

Notiziario numero 2/2026 FEBBRAIO

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

SOMMARIO

- “Un segnale mortificante anche nel principio del diritto alla difesa e all’immagine indotta di una “incolpevole” colpevolezza” - Editoriale del Presidente Muzzetto dopo i fatti di Ravenna
- Uno sguardo alla deontologia: gli articoli 16, 17 e 18 del Codice Deontologico
- La situazione dell’ inquinamento dell’aria a Parma (studio Isde) - Muzzetto: "Siamo coscienti che la tutela del nostro Pianeta, a livello locale e globale, è anche nelle mani di ogni singolo Medico"
- Notizie dalla Fnomceo:
 - Certificazione Assenza per malattia inferiore a dieci giorni da parte del medico competente – (D.LGS. 9 aprile 2008 n. 81): La Federazione in risposta all’Omceo di Parma;
 - Divieto ai medici (paroxetina);
 - Decreto-Legge 31 dicembre 2025, n. 200 – Disposizioni urgenti in materia di termini normativi;
 - Certificato necroscopico (Legge 2 dicembre 2025, n. 182) ;
 - Aggiornamento delle tabelle contenenti l’indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope – Inserite nuove sostanze psicoattive;
 - Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028
- 2 marzo 2026 - Evento Amci al Centro Pastorale Diocesano Truffelli di Via Solferino

COMITATO DI REDAZIONE

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



“Un segnale mortificante anche nel principio del diritto alla difesa e all’immagine indotta di una “incolpevole” colpevolezza” - Editoriale del Presidente Muzzetto dopo i fatti di Ravenna



All’interno di questo editoriale troverete le parole del Presidente Pierantonio Muzzetto dopo i recenti fatti riguardanti l’ospedale “Santa Maria delle Croci” di Ravenna, dove il reparto di Malattie Infettive è stato perquisito nel quadro di un’inchiesta penale. Le indagini riguardano alcuni medici e puntano ad accertare l’eventuale irregolarità di certificati medici rilasciati a favore di cittadini extracomunitari irregolari, in vista del loro accompagnamento ai CPR (Centri di permanenza per i rimpatri). All’interno della sua dissertazione il Presidente ha ripreso alcuni concetti che già erano emersi nel lontano 2009. Di seguito riportiamo il testo integrale, intitolato: “Un segnale mortificante anche nel principio del diritto alla difesa e all’immagine indotta di una “incolpevole” colpevolezza”.

I fatti del 12 febbraio, per l’indagine della Procura riguardante i certificati rilasciati da sei medici del reparto di Malattie Infettive dell’ospedale “Santa Maria delle Croci” di Ravenna, ritenuti falsi o impropri finalizzati a impedire il rimpatrio di migranti irregolari nei paesi di origine, hanno lasciato interdetti. Come è cresciuta la perplessità nel venire a conoscenza dalla stampa dei fatti, con una procedura istruttoria adottata per le perquisizioni effettuate dalla polizia giudiziaria in ospedale, motivata da una sorta di “resistenza” burocratica con certificati attestanti le condizioni di salute di migranti irregolari incompatibili con il rimpatrio, verosimilmente riferendosi alle procedure di trasferimento in Centri di Permanenza per il Rimpatrio (CPR). Vasta ne è l’eco e cresce parimenti lo sdegno del mondo medico. Anche per una valutazione collaterale che mette ulteriormente in discussione la considerazione del ruolo e la funzione del medico, chiamato alla tutela della salute nella sua autonomia della valutazione clinica, finora mai messe in discussione. Rientrano gli aspetti delle responsabilità e dell’agire in scienza e coscienza secondo i principi codicistici e anche della saggistica cassazionistica che ben li definisce in molteplici sentenze in tema di responsabilità medica, così da farne giurisprudenza.

Nella valutazione di merito occorre tenere conto che il medico agisce sullo stato di salute della persona che necessita di cura, e di fatto svolge un “fondamentale e peculiare” ruolo di garanzia. Ciò, a prescindere da chi sia e da dove provenga, divenendo eticamente insopportabile pensare di trasformare l’atto medico in atto giuridico, etero indotto o eteroguidato. Fugando scontate quanto improponibili giustificazioni altrui, si hanno forti perplessità che, riguardo i fatti ravennati, si tratti di reati plurimi di falsità ideologica di cui si sono macchiati i medici degli Infettivi di Ravenna, e, qualora confermata, nel rispetto in ogni caso del diritto della difesa da sempre garantito, si avrebbe un ben altro decorso. Ma per l’andamento dei fatti l’indignazione non è certo sopita ma accresciuta nel merito e nel metodo. Ciò non ci esime, però, dal ricordo. Era l’anno 2009, quando era stata avanzata la proposta di inserire nel “decreto Sicurezza”, che allora si andava ad approvare, la modifica dall’art. 35 del TU Immigrazione (Dlgs 286/1998) con l’abolizione del divieto di segnalare gli stranieri non in regola, “c.d. irregolari”, fino ad allora tutelati con la garanzia della loro assistenza e cura a livello ospedaliero e ambulatoriale. In quel frangente giova ricordare come la FNOMCeO avesse vigilato e fosse intervenuta in modo doveroso, scongiurandone l’approvazione. Si trattò della resistenza dei medici, di tutti i medici, contro un attacco all’etica medica, ovvero ai principi della professione. Allora fu chiara la motivazione della categoria, secondo cui la deontologia professionale obbliga a curare chiunque ne abbia bisogno in virtù anche della nostra Costituzione, col garantire la salute come diritto fondamentale, secondo il principio codicistico che si riassume in quel quisquis eget, hic recepi debet, chiunque abbia bisogno qui viene accolto. Rispondendo al principio che declina, di fatto, l’atto medico nel 3° articolo dell’attuale Codice deontologico medico, ancor oggi, quel principio è ancora vigente anche legislativamente, con garanzia di diagnosi e cura dell’emigrato, in qualsiasi ruolo sia presente nel nostro Paese. [SEGUE...]

[SEGUE...] Ciò ci induce ad opporsi con assoluta fermezza alle non accettabili manifestazioni sfociate in dichiarazioni estemporanee di parlamentari anche d'alto rango, così da farci ricordare senza pericolo di smentita, che la funzione di garanzia sopra richiamata, non è una constatazione estemporanea che possa essere ricordata solo in determinate situazioni, non sempre favorevoli al medico. Ma, quello dello stato di salute che sia rilevata oggettivamente per competenza e la sua certificazione, redatta in scienza e coscienza, rappresentano un valore costituito e un dovere nei confronti della persona, intesa come singolo e come collettività, richiamando le Istituzioni alla salvaguardia dei suoi diritti fondamentali, indipendentemente da chi ne sia direttamente interessato. Con la stessa fermezza con cui si rileva la competenza del medico certificatore di quanto osservato e valutato direttamente, si delinea la veridicità quale pilastro fondamentale dell'etica medica e del diritto sanitario nel nostro Paese, fondato sul dovere di giusta informazione, di trasparenza e di lealtà verso ogni paziente. Un obbligo, quello della verità, non solo per norma deontologica, ma quale prerequisito essenziale per ogni atto, riconoscendo il medico legalmente e deontologicamente responsabile della qualità e veridicità delle certificazioni, come pure giustamente perseguibile quando menzognero. Questo è il passaggio nodale: l'etica del professare in tutti i campi e nei confronti di chiunque, da perseguire in modo finalistico, avente come obiettivo cardine la beneficiabilità di ogni atto. Né risulta conveniente, a questo proposito, invocare una sorta di precettazione del medico, pubblico ufficiale in stato di militarizzazione, in quanto lo stesso Codice deontologico non contempla in tempo di pace posizioni di dipendenza dalle norme regolatorie e d'ingaggio della politica; ad onore del vero nemmeno in tempo di guerra si prevedrebbe un comportamento del medico militare estraneo ai principi etici della deontologia medica nei confronti anche della comunità civile. Il discorso si allungherebbe nel considerare le politiche non sempre favorevoli al medico e mai si vorrebbe che certe situazioni così fuorvianti possano portare a decisioni politiche non in linea coi principi etici della medicina che noi, oggi, fortemente difendiamo. Salvo constatare, come

troppo spesso ci si trovi a rincorrere gli eventi, in questo caso deprecabili, senza che si operi ad una reale prevenzione e alla tutela della professione: senza, cioè, che si sia agito in modo da coinvolgere l'intera categoria in un dibattito costruttivo da parte del mondo medico istituzionale. Tutto ciò ci fa dire, senza pericolo di smentita, che proprio in relazione alla garanzia di tutela sanitaria si abbia a operare in modo da riconoscere una volta per tutte la figura del medico, cui compete espressamente la tutela della salute collettiva, secondo i principi etici della professione e nel rispetto di quelli costituzionali, considerando sempre il paziente, una persona da non abbandonare, anche se migrante e pur in presenza di difficoltà oggettive. Il reiterarsi di queste situazioni non fa altro che provocare in noi un forte sentimento di sdegno. I medici che credono nella loro funzione e ruolo sociale, e non solo professionale, devono rialzare finalmente la testa, togliendosi di dosso il peso di un fare politico non certo dalla vista lunga”.

