

Notiziario numero 4/2025

DICEMBRE

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

SOMMARIO

- Nuove sanzioni per certificazione medica falsa o falsamente attestante lo stato di malattia anche in telemedicina – Il Ddl Semplificazioni è legge
- Uno sguardo alla deontologia: gli articoli 10, 11 e 12 del Codice Deontologico
- Illegittimità costituzionale dell'art. 83 del codice di procedura penale
- Questionario sulla percezione del sistema ECM
- Disposizioni per la semplificazione e la digitalizzazione dei procedimenti in materia di attività economiche e di servizi a favore di cittadini e imprese – Legge 2 dicembre 2025, N. 182
- Aggiornamento della situazione epidemiologica (Stagione influenzale 2025-2026)
- Si all'uso dei medici in quiescenza nell'assistenza primaria – Lo ribadisce la Corte Costituzionale
- Presentato al Consiglio dell'Ordine un importante Progetto per contrastare le disuguaglianze sanitarie e sociali – Continua il profondo dialogo tra l'Ordine di Parma e le Istituzioni cittadine
- Professionisti sanitari non raggiungono l'obbligo Ecm e vengono contattati dall'assicurazione che disdice la polizza
- Sul nostro sito (Omceopr.it) rammentiamo la sezione Osservatorio violenza e segnalazioni emergenze sanitarie
- La normativa certificatoria per la pratica sportiva – Lettera a cura del Professor Antonio Bonetti
- Il ricordo della campionessa Rossella Barbazza: sci, medicina e famiglia

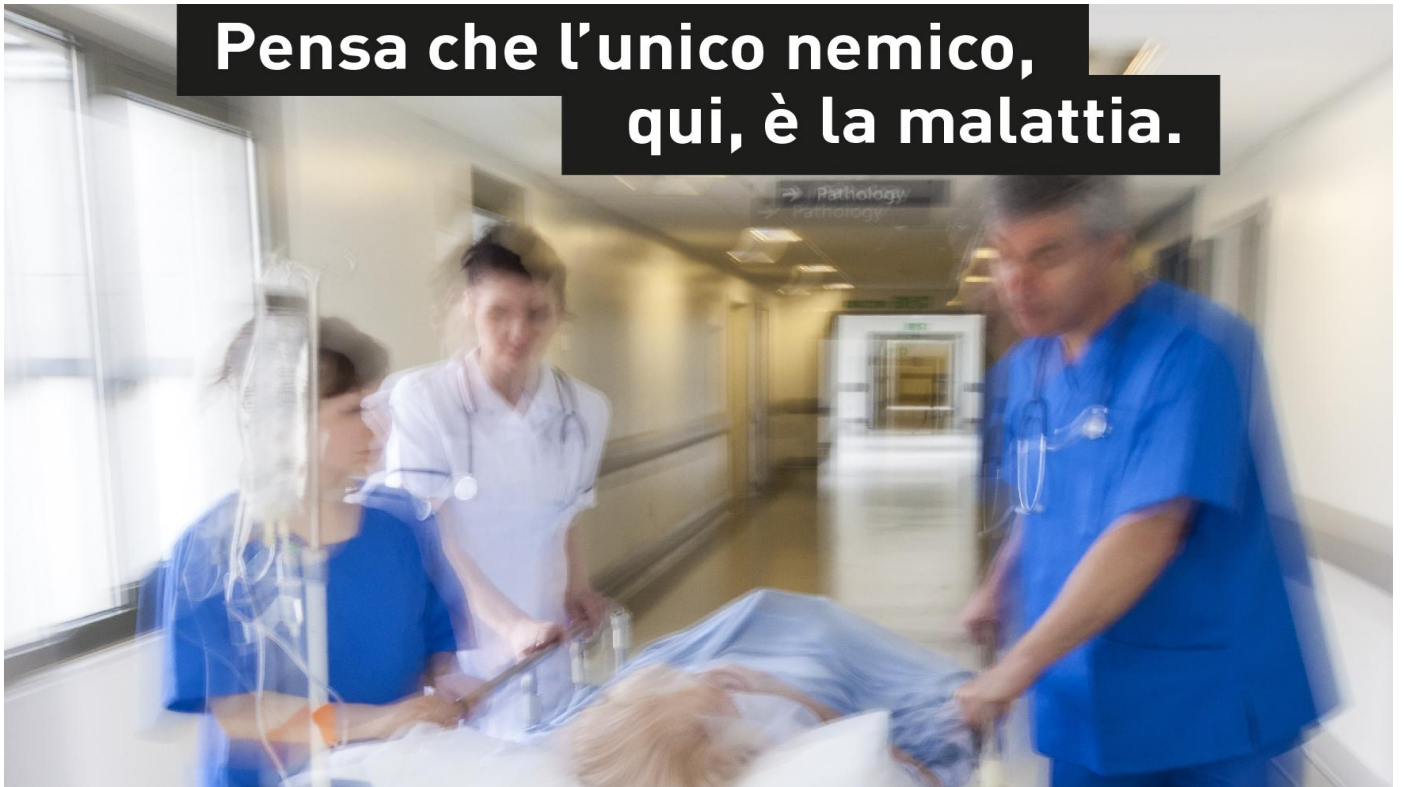
COMITATO DI REDAZIONE

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



MENTRE ASPETTI

**Pensa che l'unico nemico,
qui, è la malattia.**



**CON LA VIOLENZA SI AGGRAVANO LE COSE,
NON SI RISOLVONO.
L'AIUTO È PER TE, FATTI AIUTARE!
#NOALLAVIOLENZA**

**IN PRONTO SOCCORSO
CE LA METTIAMO TUTTA PER AIUTARTI.
SII PAZIENTE.**



FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

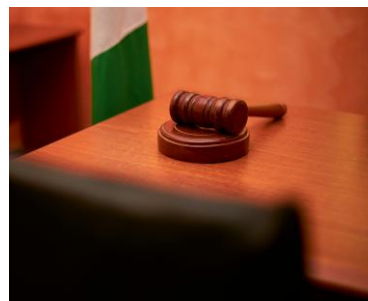
Nuove sanzioni per certificazione medica falsa o falsamente attestante lo stato di malattia anche in telemedicina – Il Ddl Semplificazioni è legge

Nuove sanzioni per certificazione medica falsa o falsamente attestante lo stato di malattia anche in telemedicina, che sono ora attribuite al medico e non soltanto a colui che è destinatario della certificazione. La sentenza di condanna e di applicazione della pena prevede la sanzione disciplinare della radiazione dall'Albo e porta ad un licenziamento per giusta causa dalla struttura pubblica o privata. Queste sono le novità apportate dal Disegno di Legge approvato dal Senato della Repubblica l'8 ottobre 2025, contenente le Disposizioni per la semplificazione e la digitalizzazione dei procedimenti in materia di attività economiche e di servizi a favore dei cittadini e delle imprese. Cambia la quotidianità di pazienti e medici: nel provvedimento, approvato da Montecitorio dopo l'ok del Senato e nato per tagliare la burocrazia, spuntano misure che ridisegnano il perimetro odierno. Ne elenchiamo brevemente alcune: estese alla telemedicina le sanzioni per false certificazioni, semplificata la governance dell'Irccs Gaslini e rafforzati gli obblighi per la comunicazione. L'articolo 58 estende al contesto digitale le severe sanzioni già previste per le certificazioni false. Anche le certificazioni mediche rilasciate in telemedicina, se basate su dati clinici non direttamente constatati o oggettivamente documentati, potranno costare al medico la radiazione dall'albo e il licenziamento se operante nel pubblico o convenzionato.

Art. 58.(Semplificazioni in materia di certificazione medica in telemedicina)¹. All'articolo 55-quinquies, comma 3, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al secondo periodo, dopo le parole: «dati clinici non direttamente » sono inserite le seguenti: «, o indirettamente attraverso sistemi di telemedicina»;

b) dopo il secondo periodo è aggiunto il seguente: «Con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della salute, sono definiti i casi e le modalità di ricorso alla telecertificazione».



