

Notiziario numero 5/2026

MAGGIO

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

SOMMARIO

- Relazione di Primavera del Presidente Muzzetto
- Assemblea degli iscritti del 18 aprile: votata l'approvazione del Bilancio consuntivo 2025 e l'assestamento del Bilancio preventivo 2026. Felicità per tutti i Premiati e i Giurandi
- Uno sguardo alla deontologia: gli articoli 26, 27 e 28 del Codice Deontologico
- L'imaging cardiovascolare protagonista ai Martedì dell'Ordine
- Note di Farmacovigilanza
- Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope
- Corso Certificazione delle schede Istat di decesso - Fad regionale
- Overbooking: è la risposta eticamente corretta per la salute dei cittadini o si tratta di una scorciatoia?
- I conti non tornano
- "Practical Manual Of Pleural Pathology" - Il manuale di Angelo Gianni Casalini
- "Oltre il Camice", il libro di Leopoldo Sarli che promuove la riscoperta delle Medical Humanities
- Evento di chiusura dedicato al Dott. Giancarlo Rastelli



COMITATO DI REDAZIONE

Direttore Responsabile: Pierantonio Muzzetto

Capo Redattore: Luigi Ippolito

Giovanni Gallo

Paolo Carbognani

Cristiana Madoni

Massimo Manchisi

Addetto stampa: Pietro Ferrari

Relazione di Primavera del Presidente Muzzetto



La relazione di primavera, preludio della relazione morale di fine anno, vuole essere una lettera aperta ai presenti, non prima di aver fatto i doverosi quanto sentiti ringraziamenti a tutte le Autorità Civili, Religiose e Militari, che ci onorano da sempre della loro presenza e ci manifestano, ricambiate, la stima come Istituzione storica della sanità, in questo associando anche coloro che pur non potendo essere presenti hanno sentito di farci pervenire personalmente e indirettamente attraverso scritti la loro gradita vicinanza; un saluto ai festeggiati con i cinquantenni di laurea e ai giovani colleghi, accomunando ad essi i familiari dei festeggiati, con un sincero grazie per essere intervenuti. In una città importante come Parma, ricordiamo la fruttuosa amicizia accademica con la mia città natale, Sassari, in cui è stato peraltro elaborato il primo Codice deontologico della professione medica nel lontano 1906. L'Università Turritana ha avuto infatti l'onore di contribuire accademicamente a quella che fino agli anni Settanta è stata una delle migliori sanità italiane; il terzo nosocomio per numerosità di posti letto e qualità della medicina. Avendo in comune e in rotazione, Esperti di discipline di assoluto rilievo, Clinici e Chirurghi, Ricercatori e Capiscuola riconosciuti. Solo per fare qualche nome illustre: Laurensich, Bufano, Porta, Marginesu e Sanna, Maione, interessando altre discipline come l'Anatomia Patologica, la Neurologia, l'Ortopedia, la stessa Chirurgia con la scuola di Malan (dalla Chirurgia vascolare alla Cardiochirurgia), la Ginecologia, solo come esempi incompleti, senza voler dimenticare altri autorevoli docenti e capiscuola condivisi.

Il rientro nel giro accademico è stato una costante degli ultimi dieci anni, riprendendo quell'idea di gemellaggio finalizzato alla rinascita di "Parma sanitaria", in questo non certo aiutati dagli interventi tutt'altro che positivi della "Dotta", a mia memoria, negli ultimi cinquant'anni. Sul piano dell'aggiornamento abbiamo da poco concluso il nostro Convegno di primavera, incentrato sulla Previdenza alla presenza dei vertici nazionali dell'ENPAM, considerando tale aspetto non secondario per una prospettata, quanto sperata, perequazione

di una parte rilevante dei medici del SSN, oggi discriminati intesi come operatori di salute e non certo principali e veri attori. Si è anche trattato dell'attualità dell'innovazione IA-mediata in sanità, di cui parliamo da almeno un lustro da un punto di vista etico. Prendendo ad esempio quanto avviene negli USA, frutto anche di un'intensa saggistica della scorsa settimana del Journal of American Medical Association. Di quella California, uno dei centri, con la Cina, di alto sviluppo della softweristica mondiale. Da cui il tentativo odierno di "robotizzare l'assistenza" che così com'è non rientra nei piani etici attraverso la cura autonoma e praticamente si va a delineare un preoccupante viraggio delle scelte verso l'esperienza del Virtual hospital e dei Virtual doctors, attualizzato nei progetti avanzati americani e della Cina, con riferimento alla straordinaria esperienza "dell'Università di Tsinghua" nel Distretto di Haidian a Pechino. Attuandosi un nuovo rapporto uomo-macchina in tema di salute, in assenza dell'Human Doctor, al di fuori del dovuto controllo umano dell'IA. Da cui le esperienze nostrane, in coming di Viareggio e di Como e Cosenza, queste due in fieri. Il richiamo agli USA non ci esime, però, da considerazioni generali, collaterali e di merito, sugli accadimenti bellici che assottigliano sempre più il filo della pace già reso esile da chi vi gioca coi destini umani; inermi di fronte alla tragicità degli eventi che tocca fortemente le coscienze unite nel disprezzo delle inusitate violenze. Ci coinvolge come medici ancor prima che come comuni cittadini. Di per sé è ancor più inquietante l'insulsaggine espressiva dei vertici statunitensi, irriuardosa, quanto ignobile nei toni e nei contenuti, verso l'Autorità morale che, nel Magistero della Chiesa, ha espressioni e azioni di pace; ancor più offensive non solo verso i credenti e verso i laici che le condividano. I problemi emergenti riguardano la professione e sono crescenti; essi rientrano nella anomala e incompleta comunicabilità a vari livelli, espressione dei rapporti difficili fra attori e coattori del sistema dei valori e delle relative, compiute, competenze. Come pure vi sono

[SEGUE...]

[SEGUE...] momenti di forte disappunto su scelte che toccano le coscienze come lo sono quelle del fine vita, su cui pesano le decisioni in autonomia di talune Regioni come la nostra. Ne è esempio recente quello della suicidarietà, con posizioni non sempre coerenti di cui apprendiamo solo tardivamente: ne è esempio recente quella locoregionale, a seguito della sentenza 242/19 e le successive pronunce di merito della Corte costituzionale, sempre in assenza di legislazione guida nazionale. È chiaro che non possiamo sottacere all'inadempienza legislativa e progettuale nel non dar corso a leggi da anni vigenti e limitatamente attuate sulla palliazione e terapia del dolore che l'attuale revisione nazionale e regionale, in risposta, si dimostrano efficaci pur intempestive. La risposta al Decreto delega al Governo per l'organizzazione e potenziamento dell'assistenza, non ci pare, comunque, esaustiva. Ne è conseguente la riflessione sulle necessità di nicchia delle disposizioni e dei reali presupposti dai forti connotati sociopolitici. Ogni medico deve seguire uno ed un solo valore: salvaguardare la salute. Che è, poi, preservare la vita e assicurare vicinanza e non l'abbandono a chi versi in situazioni irrimediabili, senza che sia un freddo gesto ispirato solo da una, "formale" pur humana, pietas. Lo prevede il nostro Codice deontologico ed è quanto come Presidente della Consulta deontologica nazionale fu detto in audizione parlamentare. Siamo consapevoli ma non approviamo l'adagio che il lavoro medico sia un tema politicamente divisivo, ma siamo convinti che a prevalere sia la volontà di trovare il giusto valore delle diversità professionali, riconoscendo quella medica fin troppo dimenticata dalla politica. Come pure considerare che, nella nostra tavolozza della salute, i colori di base debbano sempre essere due, il bianco e il rosso: quelli della croce della sanità su quel bianco del camice del medico. Colore che, richiamandoci alla fisica, racchiude l'intero spettro del visibile e, allegoricamente, l'intera collettività. Lasciare che altre figure lo indossino, genererebbe nella cittadinanza non solo confusione di ruoli e funzioni. L'attuale visione delle professioni indifferenziate porterebbe alla memoria l'allegoria della "voga" del ventennio scorso, dell'armo otto "con" in preparazione per le selezioni olimpiche. Quando,