Il Presidente, Pierantonio Muzzetto

Il comunicato è stato pubblicato:

- sul portale della FNOMCEO: <https://portale.fnomceo.it/omceo-parma-un-segnale-mortificante-anche-nel-principio-del-diritto-alla-difesa-e-allimmagine-indotta-di-una-incolpevole-colpevolezza/>
- su Quotidiano Sanità Emilia Romagna: <https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/medici-indagati-a-ravenna-omceo-parma-un-segnale-mortificante-anche-nel-principio-del-diritto-alla-difesa/>
- nella Gazzetta di Parma: [Il comunicato del Presidente Muzzetto pubblicato sulla Gazzetta di Parma](#)



Gli articoli 16, 17 e 18 del Codice Deontologico. A cura della Presidenza e del Comitato di Redazione

Art. 16

Procedure diagnostiche e interventi terapeutici non proporzionati

Il medico, tenendo conto delle volontà espresse dal paziente o dal suo rappresentante legale e dei principi di efficacia e di appropriatezza delle cure, non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, dai quali non ci si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita.

Il controllo efficace del dolore si configura, in ogni condizione clinica, come trattamento appropriato e proporzionato.

Il medico che si astiene da trattamenti non proporzionati non pone in essere in alcun caso un comportamento finalizzato a provocare la morte.



Commentario:

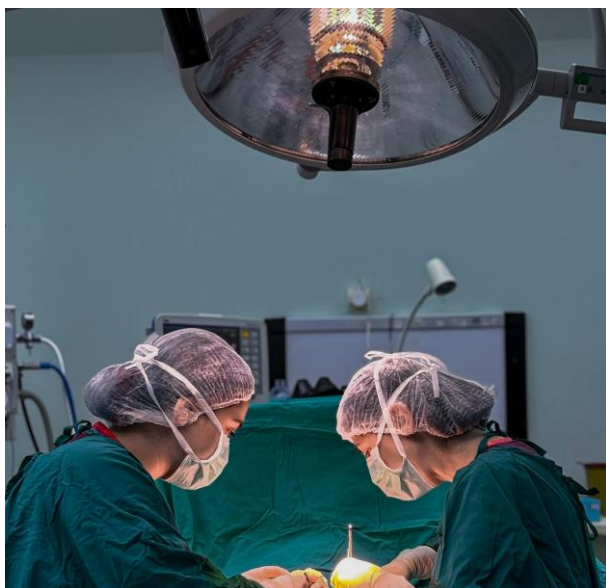
Il concetto "guida" nella redazione del codice è sempre la relazione in ogni atto avvalorata fra medico e persona assistita. Un continuum teorico – pratico del professare che guida nelle scelte condivise sul piano della necessità e della pertinenza con un unico obiettivo, visto nella finalistica beneficalità, del produrre gli effetti di cura efficaci. Una procedura che, nella sua semplicità relazionale, dimostra l'efficienza nell'agire che travalica il significato giuridico del semplice rispetto di un rapporto contrattuale fra le parti, divenendo intesa sancita dalla scelta consapevole dell'iter di diagnosi e di cura fra persone umane in ruoli e funzione diverse accomunate dall'obiettivo acquisito in un percorso in cui si bilanciano le rispettive autonomie: quelle della persona assistita mai disgiunta da quella del medico, in un rapporto umano e umanizzato.

Articolo che viene letto come ovvia conseguenza nella negazione attiva di quanto travalichi la norma che è dettata dall'agire in modo proporzionato e adeguato alle vere necessità e agli obiettivi previsti e sperati ottenibili con la buona condotta, volta a realizzare come attesa prevista "un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita". Ma quest'articolo apre lo scorcio del valore della vita insito nel curare, che è prioritariamente una funzione medica, pur laddove attuata con complementarità delle altre figure che concorrono ad essa sul piano della cooperazione finalistica al bene, raggiunto con la buona cura.

Dunque, semmai ci fossero, con lo scorrere degli articoli, dubbi sul significato e sul valore della medicina interpretata dal medico, si declina la cura come garanzia dell'impegno, nella applicazione delle regole della diagnosi e della terapia, mutate dalla scienza e dall'esperienza, che nella salute vedono il presupposto della vita e non certo della morte. Nel pieno rispetto della persona umana, in questo caso assistita, nella sua fragilità proprio in carenza di quella salute che, della vita, ne è la prerogativa essenziale.

Art. 17**Atti finalizzati a provocare la morte**

Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte.

**Commentario**

*Quest'articolo parte dalla domanda che ci perviene dall'antichità e che si pone oggi il medico come pure la persona comune: dare e preservare la salute si può intendere, e coniugare in estensione del ragionamento sul suo valore, con il procurare la morte? E la morte è possibile intenderla, indipendentemente dalla sua naturalità e la sua procura, come una sorta di preservazione della salute? Una prima risposta ci viene dalla tradizione antica, da Ippocrate: *Non somministrerò a nessuno, neppure se richiesto, alcun farmaco mortale, e non prenderò mai un'iniziativa del genere.* L'articolo, nella sua perentorietà, sancisce il principio prima esposto sulla sacralità del curare e garantire la salute e, conseguentemente, la vita nel rispetto della dignità della persona, umana, fragile perché malata. Ciò apre al ragionamento sui valori. La medicina che nasce, come valore condiviso, nella notte dei tempi, ha la salute come obiettivo e fondazione nella relazione e contempla ogni atto a preservare la vita. Vivere in salute è avvallare la vita e, per questo è arrivato il concetto della sua tutela, così di farne oggetto della nostra Costituzione come diritto e garanzia del singolo e della collettività. Non solo diritto, però, ma anche dovere di preservarla, qualora presente, e raggiungerla quando assente: modificata e arricchita nei contenuti ma non certo svuotata di significato. Pur considerando il principio dell'autodeterminazione, in questo ragionamento non trova albergo il fine non naturale della vita che non certo assurge a diritto costituzionalmente garantito, come diritto individuale non del vivere ma del morire al pari di quello della salute e della vita. Né vi è posto per una ristrutturazione di valori non coerenti col vivere e, per certo verso, di quello della dignità di morire "bene" imposta da chi chiede a chi debba prestare la propria opera per garantire il morire, quale non troppo sottinteso è il pur vero obiettivo eutanasi. Tutelare la salute è, in senso lato, aiutare ragionevolmente a mantenerla e a salvaguardarla: e, così facendo, riuscire a garantire una vita indiscutibilmente degna [SEGUE...]*

