi frontali all’Università di Parma e un corso sulla responsabilità professionale che gli studenti hanno frequentato a novembre nella sede dell’Ordine, in via Po. Il progetto sarà inoltre impreziosito da incontri con figure importanti, come il comandante dei Nas di Parma, il Maggiore Domenico Guerra e la Dottoressa Natalia Sodano dell’Igiene Sanità Pubblica Ausl Parma. Durante la prima lezione, aperta dai saluti del Presidente Omceo Parma Pierantonio Muzzetto, il Coordinatore del progetto Massimo Manchisi e il Presidente della Cao Parma, Angelo Di Mola, hanno illustrato le finalità e le modalità di svolgimento del corso. La preziosa introduzione del Presidente Muzzetto si è incentrata sulla bioetica e la deontologia. Si è dato poi spazio anche all’intervento della Professoressa Maddalena Manfredi, Presidente del corso di laurea in Odontoiatria presso l’Ateneo parmigiano.



## Gli articoli 19, 20, 21 E 22 del Codice Deontologico. A cura della Presidenza e del Comitato di Redazione

### Art. 19 Aggiornamento e formazione professionale permanente

Il medico, nel corso di tutta la sua vita professionale, persegue l'aggiornamento costante e la formazione continua per lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze professionali tecniche e non tecniche, favorendone la diffusione ai discenti e ai collaboratori. Il medico assolve agli obblighi formativi. L'Ordine certifica agli iscritti ai propri Albi i crediti acquisiti nei percorsi formativi e ne valuta le eventuali inadempienze.



### Commentario:

*L'articolo pone in evidenza un aspetto non solo etico ma, al contempo, di necessità per la professione agita richiamando allo sviluppo della conoscenza e all'ampliamento delle competenze attraverso il continuo aggiornamento e all'acquisizione delle tecniche avanzate della medicina.*

*Nella secca affermazione per il medico del dovere di assolvimento degli obblighi formativi, certificati dal proprio Ordine, valutandone le inadempienze, si fa strada il richiamo alla norma legislativa e alle opportunità: difatti, al medico è fatto obbligo della formazione continua e all'Ordine di partecipare attivamente attraverso idonei strumenti all'aggiornamento del medico, trovando tutte le strade collaborative con le altre Istituzioni, perché ciò sia reso possibile.*

*Con richiamo alla legislazione ultima sulla responsabilità medica, in modo limitativo per ruolo e funzione, nella definizione di esercenti le professioni sanitarie, ogni medico ha il dovere di farlo per l'esercizio della professione e, anche, come condizioni irrinunciabile per la copertura assicurativa<sup>1</sup>.*

*Ciò come requisito imprescindibile per professare col possesso del requisito legislativo, e ancor prima etico, dell'aggiornamento.*

<sup>1</sup> Rif. Formazione Continua comporta il percorso in ambito ECM con il conseguimento dei crediti formativi necessari per l'esercizio professionale secondo i D.Lgs 502/92 (De Lorenzo) e D.Lgs 229/1999 (Bindi) e con la L.24/17 (Gelli-Bianco) in tema di responsabilità, di aggiornamento e di requisiti sia per la professione che per la copertura assicurativa con impatto negativo in caso di inadempienza poiché il mancato assolvimento degli obblighi ECM può comportare la mancata copertura assicurativa per il professionista, con attesa indicazione delle sanzioni con decreto regolamentare ancor oggi carente. Con la decretazione "parziale" del dicembre 2023 (D.M. 232/2023) è sancito l'obbligo assicurativo per le strutture e i professionisti sanitari: entra in vigore l'art.38 bis del decreto 152 del 2021, che stabilisce l'efficacia delle polizze in base all'adempimento degli obblighi formativi nel triennio ultimo utile in misura del 70%, precisando come vi sia il conseguimento dei crediti formativi (ECM) per avere la copertura assicurativa.