Riprendendo l'articolo 55-quinquies, D.lgs. 165/2001:

Comma 1: Prevede la reclusione (da uno a cinque anni) e la multa (da 400 a 1.600 euro) per il lavoratore pubblico che falsifica le presenze in servizio o il certificato medico di malattia, e per chi concorre nel reato. Comma 2: Stabilisce che il lavoratore, oltre alle sanzioni penali e disciplinari, deve risarcire il danno patrimoniale (pari alla retribuzione pagata per le assenze non lavorate) e il danno d'immagine. Comma 3-bis: Introduce la possibilità che le ripetute e ingiustificate assenze, soprattutto nei periodi in cui è fondamentale assicurare la continuità dei servizi (ad esempio, congiunte a festività o riposi settimanali), siano definite e sanzionate dai contratti collettivi nazionali, ma sempre fermo restando che tali condotte possono comportare il licenziamento.

Gli articoli 10, 11 e 12 del Codice Deontologico. A cura della Presidenza e del Comitato di Redazione

Art. 10

Segreto professionale

Il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò di cui è a conoscenza in ragione della propria attività professionale.

La morte della persona assistita non esime il medico dall'obbligo del segreto professionale.

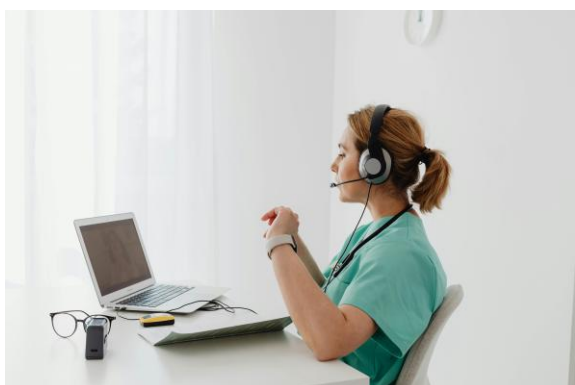
Il medico informa i collaboratori e discenti dell'obbligo del segreto professionale sollecitandone il rispetto.

La violazione del segreto professionale assume maggiore gravità quando ne possa derivare profitto proprio o altrui, ovvero nocumento per la persona assistita o per altri.

La rivelazione è ammessa esclusivamente se motivata da una giusta causa prevista dall'ordinamento o dall'adempimento di un obbligo di legge.

Il medico non deve rendere all'Autorità competente in materia di giustizia e di sicurezza testimonianze su fatti e circostanze inerenti al segreto professionale.

La sospensione o l'interdizione dall'esercizio professionale e la cancellazione dagli Albi non dispensano dall'osservanza del segreto professionale.



Commentario:

IL PROBLEMA: lo snodo cruciale della riservatezza e il valore del segreto. Nell'ambito della relazione duale che vede finalizzato il rapporto tra medico e paziente alla fiducia reciproca, passa attraverso il grado di riservatezza della sua realizzazione, che si rapporta con la comunicazione compresa, dialogica e che presuppone come conseguenza la conoscenza profonda delle problematiche di salute. Problematiche che si riassumono nei cosiddetti "dati sensibili" relativi alla salute in una condivisione bio-psico-clinica delle fragilità di salute o delle pregresse malattie. Un mettere sul piano della conoscenza aspetti del privato "sensibile" che, in caso di malattie e problemi di salute, vengono condivisi senza che possano essere fraintesi o mal utilizzati, ovvero in modo diverso da parte di chi abbia come unico dovere, non tanto l'implicito rispetto del segreto tutelato, quanto l'utilizzo coerente dell'appreso. La cui finalità è, pur sempre, cercare di intraprendere il percorso di cura in modo condiviso, ma che presuppone la conoscenza degli aspetti del segreto che lega indissolubilmente il medico al proprio paziente. Ciò, non solo nella vita del paziente ma anche dopo la sua dipartita: motivo per cui quanto appreso in vita debba essere custodito con la medesima solerzia e impegno, facendone un importante principio della professione e, al contempo, dell'insegnamento in corso degli studi di medicina o siano impegnati in percorsi d'aggiornamento medico. L'aspetto della segretezza, quale valore assoluto condiviso e inerente allo stato di salute del paziente assume, perciò, ulteriore rilievo e importanza in tutte quelle situazioni in cui la persona assistita possa trarre nocumento della sua violazione, con particolare riguardo verso chi abbia in sé la responsabilità del curare, soprattutto nel caso in cui, come medico, possa trarne in qualsiasi modo un profitto. In questo caso, richiamandosi ai contenuti del precedente art.7, quando stabilisce che non debba, o meglio possa, abusare del proprio status professionale. [SEGUE...]

[SEGUE...] *Un aspetto, questo, che consente una versione “più ampia” dello stesso articolo che sposta la responsabilità non tanto degli aspetti formali legati a ipotetici incarichi di carriera o al di fuori della vita professionale, quanto la preminenza dell’equilibrio nella relazione duale e, soprattutto, nell’evitare una gestione personalistica e utilitaristica, non ortodossa, del segreto di cui è assoluto custode. Uno degli aspetti per certo verso controversi, ma non si ravvisa alcuna contraddizione: è quando si rimanda alla possibilità che ha il medico di sciogliere il vincolo del segreto alle autorità. È possibile solo nel caso in cui lo svelamento trovi motivazione nella giusta causa prevista dall’ordinamento o dall’adempimento di un obbligo di legge, in circostanze superiori in cui si richiami al dovere di adempiere ad obblighi di denuncia specifici o sia necessaria la difesa del diritto del paziente stesso. Fermo restando, e ne è una conseguenza, che il medico non renda testimonianza su fatti e circostanze inerenti al segreto professionale all’Autorità competente in materia di giustizia e di sicurezza. Situazione che sembra essere in contraddizione ma - nell’ambito del dire la verità col farla rispettare di fronte a situazioni in cui sia invocato e applicato il principio della segretezza – portano il medico per moral suasion a intraprendere la maieutica socratica, inducendo il paziente a testimoniare egli stesso una situazione pericolosa per sé e per gli altri, ovvero di quanto sia originariamente coperto dal segreto e lo inibisca dal diffonderlo.*

A puro titolo esplicativo vi è la deroga, laddove il segreto fosse relativo alla possibilità di contagio di malattia grave o lo stesso stato di malattia impedisse il regolare svolgimento del lavoro procurando un danno allo stesso paziente e alla collettività. Come in caso di guida di mezzi di trasporto nel servizio pubblico o anche privato, in situazioni cliniche di diabete scompensato o di iperammoniemia in cirrotico, con rischio reale nel proseguimento di certe attività lavorative e con riverbero sulla salute altrui. Qui sta il viraggio degli aspetti dell’articolo 7 dell’abuso del proprio status in dovere alla posizione di garanzia del medico, chiamato alla tutela della salute del singolo e della collettività, prevista nell’art. 3 e del Costrutto costituzionale.

L’ultimo comma dell’art. 10 richiama al concetto del giuramento professionale “persistente” cui anche medico - che non eserciti più, come nel caso in cui sia stato cancellato dall’Albo, è tenuto al rispetto del segreto primariamente acquisito che certamente non si estingue nel non professare; per di più, essendo in armonia con i principi etici di umanità e solidarietà e civili di sussidiarietà, che continuano a persistere come espressione della dignità, del decoro e dell’indipendenza nel rispetto di questi principi come pure del decoro stesso della persona.



Art. 11**Riservatezza dei dati personali**

Il medico acquisisce la titolarità del trattamento dei dati personali previo consenso informato dell'assistito o del suo rappresentante legale ed è tenuto al rispetto della riservatezza, in particolare dei dati inerenti alla salute e alla vita sessuale.

Il medico assicura la non identificabilità dei soggetti coinvolti nelle pubblicazioni o divulgazioni scientifiche di dati e studi clinici.

Il medico non collabora alla costituzione, alla gestione o all'utilizzo di banche di dati relativi a persone assistite in assenza di garanzie sulla preliminare acquisizione del loro consenso informato e sulla tutela della riservatezza e della sicurezza dei dati stessi.