dopo le prime gare infruttuose, fu trovata la soluzione di sostituire via via i rematori per le gare successive con ulteriori timonieri; chiamati per affinare le strategie di voga, sono risultati inutili ad incidere sulle motivazioni dei fallimenti, Se fosse un concetto applicato alla nostra sanità, constateremmo che i risultati non si raggiungono con tanti timonieri, pur dotti, ma con i "necessari e competenti" rematori. Il ruolo degli Ordini ci porta alla considerazione che molto è cambiato dal lockdown Covidiano caratterizzato da DPCM emergenziali. Si è voluto stendere un velo sull'impegno civile dell'Ordine, con presenza e interventi volutamente non propagandati, con una disponibilità quotidiana per oltre un anno e mezzo, in relazione alle esigenze, misconoscendone quanto fatto. Se ne parla oggi per la Memoria di quei medici parmigiani dimenticati che ci hanno lasciati per il Covid e di chi ha rischiato la vita, anche al nostro interno. Non posso esimermi dal farlo, Non è riconoscenza, assai rara in sanità, ma di onesto ricordo, gratuito e intitolato, doveroso nel parco delle rimembranze parmigiane. Di quel lungo periodo pandemico ci sono rimasti dei lasciati legislativi, del "provvisorio declinato come definitivo", ponendoci di fronte al dubbio se l'emergenza sia davvero finita. Il riferimento è a quei medici extracomunitari e comunitari giunti in soccorso dei medici italiani in lockdown, senza che le loro lauree conseguite all'estero fossero verificate. Premiati con contratti limitati nel tempo ma molto ben retribuiti a dispetto degli stanziamenti. Privi di ogni controllo sui titoli conseguiti e sulle capacità lavorative, sono stati posti fuori dal controllo anche degli Ordini. A fronte dei dubbi segnalati alle regioni si hanno avute le risposte per altra via, dopo essere stati considerati inopportuni e privi di competenze in materia, da taluni amministratori "diversamente solerti". L'implicita risposta è venuta dalla scoperta in Gallura di un "presunto medico straniero" avvezzo all'uso di tenaglie e martello e non del fonendoscopio. Era, a quanto pare, un «carpentiere» prestato, per così dire, alla medicina. Materiale più adatto a una novella di Franz Kafka e, comunque, motivo di attenta riflessione a più livelli. La peculiarità Medica ci porta alla considerazione che i medici manchino come forza attiva e non certo numericamente e sarà ancor più evidente lo spettro della

[SEGUE...]

[SEGUE...] disoccupazione fin dal prossimo quadriennio. *Ne sarà causa, possibile e ulteriore, l'uso indiscriminato dell'IA che, qualora non governata, creerà questi e ben altri problemi. Lo diciamo da anni. E sarà nuovo motivo della crescita delle liste di attesa con l'appropriatezza in mani estranee. Se i medici succitati o altre figure surrogate eseguissero le prestazioni solo in telemedicina e in un Agent Hospital dai letti e personale virtuali, dovremmo chiederci se siamo davvero pronti alla transazione dell'umano al transumano e al post umano, oltre i limiti biopsicologici, in virtù del passaggio dal compromesso al cambiamento, determinato dai grandi risparmi di cura in un'ospedalizzazione virtuale domiciliarizzata. Però, in questa fase di precoce transizione occorre certezza che siano prerogative esclusive il ruolo e la funzione del medico, rispettoso delle innovazioni "pro bono", unendo IA e Medical Humanities. Il consenso e l'atto medico non devono destare dubbi o barricate dai molteplici colori: sono prerogative specifiche non delegabili. Lo scrissi già nei lavori di Consulta nel 2013 e lo declinai negli articoli 3 e 13. Il primo, denominato Atto medico, per opportunità "politica", divenuto "Doveri del medico" ma ancor oggi entrambi racchiudono la sintesi dell'agire del medico. È necessario, per questo, avere una categoria coesa, facendo quadrato per un giusto e adeguato finanziamento, con risorse dedicate e una decorosa retribuzione dei medici, anche e non solo del SSN, quest'ultimi, salvo pochissime eccezioni, fin troppo trascurati e talvolta umiliati. Dobbiamo remare tutti e tutti insieme a difesa della salute col coraggio dell'essere rematori: è la mia considerazione del cinquantennio professionale appena raggiunto, con la ferma volontà di difendere la professione. Con l'obiettivo prioritario della salute collettiva da raggiungersi nell'organizzazione che tenga conto delle reali pertinenze; in questo anche con i media, quali attenti catalizzatori del bene comune e dei rapporti di colleganza sociale. Facendo appello alle Istituzioni, alle forze sociali della categoria e ai medici prestati alla politica, sempre assoggettati alla deontologia pur nell'esercizio del nuovo ruolo e funzione, rifiutiamo ogni erroneo convincimento che la responsabilità delle liste d'attesa ricada interamente sul medico.*

In questa Festa, oggi, del Medico dedico un profondo pensiero ai Colleghi di ieri, di oggi e di domani. Questa speciale giornata porta alla chiara e inequivocabile consapevolezza del vero valore del medico che eserciti nella cooperazione con collaborazione di altre importanti figure non mediche, seguendo le regole di "contatto" umano e umanizzato, anche con i colleghi, sempre per il bene della persona assistita.

A voi giovani colleghi questo si ricorda, dopo aver fatto l'atto solenne e ufficiale del Giuramento, di vivere eticamente la professione, ligi a quel Codice deontologico che ne segna il cammino.

Da qui l'augurio che siate quei medici preparati e rassicuranti; ricordando che la vostra responsabilità è essere capaci ed umili nel servizio per gli altri; dimostrando nei fatti, e in ogni momento, d'essere Veri medici, sempre disponibili e non figure prive di sentimento e umanità sedute davanti ad un monitor. Non dimenticatelo.

Siate la soddisfazione dei vostri genitori, orgogliosi d'avervi come figli. Fatevi valere, a testa alta e schiena dritta, in onestà intellettuale. Con ciò a voi Tutti il mio augurio sincero, a nome dell'intero Consiglio e come Presidente del vostro Ordine in rappresentanza degli oltre 4500 medici di questa provincia. Vi ringrazio.



Assemblea degli iscritti del 18 aprile: votata l'approvazione del Bilancio consuntivo 2025 e l'assestamento del Bilancio preventivo 2026. Felicità per tutti i Premiati e i Giurandi.

L'Ordine dei Medici di Parma ha organizzato, all'interno della Sala Polifunzionale del Campus Universitario cittadino (Parco Area delle Scienze 59), la tradizionale Assemblea degli iscritti, in cui è stata votata l'approvazione del Bilancio consuntivo 2025 e l'assestamento di Bilancio preventivo 2026. All'iniziativa, caratterizzata dalla Relazione del Presidente Pierantonio Muzzetto, l'intervento del Presidente CAO Angelo di Mola, la presentazione del Tesoriere Massimo Manchisi e l'intervento del Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti, Angelo Anedda, hanno partecipato numerose figure istituzionali della città: Paolo Martelli, Magnifico Rettore dell'Università di Parma; Il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e Commissario straordinario dell'Ausl, Anselmo Campagna; Il Prefetto di Parma, Antonio Garufi; l'Assessore alle Politiche Sociali del Comune di Parma, Ettore Brianti, in qualità di delegato del Sindaco; Mons. Stefano Rosati-Vicario Generale, in qualità di delegato del Vescovo di Parma, Enrico Solmi; Andrea Pagliaro, comandante dell'Arma dei Carabinieri di Parma; Il comandante del Nas di Parma, Domenico Guerra; Stefano Bettati, Direttore Dipartimento Medicina E Chirurgia Unipr; Giuseppe Regolisti, Presidente Corso Di Laurea in Medicina e Chirurgia Unipr; Il Generale di Brigata della Guardia di Finanza, Gianluca Angelini; Enzo Molina, Presidente Lilt Parma; Maddalena Manfredi, Presidente Corso Odontoiatria Unipr; Fabio Bonatti, Consigliere Provinciale, in qualità di delegato del Presidente della Provincia; Il Questore di Parma, Carmine Rocco Grassi .

Come di consueto, si è poi celebrata la Festa del Medico, caratterizzata da due momenti di cruciale importanza per tutto l'Ordine di Parma: il giuramento solenne dei colleghi neo abilitati e la premiazione dei Colleghi Premiati per i loro 50 anni di laurea. Davanti allo sguardo fiero dei propri famigliari, in una sala gremita di pubblico, i Giurandi e i Premiati hanno ricevuto la classica Pergamena. I Premiati, oltre al già citato attestato di merito, hanno ottenuto anche l'elegante e abituale Asclepio d'oro.