**Art. 20****Relazione di cura**

**La relazione tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta e sull'individuazione e condivisione 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 dei diritti e su un'informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura.**

**Commentario**

*È, questo, uno degli articoli più controversi, non tanto per la sua stesura e interpretazione, di fatto semplice e inequivocabile, quanto per la sua trasgressione. Trasgressione di un adagio infruttuoso sul piano dell'assistenza e della cura del medico, quanto per la poca considerazione dell'assistito nella prassi sanitaria e nelle implicazioni psicopolitiche nella gestione della salute. È luogo comune il fatto che la base dell'assistenza e della cura caratterizzi un rapporto "evoluto" con l'instaurarsi di una relazione che deriva dal rapporto fiduciario duale<sup>2</sup>, quale preludio, nei sistemi complessi di cura (ospedale e degenze, ma anche nell'assistenza a livello territoriale) in cui ci siano altri contributi complementari dovute alla cooperazione di varie figure che, anch'esse a vario titolo, partecipano al sistema complesso delle cure. Ma la relazione medico paziente è il fondamento solido del percorso di salute su cui si sommano, con un crescendo armonico, le altre prestazioni presupponendo un periodo di comunicazione compresa, dialogica, che è parte stessa della cura e dell'assistenza. Da qui, a cascata, le altre componenti giustificative che sono basate sulla libertà di scelta, dunque l'autonomia individuale alla base del concetto che verrà più avanti specificato negli articoli che fanno da preludio alle DAT. Non solo come "atto di rispetto" dell'autonomia che sancisce il principio dell'autodeterminazione quanto, piuttosto, un atto di responsabilità e di consolidamento della fiducia fra medico e paziente che risulta puntualmente informato e partecipe delle scelte, così da parlare di vera alleanza. Il minimo comun denominatore è, in tutto ciò, il tempo così da considerarlo elemento fondamentale espresso nella considerazione finale: "il tempo della comunicazione quale tempo di cura". Il definire l'articolo controverso è proprio per quest'ultima affermazione che impone al medico il rispetto dei suoi contenuti, costretti, come si è nella realtà quotidiana, a trasgredirlo per la numerosità delle richieste di prestazioni cui non coerenti tempari prestazionali, soprattutto, in ambito ambulatoriale ma anche in ambito clinico e di*

**[SEGUE...]**

**[SEGUE...]** *degenza ospedaliera. Si crea così un problema di attinenza alla deontologia e, soprattutto, una limitante oggettiva alla “buona cura”.*

*Né, conseguentemente, risulta giustificabile e accettabile ogni improbabile considerazione di coloro che interpretano il tempo di comunicazione come una sommatoria dei tempi dedicati dai vari componenti del sistema di assistenza e cura (lavoro in équipe), da cui il rispetto dell’art. 20. In questo modo, sminuendo la relazione medico paziente nel suo essere e nelle sue necessità e ottenendo il riconoscimento del valore della relazione e dell’alleanza di cura come volano per la realizzazione di quanto previsto dalla nostra Costituzione, riguardo la tutela della salute del singolo e collettiva da parte del medico.*

2. Rif. Commentario dell’art. 4 e rif. alla L.219/17



**Art. 21****Competenza professionale**

**Il medico garantisce impegno e competenze nelle attività riservate alla professione di appartenenza, non assumendo compiti che non sia in grado di soddisfare o che non sia legittimato a svolgere.**

**Art. 22****Rifiuto di prestazione professionale**

**Il medico può rifiutare la propria opera professionale quando vengano richieste prestazioni in contrasto con la propria coscienza o con i propri convincimenti tecnico-scientifici, a meno che il rifiuto non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona, fornendo comunque ogni utile informazione e chiarimento per consentire la fruizione della prestazione.**