[SEGUE...] dell'essere umano, pensante e consenziente, nella fase ultima della sua vita, adottando la palliazione² come mezzo terapeutico essenziale (che vedremo nel proseguo degli articoli del Titolo IV inerenti all'informazione e alla comunicazione come pure il consenso e il dissenso). Con interventi necessari, oggi colpevolmente carenti, che costituiscono quel pallium a garanzia del controllo di indiscusse sofferenze, attraverso quella vicinanza che si declina col prendersi cura ma anche non abbandono. Rispondendo al vero vulnus del fine vita: non è la semplice somministrazione del farmaco che pone fine alla vita in situazioni purtroppo più diffuse di quanto si creda, in ambito adulto e pediatrico. Non si possono certamente trovare soluzioni nelle precocità degli interventi farmaco indotti che determinano tout court la fine della vita. Questo è quanto richiama agli allegati all'art. 17 dopo la sentenza della Corte costituzionale 242/19 che fa seguito alla precedente ordinanza dello stesso tenore e alle successive pronunce sull'autodeterminazione della persona a porre fine alla propria vita nell'implacabile terminalità, richiedendo il suicidio assistito. In nuce, fanno giurisprudenza le sentenze della Corte³ sui criteri di eleggibilità al suicidio medicalmente assistito e, altresì, riguardo la dipendenza da un trattamento di sostegno vitale la cui mancanza comporta la morte, "ha ritenuto che non è discriminatorio limitare a questi pazienti la possibilità di accedere al suicidio assistito, e che tale limitazione non viola il diritto all'autodeterminazione del paziente"⁴, principio su cui si fonda il ricorso del GIP del Tribunale di Milano. Ne consegue l'illegittimità del SMA in tali situazioni in cui si consideri indispensabile, nel consenso, il trattamento palliativo manu medica per cui è colpevole, invece, l'omissione o l'interruzione di tale pratica medica, causa di morte a breve termine. Perciò, è fonte e strumento di garanzia della vita dignitosamente consentita senza sofferenze nella naturalità degli eventi. A prescindere dalla contesa al di fuori delle indicazioni della Corte e anche del suo valore in ambito medico, la palliazione riveste un ruolo primario nella gestione "onorabile" del fine vita. Cosicché il diritto a morire di pochi non prevalga sul dovere di assicurare una dignità del vivere e del morire ad una collettività senza età, silenziosa nel dolore e indipendente nel credo.

Con ruoli assegnati legislativamente⁵ ad attori e coattori pur a fronte di una destrutturata autodeterminazione in ambito delle scelte tra vivere e morire, di fronte ad una spersonalizzazione del medico e del suo agire (atto medico), divenuto esercente anonimo delle professioni sanitarie. A conferma delle posizioni espresse sul SMA è agli atti la posizione espressa in audizione in commissione congiunta Affari sociali e Giustizia della Camera incentrando, nell'ottobre 2020⁶, l'analisi sulla palliazione non omogeneamente garantita e sul ruolo del medico non necator hominis, ma agente coerente al dettato deontologico del curare e prendersi cura in ogni momento della vita della persona. Con un passaggio evidente anche sul Codice Deontologico Medico (CDM) la FNOMCeO ha approvato⁷ all'unanimità la modifica non dell'art.17, rimasto immutato nel principio ma adeguata la non punibilità in riferimento alla sentenza 242/19, non certo annullando il principio del non dare la morte con la non punibilità disciplinare del medico voluta dalla norma giuridica di rango superiore (tale da essere recepita dall'Ente sussidiario dello Stato).

Un principio connesso al rispetto della vita, non sacrificabile sull'onda delle "opportunità", espressione di un pensiero ultra-debole e opportunistico originato dalla mutabilità della politica, perciò modificabile a seconda della visione di un pensiero debole, non consoni al medico, rispetto a quello forte⁸. La forza del medico è la vicinanza e il non abbandono di chi sia in posizione di avanzata e irrimediabile fragilità in un'evoluzione verso il fine vita con tutti i mezzi palliativi e con la vicinanza umana, non certo meno professionale, al sofferente.

1 Rif. Giuramento Ippocratico IV sec. a.C.: Giuro per Apollo medico e per Asclepio e per Igea e per Panacea e per tutti gli Dei e le Dee, chiamandoli a testimoni che adempirò secondo le mie forze e il mio giudizio questo giuramento e questo patto scritto.

I. Terrò chi mi ha insegnato quest'arte in conto di genitore e dividerò con Lui i miei beni, e se avrà bisogno lo metterò a parte dei miei averi in cambio del debito contratto con Lui, e considererò i suoi figli come fratelli, e insegnerò loro quest'arte se vorranno apprendere, senza richiedere compensi né patti scritti.

II. Metterò a parte dei precetti e degli insegnamenti orali e di tutto ciò che ho appreso i miei figli del mio maestro e i discepoli che avranno sottoscritto il patto e prestato il giuramento medico e nessun altro. --- Sceglierò il regime per il bene dei malati secondo le mie forze e il mio giudizio, e mi asterrò dal recar danno e offesa.

III. Non somministrerò a nessuno, neppure se richiesto, alcun farmaco mortale, e non prenderò mai un'iniziativa del genere; e neppure fornirò mai a una donna un mezzo per procurare l'aborto.

IV. Conserverò pia e paura la mia vita e la mia arte. Non opererò neppure chi soffre di mal della pietra, ma cederò il posto a chi è esperto di questa pratica.

V. In tutte le case che visiterò entrerò per il bene dei malati, astenendomi ad ogni offesa e da ogni danno volontario, e soprattutto da atti sessuali sul corpo delle donne e degli uomini, sia liberi che schiavi.

VI. Tutto ciò ch'io vedrò e ascolterò nell'esercizio della mia professione, o anche al di fuori della professione nei miei contatti con gli uomini, e che non dev'essere riferito ad altri, lo tacerò considerando la cosa segreta.

VII. Se adempirò a questo giuramento e non lo tradirò, possa io godere dei frutti della vita e dell'arte, stimato in perpetuo da tutti gli uomini; se lo trasgredirò e spargerò, possa toccarmi tutto il contrario.

Rif. Relazione al Senato del 11.2.25 Cicchetti Americo, direttore della programmazione sanitaria del Ministero della salute Audizione sui piani di potenziamento delle cure palliative: fabbisogno al 2023 (extrarete e rete) di 590.301 prestazioni e con piano di potenziamento di 16 Regioni con Standard riferibili al fabbisogno di cure palliative specialistiche sulla popolazione residente = 208.376; fabbisogno di cure palliative non specialistiche = 392.550; per quest'ultimo sarà necessario lavorare nell'ambito delle cure primarie e delle strutture residenziali per anziani. **[SEGUE...]**

[SEGUE...]

3 Rif. Sentenze Corte costituzionale 242/19, e la135/24, in merito alla legittimità costituzionale dell'art 580 c.p. per violazione degli artt. 2,3, 13, 32, 117 Cost., la più recente sentenza 66 del 20 maggio 2025 (Pres. Amoroso) che ha ribadito i criteri espressi in precedenza (sentenza 135/24).

4 Rif. Corte cost. Sentenza 66 del 20 maggio 2025 e contemporaneo Comunicato stampa: "La Corte ha rammentato quanto già precisato nella sentenza numero 135 del 2024, pubblicata successivamente all'ordinanza di rimessione: il requisito che il paziente dipenda da un trattamento di sostegno vitale è integrato già quando vi sia l'indicazione medica della necessità di un tale trattamento allo scopo di assicurare l'espletamento delle sue funzioni vitali, in particolare ogniqualvolta si debba ritenere che l'omissione o l'interruzione di tale trattamento determinerebbe prevedibilmente la sua morte in un breve lasso di tempo, e sussistano tutti gli altri requisiti sostanziali e procedurali indicati dalla sentenza numero 242 del 2019".

5 Rif. Leggi 219/17 e 24/187.



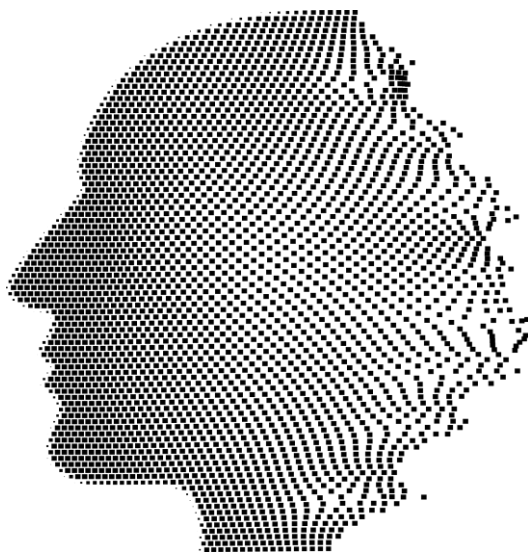
ALLEGATO ART. 17
ATTI FINALIZZATI A PROVOCARE LA MORTE#CORRELATO
ALL'ART. 17
AI SENSI DELLA SENTENZA 242/19 DELLA CORTE
COSTITUZIONALE

La libera scelta del medico di agevolare, sulla base del principio di autodeterminazione dell'individuo, il proposito di suicidio autonomamente e liberamente formatosi da parte di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, che sia pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli (sentenza 242/19 della Corte Costituzionale e relative procedure), va sempre valutata caso per caso e comporta, qualora sussistano tutti gli elementi sopra indicati, la non punibilità del medico da un punto di vista disciplinare.