La Gallery dell'evento, ricco di momenti significativi:



Articolo uscito sulla Gazzetta di Parma: [Articolo Gazzetta di Parma](#)

Servizio di tg Parma dedicato all'evento: <https://www.12tvparma.it/puntata/tg-parma-edizione-del-20-04-2026-ore-1245/ordine-dei-medici-giuramenti-e-premiazioni/>

Assemblea Premiati i professionisti over 70

«No a una sanità robotizzata: con l'AI medici disoccupati»

L'allarme di Muzzetto, presidente dell'Ordine



Pierantonio Muzzetto

Vediamo un preoccupante viraggio delle scelte verso l'esperienza del virtual hospital e virtual doctors

Assemblea degli iscritti nei giorni scorsi, nella Sala Polifunzionale del Campus universitario, per l'Ordine dei medici: è stata votata l'approvazione del bilancio consuntivo 2025 e l'assestamento di bilancio preventivo 2026.

Nell'occasione è stata celebrata la Festa del medico: il giuramento solenne dei colleghi neo abilitati e la premiazione dei colleghi premiati per i 50 anni dalla laurea. In una sala gremita di pubblico, i giurandi e i premiati hanno ricevuto la classica pergamena oltre che, per i colleghi anziani, l'elegante Asclepio d'oro.

Alla presenza di molte autorità cittadine, hanno parlato il presidente della Commissione Aldo odontoiatri Angelo di Mola, il tesoriere Massimo Manchi, il presidente del Collegio dei revisori dei conti, Angelo Anedda, e naturalmente il presidente dell'Ordine Pierantonio

Muzzetto, che ha toccati alcuni temi «caldi» della professione.

Muzzetto ha ricordato che l'Ordine sostiene da dieci anni «la necessità di recuperare il passato glorioso di Parma e la sua sanità, rivendicando per essa quel ruolo della buona medicina che anche ora dovremmo sostenere».

Parlando dell'intelligenza artificiale in sanità, Muzzetto ha messo in guardia sul «tentativo odierno di robotizzare l'assistenza», in quello che si delinea come un preoccupante viraggio generalizzato delle scelte verso l'esperienza dei virtual hospital e dei virtual doctors, già attualizzato nei progetti avanzati della Cina.

«I problemi riguardanti la professione sono crescenti e rientrano nella anomalia e incompleta comunicabilità a vari livelli, dei rapporti difficili fra attori e coattori fuori dal sistema dei valori e delle

Campus
Nell'occasione è stata celebrata la Festa del medico: il giuramento solenne dei colleghi neo abilitati e la premiazione dei colleghi premiati per i 50 anni dalla laurea.



complete competenze, né è esempio recente quello della suicidiarietà - ha continuato Muzzetto - Ogni medico deve seguire un solo valore: dare la vita e assicurare vicinanza (e non abbandonano) a chi versa in situazioni irrimediabili. Siamo consapevoli che il lavoro medico è un tema politicamente divisivo, ma siamo convinti al 100% che a prevalere, nella nostra tavolozza bio-psico-sociale, i colori di base debbano sempre essere due, il bianco e il rosso: quelli della croce della sanità su quel bianco del camice del medico.

Riflettendo sul post-Covid, il presidente dell'Ordine parla del «volo stesso sull'impegno civile dell'Ordine, impegnato quotidianamente per oltre un anno e mezzo, misconoscendo disponibilità, presenza e interventi volutamente non propagandati. Perché ne parlo ancora oggi? Per la memoria di quei medici parmigiani dimenticati che ci

hanno lasciati per il Covid».

«Di quel lungo periodo pandemico ci sono rimasti dei lasciti legislativi perpetuati annualmente. Ponendoci di fronte al dubbio se l'emergenza sia davvero finita e se le scelte estemporanee siano davvero durature - incalza Muzzetto - il riferimento è a quei medici extracomunitari e comunitari ma con laurea conseguita all'estero non riconosciuta, giunti in soccorso dei medici italiani in lockdown, con contratti limitati nel tempo e peraltro molto ben retribuiti a dispetto degli stanziamenti».

Colleghi scomparsi
Sono stati ricordati i medici parmigiani «dimenticati» morti per il Covid

Per Muzzetto «i medici mancano come forza attiva e non numericamente. Lo spettro della disoccupazione sarà ancor più evidente fin dal prossimo quadriennio. Ne sarà causa l'uso indiscriminato dell'IA e sarà nuovo motivo della crescita delle liste di attesa. Occorre certezza che il ruolo e la funzione medica siano davvero lasciati al medico. È necessario avere una categoria unita e fare quadrato per un giusto finanziamento con risorse dedicate e una decisa retribuzione dei medici».

«Le forze sociali e le Istituzioni - ha concluso Muzzetto - devono fare la giusta scelta, che non è sacrificare il medico. Il monito va al mondo medico ma anche a quello dei sindacati di categoria e ai nostri legislatori, costruttori delle regole, e a coloro che devono fare rispettare in sanità, in primis rispettandole».

r.c.

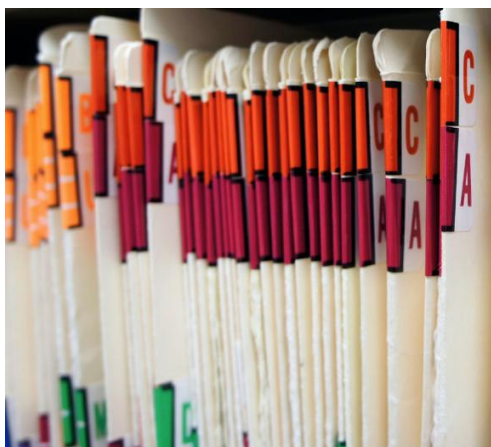
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli articoli 26, 27 e 28 del Codice Deontologico. A cura della Presidenza e del Comitato di Redazione

Art. 26

Cartella clinica

Il medico redige la cartella clinica, quale documento essenziale dell'evento ricovero, con completezza, chiarezza e diligenza e ne tutela la riservatezza; le eventuali correzioni vanno motivate e sottoscritte. Il medico riporta nella cartella clinica i dati anamnestici e quelli obiettivi relativi alla condizione clinica e alle attività diagnostico-terapeutiche a tal fine praticate; registra il decorso clinico assistenziale nel suo contestuale manifestarsi o nell'eventuale pianificazione anticipata delle cure nel caso di paziente con malattia progressiva, garantendo la tracciabilità della sua redazione. Il medico registra nella cartella clinica i modi e i tempi dell'informazione e i termini del consenso o dissenso della persona assistita o del suo rappresentante legale anche relativamente al trattamento dei dati sensibili, in particolare in casi di arruolamento in protocolli di ricerca.



Commentario:

Come naturale estensione dell'art. 25 è questo, il 26, che in realtà riporta l'aspetto della custodia dei dati sensibili riguardanti la salute dell'assistito, ponendo l'accento sulla metodologia nella diversità dei rapporti relazionali di assistenza e cura da parte del medico. Il trait d'union è il mezzo di "ricovero" (la custodia) dei dati sensibili: la cartella. Con un riferimento ai doveri di precisione e di veridicità di quanto riportato, e con richiamo ad aspetti della giurisprudenza non solo deontologico-disciplinare e professionale, quanto di quello tradizionale, soprattutto penale. È di particolare importanza la discussione che è nata in seno della Consulta nazionale deontologica in fase di elaborazione e discussione dei principi sull'estensione della metodologia in ambito professionale medico, senza caratterizzazioni esplicite dell'uso del "mezzo", oggi, per consuetudine utilizzato in ambito soprattutto di ricovero, ma anche, pur non specificato come obbligo, nelle attività ambulatoriali. Tuttavia, la caratteristica principale è che non vi sia distinzione del fatto che sia relativa al sistema pubblico o privato, all'ambito del solo ricovero o della consulenza o della visita ambulatoriale, mettendo in evidenza non una regola perentoria, quanto un consiglio che abbia due caratteristiche: la sicurezza dell'accadimento in tema di salute e il riferimento a passaggi clinici o laboratoristici dell'iter di cura come evoluzione clinica di patologie. Un modo semplice per avere un riferimento sicuro di quanto fatto, un punto fermo e sicuro per l'iter clinico a tutela, proprio, della persona assistita. Si rinnova così un obbligo del medico che è costante in ogni momento della sua relazione con il paziente, persona per giunta assistita. Infine occorre evidenziare che rientra tra le c.d. prove della pratica medica, dall'informazione compiuta e compresa dello stato di salute, come pure della registrazione del consenso e dissenso a seguire le indicazioni mediche, sotto quest'aspetto un elemento di tutela e garanzia proprio del medico in situazioni routinarie quanto [SEGUE...]