**Commentario:**

*Gli articoli 21 e 22 sono consequenziali e interconnessi e vengono commentati insieme. Nella sua brevità il contenuto dell'art.21 richiama a due concetti fondamentali, quello della consapevolezza dell'essere e quello della sicurezza nel fare. Due aspetti che richiamano sempre, in un fil rouge, gli articoli precedenti del dovere e del saper fare e, dunque, delle competenze acquisite e certe (artt.3-13) come pure la consapevolezza del proprio status (in particolar modo nell'estensione dell'ultimo comma dell'art.7). Ma, a ben vedere, quella della competenza professionale non è una semplice enunciazione di principi formativi ma parte da un concetto più profondo: quello del comportamento nel mare tempestoso della medicina, in cui spesso il medico si trova a navigare nella solitudine, di fronte a decisioni che nemmeno la tecnologia può compiutamente aiutare a prendere con sicurezza, se non adeguate a quella persona che necessita di prestazioni talvolta immediate e critiche. In questo vi è la stella polare che lo guida: è proprio la coscienza dei propri limiti e il prestare con competenza la propria opera, pur coi limiti dovuti alle situazioni apparentemente irrisolvibili. È proprio questo il problema che si pone quando si legge, in positivo, dei "compiti" che sia "in grado di soddisfare" e che sia "legittimato a svolgere". Riportando al concetto mai abbandonato dell'agire in scienza e coscienza. Ma anche del giudizio clinico, ovvero dell'applicazione della scienza e della coscienza nell'applicazione delle conoscenze (linee guida -LG) commisurate al caso concreto, ovvero al caso clinico, frutto, perciò, di valutazione, del giudizio dovuto alla visita e, ancor prima, della raccolta puntuale dei dati probanti della causa della sintomatologia che richiede tempo e corretta comunicazione. Elementi, questi, che sono alla base delle responsabilità mediche analizzate in ambito giuridico, nei casi di contenzioso<sup>3</sup>, facendo ancora una volta considerare il CDM, custodia dei principi della professione, come riferimento giuridico, per così dire, di Il livello da parte della nostra Corte di cassazione<sup>4</sup>. L'art.22 continua nel solco della scienza e della coscienza, ovvero della conoscenza applicata e richiama per alcuni aspetti all'art. 13<sup>5</sup> e trova coerenza nel titolo IV<sup>6</sup>. [SEGUE...]*

**[SEGUE...]** *Risulta evidente come il rifiuto alle cure debba essere legato a situazioni di “coscienza” e su richiesta da parte dell’assistito, in quanto persona senziente, di prestazioni non condivise<sup>7</sup> con un’unica riserva, ovvero che comporti una scelta di “non cura” incompatibile, però, coi principi della continuazione delle cure salvavita (“a meno che il rifiuto non sia di grave e immediato nocimento per la salute della persona”) qualora condivise e consentite nel rispetto dell’autonomia del paziente, ma mai abbandonandolo e con la continuazione della relazione di cura (“fornendo comunque ogni utile informazione e chiarimento per consentire la fruizione della prestazione”)<sup>8</sup>.*

*In ogni caso seguendo il filo conduttore che vede la relazione con equilibrio di autonomie, della persona assistita e del medico, evitando scelte bilaterali che possano portare a considerare, invece, l’eteronomia degli attori<sup>9</sup>, mal riconducibile alle scelte, almeno per il medico, in scienza e coscienza.*



<sup>3</sup> Rif. Paolo Piras, Procuratore Repubblica di Sassari, Atti convegno Etica e diritto nella prassi medica – Ordine dei Medici e Odontoiatri tenutosi a Parma il 12 aprile 2017. <https://www.sistemapenale.it/it/scheda/piras-il-medico-che-ha-agito-in-scienza-e-coscienza-e-responsabile-in-caso-di-danni-al-paziente>

<sup>4</sup> Rif. Andrea Nicolussi, Ordinario Diritto Civile Unicatt MI. Atti Convegno “Responsabilità sanitaria: dal contenzioso medico alle assicurazioni alla luce della legge 24/2017- Parma 13 ottobre 2017 – Relazione: La legittimità dell’atto medico tra finalismo sociale e consenso informato”. [...] Nei “giudizi disciplinari nei confronti dei professionisti, l’individuazione delle regole di deontologia professionale e la loro applicazione nella valutazione degli addebiti attengono al merito del procedimento e sono insindacabili in sede di legittimità, se congruamente motivate, perché esse si riferiscono a precetti extragiuridici ovvero a regole interne alle categorie e non già ad atti normativi” (Cass. Civ. Sez. III, sentenza dell’11 ottobre 2006, n. 21732; così anche precedentemente Cass. Civ., SS.UU., sentenza del 23 luglio 1993, n. 8239; Cass. Civ. n.11488 del 1996; ancora in tal senso Cass. Civ., Sez. III, sentenza del 4 giugno 2004, n.10644.

<sup>5</sup> Rif. CDM art 3 e 13

<sup>6</sup> Rif. CDM Titolo IV Informazione e Comunicazione Consenso e Dissenso (Artt. 33-39)

<sup>7</sup> Rif CDM art.13 ultimi 3 commi: Il medico non acconsente alla richiesta di una prescrizione da parte dell’assistito al solo scopo di compiacerlo. Il medico non adotta né diffonde pratiche diagnostiche o terapeutiche delle quali non è resa disponibile idonea documentazione scientifica e clinica valutabile dalla comunità professionale e dall’Autorità competente. Il medico non deve adottare né diffondere terapie segrete.