#Indirizzi applicativi inseriti in data 6 febbraio 2020

Art. 18**Trattamenti che incidono sull'integrità psico-fisica**

I trattamenti che incidono sull'integrità psico-fisica sono attuati al fine esclusivo di procurare un concreto beneficio clinico alla persona.

**Commentario:**

Il problema si presenta nella situazione in cui, per motivi di necessità, si debbano utilizzare presidi, strumenti o interventi fisici atti ad evitare situazioni cliniche nella sfera comportamentale, dovuta a scompenso di malattie o turbe comportamentali di tipo psichico con risvolti sulla persona e con ripercussioni non solo personali, ma coinvolgenti altri soggetti. Situazioni, queste, richiedenti interventi proporzionati alla situazione clinica e rimedi fisici che vadano peraltro ad incidere sui personali aspetti psico-fisici del paziente. La norma del "primum non nocere" è il viatico del comportamento medico per cui a prevalere è sempre il "concreto beneficio clinico della persona". Nella stessa logica è il recente caso Cospito⁹, ovvero il rifiuto ad alimentarsi in carcere con implicazioni mediche e penali in base al quesito di quale sia il comportamento del medico di fronte al rifiuto appena descritto da parte di persona sottoposta a restrizione della libertà personale per gravi reati verso la persona e lo Stato. Pur facendo sommariamente menzione delle norme giuridiche del caso¹⁰ con note della Cassazione o come pure le sentenze della CEDU¹¹ o anche i pronunciamenti per sentenza della Corte costituzionale. Facendo riferimento alla già citata sentenza 242/19 inerente in questo caso la libera scelta per autodeterminazione, si deve considerare la posizione etica e comportamentale del medico. La posizione del medico si richiama al CDM ed a una posizione sec. scienza e coscienza con riferimento agli articoli della relazione di cura che non si interrompe nel rapporto con il paziente in carcere e che poi si richiamano alla L.219/17. Si parte dalla considerazione che la relazione tra medico e paziente si costituisce sulla libertà di scelta e sull'individuazione e condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità (art.20), inserendolo nel comportamento che tiene contro dei doveri quali la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza. Nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera (art.3). Nello specifico del rifiuto consapevole ad alimentarsi (art.53) si ha il dovere di informare la persona assistita, capace d'intendere, sulle conseguenze che un rifiuto

[SEGUE...]

protratto d'alimentarsi comporta sulla sua salute, né si documenta la volontà e si assicura la continua l'assistenza, non assumendo peraltro iniziative costrittive né collaborando a procedure coattive di alimentazione o nutrizione artificiale.

Due i concetti che ne derivano: che la posizione del medico è di vigile assistenza di fronte a situazioni di rifiuto ad alimentarsi, frutto di una scelta che sia espressione di una volontà precisa, non importando assolutamente la motivazione della decisione dell'assistito; e che, in seconda istanza, si conviene che il medico nella dialogia continui nel suo compito di informare compiutamente con la consapevolezza di poter indurre a diversa valutazione e, perciò, riuscire a indurre un cambiamento.

La posizione del medico trova un bilanciamento etico nell'agire in senso del rispetto della norma deontologica come pure della Costituzione (art. 2 e 32) e della normativa legislativa vigente, con un'azione in piena autonomia di giudizio ispirata, cioè, ai principi sui quali ha giurato di proseguire nella professione, pur sempre tesa alla tutela della salute dell'individuo nel rispetto della dignità, sempre e comunque, della persona in quella dimensione che segna la stella polare dell'agire medico.



⁶ Rif. Audizione alla Camera del 8 ottobre 202, documento presentato in data 30 maggio 2019 - <https://portale.fnomceo.it/eutanasia-la-fnomceo-nuovamente-audita-dalla-camera/>

⁷ Rif. Consiglio nazionale del 6 febbraio 2020 con approvazione modifiche dell'art. 17 CDM.

⁸ Rif. Gianni Vattimo e Pier Aldo Rovatti: il pensiero debole.

⁹ Rif. Il caso del detenuto Alfredo Cospito (nato il 14 luglio 1967) incarcerato da 10 anni sec. l'art. 41 bis del Codice Ordinamento Penitenziario, motivato dalla gambizzazione nel 2012 dell'amministratore delegato di Ansaldo Nucleare, Roberto Adinolfi, pertanto un attentato rivendicato dal Nucleo Olga della Fai con una lettera inviata al Corriere della Sera. Nel 2022/23, all'età 55 anni in condizione di protesta egli ha rifiutato l'alimentazione per dieci mesi, aprendo un caso etico-medico e, soprattutto, politico.

¹⁰ Rif. all'articolo 40 c.p. al secondo comma dispone che non impedire un evento dannoso/reato, che si ha l'obbligo "giuridico" d'impedire, equivalga a cagionarlo.

¹¹ Rif. Alla modifica o sospensione applicativa dell'art. 33 della L. 833/78 sul TSO psichiatrico e/o clinico.

La situazione dell' inquinamento dell'aria a Parma (studio Isde) - Muzzetto: "Siamo coscienti che la tutela del nostro Pianeta, a livello locale e globale, è anche nelle mani di ogni singolo Medico" (link alla notizia sul sito contenente tutti gli allegati:

<https://www.omceopr.it/2026/02/03/la-situazione-dellinquinamento-dellaria-a-parma-studio-isde-muzzetto-siamo-coscienti-che-la-tutela-del-nostro-pianeta-a-livello-locale-e-globale-e-anche-nelle-mani-di-ogni-s/>)

Riceviamo dall'ISDE (Associazione Medici per l'Ambiente) Nazionale e riportiamo questi aggiornamenti importanti sull'inquinamento della nostra città, quartiere per quartiere. Questi dati sono stati ottenuti all'interno del Progetto "CAMBIAMO ARIA. Salute e inquinamento atmosferico nelle città italiane".

"La Salute è ormai One Health, la natura rappresenta un tassello fondamentale. Data l'importanza della Planetary Health e coscienti che la tutela del nostro pianeta, a livello locale e globale, è anche nelle mani di ogni singolo medico, riteniamo doveroso riportare questi importanti studi" ha sottolineato il Presidente dell'Omceo di Parma, Pierantonio Muzzetto. L'inquinamento atmosferico è oggi il principale rischio ambientale per la salute, in Europa e in Italia. È associato a un aumento di patologie respiratorie, cardiovascolari, metaboliche e neurologiche, con effetti negativi anche sulla salute riproduttiva e sullo sviluppo infantile. Nonostante una generale tendenza al miglioramento della qualità dell'aria, documentato dall'Agenzia per l'Ambiente europea, nell'UE sono ancora più di 180.000 i decessi dovuti all'inquinamento atmosferico, ma vi è una notevole differenza fra stati. Il calo dei decessi prematuri attribuibili alle polveri sottili nei paesi europei nel periodo 2005-2023, è del 94% in Svezia, 68% in Germania ma solamente 43% in Italia. Nel nostro Paese l'inquinamento atmosferico continua quindi a rappresentare un'emergenza sanitaria e ambientale. I monitoraggi ARPA su Parma hanno evidenziato come, già nei primi mesi dell'anno, alcuni parametri relativi agli inquinanti fossero più elevati rispetto a quelli previsti dalla Direttiva

europea sulla qualità dell'aria n.2024/2881, che entrerà in vigore nel 2030. Recentemente si è inoltre chiuso lo studio analitico "CAMBIAMO ARIA. Salute e inquinamento atmosferico nelle città italiane" promosso da ISDE, KyotoClub e Clean Cities, che ha esaminato per un anno i dati giornalieri sull'inquinamento da PM10, PM2,5 e NO2 rilevati dalle stazioni di monitoraggio della qualità dell'aria gestite dalle ARPA/APPA in 27 città italiane. Tali valori sono stati confrontati con i limiti della nuova Direttiva europea e con quelli indicati nelle Linee Guida 2021 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Inoltre, sono state calcolate le stime delle morti per malattie attribuibili ad esposizione all'inquinamento da PM2,5 nelle 27 città analizzate: sulla base dei dati di popolazione e inquinamento si stimano 6.731 morti premature, circa l'8% della mortalità non traumatica nella popolazione adulta. La situazione italiana si caratterizza per un maggior coinvolgimento delle città situate nella Pianura Padana, ma anche di città portuali come Napoli, Genova, Palermo. L'analisi mostra un quadro ancora fortemente critico: nonostante lievi miglioramenti in alcuni contesti, l'esposizione cronica della popolazione urbana a livelli elevati di inquinanti nocivi rimane diffusa e largamente incompatibile con la tutela della salute pubblica. Gli studi sui dati di Parma relativi a due centraline, ovvero Parma Cittadella (fondo) e Parma Montebello (traffico), hanno portato Isde ad affermare che:

[SEGUE...]