[SEGUE...] di quelle critiche del rapporto di cura o, di contro, legate a complicazioni nel percorso di cura o ad esiti indesiderati e gravi, con indicazione dei comportamenti coerenti in queste condizioni.

Da cui l'indubbio richiamo, velato ma al contempo chiaramente sottinteso, della veridicità delle annotazioni, con richiamo al primo atto della professione¹.

¹ Rif. CDM Titolo X art.58 (Rapporti fra colleghi)



Art. 27

Libera scelta del medico e del luogo di cura

La libera scelta del medico e del luogo di cura costituisce diritto della persona. È vietato qualsiasi accordo tra medici tendente a influenzare la libera scelta della persona assistita, pur essendo consentito indicare, se opportuno e nel suo esclusivo interesse, consulenti o luoghi di cura ritenuti idonei al caso.

Commentario

Nel titolo terzo l'art. 27 richiama ai doveri della persona assistita, enunciati nel Consenso Dissenso che, pur inserito nel titolo secondo "Doveri e competenze del Medico", in realtà riporta nettamente la capacità di attivare il diritto del paziente alla scelta consapevole dell'iter di assistenza e cura, consolidando la relazione medico paziente che non può essere garantita, certamente, da una sproporzione delle posizioni né tantomeno resa autoritativa con un'imposizione medica. Si rischierebbe così, infatti, di uscire dalla posizione di garanzia del medico. Da qui la capacità e la volontà di scelta, assicurata dalla garanzia decisionale della persona assistita connotata come suo "diritto imprescindibile" e inviolabile. Il medico può intervenire solo in situazioni in cui la scelta dell'assistito sia palesemente impropria, qualora questi manifesti la volontà di seguire le indicazioni e le cure da parte di chi, pur medico, non abbia neanche sommariamente le competenze della materia, tanto da prevederne non solo l'inefficacia, quanto un palese danno, consigliando quindi un approccio diverso e spiegando le difficoltà oggettive a seguirne la decisione, pena le gravi

[SEGUE...]

[SEGUE...] conseguenze legate all'inesperienza sul caso specifico e addirittura effetti nefasti. Ciò porta spesso a considerare situazioni di allontanamento dalle cure specifiche, basate sull'esperienza e sull'evidenza, da parte di cultori di talune medicine non convenzionali o di altra medicina - o di prassi culturali di taluni paesi esportate nei nostri contesti -, che non garantiscono la bontà degli interventi o, addirittura, portano a condizioni di rischi gravissimi di salute². Un insieme di condizioni che comportano una riflessione etica. In particolar modo considerando quei comportamenti di rilievo deontologico-disciplinare laddove il medico possa influenzare la libera scelta della persona assistita e, al contempo, non indichi la strada corretta da intraprendere in alternativa a scelte improprie, dannose per la salute.



² Rif. Ai trattamenti pseudo-oncologici con la medicina alternativa, allontanando dal trattamento consolidato e validato quei pazienti che possano avere una comprovata risposta terapeutica; oppure a quelle pratiche tribali o religiose fatte da non medici e da persone digiune di qualsiasi competenza sanitaria commettendo un reato (vedi Legge "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazioni genitali femminili"), per puro esempio, citando l'infibulazione femminile o maschile, o il taglio del prepuzio.

Art. 28

Risoluzione del rapporto fiduciario

Il medico, se ritiene interrotto il rapporto di fiducia con la persona assistita o con il suo rappresentante legale, può risolvere la relazione di cura con tempestivo e idoneo avviso, proseguendo la sua opera sino alla sostituzione con altro collega, cui sono trasmesse le informazioni e la documentazione utili alla continuità delle cure, previo consenso scritto della persona assistita.

La risoluzione del rapporto fiduciario è un tema forse non ben conosciuto all'interno della classe medica. Troppo spesso relegato a norme di tipo contrattuale, molto presenti nella medicina convenzionata, ma che prioritariamente riportano al Codice deontologico tutti i medici chiamati al rispetto della norma indicante i comportamenti e a cui fa riferimento anche la tradizione cassazionistica in tema di responsabilità medica. Il concetto che contrasta, solo in apparenza, con l'art. 28 è quello convenzionale che dispone la risoluzione formale del rapporto professionale tra medico e paziente con atto formale e convenzionale, ma che non prescinde dal principio espresso nel Codice. Quando il rapporto di fiducia si incrina o si rompe fra i due attori con interruzione della relazione di cura e, ancor più, dell'alleanza³ "fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su un'informazione comprensibile e completa".

[SEGUE...]

[SEGUE...] *Alla tempestività della comunicazione verso il proprio assistito, con un avviso adeguato, deve seguire la consapevolezza che questi deve poter usufruire dell'assistenza e delle cure fintanto che non si abbia l'assegnazione del nuovo medico. Qui risiede l'aspetto più trascurato da parte del medico uscente, il quale considera spesso esaurita la propria funzione "formale" fino al subentro del collega, dimenticando, talvolta, il passaggio successivo della trasmissione delle informazioni cliniche relative all'assistito "ricusato". Ma i suoi obblighi si ampliano, con riferimento della documentazione ad esso relativa, necessaria in quanto il medico ricusante ha ancora in sé l'obbligo di comportarsi in modo da garantire la continuità delle cure, sempre previo consenso dell'assistito. Inoltre, il rapporto di cura non coinvolge il solo medico di famiglia, ma anche lo specialista o il paziente ricoverato, per scelte di competenza medica o di luogo di cura con tutti gli obblighi previsti, anche in questo caso riguardanti la documentazione e i rilievi clinici relativi all'assistito. Prevalendo, semmai non lo si considerasse, il rapporto di collegialità e colleganza che sono alla base del rispetto reciproco. Cosa che, nell'ambito delle segnalazioni disciplinari, ne risulta bilateralmente carente.*



³ Rif. CDM art. 20 2 comma: "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"

L'imaging cardiovascolare protagonista ai Martedì dell'Ordine

Nell'ambito del ciclo "I Martedì dell'Ordine", il 28 aprile 2026 si è tenuto un incontro intitolato "Dal sintomo alla diagnosi: ruolo dell'imaging cardiovascolare."

L'iniziativa, svoltasi nella Sala Convegni della sede dell'Ordine dei Medici di Parma, è stata come sempre un'occasione di aggiornamento ed approfondimento per tanti Iscritti, grazie ad accurate analisi che hanno messo al centro del dibattito le seguenti tematiche: dall'analisi del ruolo dell'ecostress a quello della TAC coronarica, passando poi ad un approfondimento dell'Imaging cardiovascolare avanzato nello sportivo e chiudendo con una domanda...c'è ancora spazio per il test da sforzo? L'iniziativa si è aperta con l'introduzione del Presidente Pierantonio Muzzetto, che ha portato i saluti di tutto l'Ordine e ha evidenziato diversi punti cruciali relativi all'imaging cardiovascolare: *«L'imaging cardiovascolare è estremamente importante, anche nell'ambito dell'intelligenza artificiale, permette infatti un sempre più elevato affinamento diagnostico, legato anche alle casistiche possibilmente consultabili attraverso le banche dati. Questo processo può essere un'effettiva accelerazione dei tempi di diagnosi e può promuovere un maggiore sviluppo della sicurezza diagnostica e terapeutica. L'imaging è quindi uno strumento di considerevole portata, tuttavia non ha ragione d'essere se lasciata solo allo stato larvale. L'imaging non corroborata dalla clinica è infatti la diatriba che oggi dobbiamo affrontare nell'ambito della tecnologia operante e sempre più invadente. Solo pochi giorni fa parlavamo di Intelligenza Agentica, ovvero l'IA che usa tutte le altre intelligenze artificiali e riesce, in una forma multivariata e integrata, a dare delle risposte altrimenti non pensabili. Ci stiamo proiettando nella fase della fisica AI, intelligenza artificiale fisica, che è più strettamente legata al sistema robotico per le industrie, ma che avrà ricadute anche sul piano sanitario come d'altronde è già avvenuto sia per i digital twin, sia per tutto il discorso sull'universo virtuale. Stiamo infatti entrando nella*