<sup>8</sup> Rif. CDM artt 35-37-38

<sup>9</sup> Rif. Andrea Nicolussi (idem). Vedi nota 18 Atti Convegno 18 ottobre 2017. Responsabilità sanitaria: dal contenzioso medico alle assicurazioni alla luce della legge 24/2017 [...] “Altrimenti, diviene sempre più concreto il rischio di una eterodeterminazione legale o sociale o economica della attività medica che può derivare non solo dalla crescita della dimensione techno-strutturale e per certi versi burocratica in cui tale attività si svolge, ma anche da pressioni culturali verso una sorta di tirannia del principio di autodeterminazione del paziente”

## Certificazione Inps sulla invalidità e disabilità (D.Lgs. n. 62/2024)

L'Inps avverte: a partire dal 1° marzo 2026, è prevista la terza fase della sperimentazione della riforma della disabilità, introdotta dall'art. 7 del decreto-legge 19/2026.

L'attivazione del nuovo sistema di accertamento riguarderà la Provincia di Parma dall'1 gennaio 2027, salvo diverse indicazioni.

**Cosa cambierà?**

Una delle principali novità introdotte riguarda la nuova modalità di avvio del procedimento di accertamento della disabilità, con la sola trasmissione telematica all'INPS del certificato medico introduttivo, da effettuarsi tramite l'apposito servizio, senza necessità di ulteriori adempimenti o domande. Con questa innovazione, l'INPS diviene titolare unico del processo di accertamento della disabilità. A partire dal 1° marzo 2026, nelle province coinvolte nella terza fase sperimentale, il certificato medico introduttivo sarà l'unico strumento valido per avviare il procedimento di riconoscimento della condizione di disabilità. Il certificato medico introduttivo rappresenta il presupposto necessario ed essenziale per la presentazione dell'istanza per l'avvio del procedimento valutativo di base finalizzato all'accertamento della disabilità, così come declinata dalla nuova normativa emanata con il D.Lgs. n. 62 del 3 maggio 2024, secondo le modalità espressamente richiamate all'art. 8. La normativa italiana ha unificato le procedure per la valutazione dell'invalidità civile, della cecità, sordità e Legge 104. Il certificato medico introduttivo può essere trasmesso dai medici SSN (medicina generale, pediatri, specialisti), dai medici di strutture pubbliche o private accreditate, dai liberi professionisti purché ottemperate specifiche competenze (ECM) su classificazioni OMS ed espressamente indicate dal Ministero della Salute.

Di seguito riportiamo in allegato la documentazione ed i tutorial predisposti:

- [F.A.Q. riforma della disabilità](#)
- [INPS per la disabilità](#)
- [Certificato medico introduttivo](#)
- [Certificato medico introduttivo – invalidità civile](#)
- [Tutorial per la compilazione del Certificato medico introduttivo](#)
- [Vademecum per la somministrazione del questionario WHODAS 2.0](#)
- [Decreto legislativo n 62 del 3 maggio 2024 - disabilità](#)
- [Portale Inps - Riforma della disabilità al via la terza fase sperimentale](#)
- [Prime istruzioni operative per l'avvio della seconda fase sperimentale](#)
- [Avvio sperimentazione nelle Province](#)
- [Indicazioni operative sulla profilazione dei medici certificatori per l'accesso al servizio di presentazione del certificato medico introduttivo per la terza fase sperimentale](#)



## Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope

La Fnomceo ha reso noto l'aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni e integrazioni. Con il decreto 10 febbraio 2026, il decreto 3 marzo 2026 e il decreto 12 marzo sono state inserite nella tabella I e nella tabella IV nuove sostanze psicoattive.

-Con il Decreto 10 febbraio 2026:

- Nella tabella I del Testo unico sono state inserite le sostanze: 2C-EF; 1'-etil HHC; 4-HO-MPT; HHC-C8; 2-Br-HHC; mefenqualone; etilene isotonitazepina e la specifica indicazione delle sostanze: MDMA-PINACA; ADMA-5en HEXINACA; MMB-PINACA; EDMA-4en-PINACA; CH-BINACA; CUMIL-FUBINACA; 3',4'-dimetil- $\alpha$ -PVP; 3
- Nella tabella IV del Testo unico sono state inserite le sostanze: etilbromazepam; CL-218,872 e clonazepam.