In riferimento alla normativa attuale ->

- La media annuale di PM2,5, PM10 e NO2 è nei limiti, così come il numero di giorni di "sfioramento" per le PM10.

In riferimento alla normativa in vigore dal 2030 ->

- La media annuale è sopra i valori massimi per PM10, PM2,5 e NO2 (www.isde.it)
- Il numero di giorni in cui vi è stato un eccesso dei singoli inquinanti (previsto al massimo in 18 all'anno) è nettamente aumentato per PM 2,5 con 65 giorni, per PM10 con 46 giorni, mentre per NO2 non vi è stato alcun superamento.

La situazione dell'inquinamento dell'aria a Parma è particolarmente legata alle polveri. I limiti della direttiva europea sono comunque superiori a quelli raccomandati dall'OMS nel 2021. C'è una correlazione diretta tra concentrazione degli inquinanti e danno per la salute, e che, quindi, ad una riduzione dell'inquinamento si accompagna in tempi relativamente brevi una riduzione della mortalità e dei ricoveri per malattie cardiorespiratorie e per tumore del polmone. Come Medici si ritiene indispensabile che vengano adottati al più presto i nuovi limiti previsti dalla Direttiva europea dal 2030. Sono quindi necessarie misure più incisive che portino ad una riduzione importante delle combustioni fossili in ogni ambito.

ISDE chiede quindi alle Amministrazioni comunali di promuovere tutte le iniziative volte a

- una riduzione decisa del traffico motorizzato privato, con l'introduzione di zone a basse emissioni, zone 30 km/h, ecc., il potenziamento del trasporto pubblico locale, la promozione della mobilità attiva, lo sviluppo della mobilità condivisa con mezzi non inquinanti, l'utilizzo di veicoli privati a zero emissioni;
- l'elettrificazione delle banchine dei porti;
- Interventi strutturali sul riscaldamento degli edifici, attraverso l'efficientamento energetico, la sostituzione degli impianti più inquinanti, l'elettrificazione e l'uso di fonti rinnovabili, nonché favorendo l'eliminazione del riscaldamento a biomasse;
- potenziare il verde urbano – aumentando alberature, parchi e infrastrutture verdi diffuse – per contribuire a ridurre le concentrazioni di inquinanti nocivi e mitigare le isole di calore.

NO2 - PARMA Montebello (traffico) - dati riepirogativi - anno 2025

- Valore indicato da OMS da non superare per tutelare la salute umana: media giornaliera 25 µg/m3 non più di 3/4 volte l'anno
- media annua <15 µg/m3
- Valore limite del 2030 stabilito dalla Direttiva Europea 2024/2881: media giornaliera 10 µg/m3 non più di 18 volte l'anno
- media annua <20 µg/m3
- Valore limite normativo attuale: media giornaliera limite non previsto
- media annua <40 µg/m3

giorno	generale	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	Anno 2025
Media periodica	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
MAX periodica	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45
+15	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
+30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

N.B. I dati relativi alle stazioni di monitoraggio delle APM sono soggetti a vari livelli di validazione, per cui quelli definitivi (annuali) possono differire da quanto pubblicato quotidianamente.
Tabella: Osservatorio Mobilità Urbana Sostenibile Kyoto Club e Clean Cities Campaign in collaborazione con ISDE Italia - Fonte: APM Montebello - Creata con Datawrapper

NO2 - PARMA Cittadella (fondo) - dati riepirogativi - anno 2025

- Valore indicato da OMS da non superare per tutelare la salute umana: media giornaliera 25 µg/m3 non più di 3/4 volte l'anno
- media annua <15 µg/m3
- Valore limite del 2030 stabilito dalla Direttiva Europea 2024/2881: media giornaliera 10 µg/m3 non più di 18 volte l'anno
- media annua <20 µg/m3
- Valore limite normativo attuale: media giornaliera limite non previsto
- media annua <40 µg/m3

giorno	generale	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	Anno 2025
Media periodica	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
MAX periodica	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45
+15	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
+30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

N.B. I dati relativi alle stazioni di monitoraggio delle APM sono soggetti a vari livelli di validazione, per cui quelli definitivi (annuali) possono differire da quanto pubblicato quotidianamente.
Tabella: Osservatorio Mobilità Urbana Sostenibile Kyoto Club e Clean Cities Campaign in collaborazione con ISDE Italia - Fonte: APM Cittadella - Creata con Datawrapper

PARMA

PM10 - PARMA Montebello (traffico) - dati riepirogativi - anno 2025

- Valore indicato da OMS da non superare per tutelare la salute umana: media giornaliera 45 µg/m3 non più di 3/4 volte l'anno
- media annua <15 µg/m3
- Valore limite del 2030 stabilito dalla Direttiva Europea 2024/2881: media giornaliera 15 µg/m3 non più di 18 volte l'anno
- media annua <20 µg/m3
- Valore limite normativo attuale: media giornaliera 50 µg/m3 non più di 35 volte l'anno
- media annua <40 µg/m3

giorno	generale	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	Anno 2025
Media periodica	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44
MAX periodica	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
+15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
+30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

N.B. I dati relativi alle stazioni di monitoraggio delle APM sono soggetti a vari livelli di validazione, per cui quelli definitivi (annuali) possono differire da quanto pubblicato quotidianamente.
Tabella: Osservatorio Mobilità Urbana Sostenibile Kyoto Club e Clean Cities Campaign in collaborazione con ISDE Italia - Fonte: APM Montebello - Creata con Datawrapper

PM10 - PARMA Cittadella (fondo) - dati riepirogativi - anno 2025

- Valore indicato da OMS da non superare per tutelare la salute umana: media giornaliera 45 µg/m3 non più di 3/4 volte l'anno
- media annua <15 µg/m3
- Valore limite del 2030 stabilito dalla Direttiva Europea 2024/2881: media giornaliera 15 µg/m3 non più di 18 volte l'anno
- media annua <20 µg/m3
- Valore limite normativo attuale: media giornaliera 50 µg/m3 non più di 35 volte l'anno
- media annua <40 µg/m3

giorno	generale	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	Anno 2025
Media periodica	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
MAX periodica	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
+15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
+30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

N.B. I dati relativi alle stazioni di monitoraggio delle APM sono soggetti a vari livelli di validazione, per cui quelli definitivi (annuali) possono differire da quanto pubblicato quotidianamente.
Tabella: Osservatorio Mobilità Urbana Sostenibile Kyoto Club e Clean Cities Campaign in collaborazione con ISDE Italia - Fonte: APM Cittadella - Creata con Datawrapper

PM2,5 - PARMA Cittadella (fondo) - dati riepirogativi - anno 2025

- Valore indicato da OMS da non superare per tutelare la salute umana: media giornaliera 15 µg/m3 non più di 3/4 volte l'anno
- media annua <10 µg/m3
- Valore limite del 2030 stabilito dalla Direttiva Europea 2024/2881: media giornaliera 25 µg/m3 non più di 18 volte l'anno
- media annua <20 µg/m3
- Valore limite normativo attuale: media giornaliera limite non previsto
- media annua <25 µg/m3

giorno	generale	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	Anno 2025
Media periodica	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
MAX periodica	81	81	81	81	81	81	81	81	81	81	81	81	81
+15	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
+25	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16

N.B. I dati relativi alle stazioni di monitoraggio delle APM sono soggetti a vari livelli di validazione, per cui quelli definitivi (annuali) possono differire da quanto pubblicato quotidianamente.
Tabella: Osservatorio Mobilità Urbana Sostenibile Kyoto Club e Clean Cities Campaign in collaborazione con ISDE Italia - Fonte: APM Cittadella - Creata con Datawrapper