cosiddetta virrealtà, associata alla realtà oggettiva, virtuale, mista e a quella aumentata. Il reale ormai si confonde spesso con il virtuale, si viene a creare così una situazione particolare, non solo mentale e teorica, su cui si deve navigare anche nell'ambito sanitario, finalizzando ogni atto al miglioramento clinico. L'aspetto etico è cruciale e siamo, proprio per questo, tra i primi propugnatori a livello nazionale dell'introduzione della visione etica nell'uso di questi strumenti. Solo seguendo la luce e la bussola fornita dai profondi valori dell'Etica questi dispositivi possono diventare preziose strumentazioni finalizzate alla beneficenza e al bene dei nostri assistiti. L'uso di queste risorse deve essere un nobile uso: non si deve intaccare la relazione medico-paziente, che deve restare umana e legata ai requisiti delle medical humanities». I relatori e moderatori della serata sono stati:

- Giovanni Tortorella Direttore del Dipartimento Medico e della Diagnostica del Presidio Ospedaliero di Fidenza Vaio AUSL Parma
- Fabrizio De Rosa Medico Dirigente Cardiologia UTIC AUSL Parma, Ospedale Vaio Fidenza
- Clelia Guerra Medico Dirigente Cardiologia UTIC AUSL Parma, Ospedale Vaio Fidenza
- Eugenio Lombardo Medico Dirigente Radiologia UTIC AUSL Parma, Ospedale Vaio Fidenza



[SEGUE...]

[SEGUE...] *«L'Imaging ecocardiografico e le tecniche radiologiche applicate allo studio del cuore e del sistema vascolare, ovvero TAC e risonanza magnetica, sono diventate trainanti nella diagnostica. C'è tuttavia un abuso di questi strumenti – ha spiegato Tortorella -. Intendo dire, nello specifico, che notiamo molti casi dove la prescrizione risulta "inappropriata", ovvero non rispetta quelle che sono le linee guida, le indicazioni ufficiali delle società scientifiche. Serate di approfondimento e update come questa sono molto utili per fare chiarezza su questi aspetti. Per un professionista è facile fare una TAC coronarica e questo vale un po' per tutti, non solo per i medici di medicina generale ma anche per gli specialisti cardiologi. In pochi però, purtroppo, sanno che i punti TAC nella nostra Provincia non sono tanti, anzi sono pochi e non si riesce quindi a far fronte nei tempi previsti all'elevata richiesta. Si tratta di risorse sempre più utilizzate e utilissime, occorre tuttavia capirne la complessità per utilizzarle in maniera appropriata, seguendo le linee guida dei documenti ufficiali».*

«Risulta molto interessante analizzare il ruolo della risonanza magnetica nella valutazione dello sportivo e in particolar modo nel differenziare quello che è il cuore dell'atleta, cioè studiare tutte quelle modificazioni che lo sport determina a livello cardiaco, ad esempio con le cardiomiopatie – ha sottolineato Lombardo -. La risonanza magnetica non ha rischi intrinseci nella metodica. Certo è necessario il mezzo di contrasto nell'esame di risonanza magnetica e lì ovviamente ci sono i rischi della somministrazione di un farmaco, ma sono eventualità rare. Di per sé la risonanza magnetica è un esame poco invasivo, utilizza onde elettromagnetiche e non c'è presenza di radiazioni ionizzanti, possiamo quindi dire che è un esame ottimo da questo punto di vista. Le valutazioni delle cardiomiopatie nello sportivo sono preziose, queste analisi possono infatti essere di supporto anche quando si va a studiare il cuore di un non sportivo».



Note di Farmacovigilanza

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

EMA raccomanda la restrizione delle indicazioni terapeutiche del medicinale Tecovirimat SIGA -> [Tecovirimat](#) -> Il medicinale non ha dimostrato efficacia nel trattamento dell'infezione virale mpox in studi clinici controllati e randomizzati. Il Comitato per i medicinali per uso umano (CHMP) dell'Agenzia europea per i medicinali ha concluso che Tecovirimat SIGA 200 mg capsule rigide non deve più essere utilizzato per il trattamento della mpox (vaiolo delle scimmie). La decisione del CHMP si basa sulla revisione dei risultati di quattro studi clinici controllati e randomizzati, condotti in diverse aree geografiche. Gli studi hanno dimostrato che le lesioni cutanee attive associate a mpox non guarivano più rapidamente nei pazienti trattati con Tecovirimat SIGA rispetto a quelli trattati con placebo. Inoltre, il medicinale non ha dimostrato benefici su altri parametri di efficacia, come la riduzione del dolore.

Comunicato EMA su aggiornamenti dal PRAC della riunione del 7-10 aprile 2026 riguardanti il medicinale antiepilettico Ontozry (cenobamato), nuove informazioni di sicurezza su casi di danno epatico -> [Aggiornamenti dal PRAC su Ontozry](#) -> Il PRAC ha concordato una comunicazione importante di sicurezza (Direct Healthcare Professional Communication – DHPC o Nota Informativa Importante di Sicurezza – NIIS) per informare gli operatori sanitari che sono stati riportati casi di grave danno epatico con insufficienza epatica in pazienti trattati con il medicinale Ontozry. Molti di questi casi si sono verificati quando il medicinale è stato usato in associazione con altri antiepilettici. Si raccomanda ai prescrittori di effettuare esami della funzionalità epatica prima di iniziare il trattamento con Ontozry e durante tutto il periodo di terapia. Nei pazienti che sviluppano sintomi indicativi di danno epatico, come fatica, anoressia, fastidio addominale nel quadrante superiore destro, urine scure o ittero, deve essere inoltre effettuata una tempestiva valutazione clinica e devono essere eseguiti gli esami di funzionalità epatica. I pazienti devono essere informati di rivolgersi immediatamente a un medico se manifestino segni o sintomi che suggeriscono un danno epatico. A seguito della revisione dei casi, il PRAC raccomanda di aggiungere danno epatico come effetto indesiderato raro (che può verificarsi fino a 1 paziente ogni 1.000) nelle informazioni sul prodotto di Ontozry, insieme ad un'avvertenza per i pazienti e per gli operatori sanitari.

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.asp>

⌘

ALLEGATI:

[Lettera Ausl di Parma](#)

[Lettera Ausl Parma](#)

Uso corretto paracetamolo -> <https://www.aifa.gov.it/-/aifa-richiama-uso-corretto-paracetamolo-particolare-attenzione-casi-sovradosaggio-intenzionale-negli-adolescenti>

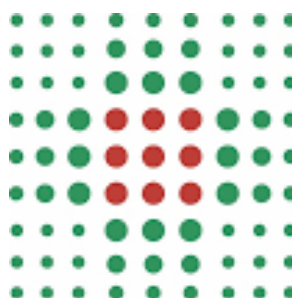
AIFA sul proprio sito ha richiamato l'attenzione sull'importanza di un uso corretto e consapevole del paracetamolo, con particolare riferimento ai casi di sovradosaggio intenzionale negli adolescenti. Il richiamo si basa su analisi congiunte tra segnalazioni di farmacovigilanza e dati forniti dai Centri Antiveneni, che evidenziano un numero significativo di casi tra gli adolescenti e configurano un rischio clinico rilevante, con potenziali esiti gravi. AIFA, sottolineando l'importanza dell'assunzione corretta del medicinale, invita famiglie, pazienti, caregiver e operatori sanitari a osservare alcune precauzioni elencate nel comunicato, quali: attenersi scrupolosamente alle dosi indicate nel foglio illustrativo o nella prescrizione medica/rispettare l'intervallo minimo tra le somministrazioni ed evitare l'uso contemporaneo di più medicinali contenenti paracetamolo o di altre sostanze potenzialmente epatotossiche/ rivolgersi immediatamente ai servizi di emergenza o al Centro Antiveneni in caso di sospetto sovradosaggio, anche in assenza di sintomi.