**Commentario**

IL PROBLEMA: Quanto previsto in questo breve articolo riveste una caratteristica di estrema delicatezza perché è inerente all'aspetto della relazione duale medico- paziente e, si pone a cavaliere fra quest'aspetto e quello del segreto professionale, ossia di quanto attenga gli aspetti dei cosiddetti "dati personali sensibili" dello stato di salute della persona assistita. Si correla strettamente al successivo art. 12, del trattamento dei dati sensibili di cui è complementare. Richiama a quanto sarà poi espresso più distintamente nel rapporto con la persona assistita e si ritrova negli articoli riguardanti i rapporti con essa intercorrenti (Titolo III) e poi l'informazione, la comunicazione, oltreché il consenso e il dissenso (Titolo IV). Un passaggio fondamentale è il ruolo della ricerca e del coinvolgimento dei pazienti in studi clinici che vengano citati nelle varie fasi. In particolare, riguardo alla ricerca, i dati di valutazione sono sottoposti a trattamento riservato, in quanto relativi alla salute o alla sfera intima: anche in questo caso si parla di attività direttamente svolta sotto egida medica, salvaguardando la relazione duale. Si tratta di un rapporto evoluto e diversificato fra i componenti del sistema di cura, considerati come attori diretti e consolidati nella fiduciarità dei diritti e dei doveri, delle competenze e delle prospettive "attive" di salute e nell'essere tutelati dalla riservatezza. In un equilibrio di rispetto nella fase di analisi e controllo delle risposte cliniche della ricerca. Nel parlare di dati, il discorso si amplifica nell'esercizio professionale diretto alla persona assistita, quali sono le prestazioni in ambito della dipendenza, in cui la tutela dei dati sensibili si definisce come prerogativa tanto del sistema tanto del singolo medico in diversa funzione. Nel considerare l'attività libero-professionale pura o autorizzata, considerandone gli aspetti nella dipendenza come medicina convenzionata, si rileva una diversificazione della responsabilità. Infatti, da un punto di vista strettamente giuridico, si passa da quella extracontrattuale a quella contrattuale che rispecchia una diversità non solo sul piano della responsabilità e dell'eventuale colpa, ma anche di quella deontologica. In tutto ciò, la differenza la fa il rapporto lavorativo e quanto disposto a livello legislativo.

Il codice deontologico, a ben vedere, non fa differenza sul livello di tutela dei [SEGUE...] 6

[SEGUE...] dati sensibili attinenti alla salute, dimostrando come per il medico sia cogente la responsabilità del garantire la riservatezza - tutto ciò rientrando negli obblighi e nei doveri insiti nel rispetto del segreto professionale e del segreto d'ufficio -. Ovvero nelle condizioni in cui esso sia contemplato e legittimato dalla relazione di cura che avviene col consenso delle parti (con richiamo all'art-35). In tal senso nulla cambia deontologicamente in linea di principio riguardo i rapporti di assistenza e cura, nella relazione e negli obiettivi, come pure riguardo il segreto a seconda del tipo di prestazione, sancito, o meno, per legge. Stesso dicasi in quelle circostanze, come la degenza ospedaliera, in cui proprio il rapporto si amplifica in sistemi plurimi di assistenza e cura (come avviene per la dipendenza nel Sistema sanitario nazionale (SSN) o, a parità di prestazioni nel privato a seguito di contrattualità civilistica o convenzionata con lo stesso SSN, assegnando la custodia dei dati sensibili alle strutture chiamate alla loro specifica responsabilità e competenza). Anche se ciò non va ad incidere minimamente su quella riconosciuta al singolo medico come pure a tutti i componenti medici del sistema di cura, laddove condivisa. Cui consegue un'intensa normativa europea e in ambito di privacy, che comunque non limitano le prerogative e gli obblighi del medico in tema di segreto professionale e di custodia di quanto appreso e rilevato clinicamente. Se la custodia dei dati sensibili è un obbligo del singolo e anche della struttura riconosciuta in un rapporto di dipendenza o contrattuale civilistico, con responsabilità primariamente di struttura sanitaria, non si verifica per il medico, in nessun caso ammesso, il passaggio del terzo e ultimo comma dell'art. 11 (laddove si parla di divieto, di poter collaborare alla costituzione, alla gestione o all'utilizzo di banche di dati relativi a persone assistite in assenza di garanzie sulla preliminare acquisizione del loro consenso informato e sulla tutela della riservatezza e della sicurezza dei dati stessi). Di contro, il problema si porrebbe per le attività "dirette" libero professionali in cui si instauri una relazione di cura fra medico e paziente, restando valido il rapporto evoluto, appun-

-to in relazione, che sia frutto della scelta del paziente e, come tale, sempre "mantenuto duale" indipendentemente dalla sede in cui si esegua la prestazione - ovvero sia lo studio privato, oppure quello ubicato in strutture dedicate o in situazione di "autorizzata" esecuzione presso altri in cui si svolga l'attività libero professionale -. In particolare, e nella fattispecie, nel SSN o in strutture private autorizzate o non ospedaliere, in base alla regolamentazione da appositi contratti di lavoro di dipendenza o di diritto privato, fermo restando il consenso-dissenso della persona assistita. Di fatto, si generano dubbi relativi alle diverse, possibili e non sempre coerenti interpretazioni dei rapporti fra medico e paziente, ovvero fra i due attori "specifici e scelti" della relazione professionale, favorendo un'interposizione insolita, quanto imprevista, di un terzo anonimo "attore impersonale", assolutamente esterno all'atto medico, quale è il sistema organizzativo o la struttura sanitaria (così da spostare l'asse delle responsabilità e delle stesse tutele dal medico alle strutture organizzative, non aventi titolo "diretto" sul piano clinico e relazionale). Col risultato che il medico vada progressivamente a perdere il ruolo di componente strategico come pure la titolarità nella relazione duale medico-paziente, sostituito inopportuno dalla struttura. L'ipotetico rapporto struttura -paziente darebbe vita a una non coerente, quanto inconciliabile, visione del medico mero strumento o effettore di prestazione e non più parte attiva nel percorso di cura e di scelta autonoma, condivisa dialogicamente con la persona assistita, pur avendone in nuce la responsabilità soggettiva e, fors'anche, oggettiva. Il ragionamento si amplierebbe laddove si entrasse nella valutazione del valore e della modalità del segreto professionale proprio del medico di cui, per certo verso, ne perde la paternità cedendo i dati sensibili all'organizzazione e, a parte di ogni possibile dubbio di legittimità, non è più il "dominus" dei dati inerenti alla salute della persona assistita - non più gestiti in forma esclusiva con conseguenti ripercussioni sulla funzione di garanzia nella tutela della salute -. Da qui le conseguenze della spersonalizzazione del rapporto di cura, con ricaduta in tema, e non solo, di responsabilità. Contrariamente a quanto avviene per il medico dipendente chiamato a garantire le proprie prestazioni in strutture ospedaliere in un rapporto di cura, non solo col singolo medico bensì con l'insieme dei **[SEGUE...]**

[SEGUE...] medici operanti all'interno delle équipe, verificandosi un sistema di garanzia, per così dire, composita e complementare come parte dell'insieme. Un ragionamento in punta di diritto, ma anche di deontologia medica, ci riporta a una più articolata riflessione di merito. Per quanto riguarda l'aspetto generale ogni medico è comunque tenuto al segreto professionale in corso di visita clinica che può essere svelato solo in limitatissimi casi come nella "consegna ad altro medico" nell'ambito di una consulenza o affidamento nella diagnosi e nella cura. Ma tra questi non è contemplata la comunione dei dati sensibili a terzi attori non autorizzati, se non in caso di delega espressa in modo palese dal paziente, forte dei diritti derivanti dalla sua autodeterminazione e, soprattutto, in modo assolutamente specifico e non generico. Altra cosa è, però, la custodia di dati relativi ad esami o prestazioni strumentali in cui la responsabilità è mutuata dall'organizzazione in cui vengano seguiti dalla legislazione vigente in materia, come pure è legata a precisa norma contrattuale con previsto consenso del paziente. Si lascia al commentario degli articoli specifici l'argomento della documentazione sanitaria e della cartella clinica (artt 25 e 26).

Art. 12

Trattamento dei dati sensibili

Il medico può trattare i dati sensibili idonei a rivelare lo stato di salute della persona solo con il consenso informato della stessa o del suo rappresentante legale e nelle specifiche condizioni previste dall'ordinamento.



