

Notiziario numero 6/2026 GIUGNO

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

SOMMARIO

- Comunicato Stampa: Parlare poco e agire assai
- Il medico di fronte al rinnovo delle richieste eutanasiche: non una questione solo di ruolo - Editoriale del Presidente Muzzetto
- Allergopatie e comparti produttivi protagonisti nella Sala Convegni dell'Ordine - Seminario valido per 4 crediti ECM
- Uno sguardo alla deontologia: gli articoli 29, 30, 31 e 32 del Codice Deontologico
- Istruzioni operative per l'avvio del Procedimento di riconoscimento della condizione di disabilità
- Igienisti dentali/FNOMCeO – Sentenza Tar Marche
- Pubblicità dell'informazione sanitaria – Linee guida
- Luigi Ippolito recensisce "Io avrò cura di te. L'accoglienza come terapia"
- Chiusura fase diocesana - Beatificazione del Dottor Rastelli



COMITATO DI REDAZIONE

Direttore Responsabile:

Pierantonio Muzzetto

Capo Redattore: Luigi Ippolito

Giovanni Gallo

Paolo Carbognani

Cristiana Madoni

Massimo Manchisi

Addetto stampa: Pietro Ferrari

Comunicato Omceo Parma, a cura della Presidenza: *Parlare poco ed agire assai*

Ancora un episodio di violenza che indigna e non lascia indifferenti. Quando la sera dello scorso sabato 20 giugno, al Cau (Centro di assistenza e urgenza) dell'ospedale Maggiore cittadino, uno straniero con una grossa ferita da taglio ad una mano si è presentato dal medico di turno chiedendo di essere curato.

Le foto di cronaca hanno fatto sospettare il peggio e, pur grave, la situazione è degenerata alle "sole intemperanze" facendo parlare di tentata violenza, in assenza di più gravi conseguenze, senza sminuire, però, il valore dell'accadimento.

È l'ennesimo caso all'interno degli ospedali e nel nostro territorio fonte di insicurezza generalizzata che si deve doverosamente contrastare con interventi mirati.

Ciò conferma il giudizio espresso fin dal 2018-19 sullo stato della Guardia medica, da un punto di vista organizzativo e strutturale, da cui la garanzia a porvi rimedio da parte delle istituzioni sanitarie. Se ne parlò diffusamente nell'apposito Convegno in strada al Ponte Caprazucca annoverando le istituzioni sanitarie provinciali, la CSST coi sindaci capidistretto, le Direzioni delle Aziende Sanitarie, la presidenza della Provincia, e la Responsabile del servizio Prevenzione e sanità pubblica RER, oltre ad esponente autorevole della magistratura locale.

Alla base di tutto vi furono i dati dell'indagine condotta dalla Commissione OMCEO "giovani medici" sulla Guardia medica provinciale con un documento presentato in quel convegno tematico, successivamente portato all'attenzione nazionale in quello di Venezia).

In cui dati sulla violenza venivano correlati alle gravi problematiche della continuità assistenziale, alle carenze strutturali e organizzative, direttamente incidenti sulla sicurezza professionale, particolarmente evidente nelle sedi decentrate, identificando al contempo le priorità d'intervento.

La disarmonia economica è emersa quale fattore determinante per la disparità delle risorse stanziata nella nostra provincia, ancor oggi evidenziata dalle limitazioni degli emolumenti in guardia medica nostrana: ne è ulteriore conferma la diversità delle risorse stanziata storicamente in RER per Parma sanitaria.

L'Ordine, quale istituzione medica provinciale, ormai da molti anni, ha sempre prospettato soluzioni concrete per permettere a medici e sanitari di lavorare in tranquillità e sicurezza.

Lo ha fatto nel recente quanto nel meno recente passato in sintonia con le Istituzioni, sollecitando l'applicazione delle soluzioni proposte attraverso il coinvolgimento e l'impegno a fare, perseguendo i fatti al di fuori delle parole vacue.

Si richiede, oggi, l'impegno delle Istituzioni cittadine e regionali, per loro ruolo, ad interventi "non certo formali" per le soluzioni certe e non solo di buon senso, a tutela del cittadino e degli stessi medici sul piano organizzativo, normativo ed economico. Colmando disparità evidenti tra le province di questa regione col riconoscimento del lavoro di chi, come i medici, agiscono in prima persona e in fortissime difficoltà. Occorrerebbe anche in questo 2026 riprendere e seguire il mai banale adagio: parlare poco e agire assai. Ne va, infatti, della credibilità di tanti, in primis di noi stessi.

I FATTI

La sera dello scorso sabato 20 giugno, al Cau (Centro di assistenza e urgenza) dell'ospedale Maggiore cittadino, uno straniero con una grossa ferita da taglio ad una mano si è presentato dal medico di turno chiedendo di essere curato. La situazione è degenerata quando il dottore ha spiegato che era necessario l'intervento dei medici del pronto soccorso. Il ferito (sulle cui stato comportamentale non ci sono ancora notizie certe) è diventato minaccioso, costringendo il medico a barricarsi nell'ambulatorio e a chiamare le forze dell'ordine, mentre l'uomo, preso da un raptus di rabbia, si è accanito sulla porta, imbrattando di sangue il pavimento e le mura del Maggiore. È l'ennesimo caso di insulti, minacce e aggressività all'interno degli ospedali del nostro territorio, con una continua alea di insicurezza generalizzata.

PRESENTAZIONE DEL CONVEGNO OMCEO PARMA DEL 25 GENNAIO 2019 "La sicurezza degli operatori e delle sedi di continuità aziendale, le proposte di Parma", tenutosi nella Sala Convegni Upi Strada al Ponte Caprazucca - UN LAVORO PROFONDO CHE L'OMCEO DI PARMA CONTINUA A PORTARE AVANTI DA TANTI ANNI, PER SCONFIGGERE PROBLEMATICHE ANCORA TROPPO PRESENTI

Il convegno "La sicurezza degli operatori e delle sedi di continuità aziendale, le proposte di Parma", tenutosi nella Sala Convegni Upi, in Strada al Ponte Caprazucca – sala che fu 2
[SEGUE...]