Nuovi requisiti per il monitoraggio della funzionalità epatica a seguito di segnalazioni di grave danno epatico -> [Ontozry](#) ->

Sono stati segnalati casi di grave danno epatico, inclusi casi di insufficienza epatica, in pazienti trattati con Ontozry (cenobamato), molti dei quali in associazione con altri farmaci antiepilettici. La funzionalità epatica deve essere valutata prima dell'inizio della terapia con Ontozry e monitorata durante il trattamento. Nei pazienti che presentano segni o sintomi indicativi di possibile danno epatico, devono essere eseguite tempestivamente una valutazione clinica e test della funzionalità epatica. I pazienti devono essere informati di rivolgersi immediatamente al medico qualora manifestino segni o sintomi suggestivi di danno epatico. In caso di danno epatico sospetto o accertato deve essere presa in considerazione una riduzione della dose o l'interruzione del trattamento con Ontozry.

Rischio teratogeno e controindicazione in gravidanza e nelle donne che pianificano una gravidanza -> [Adalain](#) ->

I retinoidi per via orale sono altamente teratogeni e non devono essere utilizzati durante la gravidanza. A titolo precauzionale, anche i retinoidi topici, come adapalene, sono controindicati nelle donne in gravidanza e nelle donne che pianificano una gravidanza.



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 2 aprile 2026:

- Inserimento nella tabella I della categoria di sostanze analoghi di struttura e derivati del 2-[(fenil)metil]-benzimidazol-1-il]-etanamina e all'inserimento dell'apposita nota descrittiva in calce alla stessa tabella I.
- Nella tabella I del Testo unico sono state inserite inoltre le seguenti sostanze: CUMIL-PMINACA e tilmetamina e la specifica indicazione delle sostanze 4F-ADMB-BINACA; 4F-MDMB-PINACA; MADMB-4en-PINACA.

Con il decreto 28 aprile 2026:

- Inserimento nella tabella I del testo unico le sostanze: N-propil efenidina; ADMB-FUBBIOCA; delta-9-THCP-metilcarbonato; 2-formil-delta-9-THCP e la specifica indicazione della sostanza α -PiHPP.
- Nella tabella IV del Testo unico è stata inserita la sostanza Avizafone.

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.

ALLEGATI:

- [Comunicazione Fnomceo numero 46](#)
- [Comunicazione Fnomceo numero 47](#)
- [Decreto 2 aprile 2026](#)
- [Comunicazione Fnomceo numero 56](#)
- [Decreto 28 aprile 2026](#)



Corso Certificazione delle schede Istat di decesso - Fad regionale

La nuova edizione del corso Fad regionale sulla Certificazione delle schede ISTAT di decesso può essere di interesse a tutti i medici di medicina generale e medici ospedalieri delle diverse discipline e tutti coloro che, durante la loro attività, hanno l'occasione di compilare la scheda ISTAT. La nuova edizione è pubblicata sulla piattaforma Self ed è accreditata da AUSL Modena, Coordinatore delle attività dei Registri di Mortalità della regione Emilia-Romagna. Il corso dovrà essere completato entro il 20 dicembre dell'anno in corso e la conclusione positiva permette l'assegnazione di 6 crediti ECM, riconosciuti dal Provider. Per tutti i medici interessati, di seguito evidenziamo le indicazioni di accesso al corso:

1. Accedere al sito <https://www.self-pa.net/>
2. Entrare nell'ambiente Sanità
3. Scegliere la modalità di accesso
4. Selezionare il "Corso di Certificazione delle Schede ISTAT di Decesso".

Le modalità di accesso sono le seguenti:

- Tramite identità digitale, cliccando sull'apposito tasto Accesso SPID-CIE-CNS.
- Tramite username e password (username: proprio codice fiscale, password: inserire quella già in uso per l'accesso alla piattaforma. È possibile recuperare in autonomia la password cliccando il tasto "Recupera password"). Selezionare il "Corso di Certificazione delle Schede ISTAT di Decesso".



Overbooking: è la risposta eticamente corretta per la salute dei cittadini o si tratta di una scorciatoia?

di Giovanni Gallo

E' notizia recente che negli ambulatori della sanità pubblica parmigiana e parmense, sia stata attivata la misura prevista dal DI 73/2024, ovvero la possibilità di gestire un surplus di prenotazioni delle prestazioni rispetto a quelle previste dalle disposizioni vigenti, analizzando i dati del quantitativo di pazienti che non si presentano agli appuntamenti prenotati tramite CUP, fenomeno conosciuto con il termine anglosassone di "no show".

L'introduzione sistematica dell'overbooking nelle aziende sanitarie della nostra provincia, sia per le visite ambulatoriale che per le prestazioni diagnostico-strumentali, viene presentata come una risposta pragmatica alla pressione crescente delle liste d'attesa, tema ormai ben noto in tutte le testate giornalistiche e reti mediatiche del paese. In realtà tale pratica si configura come una soluzione apparente, che trasferisce il problema dalla dimensione organizzativa a quella clinica, scaricandone gli effetti sui medici, ma soprattutto ed in particolare sui pazienti.

L'overbooking, mutuato da logiche economiche e che sono perlopiù estranee alla sanità, presuppone una gestione probabilistica delle agende basata sui no-show. Ma il sistema sanitario non è un vettore commerciale. L'istituzione di una pratica come quella descritta, seppur nel pieno della legalità, rischia di far perdere di vista due aspetti fondamentali. Partendo dal presupposto che innanzitutto non si tratta di riempire posti vuoti, ma si tratta da un lato di garantire prestazioni appropriate (passando quindi anche dall'appropriatezza prescrittiva), ma soprattutto di mettere gli specialisti in condizioni di operare in sicurezza nell'erogazione delle cure e di effettuare quest'ultime secondo precisi standard di qualità a tutela del cittadino.

In questo contesto, quando la previsione fallisce — e inevitabilmente accade — si determina un sovraccarico che incide direttamente sulla tenuta del sistema e che rischia di vedere nel paziente la

figura più pesantemente colpita e pregiudicata all'interno di un contesto con un fenomeno non adeguatamente governato.

Per cui, il primo elemento critico è certamente di natura etica: aumentare il numero di prestazioni oltre la capacità reale significa comprimere i tempi clinici, già ampiamente ridotti all'osso dall'introduzione dei tempari, oltre che ridurre l'attenzione al singolo caso e trasformare l'atto medico in una sequenza accelerata, impersonale, disumanizzata oltre che incompatibile con la complessità assistenziale richiesta in particolare dai pazienti cronici ad esempio. Il rischio non è teorico, ma è concreto, quotidiano e diventerà certamente misurabile. Un medico sottoposto a pressione costante, chiamato a smaltire un volume eccedente di attività, inevitabilmente vede ridursi la propria lucidità decisionale. E quando viene meno la lucidità, in quello che conosciamo in maniera universale come un ruolo delicato, viene meno la sicurezza delle cure per il paziente.

A questo rischia di aggiungersi un ulteriore profilo di criticità: l'overbooking rischia di creare così una zona grigia in cui l'impegno professionale eccede i limiti fisiologici, senza che vi sia alla base una reale strategia di sostenibilità concreta. Il rischio ancora più grave è che tale pratica diventi una deriva che rischia di normalizzare l'eccezione, rendendo strutturale ciò che dovrebbe essere contingente. E siamo tutti ben consapevoli che ogni medico, per senso etico, è certamente pronto a fare tutte le eccezioni necessarie al bene del paziente. Su una questione così delicata e complessa, non è certo un caso che venga sollevato il problema di rendersi conto e di evidenziare che il ricorso a strumenti emergenziali quali l'overbooking non possa sostituire una programmazione strutturale delle risorse e rischi di compromettere la qualità e la sicurezza delle cure. Il nodo, dunque, non è se ridurre le liste d'attesa — obiettivo certamente condivisibile e non più rinviabile —
[SEGUE...]