-Con il Decreto 3 marzo 2026

- Nella tabella I del Testo unico sono state inserite le sostanze: delta-8-THC-metilcarbonato; 2-allil-delta-8-THC; 2-allil-delta-9-THC; 2-allil-delta-8-THC metilcarbonato; protodesnitazepam.

Con tali decreti il Ministero della salute ha ritenuto di dover procedere all'aggiornamento delle tabelle I e IV del Testo unico, a tutela della salute pubblica, in considerazione dei rischi connessi alla diffusione di nuove sostanze psicoattive sul mercato internazionale e sul territorio nazionale, riconducibile a sequestri effettuati in Europa e in Italia.

-Con il Decreto 12 marzo 2026

- Nella tabella I del Testo unico è stata inserita la specifica indicazione della sostanza MDMA-FUBINACA. (26A01396)

ALLEGATI:

- [Comunicazione Fnomceo numero 30](#)
- [Decreto 10 febbraio 2026](#)
- [Comunicazione Fnomceo numero 34](#)
- [Decreto 3 marzo 2026](#)
- [Comunicazione Fnomceo numero 39](#)
- [Decreto 12 marzo 26](#)



## Proroga dei termini per lo scorrimento delle graduatorie degli idonei al Corso Di Formazione Specifica in Medicina Generale (triennio 2025-2028)

---

La Fnomceo segnala che sulla Gazzetta Ufficiale n. 30 del 6-2-2026 è stato pubblicato il decreto 13 gennaio 2026 con il quale il Ministro della salute ha stabilito, limitatamente al corso di formazione specifica in medicina generale del triennio 2025-2028, il termine dello scorrimento della graduatoria degli idonei al corso di medicina generale in complessivi centottanta giorni dalla data di inizio del corso di formazione.

ALLEGATI:

- [Comunicazione Fnomceo numero 26](#)
- [Decreto 13 gennaio 2026](#)



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

## Rinnovo del Corso di formazione regionale sulla Dispositivo-Vigilanza – FAD (Edizione 2026)

La Regione Emilia-Romagna si informa che è disponibile l'aggiornamento del corso regionale dal titolo "Dispositivo – Vigilanza: normativa e gestione delle segnalazioni sui dispositivi medici e diagnostici in vitro", rivolto a tutti gli operatori sanitari dell'Emilia – Romagna e accreditato per 5,4 ECM. Il corso è rivolto a tutti gli operatori sanitari, in particolare a coloro che operano nelle strutture pubbliche e private, farmacisti territoriali di farmacie convenzionate o parafarmacie, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta.

Il percorso formativo ha l'obiettivo di migliorare le conoscenze sulla dispositivo vigilanza al fine di aumentare la qualità e la numerosità delle segnalazioni a tutela della salute e sicurezza di tutti coloro che interagiscono con i dispositivi medici.

Il corso sarà fruibile a partire da lunedì 23 febbraio su piattaforma regionale Self, accessibile al link:

<https://www.self-pa.net/>

L'accesso è consentito a tutti i professionisti sanitari operanti sul territorio regionale, previa autenticazione mediante SPID o altra identità digitale. Al completamento del percorso, è messo a disposizione un servizio di tutoraggio per i discenti.

Per eventuali chiarimenti è possibile contattare la Dott.ssa Patrizia Falcone e la Dott.ssa Melania Patuelli all'indirizzo [dispositivo-vigilanza@regione.emilia-romagna.it](mailto:dispositivo-vigilanza@regione.emilia-romagna.it).