Commentario:

L'articolo è una conseguenza del precedente e ne segna il valore e l'indispensabilità in una sorta di consecutio temporum etico-deontologica. Semplicemente, è composto da un unico comma nella sua chiarezza e perentorietà: riconosce al medico, e solo al medico, il trattamento dei dati sensibili con l'indispensabile consenso informato riguardo a quelli dello stato di salute che non possono, dunque, essere inseriti in qualsiasi sistema di archiviazione salvo in quelle condizioni che sono previste dall'ordinamento. Con richiamo ulteriore alla relazione di cura in regime fiduciario e diretto previsto nell'art.20. Ovvero, nella relazione di cura ogni altra possibilità è legata alla libera espressione dell'assistito, del suo rappresentante legale e nelle situazioni consentite dalla Legge negli ambiti decisionali e di scelta concordati.

Illegittimità costituzionale dell'art. 83 del codice di procedura penale (link alla notizia sul sito contenente tutti gli allegati:

<https://www.omceopr.it/2025/11/27/illegittimita-costituzionale-dellart-83-del-codice-di-procedura-penale/>)

La Fnomceo ha trasmesso la sentenza n. 170, depositata lo scorso 25 novembre 2025, dalla Corte Costituzionale con la quale viene dichiarata l'illegittimità costituzionale dell'art. 83 del codice di procedura penale, nella parte in cui non consente al medico imputato di chiedere, nel processo penale, la citazione dell'assicuratore della struttura sanitaria o sociosanitaria per i casi di responsabilità civile derivante dalle assicurazioni obbligatorie previste dall'art. 10 della Legge n. 24/2017 (c.d. Legge Gelli-Bianco). La Corte rileva che impedire al medico di citare nel processo penale la compagnia assicuratrice determina un'ingiustificata disparità di trattamento, in violazione dell'art. 3 della Costituzione, rispetto a quanto avviene nel processo civile, dove il convenuto può invece chiamare in garanzia il proprio assicuratore.

Inoltre, riconoscere tale facoltà al medico imputato è confacente con la funzione plurima del rapporto di garanzia, che deve tutelare sia il paziente danneggiato che il medico assicurato/danneggiante, a cui deve corrispondere l'allineamento, anche in sede penale, dei poteri processuali di chiamata riconosciuti in sede civile, contrastando in tal modo il preoccupante fenomeno della medicina difensiva.

Per coerenza sistematica, la decisione dichiara altresì l'illegittimità consequenziale dell'art. 10, comma 2, della Legge n. 24/2017, relativo ai medici operanti in regime libero-professionale.



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Questionario sulla percezione del sistema ECM

La Fnomceo ha reso noto che la Commissione Nazionale per la Formazione Continua, nel corso della riunione del 20 novembre 2025, ha approvato la diffusione di un questionario anonimo rivolto ai professionisti sanitari. L'indagine si pone come obiettivo quello di raccogliere informazioni utili a valutare la percezione del Sistema ECM, le principali criticità riscontrate e le aspettative per il suo sviluppo futuro.

Il questionario, di semplice e rapida compilazione, rappresenta uno strumento essenziale per orientare le prossime attività di miglioramento della qualità, dell'accessibilità e dell'efficacia della formazione continua. Il questionario sarà disponibile per la compilazione fino al 28 febbraio 2026. La partecipazione è volontaria e completamente anonima, ma è fondamentale il contributo di ogni professionista sanitario.

Per partecipare alla rilevazione utilizzare il seguente link:

[Indagine sul sistema ECM: la prospettiva dei professionisti sanitari](#)



Disposizioni per la semplificazione e la digitalizzazione dei procedimenti in materia di attività economiche e di servizi a favore di cittadini e imprese – Legge 2 dicembre 2025, N.

182 (link alla notizia sul sito contenente tutti gli allegati:

<https://www.omceopr.it/2025/12/11/disposizioni-per-la-semplificazione-e-la-digitalizzazione-dei-procedimenti-in-materia-di-attivita-economiche-e-di-servizi-a-favore-di-cittadini-e-imprese-legge-2-dicembre-2025-n-182/>)

La Fnomceo segnala che sulla Gazzetta Ufficiale n.281 del 3-12-2025 è stata pubblicata la Legge 2 dicembre 2025, N. 182, evidenziandone le disposizioni di maggiore interesse.

-Articolo 18 (Riordino della disciplina del servizio sanitario a bordo di navi mercantili nazionali)-

L'articolo 18 demanda ad un regolamento governativo il riordino della disciplina del servizio sanitario reso a bordo delle navi mercantili nazionali, con abrogazione della disciplina regolamentare attualmente vigente in materia (commi 1 e 3). Inoltre, si affida ad un regolamento interministeriale l'individuazione delle tipologie di nave che devono dotarsi di cabine per quarantena o isolamento, di locali di medicazione e di un ospedale di bordo, e la definizione delle caratteristiche strutturali e tecniche dei locali all'uopo adibiti (comma 2).

-Articolo 58 (Semplificazioni in materia di certificazione medica in telemedicina)-

L'articolo 58 in esame modifica la normativa vigente in tema di false attestazioni da parte di personale medico includendovi le certificazioni mediche in telemedicina. In particolare, con due modifiche all'articolo 55-quinquies, comma 3, del D.Lgs n.165/2001 si prevede che: – le sanzioni disciplinari applicate al medico nei casi di false attestazioni o certificazioni si estendono anche ai casi di certificazioni rilasciate attraverso sistemi di telemedicina, in relazione alla certifica

anche ai casi di certificazioni rilasciate attraverso sistemi di telemedicina, in relazione alla certificazione dell'assenza dal servizio, nel caso in cui vengano rilasciate certificazioni attestanti dati clinici non direttamente contestati né oggettivamente documentati;

– l'individuazione dei casi e della modalità di ricorso alla telecertificazione sia definita con Accordo in sede di Conferenza permanente Stato-Regioni, su proposta del Ministro della Salute.

Più in dettaglio, l'articolo 58, modifica l'articolo 55-quinquies, comma 3, del D.Lgs n.165/2001 includendo nella fattispecie di reato che determina l'applicazione di sanzioni disciplinari per il medico che rilascia false attestazioni o certificazioni, le certificazioni mediche in telemedicina. Più nello specifico va ricordato che il comma 1 del richiamato articolo 55-quinquies punisce con la reclusione da uno a cinque anni e con la multa da 400 a 1.600 euro, il lavoratore dipendente di una pubblica amministrazione che attesti falsamente la propria presenza in servizio, mediante l'alterazione dei sistemi di rilevamento della presenza o con altre modalità fraudolente, ovvero giustifica l'assenza dal servizio con certificazione medica falsa o falsamente attestante uno stato di malattia.

[SEGUE...]



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

[SEGUE...] La medesima pena si applica al medico e a chiunque concorre al delitto in questione. Il comma 3 del medesimo articolo prevede che la sentenza definitiva di condanna o di applicazione della pena per il delitto di cui al comma 1 comporta, per il medico, la sanzione disciplinare della radiazione dall'albo ed altresì, se dipendente di una struttura sanitaria pubblica o se convenzionato con il servizio sanitario nazionale, il licenziamento per giusta causa o la decadenza dalla convenzione. Le medesime sanzioni disciplinari si applicano se il medico, in relazione all'assenza dal servizio, rilascia certificazioni che attestano dati clinici non direttamente constatati né oggettivamente documentati. L'estensione è prevista per i casi in cui il medico, in relazione all'assenza dal servizio, rilasci certificazioni in modo indiretto attraverso sistemi di telemedicina, e quindi non solo nel caso in cui rilasci certificazioni che attestino dati clinici non direttamente constatati né oggettivamente documentati.

-Articolo 60 (Misure di semplificazione per promuovere l'erogazione dei servizi in farmacia)-

L'articolo 60, introducendo alcune modifiche al D.Lgs 3 ottobre 2009, n. 153, è finalizzato ad ampliare la gamma di servizi erogabili dalle farmacie ai sensi del citato provvedimento.