[SEGUE...] *ma come farlo. Esistono alternative, già note e in parte sperimentate e che sarebbe giusto percorrere prima di arrivare ad una conclusione di necessità di superlavoro del medico: una revisione appropriata delle priorità prescrittive, il potenziamento delle agende dedicate alle prestazioni urgenti, il rafforzamento del personale e l'integrazione tra livelli assistenziali oltre che la pulitura delle liste nel caso di doppie prenotazioni o di visite già effettuate in altre sedi. Interventi complessi, certo, ma coerenti con una visione sistemica e soprattutto di maggior aderenza al fine etico di tutela del paziente.*

In questo contesto, affidarsi all'overbooking si traduce nell'adottare una logica di breve periodo, che rischia di produrre effetti controproducenti nel medio-lungo termine: aumento degli errori, peggioramento della qualità percepita, ulteriore demotivazione del personale sanitario e lunghissime ed interminabili attese per i pazienti nelle giornate di programmazione extra.

La sanità pubblica non può permettersi scorciatoie organizzative che incidono sul cuore della relazione e del tempo di cura. Il tempo clinico non è una variabile comprimibile a piacimento: è parte integrante della qualità assistenziale. Ignorarlo significa mettere in discussione non solo l'efficienza del sistema, ma la sua stessa credibilità.



I conti non tornano

di Cristiana Madoni

AAA giovani laureati cercasi

Profilo richiesto: laurea in Medicina e Chirurgia.

Attività prevista: apprendimento specifico per specialità.

Retribuzione: secondo contratto normato con l'Università.

Requisiti aggiuntivi: estrema flessibilità oraria...

Sono circa 15000 i medici in formazione specialistica (d'ora in avanti "specializzandi) in Italia.

I camici bianchi (o verdi) popolano le aziende ospedaliere convenzionate con l'Università: da timidi e inesperti, acquisiscono progressivamente competenze e nel giro di 4, 5 o 6 anni si strutturano...diventando appunto "strutturati".

Idealmente il percorso formativo è impeccabile, ma... alcune ombre si allungano su questo paesaggio bucolico.

"Ma lei è un medico? Così giovane?" (quando va bene, altrimenti è "Ah, sei tu il dottore/dottoressa?")

Gli specializzandi sono medici a tutti gli effetti, ma in formazione. Questo promemoria andrebbe indicato sulle porte di ogni studio/ambulatorio/reparto. Non sono sostituiti del personale infermieristico, non svolgono attività di segreteria. In quanto medici sono responsabili delle loro azioni, scelte e diagnosi. Nel loro bagaglio manca l'esperienza, di certo però hanno la conoscenza aggiornata della medicina.

"Ai miei tempi si viveva in ospedale..."

Più di venti anni fa le guardie erano di 24 ore, non esisteva lo stress, la fatigue, il burnout; non si parlava di rischio clinico. Oggi gli specializzandi firmano un regolare contratto – prima era una borsa di studio – che andrebbe letto attentamente dalle parti; non sempre tutto quello che è scritto viene rispettato, quando si esce dal seminato in misura contenuta lo si può considerare una deviazione dalla norma, e non se ne parla. Se invece il troppo stropia, si avviano le cause legali ed escono titoli sui giornali (recente caso di Modena, turni infiniti senza recupero).

"Dal secondo anno puoi..."

...partecipare ai concorsi, per poi accettare un contratto secondo il decreto Calabria. E lavorare quasi da specialista, una via di mezzo diciamo. Evviva! Un posto di lavoro praticamente garantito dopo il termine del corso degli studi. Un contratto low cost - come le compagnie aeree – grazie al quale le aziende ospedaliere sapranno far fronte alle carenze di organico e rispondere al cittadino che lamenta tempi di attesa degni del Deserto dei Tartari di Buzzati.

Questo è il nocciolo della questione, che sposta un problema in altro spazio e ne crea di nuovi.

Guardiamo ai dati: ci sono scuole le cui borse vanno deserte. Chirurgia Generale, Anatomia Patologica, Medicina d'emergenza e urgenza, Microbiologia... per motivi diversi, non hanno appeal. Se da questo bacino – già in odore di siccità - sottraiamo gli specializzandi che accettano il contratto "Calabria", chi rimane?

La materia non si crea, al massimo si trasforma. Questione di matematica spiccia.

Manca il personale in ospedale: assumo gli specializzandi già dal secondo anno (con delle limitazioni nell'agire) e tampono la situazione, a costo inferiore rispetto all'assunzione di un dirigente medico specialista con contratto a tempo indeterminato! Il numero di specializzandi quindi si riduce, il totale dei medici non cambia. Da fuori, ovvero dal concorso per le scuole di specialità, non si iscrive nessuno, o solo un quinto del necessario. Nel giro di un paio d'anni o forse meno risulterà evidente il fallimento di questa soluzione, che non solo altera il percorso formativo degli specializzandi, che tornano tali per svolgere attività didattica in periodi concentrati mensilmente, ma che invece di aumentare in modo reale il personale, lo amputa e lo inchioda ai vincoli del "Calabria". Perché i Calabria, come vengono chiamati i contrattisti, hanno limitazioni allo svolgimento di attività in autonomia: è necessaria la presenza di un tutor di riferimento (o in pronta disponibilità qualora si

[SEGUE...]

[SEGUE...] preveda per loro un turno di guardia), i compiti che possono svolgere in autonomia devono essere – come ovvio e giusto – adattati alle progressive competenze acquisite, non sono idonei a coprire le pronte disponibilità.

Quando una soluzione nasce con carattere di eccezionalità e temporaneità, e poi si trasforma in consuetudine continuando a rinnovarsi, diventa invisibile la criticità. Ai giovani colleghi che solo da un paio d'anni hanno preso contatto con il mondo lavorativo, rivolgiamo un appello affinché frenino la voglia di scegliere la strada più breve per arrivare a destinazione: c'è un tempo giusto per ogni cosa. E per voi è il tempo della formazione.



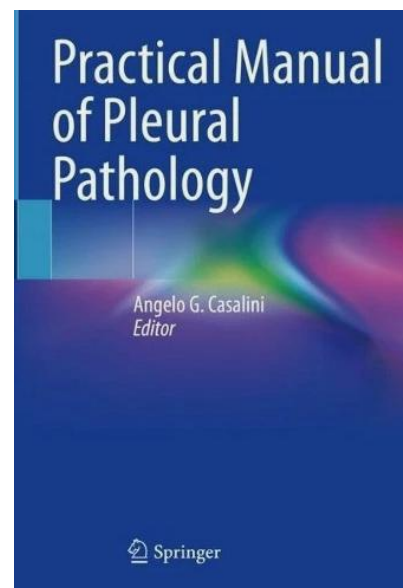
“Practical Manual Of Pleural Pathology” - Il manuale di Angelo Gianni Casalini

Un Manuale Pratico in lingua inglese sulle patologie pleuriche ideato dal Professor Angelo Gianni Casalini, pagine capaci concretizzare il sapere maturato dopo tantissimi anni di lavoro dell'autore, anni di profondo lavoro e studio in Ospedale, caratterizzati da circa 900 toracoscopie e almeno 2.500 casi di versamento pleurico, un'esperienza che in pochi possono vantare. Già in passato Casalini aveva collaborato con la casa editrice Springer, con la pubblicazione di un grosso testo di 600 pagine dedicato alla pneumologia interventistica. Il campo della patologia pleurica non è da sottovalutare: <<Ho dato questo taglio da manuale pratico, questo non è un libro da tenere in libreria, ma il medico lo deve tenere a portata di mano per usufruirne ogni volta che ne ha bisogno>> ha evidenziato Casalini. Un libro da consultare, concepito come strumento che possa fornire indicazioni su come affrontare le situazioni cliniche più frequenti nel campo della patologia pleurica, come ad esempio i versamenti pleurici trasudatizi, neoplastici, infettivi e idiopatici, il drenaggio con tubo toracico o l'ecografia transtoracica. Ogni argomento è introdotto da casi clinici esemplificativi. «Il Manuale di Patologia Pleurica è il frutto di oltre 40 anni di attività pneumologica, e in particolare di Endoscopia Toracica – spiega il Prof. Casalini -. Presso la UO di Pneumologia e di Endoscopia Toracica dell'Ospedale di Parma ci si è sempre dedicati a tutta l'attività endoscopica, in particolare alla Endoscopia Interventistica, che include l'Endoscopia Bronchiale diagnostica e Terapeutica nell'adulto e nel bambino e la Toracosopia Medica per la diagnostica del versamento pleurico; infatti l'UO di Pneumologia è diventata per anni un punto di riferimento a livello nazionale. In particolare per quanto riguarda il Manuale Pratico di Patologia Pleurica l'esperienza deriva dall'aver effettuato circa 900 Toracoscopie Mediche e dalla valutazione clinica di circa 2000-2500 versamenti pleurici nel corso di circa 40 anni.

