

Notiziario numero 7/2026 LUGLIO

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

SOMMARIO

- NUOVA RUBRICA: 50 anni di storia della salute, garantita, a Parma - Editoriale (Parma Medica 4/2010)
- Uno sguardo alla deontologia: gli articoli 33, 34, 35, 35, 37, 38, 39 (Titolo IV: Informazione e Comunicazione, Consenso e Dissenso)
- Obbligo di comunicazione titoli di specializzazione ed accademici da inserire nel fascicolo personale e uso corretto del titolo di "professore"
- Iscrizione all'ENPAM per gli studenti di Medicina e Chirurgia e di Odontoiatria
- ENPAM – Termine per l'invio del modello D 2026
- Corso di formazione specifica in medicina generale – Bando e dettagli sulla prova d'esame
- Emergenza Fentanyl: ulteriore rafforzamento dei controlli, uso e circolazione impropri di medicinali contenenti Fentanyl e analoghi
- Il Direttore della Gazzetta di Parma in visita alla sede di via Po



COMITATO DI REDAZIONE

Direttore Responsabile:

Pierantonio Muzzetto

Capo Redattore: Luigi Ippolito

Giovanni Gallo

Paolo Carbognani

Cristiana Madoni

Massimo Manchisi

Addetto stampa: Pietro Ferrari

NUOVA RUBRICA: 50 anni di storia della salute, garantita, a Parma - Editoriale (Parma Medica 4/2010)



I remember...

Editoriale (Parma Medica 4/2010)

L'Ordine partecipa alle preoccupazioni espresse dalle autorità cittadine.

Di Pierantonio Muzzetto
(Scrivevo...)

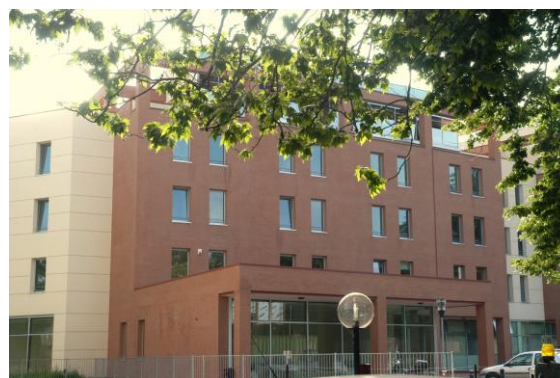
È da tempo che l'Ordine sostiene nelle sedi istituzionali che in quest'ultimo decennio sia stata adottata una politica sanitaria non sempre condivisa e in questa logica si comprende quanto detto dal sindaco di Parma, Vignali, il cui grido di dolore ha in un certo qual modo scosso le istituzioni. E anche le coscienze? Ci viene da chiederci. A parte alcuni interventi, forse un po' ermetici, non tanto per la logica schiacciante usata, vorremmo davvero crederlo. A taluni suonati come una continua e logorante analisi delle cose con, presenti, posizione scontate e, per questo, ormai estemporanee. Come quella che a qualcuno ha fatto dire: tutti ne erano a conoscenza del fatto che le cose sarebbero andate in questo modo. Oppure: nessuno, sapendo, ha fatto niente per fermare una simile evoluzione delle cose. Ma di cosa parliamo, dunque? Del fatto che da anni, decenni, Parma non sia stata opportunamente considerata? E che a nessuno sia importato - se non sfavorevolmente, ci verrebbe da dire - che negli anni Settanta quello di Parma sia stato uno dei maggiori e più qualificati poli sanitari italiani. Al tempo della venuta a Parma del precedente direttore generale dell'Ospedale - Aziosp di Parma ed alla presenza dell'altro direttore generale dell'AUSL - e torniamo indietro di quasi un decennio - in una trasmissione di Teleducato sulla sanità, alla domanda sempre "pungolante ed arguta" del direttore, chi scrive disse, rispondendogli: "I have a dream... Ho un sogno, che Parma ritorni ai fasti degli anni in cui da giovane medico da quel di Sassari venni a lavorare nella Mecca della Medicina, nella sede, cioè, di un'università gemellata con quella da cui

provenivo". E mi ricordo che scappò il sorriso all'allora direttore sanitario dell'Ausl, che me lo disse in una pausa della trasmissione, quando si parla senza schemi. Per giunta utile anche per smaltire i "calori ed i bollori" dovuti alle forti lampade di studio e per consentire anche ai viziosi la pace della sigaretta, agognata e fugacemente e nervosamente fumata. I due direttori generali erano allora Pinelli e Venturi, che, dalla Regione in cui avevano trascorso una parte della loro vita lavorativa, mi pare il secondo collaboratore dell'altro, si erano ritrovati a condurre le maggiori aziende della nostra Provincia. Tanto tempo fa, quindi. E se ne parlava già del declino della Parma sanitaria. Ed allora si parlava soprattutto di letti ridotti, di quote capitarie - precedentemente, s'intende - assegnate in modo non molto equo - lo ritenevano gli amministratori del tempo, anche se non palesemente dissenzienti. Ma tant'è - allora la politica era "a mezzo tono", "a mezza voce" e non urlata - erano i tempi in cui si registrava nella graduatoria della regione Parma buona penultima davanti a Piacenza, pur avendo la nostra città un nosocomio che era di fatto un Policlinico coi fiocchi, con tanti cervelli "attivi e produttivi". Stridente era la disparità con la capitale, Bologna, e con le altre due città vicine sul suo asse non solo ideale, che in molti di noi, addetti ai lavori, faceva specie: e, vi assicuro, i sindacati medici non lo tacevano. E lo avevano detto a chiare lettere anche all'allora Assessore Regionale. Anche se gli effetti erano stati assai modesti. Ma la verità vera era che pur essendo un ospedale con tutti i reparti, unico in Regione per disposizione e aggregazione dei reparti "entro le mura", per giunta misto perché insieme all'Università, era un'eresia che qualcuno lo chiamasse policlinico. E fra tutti quelli che erano così definiti, Parma proprio se lo meritava. Non che gli altri non se lo meritassero: ma Parma se lo meritava di più. Davvero. Ma non ebbe mai la fortuna che glielo fosse riconosciuto. Si ricorderà bene chi l'ha menzionato, ma fin da allora mancavano i soldi per la sanità per Parma, e fin da allora si iniziò la politica tesa a normalizzarlo. L'ospedale. Erano 2400, erano molti ed erano

[SEGUE...]