-Articolo 61 (Disposizioni per contrastare la carenza di medicinali)-

L'articolo 61 modifica la disciplina relativa al contrasto della carenza di medicinali e agli obblighi della persona qualificata di cui deve avvalersi il titolare dell'autorizzazione alla produzione di medicinali, recata dal D.Lgs. n. 219 del 2006. In particolare, vengono modificati i tempi e la casistica relativi alla comunicazione all'AIFA che il titolare dell'AIC (Autorizzazione all'Immissione in Commercio) deve effettuare in caso di interruzione, temporanea o definitiva, della commercializzazione del medicinale nel territorio nazionale (comma 1, lett. a)). Inoltre, viene modificata la disciplina sanzionatoria relativa alla violazione dell'obbligo di tale

comunicazione e la disciplina sanzionatoria riguardante la violazione degli obblighi a cui la persona qualificata deve ottemperare (comma 1, lett. b)).

-Articolo 62 (Semplificazioni in materia di assistenza farmaceutica ai pazienti cronici e in caso di dimissioni ospedaliere)-



L'articolo 62 detta misure di semplificazione in materia di assistenza farmaceutica ai pazienti cronici, prevedendo che il medico prescrittore, nella prescrizione di medicinali a carico del Servizio sanitario nazionale per la cura di patologie croniche, indichi la posologia ed il numero di confezioni dispensabili nell'arco temporale massimo di un anno, sulla base del protocollo terapeutico individuale: è fatta salva la facoltà del medesimo medico di sospendere in ogni momento la ripetibilità della prescrizione o modificare la terapia, qualora lo richiedano ragioni di appropriatezza prescrittiva (comma 1).

-Articolo 63 (Modifiche alla legge 24 giugno 2010, n. 107 in materia di inclusione sociale delle persone con sordocecità)-

L'articolo 63 apporta diverse modifiche alla legge n. 107 del 2010 in materia di inclusione sociale delle persone con sordocecità, in attuazione degli indirizzi approvati con la dichiarazione del Parlamento europeo del 12 aprile 2004, allo scopo di riconoscere la condizione di invalidità civile alla somma delle due condizioni di sordità e cecità, specificando, tra l'altro, che le indennità previste dalla normativa vigente in materia di sordità civile e di cecità civile devono essere percepite in forma unificata.

Aggiornamento della situazione epidemiologica (Stagione influenzale 2025-2026) (link alla notizia sul sito contenente tutti gli allegati:

<https://www.omceopr.it/2025/12/05/aggiornamento-della-situazione-epidemiologica-stagione-influenzale-2025-2026/>)



La Fnomceo ha trasmesso la Circolare Ministero della Salute 2245-28/11/2025-DGEME-DGEME-P relativa alla “Stagione influenzale 2025-2026: aggiornamento della situazione epidemiologica, dati virologici e immunologici, valutazione del rischio ECDC e misure di sanità pubblica”.

-Situazione epidemiologica-

In Italia, nella settimana 2025-46 (dal 10 al 16 novembre 2025), l'incidenza totale delle infezioni respiratorie acute nella comunità è pari a 7,91 casi per 1.000 assistiti, stabile rispetto alla settimana precedente. L'incidenza più elevata si osserva, come di consueto, nella fascia di età 0-4 anni, con circa 25,7 casi per 1.000 assistiti. Il cambiamento nella definizione di caso nella sorveglianza RespiVirNet (da ILI ad ARI) rende difficile confrontare l'incidenza settimanale con quella delle stagioni precedenti, così come per le soglie di intensità, calcolate sulla base dei dati relativi alle sindromi simil-influenzali delle ultime stagioni.

-Dati virologici e immunologici-

Il sottoclade K presenta numerose mutazioni dell'emoagglutinina, più del solito rispetto agli anni precedenti. Gli studi sierologici indicano che gli anticorpi post-vaccinazione riconoscono meno efficacemente i virus del nuovo sottoclade. I dati preliminari dal Regno Unito, d'altra parte, indicano che la protezione data dalle vaccinazioni contro forme gravi potrebbe rimanere simile a quella di stagioni recenti. Non emergono evidenze di resistenza agli antivirali oseltamivir, zanamivir o baloxavir.

-Severità della malattia-

Non è chiaro se A(H3N2) resterà dominante per tutta la stagione. La popolazione europea potrebbe avere minore immunità recente contro A(H3N2), aumentando la probabilità di infezione. La protezione contro forme gravi sembra comunque mantenersi grazie all'immunità pregressa. Come riporta l'ECDC, anche con rischio individuale invariato, un'epidemia più ampia potrebbe comportare un aumento dei ricoveri e della pressione sul sistema sanitario.

-Valutazione del rischio da parte dell'ECDC- [Rischio per gli individui nella popolazione generale] -> Il rischio per gli individui della popolazione generale nella stagione attuale è valutato come moderato sulla base delle informazioni attualmente disponibili. // [Rischio per gli individui con maggiore probabilità di sviluppare malattia grave] -> il rischio complessivo per gli individui di questo gruppo è valutato come alto sulla base delle informazioni attualmente disponibili.

-Misure di sanità pubblica-

Anche in considerazione delle valutazioni e delle indicazioni dell'ECDC si raccomanda alle Regioni/PA l'applicazione delle indicazioni fornite dalla Circolare 0000669-25/07/2025-DGEME-DGEME-P, in particolare per quanto riguarda le misure di igiene e protezione individuale non farmacologica, la vaccinazione e la comunicazione. Inoltre, si raccomanda di preparare il sistema sanitario all'eventuale pressione invernale dovuta all'aumento delle sindromi simil-influenzali e alle forme gravi di influenza. Si raccomanda alle Regioni/PA di monitorare la disponibilità di “piani di aumento della capacità e di continuità operativa dei servizi”. La sorveglianza RespiVirNet costituisce il sistema nazionale per il monitoraggio continuo della circolazione dei virus respiratori, tra cui quelli influenzali. Si raccomanda di implementare e rafforzare le reti sentinella epidemiologica e virologica, in particolare nelle aree in cui non risultano ancora operative, nonché di potenziare il monitoraggio virologico nell'ambito ospedaliero. Inoltre si ritiene necessario come ogni anno mantenere la sorveglianza delle forme gravi e complicate di influenza, al fine di garantire una valutazione accurata dell'impatto clinico sui reparti di terapia intensiva e subintensiva, nonché sulla mortalità intraospedaliera. Per eventuali chiarimenti o supporto operativo, i referenti regionali per la sorveglianza e i laboratori possono rivolgersi all'indirizzo: sorveglianza.influenza@iss.it.

Si all'uso dei medici in quiescenza nell'assistenza primaria – Lo ribadisce la Corte Costituzionale (link alla notizia sul sito

contenente tutti gli allegati: <https://www.omceopr.it/2025/12/02/si-alluso-dei-medici-in-quiescenza-nellassistenza-primaria-lo-ribadisce-la-corte-costituzionale/>)

La Corte Costituzionale, con la sentenza numero 177, ha respinto la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 1, della legge della Regione Sardegna numero 2 del 2025. La disposizione ha prorogato l'efficacia della norma regionale che aveva consentito ai medici di medicina generale in quiescenza di aderire, anche con contratti libero professionali, ai progetti di assistenza primaria e continuità assistenziale attivati dalle Aziende sanitarie locali, per assicurare la completa copertura delle cure primarie nelle aree problematiche. Pertanto, l'articolo 1, comma 1, della legge della Regione autonoma della Sardegna numero 2 del 2025 va ricondotto alla competenza legislativa spettante alla Regione in questione, all'interno della materia "tutela della salute".

RIPORTIAMO ALCUNI PUNTI SIALIENTI DELLA SENTENZA N. 177:

Su tali basi si è riconosciuto che «[l]a disciplina regionale si configura [...] "come un rimedio organizzativo straordinario finalizzato a assicurare la completa copertura delle cure primarie"» e si è ritenuto, di conseguenza, non sussistente «il denunciato contrasto tra l'art. 21, comma 1, lettera j), dell'ACN e la norma regionale impugnata, la quale non è neppure elusiva della disciplina della medicina generale, considerata nel suo complesso».

L'impugnata disciplina regionale è stata letta come «una risposta all'impossibilità di ricorrere ai medici di medicina generale regolarmente in convenzione per assicurare le prestazioni "essenziali" riconducibili a tali ambiti di assistenza, necessarie a garantire "la qualità e l'indefettibilità del servizio, ogniqualvolta un individuo dimorante sul territorio regionale si trovi in condizioni di bisogno rispetto alla salute" (sentenza n. 62 del 2020)».