PARMA - andamento inquinanti 2013-2025

LIMITI DI RIFERIMENTO

Medie annuali

-PM10: normativa attuale 40 µg/m3, Direttiva UE 2881/2024 20 µg/m3, Linee Guida OMS 2021 15 µg/m3

-PM2,5: normativa attuale 25 µg/m3, Direttiva UE 2881/2024 10 µg/m3, Linee Guida OMS 2021 5 µg/m3

-NO2: normativa attuale 40 µg/m3, Direttiva UE 2881/2024 20 µg/m3, Linee Guida OMS 2021 10 µg/m3

Limite giornaliero

-PM10: normativa attuale 50 µg/m3 per non più di 35 giorni in un anno, Direttiva UE 2881/2024 45 µg/m3 per non più di 18 giorni, Linee Guida OMS 2021 45 µg/m3 per non più di 4 giorni

	Media annua PM10	n.superamenti limite giornaliero PM10	Media annua PM2,5	Media annua NO2
2025	28	29	17	25
2024	28	31	17	26
2023	27	22	15	29
2022	30	46	16	28
2021	30	42	15	29
2020	30	54	18	28
2019	30	42	17	34
2018	32	45	19	36
2017	36	74	24	37
2016	29	30	20	35
2015	36	67	21	35
2014	35	61	17	33
2013	37	80	18	40

Sono considerati i dati peggiori fra le stazioni di monitoraggio presenti nel comune, per il 2025 sono considerate solo le stazioni di traffico e di fondo.
N.B. I dati relativi alle stazioni di monitoraggio delle APM sono soggetti a vari livelli di validazione, per cui quelli definitivi (annuali) del 2025 potranno differire da quelli pubblicati quotidianamente utilizzati.

Tabella: Osservatorio Mobilità Urbana Sostenibile Kyoto Club e Clean Cities Campaign in collaborazione con ISDE Italia - Fonte: 2013-2023 dati ISTAT, 2024-2025 dati SNPA - Creata con Datawrapper

Certificazione Assenza per malattia inferiore a dieci giorni da parte del medico competente – (D.LGS. 9 aprile 2008 n. 81): La Federazione in risposta all’Omceo di Parma

La Fnomceo, in risposta all’Omceo di Parma, parla della Certificazione Assenza per malattia inferiore a dieci giorni da parte del medico competente – (D.LGS. 9 aprile 2008 n. 81). Per la lettura integrale della comunicazione, ecco l’allegato:
Comunicazione Fnomceo

Queste le parole della Federazione: Alla luce delle su esposte osservazioni questa Federazione ritiene che il certificato di malattia è l’atto conclusivo di una visita medica, per cui solo il medico che ha constatato l’esistenza di una patologia è tenuto ad emettere il relativo certificato. In altri termini, se il paziente viene visitato in ospedale sarà il medico ospedaliero ad emettere il certificato di malattia, così come sarà il medico specialista ambulatoriale ad emettere tale certificato se la visita si svolge nell’ambulatorio dell’Azienda Sanitaria. Allo stesso modo la certificazione di malattia sarà rilasciata dal medico libero professionista in caso di visita medica privata. Lo stesso vale riguardo al medico competente, che come previsto dal D.Lgs. 81/08 e s.m.i. viene scelto e incaricato dal datore di lavoro sulla base di un rapporto fiduciario, potendo essere dipendente di una struttura esterna, pubblica o privata convenzionata, ovvero dipendente del medesimo datore di lavoro o, infine, libero professionista. La legislazione vigente (D.Lgs. 81/08 e s.m.i.), prevede, infatti, che il datore di lavoro debba assicurare al medico competente le condizioni necessarie per lo svolgimento di tutti i suoi compiti garantendone l’autonomia. Dunque, tale professionista assumendo un profilo di terzietà necessario per lo svolgimento di tutti i suoi compiti prevenzionali, a tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, nel previo rispetto del Codice di deontologia medica, ha il potere/dovere, non delegabile ad altri colleghi, di rilasciare certificazione di assenza per malattia ex art. 55 septies del D.Lgs 165/01 e s.m.i..

Non si configura, pertanto, alcuna incompatibilità tra la funzione assegnata dalla normativa generale al medico competente e il rilascio di certificazioni di “assenza per malattia” per i lavoratori delle aziende o enti per le quali svolge le sue specifiche funzioni, non potendo in ogni caso derogarsi alla rilevante ed esclusiva mission che tale normativa gli attribuisce.

In particolare la Federazione evidenzia: **l’art. 55 septies, comma 1, del DLgs 165/01, introdotto dall’art. 69 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, così come modificato dall’art. 18, comma 1, lett. a), D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 75, recante “Controlli sulle assenze” dispone che “Nell’ipotesi di assenza per malattia protratta per un periodo superiore a dieci giorni, e, in ogni caso, dopo il secondo evento di malattia nell’anno solare l’assenza viene giustificata esclusivamente mediante certificazione medica rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o da un medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. I controlli sulla validità delle suddette certificazioni restano in capo alle singole amministrazioni pubbliche interessate”.**



Divieto ai medici di prescrivere e ai farmacisti di eseguire preparazioni galeniche a scopo dimagrante contenenti il principio attivo paroxetina e altri principi attivi appartenenti alla classe degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI)

La Fnomceo segnala che sulla Gazzetta Ufficiale n. 13 del 17-1-2026 è stato pubblicato il decreto 30 dicembre 2025, con il quale il Ministro della salute dispone che “E’ fatto divieto ai medici di prescrivere e ai farmacisti di eseguire preparazioni galeniche a scopo dimagrante contenenti il principio attivo paroxetina e altri principi attivi appartenenti alla classe degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI)”.

ALLEGATI:

- [Comunicazione Fnomceo numero 14](#)
- [Decreto 30 dicembre 25](#)



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Decreto-Legge 31 dicembre 2025, n. 200 – Disposizioni urgenti in materia di termini normativi (link alla notizia sul sito

contenente tutti gli allegati: <https://www.omceopr.it/2026/01/23/decreto-legge-31-dicembre-2025-n-200-disposizioni-urgenti-in-materia-di-termini-normativi/>)

La Fnomceo segnala che sulla Gazzetta Ufficiale n. 302 del 31-12-2025 è stato pubblicato il Decreto-Legge del 31 dicembre 2025, n. 200 contenente disposizioni urgenti in materia di termini normativi.

-Articolo 1, comma 1 (Termine concernente l'attività istruttoria connessa alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni)-

L'articolo 1, comma 1, proroga al 31 dicembre 2026 il termine per l'attività istruttoria connessa alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP) e dei relativi costi e fabbisogni standard svolta dal Dipartimento per gli affari regionali e le autonomie della Presidenza del Consiglio dei ministri.

-Articolo 5, comma 1 (Valutazione multidimensionale unificata per l'assistenza sociale, sociosanitaria e sanitaria delle persone anziane non autosufficienti)-

L'articolo 5, comma 1, modifica l'articolo 27 del D.Lgs. n. 29 del 2024 recante politiche in favore delle persone anziane. In primo luogo, viene ampliato da diciotto mesi a trenta mesi il termine per l'adozione del decreto del Ministro della salute che definisce i criteri per l'individuazione delle priorità di accesso ai PUA (Punti unici di accesso), la composizione e le modalità di funzionamento delle UVM (Unità di valutazione multidimensionale), lo strumento della valutazione multidimensionale unificata per l'accertamento della non autosufficienza e per la definizione del PAI (progetto individualizzato di assistenza integrata) e le eventuali modalità di armonizzazione con la disciplina sulla valutazione delle persone con disabilità (lett. a)). Inoltre, proroga di un anno, dal 30 novembre 2025 al 30 novembre 2026, il termine per l'adozione del decreto del Ministro della salute recante la definizione delle modalità e dei territori coinvolti nella fase di sperimentazione della durata di dodici mesi relativa all'introduzione della valutazione multidimensionale unificata e, conseguentemente, posticipa la data di inizio di tale sperimentazione, dal 1° gennaio 2026 al 1°

gennaio 2027 (lett. b)). Infine, rinvia la data di inizio dell'applicazione delle disposizioni del suddetto decreto relativo ai PUA, alle UVM e alla valutazione multidimensionale unificata, dal 1° gennaio 2026 al 1° gennaio 2027 nei territori coinvolti nella sperimentazione, e dal 1° gennaio 2027 al 1° gennaio 2028 sul restante territorio nazionale (lett. c)).