[SEGUE...] colmi, ed ora son meno di 1100: ci andrebbe di dire, spigolando. O sono 900, 850, 1315? Un numero oscillante. Non certo. E i medici? un tempo quelli in organico erano non meno di 850. Ed ora? A parte i tirocinanti o gli specializzandi? A riguardo dei letti sul sito della nostra Regione si trova risposta ai nostri quesiti, anche antichi, senza scomodare i primi secoli dopo Nostro Signore. Sul suo sito sono riportati puntualmente i dati dei posti letto: nel 2000, dopo circa 20 anni si erano ridotti – o meglio erano stati ridotti - a 1420 ossia del 41.4 % (quelli ospedalieri del Maggiore), nel 2004 a 1399, nel 2008 a 1334, mantenendo le posizioni: ora meno di 1100 al 54,2 %? o intorno ai 850-900, pari al 64 o al 63 % circa? Discutendo in appendice al PAL, lo scorso anno - sapete è già passato un altro anno e con quale velocità - ad una domanda fatta dall'Ordine durante una riunione ufficiale anche a seguito di affermazioni importanti da parte universitaria, si ottenne una risposta non certa sul numero di posti letto ospedalieri, causa di una serie di variabili condizionati dalla recente chiusura estiva, dalle riaperture e dalle "ristrutturazioni in corso d'opera". Sì, perché ci sono state molte ristrutturazioni, in corso d'opera. Certo è che la mancanza di fondi, o meglio il "risparmio perseguito" - e tutti sappiamo che in bilancio la voce maggiore è quella degli stipendi del personale - ha portato a ridurre i letti, ma contemporaneamente anche gli organici: chi per limiti anagrafici, chi per disposizioni recenti ministeriali, chi anche e non solo per questo motivo ma con un gentile "invito a farlo". Qualcuno accompagnato cordialmente, ma non con minor solerzia e sollecitudine. Per qualcuno, forse non un cervello in senso biblico sanitario, ma serio ed onesto medico, magari capace, che insieme a molti altri ha contribuito a mantenere alto il nome di Parma sanitaria. Apparire. Il nuovo credo. E' lecito domandarsi se chi molto lavori abbia poi il tempo per apparire. Ci si chiedeva proprio questo, parlando fra medici avvezzi all'etica oltreché alla pratica medica sul campo riuniti in un recente un convegno proprio sull'etica della professione. L'occasione era favorita dall'argomento trattato e dal tenore degli specialisti presenti, il vero Gotha mondiale di esperti in campo delle disabilità acquisite ossia degli stati vegetativi, ed ove erano presenti clinici

medici, neurologi, nutrizionisti, cardiologi, gastroenterologi, eticisti e filosofi. La risposta, che taccio, è ovvia. Per questo, per non offendere l'intelligenza di alcuno: la taccio. Ma, tornando ai posti letto, diciamo che se diminuiscono e contemporaneamente si riducono gli organici medici, che poi sono coloro che insegnano e formano gli studenti, come si farà a mantenere un corretto rapporto fra docenti e discenti e fra studenti e pazienti sui quali si devono formare come futuri medici? E non è forse questo il primo dei problemi che attanaglia Parma medica universitaria e quello che resta del policlinico, per noi non solo- e mai stato solo - sulla carta. Non ce ne voglia nessuno, ma una sorta di piccola amarezza alberga dentro noi. Che i nostri motivati inviti alla non sottovalutazione del problema, le nostre analisi fatte in tempi lontani e non sospetti e mai sottaciute, forse – e senza forse - dovevano avere altra considerazione per incidere sul futuro della sanità provinciale. Sarebbe stata prevenzione. Per giunta efficace. E per dirla con il poeta è giunto il tempo in cui si dovrebbe arrivare ad odiare "le parole che suonano e non creano", prediligendo perciò l'agire al dire inutile; il costruire al fantasticare; il dovere al diritto; il senso della vita sociale e professionale contrapposto ad altre ragioni che poco hanno a che vedere con la tutela della salute. Ancor più se chi parla è un Ente dello stato che fortemente richiede agli altri Enti dello Stato a collaborare, in una logica sociale in cui la ragione "superiore" sia quella che debba prevalere.



**È ORA DI CAMBIARE, IL SINCRONISMO DELLE
ISTITUZIONI È FONDAMENTALE**

**DOPO 16 ANNI LA SITUAZIONE NON È MUTATA
LA CHIOSA DEL PRESIDENTE MUZZETTO, OGGI,
NEL LUGLIO 2026**

Una rivissuta situazione che parte dall'inizio del terzo millennio per ben cinque lustri di storia della sanità cittadina. Governata dai "figlioli" della dotta sorella, quella Bologna che ci ha fatto dimenticare gli obblighi a mantenere, potenziandola, la maggiore risorsa sociale posseduta dai parmigiani/mensi la sanità eccelsa. Abbandonati, per nostra inerzia (?), dalla politica locale con espressione nazionale nel fulgido - neologismo più identificativo del fulgore linguisticamente idoneo - economico e sociale fino ad allora perdurato. Grosso modo con alti e bassi dai connotanti litigi "modosi" e comparsate culinarie sotto l'Angiolen del Dom. Una particolarità e una prassi incastonate nell'aurea mediocritas alla latina quale pregio culturale olistico, avvalorato accademicamente dalle leccornie cibarie di cui questa magnifica terra dell'ultima propaggine del Nord d'Italia - dalla somiglianza geografia formale alla Trinacria - fa certamente vanto. Tutto ciò fino al periodo post boom economico, in quegli anni '60-'80, quelli - dicendolo col sorriso come fatto di costume di certa superficialità modaiola e dell'immagine - da qualche parmigiano del "sasso" definito delle sfreccianti Porche stagionali di via Repubblica, dalle cambiali estive acquistate a peso in una nota e vecchia tabaccheria del centro.

Il ricordo giova per capire, nonostante ciò, il tenore alto della vita nonostante talune particolarità di costume. Città e gente belle nei ricordi. Per la gentilezza, la raffinatezza del fare e del dire (non solo per piaggeria) la pulizia e l'ordine delle strade, l'efficienza e la indubbia civiltà dei cittadini. E, poi, della sicurezza. Qualità che lasciavano piacevolmente impressionati quegli stranieri in patria, parmigiani acquisiti, pur sotto lunga osservazione nella scuola della parmigianità, che da vari parti dello stivale vi giungevano e stazionavano. Vuoi per gemellaggi accademici, vuoi per scelte di vita "superiori". Aiuta il ricordo. Questo è il karma delle Istituzioni locali: guardare lontano, perché ampliando la visuale in essa vi entrano tutti i cittadini. Aiuta le buone coscienze che, capito, tentano, almeno con un moto d'orgoglio, a porvi rimedio. Oggi, dopo un'inerzia di oltre trentacinque lunghi anni di dispute e chiacchiere, non sempre produttive,

si è giunti alla situazione attuale. Qualcuno, malfidente, dice essere insostenibile. In tutta onestà, non senza ritorno. Con ricordo dell'esistenza mai doma del buon senso, del senso civico delle Istituzioni e delle forze sociali, dell'essere parte attiva della comunità e non solo delle belle parole: col poeta ripetendo, «odio le parole che suonano e non creano». Ancor prima considerandoci dei cittadini che, fuori da ogni vittimismo inutile, guardano avanti e incontrano nuovamente la ragion comune, la rinascita di questa città e divengono forza trainante, super partes a favore della collettività. Dissi negli anni Novanta in una pubblica trasmissione sulla rete locale: I have a dream. Parlavo della sanità che ricordavo ancor prima "narrata" da maestri della medicina che da Sassari arrivavano a Parma e che da Parma venivano nella mia Sassari accademica. Sognavo la rinascita di parma Sanitaria che in tutti questi anni con cadenza periodica ho sostenuto e ancor oggi sostengo. Per tenacia, sprovvedutezza? No, perché ci credo. Ho un sogno e dopo quarant'anni ripeto: I have a dream. Che i parolai smettano di farli, i parolai; che ci sia l'orgoglio e le risorse regionali, con le responsabilità di chi ci ha portato in tutti questi anni alla situazione attuale. Sia attiva la politica della rinascita delle perone vere e non dei soldatini di piombo; che ci sia un vero atto ancor più d'orgoglio per creare un movimento attivo d'intervento che agisca nel breve e duraturo periodo. Avendo già sentito per anni i canti delle varie sirene, oggi troppo stonate per porgervi l'orecchio. Facendo di quanto detto un racconto, perché chi comanda il racconto non è dalla voce (e le semplice parole), ma l'orecchio. Lo sento e faccio mio tutte le mattine in una trasmissione radiofonica delle sei e cinquanta tenuta da Pierangelo Buttafoco: è il ricordo in pillole dei libri e della cultura che eleva lo spirito e indirizza nelle scelte "meditate". Per cui forti della buona comunicazione che è alla base del professare la medicina chi comanda non è un orecchio, ma con Plutarco sono le due orecchie che sanno capire e metabolizzare, trattenendole quelle parole dette da una sola bocca. Da qui la morale della citazione: le parole dette se non ascoltate volano nel nulla, ma vola via anche il loro significato rimanendo il suono, creduto, del loro grande significa pur svuotate di esso. [SEGUE...]

[SEGUE...] *L'importante è capire e trattenere quanto si dice e, soprattutto, quanto si promette, perché tutto ciò fa grande la persona che dice e che ascolta, caratterizzandola come degna di fare. Senza dove ricondurre ad una nota più consona, ad una politica deleteria, parlando di fede laica, quasi ché si sia sempre nella logica di conflitto e di continua differenziazione, assecondando il mezzo di divisione piuttosto che il fine comune (che supera ogni sciocca, quando inutile, differenziazione). Capendo così, finalmente, i significati e riportandoli negli atti conseguenti. Perché è il bene comune che interessa tutti. Facendo dire ai molti, ancorché delusi: siamo ancora qui, per fare! Guardando avanti, dopo aver ben inteso e scacciato i falsi profeti.*



Gli articoli 33, 34, 35, 35, 37, 38, 39 (Titolo IV: Informazione e Comunicazione, Consenso e Dissenso) del Codice Deontologico. A cura della Presidenza e del Comitato di Redazione

TITOLO IV

INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE CONSENSO E DISSENSO

- Art.33 Informazione e comunicazione con la persona assistita
- Art.34 Informazione e comunicazione a terzi
- Art.35 Consenso e dissenso informato
- Art.36 Assistenza di urgenza e di emergenza
- Art.37 Consenso o dissenso del rappresentante legale
- Art.38 Dichiarazioni anticipate di trattamento
- Art.39 Assistenza al paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza

Il titolo IV conta di sette (7) articoli che sono la base della L. 219/17, anticipatori della stessa e guida normativa della stessa Legge, scritta proprio sulla base della norma deontologia del presente Codice.

Segna il passaggio dal rapporto medico paziente alla relazione di cura vera tra medico e la persona capace di fare delle scelte proprie in tema di salute, ponendosi sul piano della comprensione completa delle scelte proposte e non imposte dal medico. Con attivazione di un processo informativo completo, cui deriva la conoscenza delle prospettive di salute determinate dalla cura basata sulla fiducia, in un rapporto non fra uguali. Come non potrebbe essere in quanto le due figure sono poste su due piani differenti, legati alle conoscenze compiute in tema di salute, e, perciò non sovrapposti anche se posti sul medesimo livello dalle prospettive di cura e sugli obiettivi, concordati non più solo con la persona assistita. Un piano che, però, trova bilanciamento nella fiducia e nelle prospettive reali di salute, cui il medico è

portatore nel suo agire in scienza e coscienza: questo è il passaggio che richiama ad un uso proprio della scienza e della coscienza, dimenticate nella stesura del presente codice, perché, forse, frutto di una visione romantica e non al passo con l'evoluzione dei tempi, pur fondamentali nella dinamica della cura.

Un richiamo tutt'altro che inutile, indispensabile nel riportare il tutto sul piano della relazione/alleanza e, soprattutto, su quello delle responsabilità differenziate tra i due attori, il medico e il paziente/persona. Andando oltre ogni possibile, inutile, rappresentazione si evita di parlare di un paternalismo attualizzato, oggi più che mai inconsueto nella modernità dei rapporti, anche se rimane un retaggio spregiativo da parte di una certa critica sociopolitica. Quella stessa che sostiene la promiscuità dei ruoli e delle funzioni inserendo tale definizione, appunto il paternalismo, nell'opposizione del paziente alla decisione in ambito della salute e della cura, nel nome dell'indiscussa volontà espressa dalla sua autodeterminazione. Lontano dalla relazione si sfocia in un paternalismo⁽¹⁾ inverso del paziente verso il medico: il medico passa dalla situazione di supposta preminenza a quella di "assoggettato" ai voleri della persona assistita e, nel rispetto, non più a quello della condivisa responsabilità, pur indotta dalla diversità dei ruoli. Solo la fiducia e l'alleanza divenuta adulta producono un rapporto non incentrato "sull'eterodeterminazione" del medico nei confronti del proprio assistito, bensì sulla relazione. Tralasciando ogni possibile, ulteriore, argomentazione che richiami il significato del diritto del paziente senza, peraltro, scomodare la Convenzione europea dei Diritti dell'Uomo, vanno considerati gli aspetti della legittimità giuridica, del loro riconoscimento in senso assoluto, i diritti della persona, in quanto ciò è tautologico: nelle espressioni del diritto alla vita (at.1) come pure all'enunciato della libertà di pensiero, di coscienza e di religione, coi principi sanciti dall'art.9) e di esprimere il proprio parere (art.10) che non sono

[SEGUE...]

[SEGUE...] mai messi in discussione nella relazione di cura e nel rapporto fra persone. Un rapporto divenuto relazione perché basato sul riconoscimento indiscusso dei valori dell'essere vissuto fra persone il cui unico obiettivo sia la non maleficità, senza stucchevoli giudizi riducenti gli aspetti etici della beneficialità senza condizionamenti. Non si tratta, infatti, di una competizione in ambito di prevaricazione decisionale, come certa critica vorrebbe far considerare, all'interno di un'osservazione insopportabilmente qualunquista.

Una sorta di neoliberalismo decisionale "autoritativo" del paziente evoluto nel diritto decisionale, all'insegna della concorrenza fra poteri, in realtà, inesistenti sul piano puramente etico, quanto espressione di un certo *laissez-faire* che rispecchia la visione sociologica del carma... "la salute è mia e decido io": posizione, questa, che allontana dal concetto della beneficialità degli atti delle decisioni comunemente prese sul piano della fiducia e della stima, rispettosi di una relazione ancora umana.

Formalizzando una scelta di parte, non si sa quanto positiva sul piano dell'utilità reale, che non sempre è rispettosa del risultato di una procedura fruttuosa nelle scelte di salute. Che siano espressione di un bilanciamento fra senzienti nell'obiettivo del miglior rapporto rischio/beneficio e, soprattutto, del recupero vero della salute, laddove insufficiente, pericolosamente posta sulla china del non recupero.

Come espresso nell'incipit del titolo IV, va dato un risalto all'insieme dei sette articoli: la previsione l'evoluzione della relazione medico paziente, che rientra nell'alleanza, laica, del servizio e della volontà di raggiungere efficacemente gli obiettivi nel rispetto non solo della persona umana, quanto della nostra Costituzione. Dunque, nella sua religiosità dell'essere persona con tutta la sua dignità. Qui ancora una volta emerge la modernità del Codice che ci si augura non sia da stravolgere nel futuro prossimo.



Art. 33

Informazione e comunicazione con la persona assistita

Il medico garantisce alla persona assistita o al suo rappresentante legale un'informazione comprensibile ed esaustiva sulla prevenzione, sul percorso diagnostico, sulla diagnosi, sulla prognosi, sulla terapia e sulle eventuali alternative diagnostico-terapeutiche, sui prevedibili rischi e complicità, nonché sui comportamenti che il paziente dovrà osservare nel processo di cura.

Il medico adegua la comunicazione alla capacità di comprensione della persona assistita o del suo rappresentante legale, corrispondendo a ogni richiesta di chiarimento, tenendo conto della sensibilità e reattività emotiva dei medesimi, in particolare in caso di prognosi gravi o infauste, senza escludere elementi di speranza.

Il medico rispetta la necessaria riservatezza dell'informazione e la volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione, riportandola nella documentazione sanitaria.

Il medico garantisce al minore elemento di informazione utili perché comprenda la sua condizione di salute e gli interventi diagnostico-terapeutici programmati, al fine di coinvolgerlo nel processo decisionale.

Commentario:

La prima regola della relazione è il sapere. Sapere di cosa si tratta e di come si interpreta la relazione. Se la base è il sapere, questo presuppone la condivisione e la comprensione, rispettando le regole alla base di questi due elementi. Il secondo passaggio è la comunicazione, il comunicare. Oggi, questo concetto, appare come uno degli aspetti più delicati e importanti, perché presuppone un approccio semplice e, allo stesso tempo, complesso perché parte da un presupposto della conoscenza comunicativa, ancor prima che del sapere specifico. Il come dire e come far comprendere sono due dei momenti fondamentali di quella comunicazione c.d. compresa che è alla base della dialogia⁽²⁾. Ovvero del mettere in condizione col metodo Socratico, di fare emergere le soluzioni dei problemi in modo semplice, valutandoli nelle loro componenti, all'interno di un profondo confronto critico. Dando così il via ad un'interpretazione comunicativa della comprensione completa ed esaustiva, delle soluzioni conseguenti e, per questo, condivise. Una dimensione in cui il medico è conscio delle differenze culturali e interpretative in tema di salute. Cresce nella situazione rapportuale e relazionale l'esigenza di modulare il sapere alle conoscenze dell'altro, della persona assistita nel suo ruolo di persona fragile e come tale esposta a variazioni del sentire intimo, a maggior ragione, per situazioni inerenti alla salute, da cui la preoccupazione ovvia a cui dare risposta. Una risposta che ricalca i criteri della vicinanza mai scissa dalla speranza, facendo della riservatezza il primo cardine comunicativo di cui lascia traccia nella documentazione sanitaria. Da questo percorso discende il processo decisionale fra medico e persona assistita.



Art. 34

Informazione e comunicazione a terzi

L'informazione a terzi può essere fornita previo consenso esplicitamente espresso dalla persona assistita, fatto salvo quanto previsto agli artt. 10 e 12, allorché sia in grave pericolo la salute o la vita del soggetto stesso o di altri.

Il medico, in caso di paziente ricoverato, raccoglie gli eventuali nominativi delle persone indicate dallo stesso a ricevere la comunicazione dei dati sensibili.

Commentario:

Con quest'articolo fa la comparsa, nell'ambito dell'informazione e della comunicazione l'aspetto nodale del consenso: espressione dell'autodeterminazione della persona assistita che, proprio per questo, esprime non solo il consenso ma anche il dissenso motivato. A maggior ragione quando la comunicazione viene data a persone diverse dallo stesso paziente, siano essi familiari diretti o lo stesso coniuge, o indiretti, autorizzati, richiedenti notizie.

Viene da sé la necessità che la sfera del privato rimanga tale e che talune notizie possano essere date solamente dietro disposizione diretta della persona assistita. In ambito di ricovero, come di attività ambulatoriale, sono fatti salvi gli articoli precedenti, 10 e 12, relativi al segreto professionale e alla riservatezza dei dati personali.

Art. 35

Consenso e dissenso informato

L'acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile.

Il medico non intraprende né prosegue in procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la preliminare acquisizione del consenso informato o in presenza di dissenso informato.

Il medico acquisisce, in forma scritta e sottoscritta o con altre modalità di pari efficacia documentale, il consenso o il dissenso del paziente, nei casi previsti dall'ordinamento e dal Codice e in quelli prevedibilmente gravati da elevato rischio di mortalità o da esiti che incidano in modo rilevante sull'integrità psico-fisica.

Il medico tiene in adeguata considerazione le opinioni espresse dal minore in tutti i processi decisionali che lo riguardano.

Commentario:

Quello del consenso si pone a cavaliere fra gli articoli 3 e 13 (doveri e competenze del medico; prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione) espressamente definiti come esclusive e non delegabili funzioni insite nell'atto medico. Funzioni di esclusiva competenza del medico in tema di salvaguardia della salute e di processo di cura, dalla diagnosi alla terapia e prognosi. Ciò, indipendentemente dalla possibilità di assegnazione temporanea e in situazione di urgenza con riconoscimento di tale funzione in altro ambito sanitario, come avvenuto in occasione della pandemia⁽³⁾. Una situazione di coinvolgimento dell'assistito nelle scelte di salute rispettose della sua dignità e volontà con cui si apre al discorso costituzionale della scelta consapevole delle cure e si anticipa quanto è portante nella successiva L.219/17, attraverso il principio sancito della consapevolezza non solo del consenso, quanto del motivato dissenso che declina l'autodeterminazione della persona sottoposta alle cure. Ecco così descritta la metodologia di acquisizione del consenso/dissenso in forma palese e documentabile a tutela degli attori dell'atto di cura uniti nella relazione fiduciaria. [SEGUE...]



Divenendo, tale espressione in positivo e in negativo, come rifiuto, di fatto il primo atto "descritto" nella sua consapevolezza binaria, dunque congiunto, sancendo così la relazione/alleanza di cura fra medico e paziente e rafforzando quanto espresso nell'articolo ad essa dedicata⁽⁴⁾.

Art. 36

Assistenza di urgenza e di emergenza

Il medico assicura l'assistenza indispensabile, in condizioni d'urgenza e di emergenza, nel rispetto delle volontà se espresse o tenendo conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento se manifestate.

Art. 37

Consenso o dissenso del rappresentante legale

Il medico, in caso di paziente minore o incapace, acquisisce dal rappresentante legale il consenso o il dissenso informato alle procedure diagnostiche e/o agli interventi terapeutici.

Il medico segnala all'Autorità competente l'opposizione da parte del minore informato e consapevole o di chi ne esercita la potestà genitoriale a un trattamento ritenuto necessario e, in relazione alle condizioni cliniche, procede comunque tempestivamente alle cure ritenute indispensabili e indifferibili.

Commentario:

Questi due articoli, trattati insieme (artt 36-37) definiscono alcuni aspetti particolari dell'atto medico, in situazioni di urgenza ed emergenza. In particolare, anticipando i contenuti del successivo art. 38, laddove sia previsto il diritto dell'assistito a esprimere le proprie volontà intese come "dichiarazioni anticipate di trattamento", quelle stesse presentate nella precedente citata L.219/17⁽⁵⁾ nell'articolo denominato "Disposizioni anticipate di trattamento" (DAT) legittimano il disposto codicistico traslato nell'apposita legge dello Stato. Pur nell'ambito delle specifiche del consenso/dissenso si valutano situazioni prevedibili di acquisizione in quei casi specifici in cui sia difficoltoso, come nelle situazioni di minore o di incapace in cui sia prevista per delega l'espressione di un rappresentante legale, cui si riconosce la facoltà all'espressione tutelata in ogni aspetto del percorso diagnostico terapeutico. Sempre rimanendo nell'ambito delle tutele della persona "debole" si rafforza il suo sentire qualora ne risulti efficacemente informata, rilevandosi indispensabile la consapevolezza. Ciò attraverso il legale rappresentante con potestà genitoriale, con evidente potestà di giudizio del tutelato (in relazione allo stato clinico in cui egli versi).

Art. 38

Dichiarazioni anticipate di trattamento

Il medico tiene conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento espresse in forma scritta, sottoscritta e datata da parte di persona capace e successive a un'informazione medica di cui resta traccia documentale.

La dichiarazione anticipata di trattamento comprova la libertà e la consapevolezza della scelta sulle procedure diagnostiche e/o sugli interventi terapeutici che si desidera o non si desidera vengano attuati in condizioni di totale o grave compromissione delle facoltà cognitive o valutative che impediscono l'espressione di volontà attuali.

Il medico, nel tenere conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento, verifica la loro congruenza logica e clinica con la condizione in atto e ispira la propria condotta al rispetto della dignità e della qualità di vita del paziente, dandone chiara espressione nella documentazione sanitaria.

Il medico coopera con il rappresentante legale perseguendo il migliore interesse del paziente e in caso di contrasto si avvale del dirimente giudizio previsto dall'ordinamento e, in relazione alle condizioni cliniche, procede comunque tempestivamente alle cure ritenute indispensabili e indifferibili.

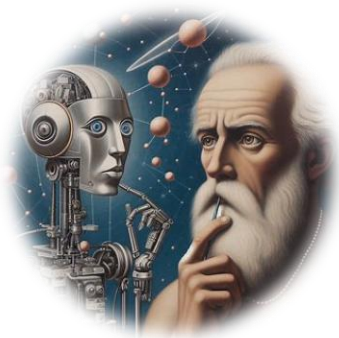


Commentario:

Con l'art. 38 si entra appieno alla rivoluzione anticipata del valore e della dignità della persona aprendo al valore dell'autodecisione in ambito di salute e alla determinazione nel rispetto delle decisioni prese. Il richiamo, tassativo, è a quanto la persona assistita dispone con dichiarazione scritta e oggettiva in tema di gestione della salute personale, direttamente o tramite delegato ufficiale. Ponendo la base del rispetto decisionale in ogni contesto clinico, togliendo il medico dall'ambascia dell'intervento ad ogni costo, in situazioni in cui, precedentemente, era chiamato sempre e comunque ad intervenire.

Condizione che ha portato all'interpretazione dell'atto medico come espressione di paternalismo autoritario o ante litteram e non di accondiscendenza ai bisogni di salute in modo assolutamente condiviso (dando, appunto, luogo ad un vero paternalismo pro bono o post litteram). Questo è un articolo che segna, semmai ce ne fosse bisogno, l'abbandono da qualsiasi interpretazione in senso paternalistico inteso con espressione deteriore, impositiva, dell'agire del medico. Non, invece, considerando l'aspetto etico del professare, nel bene, uno degli aspetti edificanti della medicina ippocratica, basata sulla valutazione umana dell'essere ammalato e, soprattutto, con l'esercizio della vicinanza nella tutela della salute e della vita anche nel momento in cui si avvera il suo distacco, col non abbandono - che vedremo considerato nel prossimo articolo lontano da espressioni di tipo eutanasi pur nelle situazioni costituzionalmente garantite dalla Corte costituzionale⁽⁶⁾ -. Nella situazione definitoria dell'art. 39 si fa espresso richiamo al dovere del rispetto di quanto previsto nella dichiarazione anticipata di trattamento che testimonia, comprovandola, la libertà e la consapevolezza della scelta sulle procedure diagnostiche e/o terapeutiche da adottarsi in gravi condizioni di salute e in compromissione delle facoltà cognitive che ne impediscano le volontà decisionali. Condizione che prefigura la definizione di testamento biologico delle DAT che, in ogni caso, il medico è tenuto a valutare, anche questa volta in base al caso specifico, ovvero alla presenza o meno delle condizioni che le richiedano o che rispondano effettivamente alle condizioni cliniche oggettivamente rilevate.

[SEGUE...]



[SEGUE...] Mai dimenticando, nella sua funzione di medico, e nel tenere conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento, di ispirare la propria condotta al rispetto della dignità e della qualità di vita del paziente, con redazione di apposita nota incontrovertibile sulla documentazione sanitaria. Ma il suo comportamento richiama alla necessità incontrovertibile del suo ruolo di garanzia nei riguardi della persona assistita a esercitare tutela del superiore interesse del paziente e garantirne le cure, ritenute indispensabili e indifferibili. Un passaggio, questo che riporta ancora una volta alla L.219/17⁽⁷⁾. Ciò, nel rispetto della pianificazione delle cure e delle indicazioni previste all'atto della sottoscrizione delle disposizioni di trattamento, riconoscendogli la possibilità di intervento, in accordo col fiduciario del paziente e nel momento in cui vi sia disponibilità di terapie efficaci nel caso concreto, non previste o prevedibili all'atto della sottoscrizione delle DAT.

Art. 39

Assistenza al paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza

Il medico non abbandona il paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza, ma continua ad assisterlo e se in condizioni terminali impronta la propria opera alla sedazione del dolore e al sollievo dalle sofferenze tutelando la volontà, la dignità e la qualità della vita.

Il medico, in caso di definitiva compromissione dello stato di coscienza del paziente, prosegue nella terapia del dolore e nelle cure palliative, attuando trattamenti di sostegno delle funzioni vitali finché ritenuti proporzionati, tenendo conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento.

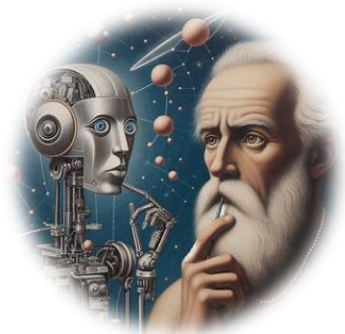
Il testo dell'art.39 si collega in modo importante all'art. 17 e al disposto della Corte costituzionale⁽⁸⁾. Per certa parte si fa rientrare nella condotta ippocratica, con coerenza per l'impostazione del paternalismo post litteram con richiamo etico al non abbandono e al trattamento richiamato dalle sentenze della Corte verso la palliazione nei casi di premorienza e di prognosi infausta.

Da qui l'atteggiamento di vicinanza e dedizione del medico verso il sofferente negli ultimi momenti della vita, con il trattamento del dolore e la sedazione vigile all'interno della comunità con indicazione della stella polare della tutela delle volontà, della dignità e della qualità di vita della persona assistita.

È la reiterazione degli obblighi previsti dalla legge per il trattamento del dolore insostenibile⁽⁹⁾ e delle cure palliative, ancor oggi vero problema riguardante la diffusione dei centri previsti per Legge, e anche delle risposte alla frequenza nella specializzazione specifica, dimostrando come tale

[SEGUE...] disciplina non goda di quella considerazione che si dovrebbe riservarle, dando la stura a soluzioni come quelle del suicidio assistito e contravvenendo in questo modo alle disposizioni tanto della Legge tanto della Corte costituzionale⁽¹⁰⁾.

L'articolo rafforza i principi della palliazione e la sua necessità e dovere nel fine vita e nei casi specifici, con l'attuazione delle funzioni vitali finché ritenuti proporzionati, con la dovuta considerazione delle dichiarazioni anticipate di trattamento previste nell'art. 38.



(1) Rif. Da Ippocrate: modello relazionale in cui il medico agisce per il "bene" del paziente (beneficenza) in asimmetria di posizione fra chi sa e dimostra il suo potere della conoscenza verso il paziente, ignaro e assoggettato alla volontà del medico in quanto non in grado di decidere autonomamente. Alla definizione precedente si esplicita quella più attuale di paternalismo, quale atteggiamento di una persona che fa prevalere la propria autorità decisionale nei confronti di persona ad essa assoggettata con metodi c.d. bonari e paterni. Sec. Treccani: atteggiamento o comportamento improntato a benevola protezione e condiscendenza da parte di un datore di lavoro nei confronti dei suoi dipendenti o, in generale, da parte di qualcuno verso chi è gerarchicamente inferiore, o più giovane

(2) Rif. Dialogia come espressione del pensiero che, partendo da Socrate con la Maieutica diviene metodo di comunicazione "compresa" di sé e della verità, Fatto proprio da Platone nel porre in essere elemento portante della riflessione critica con l'arte del far nascere la verità con la prestazione assimilata a quella della "levatrice".

(3) Rif. Il riferimento normativo al Decreto Legge (DL) n. 41 del 2021 comma 463-bis e n. 44 del 2021 (noto come "Decreto Sostegni-bis" o "Decreto Vaccini") è relativo alla delega a farmacisti e infermieri per la vaccinazione durante la pandemia da SarsCov2 per l'acquisizione del consenso informato che è stato, poi, convertito in Legge n. 71/2021, che ha modificato la L. n. 229/2020, consentendo l'estensione delle competenze a queste figure professionali.

(4) Rif. Art. 20 CDM (Relazione di cura).

(5) Rif. L.219/17 art. 1 c.1-2-3-5-6-7 e art.4 (disposizioni anticipate di trattamento).

(6) Rif. Art. 39 (Assistenza al paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza). Rimando alle note 8-10-1112 sulle Sentenze Corte costituzionale 242/19, e la135/24, in merito alla legittimità costituzionale dell'art 580 c.p. per violazione degli artt. 2,3, 13, 32, 117 Cost., la più recente sentenza 66 del 20 maggio 2025 (Pres. Amoroso) che ha ribadito i criteri espressi in precedenza (sentenza 135/24). Rif. Corte cost. Sentenza 66 del 20 maggio 2025 e contemporaneo Comunicato stampa: "La Corte ha rammentato quanto già precisato nella sentenza numero 135 del 2024".

(7) Rif. L.219/17 art. 5 (Pianificazione delle cure) c.1 e all'art. 4 (Disposizioni anticipate di trattamento) c.5 che porta il medico sempre al rispetto delle DAT riconoscendogli la possibilità di disattenderle parzialmente o totalmente in accordo col legale rappresentante in caso in cui siano palesemente incongrue o non rispondenti alla situazione clinica del momento ovvero quando vi siano trattamenti terapeutici non previste o prevedibili quando sottoscritte le DAT.

(8) Rif. Alla tematica dell'art. 17 (Atti finalizzati a provocare la morte vedi nota 8-9- e alle sentenze della Corte cost. vedi nota 10-11-12- 42).

(9) Rif. L. 15 marzo 2010, n. 38. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.
<https://www.normattiva.it/urires/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2010;38~art2-com1>.

(10) Rif. l'Ordinanza n. 207/2018 preludio alla sentenza 242/2019, con cui la Corte Costituzionale ha trattato il tema del fine vita, con una decisa presa di posizione sull'inadeguatezza dei provvedimenti legislativi, e invitando il Parlamento ad esprimersi con una Legge sul tema dell'aiuto al suicidio secondo della incompleta incostituzionalità dell'art.580 c.p. in assenza di una normativa specifica alternativa.

Obbligo di comunicazione titoli di specializzazione ed accademici da inserire nel fascicolo personale e uso corretto del titolo di “professore”

OBLIGO DI COMUNICAZIONE DEI TITOLI DI SPECIALIZZAZIONE E ACCADEMICI DA INSERIRE NEL FASCICOLO PERSONALE

In primo luogo, esaminando la normativa che disciplina il contenuto dell'Albo, è emerso l'obbligo di inserire i titoli di Specializzazione, così come previsto dall'art. 3, commi 3 e 4, del DPR 5 aprile 1950, n.221 che testualmente prevede:

“In apposita colonna dell'Albo dei medici sono indicati i titoli di docenza o specializzazione nelle materie che per tale professione formano oggetto delle singole specialità riconosciute ai sensi di legge; per ciascuno di essi sono indicati Autorità, luogo e data di rilascio”.

Si è pertanto concordato sulla necessità di garantire al più presto, a beneficio di Cittadini e Istituzioni, i dati completi relativi a tutti i Medici Specialisti al fine di adeguarsi alla normativa di cui sopra.

A partire da quanto sopra premesso la FNOMCeO, nell'ambito dei compiti di indirizzo e coordinamento previsti dall'art.15 del D.Lgs.C.P.S. 13 settembre 1946, n.233 dispone che ogni Ordine dovrà richiedere, ai sensi dell'art.3 commi 3 e 4 del DPR 5 aprile 1950, n.221, tra gli elementi costitutivi dell'anagrafica degli Iscritti, anche i titoli di Specializzazione.

Inoltre l'art.64, commi 1 e 2, del Codice di deontologia medica che prevede testualmente:

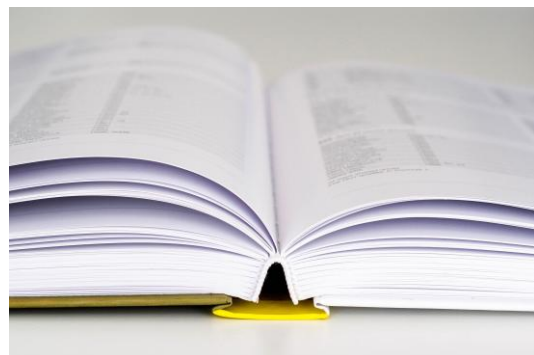
“Il medico deve collaborare con il proprio Ordine nell'espletamento delle funzioni e dei compiti ad esso attribuiti dall'Ordinamento. Il Medico comunica al proprio Ordine tutti gli elementi costitutivi dell'anagrafica, compresi le specializzazioni e titoli conseguiti, per la corretta compilazione e la tenuta degli Albi e per l'attività di verifica prevista dall'Ordinamento.”

Si invitano, pertanto, tutti gli Iscritti che ancora non lo hanno fatto, ad adempiere a quanto sopra nel più breve tempo possibile. È possibile effettuare tale comunicazione dall'AREA RISERVATA del sito dell'Ordine autenticandosi con il proprio SPID -> [QUI](#)

USO CORRETTO DEL TITOLO DI “PROFESSORE”

Si richiama l'attenzione sull'uso corretto del titolo di “Professore” in forma estesa o abbreviata, al maschile o al femminile, che può essere esibito da:

- Professori universitari di ruolo ordinari, straordinari o associati. Possono far uso del titolo di professore anche coloro che ricoprono insegnamenti in ambito universitario in corsi di laurea concernenti le professioni sanitarie e anche i ricercatori ai quali è stato conferito, con apposita deliberazione della Facoltà, la titolarità di un insegnamento. L'uso del titolo è limitato al periodo di insegnamento.
- Professori a contratto, ex artt. 25 e 100 del DPR 382/1980 e art. 4 DPR 162/1982. Per costoro, la dizione “Professore” deve essere accompagnata dalla indicazione, senza abbreviazioni, “a contratto in , presso la Facoltà di o Scuola di , per l'anno accademico.
- Liberi docenti, con docenza confermata ex art. 10 Legge 1175/1958 (concernente gli esami di abilitazione alla libera docenza). Per costoro, la dizione “Professore” deve essere accompagnata dalla indicazione: “libero docente in ” specificando la materia nella quale è stata conseguita la libera docenza.



Iscrizione all'ENPAM per gli studenti di Medicina e Chirurgia e di Odontoiatria

L'ENPAM offre una nuova copertura e tutela ai giovani studenti, sia per quanto riguarda la malattia, sia per quanto riguarda la maternità, ed anche tutele relative all'immediato periodo post laurea, con il riconoscimento degli anni di laurea a fini pensionistici. Una situazione di notevole interesse:

Si tratta di un accumulo di anzianità contributiva, oltre ad accedere alle tutele e agli strumenti di welfare prima dell'iscrizione all'Albo. Per uno studente, accedere in anticipo ai vantaggi e alle tutele del sistema previdenziale è un'occasione da non perdere.

La domanda si fa direttamente dal sito Enpam.it e si può presentare a partire dal quinto anno di corso, in qualsiasi momento dell'anno accademico: costa poco meno di 13 euro al mese.

La domanda si fa direttamente dal sito Enpam.it e si può presentare a partire dal quinto anno di corso, in qualsiasi momento dell'anno accademico: costa poco meno di 13 euro al mese.

ALLEGATO:

- [Elenco agevolazioni](#)



ENPAM – Il termine per l'invio del modello D 2026 (redditi libero professionali 2025) è stato prorogato a venerdì 4 settembre

Ogni anno occorre dichiarare all'Enpam il reddito da libera professione prodotto nell'anno precedente. Per farlo è necessario compilare online il modello D – modello reperibile nell'area riservata – e inviarlo entro il 4 settembre (il ter-

-mine previsto precedentemente era il 31 luglio, ma è stato prorogato). Se l'invio del modello D avverrà dopo il 4 settembre, si dovrà pagare una sanzione fissa di 120 euro.



Corso di formazione specifica in medicina generale – Bando e dettagli sulla prova d'esame

Il corso consente di acquisire il diploma necessario per l'iscrizione nelle graduatorie regionali di medicina generale e di esercitare l'attività di medico chirurgo in medicina generale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale. I bandi per le domande di partecipazione al concorso per l'ammissione al corso stabiliscono il numero di medici che potranno partecipare al corso. I bandi, e anche gli avvisi della data e sede delle prove di esame del concorso pubblico, sono pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna. I medici risultati idonei al concorso sono inseriti in una graduatoria, anch'essa pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione. Sono ammessi al corso gli idonei utilmente collocati fino al completamento dei posti disponibili. La graduatoria può essere scorsa a seguito di rinunce fino al sessantesimo giorno successivo alla data di avvio formale del corso. Il corso di formazione specifica in medicina generale è triennale e prevede la frequenza obbligatoria a tempo pieno.

•ALLEGATO: [Bando 2026/2029](#)

•Il bando di concorso della Regione Emilia-Romagna è reperibile sul [Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna \(BURERT n. 130 del 27/05/2026\)](#)

Domande on line: scadenza 27 luglio 2026 -> La domanda di partecipazione potrà essere presentata, seguendo esclusivamente le indicazioni riportate nel bando, fino alle **ore 13:00 del giorno 27 luglio 2026**. L'unica modalità prevista per compilare e inviare la domanda di partecipazione è on line collegandosi al sito dedicato al quale si rinvia per tutte le istruzioni relative all'utilizzo della piattaforma. L'accesso al portale avviene attraverso l'autenticazione tramite i sistemi SPID (Sistema Pubblico di Identità Digitale), CIE (Carta d'Identità Elettronica) o CNS (Carta Nazionale dei Servizi). Saranno 185 i medici ammessi al corso a seguito di espletamento del concorso.Prova d'esame: 21 ottobre 2026 -> La prova d'esame si terrà il 21 ottobre con orario di inizio della prova alle ore 10.00. Sarà data comunicazione del luogo e dell'ora di convocazione ai candidati stessi a mezzo **avviso** pubblicato nel Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna (BURERT), sul sito internet <http://selezionecorsommg.regione.emilia-romagna.it> e affisso presso gli Ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Regione Emilia-Romagna. Potranno essere stabilite modalità differenti di espletamento della prova concorsuale, per cause di forza maggiore sancite da disposizioni normative e regolamentari.



Emergenza Fentanyl: ulteriore rafforzamento dei controlli, uso e circolazione impropri di medicinali contenenti Fentanyl e analoghi

La Fnomceo ha trasmesso la Circolare del Ministero della Salute recante il seguente oggetto: "Emergenza Fentanyl: ulteriore rafforzamento dei controlli, uso e circolazione impropri di medicinali contenenti Fentanyl e analoghi". Il 12 marzo 2024 il Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha presentato il "Piano nazionale di prevenzione contro l'uso improprio di Fentanyl e di altri oppioidi sintetici", finalizzato a prevenire, intercettare e impedire l'accesso e la diffusione illegale sul territorio nazionale del Fentanyl e dei suoi derivati, nonché a predisporre adeguati strumenti di gestione di eventuali situazioni emergenziali. In particolare, il punto 2 del Piano richiama l'esigenza di un rafforzamento dei controlli relativi a eventuali livelli prescrittivi anomali, nonché la necessità di "potenziare i controlli per evitare la diversione della sostanza per usi non sanitari". La Direzione generale dei dispositivi medici e del farmaco, alla quale afferisce l'Ufficio Centrale Stupefacenti (UCS), ha già provveduto a diramare 3 circolari rivolte a tutti i soggetti coinvolti per evitare il rischio di sottrazioni illecite di medicinali contenenti fentanili invitando a comunicare smarrimenti, danneggiamenti o furti alle autorità regionali competenti e alle Forze dell'Ordine, al fine di rafforzare la cooperazione con il Comando

Carabinieri per la Tutela della Salute, oltre a fornire un decalogo di comportamento cui si raccomanda le farmacie ad attenersi in presenza di prescrizioni contenenti Fentanyl o analoghi, benzodiazepine ecc. su ricetta cartacea. A tal proposito si ricorda che i farmaci contenenti sostanze attive stupefacenti e psicotrope di corrente impiego terapeutico ad uso umano o veterinario, inclusi nella tabella dei medicinali sezione A, devono essere custoditi in armadio chiuso a chiave separati da altre sostanze. Questo requisito di custodia è stabilito dal DPR 309/90 e dalla Farmacopea Ufficiale tabella n.3 e rappresenta una misura di sicurezza per prevenire il rischio di abuso e la diffusione illegale di tali sostanze. La giacenza fisica del farmaco, ovvero l'effettiva quantità di farmaco presente in una sede, deve corrispondere alla giacenza teorica, cioè alla giacenza riportata sul registro di entrata-uscita. Sarebbe opportuno che il responsabile unico del controllo giacenze e stoccaggio fosse lo stesso che detiene le chiavi. La movimentazione, sia in entrata che in uscita (Art. 60), deve essere effettuata in ordine cronologico. Ogni modifica conseguente all'uso o al carico del farmaco deve essere effettuata tempestivamente o comunque entro le 48 ore dalla movimentazione.

ALLEGATI:

•[Circolare](#)

•[Comunicazione Fnomceo numero 78](#)



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Incontro con il Direttore della Gazzetta di Parma

Il Direttore della Gazzetta di Parma in visita alla sede di via Po

Nell'ambito delle attività istituzionali, l'Ordine dei medici, chirurghi e odontoiatri di Parma ha avuto il piacere di ricevere in visita Claudio Rinaldi, Direttore della Gazzetta di Parma. Ad accoglierlo il Presidente dell'Omceo di Parma, Pierantonio Muzzetto: *«Un grande piacere ospitare il Direttore della Gazzetta. Abbiamo analizzato insieme la situazione odierna della nostra città ed i nostri ragionamenti ci hanno*

portato ad una concorde conclusione: Parma merita una reale rinascita del proprio Sistema Sanitario». Un incontro importante e sentito anche da parte del Direttore Rinaldi: «Il Presidente Muzzetto è da noi stimato da tanto tempo, è stato un piacere vedere questa splendida Sede e approfondire tutte le numerose attività che vengono portate avanti dall'Ordine, sotto il profilo ideologico e disciplinare».



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)