Nel corso degli anni sono stati organizzati 33 Corsi Teorico-Pratici di Pneumologia Interventistica che hanno visto la partecipazione di discendenti provenienti da tutta Italia; i docenti sono nomi autorevoli in questo campo e hanno partecipato anche prestigiosi docenti stranieri, vere autorità nel campo della Interventistica.

Le competenze acquisite dall'autore derivano anche dall'aver frequentato più volte uno dei centri più importanti in campo europeo nel campo della Patologia Pleurica: il Dipartimento di Pneumologia dell'Hopital de la Conception di Marsiglia, diretto prima dal Prof Christian Boutin e in seguito dal Prof. Philippe Astoul. Nel corso degli anni le competenze in questo importante campo della Pneumologia si sono perfezionate grazie ai frequenti contatti e alla collaborazione con i più importanti centri italiani che si sono sempre occupati di Patologia Pleurica: Genova, Brescia, Ancona, La Spezia e altri; questo ha permesso un confronto costante e una crescita professionale per tutti. L'attività di Toracosopia Medica, esame fondamentale nella valutazione del paziente con versamento pleurico è stata condivisa con il Dott. Pieranselmo Mori. La diagnosi e la gestione del versamento pleurico spesso costituiscono una sfida, che richiede competenze non solo Pneumologiche, ma anche Internistiche, Oncologiche e Infettivologiche. Il Pneumologo con queste competenze deve avere un ruolo centrale nella gestione del paziente con versamento pleurico. L'approccio alla patologia pleurica deve includere però non solo competenze cliniche, ma anche familiarità con l'imaging toracico, con la toracentesi, il posizionamento dei drenaggi e la loro gestione, e con l'esecuzione della Toracosopia Medica. E in particolare deve avere passione e pazienza! Il Manuale non ha la pretesa di competere con i più importanti testi di patologia della pleura, che chi si occupa di questo campo conosce bene, ma è stato progettato e impostato in modo da costituire un testo di facile e rapida consultazione [SEGUE...]

[SEGUE...] che contiene diagrammi diagnostici, flow charts, casi clinici paradigmatici delle più frequenti patologie e suggerimenti pratici relativi a quello che si deve fare e a quello che si deve evitare per seguire nel modo migliore possibile il paziente. E' rivolto non solo a Pneumologi, ma anche ad internisti, oncologi, chirurghi toracici e a chiunque debba affrontare questa patologia. La domanda che è alla base dell'idea di scrivere questo testo è: c'era la necessità di un testo con queste caratteristiche sulla patologia Pleurica? La risposta è "sì", perché molto spesso si assiste a ingiustificati ritardi diagnostici, diagnosi approssimative con terapie non corrette, con notevole disagio per il paziente. E purtroppo anche nei congressi poco spazio è dedicato alla Patologia Pleurica. Nei congressi la Patologia Pleurica è trascurata; nei congressi nazionali del FADOI e della SIMI del 2025 nessuna sessione è dedicata alla patologia pleurica. Il testo ha avuto un buon successo e larga diffusione in campo pneumologico».



“Oltre il Camice”, il libro di Leopoldo Sarli che promuove la riscoperta delle Medical Humanities

Scritto dal Professor Leopoldo Sarli, “Oltre il camice. Storia e pensieri in un viaggio tra medicina e mondo” è la prosecuzione di un percorso di vita del proprio autore: *<<Ho avuto la fortuna di poter svolgere la mia professione, di poter vivere la medicina in modi completamente differenti. Prima come studente, ovviamente, successivamente come chirurgo, poi ho smesso di fare attività cliniche e mi sono dedicato soltanto alla formazione e alla ricerca, collaborando con la formazione anche in altri ambiti oltre a quello medico, perché nel Dipartimento di Medicina e Chirurgia sono entrate anche altre scienze - racconta il Prof Sarli - come la scienza infermieristica e non solo. Ho avuto anche l'opportunità di interessarmi di cooperazione internazionale e quindi di conoscere la medicina in altre realtà del mondo. Infine, ho vissuto l'esperienza personale di malato, di paziente in cardiologia, dove ho visto la medicina da tanti altri punti di vista e mi sono reso conto che ciascuna di queste parti dà un contributo>>*. Tanti tasselli dello stesso universo, quello medico, che uniti hanno cambiato il mio modo di vedere la medicina: *<<Da quando ero studente vedevo la medicina come una tecnica, una scienza tecnica che mi spiegava come funziona il corpo umano, quali sono i modi di trovare un guasto e di ripararlo, senza mai mettermi di fronte alla persona, ma sempre e solo il corpo. Ho infatti fatto il chirurgo dedicandomi al corpo dei pazienti, tuttavia, a poco a poco, si sono aperte delle crepe, ho cominciato a vedere che dietro al corpo c'era la persona, e nel prosieguo del mio percorso il ruolo della persona rispetto a quello del corpo è diventato sempre più importante, fino a diventare predominante. Ecco le medical humanities, ovvero il lato umanistico della professione medica è venuto fuori in maniera dirimpiente, soprattutto quando sono andato a conoscere realtà estere. Il paziente è una persona, non solo un corpo, e ha bisogno di essere considerato innanzitutto una persona, altrimenti non sarà mai contento della prestazione che ha ricevuto>>*.

Le pagine scritte da Sarli sono un romanzo di formazione, un percorso di formazione caratterizzato da diverse tappe, da tanti episodi significativi: dalle situazioni di reparto a Parma, passando per il rapporto con i guaritori senegalesi, fino ad arrivare alle profonde parole di un'oncologa birmana venuta a parlare in un Master a Parma, colei che ha inaugurato il reparto di cure palliative a Yangon, in Myanmar. Una lettura che ti catapultava, appunto, “Oltre il camice”, in una forte spiritualità, dai tratti fortemente concreti. Un giovane paziente che cede la sua stuoia ad una malata più anziana, ecco cos'è la spiritualità nella relazione umana, nella generosità, nelle virtù umane dell'aiuto verso l'altro. Il libro si chiude con alcune considerazioni finali: *<<Vedo che ci sono realtà nel mondo in cui non è possibile la cura, luoghi dove case ed ospedali sono distrutti, con gente che muore continuamente. Forse, in quei tragici territori, l'unico fine della cura dal punto di vista medico potrebbe essere quello di concedere la vita, cioè di evitare a persone che stanno morendo di morire: è un confine limitatissimo, dove la cura diventa in quel caso anche la testimonianza, così che quelle perdite non restino inutili. Per questo parlo di curare la memoria, curando il ricordo>>*.



Evento di chiusura della fase diocesana della causa di beatificazione del Dott. Giancarlo Rastelli - sabato 13 giugno 2026 ore 10 presso la Cattedrale di Parma

Invitiamo i Colleghi a partecipare all'evento di chiusura della fase diocesana della causa di beatificazione del Dott. Giancarlo Rastelli, cui la sezione AMCI di Parma è intitolata, che si terrà sabato 13 giugno 2026 ore 10 presso la Cattedrale di Parma, dove interverrà il nostro Vescovo Mons. Enrico Solmi. A seguire è prevista la preparazione della documentazione raccolta che sarà successivamente inviata a Roma per l'inizio della cosiddetta fase romana della causa. Le premesse favorevoli per l'avvio della fase diocesana, apertasi il 7 ottobre 2023, erano contenute nelle considerazioni seguite alla lettura della documentazione, fornita dal postulatore diocesano don Agostino Bertolotti, a

Padre Dr. Fidel González Fernández, dei missionari Comboniani, componente della Commissione Storica del Dicastero per le Cause dei Santi a Roma, il quale aveva espresso il seguente parere: *«mi sembra che il caso del Dr Rastelli meriti veramente essere considerato per una ipotetica introduzione della sua Causa di beatificazione e canonizzazione come tu anche ben mostri nel tuo elaborato. Credo che il lavoro meriti la pena e che sicuramente il lavoro sia non solo opportuno, ma anche rispondente alle esigenze del nostro tempo, come il suo modo di vivere la fede cristiana nel caso di Giancarlo Rastelli è stato sicuramente corrispondente alle richieste urgenti del suo tempo».*



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)