-Articolo 5, comma 3, lett. a) (Raccolta sangue e emocomponenti da parte di laureati in medicina e chirurgia)-

Il comma 3, lettera a) dell'articolo 5, modificando il comma 5-bis dell'articolo 4 del D.L. 30 dicembre 2023, n. 215, sospende fino al 31 dicembre 2026 (invece che fino al 31 dicembre 2025, come previsto in precedenza) l'efficacia delle disposizioni del Regolamento recante la disciplina per l'attività di raccolta sangue e emocomponenti da parte di laureati in medicina e chirurgia abilitati.

-Articolo 5, comma 3, lett. b) (Responsabilità penale per i casi di omicidio colposo e lesioni colpose commessi nell'esercizio di una professione sanitaria)-

La lettera b) dell'articolo 5, comma 3, proroga dal 31 dicembre 2025 al 31 dicembre 2026 il termine temporale finale di riferimento per l'applicazione di una norma transitoria sulla limitazione della responsabilità penale alla sola ipotesi di colpa grave per i casi di omicidio colposo e di lesioni personali colpose commessi nell'esercizio di una professione sanitaria in situazioni di grave carenza di personale sanitario. In base all'estensione temporale in oggetto, la norma si applica, alla condizione suddetta, per gli eventi verificatisi entro il termine così prorogato. In base alla normativa transitoria oggetto di proroga, al fine della valutazione del grado della colpa, si tiene conto, ferma restando la condizione suddetta della grave carenza di personale sanitario, delle condizioni di lavoro dell'esercente la professione sanitaria, dell'entità delle risorse umane, materiali e finanziarie concretamente disponibili in relazione al numero

[SEGUE...]

[SEGUE...] dei casi da trattare, del contesto organizzativo in cui i fatti sono stati commessi nonché del minor livello di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale non specializzato.

-Articolo 5, comma 5 (Disposizioni in materia di dirigenza sanitaria)-

Il comma 5 dell'articolo 5 proroga (dal 31 dicembre 2025)- al 31 dicembre 2026 la disposizione contenuta nell'articolo 8-bis, del Decreto-legge n. 75 del 2023, concernente l'innalzamento a sessantotto anni del limite anagrafico (prima pari a 65 anni) per l'accesso all'elenco nazionale e agli elenchi regionali dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere ed altri enti del Servizio sanitario nazionale.

-Articolo 5, comma 6 (Accesso alla dirigenza medica emergenza – urgenza e rapporto di lavoro a tempo parziale per il personale emergenza-urgenza)-

Il comma 6 dell'articolo 5 detta alcune modifiche all'articolo 12 del D.L. n.34/2023, in particolare; la lettera a), con una modifica all'articolo 12, comma 1, del D.L. n.34/2023 – incide sulla disciplina che, a determinate condizioni, dà diritto al personale medico, fino al 31 dicembre 2026 – in precedenza 31 dicembre 2025 – in base all'esperienza professionale acquisita, di partecipare ai concorsi per l'accesso alla dirigenza medica del SSN nella disciplina di Medicina d'emergenza-urgenza, anche senza alcun diploma di specializzazione. Esso in particolare è volto a estendere al 31 dicembre 2025 (in luogo del 31 dicembre 2024) il termine finale del periodo di maturazione, da parte del personale medico, di almeno tre anni di servizio, anche non continuativo, con contratti a tempo determinato, di collaborazione coordinata e continuativa o altre forme di lavoro flessibile, quale requisito di partecipazione ai concorsi sopracitati, partecipazione che viene consentita fino al 31 dicembre 2026, in luogo del 31 dicembre 2025;

-Articolo 5, comma 7 (Compatibilità con altre attività per il personale non dirigenziale di enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale)-

Il comma 7 dell'articolo 5 proroga dal 31 dicembre 2025 al 31 dicembre 2026 il termine finale di applicazione della normativa transitoria che consente lo svolgimento, da parte del personale (non dirigenziale) rientrante nelle

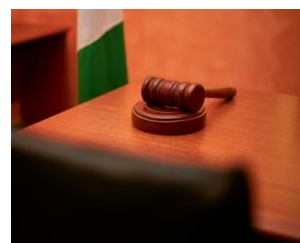
professioni infermieristiche od ostetrica ovvero nelle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione ed appartenente al comparto contrattuale pubblico della Sanità, di altre prestazioni al di fuori dell'orario di servizio.

-Articolo 5, comma 8 (Incarichi di lavoro autonomo a medici in formazione specialistica e incarichi a tempo determinato a professionisti sanitari e a operatori socio-sanitari)-

Il comma 8 dell'articolo 5 consente che anche nell'anno 2026 gli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale conferiscano incarichi di lavoro autonomo (ivi compresi incarichi di collaborazione coordinata e continuativa) a medici in formazione specialistica (iscritti all'ultimo o al penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione) nonché, mediante avviso pubblico e selezione per titoli e/o colloquio orale, incarichi individuali a tempo determinato al personale delle professioni sanitarie e ad operatori socio-sanitari. Tali facoltà sono esercitabili anche mediante proroga (fino ad un termine non successivo al 31 dicembre 2026) dei rapporti omologhi già in corso, stipulati in base alle precedenti norme transitorie.

-Articolo 5, comma 9 (Misure straordinarie per l'assunzione degli specializzandi e per il conferimento di incarichi di lavoro autonomo a personale sanitario)-

L'articolo 5, comma 9, intervenendo con la tecnica della novella, apporta modifiche testuali all'articolo 4, comma 3, del decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198. In particolare, la disposizione proroga al 31 dicembre 2026 la possibilità per le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale (SSN) di conferire incarichi di lavoro autonomo ai laureati in medicina e chirurgia abilitati e iscritti agli ordini professionali, anche se privi della specializzazione, nel rispetto della disciplina vigente in materia di spesa di personale per gli enti del Servizio sanitario nazionale.



Certificato necroscopico (Legge 2 dicembre 2025, n. 182) - Disposizioni per la semplificazione e la digitalizzazione dei procedimenti in materia di attività economiche e di servizi a favore dei cittadini e delle imprese - (link alla notizia sul sito

contenente tutti gli allegati: <https://www.omceopr.it/2026/01/20/disposizioni-per-la-semplificazione-e-la-digitalizzazione-dei-procedimenti-in-materia-di-attivita-economiche-e-di-servizi-a-favore-dei-cittadini-e-delle-imprese-certificato-necroscopico-legge-2-dice/>)

La Fnomceo ha trasmesso la Legge 2 dicembre 2025, n. 182 contenente le Disposizioni per la semplificazione e la digitalizzazione dei procedimenti in materia di attività economiche e di servizi a favore dei cittadini e delle imprese – Certificato necroscopico – (GU n.281 del 3-12-2025).

-Articolo 37 (Misure di semplificazione in materia di formazione degli atti di morte da parte dell'Ufficiale di stato civile)-

L'articolo 37, introdotto nel corso dell'esame del Senato, dispone in ordine alla redazione e trasmissione in modalità digitale degli atti di morte di competenza dell'ufficiale di stato civile. A tal fine viene modificato in più punti il DPR 396/2000 recante il regolamento per la revisione e la semplificazione dell'ordinamento dello stato civile.

- Il comma 1, lett. a), modifica l'articolo 72, commi 1 e 3, del DPR 396/2000, prevedendo che la dichiarazione di morte possa essere redatta in anche in formato digitale e inviata all'ufficiale dello stato civile mediante PEC e che l'avviso di decesso sia inviato telematicamente se redatto in formato digitale.
- Il comma 1, lett. b), inserisce un nuovo comma 2-bis all'articolo 73 del DPR 396/2000, che prevede che l'ufficiale dello stato civile rediga l'atto di morte anche sulla base dell'avviso o dell'accertamento del decesso che sia redatto in formato digitale e trasmesso telematicamente dall'autorità sanitaria, e lo inserisca nella parte II Serie B dei registri di morte di cui al Regio decreto 9 luglio 1939, n. 1238.

- Il comma 1, lett. c), che modifica l'articolo 74 del DPR 396/2000 (sostituendo i commi 2 e 3 ed inserendo i nuovi commi 3-bis e 3-ter, interviene sulla disciplina dell'autorizzazione da parte dell'ufficiale civile alla inumazione, tumulazione e cremazione di un cadavere prevedendo quanto segue:

– l'autorizzazione può essere accordata anche sulla base dell'avviso di morte, scheda ISTAT, certificato necroscopico e ogni ulteriore dato e informazione in possesso trasmessi dalla Direzione sanitaria competente, dal medico curante e dal medico necroscopo o dalla impresa funebre su incarico degli aventi titolo con invio, oltre che in carta semplice, mediante posta elettronica certificata per via telematica;

– le autorizzazioni non possono essere accordate se nella documentazione ricevuta dal medico curante o dal medico necroscopo non risultino esclusi indizi o sospetti di morte dovuta a reato, in tali casi esse sono subordinate alla presentazione del nulla osta dell'autorità giudiziaria.

In altri termini, viene innovata la disciplina relativa all'accertamento della morte, prevedendo: in primis, che questo possa essere compiuto oltre che "per mezzo di un medico necroscopo o di un altro delegato sanitario", anche dal "medico curante"; in secondo luogo, che non debba risultare più da un "certificato scritto della visita fatta nel quale, se del caso, deve indicare la esistenza di indizi di morte dipendente da reato o di morte violenta", bensì, a contrario, deve formarsi una documentazione [SEGUE...]

[SEGUE...] nella quale siano “esclusi indizi o sospetti di morte dovuta a reato”, venendo esplicitato che, se non risultino esclusi tali “indizi o sospetti”, le autorizzazioni de quibus “sono subordinate alla presentazione del nulla osta dell’autorità giudiziaria”.

Inoltre, l’art. 12 del decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34 convertito in legge, con modifiche, dalla L. 17.07.2020, n. 77, prevede che “1. Ai fini dell’accelerazione dell’acquisizione delle informazioni relative alle nascite e ai decessi di cui all’articolo 62, comma 6, lettera c), del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, recante Codice dell’amministrazione digitale, le strutture sanitarie, i medici, i medici necroscopi o altri sanitari delegati, inviano al Sistema Tessera Sanitaria del Ministero dell’economia e delle finanze i dati:

- a) dell’avviso di decesso di cui all’articolo 72, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396;
- b) del certificato necroscopico di cui all’articolo 74, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396;
- c) della denuncia della causa di morte di cui all’articolo 1 del regolamento di polizia mortuaria di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285;
- d) dell’attestazione di nascita di cui all’articolo 30, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396;



Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope – Inserite nuove sostanze psicoattive(link alla notizia sul sito contenente tutti gli allegati:

<https://www.omceopr.it/2026/01/20/aggiornamento-delle-tabelle-contenenti-lindicazione-delle-sostanze-stupefacenti-e-psicotrope-inserite-nella-tabella-i-e-nella-tabella-iv-nuove-sostanze-psicoattive/>)

La Fnomceo segnala che con i decreti 16 dicembre 2025 e 29 dicembre 2025 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.300 del 29-12-2025 e n. 8 del 12-1-2026) sono state aggiornate le 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. Sono state inserite nella tabella I e nella tabella IV nuove sostanze psicoattive.

DECRETO 16 DICEMBRE 2025: Nella Tabella I del testo unico sono state inserite le sostanze 1S-LSD; 10-OH-HHC; 10-OH-HHC-P; delta-9-THC-metilcarbonato; omomanzidolo; isotonitazepina; e la specifica indicazione delle sostanze pirofenidone e 3,4-EtMC e CUMIL-EINACA. Nella tabella IV del testo unico è stata inserita la sostanza Ro 07-3953.

+ Nella Tabella I (sempre con il decreto del 16 dicembre 2025) del testo unico sono state inoltre inserite le sostanze metiodone e 5,6-dicloro desmetilclorfina e la specifica indicazione delle sostanze MPHP; alfa-PCYP; 2-MMC; 4-BMC. Nella tabella IV del testo unico è stata inserita anche la sostanza norfludiazepam.

DECRETO 29 DICEMBRE 2025: Nella Tabella I del testo unico sono state inserite le sostanze: isobutonitazene; delta-8-THCV; delta-9-THCV;desnitroclonitazene; 1P-AL-LAD e la specifica indicazione delle sostanze MDMB-4en-P-5Br-INACA; N-isopropilnorbutilone. Nella Tabella IV del testo unico è stata inserita la sostanza gidazepam.

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, riconducibile a sequestri effettuati in Europa.



Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028 (Legge 30 dicembre 2025, n. 199)

La Fnomceo segnala che sulla Gazzetta Ufficiale n. 301 del 30-12-2025 – Suppl. Ordinario n. 42, è stata pubblicata la Legge 30 dicembre 2025, n. 199 riguardante il bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e il bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028.

Negli allegati sottostanti trovate le numerose modifiche apportate dalla Legge 30 dicembre 2025, n. 199:

- [Comunicazione Fnomceo numero 6](#)
- [Legge 30 dicembre 2025, n. 199](#)



2 marzo 2026 - Evento Amci al Centro Pastorale Diocesano Truffelli di Via Solferino

Si invitano i Colleghi a partecipare all'evento organizzato dalla Sezione di Parma dell'AMCI (Associazione Medici Cattolici Italiani), intitolata al Dottor Giancarlo Rastelli, che vede la presenza del Vescovo di Parma, Mons. Enrico Solmi, del Presidente Nazionale dell'AMCI, Dott. Stefano Ojetti e del Dott. Alessandro de Franciscis, pediatra e presidente del Bureau des constatations médicales di Lourdes, l'Ufficio delle constatazioni mediche, istituito nel 1883 dal dottor George Fernand Dunot de Saint-Maclou, che indaga sui presunti miracoli che avvengono nel santuario mariano ai piedi dei Pirenei. È il primo medico italiano dopo 14 medici francesi che hanno ricoperto questo incarico. Vive a Lourdes da 16 anni dopo aver lavorato in Neonatologia all'ospedale di Caserta e in Pediatria al policlinico Federico II di Napoli. E' componente del Comité Médical International di Lourdes (CMIL), composto da 38 medici provenienti da tutto il mondo, sia credenti che non credenti. Il Bureau vaglia le segnalazioni di eventi inspiegati che sono stati oltre 7 mila nei 168 anni dall'inizio delle apparizioni. Di questi solo 71 sono stati dichiarati miracoli. In un'intervista dell'anno scorso al Corriere della Sera così rispondeva alla domanda "il presunto

miracolo come si accerta?"

«Devono ricorrere tutti i sette criteri fissati dal cardinale Prospero Lambertini, il futuro papa Benedetto XIV che avviò la riabilitazione di Galileo Galilei: diagnosi certa; prognosi grave; guarigione imprevista; guarigione istantanea; guarigione completa; guarigione durevole nel tempo; guarigione scientificamente inspiegata». «Se ricorrono tutte le sette condizioni, giriamo il caso al CMIL, che si esprime con votazione segreta. Spetta poi alla Chiesa riconoscere il miracolo».

Il Relatore tratterà del binomio antico e sempre nuovo, tra Scienza e Fede, esplorando le diverse sfaccettature degli sviluppi scientifici con la lente d'ingrandimento della fede cattolica.

L'iniziativa si svolgerà presso il Centro Pastorale Diocesano A. Truffelli, situato in via Solferino 25, a Parma. L'inizio dell'evento è previsto per le 18:30.

Per maggiori informazioni:

amci.parma@yahoo.it – 3405955174.

LUNEDÌ 2 MARZO 2026
ORE 18:30

Centro Pastorale Diocesano "A. Truffelli"
Via Solferino 25, Parma
Parcheggio accessibile da Viale Conforti

SCIENZA E FEDE IN DIALOGO
Salute, Miracoli e Santità

Saluto di
S.E. Mons. Enrico Solmi
Vescovo di Parma

Relatore
Dott. Alessandro de Franciscis
Presidente del Bureau des Constatations Médicales
di Lourdes

Interviene
Dott. Stefano Ojetti
Presidente Nazionale AMCI



ASSOCIAZIONE MEDICI CATTOLICI ITALIANI
SEZIONE "Giancarlo Rastelli" DI PARMA

Contatti: amci.parma@yahoo.it - 3405955174

SEGRETERIA ORDINE DEI MEDICI

Indirizzo Sito: www.omceopr.it

Tel. 0521 208818

Mail: info@omceopr.it

Pec: 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

Pierantonio Muzzetto – Direttore Responsabile

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