### OBIETTIVI

Acquisizione di strumenti nell'ambito della Dispositivo-Vigilanza utili per:

- applicare la normativa vigente
- riconoscere gli eventi correlati alla Dispositivo-Vigilanza
- effettuare segnalazioni di incidente, incidente grave e reclamo

### ALLEGATI:

[-Locandina](#)

[-Nota](#)

[-Programma](#)



## Note di Farmacovigilanza: nota informativa relativa a Arixtra (Fondaparinux sodico) e raccomandazioni dal PRAC

L'Ausl di Parma ha trasmesso le seguenti note di farmacovigilanza:

Nota Informativa Importante di Qualità relativa a Arixtra (Fondaparinux sodico): Difetto importante di qualità relativo all'ago della siringa preriempita -> [Arixtra](#)

Viartis ha ricevuto segnalazioni di scolorimento di colore marrone e di occlusione dell'ago in alcune siringhe preriempite di Arixtra. Questo difetto di qualità è correlato alla presenza di una particella estranea di ferro all'interno dell'ago che si è ossidato. Sebbene la comparsa di questo difetto sia considerata estremamente rara, esso può manifestarsi in modo casuale nei lotti attualmente distribuiti sul mercato e può potenzialmente interessare tutti i dosaggi di Arixtra. Si raccomanda di attenersi alle seguenti precauzioni di utilizzo prima della dispensazione o della somministrazione di Arixtra: Ispezionare attentamente tutte le siringhe preriempite di Arixtra per verificare l'eventuale presenza di scolorimento alla base dell'ago. Qualora la base dell'ago nella siringa preriempita risulti scolorita (come illustrato nella Figura 1), non dispensare né somministrare Arixtra; restituire invece l'unità al grossista e/o a Viartis per la sostituzione. Informare i pazienti e i caregiver di questo difetto di qualità e fornire loro indicazioni sulle precauzioni di utilizzo, inclusa la necessità di restituire eventuali unità nelle quali venga osservato il difetto.

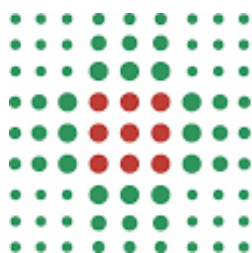
Raccomandazione del PRAC di revoca delle autorizzazioni all'immissione in commercio per i medicinali a base di levamisolo (Aggiornamenti importanti dal PRAC – Riunione del 9-12 febbraio 2026) -> [aggiornamenti importanti dal PRAC](#)

Il PRAC raccomanda la revoca delle autorizzazioni all'immissione in commercio per i medicinali a base di levamisolo. La leucoencefalopatia è confermata come effetto indesiderato grave del levamisolo. Il Comitato per la valutazione dei rischi in farmacovigilanza, il PRAC, ha raccomandato che i medicinali contenenti levamisolo debbano essere ritirati dal mercato dell'UE. Le informazioni esaminate hanno mostrato che i sintomi della leucoencefalopatia possono manifestarsi dopo una singola dose di levamisolo e possono svilupparsi da un giorno fino a diversi mesi dopo il trattamento. La revisione non ha identificato misure per ridurre il rischio né gruppi di persone che potrebbero presentare una maggiore probabilità di sviluppare la leucoencefalopatia associata al levamisolo. Nel complesso, considerando che i medicinali a base di levamisolo sono utilizzati per trattare infezioni parassitarie lievi e che la leucoencefalopatia indotta dal levamisolo è una condizione grave con insorgenza imprevedibile, il rapporto beneficio-rischio di questi medicinali è stato considerato negativo.

La documentazione è presente anche nella sezione del sito internet Ausl e Farmacovigilanza consultabile collegandosi al seguente link: <https://www.ausl.pr.it/azienda/comunicati/default.aspx>

ALLEGATO:

[Lettera dell'Ausl di Parma](#)



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

## SEGRETERIA ORDINE DEI MEDICI

Indirizzo Sito: [www.omceopr.it](http://www.omceopr.it)

Tel. 0521 208818

Mail: [info@omceopr.it](mailto:info@omceopr.it)

Pec: [ordinemedicidiparma@postecert.it](mailto:ordinemedicidiparma@postecert.it)

Orari:

Lunedì: h. 9-13

Martedì: h. 9-17

Mercoledì: h. 9-16

Giovedì: h. 9-17

Venerdì: h. 9-13

NOTIZIARIO DI PARMA MEDICA - Pubblicazione online reperibile sul sito [Omceopr.it](http://Omceopr.it)

*Pierantonio Muzzetto* - Direttore Responsabile

Redazione: *Luigi Ippolito* (caporedattore), *Giovanni Gallo*, *Paolo Carbognani*, *Cristiana Madoni*, *Masimo Manchisi* e *Pietro Ferrari* (addetto stampa)