Si è quindi ribadito che «rientra nella "responsabilità organizzativa dell'ente territoriale" (sentenza n. 124 del 2023) l'adozione di misure volte a dare risposta a situazioni di accertata criticità nella fruizione dei livelli essenziali di assistenza primaria, al fine di assicurare l'effettivo godimento del diritto alla salute».

Pur non potendosi disconoscere la centralità della «negoziante collettiva e la vincolatività delle prescrizioni dell'ACN», si è, in conclusione, affermato che non si può precludere alle regioni «l'adozione di misure organizzative straordinarie volte a dare una pronta risposta alle criticità nella fruizione dei livelli essenziali di assistenza primaria, per di più con una valenza temporalmente circoscritta, allorché potrebbero avere effetti secondari o riflessi sul convenzionamento». A ragionare diversamente, infatti, si impedirebbe «alle stesse di intervenire con propri strumenti per evitare che tali contingenti criticità determinino il sacrificio dell'effettività del fondamentale diritto alla salute, privandolo del nucleo invalicabile di garanzie minime».

Alla luce delle considerazioni svolte nella richiamata sentenza, anche la questione di legittimità costituzionale dell'art. 1, comma 1, della legge reg. Sardegna n. 2 del 2025, deve essere dichiarata non fondata.



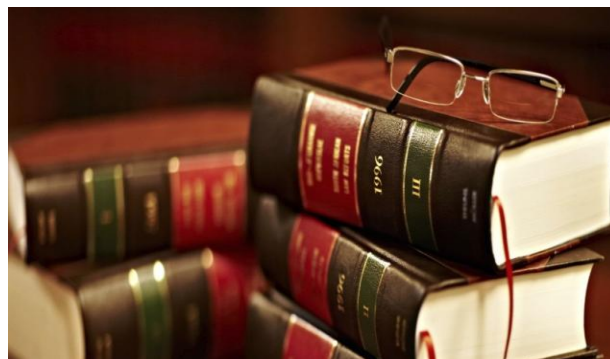
Come rileva lo stesso ricorrente, il contenuto precettivo dell'art. 1, comma 2-ter, secondo periodo, della legge reg. Sardegna n. 5 del 2023, così come modificato dall'impugnato art. 1, comma 1, della legge reg. Sardegna n. 2 del 2025, oggetto dell'odierno giudizio, è, infatti, rimasto inalterato, avendo il legislatore regionale unicamente prorogato il termine massimo di efficacia della disposizione «sino all'espletamento delle nuove procedure di assegnazione delle sedi di assistenza primaria e continuità assistenziale e comunque entro e non oltre il 30 giugno 2025».

[SEGUE...]

[SEGUE...]

La modifica normativa non smentisce pertanto il carattere di misura organizzativa straordinaria che tenta di dare risposta alla contingente situazione di scopertura dell'assistenza primaria e della continuità assistenziale nella Regione.

PER QUESTI MOTIVI LA CORTE COSTITUZIONALE dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 1, comma 1, della legge della Regione Sardegna 31 gennaio 2025, n. 2 (Modifiche all'articolo 1 della legge regionale n. 5 del 2023 in materia di assistenza primaria), promossa, in riferimento all'art. 117, secondo comma, lettera l), della Costituzione, nonché agli artt. 3, 4 e 5 della legge costituzionale 26 febbraio 1948, n. 3 (Statuto speciale per la Sardegna), dal Presidente del Consiglio dei ministri, con il ricorso indicato in epigrafe.

**SEGRETERIA ORDINE DEI MEDICI**

Indirizzo Sito: www.omceopr.it

Tel. 0521 208818

Mail: info@omceopr.it

Pec: ordinemedicidiparma@postecert.it

Orari:

Lunedì: h. 9-13

Martedì: h. 9-17

Mercoledì: h. 9-16

Giovedì: h. 9-17

Venerdì: h. 9-13

Presentato al Consiglio dell'Ordine un importante Progetto per contrastare le disuguaglianze sanitarie e sociali – Continua il profondo dialogo tra l'Ordine di Parma e le Istituzioni cittadine

PRESENTAZIONE DELL'EVENTO

Continua il profondo dialogo tra l'Ordine di Parma e le Istituzioni cittadine. La sede di via Po ha ospitato un importante incontro durante il quale è stata presentata una progettualità che vedrà la collaborazione di mondo sanitario, Comune di Parma e realtà del Terzo Settore. Una serata ricca di spunti di riflessione. Sono intervenuti:

-Pierantonio Muzzetto, Presidente dell'Omceo di Parma.

-Ettore Brianti, Assessore alle Politiche Sociali del Comune di Parma.

-Antonio Nouvenne, Consigliere Comunale incaricato per le Politiche di integrazione tra Ospedale e Territori.

-Il medico Antonio Balestrino, che ha presentato il documento intitolato *"Le reti ambulatoriali di prossimità nella città di Parma"*.

Erano presenti vari rappresentanti di alcuni enti coinvolti nel percorso, tra cui: Arnaldo Conforti, direttore di Csv Emilia; Barbara Diegoli, collaboratrice del Comune di Parma; Maurizio De Vitis, Presidente dell'Assistenza Pubblica cittadina; Stefano Bisbano, Direttore Sanitario della Croce Rossa di Parma.

GLI INTERVENTI

Queste le parole dell'Assessore Brianti: *"Un tema che tocchiamo con mano quotidianamente è quello delle disparità sociali e sanitarie, soprattutto quelle riguardanti le persone che si sono impoverite o vivono in situazioni di degrado. Chi ha reddito basso o abita in difficili situazioni familiari non riesce ad accedere a determinati servizi cruciali, come una visita medica o odontoiatrica, restando senza tutele e prevenzioni anche in ambito oculistico, neuropsichiatrico e così via. Tutto questo ci ha portato a mettere in piedi un progetto, denominato "I confini del LEA" (Livelli Essenziali di Assistenza), possibile grazie al lavoro di un'ampia rete: Fondazione Cariparma, Comune, Caritas, Comunità di Sant'Egidio, le due Aziende Sanitarie, l'Università, Croce Rossa, Seirs, Assistenza pubblica e Csv Emilia. Il primo tassello di questo percorso sarà la ristrutturazione di alcuni locali in zona Stazione, con l'obiettivo di aprire in primavera una struttura che permetta ai più bisognosi di essere coinvolti in un percorso di presa in carico sotto il profilo sanitario e sociale.*

[SEGUE...]



[SEGUE...] *In questi spazi si potrà ricevere una prima visita e si darà poi luogo ad ulteriori approfondimenti sanitari. Parma è già una città attentissima e sempre pronta all'aiuto verso i più bisognosi, tuttavia anche i grandissimi sforzi di tante realtà spesso non bastano. Nel corso degli anni cercheremo di ampliare ancora di più questa progettualità, che si baserà soprattutto sugli sforzi del favoloso mondo del volontariato e sull'aiuto di medici strutturati, infermieri, farmacisti che verranno a darci una mano fuori dall'orario di lavoro. Siamo certi che l'Omceo di Parma ci supporterà, consentendoci di dare risposta a bisogni reali e urgenti. Non sarà evidentemente un'alternativa a percorsi come quello ospedaliero, bensì una presa in carico iniziale".* Il Presidente Muzzetto ha così risposto alle parole dell'Assessore: *"Io vi ringrazio per questo incontro, che ha fatto emergere temi fortemente legati all'Etica e ai problemi fondamentali della professione medica. Entrare in una dinamica complessa, di bio-psico-socio-politica è cruciale, ovvero avere sì una visuale settoriale ma che al contempo comprenda tutti i problemi psico-sociali. La problematica principale oggi è quella di trovare la modalità adatta per agire concretamente nei confronti delle nuove povertà, che riguardano ormai non solo quelle persone che scappano dalle situazioni terribili dei propri Paesi d'origine, ma anche quella cosiddetta classe media che sta scomparendo. Vorrei andare oltre alla politicizzazione, perché la professione medica conosce solo il colore bianco del camice, agendo laddove occorre tutelare la salute, bene supremo e Diritto Costituzionale primario. Occorre, in generale, capire la realtà odierna e credo che iniziative come questa siano imprescindibili perché portano ad una profonda riflessione che ci aiuta a capire quali sono gli strumenti da utilizzare per trasformare le belle parole in fatti. Serve unità su queste tematiche, sotto il profilo degli intenti e degli obiettivi. Parma è una delle città più sensibili in Italia per quanto riguarda questi temi e diversi membri del nostro Consiglio si sono già mossi da tempo all'interno di queste tipologie di iniziative, ad esempio come parte attiva negli ambulatori della Caritas. Evidentemente bisogna anche valutare i limiti d'azione dovuti alle difficoltà oggettive del nostro ambito, per questo ci fa molto piacere, come Consiglio dell'Ordine, conoscere questo importante progetto".*