[SEGUE...] gentilmente concessa dall'Unione parmense degli Industriali – coinvolse la Federazione Medica Nazionale, con l'esigenza di intervenire efficacemente in una situazione gravosa, quanto drammatica, in cui versava già a quei tempi la continuità assistenziale. I vertici dell'Omceo parmigiana proposero e parlarono di soluzioni concrete già ai tempi, nell'ambito di una interlocuzione continua, con l'allora Direzione Generale delle Aziende Sanitarie, con l'allora Sindaco nella duplice veste di Presidente della Conferenza Sociale Sanitaria. Durante l'iniziativa del gennaio 2019 si approfondirono proprio questi argomenti. Presenziarono i vertici nazionali della Fnomceo e la Responsabile regionale della continuità assistenziale. Si misero in evidenza quelli che in quel momento erano già dei dati importanti, oggettivamente valutati, frutto di un'indagine interna. Furono inoltre coinvolti vari Sindaci, Presidenti di distretto, che interloquirono costruttivamente con l'Ordine in quel primo importante Convegno e anche successivamente. Insieme al Presidente Nazionale e il Segretario Nazionale della Fnomceo vennero portati alla luce dati di estrema importanza, riguardanti quello che era lo stato di criticità del sistema e, attraverso un atteggiamento costruttivo, si indicarono quelli che erano i punti su cui poter intervenire, fuori da ogni discussione meramente accademica. Ancora oggi, riemergono gli stessi problemi, ed è urgente trovare soluzioni efficaci, soprattutto alla luce dell'accresciuta violenza che registriamo quotidianamente in ambito sanitario. Come pure, le risposte che oggi arrivano dalle istituzioni sono da valutare e da analizzare con maggiore attenzione. Le conclusioni di quel fondamentale incontro del gennaio 2019 erano da promuovere al fine di permettere al medico di CA di operare in maggiore sicurezza proposte, dopo l'analisi della fotografia di tutte le sedi dei Guardia medica della Provincia. Questo fu l'elenco delle proposte finali di quel 25 gennaio di sette anni fa:

- Presenza di personale di sostegno sia in ambulatorio che durante visite domiciliari. Messa in sicurezza delle sedi di CA tramite adeguati presidi.
- Adeguato rapporto numerico medici-utenti.
- Eventuale collaborazione con le Forze dell'Ordine.
- <<Revisione>> delle attivazioni 118.

Concetti ribaditi nelle bozze di Codice Deontologico proposto lo scorso anno alla Federazione Nazionale ed elementi che ribadiremo ancora nel prossimo "domani", all'atto dell'ipotetica presentazione della bozza nel 2027, costruita federativamente, sulla bozza consegnata alla Federazione dalla vera consulta operante fra le difficoltà interpretative romane. Fu coinvolta la Conferenza Territoriale Socio Sanitaria (CTSS), per i motivi ben spiegati nell'abstract della locandina dell'incontro, che citiamo testualmente: valutando un'azione comune, forti del convincimento che gli eventi luttuosi di questi anni ci impongono non solo una seria presa di coscienza, ma anche l'obbligo di prendere iniziative atte a tutelare l'integrità, il decoro e l'autonomia decisionale dei professionisti, che non possono essere ricattati o intimoriti durante l'espletamento del proprio compito. Nei dati da noi analizzati ai tempi del convegno, dopo la raccolta di questionari anonimi di medici di guardia medica, in circa un quarto dei casi c'erano dei difetti importanti, strutturali, organizzativi e delle difficoltà oggettive nelle logistiche poco oculate. In quegli anni, anche con il concorso del Comune del capoluogo si portarono avanti tutta una serie di interventi (ricordiamo, ad esempio, gli stretti rapporti di lavoro con l'allora sindaco di Sala Baganza, Aldo Spina a nome di quattro distretti provinciali). In quei mesi, durante le numerose iniziative già citate, si ottennero conseguenze positive, senza istituire tanti tavoli. Bensì si mise in piedi un controllo rapido, come è successo anche nel periodo del Covid, in cui lavorò una commissione efficiente, coordinata dalla Prefettura di poche persone che intervennero puntualmente per il bene della città. Senza clamori ma con forte positività quando Parma fu epicentro pandemico e in cui il nostro Ordine, senza schiamazzi e pubblicità, fu costantemente presente e attivo. Proprio questi aspetti e tasselli essenziali sono stati dimenticati dalla nostra città, troppo impegnata nell'equilibrio politico e non nel riconoscimento effettivo dei fatti e dei meriti. È con questa logica che si porta a conoscenza del lavoro continuo che il mondo medico parmense porta avanti; dell'impegno che continua e sta continuando, con i limiti dovuti alla nostra tipologia di Istituzione, in un confronto costante con le altre Istituzioni.

[SEGUE...]

[**SEGUE...**] L'obiettivo è l'esercizio della moral suasion che contraddistingue questo ente storico, perché in tutto questo lungo arco di tempo si è vigilato, si è agito ma, a quanto pare, ci sono ancora degli elementi di criticità che devono essere assolutamente valutati e gestiti col concorso degli esperti e degli operatori "diretti". Guardiamo, pertanto, con attenzione al recente l'incontro tra il Direttore delle Aziende Sanitarie con i rappresentanti della Guardia medica: tavolo di lavoro che ha promosso un presidio fisso che sarà predisposto con il servizio di vigilanza privata ma che, da solo, non è ancora sufficiente, pur essendo un possibile buon inizio.

Il convegno fu presentato sul portale della Fnomceo:

<https://portale.fnomceo.it/lomceo-parma-organizza-il-convegno-sicurezza-degli-operatori-e-nelle-sedi-di-continuita-assistenziale/>

Al Presidente, Pierantonio Muzzetto



Il medico di fronte al rinnovo delle richieste eutanasiche: non una questione solo di ruolo - Editoriale del Presidente Muzzetto



L'attenta valutazione della collega Luisa Regimenti, apparsa su QS il 20.5 u.s., interviene sul tema del suicidio assistito, cercando di fare in un certo senso chiarezza sull'aspetto non più tanto celato nell'equivoco della volontà di trattare l'eutanasia. Vero significato delle istanze e delle molte azioni fatte prima e dopo la dipartita del DJ Fabo in quel 27 febbraio 2017, a 39 anni nella clinica Dignitas a Pfäffikon, in Svizzera, a sostegno di cui si deve quel certo piglio politico quale afflato di civiltà che portò ad un acceso dibattito nazionale. Tempi in cui fu coinvolto anche il CNB e, pur in un equilibrio esemplare, vi furono posizioni contrapposte su un tema di per sé delicato quanto divisivo, incidente sulle coscienze. Una condizione che trova significanza nella posizione espressa in un suo intervento da uno dei suoi componenti, quel Maurizio Mori, filosofo morale dell'Ateneo sabaudo, quando indicò la sentenza della Corte costituzionale come il forellino nella diga, che interpretiamo, di ritenzione e di opposizione forzosa dell'eutanasia. Spostando l'obiettivo legislativo, peraltro sostenuto da varie parti politiche fra loro ideologicamente contrapponentesi, come l'apertura non tanto al desiderio di porre fine ad un'esistenza difficoltosa della persona quanto un'espressione di civiltà e vicinanza, a conferma dell'espressione cogente di una autodeterminazione dell'individuo chiamato a decidere della propria sorte e, dunque della propria vita, ritenuta indegna di essere vissuta. Come sdoganamento dell'eutanasia, già evidente nelle proposte (PDL) dello stesso tenore: dei vari Cecconi, Cappato e Iniziativa popolare, Speranza-Cirinnà, con previsione della modifica della L. 219/17 e degli articoli del c.p.: 575 (omicidio) – 579 (omicidio del consenziente) - 580 (istigazione e aiuto al suicidio) e 593 (omissione di soccorso). Non certo invertendo l'adagio, pur con motivazioni teoricamente indicate come più nobili, del primo ventennio del secolo XX, quando i prodromi del periodo più oscuro dell'esistenza moderna, videro nell'apologia del mito razziale il porto sicuro della declinazione dei principi

dell'eutanasia, in quel principio del porre fine alle "vite indegne d'essere vissute". Elementi probanti di quel pamphlet, non certo satirico, piuttosto drammatico, che lo psichiatra Alfred Hoche insieme al giurista Kerl Ludwig Lorenz Binding espresse nel manifesto Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens (ovvero "La liberalizzazione della soppressione della vita senza valore"). Pubblicato in Germania nel 1920 come atto preliminare alla follia dello sterminio, portandoci su quel pendio scivoloso che vorremmo che non presentasse mai più. Nella speranza che la follia dei nostri giorni non così oscuri, addirittura, con quella visione, ci possa riportare alla mente il buio delle coscienze. Questo è il punto ritenuto nodale cui ci riporta al ruolo del medico nell'apprezzabile disamina della collega Luisa Regimenti, perché in tutto l'iter legislativo del 2019 e delle polemiche sollevate, è stata posta sempre in seconda linea la figura del medico, chiamato ad un'antinomia di fondo dall'essere fautore della salute e della vita e, pur con le limitazioni della Corte, , co-partner del fenomeno suicidario, pur non agito direttamente. Riconoscendogli un ruolo attivo nella tutela del valore della beneficalità del curare, che si coniuga inscindibilmente con la vita e, laddove la morte non sia mai elemento di cura, in tutto ciò in cui, invece, la figura del medico sia accresciuta nel ruolo di garanzia del malato. La figura medica che, proprio nel limite della beneficalità, diventa curatore estensivo del bene dell'assistito con una vicinanza che si traduce in quel non abbandono che è il comun denominatore dell'operare per non fare soffrire l'interprete di quella posizione che rispetta il non tradire il proprio essere e mandato, in nuce, avvalorando l'obiezione di coscienza, riconosciuta chiaramente nella sua naturalità dell'essere medico al punto da non doverla richiedere per ovvietà. Conclusione argomentata, presente, da subito, nella nota "ordinanza" n. 207 del 2018 della Corte costituzionale (relativa al "caso Cappato") e risultata, ancor prima, anticipatoria

[SEGUE...]

[SEGUE...] della posizione riconosciuta nella sentenza 242/19. Una posizione a sua volta ripresa e argomentata su Avvenire del 6.6.19, in cui fu riportata la dichiarazione dell'allora Presidente della Consulta deontologica nazionale degli Ordini dei medici, in base a quanto esposto in audizione alla Camera di fronte alle Commissioni II e XII sul tema. Perché proprio messo in questa posizione dalla sentenza e non all'interpretazione di un certo mondo giuridico con espressione di certe posizioni anche in seno al CNB, secondo cui viene visto il medico come attore di una procedura del SSN inserita nei LEA andando così, contrariamente al lavoro del gruppo di Trento cui si fa riferimento, al vero significato dell'agire medico che non è certo l'essere un esecutore di Stato dell'atto suicidario. Ovvero in una visione che vuol essere sintonica con una mal interpretata relazione di cura e al tempo necessario per attuarla e consolidarla. Da cui la ferma necessità di evitare ogni interpretazione burocratica, giurisprudenziale e contrattualistica del rapporto tra medico e paziente che travalichi, soprattutto, ogni esigenza e valenza etica. Da cui gli effetti che possano derivarne da un punto di vista deontologico e comportamentale in seguito alla legge sul suicidio assistito e sulla, non più tanto ventilata, eutanasia, vero obiettivo di postulata civiltà.

Ciò, a prescindere da ogni valutazione sull'entità del fenomeno e dall'ipotetico numero dei casi prevedibili, ragionevolmente limitati così da ritenere marginale il fenomeno. Occorre in ogni caso pensare, non solo da un punto di vista giuridico, che la presa di posizione della Corte e del legislatore, i cui atti saranno naturalmente da vagliarsi con estrema attenzione, non implicano in via automatica variazioni o adeguamenti della disciplina deontologica alle nuove enunciazioni introdotte, considerando esaustive quelle apportate nella fase finale all'articolo 17 del CDM come nota aggiuntiva in merito alla sentenza 242/19. I principi si articolano nel prendersi cura del malato, tenendo conto del valore sacro di ogni vita umana, evitando un uso equivoco del concetto di dignità del morire e del vivere, in cui non ha senso "l'accanimento terapeutico" quale ostinazione a praticare terapie improprie e futili. Da cui parte la considerazione del valore della palliazione e della sedazione del dolore incoercibile (humana pietas e la religio hominis), quale elemento portante della garanzia della vita nella dignità della persona e nell'accompagnamento nella terminalità, con un dichiarato diniego all'abbandono.

Il Presidente, Pierantonio Muzzetto



Allergopatie e comparti produttivi protagonisti nella Sala Convegni dell'Ordine - Seminario valido per 4 crediti ECM

Le Allergopatie e i comparti produttivi sono stati i protagonisti del Seminario valido per 4 crediti ECM tenutosi nella Sala Convegni dell'Ordine, in Via Po 134. L'evento è stato organizzato dall'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Parma e l'Associazione Parmense dei Medici del Lavoro.

Dopo i saluti del Presidente Omceo di Parma, **Pierantonio Muzzetto** sono intervenuti i due relatori della giornata: **Erminia Ridolo**, Professore Associato di Medicina Interna e Direttrice Scuola di Specializzazione Allergologia e Immunologia clinica dell'Università di Parma e **Nicola Murgia**, Professore associato di Medicina del lavoro e consulente senior presso l'Azienda sanitaria provinciale di Ferrara. L'iniziativa, intitolata "Allergopatie e comparti produttivi: Cause, quadri clinici, misure di prevenzione ed adempimenti medico-legali" e moderata da **Gian Paolo Ceda** (Professore Ordinario di Medicina Interna e Responsabile Commissione Formazione e Aggiornamento OMCEO Parma) e da **Francesco Saverio Renzulli** (Presidente dell'Associazione Parmense dei Medici del Lavoro, Vice Presidente della CAM e socio della Società Italiana Di Medicina Del Lavoro), ha approfondito il tema delle allergopatie professionali all'interno di diversi settori: metalmeccanico, agricolo, alimentare e cleaners.

«Accogliamo, da sempre e con immenso piacere queste iniziative di approfondimento che coinvolgono tutti gli attori locali. È infatti importante che, nell'ambito della formazione post laurea, sia dato corso a quanto stabilito in tal senso dalla Legge istitutiva delle professioni sanitarie che riprende la legge Istitutiva degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri (riportando alla legge 233 del 1946 e all'Atto regolamentare D.P.R n. 221/1950) – ha evidenziato il Presidente Muzzetto -. Si tratta di un evento importante, con analisi e aggiornamenti multidisciplinari».

L'innovazione tecnologica e dei processi produttivi se da un lato porta progresso, dall'altro ci pone di fronte a nuove sfide cliniche, epidemiologiche e preventive. In particolare:

- Nuovi allergeni: Sostanze chimiche emergenti, nanomateriali e prodotti biologici, quali le biotecnologie, impongono nuove strategie di valutazione.
- Diagnosi precoce: La necessità di strumenti sempre più precisi per intercettare la patologia prima che diventi invalidante.
- Prevenzione mirata: L'importanza di progettare ambienti di lavoro "allergen-free" o a basso impatto, superando i vecchi schemi di protezione individuale.

Tutto questo perché le patologie allergiche occupazionali non rappresentano solo un costo in termini di salute per il lavoratore, ma hanno un forte impatto socio-economico sulle aziende e sul sistema sanitario nel suo complesso.

«Oggi mi concentrerò su due ambiti professionali, quello degli agricoltori e quello dei cosiddetti cleaners, ovvero gli addetti alle pulizie in sanità o negli uffici, scuole oppure in case private. Nell'ambito dell'agricoltura è necessario soffermarsi sulle cause di fitodermatite o sul Lepidotterismo. A Parma abbiamo assistito ad alcuni casi di reazione processionaria, ovvero una larva di un lepidottero che infesta i pini, le querce, eliminando dei peli orticanti che possono causare dei quadri pericolosi. Attenzione anche ad alcuni tipi di Imenotteri, gli insetti pungitori, come le nuove api o le nuove vespe. Sarà importante imparare a conoscere nel prossimo futuro le nuove modalità di somministrazione di adrenalina da usare come salvavita come quella intranasale oltre alle note intramuscolo. Importante e da non sottovalutare anche la tematica riguardante le varie polmoniti dell'agricoltore, in particolare la polmonite causata dall'aspergillus fumigatus, una tipologia di muffa – ha sottolineato la Professoressa Ridolo -. Per quanto riguarda invece il mondo dei cleaners è necessario mettere in relazione l'importanza tra la sensibilizzazione nel confronto di molecole con l'irritazione che possono dare altre molecole all'interno dello stesso prodotto.

[SEGUE...]

[SEGUE...] Queste molecole possono portare nel paziente sia sintomi di tipo cutaneo, sia di tipo respiratorio. In particolare, in alcune casistiche, anche alcuni prodotti che utilizziamo e considerati biologici, possono causare danni importanti alle vie respiratorie. Nel caso che ho appena citato ad essere colpite sono soprattutto le persone di sesso femminile, questo perché in questo settore le mansioni più pesanti vengono abitualmente svolte dalle donne. L'asma, per esempio, è una patologia che dopo lo sviluppo diventa una patologia ad alto impatto, soprattutto nella donna, con il rischio di perdere funzionalità respiratorie arrivate ad una certa età». «Sono molti i fattori di rischio di tipo allergico in due settori molto importanti per questo territorio, quello metalmeccanico e quello alimentare. Sono numerosi i vari rischi collegati alle attività e alle varie sostanze all'interno di queste tipologie di manifestazione, le più frequenti sono sicuramente quelle di tipo dermatologico e respiratorio, ovviamente con una eziologia di tipo allergico: asma bronchiale,

rinite, dermatite allergica da contatto, l'orticaria e anche ovviamente l'anafilassi, tutte manifestazioni cliniche che possono comparire in relazione all'attività lavorativa svolta e quindi all'esposizione all'interno di un determinato luogo di lavoro. Esistono fortunatamente nozioni pratiche che i medici possono portare avanti e che risultato cruciali per quello che riguarda la gestione e la prevenzione di queste problematiche. Queste strategie sono attuabili sia all'interno degli ambulatori di medicina generale specialistica o di medicina del lavoro e quella di oggi è una grande occasione per approfondire queste pratiche e analizzarle, così che i medici di Parma possano sfruttarle al meglio» ha spiegato il Professor Murgia.



Gli articoli 29, 30, 31 e 32 del Codice Deontologico. A cura della Presidenza e del Comitato di Redazione

Art. 29

Cessione di farmaci

Il medico non può cedere farmaci a scopo di lucro.

Art. 30

Conflitto di interessi

Il medico evita qualsiasi condizione di conflitto di interessi nella quale il comportamento professionale risulti subordinato a indebiti vantaggi economici o di altra natura. Il medico dichiara le condizioni di conflitto di interessi riguardanti aspetti economici e di altra natura che possono manifestarsi nella ricerca scientifica, nella formazione e nell'aggiornamento professionale, nella prescrizione diagnostico-terapeutica, nella divulgazione scientifica, nei rapporti individuali e di gruppo con industrie, enti, organizzazioni e istituzioni, o con la Pubblica Amministrazione, attenendosi agli indirizzi applicativi allegati.

Art. 31

Accordi illeciti nella prescrizione

Al medico è vietata ogni forma di prescrizione concordata che possa procurare o procuri a se stesso o a terzi un illecito vantaggio economico o altre utilità.



Commentario:

I tre articoli 29-30-31 che in apparenza sembrano avere contenuti differenti, hanno un'unica interpretazione che si riassume in quello centrale: il conflitto di interessi. Interesse che si coniuga col servizio essenziale per la persona assistita al di fuori di qualsiasi altra giustificazione, se non agire per la sua salute

Un conflitto che è relativo al vero principio ispiratorio della professione, nel bilanciamento fra diritti e doveri delle due figure centrali: la persona assistita e il medico.

Partendo dal concetto bioetico dei "noli malum facere, fac bonum" cambia la concezione che da diversificato diviene coerentemente unico del professare, non ricorrendo al mercimonio: dal farmaco ceduto alla prescrizione illecita, perché, e non solamente, reintegrano il concetto di conflitto d'interessi nell'illecita professione.

In questo modo si contrasta con il proprio comportamento i principi dell'onore professionale secondo il giuramento del medico, con espresso richiamo all'onestà su cui si basa il decoro e la dignità nel professare. Attenzione, il conflitto d'interessi non ha solo un risvolto economico - coi benefici dell'illecito guadagno che si esercita con l'acquisizione di danaro direttamente o con prescrizioni annotabile al comparaggio, ancor oggi presente - ma riguarda anche quelle situazioni che comportano vantaggi o altre utilità, richiamando ad espressioni nei mondi della politica e nelle organizzazioni mediche, in cui le scelte non riconoscono più il merito, bensì una "insana fedeltà", non più Ippocratica, volta al perseguimento di quel bene che è alla base dell'esercizio della medicina. Noli malum facere, fac bonum!

Troviamo un esempio all'interno dell'art.30, ovvero quel richiamo al medico nel secondo capoverso, dove quest'ultimo è chiamato a dichiarare le condizioni di conflitto di interessi ovunque verificatesi, come atto di onestà intellettuale ancor prima che professionale il quale, talvolta, porta all'iper-justificazione del medico. [SEGUE...]

Quando di fronte all'intascare il danaro frutto di donazione professionale si sente autorizzato a farlo a cuor leggero, in quanto non richiesto, bensì indotto in qualche modo a considerare tacitata la propria coscienza. Quasi fosse un atto dovuto, appunto non richiesto in qualsiasi contesto effettuato.

È un adagio che si vede non solo col "vil danaro", ma anche con prebende non monetarie inducenti guadagni di tipo sociale e, indirettamente, economiche. È furbizia o intelligenza? È coerenza coi principi etici o situazione non categorizzante l'atto? In un rapporto para- conflittuale fra lecito (valutazione "stirata" di un comportamento che dovrebbe essere perlomeno inconsueto) o non lecito (come buon senso vorrebbe) o giustificabile per contingenza e recriminazioni categoriali.

Il problema di fondo si pone riguardo al decoro e alla dignità, in quanto, in questi casi, pecunia olet, anche quando si tratta di indebiti favori senza apparente trasmissione di moneta. Occorre dunque attuare un'attenta valutazione deontologica, lasciando a chi di competenza le indubie, quanto necessarie, decisioni in ambito disciplinare.



Art. 32

Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili

Il medico tutela il minore, la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità o fragilità psico-fisica, sociale o civile in particolare quando ritiene che l'ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita.

Il medico segnala all'Autorità competente le condizioni di discriminazione, maltrattamento fisico o psichico, violenza o abuso sessuale.

Il medico, in caso di opposizione del rappresentante legale a interventi ritenuti appropriati e proporzionati, ricorre all'Autorità competente.

Il medico prescrive e attua misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici e ambientali nei soli casi e per la durata connessi a documentate necessità cliniche, nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona.



Commentario:

La necessità di specificare i doveri espressi per il medico nell'art.32 per i soggetti fragili appare per taluni tautologico, anche se a ben vedere la gamma delle fragilità medicalmente intese accomuna molti interpreti: in primis chi patisca per la salute, sia esso giovane che meno giovane. Anche se il bambino di per sé provoca sentimenti notevolmente maggiori rispetto all'anziano, al quale si attribuisce la fortuna di una vita lunga, vissuta, non importa come.

Il sistema di valutazione ci porta a considerare il sofferente come degno della considerazione del medico, in cui la vicinanza non può essere messa in discussione. Come non può non considerarsi ogni forma di discriminazione in cui sia messa in discussione la salute, la dignità e la qualità di vita.

Diventa fondamento del sentire medico l'opporsi a qualsiasi forma di violenza fisica, psichica o in caso di maltrattamenti o abusi, degradanti e degradati, su chiunque perpetrati.

Se ne è accennato nel commento e nelle note all'art. 27, a proposito dell'esclusivo interesse del malato in cui il medico orienta, nel consenso, la scelta del medico o delle terapie più idonee, così per assonanza ha il dovere della denuncia e delle segnalazioni di ipotesi di avvenuti maltrattamenti o abusi alle Autorità preposte, ciò anche in situazioni che verranno toccate nell'ambito delle disposizioni anticipate di trattamento¹ e delle DAT³², in caso della presenza di rappresentante legale e in caso di interventi oppositivi a pratiche indispensabili, appropriate e proporzionate.

L'ultimo comma fa riferimento a situazioni che hanno interessato il mondo medico e la Consulta in merito al caso, passato agli onori della cronaca, di un detenuto in sciopero della fame, al fine di portare ad una decisione del giudice in merito allo stato detentivo, conosciuto come Caso Cospito². Il suddetto caso ha portato ad un coinvolgimento etico del mondo medico, con espressioni variegata in ambito medico e giuridico. Soprattutto mettendo in discussione gli aspetti legati al terzo comma del presente articolo, nei passaggi riguardanti la prescrizione del medico di trattamenti coattivi attuando misure contenitive solo per durata limitata e legata a necessità cliniche altrimenti controllabili, invocando in ogni caso il rispetto della dignità e della sicurezza della persona. [SEGUE...]

[SEGUE...] Nel caso di specie il ragionamento aveva toccato aspetti importanti quali la possibilità di rispettare o meno l'autodeterminazione del paziente, con richiamo dei principi codicistici del medico e con riferimento alla legge sulle DAT. Da qui la posizione del medico, posto fra la garanzia della vita del detenuto non autolesionista che sceglie di morire, e la posizione espressa come protesta in condizione di vigilanza e di detenzione, con particolarità delle Leggi che limitano, per così dire, in sommatoria, il diritto della scelta, pur a fronte della manifestazione di protesta per le condizioni carcerarie. Da cui il dilemma etico: intervenire o assecondare le richieste del detenuto, tenendo nel giusto conto la saggistica giuridica della Comunità europea (CEDU).

IL CASO COSPITO

(valutazioni generali e conclusioni)

La posizione del medico di fronte al problema di garanzia espressa nei confronti del paziente che non si alimenti per propria scelta e la possibilità o meno di somministrare le cure/alimentazione quale "farmaco" salvavita richiama il comportamento secondo CDM.

Ancor più un comportamento secondo scienza e coscienza, facendo riferimento agli articoli della relazione di cura, che non si interrompe, ad esempio, nel rapporto con il paziente in regime carcerario; a quei principi codicistici che si ritrovano enunciati nella L.219/17 e ne sono l'elemento costitutivo, essendo la legge la trascrizione legislativa proprio degli specifici principi del CDM.

Occorre partire 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), inserendola (la relazione) nel comportamento che tiene conto dei doveri del medico quali la tutela della vita e della salute psico-fisica della persona assistita, il trattamento del dolore ed il sollievo della sofferenza, pur sempre nel rispetto della libertà individuale e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera (art.3).

Il medico, per di più, tiene in adeguata considerazione le opinioni espresse dell'adulto seniente come pure del minore, in tutti i processi decisionali che li riguardano nell'ambito rapportuale basato su un'efficace, "compresa" ed esaustiva comunicazione su cui si fonda ogni relazione di cura, da cui deriva il consenso o il dissenso informato (art.35).

Ma, richiamandosi alle dichiarazioni anticipate di trattamento (art. 38), è necessario che si tenga conto proprio di tali dichiarazioni che non decadono certo qualora fatte da chi, nella capacità d'intendere e di volere, le esprima in modo chiaro e compiuto da cui deriva il rispetto della scelta personale e ne garantisce l'efficace applicazione. Da parte medica, pur di fronte alla scelta, si presuppone che debba essere sempre garantita una completa ed esaustiva informazione medica che evidenzi le conseguenze positive e negative delle scelte.

Ciò, a conferma della libertà e consapevolezza delle scelte consapevoli da parte della persona assistita, cittadino e paziente, sulle procedure diagnostiche e/o sugli interventi terapeutici cui sottoporsi e che si desidera, o non si desidera, vengano attuati anche quando si trovasse in condizioni di totale o grave compromissione delle facoltà cognitive o valutative, ovvero d'impedimento ad esprimere la propria volontà.

Il richiamo è proprio al ruolo di garanzia della salute in caso di paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza: la posizione del medico è sempre volta al rispetto della dignità del vivere e del morire, salvaguardando la qualità di vita del paziente, (art. 39) col non far venire meno l'assistenza laddove a prevalere sia la vicinanza "attiva", anche nell'astensione della cura.

In analogia, in situazioni di denutrizione da rifiuto ad alimentarsi - anche quando lo sia per scelta autonoma con le più diverse motivazioni - è dovere del medico non abbandonare il paziente, ma continuare ad assisterlo dispensando ogni cura atta al sollievo dalle sofferenze anche psicologiche, pur nell'espressa tutela della sua volontà, avendo come obiettivo sempre la dignità e la qualità della vita. (art.3)

[SEGUE...]

[SEGUE...] A maggior ragione, nel caso di deprivazione o di limitazione della libertà individuale, ci si richiama al CDM riguardo ai soggetti in stato di limitata libertà personale (art. 51) secondo cui il medico è tenuto al rigoroso rispetto dei suoi diritti, pur sempre anche della dignità della persona e dei limiti previsti dalla legge.

Nello specifico del rifiuto consapevole ad alimentarsi (art.53) si ha il dovere di informare la persona assistita capace d' intendere (senziente) sulle conseguenze che un rifiuto protratto ad alimentarsi comporta sulla sua salute, documentandone la volontà e continuando l'assistenza, non assumendo iniziative coercitive né collaborando a procedure coattive di alimentazione o nutrizione artificiale.

IN CONCLUSIONE

Due sono i concetti che ne derivano:

1. - In primis la posizione del medico di fronte a situazioni di rifiuto ad alimentarsi è sempre quella del profondo rispetto delle scelte individuali, non interessando la motivazione della decisione;
2. - In seconda istanza, alla luce del dovere della giusta e compiuta informazione, non si vorrebbe disattesa la scelta fatta ma si opererebbe per fornire tutti gli elementi atti a portare consapevolezza di dover mutare le proprie posizioni, dunque, ad indurre un cambiamento, evitando, cioè, di abbandonarlo al proprio destino. Come avviene per il malato terminale, pur non essendo strettamente ad esso assimilabile.

La posizione del medico trova un bilanciamento etico nell'agire orientato al rispetto della norma deontologica, del principio costituzionale (art. 2 e 32) e delle conseguenti norme legislative, nell'ambito della tutela della salute dell'individuo, che è la stella polare dell'agire medico.

In ogni caso si ritiene doveroso un ribilanciamento tra deontologia, diritto e sociologia, non sempre coincidenti in linea di principio e di rapporti o primazia, come pure fra la contrapposta autodeterminazione del paziente e l'eterodeterminazione del medico. Intendiamo, per certo verso, l'espropriazione del medico della funzione di cura nel rapporto diretto, con una rivalutazione nell'ambito delle reciproche

autonomie e nella riconsiderazione dell'autodeterminazione del medico stesso, considerato nel suo essere un comune cittadino all'interno di una riconosciuta e accresciuta responsabilità del suo essere medico.

Va da sé che in ogni passaggio della relazione di cura si parta dall'informazione che si intende compiuta, comprensibile, compresa ed esaustiva, quale primo requisito etico dell'agire medico, adempiendo al primo atto d'assistenza e cura della persona assistita, che trova puntuale espressione nella dialogia, strumento necessario nell'ottica di risultato e per una maggiore, e dovuta, partecipazione (compliance) di cura.

1 Rif. CDM artt. 35 (consenso e dissenso informato) – 37 (consenso e dissenso del rappresentante legale) - 38 (dichiarazioni anticipate di Trattamento) - L. 219/17 DAT

2 Rif. CASO SPECIFICO: Il detenuto Alfredo Cospito nato il 14 luglio 1967 (età 55 anni), a Pescara, incarcerato da 10 anni per la gambizzazione, nel 2012, dell'amministratore delegato di Ansaldo Nucleare, Roberto Adinolfi. Un attentato rivendicato dal Nucleo Olga della Fai con una lettera inviata al Corriere della Sera. Allo stato della richiesta di parere è in sciopero della fame da 10 mesi e solo di recente, dopo il ricovero presso l'ospedale di Opera ha ripreso una blanda reidratazione e somministrazione calorica basale. IL QUESITO: Il quesito posto è il comportamento del medico di fronte al rifiuto ad alimentarsi da parte di persona sottoposta a restrizione della libertà personale per gravi reati verso la persona e lo Stato: la posizione della FNOMCeO. IL RIFIUTO AD ALIMENTARSI IN STATO DI RESTRIZIONE DELLA LIBERTÀ PERSONALE: In base all'antefatto ed alla situazione attuale di detenzione in carcere di massima sicurezza in base all'art. 41 bis del Codice Ordinamento Penitenziario. L'art. 41 bis, co. 2, ord. penit. () dispone una forma di detenzione particolarmente rigorosa, cui sono destinati gli autori di reati in materia di criminalità organizzata nei confronti dei quali sia stata accertata la permanenza dei collegamenti con le associazioni di appartenenza.

Istruzioni operative per l'avvio del Procedimento di riconoscimento della condizione di disabilità

La Fnomceo ha riportato la comunicazione INPS n.1750 del 27/05/2026 relativa alle Istruzioni operative per l'avvio del procedimento di riconoscimento della condizione di disabilità ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e per l'accesso alle prestazioni di invalidità civile da parte di soggetti di età pario superiore a 70 anni. La suddetta comunicazione Inps contiene il "Tutorial per la compilazione del Certificato medico introduttivo (D.Lgs.62/2024)" (all.n.1). Tale comunicazione reca le istruzioni operative, rivolte ai medici certificatori e ai loro assistiti, per l'avvio del procedimento di riconoscimento della condizione di disabilità ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e per l'accesso alle prestazioni di invalidità civile da parte di soggetti di età pari o superiore a 70 anni. A seguito delle modifiche introdotte all'articolo 27 del decreto legislativo n. 29/2024, dall'articolo 5, comma 1, del decreto-legge 31 dicembre 2025, n.200, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 febbraio 2026, n. 26 (c.d. decreto Milleproroghe 2026) la fase sperimentale della riforma sulle politiche in favore delle persone anziane è stata rinviata al 1° gennaio 2027 e la successiva entrata a regime su tutto il territorio nazionale al 1° gennaio 2028. Si evidenzia che le istruzioni in argomento, come dettagliate nella suddetta comunicazione INPS, saranno operative a partire dal 1° giugno 2026. La modifica normativa prevede che, in attesa dell'entrata in vigore della riforma sulle politiche in favore delle persone anziane, per i soggetti di età pari o superiore a 70anni affetti da patologie croniche e ingratescenti di cui all'articolo 27, comma 2, del decreto legislativo n. 29/2024, l'accertamento della condizione di disabilità deve seguire la procedura valutativa previgente alla riforma della disabilità di cui al decreto legislativo3 maggio 2024, n. 62, anche nei territori interessati dalla sperimentazione della riforma della disabilità.

La Legge n. 50 del 20 aprile 2026 prevede che, in attesa dell'entrata in vigore della riforma sulle politiche in favore delle persone anziane, per gli ultrasessantenni affetti da patologie croniche e ingratescenti (ai sensi dell'art. 27, comma 2, del Decreto Legislativo n. 29/2024), l'accertamento della condizione di disabilità seguirà la procedura valutativa antecedente al Decreto Legislativo n. 62/2024 anche nei territori interessati dalla sperimentazione della riforma della disabilità. A partire dal 1°giugno 2026, nelle province coinvolte nella sperimentazione è prevista una novità nella compilazione del certificato medico introduttivo per le persone ultra 70enni.

ALLEGATI:

- [Comunicazione Fnomceo numero 65](#)
- [Istruzioni operative](#)
- [Tutorial per la compilazione del Certificato Medico Introduttivo](#)



Igienisti dentali/FNOMCeO – Sentenza Tar Marche : Respinto ricorso; Apertura studio professionale autonomo

La Fnomceo segnala che il Tar Marche con sentenza n.752 del 1° giugno 2026 ha ribadito che, a legislazione vigente, le prestazioni dell'igienista dentale devono essere rese su indicazione medica e in compresenza dell'odontoiatra, confermando, quindi, che i professionisti laureati in igiene dentale e iscritti al relativo albo non possono aprire strutture sanitarie e/o studi professionali autonomi.

Il Collegio non ha ravvisato ragioni per discostarsi dalla sentenza del Consiglio di Stato n. 1703 del 9 marzo 2020, che ha ben chiarito che è la stessa disciplina nazionale a prevedere la necessaria compresenza tra la figura dell'igienista dentale e quella del medico odontoiatra. Ciò a tutela della salute del paziente, potendo il medico, qualora presente, prontamente intervenire in casi di urgenza o di necessità, senza che ciò si traduca in una compromissione dell'autonomia tra le due figure, che restano non più legate da un rapporto gerarchico ma di collaborazione professionale, e ciascuna è responsabile per la prestazione posta in essere. "Né si concretizza il paventato assorbimento delle competenze professionali

. dell'igienista dentale da parte degli odontoiatri o dei medici chirurghi abilitati all'esercizio dell'odontoiatria con la prevista possibilità che anche questi ultimi possano effettuare le prestazioni d'igiene dentale, dal momento che tale previsione, oltre a rispondere al principio del più contiene il meno, nel senso che sarebbe incomprensibile e paradossale escludere la possibilità al medico di svolgere anche prestazioni di igiene dentale ove necessario, è sostanzialmente volta a fronteggiare situazioni particolari, in cui anche sedute di igiene orale possano necessitare di anestesia o di diagnosi di patologia e che, dunque, richiedano il necessario coinvolgimento della figura medica, esorbitando dalle competenze dell'igienista". Ciò detto, Il ricorso proposto dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei TSRM e PSTRP contro la regione Marche e nei confronti della FNOMCeO e degli OMCeO delle Marche, che si sono costituiti, è stato dichiarato improcedibile e comunque infondato. Pertanto, il giudizio in oggetto si è concluso con il pieno accoglimento della linea consolidata della Fnomceo e della CAO nazionale.



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

ALLEGATI:

- [Comunicazione Fnomceo numero 66](#)
- [Sentenza n.752 del 1° giugno 2026 TAR MARCHE](#)

Pubblicità dell'informazione sanitaria – Linee guida

Riportiamo il Comunicato della Fnomceo dedicato alla pubblicità sanitaria, ad uso di tutti coloro che intendono utilizzarlo al fine di adeguarsi alle norme vigenti dedicate alla suddetta tematica.

ALLEGATO: Linee guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria

La presente linea-guida in attuazione degli artt. 55-56-57 del Codice di Deontologia Medica è riferita a qualsivoglia forma di pubblicità dell'informazione, comunque e con qualsiasi mezzo diffusa, compreso l'uso di carta intestata e di ricettari, utilizzata nell'esercizio della professione in forma individuale o societaria o comunque nello svolgimento delle funzioni di Direttore sanitario di strutture autorizzate.

Ai fini della presente linea-guida, si intendono:

Prestatore di servizi: la persona fisica (medico o odontoiatra) o giuridica (struttura sanitaria pubblica o privata) che eroga un servizio sanitario. Nella presente linea-guida si usa la parola "medico" al posto di "prestatore di servizi", pur riferendosi ugualmente a persone fisiche o giuridiche.

Pubblicità: qualsiasi forma di messaggio, in qualsiasi modo diffuso, con lo scopo di promuovere le prestazioni professionali in forma singola o societaria. La pubblicità deve essere, comunque, riconoscibile, veritiera e corretta.

Pubblicità ingannevole: qualsiasi pubblicità che in qualunque modo, compresa la sua presentazione, sia idonea ad indurre in errore le persone fisiche o giuridiche alle quali è rivolta o che essa raggiunge, e che, a causa del suo carattere ingannevole, possa pregiudicare il loro comportamento.

Pubblicità comparativa: qualsiasi pubblicità che pone a confronto in modo esplicito o implicito uno o più concorrenti di servizi rispetto a quelli offerti da chi effettua la pubblicità.

Informazione sanitaria: qualsiasi notizia utile e funzionale al cittadino per la scelta libera e consapevole di strutture, servizi e professionisti. Le notizie devono essere tali da garantire sempre la tutela della salute individuale e della collettività.

Il medico su ogni comunicazione informativa dovrà inserire:

– nome e cognome

– il titolo di medico chirurgo e/o odontoiatra

– il domicilio professionale

L'informazione tramite siti Internet deve essere rispondente al D.Lgs n. 70 del 9 aprile 2003 e dovrà contenere:

– il nome, la denominazione o la ragione sociale;

– il domicilio o la sede legale;

– gli estremi che permettono di contattarlo rapidamente e di comunicare direttamente ed

efficacemente, compreso l'indirizzo di posta elettronica;

– l'Ordine professionale presso cui è iscritto e il numero di iscrizione;

– gli estremi della laurea e dell'abilitazione e l'Università che li ha rilasciati;

– la dichiarazione, sotto la propria responsabilità, che il messaggio informativo è diramato nel

rispetto della presente linea guida;

– il numero della partita IVA qualora eserciti un'attività soggetta ad imposta.

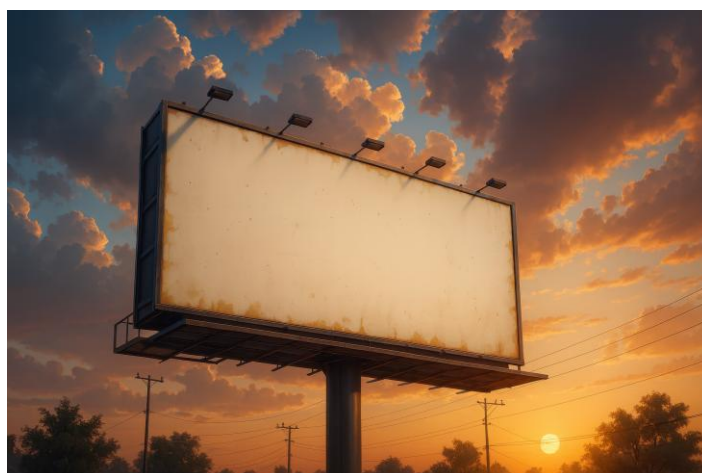
[SEGUE...]

[SEGUE...]

Inoltre dovrà contenere gli estremi della comunicazione inviata all'Ordine provinciale relativa all'autodichiarazione del sito Internet rispondente ai contenuti della presente linea-guida. I siti devono essere registrati su domini nazionali italiani e/o dell'Unione Europea, a garanzia dell'individuazione dell'operatore e del committente pubblicitario.

REGOLE DEONTOLOGICHE – Quale che sia il mezzo o lo strumento comunicativo usato dal medico:

- non è ammessa la pubblicità ingannevole, compresa la pubblicazione di notizie che ingenerino aspettative illusorie, che siano false o non verificabili, o che possano procurare timori infondati, spinte consumistiche o comportamenti inappropriati;
- non è ammessa la pubblicazione di notizie che rivestano i caratteri di pubblicità personale surrettizia, artificiosamente mascherata da informazione sanitaria;
- non è ammessa la pubblicazione di notizie che siano lesive della dignità e del decoro della categoria o comunque eticamente disdicevoli;
- per quanto concerne la rete Internet, il sito web non deve ospitare spazi pubblicitari o link riferibili ad attività pubblicitaria di aziende farmaceutiche o tecnologiche operanti in campo sanitario;
- non è ammessa la pubblicizzazione e la vendita, né in forma diretta, né, nel caso di Internet, tramite collegamenti ipertestuali, di prodotti, dispositivi, strumenti e di ogni altro bene o servizio;
- è consentito diffondere messaggi informativi contenenti le tariffe delle prestazioni erogate, fermo restando che le caratteristiche economiche di una prestazione non devono costituire aspetto esclusivo del messaggio informativo.
- non è ammesso ospitare spazi pubblicitari, a titolo commerciale con particolare riferimento ad aziende farmaceutiche o produttrici di dispositivi o tecnologie operanti in campo sanitario, né, nel caso di internet, ospitare collegamenti ipertestuali ai siti di tali aziende o comunque a siti commerciali;



Recensione di “Io avrò cura di te. L'accoglienza come terapia”, curato dai medici parmigiani Luca Ampollini e Paolo Carbognani della Chirurgia Toracica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria

Recensione a cura di Luigi Ippolito

Una decina di anni fa è uscito il libro, edito da MUP (Monte Università Parma), “Io avrò cura di te. L'accoglienza come terapia”, curato dai medici parmigiani Luca Ampollini e Paolo Carbognani della Chirurgia Toracica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria.

Questo libro parla di medici e infermieri, malati e familiari, parla di donne e uomini. Gente che si è trovata a fare i conti con la malattia, gente che ha curato, gente che è stata curata.

La malattia, sempre inaspettata e imprevedibile, viene avvertita come una minaccia alla nostra integrità fisica e mentale. Spaventa, terrorizza e crea angoscia.

A un certo punto la medicina e la malattia sono destinate ad incontrarsi, non virtualmente ma realmente. Il medico incontra il malato e, con il malato, incontra il suo vissuto attuale e pregresso; il medico impara a conoscere le sue paure e i suoi timori. A sua volta il medico si fa conoscere e, dedicando tempo, parole e professionalità al paziente ed ai suoi familiari infonde speranza.

Si dimostra nel libro, l'importanza del rapporto tra il medico e il paziente, il valore dell'accoglienza in ospedale o in ambulatorio da parte di tutto il personale sanitario.

Il testo racchiude le testimonianze di ex pazienti dell'ospedale Maggiore di Parma o dei loro familiari, rilasciate in forma anonima o firmate e raccolte dalla giornalista Ilaria Moretti.

Il risultato sono pagine dense di umanità, dove la parola che riecheggia, a dispetto dei momenti difficili e intensi vissuti da chi racconta, è la più bella del mondo: speranza

Il libro si può acquistare direttamente presso il bookshop ufficiale di MUP editore situato all'interno di APE Parma Museo in Strada Farini 32/A a Parma. Il punto vendita è aperto dal martedì alla domenica, con orario continuato dalle 10:30 alle 17:30.

In alternativa si può trovare in una delle principali librerie del centro storico di Parma.



Chiusura fase diocesana - Beatificazione del Dottor Rastelli

Di Luigi Ippolito

Sabato 13 del corrente mese si è chiusa in Cattedrale la fase diocesana della causa di beatificazione del Dr. Giancarlo Rastelli. Alcuni gesti significativi e concreti hanno caratterizzato questa celebrazione: la chiusura col sigillo dei plichi, il giuramento del vescovo, della notaia Barnaba Miceli, che ha raccolto le testimonianze e tutta la corposa documentazione della causa a livello diocesano, e del postulatore don Agostino Bertolotti, che ha giurato anche nella sua veste di "portatore" della documentazione a Roma al Dicastero delle cause dei santi, dove sarà aperta la cosiddetta fase romana. Il Vescovo Solmi, nel corso della celebrazione ha ricordato come la vita di Giancarlo Rastelli, sia stata una vita piena,

una via santa nella sequela del Signore, che lo «ha portato ad andare "oltre" a quanto sarebbe stato un suo stretto dovere, riconoscendo la carità nella ricerca, nell'essere prossimo alle persone che incontrava nel suo servizio di medico». E che lo ha sostenuto anche negli anni della malattia, «restando e curando». «Medico per amore», che ha vissuto questa professione come vocazione e come responsabilità.

Per segnalare eventuali testimonianze o contributi scrivere a:

amci.parma@yahoo.it



SEGRETERIA ORDINE DEI MEDICI CON ORARI ESTIVI E DATE DELLA CHIUSURA ESTIVA

Indirizzo Sito: www.omceopr.it

Tel. 0521 208818

Mail: info@omceopr.it

Pec: ordinemedicidiparma@postecert.it

Orari estivi:

Lunedì h. 9-14

Martedì h. 9-14

Mercoledì h. 9-14

Giovedì h. 9-14

Venerdì h. 9-14

Dall'1 luglio al 31 agosto 2026 gli Uffici osserveranno l'orario estivo tutti i giorni, dal lunedì al venerdì, dalle ore 9.00 alle ore 14.00.

La chiusura estiva degli uffici si terrà da lunedì 10 agosto fino a martedì 18 agosto (compresi).

La Segreteria riaprirà mercoledì 19 agosto 2026.

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)