Il Consigliere Nouvenne ha poi aggiunto: *"Quello che possiamo fare tutti noi, in qualità di Medici, è mettere l'aspetto tecnico e professionale a servizio degli altri, per aiutare la propria comunità. Questa è poi l'essenza del nostro Patto Sociale, mettere a lavorare fianco a fianco, allo stesso tavolo, le tecniche professionali e il mondo variegato e competente del volontariato del Terzo Settore".*



Il medico Antonio Balestrino ha presentato il documento intitolato *"Le reti ambulatoriali di prossimità nella città di Parma"*: *"Per me è un onore portare nella nostra Sede ordinistica il tema che mi è stato affidato, ovvero sviluppare e definire insieme ai colleghi della Croce Rossa, Croce Gialla e Assistenza Pubblica che cosa significa ragionare in termini di inclusione sociale, riportando questi concetti in seno ad un ambiente che non è più solamente sanitario. Lo scopo del nostro lavoro è stato quello di configurare dei contenuti che permettessero alle associazioni di avere una road map con la quale misurarsi e calibrare l'incisività delle proprie azioni. Ci siamo basati su due paradigmi per contestualizzare questi meccanismi: prossimità e ruolo del Terzo Settore".*



Professionisti sanitari non raggiungono l'obbligo ecm e vengono contattati dall'assicurazione che disdice la polizza

Si avvicina la chiusura del triennio formativo 2023-2025 e dell'entrata in vigore (dal 1° gennaio del prossimo anno) della normativa che lega l'efficacia della copertura assicurativa in caso di contenzioso al completamento di almeno il 70% dei crediti Ecm. In molti stanno affrontando una problematica relativa al tema Scadenza Triennio Ecm e assicurazioni. Cosa sta accadendo? In quest'ultima parte del 2025 molteplici professionisti sanitari, che non hanno raggiunto l'obbligo Ecm, vengono contattati dall'assicurazione che disdice la polizza. Si ricorda che per completare il triennio Ecm 2023-2025:

- si ha tempo fino alla conclusione del 2025.
- dal 2026 fino alla fine del 2028 sarà possibile recuperare anche i debiti accumulati nei trienni formativi passati – dal 2014 in poi –.
- La Commissione nazionale per la formazione continua ha evidenziato la possibilità di sanzioni disciplinari per gli inadempienti da parte degli Ordini di appartenenza.

Tutto parte da un questionario che chiede di specificare se si è in regola con l'obbligo formativo individuale 2023-2025. Successivamente arriva al professionista sanitario la comunicazione che la polizza assicurativa è stata disdetta e ne viene proposta una nuova, con un premio più alto e clausole che specificano le conseguenze della mancata messa in regola. In molti si chiedono se gli assicuratori stiano agendo in via preventiva con i loro clienti, per verificare che rispondano ai doveri previsti o per proporre alternative. Un dato è certo: con il 2026 entrerà pienamente in vigore il decreto attuativo della legge Gelli (quello che ha introdotto l'obbligo assicurativo) e dal prossimo 15 marzo sarà pienamente obbligatorio anche per le strutture sanitarie, andando a completare l'attuazione normativa. La Legge Gelli parte dal Dm n. 232 del 2023, entrato in vigore il 16 marzo 2024, dando attuazione all'articolo 10 comma 6 della Legge n. 24/2017 (c.d. Legge Gelli-Bianco) e soprattutto prevedendo i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private e per gli esercenti la professione sanitaria. Nello stesso decreto attuativo si precisa un punto cruciale: "A decorrere dal triennio formativo 2023-2025, l'ef-

-ficacia delle polizze assicurative è condizionata all'assolvimento in misura non inferiore al 70% dell'obbligo formativo individuale dell'ultimo triennio utile in materia di formazione continua in medicina".

Alla luce di questo elemento e della scadenza ormai vicina, le compagnie assicurative non vogliono rimanere all'interno dei perimetri della responsabilità sanitaria, ovvero le compagnie non sono obbligate ad emettere una polizza per la responsabilità professionale. A questo punto subentra l'enorme ma di questo percorso: [se la polizza è in corso non può essere disdetta per sinistro, bensì solo per scadenza]. -> alla scadenza arriva la disdetta del contratto.



Esiste ad ogni modo un'eventualità laddove non ci sono più i parametri esistenti, ad esempio le compagnie possono chiedere somme di denaro ben più elevate perché non hanno un massimo di aumento da fare, introducendo così delle clausole che possono limitare la copertura. Tra queste clausole, alcune assicurazioni sembrano comprendere anche quella di non essere in regola con l'obbligo Ecm. All'interno di questa particolare situazione, la scelta migliore per ogni operatore sanitario resta quella di essere in regola con la formazione, anche perché il mancato assolvimento dell'obbligo formativo può trasformarsi in ulteriori conseguenze gravi per il professionista. Se quindi alcune compagnie stanno predisponendo una garanzia aggiuntiva a pagamento per poter includere il mancato assolvimento degli obblighi formativi, non si tratta comunque di una copertura definibile come idonea: non è logico pagare di più una copertura assicurativa per elementi che non possono essere evitati a posteriori.

Sul nostro sito (Omceopr.it) rammentiamo che da anni è presente la sezione Osservatorio violenza e segnalazioni emergenze sanitarie

L'Omceo di Parma monitora da anni e costantemente il problema della violenza verso gli operatori sanitari al fine di dare corso agli interventi nelle sedi istituzionali.

Siete pregati di segnalare tempestivamente all'Ordine gli episodi di violenza verbale e/o fisica (augurandoci che ciò mai accada).

Vi ricordiamo inoltre l'indirizzo mail dedicato e attivo a cui inviare le segnalazione.

**PER QUALSIASI EPISODIO DI VIOLENZA
SCRIVETECI A QUESTO INDIRIZZO MAIL:**

noviolenzamedici@omceopr.it



La normativa certificatoria per la pratica sportiva – Lettera a cura del Professor Antonio Bonetti

Riceviamo dal Professor Bonetti, past Delegato provinciale del CONI e già Titolare della Cattedra di Medicina dello Sport UNIPR, la sua posizione sulla certificazioni medico sportive, secondo quelle che sono le determine della Legge Balduzzi - Decreto Ministeriale del 24 aprile 2013 (link alla notizia sul sito contenente tutti gli allegati:

<https://www.omceopr.it/2025/11/27/la-normativa-certificatoria-per-la-pratica-sportiva-lettera-a-cura-del-prof-antonio-bonetti/>)

Il Sistema Sanitario Nazionale affida alla Medicina dello Sport la Tutela Sanitaria delle Attività Sportive (prevenire l'insorgenza di patologie legate allo sport ed evitare che patologie preesistenti possano peggiorare con la pratica sportiva) e questo compito è affidato ai Dipartimenti di Igiene delle Aziende Sanitarie Territoriali, che lo svolgono o direttamente, con propri Centri di Medicina dello Sport, o attraverso Centri privati convenzionati. Nella maggior parte delle Regioni e nella nostra tali Centri privati debbono essere "idoneizzati" dalla Regione. Tale funzione si estrinseca sostanzialmente attraverso una pratica certificatoria: in Italia non si può partecipare ad alcuna attività sportiva organizzata se non si è in possesso di un certificato di idoneità. Non necessita di alcuna certificazione la pratica sportiva ludico-motoria (non organizzata, non regolamentata, svolta per il benessere psicofisico); i bambini dagli 0 ai 6 anni non necessitano di alcuna certificazione (Decreto Ministeriale 24 Aprile 2013: decreto Balduzzi). La certificazione di idoneità si divide in specifica (agonistica) e generica (non agonistica).

La prima può essere erogata esclusivamente da un medico specialista in Medicina dello Sport operante in una struttura idoneizzata.

La seconda è demandata ai medici di Medicina Generale (medico di famiglia), ai pediatri di libera scelta e ai soci aggregati alla Federazione Medico Sportiva Italiana (FMSI);

sono soci aggregati dell'FMSI medici non specialisti in medicina dello sport, che hanno seguito un apposito corso e superato un esame di verifica.



A) Sono considerate non agonistiche le attività parascolastiche (al di fuori del normale orario della scuola), i Giochi Sportivi Studenteschi, esclusa la fase nazionale (agonistica) e le attività organizzate da CONI, Federazioni Sportive Nazionali, Enti di Promozione Sportiva riconosciuti dal CONI, che non siano considerate agonistiche (DM Agosto 2014).

Sono comunque le Federazioni Sportive Nazionali che stabiliscono il limite fra agonismo e non agonismo nelle singole discipline.

Il certificato di idoneità non agonistica, distinto in due tipologie (ad alto impegno cardiovascolare e a basso impegno cardiovascolare) viene rilasciato sulla base di una visita corredata di anamnesi, esame obiettivo, rilievo della pressione arteriosa ed un

[SEGUE...]

[SEGUE...] ed un ECG, anche non contestuale (pregresso anche di anni), fermo restando che, sulla base di un fondato sospetto clinico, possono essere richieste tutte le indagini necessarie per addivenire ad un corretto inquadramento diagnostico. Il tracciato ECG deve essere ripetuto annualmente sopra i 60 anni e, anche sotto i 60 anni, se sono già presenti patologie croniche o uno o più fattori di rischio cardiovascolare. Se si tratta di attività sportiva di particolare ed elevato impegno cardiovascolare (podismo su distanze superiori ai 20 Km, gran fondo di ciclismo, nuoto, sci, ecc...) oltre a quanto sopra è necessario uno step test (test dello scalino) o molto meglio un test da sforzo ed eventuali altri esami integrativi.

Non necessitano di certificazione i tesserati delle seguenti discipline sportive: Sport di tiro al bersaglio, Biliardo, Bocce, Bowling, Bridge, Dama, Scacchi, Giochi e sport tradizionali, Golf, Pesca sportiva di superficie, Curling, Aeromodellismo. Difficile se non impossibile tracciare un limite fra agonismo e non agonismo; nella pratica sportiva l'agonismo, magari solo verso se stessi per migliorare la propria performance, è implicito. Come abbiamo visto sopra tuttavia la determinazione di tale limite il legislatore la delega all'autorità sportiva: le Federazioni.

B) La visita per il rilascio dell'idoneità di tipo agonistico prevede, oltre all'anamnesi e all'esame obiettivo, un esame urine completo, una spirometria, ECG a riposo e step test o meglio test da sforzo al tappeto ruotante o al cicloergometro, più una serie di accertamenti tabellari (tabelle A e B) relativi alle singole discipline praticate.

Se le discipline sono più di una la visita è una sola, corredata tuttavia da tutti gli esami previsti per le singole discipline e vengono rilasciati più certificati, uno per ogni disciplina. La non idoneità può essere assoluta (per qualsiasi attività sportiva) o relativa alla disciplina per cui è stata richiesta. Inoltre può essere temporanea (infortuni o patologie intercorrenti) o definitiva (patologie croniche). Le cause possono essere le più disparate (respiratorie, osteoarticolari, endocrine, neurologiche...), ma la parte più rilevante (80%) fa riferimento a cause cardiovascolari.

La certificazione per le due tipologie di idoneità ha durata annuale dalla data del rilascio e copia della stessa deve essere conservata dal medico erogatore per 5 anni.

Pur ribadendo che l'attività ludico motoria non necessita di alcuna certificazione, il legislatore ha concesso la possibilità di erogare quello che un tempo andava sotto il nome di certificato di sana e robusta costituzione, rivedendone la forma (vedi sotto) e normando anche questa materia.

Oggi non viene quasi mai richiesto poiché praticamente tutte le strutture (palestre, piscine ecc...) e gli impianti sportivi afferiscono a Federazioni o Enti di Promozione Sportiva e, in questo caso, è necessaria la certificazione non agonistica anche per attività svolte per il benessere psico-fisico.

Questo tipo di attività è stato suddiviso in tre classi:

– Classe A. Soggetti maschi di età inferiore ai 55 anni e femmine di età inferiore ai 65, che non presentano fattori di rischio per malattie croniche e che non abbiano patologie croniche in atto. Non è previsto alcun esame; il certificato può essere rilasciato da qualsiasi medico iscritto all'Ordine e ha validità biennale.

– Classe B. Soggetti maschi di età superiore ai 55 anni e femmine di età superiore ai 65, e soggetti di età inferiore, che presentino fattori di rischio per malattie croniche. È necessario eseguire un ECG ed eventuali altri esami a giudizio del medico. Il certificato deve essere rilasciato dal medico di base, dal pediatra di libera scelta o da medico in possesso della specialità in Medicina dello Sport ed ha validità annuale.

– Classe C. Soggetti con patologie in atto. Sono necessari esami e consulenze specifiche, relative alla patologia in oggetto. La certificazione può essere rilasciata dal medico di base, dal pediatra di libera scelta, dallo specialista in Medicina dello Sport o dallo specialista di branca (cardiologo, endocrinologo, fisiatra ecc...) ed ha validità annuale o inferiore all'anno.

Il consiglio del tutto personale è di ignorare questo tipo di certificazione perché non obbligatoria, raramente richiesta e quando richiesta non è per la tutela del soggetto ma a tutela del richiedente, per motivi assicurativi, ed infine perché non ha alcun valore legale.

Il ricordo della campionessa e dottoressa Rossella Barbazza: sci, Medicina e famiglia

Erano gli anni Settanta e una giovanissima Rossella Barbazza vestiva la divisa della Nazionale Azzurra dello sci, collezionando una marea di coppe e medaglie. Una grande sportiva parmigiana che purtroppo ci ha lasciato poche settimane fa, all'età di 73 anni. Tante gare lontane da casa, addirittura in Canada, le discese in velocità alle Universiadi e in mille altre competizioni con sci strutturalmente diversi da come li vediamo oggi, il leggendario Bruno Alberti come allenatore, viaggi lunghi ed estenuanti in auto: anni di soddisfazioni, traguardi e fatiche. Ma i suoi impegni non si esaurivano nelle sfide sulla neve, riuscì infatti anche a portare avanti gli studi in Medicina, laureandosi presso l'ateneo di Parma con 110 e lode nel maggio del 1976 e specializzandosi in Fisiocinesiterapia Ortopedica nel giugno del 1980. Interruppe la sua attività di sciatrice, decidendo di dedicarsi totalmente agli studi accademici e poi al matrimonio e ai figli, poco prima dell'avvento della cosiddetta Valanga Azzurra Femminile, capitanata da Deborah Compagnoni a fine anni '80 e proseguita fino ad oggi, con Goggia e Brignone.

Nelle parole di suo marito, il Dottor Antonio Nurra, anch'egli medico e iscritto al nostro Ordine, emerge tutta la classe, la riservatezza e la maniacale precisione della Dottoressa Rossella: *<<Ha sempre avuto una memoria di ferro nello sport e nella vita, unita ad una forte meticolosità in ogni suo gesto. Quella sua memoria visiva, che l'ha aiutata a vincere tantissimo nello sci, l'ha poi messa anche nelle attività di tutti i giorni - ha spiegato il marito -. Negli anni è stata invitata ad alcuni eventi dedicati alle glorie sportive di Parma ma ha preferito non presenziare, era troppo timida. Eravamo diversissimi, lei con la sua arguta serietà ed io con il mio carattere estroverso>>.*





**Qui curiamo
tutti, senza
distinzioni.**

Facciamo ore e ore
di straordinari, per questo.

**CON LA VIOLENZA SI AGGRAVANO LE COSE,
NON SI RISOLVONO.
L'AIUTO È PER TE, FATTI AIUTARE!
#NOALLAVIOLENZA**

**NON C'È RAGIONE DI AGGREDIRE UN MEDICO.
E IN PIÙ È REATO PENALE.**



FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri