



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI SAVONA

VADEMECUM
della **PROFESSIONE**
MEDICA
ed **ODONTOIATRICA**



EDIZIONE 2013

Vademecum della professione medica e odontoiatrica elaborato dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Savona con il contributo fattivo di tutto il Consiglio Direttivo: U. Trucco, E. Bosco, L. Corti, F. Baricalla, G. Alluigi, A. Barreca, M. Brunengo, T. De Franceschi, R. Giusto, P. Gnerre, D. Lagasio, L. Madruzzo, M. A. Provaggi, A. Tersidio, G. Torelli, S. Varnero, G. Zunino, M. Giargia, R. Giudice, S. La Rocca, L. Lione, P. Rossi, F. Zucchi e dei consulenti: Dott. C. Botta (consulente fiscale), Avv. F. Vincenzi (consulente legale), Avv. G. Doria (consulente assicurativo) e del Dr. D. Dessì (Direttore S.C. Medicina di Base e Specialistica ASL2 - Savonese).



Presentazione

- Note introduttive 5

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

- Storia dell'Ordine 6
- Ruolo e funzione dell'Ordine 6
- Struttura dell'Ordine 6
- Le Commissioni ordinistiche 7
- Il codice deontologico 7
- Iscrizione all'Ordine 8

Scuole di Specializzazione e Corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale

- Scuole di specializzazione 9
- Corso di formazione specifica in Medicina Generale 10

La Previdenza

- Previdenza INPS 12
- Previdenza ENPAM 12
- Fondazione ONAOSI 13

Ambiti di attività professionale

- Apertura di uno studio 14
- Pubblicità sanitaria 15
- Privacy e documento programmatico sulla sicurezza 16
- Smaltimento rifiuti speciali 16
- Assicurazione RC professionale 17
- Apertura della partita IVA 18
- Age.na.s - ECM - Educazione continua in medicina 19
- PEC – Posta elettronica certificata 20
- Responsabilità professionale del medico 20



Attività in ambito medico

- La Ricetta	21
- Note AIFA	23
- Prescrizione per la terapia del dolore	23
- Attestato o certificato di malattia	24
- Certificazione	24
- Certificazione dell'attività sportiva non agonistica e amatoriale	25
- Fatture/Parcelle	26
- Esenzioni IVA delle prestazioni mediche	26

Area medicina convenzionata

- Assistenza primaria - Medicina generale	27
- Continuità Assistenziale	28
- Medicina dei servizi	28
- Pediatria di libera scelta	28
- Sostituzioni	29

Area dirigenza sanitaria del SSN

31

Area specialistica ambulatoriale interna

44

Attività universitaria

44

Medicina fiscale

45

Attività Medico - Legale

46

Altre forme di attività professionale

46

La figura del Direttore Sanitario

46

Il Medico e l'Ambiente

47

Appendice per gli Odontoiatri

48

Rapporti tra Colleghi

50

I rapporti del medico con il proprio Ordine professionale

53



PRESENTAZIONE

*Gentili Colleghe e Colleghi,
sono lieto di presentare il risultato di un progetto che a me e a tutto il Consiglio dell'Ordine stava particolarmente a cuore: quello di fornire ai più giovani (e non solo a loro) delle linee di indirizzo per meglio orientarsi tra le variegate difficoltà (non cliniche) che quotidianamente incontriamo nella vita lavorativa.*

Questo lavoro, venuto alla luce grazie al contributo fornito da tanti Colleghi e Consulenti, risulterà carente in alcune parti ma sicuramente è un importante punto di partenza che potrà tornarci utile in molte occasioni. Perché possa essere uno strumento sempre più efficace, Vi invitiamo a segnalare alla segreteria dell'Ordine ogni inesattezza, omissione o aggiornamento riteniate utile, essendo nostra intenzione provvedere a periodiche revisioni.

Particolare attenzione è stata prestata a suggerire riferimenti normativi e siti internet dove approfondire argomenti che sono stati esposti in forma sintetica, questo per rendere il più snello possibile il Vademecum che peraltro è risultato alla fine piuttosto corposo, dato il grande numero di temi trattati.

Con la speranza che questo nostro impegno sia da Voi apprezzato Vi ricordiamo che l'Ordine dei Medici e Odontoiatri è a Vostra disposizione per qualsiasi dubbio o necessità riguardante la Vostra attività professionale.

Con l'auspicio di una serena e gratificante vita lavorativa, Vi saluto cordialmente.

Ugo Trucco

Presidente OMCeO Savona

L'idea della creazione di questo "Vademecum alla professione sanitaria" si inserisce all'interno di tutta una serie di iniziative promosse dal nostro Ordine volte a conoscere e a sostenere i giovani colleghi medici e/o odontoiatri che si apprestano ad iniziare la loro vita professionale.

Il vademecum è quindi un piccolo "bignami" rivolto ai giovani medici, ma non solo, che racchiude oltre ad alcune notizie sulla storia e sulla funzione dell'Ordine, molte raccomandazioni e indirizzi di comportamento che un sanitario non può non conoscere per affrontare al meglio la propria professione.

Sperando che il nostro impegno risulti a voi utile nonché gradito, auguro ad ognuno di voi una brillante e soddisfacente attività professionale.

Paola Gnerre

Consigliere con delega ai giovani medici

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Storia dell'Ordine

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri è un Ente di diritto pubblico con il compito precipuo di tutela dei cittadini riguardo a prestazioni professionali in ambito medico e odontoiatrico. Svolge pertanto un ruolo regolatorio del comportamento dei professionisti con il fine di garantire la qualità delle prestazioni erogate. L'ordinamento della professione medica in Italia trova origine con la Legge n. 455 del 10 luglio 1910 che istituisce l'Ordine dei Medici.

All'Ordine vengono quindi attribuiti i seguenti compiti: a) compilare e tenere in corrente l'albo dell'Ordine e pubblicarlo al principio di ogni anno dandone notifica all'autorità, b) vigilare alla conservazione del decoro e dell'indipendenza dell'Ordine, c) reprimere in via disciplinare gli abusi e le mancanze di cui i sanitari liberi esercenti si rendessero colpevoli nell'esercizio professionale, d) interporre nelle controversie tra sanitari e tra questi e i clienti per ragione di onorari, e) amministrare i proventi dell'Ordine.

Dal 1935 al 1946 il regime fascista sopprime l'Ordine, ritenendolo organo troppo autonomo, trasformandolo in sindacato con il RDL 184 del 5 marzo 1935.

L'Ordine fu successivamente ricostituito con DLCPS n. 233 del 13 settembre 1946 recante le norme per la "Ricostruzione degli Ordini delle professioni sanitarie e disciplina dell'esercizio delle professioni stesse". Il D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221, "Regolamento per

l'esecuzione del DLCPS 13 settembre 1946, n. 233" definì meglio i suoi aspetti procedurali. Il D.P.R. 28 febbraio 1980, n. 135, ha istituito il Corso di laurea in odontoiatria e protesi dentaria nell'ambito della Facoltà di medicina e chirurgia, in attuazione di precise direttive comunitarie. Con la legge 24 luglio 1985, n. 409, è stata poi istituita la professione dell'odontoiatria, separata da quella dei medici chirurghi. Con tale legge gli Ordini provinciali dei medici chirurghi hanno così assunto la denominazione di "Ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri".

Ruolo e Funzione dell'Ordine

In linea con la necessità della sua istituzione l'Ordine svolge le seguenti funzioni: a) Il mantenimento dell'Albo Professionale; b) La promozione dell'aggiornamento culturale degli iscritti; c) La collaborazione con le autorità locali per la designazione di rappresentanti in seno alle Istituzioni locali; d) l'esercizio del potere disciplinare nei confronti degli iscritti; f) l'interposizione, se richiesto, nelle controversie tra due sanitari o tra sanitario e pazienti o Enti.

Struttura dell'Ordine

Il Consiglio provinciale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri è

costituito da 17 Consiglieri, di cui due rappresentano la Commissione dell'Albo degli Odontoiatri, mentre gli altri la Commissione Albo Medici.

Ogni tre anni vengono eletti 15 colleghi per la Commissione Medici, 5 colleghi per la Commissione Odontoiatri (di questi due, coloro che hanno acquisito il numero di voti maggiori entreranno in Consiglio) e 4 Revisori dei conti (di cui uno supplente). Il Consiglio elegge, nella sua prima seduta, Presidente, Vicepresidente, Segretario e Tesoriere.

I Presidenti degli Ordini Provinciali eleggono i componenti della Commissione Medici Nazionali. I Presidenti delle Commissioni Provinciali Odontoiatri eleggono i componenti della Commissione Odontoiatri Nazionale. Il Comitato Centrale della FNOMCeO è composto da 13 componenti della Commissione Medici e da 4 componenti della Commissione Odontoiatri.

Elegge, al suo interno, Presidente, Vicepresidente, Segretario e Tesoriere. Il Collegio dei Revisori dei Conti nazionale è eletto dai Presidenti degli Ordini provinciali e dai Presidenti delle Commissioni Odontoiatri provinciali.

Le Commissioni ordinistiche

Il Consiglio decide l'istituzione di gruppi di lavoro, denominate Commissioni, in seno a varie problematiche. Le Commissioni hanno il compito di svolgere attività di supporto al Consiglio rispetto a precise tematiche. Ogni Commissione è coordinata da un Consigliere ed è composta da Colleghi iscritti all'Albo professionale e qualora se ne ritenga la necessità, da esperti

nel settore non necessariamente medici. Nel nostro Ordine attualmente sono attive le seguenti Commissioni: Commissione per la Deontologia e la Bioetica, Commissione per la Pubblicità Sanitaria ed Abusivismo, Commissione per le Professioni nell'Ospedalità (pubblica e privata) e Libera Professione, Commissione per le Professioni sul Territorio (MMG, PLS, Guardia Medica, Medicina del Territorio), Commissione Ambiente e Salute, Commissione per l'aggiornamento informatico e telematico, Commissione ed osservatorio del Disagio Professionale e Stress Lavorativo, Commissione per le Medicine Non Convenzionali, Delega per l'aggiornamento delle normative ECM, Delega allo studio e all'evoluzione della Medicina Estetica e del Benessere, Delega ai giovani Medici e specializzandi.

Il Codice Deontologico

Con il decreto Legislativo del 233/246 del 13 Settembre del 1946 e con il Decreto del Presidente della Repubblica 221/50 del 5 Aprile 1950 l'Ordine acquisisce il potere disciplinare nei confronti dei sanitari iscritti all'albo dei Medici Chirurghi e all'albo degli Odontoiatri che infrangono le regole del Codice Deontologico.

Il Codice Deontologico è pertanto un insieme di principi e regole riguardanti i doveri del Medico e dell'Odontoiatra nei suoi rapporti con le autorità, con i cittadini e con i colleghi a cui i sanitari devono attenersi nell'esercizio della loro professione e anche al di fuori della professione.

Infatti il comportamento dei sanitari deve essere sempre consono al decoro e alla dignità dello stesso.

L'Ordine è inoltre tenuto a intervenire ogni qualvolta un sanitario sia sottoposto a giudizio disciplinare purché non sia stato prosciolto per la non sussistenza del fatto o per non averlo commesso. L'istruttoria preliminare è svolta per competenza dal Presidente del relativo Albo professionale del Sanitario che dopo averlo convocato e ascoltato riferisce al Consiglio per le opportune deliberazioni. In caso di irrillevanza o insussistenza del fatto il Presidente può decidere di non dar seguito alla pratica.

Il Consiglio invece ha la facoltà di decidere se archiviare il procedimento, rinviare al Presidente per ulteriori accertamenti oppure aprire il procedimento disciplinare con la facoltà di comminare la sanzione ritenuta più appropriata. Le sanzioni disciplinari sono: l'avvertimento, la censura, la sospensione dall'esercizio della professione o la radiazione dall'Albo.

Iscrizione all'Ordine

L'iscrizione all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri è un atto necessario per l'esercizio della professione medica o odontoiatrica.

L'iscrizione può essere effettuata solo dopo aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia o in Odontoiatria e aver sostenuto con esito positivo l'esame di stato per l'abilitazione alla professione.

La normativa prevede che il medico può iscriversi all'Ordine della provincia di residenza, ma è possibile anche

iscriversi all'Ordine della provincia dove il sanitario ha eletto il domicilio, anche se non svolge ancora una attività lavorativa (secondo il codice civile il domicilio è "il luogo in cui la persona ha la sede principale dei suoi affari e interessi).

Ulteriori informazioni possono essere richieste o contattando la Segreteria dell'Ordine al seguente numero 019.826.427 o via e-mail (omceosv@omceosv.it). La modulistica è scaricabile dal sito dell'Ordine all'indirizzo **www.omceosv.it**.

Per l'iscrizione all'Ordine è necessario il pagamento della tassa annuale. Si tratta di una tassa obbligatoria e di importo uguale per tutti gli iscritti allo stesso Ordine.

A differenza dei contributi ENPAM, tale versamento, non avendo finalità previdenziale, non è un onere deducibile. La legge prevede la cancellazione dall'Albo per morosità e quindi l'impossibilità di esercitare la professione, qualora non si paghi la tassa annuale; è pertanto opportuno essere puntuali nel versamento.

A questo proposito, al fine di non risultare irreperibili e quindi insolubili pertanto suscettibili di cancellazione dall'Albo, si ricorda l'obbligo di comunicare tempestivamente all'Ordine ogni variazione di indirizzo. (DPR 221/50).

Successivamente all'iscrizione all'Ordine, è atto obbligatorio l'iscrizione all'ENPAM (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri) cui la segreteria dell'Ordine provvede in modo automatico per via telematica, per poter poi assolvere all'obbligatorietà della contribuzione (v. paragrafo sulla Previdenza).

Scuole di Specializzazione e Corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale

Scuole di specializzazione

Le scuole di specialità hanno lo scopo di formare Medici specialisti nel settore dell'area medica. La durata del corso degli studi per ogni singola specializzazione è definita nell'ordinamento didattico specifico della scuola.

Per quanto riguarda l'iscrizione alla Scuole di Specialità, tutte le informazioni possono essere reperite presso le sedi universitarie di riferimento.

Sono ammessi al concorso esclusivamente i laureati in Medicina e Chirurgia iscritti all'Ordine.

A decorrere dall'anno accademico 2006/2007 entra in vigore il D.Lgs n. 368/99, modificato dalla legge n. 266/05 che corrisponde al nuovo contratto di formazione specialistica previsto per tutti gli specializzandi in formazione.

Per tutta la durata della formazione specialistica al medico è inibito l'esercizio di attività libero-professionale all'esterno delle strutture assistenziali in cui si effettua la formazione ed ogni rapporto convenzionale o precario con il SSN o enti e istituzioni pubbliche e private. L'impegno richiesto per la formazione specialistica è pari a quello previsto per il personale medico del SSN a tempo pieno, assicurando la facoltà dell'esercizio della libera professione intramuraria.

Gli impedimenti temporanei superiori ai quaranta giorni lavorativi consecutivi per gravidanza e malattia, sospendono il periodo di formazione. Restano ferme le disposizioni in materia di tutela della gravidanza di cui alla legge 30 dicembre 1971, n. 1204 e succ. mod. Alle madri è infatti concessa una assenza pari ad un

massimo di 5 mesi.

Non determinano interruzione della formazione e non devono essere recuperate, le assenze per motivi personali, preventivamente autorizzate salvo causa di forza maggiore, che non superino trenta giorni complessivi nell'anno accademico e non pregiudicano il raggiungimento degli obiettivi formativi.

In tali casi non vi è sospensione del trattamento economico di cui all'art. 39, comma 3, del D.Lgs n. 368/99.

Durante i periodi di sospensione della formazione di cui al comma 3, al medico in formazione compete esclusivamente la parte fissa del trattamento economico limitatamente ad un periodo di tempo complessivo massimo di un anno oltre quelli previsti dalla durata legale del corso.

Nell'ambito dei rapporti di collaborazione didattico-scientifica integrata tra università italiane ed università di paesi stranieri, la formazione specialistica può svolgersi anche in strutture sanitarie dei predetti paesi, in conformità al programma formativo personale del medico e su indicazione del consiglio della scuola, fermo restando quanto previsto dall'art. 12 del D.P.R. 10 marzo 1982, n. 162.

Al medico in formazione specialistica, per tutta la durata legale del corso, è corrisposto un trattamento economico annuo omnicomprensivo di cui una parte fissa uguale per tutte le scuole di specializzazione e per tutta la durata del corso e da una parte variabile, differenziata per tipologie di specializzazioni, per la loro durata e per anno di corso.

Il trattamento economico è corrisposto mensilmente dalle Università presso cui operano le scuole di specializzazione.

L'Azienda Sanitaria presso la quale il medico in formazione specialistica svolge l'attività formativa provvede, con oneri a proprio carico, alla copertura assicurativa del medico in formazione nelle proprie strutture, alle stesse condizioni del proprio personale.

Il contratto di formazione-lavoro è annuale e rinnovabile di anno in anno per un periodo di tempo uguale a quello della durata del corso di specializzazione.

Il rapporto di lavoro instaurato cessa comunque alla data di scadenza del corso legale di studi salvo le seguenti cause di risoluzione:

- 1) rinuncia al corso di studi;
- 2) eventuali violazioni delle disposizioni in materia di incompatibilità;
- 3) le prolungate assenze ingiustificate;
- 4) il mancato superamento delle prove stabilite per il corso di studi.

In caso di anticipata risoluzione del contratto il medico ha comunque diritto a percepire la retribuzione maturata alla data della risoluzione stessa nonché a beneficiare del trattamento contributivo relativo al periodo lavorato.

A partire dall'anno accademico 2013/2014, un Decreto legge del 9/9/2013 stabilisce che l'ammissione alle scuole di specializzazione avverrà sulla base di una graduatoria nazionale. L'istituzionalizzazione di un concorso a graduatoria unica nazionale per l'accesso alle scuole di specializzazione mediche, sulla scorta di quanto già avviene in Francia e Spagna, dovrebbe cambiare in meglio il sistema formativo professionalizzante post laurea di medicina.

Si ricorda inoltre che il medico o l'odontoiatra che consegue una specializzazione o un Master universitario, deve darne

comunicazione all'Ordine allo scopo di aggiornare la sua posizione nell'Albo professionale.

Corso di formazione specifica in Medicina Generale

Il Decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, come modificato ed integrato dal decreto legislativo 8 luglio 2003, n. 277, recependo disposizioni comunitarie in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati e altri titoli, ha istituito e disciplinato il corso triennale per il conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale. Per i medici abilitati dopo il 31/12/1994 il possesso di tale diploma costituisce requisito necessario per l'iscrizione alla graduatoria unica regionale della Medicina Generale finalizzata all'accesso alle convenzioni con il SSN in qualità di Medico di Medicina Generale. Il corso ha una durata triennale. Ha inizio entro il mese di novembre e termina entro 36 mesi dalla data di inizio. La frequenza obbligatoria comporta un impegno a tempo pieno, per un totale nel triennio di almeno 4.800 ore, di cui 1/3 per attività didattica di tipo seminariale e 2/3 per attività formativa di natura pratica, secondo l'articolazione prevista dall'articolo 26 del D.Lgs n.368/99 e successive modifiche e integrazioni. Le ore di attività pratica si svolgeranno nell'ambito di istituti clinici universitari o strutture pubbliche ospedaliere e territoriali per le seguenti discipline: Medicina clinica e di laboratorio, Chirurgia generale, Materno infantile, Ostetricia e Ginecologia, Pronto Soccorso ed Emergenza Urgenza oltre ad attività svolte presso il medico di Medicina generale. L'attività seminariale si svolgerà nelle sedi individuate a livello

regionale al momento dell'avvio del corso. I contenuti sono riferiti alle seguenti aree: a) Medicina (che comprende medicina di laboratorio, metodologia clinica, neurologia e psichiatria, medicina interna, terapia medica, medicina di urgenza, oncologia medica, geriatria e patologia clinica); b) Area materno infantile (che comprende pediatria generale, terapia pediatrica, neuropsichiatria infantile, pediatria preventiva); c) Ostetricia e ginecologia; d) Medicina del territorio (che comprende attività presso consultori, ambulatori e laboratori, medicina preventiva, igiene ambientale, medicina del lavoro, igiene e profilassi); e) Attività medica guidata ambulatoriale e domiciliare; f) Attività mirata all'acquisizione di tecniche diagnostico-terapeutiche.

La frequenza del corso dà diritto ad una borsa di studio il cui importo è determinato ogni tre anni dal Ministero della Sanità in concerto con i Ministeri dell'Università e Ricerca Scientifica e dell'Economia.

Per ulteriori informazioni si rimanda al D.M. 7/3/2006 "Principi fondamentali per la disciplina unitaria in materia di formazione specifica in medicina generale".

La Previdenza

Previdenza INPS

L'articolo 21 del decreto legge n. 201/2011 (convertito in legge n. 214/2011) ha previsto l'integrazione di Inpdap ed Enpals in Inps. Obiettivo della riforma era, non solo realizzare una riduzione dei costi amministrativi di gestione della previdenza pubblica ma, soprattutto, rendere più efficiente ed efficace il servizio pubblico, anche assicurando ai cittadini un unico soggetto interlocutore per i servizi di assistenza e previdenza. Pertanto ad oggi tutti i medici e gli odontoiatri che lavorano come dipendenti nelle strutture sanitarie pubbliche sono iscritti all'INPS. La contribuzione è di circa il 35% ed il regime pensionistico è di tipo contributivo. Si rileva che, operativamente, l'importo presente al punto 1 parte B del modello CUD rilasciato dal datore di lavoro è soggetto a contribuzione INPS a cura dello stesso, mentre l'eventuale importo indicato al punto 2 parte B è soggetto a contribuzione previdenziale ENPAM.

Previdenza ENPAM

ENPAM è l'acronimo dell'Ente previdenziale privato dei medici italiani, Privato in quanto è nostro: è proprietà di noi medici e dai medici è gestito ed amministrato.

È il più importante e grande Ente previdenziale privato italiano. Possiede un rilevante patrimonio, diviso tra beni mobili ed immobili, di circa 13 miliardi di euro. Patrimonio di proprietà nostra

che deve essere gestito con investimenti e con una asset allocation moderni e trasparenti. Compito istituzionale di tutti gli Ordini dei Medici italiani è quello di collaborare con l'Ente e soprattutto di vigilare sulla gestione del suo, anzi nostro, patrimonio. Esso deriva fundamentalmente dai contributi versati dai medici in attività e dalla gestione di rendita.

Dopo un periodo difficile il nostro Ente, con la nuova amministrazione, sembra avere ritrovato equilibrio ed ha varato la riforma previdenziale e statutaria. Il bilancio dell'ultimo anno di gestione è in attivo. L'ENPAM ha due funzioni fondamentali: previdenziale ed assicurativa.

Previdenziale - Sostenuta da un patto generazionale tra colleghi.

Il medico giovane che lavora paga la pensione all'anziano a riposo. L'Ente deve potere garantire al giovane che lavora e versa i contributi di essere in grado di potergli erogare la pensione quando sarà anziano. Attualmente i bilanci di previsione sono garantiti a 50 anni. Nessun altro Ente previdenziale, e nemmeno l'INPS, sono in grado di tanto. Norma di buon senso: 35/40 anni di attività contributiva più almeno 10/15 anni (anche più si spera!) di pensionamento.

Assicurativa - Di più difficile previsione negli anni. Si fa carico di assistere i medici che siano in condizioni di invalidità, di indigenza e le loro famiglie in

caso di decesso.

Dal punto di vista contributivo il Fondo di Previdenza Generale si compone di due quote:

"Quota A" - per tutti gli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri;

"Quota B" - Fondo per la Libera Professione per i Medici e gli Odontoiatri che producono redditi da libera professione;

"Fondi Speciali" - poi riguardano la contribuzione per i Medici convenzionati a vario titolo con il SSN.

Gli iscritti di età inferiore a quaranta anni e gli iscritti ultra-quarantenni a contribuzione ridotta possono optare per la contribuzione intera: tale opzione è irrevocabile e consente di accedere al riscatto di allineamento. I requisiti per l'esonero dal contributo "Quota A" sono: inabilità assoluta e temporanea all'esercizio della professione di durata superiore a sei mesi, ed età inferiore a sessantacinque anni. La "Quota B" del Fondo Generale riguarda i redditi derivanti dall'esercizio, anche in forma associata, della professione medica e odontoiatrica, non soggetto ad altra copertura previdenziale obbligatoria, ed è proporzionale al reddito. È possibile usufruire di una contribuzione ridotta se si possiedono requisiti prestabiliti (essere convenzionati, dipendenti ospedalieri o pensionati). I contributi previdenziali obbligatori e facoltativi sono, ai fini IRPEF, interamente deducibili dal reddito.

Ricordiamo che esistono anche forme di previdenza integrative che si configurano come una vera necessità per le nuove generazioni di lavoratori: attraverso il FONDO SANITÀ l'Ente fornisce

la possibilità di varie forme di integrazione delle pensioni e dei contributi, con attenzione particolare ai giovani. Proprio per il sopracitato patto generazionale, particolare importanza per l'ENPAM rivestono i medici giovani e proprio nei loro confronti sono nate nuove iniziative ed altre sono in fase di sviluppo.

Per chi fosse interessato dettagli maggiori possono essere trovati nel sito ENPAM da cui si può accedere a FONDO SANITÀ ed al PROGETTO GIOVANI.

Riscatto anni di laurea e specialità:

ai fini pensionistici possono essere riscattati gli anni di laurea e specialità (massimo 10 anni). La richiesta di riscatto anni deve essere inoltrata all'ENPAM e può essere effettuata dopo almeno 10 anni di contribuzione. Anche i contributi previdenziali facoltativi sono, ai fini IRPEF, interamente deducibili dal reddito. Ulteriori informazioni possono essere trovate sul sito dell'ENPAM: www.enpam.it

Fondazione ONAOSI

La Fondazione ONAOSI ha come scopo primario di sostenere, educare ed istruire, entro i limiti del bilancio, gli orfani, figli legittimi o adottivi o naturali riconosciuti di medici-chirurghi, medici-veterinari, farmacisti e odontoiatri, contribuenti dell'Opera, per consentire loro di conseguire un titolo di studio e di accedere all'esercizio di una professione o di un'arte.

Attualmente, per effetto della Legge Finanziaria 2007 (art. 1, comma 485 della Legge 269/2006 a modifica dell'art. 2, lettera e) della Legge 4 Luglio 1901) sono contribuenti obbligatori

tutti i Medici Chirurghi ed Odontoiatri, i Medici Veterinari ed i Farmacisti iscritti ai rispettivi Ordini Professionali italiani che prestano servizio presso Pubbliche Amministrazioni, mentre per tutti gli altri è volontaria.

Per i neo-iscritti agli Albi l'ONAOSI ammette la facoltà di iscrizione come contribuente volontario entro cinque anni dalla data di prima iscrizione.

Per informazioni è possibile contattare i seguenti numeri telefonici:

- 848.800.775 (da telefoni fissi al costo di una chiamata urbana).

- 075.5869511 (da telefoni cellulari e dall'estero).

Ambiti di attività professionale

Apertura di uno studio

L'apertura di uno studio medico libero-professionale richiede una serie di adempimenti diversi a seconda della tipologia. La vigente normativa stabilisce che **non sono soggetti alla autorizzazione sanitaria di legge:**

- il gabinetto professionale o studio professionale del singolo medico;
- lo studio professionale di più medici od odontoiatri ciascuno dei quali opera con una propria autonoma organizzazione.

I medici possono associarsi in studi associati dove operano, ciascuno sotto la propria responsabilità, potendo condividere tra loro spazi e servizi comuni nonché apparecchiature biomedicali e sanitarie. In questo studio medico si possono praticare, oltre alle comuni pratiche non invasive: sutura di ferita superficiale, rimozione punti di sutura, cateterismo vescicale, tamponamento nasale anteriore, fleboclisi, iniezioni endovenose, iniezioni di gammaglobuline e vaccinazioni, agopuntura, mesoterapia, iniezioni sottocutanee desensibilizzanti, prelievi per esami citologici e

culturali, infiltrazioni peri ed endoarticolari, rimozione tappi di cerume, drenaggio di ascesso sottocutaneo, anestesia topica o locale, rimozione di piccoli corpi estranei superficiali .

Nell'atto di costituzione dell'associazione professionale, i professionisti associati individuano, tra loro stessi, il medico cui è affidata la responsabilità, nei confronti dell'utenza, della sicurezza e del corretto funzionamento delle apparecchiature bio-medicali e sanitarie.

Per questi studi valgono inoltre gli obblighi previsti per l'esercizio professionale:

- a - iscrizione all'Albo di appartenenza;
- b - comunicazione al Comune in cui si esercita;
- c - requisiti strutturali e impiantistici per la sicurezza (valgono i requisiti fissati dal regolamento comunale ed delle norme di igiene del lavoro e sicurezza).

Sono soggetti ad autorizzazione sanitaria i seguenti ambulatori medici:

- quando il titolare sia persona fisica non medica o persona giuridica;
- quando operano più medici o odontoiatri con una organizzazione unitaria della struttura tale da determinare verso l'esterno autonomia rilevante, indipendentemente dai professionisti che vi lavorano;

gli studi professionali soggetti ad autorizzazione devono possedere i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici previsti dalla normativa in vigore. In questi studi nel quale si erogano prestazioni diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente.

Nel caso di uno studio soggetto ad autorizzazione, l'elenco di tutti i documenti necessari per la richiesta è disponibile presso il Comune di competenza. L'ambulatorio medico o odontoiatrico soggetto ad autorizzazione deve disporre di un Direttore Tecnico o Sanitario delle cui responsabilità, assai rilevanti, ne parleremo in una sezione apposita.

Publicità sanitaria

Si intende come pubblicità ogni forma di messaggio, in qualsiasi modo diffuso, che ha lo scopo di promuovere le prestazioni professionali in forma singola, associata o societaria. Occorre ricordare che la pubblicità informativa deve essere funzionale all'oggetto, veritiera e corretta, non deve essere equivoca, ingannevole o denigratoria come afferma il Decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 2012 n° 137. Da ciò derivano le linee guida per l'applicazione degli artt. 55-56-57 allegati al Nuovo Codice Deontologico tra le

quali citiamo :

a) Il divieto di pubblicizzazione di notizie che ingenerino aspettative illusorie, che siano false o non verificabili, o che possano provocare timori infondati o spinte consumistiche.

b) Il divieto di pubblicazione di notizie che rivestano carattere di pubblicità personale surrettizia, mascherata da informazione sanitaria.

La **Targa** deve rispettare tali indirizzi in tema di pubblicità sanitaria ed i regolamenti edilizio-urbanistici del comune ove verrà apposta.

Per effettuare pubblicità sanitaria non è necessario richiedere alcuna autorizzazione, risulta comunque opportuno che il sanitario ne dia comunque comunicazione all'Ordine o richieda un parere preventivo allo stesso, mediante la modulistica reperibile sul sito dell'Ordine e presso lo sportello di segreteria.

Il sanitario deve attenersi a quanto previsto dal Codice Deontologico e al Regolamento.

Di norma si consiglia una dimensione non superiore a 50x60 ove il materiale e le caratteristiche estetiche sono spesso indicate nel Regolamento Edilizio Comunale.

a) Nome e Cognome del medico.

b) Medico Chirurgo o Laureato in Medicina e Chirurgia (eventuale sede Universitaria).

c) Eventuale specialità (specialista in ...).

d) Eventuale branca in cui si è particolarmente impegnati o trattamenti che vengono praticati e nei quali il medico è esperto.

e) Eventuali titoli accademici o Master riconosciuti dal nostro Ministero della Salute.

f) Se impegnati in Ospedale o comun-

que nell'Azienda Sanitaria si può esprimere la posizione o il grado amministrativo occupato.

g) Orario delle visite.

h) Numeri telefonici o indirizzi E-mail.

I moduli e le linee guida sono scaricabili dal nostro sito www.omceosv.it

Privacy e documento programmatico sulla sicurezza

Il Decreto Legge sulle semplificazioni e sviluppo (n. 5/2012, art. 45) ha eliminato l'obbligo di tenuta e aggiornamento del Documento Programmatico sulla Sicurezza.

Tuttavia non significa sia venuto meno anche l'obbligo di adottare misure di sicurezza a tutela dei dati: continuano a risponderne, in particolare, tutti gli operatori sanitari che trattano informazioni dei loro pazienti con strumenti elettronici e chi si avvale delle moderne tecnologie telematiche nello svolgimento dell'attività professionale.

Rimangono obbligatorie le seguenti procedure:

- a) l'autenticazione informatica con credenziali di accesso agli archivi;
- b) l'adozione di procedure di gestione delle credenziali di autenticazione;
- c) l'utilizzazione di un sistema di autorizzazione al trattamento dei dati;
- d) l'individuazione e l'aggiornamento degli incaricati e dei responsabili del trattamento dei dati e l'individuazione dei soggetti addetti alla gestione o alla manutenzione degli strumenti elettronici;
- e) la protezione degli strumenti elettronici e dei dati rispetto a trattamenti illeciti di dati, ad accessi non consentiti e a determinati programmi informatici;

f) l'adozione di procedure per la custodia di copie di sicurezza, il ripristino (back up) dei dati e dei sistemi;

g) l'adozione di tecniche di cifratura o di codici identificativi per determinati trattamenti di dati idonei a rivelare lo stato di salute o la vita sessuale effettuati da organismi sanitari.

Permangono inoltre sia le sanzioni civili, che penali, che amministrative previste dalla normativa in caso di inadempimento o in caso di fuga o furto dei dati: da 10.000,00 a 50.000,00 euro (art.162 comma 1) e fino a due anni di reclusione; l'art. 162 comma 2-ter prevede che "In caso di inosservanza dei provvedimenti di prescrizione di misure necessarie [...] è altresì applicata in sede amministrativa, in ogni caso, la sanzione del pagamento di una somma da 30.000,00 euro a 180.000,00 euro".

Resta quindi corretto ed opportuno procedere nel continuo ed attento monitoraggio da parte del titolare dei dati dell'adeguatezza degli strumenti utilizzati per la tutela dei dati trattati.

Smaltimento rifiuti speciali

Il Medico e l'Odontoiatra possono produrre, nell'esercizio della loro attività professionale presso il proprio studio, dei rifiuti cosiddetti "speciali e pericolosi".

La gestione e lo smaltimento di questi rifiuti sono regolati dalle seguenti norme:

1. Decreto Legislativo "Ronchi" (5 Febbraio 1997, n. 22);
2. Circolare del Ministero dell'Ambiente "obbligo di smaltimento dei rifiuti speciali" (14 Dicembre 1999);
3. Decreto Legge n. 347/2001;

4. DPR 254 del 15 Luglio 2003.

Il titolare di un ambulatorio medico (medicina generale, pediatria di libera scelta, specialistica od odontoiatria), al momento dell'avvio dell'attività, deve stipulare un contratto per lo smaltimento dei rifiuti con un gestore iscritto all'albo nazionale delle imprese che effettuano la gestione dei rifiuti speciali.

Il corretto smaltimento dovrà essere dimostrato conservando una copia del formulario di trasporto per 5 anni.

L'obbligo della tenuta del registro di carico e scarico e della comunicazione al Catasto, così come stabilito inizialmente dal Decreto Ronchi, non sussiste più grazie alla circolare del Ministero dell'Ambiente del 14 dicembre 1999. Tale circolare esonera da tale obbligo il medico e l'odontoiatra in quanto l'esercizio della professione intellettuale, di per sé, non costituisce impresa.

Assicurazione RC professionale

Per il Medico e per l'Odontoiatra dal 15 agosto 2014 sarà obbligatorio stipulare una polizza di assicurazione per la responsabilità civile professionale.

La Legge recita: *“a tutela del cliente, il professionista è tenuto a stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale. Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale e il relativo massimale.*

Le condizioni generali delle polizze assicurative di cui al presente comma possono essere negoziate, in convenzione con i propri iscritti, dai Consigli Nazionali e

dagli enti previdenziali dei professionisti.”

Dalla lettura dell'attuale testo di Legge l'obbligo di assicurazione professionale ricadrà in capo a tutti i professionisti senza alcuna distinzione tra libero professionista e dipendente e senza, tra l'altro se non a livello di responsabilità penale, differenziazione tra RCT colpa lieve ed RCT colpa grave.

Pertanto, sottoscrivere, una polizza RCT limitata alla sola Colpa Grave, ad oggi, non assolverebbe l'obbligo di assicurarsi, rimanendo così il medico soggetto ad eventuali sanzioni tra l'altro ancora non previste.

Dunque, appare evidente che, per quanto concerne **la responsabilità civile**, il medico risponderà non solo per colpa grave, ma anche per colpa lieve, infatti, concretamente, il giudice competente, nella determinazione del danno, sarà tenuto ad una specifica valutazione della condotta tenuta dal professionista durante la prestazione sanitaria.

Per quanto sopra esposto, pare opportuno evidenziare che, anche nell'ipotesi in cui il medico, avendo assolto le disposizioni previste dalle “Linee Guida,” non venga condannato penalmente per colpa lieve, il suo patrimonio potrà essere comunque minacciato da un'azione civile volta al risarcimento del “presunto” danno subito da parte del paziente.

Per il medico dipendente, quindi, sarà sicuramente limitativo sottoscrivere una polizza di RCT limitata alla sola colpa grave, in quanto, se anche quest'ultima copre il medico dal punto di vista amministrativo da una eventuale rivalsa dell'Azienda, della Corte dei Conti o dell'Assicuratore dell'Azienda, tale copertura si verificherà soltanto

nel caso in cui la condanna del medico abbia avuto luogo per colpa grave.

Inoltre, anche nel caso in cui il medico dipendente venga condannato nel Procedimento Civile in solido con l'Azienda e quest'ultima o la compagnia di quest'ultima tarda nell'assolvere la sentenza, il patrimonio del Dipendente può essere aggredito dal danneggiato in quanto il medico non potrà in nessun modo opporre a terzi il proprio stato di dipendente, fatta salva la successiva azione di regresso nei confronti dell'Azienda.

Pertanto, alla luce di quanto sin qui esposto, al fine di tutelare la propria sfera patrimoniale, risulta necessario che il medico stipuli un'adeguata polizza di assicurazione, che possa garantirgli di esercitare la propria attività lavorativa, coprendo i danni derivanti ai pazienti da responsabilità tanto per colpa lieve, quanto per colpa grave e adempiendo all'obbligo (che entrerà in vigore a partire dal 15 agosto 2014) di copertura assicurativa professionale, indistintamente se sia egli un dipendente o un libero professionista.

Per le caratteristiche delle coperture della polizza che debbono essere attentamente valutate dal contraente, si rimanda al nostro sito **www.omce-osv.it** nella sezione "Rubrica legale".

Ricordiamo comunque che risulta importante che vengano accordate nella stipula dei contratti assicurativi le cosiddette pregresse e postume ovvero, due estensioni delle condizioni contrattuali, caratterizzate dal differente momento in cui la garanzia viene ritenuta operativa in relazione al sinistro:

- la pregressa è quella condizione contrattuale che estende le garanzie di polizza ad eventi posti in essere ante-

cedentemente alla stipula del contratto, evidentemente, a condizione che l'assicurato non sia a conoscenza di eventuali contestazioni;

- la postuma, invece, è quella condizione contrattuale che viene generalmente concessa per cessazione dell'attività lavorativa (pensionamento) o per decesso dell'assicurato ed a cui corrisponde un'operatività delle garanzie di polizza oltre la scadenza del contratto, per le denunce ricevute successivamente alla cessazione dell'attività, ma per fatti posti in essere durante il periodo di validità dello contratto assicurativo.

Apertura della Partita IVA

I medici che intendano intraprendere l'attività di libero professionista sono tenuti a richiedere l'attribuzione del numero di partita IVA presentando un apposito modello, all'Agenzia delle Entrate rivolgendosi al proprio commercialista.

Il soggetto che intraprende l'attività di libero professionista può aderire a diversi regimi fiscali che si diversificano per requisiti d'accesso, modalità di tassazione (ordinaria o agevolata) e obblighi contabili e dichiarativi. Con riguardo ai regimi agevolati vengono indicati, di seguito, i tratti essenziali del "Regime per l'imprenditoria giovanile ed i lavoratori in mobilità" (Legge numero 244 del 24.12.2007 come integrata dall'art. 27 del Decreto Legge numero 98 del 06.07.2011), rivolto soprattutto ai giovani professionisti, con l'avvertenza che l'esame della sussistenza dei presupposti per l'accesso e la disamina degli adempimenti richiede l'ausilio di un esperto.

- Principali requisiti d'accesso: mancato esercizio di un'attività d'impresa o professionale nel triennio precedente, mancato proseguimento di un'attività svolta precedentemente sotto forma di lavoro dipendente a autonomo (salvo il praticantato obbligatorio) e percezione di compensi non superiori a 30.987,41 euro annui. Il regime ha una durata massima di cinque periodi d'imposta, con la possibilità di fruirne anche successivamente per i soggetti con età non superiore a 35 anni;

- principali adempimenti: certificazione dei corrispettivi, numerazione e conservazione delle fatture d'acquisto e presentazione della dichiarazione annuale dei redditi;

- modalità di tassazione: imposta sostitutiva dell'Irpef e delle addizionali, pari al 5%, sulla differenza fra compensi e spese sostenute, senza assoggettamento agli studi di settore.

Per i soggetti che non rientrano nei requisiti sopra descritti, o in quelli di altri regimi agevolati, è previsto il regime di contabilità semplificata per i contribuenti minori (art. 18 del D.p.r. 600 del 1973), che comporta una tassazione ordinaria progressiva e la tenuta dei registri previsti dalla normativa Irpef e Iva se del caso.

Age.na.s - ECM - Educazione continua in medicina

Il sistema ECM prevede per ogni professionista della Salute l'obbligo di acquisire, per il triennio 2011-2013, un totale di 150 crediti ECM, con un minimo di 25 ed un massimo di 75 crediti

per anno.

La Commissione nazionale formazione continua (CNFC) ha deliberato di limitare il reclutamento diretto da parte di sponsor commerciali al massimo ad un terzo (50 su 150 crediti nel triennio) del debito formativo di ogni professionista della sanità.

I crediti sono ottenibili attraverso la:

- RES - formazione residenziale, nelle tipologie di convegni, congressi, simposi, conferenze;

- FSC - formazione sul campo, nelle tipologie di gruppi di miglioramento o di studio, commissioni e comitati, attività di ricerca;

- FAD - formazione a distanza;

- Docenza, tutoring ed altro.

Oggi si punta tutto sul **dossier formativo** che risulta suddiviso in 3 aree:

1. Competenze tecnico professionali specialistiche.
2. Competenze di processo relazionali/comunicative
3. Competenze di sistema organizzativo gestionali.

Infine è utile ricordare che la Commissione Nazionale (CNFC) ha realizzato un nuovo sito ECM **<http://ape.agenas.it/>** che risulta molto pratico ed utile anche in considerazione del fatto che la normativa è in continua evoluzione.

È escluso dall'obbligo dell'ECM il personale sanitario che frequenta corsi di formazione post-base propri della categoria professionale di appartenenza (corso di specializzazione, dottorati

di ricerca, master di laurea specialistica); sono pure esclusi dall'obbligo i soggetti che usufruiscono delle disposizioni in materia di tutela della gravidanza e sono esclusi i Neo iscritti all'Ordine professionale fino al primo mese dell'anno successivo di iscrizione all'Ordine di appartenenza (delibera dalla Commissione Nazionale ECM del 4 dicembre 2012).

PEC - Posta elettronica certificata

La posta elettronica certificata - prevista dalla Legge 2/2009 - è equivalente a una raccomandata elettronica con ricevuta di ritorno.

L'obiettivo dell'introduzione di questo strumento è quello di semplificare i rapporti fra i professionisti e la Pubblica Amministrazione, riducendo tempi e costi delle comunicazioni. Con questo strumento i professionisti possono gestire le comunicazioni ufficiali con gli Enti di previdenza e, in generale, con la Pubblica Amministrazione centrale (indagini finanziarie con il fisco, concorsi ecc.) e con gli Enti pubblici locali.

La PEC è obbligatoria e l'Ordine, ha sottoscritto una convenzione con ARUBA per fornirla gratuitamente ai propri iscritti.

Sul nostro sito www.omceosv.it si possono trovare le informazioni necessarie in homepage alla voce "Modalità per richiedere la casella di Posta Elettronica Certificata" o contattare la Segreteria dell'Ordine.

Responsabilità professionale

del medico

Nel suo vivere quotidiano, il medico si espone più di ogni altro ai rischi del proprio agire, incidendo direttamente sulla tutela di beni primari quali la vita e l'incolumità psicofisica.

Per tale ragione, la problematica legata alle diverse forme di **responsabilità (giuridiche, deontologiche e morali) del medico, non dovrà essere mai sottovalutata**: dall'altro canto, nel panorama normativo e giurisprudenziale, si registra un dato costante, costituito dall'esigenza di assicurare la piena ed effettiva tutela della salute degli individui (**art. 32 Cost.**).

Dunque, ogni medico durante il proprio percorso professionale, dovrà tenere ben presenti i limiti imposti dalle molteplici disposizioni legislative: consenso informato, pubblicità sanitaria, attività di certificazione, modalità d'intervento, rapporto con i pazienti e con i colleghi ecc.

Il medico esecutore materiale della prestazione sarà sempre ritenuto responsabile, anche nelle ipotesi di **colpa lieve**, per imprudenza o negligenza.

Nel caso di problemi di particolare difficoltà, sussisterà la responsabilità per **colpa grave** qualora il medico non abbia utilizzato un'adeguata perizia (intesa come conoscenza ed attuazione delle regole tecniche proprie della specifica professione).

In generale, nessuno potrà invocare a propria scusa l'ignoranza della legge penale.

Nel suo vivere quotidiano, il medico si espone più di ogni altro ai rischi del proprio agire, incidendo direttamente sulla tutela di beni primari quali la vita

e l'incolumità psicofisica. Per tale ragione, la problematica legata alle diverse forme di responsabilità (giuridiche, deontologiche e morali) del medico, non dovrà essere mai sottovalutata: dall'altro canto, nel panorama normativo e giurisprudenziale, si registra un dato costante, costituito

dall'esigenza di assicurare la piena ed effettiva tutela della salute degli individui (**art. 32 Cost.**).

La prescrizione terapeutica del medico

Attività in ambito medico

La ricetta

si esplica attraverso la compilazione della ricetta. La ricetta medica, per i medici convenzionati e i dirigenti ospedalieri, va compilata su ricettario distribuito dall'ASL di competenza per tutti i farmaci e prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Ogni medico deve utilizzare il ricettario di cui è titolare e il timbro apposto deve corrispondere a quello del medico titolare del ricettario. Anche il sostituto del Medico di Medicina Generale/Pediatra/Specialista deve essere dotato di proprio ricettario. In caso di sostituzione, l'ASL deve verificare se il sostituto è già titolare di ricettario o eventualmente provvedere alla consegna, affinché lo stesso possa utilizzarlo esclusivamente durante i periodi di sostituzione. Per supplenze per un periodo uguale o inferiore a tre giorni, il sostituto, in via eccezionale, può utilizzare il ricettario del titolare apponendovi anche il proprio timbro. I Medici facenti parte di associazioni (Medicina di gruppo, ecc.) devono utilizzare il proprio ricettario anche in caso effettivo prescrizioni a favore di assistiti di altri Medici associati. Ogni ricetta deve

riportare in modo leggibile: dati anagrafici assistito, codice fiscale dell'assistito, Provincia e ASL di residenza, prescrizione, timbro con cognome, nome, codice fiscale o matricola regionale del Medico prescrittore, timbro del reparto di appartenenza (nel caso di Medici specialisti ospedalieri), data e firma del Medico, oltre all'eventuale codice di esenzione ed eventuali note A.I.F.A. Ogni ricetta può essere utilizzata una sola volta. La prescrizione dei medicinali destinati al trattamento di patologie previste dal D.Lgs 124 del 29/4/1998 è limitata al numero massimo di 3 pezzi per ricetta: la prescrizione non può comunque superare i 60 giorni di terapia (Art.9, Legge 405/2001). La prescrizione di antibiotici iniettivi in confezioni monodose può contenere sino ad un massimo di 6 pezzi per ricetta. Alcuni farmaci possono essere prescritti dal Medico di Medicina Generale e dispensati dal SSN solo dopo che sia stato redatto un apposito Piano Terapeutico da un medico di una Struttura Ospedaliera o ambulatorio specialistico previsto da delibera AIFA. Alcuni farmaci ancora sono invece uni-

camente dispensati dal SSN con “ricetta limitativa” ovvero solo se prescritti direttamente su ricetta rossa da centri specialistici e strutture ospedaliere specificamente previste.

Per quanto riguarda le prestazioni, per ognuna deve essere indicato il grado di urgenza. In caso contrario verrà erogata secondo il tempo di attesa di fascia P 180 giorni.

I gradi di attesa sono i seguenti:

U = urgente intervento immediato per situazioni ad alto rischio da trattare in emergenza e comunque entro i tre giorni;

B = breve prestazioni da erogare entro 10 giorni per situazioni passibili di aggravamento in tempi brevi;

D = differibile visite specialistiche da effettuare entro 30 giorni ed esami diagnostici entro 60 giorni per situazioni passibili di aggravamento non in tempi brevi;

P = programmabile prestazione da erogare entro 365 giorni per verifiche cliniche programmabili che non condizionano nell'immediato lo stato di salute. Ogni ricetta non può contenere più di 8 prestazioni. Sei per la fisioterapia e 4 per l'odontoiatria. Se il paziente è straniero temporaneamente presente in Italia e con la tessera sanitaria provvisoria deve essere trascritto il codice STP. Se il paziente appartiene alla Comunità Europea ed è in possesso della tessera sanitaria (TEAM) è necessario compilare anche il retro della ricetta.

I farmaci possono essere dispensati con o senza obbligo di ricetta.

I farmaci con obbligo di ricetta sono quelli che si possono acquistare in farmacia solo presentando regolare ricetta medica, sulla quale il farmacista deve

apporre timbro, data e prezzo.

Per farmaci non a carico del SSN la ricetta può essere redatta su carta bianca intestata. Deve riportare necessariamente il nome e cognome del paziente oltre al farmaco prescritto e alla posologia. Questo tipo di prescrizione può essere ripetibile (RR) o non ripetibile (RNR).

La ricetta ripetibile ha una validità di sei mesi e consente l'acquisto del farmaco per un numero di volte non superiore a dieci. Tuttavia la ripetibilità viene esclusa dall'indicazione di un numero di confezioni superiore all'unità.

La ricetta non ripetibile è utilizzabile una sola volta e riguarda farmaci che devono essere prescritti con ricetta da rinnovare volta per volta. La validità è di trenta giorni e viene ritirata dal farmacista. I medicinali che ricadono nella disciplina della tab. II sez. E (ad es., le benzodiazepine) sono dispensate dietro presentazione di ricetta medica valida 30 giorni e ripetibile tre volte.

I farmaci con obbligo di ricetta medica sono quelli che si possono acquistare in farmacia solo presentando regolare ricetta medica, sulla quale il farmacista deve apporre timbro, data e prezzo. Si dividono in:

Farmaci di classe A: sono a totale carico del Sistema Sanitario Nazionale cioè gratuiti per il cittadino. Sono farmaci indispensabili per assicurare le cure che sono previste nei livelli essenziali di assistenza sanitaria. Su tali farmaci si può applicare un ticket per confezione o per ricetta a discrezione delle Regioni. Rientrano in questa fascia anche quei farmaci che pur avendo più effetti terapeutici vengono prescritti soltanto per la cura di malattie specifiche con apposite note AIFA. Per esem-

pio alcuni antinfiammatori sono gratuiti solo se prescritte per alcuni tipi di artrosi, di gotta e di tumori.

Farmaci di classe C: sono a totale carico del cittadino cioè a pagamento. Non vengono considerati essenziali o comunque la loro efficacia non è adeguata al loro costo.

Farmaci di classe H: sono gratuiti solo se forniti o utilizzati dalle strutture sanitarie ospedaliere.

I farmaci senza obbligo di ricetta medica sono i medicinali che il paziente può acquistare senza ricetta (i cosiddetti farmaci da banco).

Si dividono in:

- Farmaci SOP (Senza Obbligo di Prescrizione), che il farmacista consiglia quando necessario. Per questi farmaci non è ammessa la pubblicità al pubblico.

- Farmaci OTC (Over The Counter) sono i farmaci da automedicazione che il cliente può acquistare liberamente in farmacia. Per questa categoria di farmaci è autorizzata la pubblicità al pubblico.

Note AIFA

Le note limitative prodotte dall'Agenzia Italiana del Farmaco (www.agenziafarmaco.it), sono uno strumento normativo volto a definire gli ambiti di rimborsabilità di alcuni medicinali. Originariamente pensate come strumento di governo della spesa farmaceutica, le Note sono progressivamente diventate un mezzo per assicurare l'appropriatezza d'impiego dei farmaci, orientando, in alcuni casi, le scelte terapeutiche a favore di molecole più efficaci e sperimentate. In questo senso, tra gli strumenti che regolano l'accesso ai

farmaci, le Note, più di altre norme, si ispirano ai criteri della medicina basata sulle prove di efficacia.

Prescrizione per la terapia del dolore

La normativa relativa alla prescrizione dei farmaci per la terapia del dolore ha di recente subito importanti evoluzioni.

I farmaci comunemente denominati oppiacei, che trovano impiego nella terapia del dolore, sono elencati nell'allegato III del DPR 309/30.

I farmaci di cui all'allegato III sono a loro volta distinti in due tabelle, la tabella IIA che comprende anche gli oppiacei iniettabili, la buprenorfina orale, il metadone e la tabella IID che, sostanzialmente, comprende gli altri oppiacei per uso orale e transdermico. I farmaci di cui alla tabella IIA possono essere prescritti con l'utilizzo del ricettario speciale a ricalco, oppure, quando siano utilizzati per la terapia del dolore, anche con l'utilizzo del ricettario del SSN.

In quest'ultimo caso deve essere riportato obbligatoriamente il codice di esenzione TDL (terapia del dolore severo nel corso di patologia neoplastica o degenerativa), codice che giustifica l'uso del ricettario del SSN, ammesso solo per la terapia del dolore e non per altre indicazioni, e esenta il paziente dal pagamento del ticket. Deve obbligatoriamente essere riportata la posologia. La prescrizione dei farmaci di cui alla tabella IIA, qualora effettuata non a carico del SSN o per indicazioni diverse dalla terapia del dolore, prevede obbligatoriamente l'utilizzo del ricettario a ricalco, che deve essere richiesto dal

medico all'ASL (viene distribuito dai Distretti).

I farmaci di cui alla tabella IID prevedono invece l'utilizzo della ricetta medica non ripetibile. Se prescritti a carico del SSN sono esenti dal ticket se viene riportata l'esenzione TDL. In tal caso è possibile la multiprescrizione per un quantitativo non superiore al fabbisogno di un mese. Non è obbligatorio riportare la posologia in tutte lettere.

Alcuni farmaci utilizzati nella terapia del dolore, quali l'associazione paracetamolo/codeina in formulazioni diverse dalle compresse secche o le associazioni paracetamolo/tramadololo, che sono classificate in classe C, cioè non prescrivibili a carico del SSN. Per questi farmaci non è tuttavia possibile la multiprescrizione a meno di una associata ed esplicitata esenzione per patologia pertinente: in questo caso è consentita la prescrizione di non più di tre confezioni.

Attestato o certificato di malattia

L'invio dei certificati di malattia deve avvenire unicamente online e riguarda tutti i lavoratori dipendenti, sia privati che pubblici, con esclusione dei dipendenti del settore pubblico disciplinati da propri ordinamenti (forze armate e di polizia, vigili del fuoco, ecc.). Il medico invia il certificato di malattia online direttamente all'INPS (anche se il lavoratore è iscritto a un altro ente previdenziale) e comunica al lavoratore il numero di protocollo del certificato trasmesso.

Al lavoratore, ove richiesto, resta l'obbligo di comunicare al proprio datore di lavoro il numero di protocollo del certificato.

Nel caso in cui il paziente dichiara di essersi assentato in giorni precedenti a quello della visita, il medico daterà il certificato al giorno della visita e da tale giorno formulerà la prognosi. Potrà riportare che il paziente "dichiara di essere ammalato dal ...", tenendo però presente che, ai fini del riconoscimento dell'indennità di malattia, viene riconosciuto solo il giorno precedente rispetto a quello della visita.

La trasmissione del certificato di malattia deve avvenire online entro 24 ore dalla visita attraverso un'apposita pagina web messa a disposizione dal sistema centrale (**www.sistemats.it**) ovvero con il proprio software gestionale. Eventuali rettifiche o annullamenti di certificati già inviati possono essere effettuati online entro le 24 ore successive alla trasmissione.

A ogni certificato inviato online viene assegnato un numero di protocollo, che il medico comunica al lavoratore.

Va infine precisato che la normativa prevede l'obbligo di rilasciare certificati di malattia sulla base di quanto desunto da visita medica e secondo le regole della buona pratica clinica. Pesanti sanzioni sono previste in caso di comportamenti difformi.

Il medico di continuità assistenziale è tenuto a rilasciare certificazione di malattia, se ne ravvisa la necessità, per una durata massima di tre giorni.

Certificazione

È l'attestazione scritta di fatti di carattere tecnico, constatati nell'esercizio professionale.

L'art. 24 del Codice Deontologico recita: "Il medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati. Egli è tenuto alla massima diligenza, alla più attenta e corretta registrazione dei dati e alla formulazione di giudizi obiettivi e scientificamente corretti.

Il certificato deve contenere il nome del paziente, il luogo, la data del rilascio, ovvero dell'accertamento diagnostico (visita) e, ovviamente, l'indicazione chiara e leggibile del medico che lo ha redatto, nonché la firma del medesimo. La data del certificato deve sempre coincidere con il giorno dell'avvenuto accertamento, costituendo, i certificati retrodatati o postdatati, casi evidenti di un falso rilevante anche in sede penale. Anche se redatto su foglio di ricettario personale, il certificato deve essere compilato in modo intellegibile e tale da non lasciare dubbi circa la provenienza soggettiva del documento.

Requisiti tipici e classici di un certificato sono:

Veridicità, si deve "testimoniare il vero" - obbligo di certificare sempre dopo l'accertamento clinico personalmente eseguito dal certificante. Necessità di distinguere i segni clinici obiettivi dai sintomi lamentati dal paziente, in quanto oggetto del certificato sono i fatti di natura tecnica e non già le lamentele soggettive.

Chiarezza, non solo chiarezza grafica (comprensibilità della scrittura), ma intelligibilità e chiarezza dei concetti espressi o dei fatti descritti. Evitare gli acronimi.

La redazione e rilascio del certificato avvengono a richiesta del paziente o del legale rappresentante dello stesso

(genitore nel caso del minore degli anni 18, tutore nel caso del soggetto interdetto per incapacità di intendere e di volere). La falsità in certificato, commessa da pubblici ufficiali o da esercenti un servizio di pubblica necessità, configura il reato di falso ideologico previsto agli artt. 479, 480 e 481 c.p.

Certificazione dell'attività sportiva non agonistica e amatoriale

La normativa vigente emanata con l'obiettivo di promuovere l'attività sportiva senza oneri aggiuntivi da parte dei pazienti e di non gravare sul sistema sanitario per accertamenti e certificazioni stabilisce che:

- non vi è alcun **obbligo di certificazione** per l'idoneità **all'attività amatoriale, intendendosi con questo termine** una attività ludico-motoria praticata da soggetti non tesserati a Federazioni sportive o Enti riconosciuti dal CONI, caratterizzata dall'essere ricreativa, occasionale o non occasionale, finalizzata al raggiungimento e mantenimento del benessere psicofisico della persona sia essere individuale o collettiva.

Tuttavia potrebbe accadere che, anche quando non è più necessario il certificato medico, i gestori di palestre e piscine continuino a richiederlo, allo scopo di tutelarsi. I medici sono in effetti tenuti a rilasciarlo, anche se è giusto fare presente all'assistito che non è più obbligatorio.

- Vi è l'obbligo di certificazione **per l'attività sportiva non agonistica**, che è quella praticata da:

- alunni che svolgono attività sportive organizzate dalla scuola nell'ambito delle attività parascolastiche;

- coloro che svolgono attività organizzate dal CONI e dagli Enti e Federazioni riconosciute dal CONI, ma non devono essere riconosciuti come atleti agonisti (secondo i criteri del DM18 febbraio 1982);

- coloro che partecipano ai giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale.

L'idoneità viene rilasciata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, relativamente ai propri assistiti e dal medico specialista di medicina dello sport presso gli ambulatori delle ASL o i centri privati autorizzati. Per il certificato è obbligatoria la visita con valutazione clinico-anamnestica. Eventuali accertamenti o consulenze di secondo livello utili al rilascio dell'idoneità sono demandate al giudizio clinico del medico certificatore. La periodicità della certificazione è annuale.

Fatture/Parcelle

Sulle fatture/parcelle occorre indicare: la data di emissione; il numero progressivo univoco; il nominativo, la residenza o il domicilio e il numero di partita IVA del medico; il nominativo, la residenza o il domicilio e il codice fiscale del paziente/cliente privato; la natura, la qualità e la quantità della prestazione resa; il prezzo della prestazione; la disposizione che stabilisce l'esenzione della prestazione o l'imponibile, l'aliquota IVA e l'ammontare dell'imposta per le prestazioni eventualmente imponibili. Per i contribuenti che nell'anno solare precedente hanno realizzato un volume d'affari non superiore a 400.000 Euro è consentito l'utilizzo di un bollettario "madre-figlia". In tal caso la bolletta deve avere il contenuto pre-

visto per la fattura. Sull'originale della fattura emessa nell'ambito delle prestazioni sanitarie è richiesta l'apposizione della marca da bollo da 2 Euro sull'esemplare originale del documento consegnato al cliente se l'onorario è superiore a 77,47 Euro. In base alla normativa sull'antiriciclaggio, i pagamenti per importi pari o superiori a 1.000,00 Euro non possono avvenire in contanti, ma devono essere effettuati con "mezzi tracciabili" (bonifico bancario, assegno, etc.).

Esenzione IVA delle prestazioni mediche

La normativa fiscale prevede che sono esenti le "prestazioni sanitarie di diagnosi, cura e riabilitazione rese alla persona nell'esercizio delle professioni sanitarie e arti soggette a vigilanza". Con riguardo alle predette prestazioni la fattura/parcella deve riportare, pertanto, la dicitura "Operazione esente ai sensi dell'articolo 10 numero 18 del D.p.r. 633/1972".

I bollettari medici riportano già, normalmente, la predetta o analoga dicitura prestampata.

Secondo l'interpretazione offerta dalla Corte di Giustizia Europea l'esenzione compete per le sole prestazioni mediche finalizzate alla tutela, alla prevenzione, al mantenimento o al recupero della salute rese alla persona.

Sono considerate imponibili, al contrario, a titolo esemplificativo: le prestazioni rivolte all'A.s.l., le consulenze medico legali per il riconoscimento di una pensione di invalidità o di guerra, l'effettuazione di esami medici finalizzati a quantificare un danno nelle controversie giudiziali o un premio assicurativo.

Area medicina convenzionata

L'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni disciplina l'accesso a questa area della medicina.

Il rapporto di lavoro autonomo convenzionato per l'esercizio delle attività professionali è relativo ai settori di:

- 1. assistenza primaria;**
- 2. continuità assistenziale - guardia medica;**
- 3. medicina dei servizi territoriali;**
- 4. emergenza sanitaria;**

Predisposizione graduatorie

Le graduatorie di settore sono predisposte, per l'attribuzione dell'incarico ai medici richiedenti, ogni anno dall'Assessorato alla Sanità della Regione. La domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale viene presentata una sola volta, mentre annualmente vengono presentate domande integrative dei titoli aggiuntivi.

Per essere inseriti nelle graduatorie i medici devono presentare o inviare la domanda entro il **31 gennaio**.

Le graduatorie hanno validità annuale. I medici che aspirano all'iscrizione nelle graduatorie devono possedere l'attestato di formazione (se abilitati dopo il 31/12/1994) ed essere iscritti all'Albo Professionale.

Le graduatorie stesse sono rese pubbliche entro il 30 settembre di ogni anno sul Bollettino Ufficiale della Regione.

Titoli per la formazione delle graduatorie (art. 16)

Sono valutabili ai fini della redazione delle graduatorie: titoli accademici e di servizio posseduti al 31 dicembre dell'anno precedente.

1. Titoli accademici e di studio: voto di diploma di laurea, specializzazione o libera docenza in medicina generale o discipline equipollenti;
2. Titoli di servizio: attività di servizio svolte come sostituzioni di Medico di Medicina Generale (MMG) e Pediatra di Libera Scelta (PLS), come incarico nelle emergenze sanitarie, nella medicina dei servizi, nelle attività territoriali programmate, nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, come servizio prestato presso aziende termali, o nell'assistenza sanitaria alle carceri.

L'attività lavorativa può essere svolta sia in Italia sia nei Paesi dell'Unione Europea.

È titolo di servizio anche il servizio militare di leva o servizio civile volontario svolto dopo il conseguimento della laurea in medicina.

Assistenza Primaria

Si accede agli incarichi a seguito pubblicazione sul bollettino ufficiale della Regione Liguria delle zone carenti di assistenza primaria individuate alla data del 1° marzo e del 1° settembre dell'anno in corso dalle ASL liguri.

Possono concorrere alle località carenti i medici già titolari di un rapporto di

medico di assistenza primaria per trasferimento o tramite graduatoria regionale di settore.

Compito del medico di assistenza primaria è la tutela della salute degli assistiti che ha in carico nel rispetto di quanto previsto dai livelli essenziali e uniformi di assistenza (LEA).

Continuità assistenziale Guardia Medica

Nei periodi Aprile-Ottobre di ogni anno la regione Liguria pubblica sul bollettino ufficiale le ore carenti di continuità assistenziale individuate dalle ASL liguri, a cui possono partecipare coloro che sono inserite nella graduatori di settore.

I medici afferenti al servizio, vicarianti del medico di assistenza primaria e del pediatra di libera scelta, garantiscono le prestazioni ritenute non differibili, la notte e nei giorni festivi e prefestivi attraverso consigli telefonici, visite ambulatoriali (ove previsto) e domiciliari e coprono tutta la popolazione in ogni fascia d'età, residenti e non, e stranieri anche senza permessi di soggiorno. I medici della continuità assistenziale operanti nei poli sono coordinati da una centrale operativa. L'incarico viene assegnato con un impegno orario di 24 ore settimanali sino ad un massimo di 38 ore settimanali in caso di indisponibilità di medici.

L'incarico di 24 ore/settimana è compatibile con un incarico di medico di assistenza primaria e di pediatra di libera scelta con una limitazione del numero di scelte rispettivamente a 650 (assistenza primaria) e 350 (pediatria di libera scelta).

Medicina dei servizi Emergenza Sanitaria

Le attività della medicina dei servizi territoriali sono espletate utilizzando ad esaurimento i medici già incaricati a tempo indeterminato. Sono attività a rapporto orario e rese nell'ambito dei servizi per la tossicodipendenza, di igiene pubblica, di igiene mentale, di medicina fiscale in conformità con le indicazioni della programmazione regionale o aziendale.

L'emergenza sanitaria territoriale

Ogni azienda procede annualmente, entro i mesi di marzo e settembre, alla verifica degli organici in dotazione al servizio al fine di individuare le ore eventualmente carenti.

Individuata la vacanza di un incarico la ASL, ne dà comunicazione alla Regione Liguria per la successiva pubblicazione sul bollettino ufficiale.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati i medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione.

Gli incarichi a tempo indeterminato sono conferiti per 38 ore settimanali e presso una sola azienda.

Il medico incaricato opera di norma nelle sedi di lavoro sottoelencate:

1. Centrali operative.
2. Postazioni fisse o mobili di soccorso avanzato e punti di primo intervento.
3. PS/D.E.A.

Pediatria di libera scelta

L'attività del Pediatra di famiglia nei rapporti di lavoro libero-professionale con il SSN è disciplinata dall'Accordo

collettivo Nazionale (attualmente in vigore ACN, 27 maggio 2009) ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni.

I pediatri da incaricare (**ACN 2009 art. 8**) sono tratti da graduatorie uniche per titoli, predisposte annualmente a livello regionale, a cura del competente Assessorato alla Sanità.

Le Regioni possono adottare, nel rispetto delle norme di cui al presente Accordo, procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari alla formazione delle graduatorie. La domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale viene presentata una sola volta, ed è valida fino a revoca da parte del pediatra, mentre annualmente vengono presentate domande integrative dei titoli, aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente allegati.

Ai fini dell'inclusione nella relativa graduatoria annuale i pediatri devono presentare o inviare, con plico raccomandato entro il termine del 31 gennaio, all'Assessorato alla Sanità della Regione, o ad altro soggetto individuato dalla Regione, in cui intendono prestare la loro attività, una domanda conforme ai requisiti richiesti.

La graduatoria è resa pubblica entro il 30 settembre sul Bollettino Ufficiale della Regione ed entro 30 giorni dalla pubblicazione i pediatri interessati possono presentare all'Assessorato regionale alla sanità istanza di riesame della loro posizione in graduatoria.

La graduatoria regionale è approvata e pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione in via definitiva entro il 31 dicembre dall'Assessorato regionale alla Sanità. La graduatoria ha validità di un anno a partire dal 1° gennaio del-

l'anno al quale è riferita, ed è utilizzata comunque per la copertura degli incarichi rilevati come vacanti nel corso dell'anno di validità della graduatoria medesima.

Sostituzioni

Come offrire la propria disponibilità per le sostituzioni dei medici di medicina generale

Lasciare il nominativo ed il numero di telefono alla segreteria dell'Ordine dei Medici.

Analogamente comunicare la disponibilità ai Distretti ASL.

Modulo di sostituzione

Accettando di sostituire un medico di medicina generale o un pediatra per un periodo superiore ai 3 giorni, al collega verrà chiesto di firmare un modulo da mandare alla ASL. Ricordarsi che questa comunicazione sarà utile ai fini del punteggio, per cui si consiglia di conservarne una fotocopia.

Ricordiamo che il Medico sostituito ha le stesse identiche potestà certificative e prescrittive del Medico titolare.

Compiti del Medico di Medicina Generale

Il Medico di medicina generale garantisce l'assistenza nelle ore diurne (dalle 8.00 alle 20.00) di tutti i giorni infrasettimanali, assicurando un'attività ambulatoriale organizzata su almeno 5 giorni. Nei giorni prefestivi, l'ambulatorio deve essere tenuto solo se previsto durante la mattina; qualora fosse previsto invece in orario pomeridiano, non verrà effettuato, ma, fino alle ore 10.00, il medico deve essere reperibile al telefono per eventuali richieste di

visite domiciliari (dopo tale orario entra infatti in servizio la Continuità Assistenziale).

Attualmente, tuttavia, per accordi regionali, in Liguria non è prevista la reperibilità sino alle ore 10 del sabato e dei giorni prefestivi.

La visita domiciliare deve essere eseguita di norma nel corso della stessa giornata, ove la richiesta pervenga entro le ore 10.00; se invece, la richiesta pervenga dopo tale orario, la visita dovrà essere effettuata entro le ore 12.00 del giorno successivo.

La visita domiciliare è da riservarsi ai pazienti non trasportabili (per es. la febbre non è un criterio di intrasportabilità); differentemente, la visita domiciliare è a pagamento previa comunicazione al paziente.

Gli accordi regionali prevedono per le forme associative e per i singoli medici alcune forme opzionali di disponibilità e di impegno orario. Il medico sostituto deve garantire, nel caso, tali standard aggiuntivi, secondo quanto concordato con il medico sostituito.

Tra i compiti del medico di medicina generale rientrano le visite domiciliari programmate, che si chiamano ADI e ADP.

Tali prestazioni sono pagate al medico di medicina generale dalla ASL in modo aggiuntivo.

Si consiglia inoltre di procurarsi un timbro che riporti: nome e cognome, qualifica, codice fiscale e/o numero di partita IVA, indirizzo, numero di telefono e un blocchetto delle ricevute sanitarie, per il pagamento dei certificati (vedi sotto).

Per quanto riguarda la borsa del medico si consiglia inoltre di avere almeno un fonendoscopio, uno sfigmomanometro, un otoscopio (che può

servire anche da luce per l'ispezione del cavo orale) e alcuni farmaci per le urgenze.

Compensi per il sostituto del medico di medicina generale

Il calcolo per il compenso si effettua come da allegato C della convenzione.

Area dirigenza sanitaria del SSN

Premessa

Il medico che si affaccia alla professione, in particolare entrando in una struttura pubblica quale Dirigente del Servizio Sanitario Nazionale, si troverà confrontato a numerosi dubbi e problematiche inerenti ai suoi diritti e doveri contrattuali. Tutte queste norme sono raccolte nel Contratto Collettivo Nazionale (CCNL) e sue successive approvazioni.

Invitiamo a leggerlo con accuratezza, unito al Codice Deontologico, poiché insieme raccolgono tutte quelle norme indispensabili al corretto svolgimento della professione di dirigente medico del SSN.

Le informazioni presenti in questo Vademecum raccolgono una sintesi di quegli argomenti che risultano più utili a chi incomincia un nuovo percorso lavorativo e sono estratti da successivi Contratti Collettivi Nazionali della Dirigenza Medica per cui si rimanda ad essi per eventuali approfondimenti (vedi portale dell'OMCeOSV).

Questa parte del Vademecum potrà essere motivo di revisioni successive per ulteriori ampliamenti e adattamenti ad eventuali variazioni dei CCNL.

Il Tesoriere dell'OMCeOSV Federico Baricalla, nonché dirigente medico del SSN presso l'ASL 2, che ha redatto questo argomento del Vademecum, rimane comunque a disposizione per dare ulteriori chiarimenti ed informazioni (potete lasciare presso l'Ordine il numero di telefono, per essere richiamati o inviare una mail all'Ordine alla sua attenzione).

Per quanto concerne la parte normativa si fa riferimento al **CCNL** attuale, che è quello del **periodo 2006-2009**, attualmente non ancora decaduto ma prorogato annualmente.

I precedenti che raccolgono alcune norme, mantenute nell'attuale, sono i CCNL: *1994-1997, 1998-2001, 2002-2005*.

Per quanto riguarda gli aspetti economici si rimanda alle informazioni controllabili con ricerche su internet o tramite i sindacati della Dirigenza Medica, poiché esula dallo scopo dell'attuale vademecum.

Campo di applicazione (Vedi CCNL, art. 1)

Il CCNL si applica a tutti i Dirigenti medici ed odontoiatri assunti nelle Aziende Sanitarie in tutte le loro articolazioni (Dipartimenti, Distretti, Presidi Ospedalieri, Unità operative, Servizi, Strutture organizzative semplici o complesse).

Concorso e contratto (Vedi CCNL 08/06/2000, art. 13)

Le Aziende dotate di posti vacanti pubblicano il bando di concorso sul B.U.R. e, per estratto, sulla Gazzetta Ufficiale. Nel bando sono indicate le seguenti informazioni:

- numero di posti disponibili,
- numero di posti eventualmente riservati da Leggi speciali a particolari soggetti,
- modalità delle prove,
- fac-simile di domanda di ammis-

sione.

La scadenza del bando sarà dopo 30 giorni dalla pubblicazione sulla G.U.

L'assunzione dei Dirigenti avviene dopo l'espletamento di un pubblico concorso per titoli ed esami a norma dei DD.PP.RR. 483 e 484 del 1997.

I requisiti per espletare il concorso sono:

- cittadinanza italiana o di Paese U.E.;
- idoneità fisica;
- laurea in Medicina e Chirurgia o Odontoiatria;
- specializzazione nella disciplina oggetto del concorso od equipollenti;
- iscrizione all'Albo Professionale.

Per concorrere all'incarico di Direttore di Struttura Complessa sono richieste la Specializzazione e un'anzianità di servizio di sette anni oppure un'anzianità di servizio di dieci anni; inoltre è necessario l'attestato di "formazione manageriale" conseguibile con la frequenza ad appositi corsi istituiti dal Ministero della Sanità o la loro effettuazione entro un periodo preciso dalla firma del contratto individuale, pena la sua decadenza.

La fase concorsuale si avvia con la nomina, da parte del Direttore Generale, della Commissione esaminatrice, la quale stabilisce preliminarmente criteri e modalità di valutazione, nonché durata e modalità di svolgimento delle prove.

Il Concorso si articola in 3 prove: scritta (30 punti), pratica (30 punti), orale (20 punti). I titoli (formativi, professionali e scientifici) concorrono al punteggio finale al massimo con 20 punti.

Al termine delle prove viene pubblicata una graduatoria di merito dei vincitori, che rimane valida per 18 mesi.

Il vincitore è tenuto a presentare all'Azienda - entro 30 giorni - la docu-

mentazione prescritta dalla normativa vigente.

Il contratto individuale è regolato da disposizioni di legge, da normative comunitarie, dal CCNL e richiede la forma scritta. In esso sono comunque indicati:

- tipologia del rapporto di lavoro (a tempo indeterminato o determinato);
- data di inizio del rapporto di lavoro e data finale nei contratti a tempo determinato;
- area e disciplina di appartenenza;
- incarico conferito e relativa tipologia (indicate nell'art. 27), obiettivi generali da conseguire;
- durata dell'incarico stesso che è sempre a termine;
- modalità di effettuazione delle verifiche, valutazioni e soggetti deputati alle stesse;
- trattamento economico;
- indennità di esclusività del rapporto nella misura spettante;
- periodo di prova ove previsto;
- sede di destinazione.

Nella stipulazione dei contratti individuali le aziende non possono inserire clausole peggiorative dei CCNL o in contrasto con norme di legge.

Le tipologie degli incarichi sono contenute nel CCNL 08/06/2000, art. 27:

- incarico di direzione di Struttura Complessa (compreso l'incarico di Direttore di Dipartimento, di Distretto Sanitario, di Presidio Ospedaliero);
- incarico di direzione di Struttura Semplice;
- incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo;
- incarichi di natura professionale conferibili ai Dirigenti con meno di

cinque anni di attività.

Periodo di prova (vedi CCNL 08/06/2000, art. 14):

vi sono sottoposti i neo-assunti in qualità di Dirigenti o coloro che, pur già essendolo, cambino area o disciplina di appartenenza. Sono esonerati i Dirigenti che lo abbiano già superato presso altra Azienda o Ente, nella medesima qualifica e disciplina.

Il periodo di prova dura 6 mesi. Ai fini del suo completamento si tiene conto del solo servizio effettivo prestato (ad esempio viene sospeso per malattia).

Decorsi 3 mesi, ciascuna delle parti può recedere senza obbligo di preavviso. Decorsi 6 mesi il Dirigente si intende confermato in servizio, con riconoscimento dell'anzianità dal giorno dell'assunzione a tutti gli effetti.

Tipologia del rapporto di lavoro (vedi CCNL, art. 10)

Il rapporto di lavoro della dirigenza medica delle ASL può essere esclusivo o non esclusivo (legge 26/05/04 n. 138).

Il dirigente medico può optare ogni anno entro il 30 novembre per l'una o l'altra modalità di rapporto, con decorrenza al 1° gennaio dell'anno successivo.

Il passaggio dei Dirigenti al rapporto di lavoro non esclusivo non preclude il mantenimento o il conferimento di incarico di Direttore di Struttura Semplice o Complessa.

L'art. 54 CCNL 08/06/2000 autorizza il personale medico che ha scelto il rapporto esclusivo a poter svolgere l'attività libero-professionale all'interno dell'Azienda (intramoenia).

L'attività può essere ambulatoriale, di diagnostica strumentale, di day-hospital, day-surgery o anche di ricovero.

Tale attività va svolta in strutture idonee, spazi distinti e fuori dell'orario di servizio e non deve essere in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell'Azienda.

L'Art. 55 CCNL 08/06/2000 invece permette alle Aziende Sanitarie di autorizzare i propri Dirigenti medici a poter svolgere la libera professione anche in studi professionali privati o in strutture private non accreditate, fintanto che le stesse non abbiano realizzato spazi idonei.

Il Dirigente è tenuto a inviare una richiesta con comunicazione della modalità di effettuazione, sede, impegno orario complessivo, e definizione delle tariffe. La fatturazione avverrà su bollettario dell'Azienda ed il Dirigente dovrà versare alla stessa entro 15 giorni i proventi, dopo aver detratto una quota di sua spettanza non superiore al 50%, a titolo di acconto.

Per quanto concerne i Dirigenti medici, che optano per l'esercizio della libera professione in regime di extramoenia, necessitano dell'apertura di una partita IVA e seguono normative fiscali come altre professioni liberali, quali avvocati, architetti, ecc, ma con alcune peculiarità in tema di detrazioni.

Il dirigente medico extramoenia potrà svolgere questa attività in qualsiasi struttura, purché non accreditata, e non in orario di lavoro. Non dovrà corrispondere all'azienda alcuna quota dell'attività svolta.

Tra il rapporto esclusivo e non esclusivo non sussistono diversità nell'impegno di orario settimanale, di turni lavorativi, di turni guardia e di altri

obblighi ma l'unica differenza riguarda la riduzione del trattamento economico per il medico in regime di extramoenia con la non corrispondenza della quota di esclusività.

Obblighi del dirigente (CCNL Integrativo 2006 - 2009 Art. 6)

Il dirigente conforma la sua condotta ai principi di diligenza e fedeltà di cui agli artt. 2104 e 2105 del Codice Civile e contribuisce alla gestione della cosa pubblica con impegno e responsabilità. Il comportamento del dirigente è improntato al perseguimento dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi istituzionali nella primaria considerazione delle esigenze dei cittadini utenti, operando costantemente nel pieno rispetto del Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni, allegato al CCNL del 3.11.2005, di cui si impegna a osservare tutte le disposizioni nonché dei codici di comportamento adottati dalle Aziende ai sensi dell'art. 54, comma 5 del d.lgs. 165/2001 e di quanto stabilito nelle Carte dei Servizi.

Il dirigente, tenuto conto della necessità di garantire la migliore qualità del servizio, deve, in particolare:

a) assicurare il rispetto della legge, con riguardo anche alle norme regolatrici del rapporto di lavoro, nonché delle disposizioni contrattuali, nonché l'osservanza delle direttive generali e di quelle impartite dall'Azienda e perseguire direttamente l'interesse pubblico nell'espletamento dei propri compiti e nei comportamenti che sono posti in essere dando conto dei risultati conseguiti e degli obiettivi raggiunti;

b) non utilizzare a fini privati le informazioni di cui disponga per ragioni d'ufficio;

c) nello svolgimento della propria attività, mantenere una condotta uniformata a principi di correttezza e di collaborazione nelle relazioni interpersonali, all'interno dell'Azienda con gli altri dirigenti e con gli addetti alla struttura, astenendosi, in particolare nel rapporto con gli utenti, da comportamenti lesivi della dignità della persona o che, comunque, possono nuocere all'immagine dell'Azienda;

d) nell'ambito della propria attività, mantenere un comportamento conforme al proprio ruolo, organizzando ed assicurando la presenza in servizio correlata alle esigenze della propria struttura ed all'espletamento dell'incarico affidato, nel rispetto della normativa contrattuale e legislativa vigente;

e) astenersi dal partecipare, nell'espletamento delle proprie funzioni, all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere direttamente o indirettamente interessi finanziari o non finanziari propri, del coniuge, dei parenti e degli affini fino al quarto grado e dei conviventi;

f) sovrintendere, nell'esercizio del proprio potere direttivo, al corretto espletamento dell'attività del personale, anche di livello dirigenziale, assegnato alla struttura cui è preposto, nonché al rispetto delle norme del codice di comportamento e disciplinare, ivi compresa l'attivazione dell'azione disciplinare, secondo le disposizioni vigenti;

g) informare l'Azienda di essere stato rinviato a giudizio o che nei suoi confronti è esercitata l'azione penale, quando per la particolare natura dei

reati contestati al dirigente si possono configurare situazioni di incompatibilità ambientale o di grave pregiudizio per l'Azienda;

h) astenersi dal chiedere o accettare omaggi o trattamenti di favore, se non nei limiti delle normali relazioni di cortesia e salvo quelli d'uso, purchè di modico valore;

i) garantire, per quanto nei suoi poteri e nei suoi obblighi, il massimo rispetto dei compiti di vigilanza, operatività e continuità dell'assistenza al paziente nell'arco delle 24 ore, nell'ambito delle funzioni assegnate al dirigente, nel rispetto dalla normativa contrattuale vigente;

j) assicurare la massima diligenza nella compilazione e tenuta e controllo delle cartelle cliniche, referti e risultanze diagnostiche;

k) rispettare le norme di legge, contrattuali ed aziendali in materia di espletamento dell'attività libero professionale;

l) rispettare le leggi vigenti in materia di attestazione di malattia e di certificazione per l'assenza per malattia;

m) assolvere diligentemente e prontamente agli obblighi a lui ascrivibili in merito alla certificazione delle assenze per malattia.

Il dirigente è tenuto comunque ad assicurare il rispetto delle norme vigenti in materia di segreto d'ufficio, riservatezza e protezione dei dati personali, trasparenza ed accesso all'attività amministrativa, informazione all'utenza, autocertificazione, protezione degli infortuni e sicurezza sul lavoro, nonché di divieto di fumo.

In materia di incompatibilità, resta fermo quanto previsto dall'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001, anche con riferimento all'art. 1, comma 60 e segg. della

legge 662 del 1996. L'art. 14 del CCNL del 17 ottobre 2008 è disapplicato.

Sanzioni e procedure disciplinari (vedi CCNL Integrativo 2006 - 2009 Art. 7)

Le violazioni, da parte dei dirigenti, degli obblighi disciplinati nell'art. 6 (obblighi del dirigente), secondo la gravità dell'infrazione, previo procedimento disciplinare, danno luogo all'applicazione delle seguenti sanzioni:

a) censura scritta;

b) sanzione pecuniaria;

c) sospensione dal servizio con privazione della retribuzione, secondo le previsioni dell'art. 8 (codice disciplinare);

d) licenziamento con preavviso;

e) licenziamento senza preavviso.

Per l'individuazione dell'autorità disciplinare competente per i procedimenti disciplinari della dirigenza e per le forme e i termini del procedimento disciplinare, trovano applicazione le previsioni dell'art. 55 bis del d.lgs. 165/2001.

Per le infrazioni di minore gravità fino alla sospensione dal servizio non superiore a dieci giorni, il titolare del potere disciplinare, ai sensi dell'art. 55/bis, comma 2, è il dirigente responsabile della struttura cui l'interessato è formalmente assegnato. Per le infrazioni punibili con sanzioni più gravi della sospensione dal servizio per più di dieci giorni, il procedimento disciplinare viene svolto dall'ufficio competente per i procedimenti disciplinari ai sensi dell'art. 55/bis, comma 4.

Nei casi stabiliti dall'art. 55, comma 4 del d.lgs. n. 165 del 2001, il soggetto

competente ad assumere le determinazioni conclusive del procedimento disciplinare è il direttore generale o chi da lui delegato.

Nell'ambito del procedimento disciplinare previsto dall'art. 55/bis del d.lgs. 165/2001 come introdotto dal d.lgs. n. 150/2009, la contestazione dell'addebito deve essere specifica e tempestiva, nel rispetto dei termini temporali previsti dalla legge, nonché contenere l'esposizione chiara e puntuale dei fatti in concreto verificatisi, al fine di rendere edotto il dirigente degli elementi a lui addebitati e consentire allo stesso di esercitare il diritto di difesa.

Non può tenersi conto, ai fini di altro procedimento disciplinare, delle sanzioni disciplinari, decorsi due anni dalla loro applicazione.

I provvedimenti cui al presente articolo non sollevano il dirigente dalle eventuali responsabilità di altro genere nelle quali egli sia incorso, compresa la responsabilità dirigenziale, che verrà accertata nelle forme previste dal sistema di valutazione.

È presente nell'ultimo CCNL il codice disciplinare (CCNL Integrativo 2006 - 2009 Art. 8) che disciplina e gradua le sanzioni e che si invita a leggere.

Si è ritenuto non indicato inserirlo in questo Vademecum.

Orario di servizio (vedi CCNL, art. 14 e 15)

L'orario di servizio dei Dirigenti Medici è di 38 ore settimanali, di cui quattro riservate ad attività non assistenziali (aggiornamento, didattica, ricerca). L'orario, mediante opportuna turnazione all'interno della struttura di appartenenza, va a coprire le 12 ore

diurne. In alcuni servizi, per scelta Aziendale o per obbligo di normative (ex. Servizio di Rianimazione, PS), l'orario si articolerà sulle tutte le 24 ore.

Le ore di didattica possono essere accumulate e servire per effettuare delle assenze per corsi di aggiornamento.

L'orario di lavoro dei Dirigenti di Struttura Complessa non è definito, ma devono garantire la propria presenza ed articolare l'orario in modo flessibile per correlarlo alle esigenze della struttura a cui sono preposti nonché per svolgere attività di aggiornamento, didattica e ricerca.

Lavoro straordinario (vedi CCNL 1998 - 2001 Integrativo Art. 28)

Il lavoro straordinario non può essere utilizzato come fattore ordinario di programmazione del lavoro. Le relative prestazioni hanno carattere eccezionale e devono rispondere ad effettive esigenze di servizio.

Le prestazioni di lavoro straordinario sono consentite ai soli dirigenti sanitari per i servizi di guardia e di pronta disponibilità previsti nonché per altre attività non programmabili.

Esse possono essere compensate, a domanda del dirigente, con riposi sostitutivi da fruire compatibilmente con le esigenze del servizio, di regola, entro il mese successivo, e tenuto conto delle ferie maturate e non fruiti.

Le ore di straordinario hanno una specifica retribuzione economica se maturate in orario diurno o notturno.

Servizio di guardia (vedi CCNL, art. 16)

Nelle ore notturne e nei giorni festivi viene garantito il principio di continuità assistenziale ove specificatamente necessario per organizzazione aziendale e normativa sui requisiti minimi per le strutture sanitarie. In genere è prevista una turnazione H24 nei servizi collegati alla rete dell'emergenza come pronto soccorso, rianimazione, eventualmente 118 per medici dipendenti. Sussiste un servizio di guardia medica di unità operativa (es. Cardiologia, radiologia, ecc.) o tra Unità Operative appartenenti ad aree omogenee (es. Area medica, chirurgica, ecc.) a seconda delle dotazioni organiche e scelte aziendali.

Nel rispetto dei principi generali di sicurezza e salute dei dirigenti e al fine di preservare la continuità assistenziale, le aziende definiscono, in sede di contrattazione integrativa, ai sensi dell'art. 4, comma 4 del CCNL del 3 novembre 2005, modalità di riposo nelle ventiquattro ore, atte a garantire idonee condizioni di lavoro ed il pieno recupero delle energie psicofisiche dei dirigenti, nonché prevenire il rischio clinico.

In tale ambito, al fine di conformare l'impegno di servizio al ruolo e alla funzione dirigenziale, la contrattazione dovrà prevedere, in particolare, dopo l'effettuazione del servizio di guardia notturna o della turnazione notturna, la fruizione immediata, in ambito diurno, di un adeguato periodo di riposo obbligatorio e continuativo, in misura tale da garantire l'effettiva interruzione tra la fine della prestazione lavorativa e l'inizio di quella successiva; nella maggioranza delle

Asl è conseguentemente obbligatorio il cosiddetto "smonto notte", cioè la fruizione di un periodo di riposo obbligatorio continuativo di minimo 12 ore a partire dalle 8 successive al turno di notte.

Il servizio di guardia medica è svolto all'interno dell'orario di lavoro, ma è soggetto a retribuzione aggiuntiva.

Il servizio di guardia spetta a tutti i Dirigenti, compreso quelli con incarico di struttura semplice, ma ne sono esenti quelli di Struttura Complessa.

Ne sono esenti quei Dirigenti in cui è stato riconosciuta, da parte del medico competente, la sopraggiunta inidoneità fisica al lavoro notturno per motivi di salute (art. 28 del CCNL 5 dicembre 1996 e art. 6, comma 1, del D. Lgs. 532/1999).

Il dirigente sarà comunque assegnato ad altra attività o ad altri turni di servizio da espletarsi nell'ambito della disciplina di appartenenza.

Pronta disponibilità (vedi CCNL, art. 17)

Nei servizi in cui non è presente un servizio di guardia (es. Strutture Complesse specialistiche) o se è necessario di disporre di personale medico aggiuntivo in caso di grave necessità (es. in ambito del servizio di rianimazione per trasporti di pazienti gravi in altra struttura, nel servizio di anestesista per concomitanza di interventi urgenti, ecc) è istituito un servizio di pronta disponibilità.

Esso è caratterizzato dalla immediata reperibilità del Dirigente e dall'obbligo di raggiungere il presidio nel tempo utile, allo scopo di far fronte alle situazioni di emergenza. Su questo aspet-

to del tempo utile a raggiungere la struttura sanitaria sussistono varie interpretazioni comunque è considerato buona norma rimanere entro i 30 minuti.

Sono obbligati a svolgere la pronta disponibilità tutti i Dirigenti, salvo quelli di Struttura Complessa e ne sono anche esclusi per le sole ore notturne quei dirigenti medici che hanno riconosciuto il periodo successivo alla nascita di un figlio, fino al compimento dell'anno di età.

I turni sono di norma di 12 ore (eventuali 24 ore nei giorni festivi) e danno luogo al pagamento di una indennità. In alcune specifiche realtà di fronte a organici ridotti e per scelta aziendale possono essere presenti turnazioni anche nelle ore diurne, in particolare pomeridiane.

Di norma non si devono effettuare più di 10 turni al mese (generalmente viene considerato un turno quello notturno, due turni il festivo e mezzo turno il pomeridiano).

I turni danno diritto ad un compenso economico.

In caso di chiamata, l'attività sarà compensata con recupero orario o con retribuzione straordinaria.

I turni di pronta disponibilità dei giorni festivi, danno luogo ad una giornata di recupero compensativo.

Copertura assicurativa (vedi CCNL, art. 21)

Le Aziende assicurano ai dirigenti medici, come da CCNL, una adeguata copertura assicurativa per la responsabilità civile, tramite stipula di un contratto con una compagnia assicurativa o come in Liguria in regime di "autoas-

sicurazione", cioè con la creazione di un fondo regionale preposto al risarcimento dei danni.

Questa assicurazione copre tutte le loro attività istituzionali, inclusa anche la libera professione intramuraria, anche se effettuata presso strutture extra aziendali purché regolarmente autorizzate dall'azienda.

Nella copertura assicurativa sono comprese le spese di giudizio.

Dall'assicurazione aziendale ne è esclusa la libera professione extramoenia per cui il dirigente è obbligato, o comunque è fortemente consigliato, a stipulare una assicurazione con una buona copertura per quanto concerne i massimali.

Da recenti norme sancite nel 2012 nel "decreto Balduzzi" l'assicurazione si è resa obbligatoria per tutti i medici, ma nei mesi successivi sono state effettuate numerose sospensioni e rinvii in merito per cui sussiste una notevole variabilità e incertezza in merito per cui è d'obbligo al medico informarsi quasi di mese in mese se vi saranno modifiche in merito.

Se durante l'iter procedurale per richiesta danni in ambito istituzionale (o intramoenia), dovesse essere evidenziato dolo o colpa grave, il risarcimento sarà a carico del dirigente medico per cui è consigliabile la stipula di una assicurazione che copra questa eventualità, preferibilmente con aggiunta della copertura per le spese legali.

Per ulteriori informazioni sull'assicurazione consigliamo di leggere la parte specifica sulle assicurazioni presente nel Vademecum.

Riposo settimanale (vedi CCNL 94 - 97 primo biennio Art. 21)

In relazione all'assetto organizzativo dell'azienda o ente e all'orario di lavoro di cui all'art.17, il riposo settimanale coincide di norma con la giornata domenicale.

I riposi settimanali spettanti a ciascun Dirigente sono fissati in numero di 52 all'anno. In tale numero non sono conteggiate le domeniche ricorrenti durante i periodi di assenza per motivi diversi dalle ferie.

Ove non possa essere fruito nella giornata domenicale, il riposo settimanale deve essere fruito avendo riguardo alle esigenze di servizio. Il riposo settimanale non è rinunciabile e non può essere monetizzato.

La festività nazionale e quella del Santo Patrono coincidenti con la domenica non danno luogo a riposo compensativo né a monetizzazione. Nei confronti dei soli Dirigenti che, per assicurare il servizio prestano la loro opera durante la festività nazionale coincidente con la domenica esso potrà essere fruito sempre avendo attenzione all'organizzazione di servizio.

Ferie e festività (vedi CCNL 94 - 97 primo biennio Art. 20)

Il Dirigente ha diritto, in ogni anno di servizio, ad un periodo di ferie retribuito pari a 32 giorni lavorativi, più 4 giorni di festività "soppresse".

Nel caso che presso la struttura cui il Dirigente è preposto o assegnato l'orario settimanale di lavoro sia articolato su cinque giorni, il sabato è considerato non lavorativo ed i giorni di ferie

spettanti sono ridotti a 28 (comunque l'orario lavorativo rimane di 38 ore).

La ricorrenza del Santo Patrono della località in cui il Dirigente presta servizio è considerata giorno festivo purché ricadente in giorno lavorativo. Nell'anno di assunzione o di cessazione dal servizio la durata delle ferie è determinata in proporzione dei dodicesimi di servizio prestato. La frazione di mese superiore a quindici giorni è considerata a tutti gli effetti come mese intero.

Il Dirigente che è stato assente ai sensi dell'art. 22 conserva il diritto alle ferie.

Le ferie sono un diritto irrinunciabile e non sono monetizzabili. Esse sono fruito, anche frazionate, nel corso di ciascun anno solare in periodi programmati dallo stesso Dirigente nel rispetto dell'assetto organizzativo dell'azienda o ente; in relazione alle esigenze connesse all'incarico affidato alla sua responsabilità, al Dirigente è consentito, di norma, il godimento di almeno 15 giorni continuativi di ferie nel periodo dal 1 giugno al 30 settembre.

In caso di rientro anticipato dalle ferie per necessità di servizio, il Dirigente ha diritto al rimborso delle spese documentate per il viaggio di rientro in sede e per quello di eventuale ritorno al luogo di svolgimento delle ferie, nonché all'indennità di missione per la durata del medesimo viaggio; il Dirigente ha, inoltre, diritto al rimborso delle spese anticipate e documentate per il periodo di ferie non goduto.

Le ferie sono sospese da malattie che si siano protratte per più di 3 giorni o abbiano dato luogo a ricovero ospedaliero. L'azienda o ente, cui è inviata la relativa certificazione medica, deve essere tempestivamente

informata.

In caso di indifferibili esigenze di servizio o personali che non abbiano reso possibile il godimento delle ferie nel corso dell'anno, le ferie dovranno essere fruito entro il primo semestre dell'anno successivo.

Il periodo di ferie non è riducibile per assenze per malattia o infortunio, anche se tali assenze si siano protratte per l'intero anno solare. In tal caso, il godimento delle ferie avverrà anche oltre il termine dei 6 mesi sopramenzionati.

Fermo restando il disposto del comma 8, all'atto della cessazione dal rapporto di lavoro, qualora le ferie spettanti a tale data non siano state fruito per esigenze di servizio o per cause indipendenti dalla volontà del Dirigente, l'azienda o ente di appartenenza procede al pagamento sostitutivo delle stesse.

Assenze retribuite

(vedi CCNL 05/12/1996, art. 23)

Esistono cause di assenza che sono retribuite, non riducono le ferie e sono valutate ai fini dell'anzianità di servizio. Le principali assenze facoltative sono:

- partecipazione a concorsi od esami, congressi o corsi di aggiornamento, perfezionamento o specializzazione (8 giorni/anno);
- lutti per coniuge, convivente, parenti entro il 2° grado o affini entro il 1° grado (3 giorni per evento);
- particolari motivi personali o familiari, compresa nascita di figli (3 giorni/anno);
- matrimonio (15 giorni/anno);
- permessi previsti dall'art. 33 legge 104/1992 (3 giorni/mese);

Le Aziende ed Enti favoriscono la partecipazione dei Dirigenti alle attività delle Associazioni di volontariato di cui si rimanda alla L.11/08/91 n.266 ed al Regolamento approvato con DPR 21/09/94 n. 613 per le attività di protezione civile.

Congedi per eventi e cause particolari

(vedi CCNL 08/06/2000, art. 14)

I Dirigenti hanno diritto ai congedi previsti dall'art.4 comma 1 della Legge 53/2000:

- Congedi per la formazione
- Assenza per malattia
- Assenza per infortunio o malattia per causa di servizio
- Astensione obbligatoria e facoltativa per maternità

Congedi per la formazione

(vedi CCNL 08/06/2000, art. 19)

Le attività formative obbligatorie sono da espletarsi in orario di lavoro.

Come sopra espresso, il dirigente medico ha a disposizione per la sua formazione 4 ore settimanali che sono cumulabili per consentire l'assenza anche di alcuni giorni.

Inoltre il Dirigente, con almeno 5 anni di anzianità, può chiedere la sospensione dell'attività di servizio, per un totale di 11 mesi (continuativi o frazionati e nell'arco dell'intera vita lavorativa) per partecipare ad attività formative non obbligatorie.

Assenza per malattia (vedi CCNL 05/12/1996, art. 24)

Il Dirigente è tenuto a comunicare tempestivamente all'Azienda l'assenza per malattia, facendo pervenire idoneo certificato medico, ed è tenuto a comunicare tempestivamente il proprio domicilio qualora sia un luogo diverso da quello di residenza.

L'Azienda o Ente potrà disporre il controllo della malattia, nei modi e nei tempi previsti dalla Legge vigente.

Ha diritto a:

- conservare il posto di lavoro e maturare l'anzianità di servizio per 18 mesi (prorogabile di altri 18 mesi per malattie particolarmente gravi, senza retribuzione);

- essere retribuito del 100% per i primi 9 mesi, del 90% per ulteriori 3 mesi e del 50% per altri 6 mesi.

Ai fini del conteggio del predetto periodo, l'assenza in corso si somma alle assenze per malattia intervenute nei 3 anni precedenti.

Assenza per infortunio o malattia per causa di servizio (vedi CCNL 05/12/1996, art. 25)

Il Dirigente ha diritto a conservazione del posto di lavoro e retribuzione completa fino a guarigione clinica, ma non oltre i 36 mesi.

Potrà ovviamente procedere a riconoscimento del grave danno subito per causa di servizio o infortunio in servizio che non gli consentono la ripresa dell'attività lavorativa per cui può essere riconosciuto il prepensionamento secondo la normativa vigente.

Astensione obbligatoria e facoltativa per maternità (CCNL 05/12/1996, art. 26 e CCNL 08/06/2000, art. 15)

Alle lavoratrici madri, nel periodo di astensione obbligatoria dal lavoro, ai sensi degli artt. 4 e 5 della Legge 30/12/71 n. 1204, nonché nei primi 30 giorni di astensione facoltativa, spetta la retribuzione completa. L'astensione facoltativa dal lavoro spetta alle lavoratrici madri o, in alternativa, ai lavoratori padri, nella misura complessiva di 6 mesi, continuativi o frazionati, da fruirsi dopo il prescritto periodo di astensione obbligatoria (art. 7 comma 3 e art. 15 comma 2 L. 1204/71).

Successivamente, fino al compimento del 3° anno del bambino, la lavoratrice madre o il lavoratore padre hanno diritto ad un massimo di 30 giorni di assenza retribuita per ciascun anno di vita del bambino, nei casi previsti dall'art. 7 della succitata Legge 1204/71. Tali assenze non riducono le ferie e sono valutate ai fini dell'anzianità.

Inoltre i genitori possono assentarsi dal lavoro per malattia del figlio inferiore agli 8 anni, documentando l'assenza con certificato di un medico specialista del SSN.

Analogo trattamento spetta in caso di adozione, ai sensi della Legge 8 marzo 2000 n. 53.

Altre aspettative previste da disposizioni di legge (vedi CCNL Integrativo 1998 - 2001 Art. 11)

Le aspettative per cariche pubbliche elettive, per la cooperazione con i paesi in via di sviluppo restano disci-

plinate dalle vigenti disposizioni di legge e loro successive modificazioni ed integrazioni.

Le aspettative ed i distacchi per motivi sindacali sono regolati dai CCNQ sottoscritti il 7 agosto 1998, il 25 novembre 1998 ed il 27 febbraio 2001.

I dirigenti con rapporto a tempo indeterminato ammessi ai corsi di dottorato di ricerca, ai sensi della legge 13 agosto 1984, n. 476 e successive modificazioni oppure che usufruiscano delle borse di studio di cui alla legge 30 novembre 1989, n. 398 sono collocati, a domanda, in aspettativa per motivi di studio senza assegni per tutto il periodo di durata del corso o della borsa, fatta salva l'applicazione dell'art. 52, comma 57 della legge 448 del 2001.

Il dirigente con rapporto a tempo indeterminato, il cui coniuge o convivente stabile presti servizio all'estero, può chiedere una aspettativa, senza assegni, per il tempo di permanenza all'estero del coniuge, qualora non sia possibile il suo trasferimento nella località in questione in amministrazione di altro comparto.

L'aspettativa concessa ai sensi del comma 3 può avere una durata corrispondente al periodo di tempo in cui permane la situazione che l'ha originata.

Essa può essere revocata in qualunque momento, con preavviso di almeno quindici giorni, per imprevedibili ed eccezionali ragioni di servizio o in difetto di effettiva permanenza all'estero del dirigente in aspettativa.

Il dirigente non può usufruire continuamente del periodo di aspettativa per motivi di famiglia ovvero per la cooperazione con i Paesi in via di sviluppo e di quelli previsti dai commi

2 e 3 senza avere trascorso un periodo di servizio attivo di almeno sei mesi.

La disposizione non si applica alle altre aspettative previste dal presente articolo, nonchè alle assenze di cui al d.lgs 151 del 2001.

Area specialistica ambulatoriale interna

L'Accordo Collettivo Nazionale che disciplina i rapporti con i Medici Specialisti ambulatoriali interni (oltre che con Veterinari ed altre professionalità quali Biologi, Chimici e Psicologi) fa riferimento al D. Lgs n. 502/92 e successive modificazioni.

Tale accordo prevede tra l'altro la realizzazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali dei Medici Specialisti

Ambulatoriali e degli Psicologi Convenzionati Interni che dovranno diventare il principale punto di riferimento nell'ambito dei percorsi attivati dal MMG (medico di medicina generale) - PLS (pediatra di libera scelta).

Attività universitaria

Il rapporto di lavoro dei Docenti e Ricercatori universitari è regolato da norme di diritto pubblico e disposizioni dei singoli Atenei. Non esiste un testo unico che raccoglie tutta la normativa del caso.

Relativamente alle tipologie di incarico (D.P.R. 11/07/80 n.382) distinguiamo:

- Ricercatori
- Professori universitari:
- 1° fascia professori ordinari
- 2° fascia professori associati

Nell'ordinamento legislativo italiano il ruolo di **ricercatore universitario** è stato istituito col Decreto Presidente Repubblica 11 luglio 1980, n.382.

I ricercatori universitari contribuiscono allo sviluppo della ricerca scientifica universitaria e assolvono a compiti didattici integrativi dei corsi di insegnamento ufficiali. Tra tali compiti sono comprese le esercitazioni, la collaborazione con gli studenti nelle ricerche attinenti alle tesi di laurea e la partecipazione alla sperimentazione di nuove modalità di insegnamento ed alle connesse attività tutoriali.

Possono altresì svolgere, oltre ai compiti didattici, di cui al precedente comma, cicli di lezioni interne ai corsi attivati e attività di seminario. Possono altresì partecipare alle commissioni d'esame di profitto come cultori della materia.

Le altre figure universitarie strutturate sono il **professore associato** (o di seconda fascia) e il **professore ordinario** (o di prima fascia). Rappresentano la progressione di carriera di persone stabilmente assunte dall'Università (mediante la conferma in ruolo) dopo un periodo iniziale di prova di tre anni. Si inizia come ricercatore e, possibilmente, si termina la propria carriera come professore ordinario. Ciascuna tappa non è automatica ma avviene mediante concorso; tuttavia, non è obbligatorio rispettare tutte le tappe. Per esempio, un ricercatore particolarmente attivo può diventare professore ordinario. Oppure una persona proveniente da una struttura di ricerca non universitaria può diventare direttamente professore tramite concorso.

Con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, Legge 833 del 1978 nasce la "visita fiscale" ai lavoratori in malattia. I controlli sullo stato di salute dei lavoratori assenti sono regolati dall'art. 5 commi 10 e 12 del D.L. 12 settembre 1983, n. 463 convertito con modificazioni nella Legge 11 novembre 1983 n. 638. Nasce così la figura del MEDICO DI CONTROLLO. Questa legge ha affidato alle ASL e all'INPS il compito di eseguire i controlli medici ai lavoratori rispettivamente dipendenti da Strutture Pubbliche (Medico di Controllo ASL) e da Strutture Private (Medico di Controllo INPS).

Medici di controllo ASL

I Medici che svolgono questo compito per le ASL in alcune Regioni sono Medici Convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale con un Accordo Collettivo Nazionale (Medicina dei Servizi) godono delle tutele previdenziali e sociali (ENPAM, indennità di malattia, maternità, ferie, assenze retribuite, infortunio, premio di operosità e TFR); in altre le graduatorie sono ad esaurimento e pertanto si procede ad incarichi libero-professionali con trattamento orario.

Medici di controllo INPS

I Medici che svolgono questo compito per l'INPS sono inseriti all'interno di "liste speciali", costituite ai sensi del D.M. 18 aprile 1996 e successive integrazioni e modifiche ai sensi del Decreto 12 ottobre 2000, consultabili presso le sedi INPS territoriali.

Estremamente delicata è la funzione del medico incaricato di visite fiscali cioè nell'ambito del controllo delle assenze per infermità dei lavoratori.

Il Codice Deontologico, muovendosi da un diverso punto di riferimento rispetto a quello strettamente normativo, si preoccupa di fornire alcune indicazioni concernenti principalmente il rapporto professionale fra il "medico fiscale" e il paziente sottoposto a controllo. Viene prestata ancora una volta molta attenzione ai principi di correttezza, colleganza e informazione. Innanzi tutto si ribadisce la necessità per il medico di far conoscere al soggetto sottoposto a controllo la propria qualifica e la propria funzione. Egli non deve comunicare al paziente le proprie valutazioni diagnostiche e terapeutiche in caso di diversità di parere con il medico curante; egli è comunque legittimato a prendere contatto con il curante quando lo richieda l'interesse della persona oppure lo renda necessario il contrasto di pareri.

Attività Medico-Legale

L'art.62 **Attività medico - legale** ribadisce che *"l'esercizio dell'attività medico - legale è fondato sulla correttezza morale e sulla consapevolezza delle responsabilità etico giuridiche e deontologiche che ne derivano e deve rifuggire da indebite suggestioni di ordine extra-tecnico e da ogni sorta di influenza o condizionamento"*.

Si ricorda che la falsa perizia costituisce, fra l'altro, reato penale ai sensi dell'art. 373 c.p. e che il medico legale, nell'espletamento dei suoi compiti, deve evitare di utilizzare espressioni lesive della dignità dei colleghi.

In questo difficile ruolo siano egli CTU (consulente tecnico d'ufficio) o CTP (consulente tecnico di parte) ogni medico deve essere imparziale, scienti-

ficamente asettico, tecnicamente preparato, sostanzialmente chiaro e trasparente.

Sulla scorta del giuramento ippocratico, e prescindendo dal ruolo assunto, non possiamo non evidenziare come ogni medico, in scienza e coscienza, dinanzi al caso clinico, dovrebbe esprimere una valutazione basata su approfondite conoscenze scientifiche, sull'evidenza dei fatti esaminati, sulle base dell'esperienza, su ipotesi patologiche da leggersi in chiave probabilistica, sull'individuazione del rapporto di causalità in termini verosimilmente chiari e soprattutto coerenti, anche in termini percentuali, con dati storici e ricorrenti.

Altre forme di attività professionali

Per altre attività mediche (Medicina Militare, Portuale e Aeroportuale, Carceraria, Turistica, Termale, Carriera Ministeriale, Medicina presso Associazioni umanitarie all'estero ecc.) si fac-

cia riferimento alle singole Aziende, Società e Strutture in quanto normate da rapporti di tipo libero professionale specifici.

La figura del Direttore Sanitario

Per ottenere l'autorizzazione all'apertura di una struttura sanitaria (ambulatorio, laboratorio di analisi, casa di cura ecc.) è indispensabile la contestuale dichiarazione scritta di un medico di assunzione della responsabilità di

Direttore Tecnico o Sanitario.

Titoli professionali richiesti

Il requisito generale di base è laurea in Medicina e Chirurgia, la relativa abilitazione professionale e l'iscrizione

all'Ordine. Si specificano i seguenti casi:

a) Per l'ambulatorio di odontoiatria, a seguito della Legge del 24 luglio 1985 n. 409, istitutiva della professione odontoiatrica, il Direttore Sanitario può essere tanto un laureato in medicina e chirurgia quanto un laureato in odontoiatria.

b) Per i laboratori di analisi, in base al disposto dell'art.8 del DPCM 10 febbraio 1984, si richiede la presenza in organico di un Direttore medico o biologo iscritti all'Albo dell'Ordine di appartenenza, in possesso della laurea in medicina e chirurgia e della specializzazione o della libera docenza in laboratorio di analisi cliniche o, in alternativa, della laurea in scienze biologiche. In alternativa alla specializzazione, vale per entrambe le categorie un servizio di ruolo quinquennale presso pubblici laboratori di analisi di Presidi Ospedalieri, Istituti Universitari, di cui all'art 41 della Legge 833/1978. La Legge Regionale 2 aprile 1985 n.29 stabilisce all'art. 5 funzioni e responsabilità del Direttore Responsabile "dell'organizzazione tecnico-funzionale del laboratorio e dell'attendibilità dei risultati delle analisi" e prevede che il Direttore deve essere presente almeno trenta ore settimanali e deve ricoprire tale incarico per un solo laboratorio.

c) Il Direttore di un ambulatorio di fisioterapia deve essere un medico chirurgo con specializzazione nella disciplina oppure un medico chirurgo non specialista se è presente lo specialista di branca.

d) Il Direttore di un ambulatorio radiologico deve essere un medico chirurgo con specializzazione in radiologia.

e) Per le Case di Cura private si ricorda il dettato dell'art.53 della Legge 12

febbraio 1968 n. 132 secondo cui ogni Casa di Cura privata deve avere un Direttore Sanitario Responsabile al quale è vietata ogni attività di diagnosi e cura nella casa di cura privata stessa. Lo stesso Direttore risponde personalmente dell'organizzazione tecnico-funzionale. Gli artt. 39 e 40 della Legge 132/68 dettano i requisiti necessari per l'incarico a Direttore Sanitario, distinguendo tra Case di Cura dotate di un numero di posti letto superiori o inferiori a 150. Nel primo caso richiama i requisiti richiesti per il Direttore Sanitario degli Ospedali pubblici (idoneità nazionale, servizio di ruolo di almeno 5 anni in sanità pubblica o ospedali ecc.). Il Direttore Sanitario di Casa di Cura di non oltre 150 posti letto deve avere come requisito il servizio di ruolo di almeno 3 anni.

Incompatibilità del Direttore Sanitario.

L'incompatibilità può essere prevista dalla normativa che disciplina il rapporto di lavoro di un medico, quale: il medico dipendente dello Stato; il medico dipendente della Regione; il medico dipendente universitario, ospedaliero o ULSS a tempo pieno; il medico convenzionato specialista ambulatoriale.

Funzioni del Direttore Sanitario.

Si richiama la circolare n. 99 del 21 luglio 1986 della Federazione Nazionale, secondo cui:

1. I Direttori tecnici o sanitari hanno l'obbligo di dare comunicazione all'Ordine della nomina e dell'accettazione dell'incarico. Analoga comunicazione dovrà esser inviata all'Ordine in caso di cessazione dall'incarico.

2. Il Direttore Sanitario è tenuto: a pretendere il rigoroso rispetto delle sfere

di competenza professionale; in caso di inosservanza adottare i provvedimenti necessari; in difetto di tali provvedimenti, a segnalare la situazione all'Ordine professionale.

3. Il Direttore Sanitario deve inoltre: verificare che la pubblicità sanitaria effettuata dalla struttura privata sia munita dell'autorizzazione amministrativa; denunciare all'Ordine qualsiasi scorrettezza che, in relazione alle prescrizioni del Codice di Deontologia Medica, abbia a riscontrare nei testi pubblicitari.

Responsabilità del Direttore Sanitario.

La norma di riferimento in tema di responsabilità del Direttore Sanitario è contenuta nell'art. 5 del DPR27/03/1969. Le responsabilità individuate sono: responsabilità strutturale sotto il profilo igienico sanitario; responsabilità in materia di rifiuti liquidi, solidi e gassosi; definizione e verifica di protocolli di sterilizzazione e sanificazione ambien-

tale; proposte e pareri per l'acquisto di apparecchiature e dispositivi medici; responsabilità di denunce e certificazioni; formulazione della carta dei servizi; gestione dei conflitti; promozione di iniziative; responsabilità in materia di privacy; pubblicità sanitaria: targhe, elenchi telefonici, siti web; controllo del personale e controllo sull'ammissione di personale volontario, frequentatori ai fini di eventuale riconoscimento di professionalità; vigilanza in materia di tariffe; gestione cartelle cliniche; controlli di farmaci e disciplina degli stupefacenti; registro operatorio; controllo sull'attività operatoria; promozione e vigilanza sull'applicazione dei consensi informati ai trattamenti sanitari; definizione modalità di gestione in caso di urgenza; promozione dei principi etici garantendo il rispetto del Codice Deontologico; controllo di qualità (D. Lgs 502/99); responsabilità nei riguardi dell'organizzazione nelle strutture organizzate.

Il Medico e l'Ambiente

Funzione sociale del medico

Ruolo del medico a tutela dell'ambiente - Art. 5 del Codice Deontologico

Articolo 5 del Codice Deontologico (2006)

- Educazione alla salute e rapporti con l'ambiente
- Il medico è tenuto a considerare l'am-

biente nel quale l'uomo vive e lavora quale fondamentale determinante della salute dei cittadini.

- A tal fine il medico è tenuto a promuovere una cultura civile tesa all'utilizzo appropriato delle risorse naturali, anche allo scopo di garantire alle future generazioni la fruizione di un ambiente vivibile.

- Il medico favorisce e partecipa alle iniziative di prevenzione, di tutela della salute nei luoghi di lavoro e di promozione della salute individuale e collettiva.

In base ai dettami del nostro Codice di rileva come i medici hanno il dovere di informare sui rischi legati all'inquinamento e il diritto di esigere che vengano poste in atto tutte le procedure per ridurre i rischi per la salute dei cittadini.

L'articolo 5 chiama il medico ad un impegno civile (nuova funzione sociale); si tratta di un impegno forte probabilmente difficile da assolvere per il singolo medico ma anche segno tangibile di un rinnovato patto tra medicina e società civile, tra medico e paziente. Purtroppo dobbiamo dire che nel nostro Paese il bene ambiente non è

considerato ancora un bene primario e altrettanto poco valutato è il concetto di danno alla popolazione che nel nostro Codice Penale è scarsamente contemplato.

Appendice per gli Odontoiatri

Per quanto riguarda l'esercizio dell'odontoiatria non esiste alcuna specificità normativa, ma vigono i regolamenti e le leggi comuni a tutto il settore sanitario e gli studi professionali.

Differenza sostanziale riguardo alle altre branche della medicina è che al momento attuale il SSN copre una percentuale della richiesta di prestazione odontoiatriche inferiore al 10 % del totale, per cui la stragrande maggioranza della professione viene svolta in regime di libera professione.

Questa piccola quota coperta dal SSN viene erogata tramite la convenzione

di medicina ambulatoriale con contratto SUMAI, cui si accede tramite domanda da effettuarsi entro il mese di gennaio di ogni anno (info presso Ordine).

Lo sbocco lavorativo più realistico resta quindi quelle di apertura e gestione di uno studio professionale o di affiliazione ad uno studio già in esercizio.

In proposito le organizzazioni sindacali potrebbero essere di aiuto al professionista appena giunto sul mercato del lavoro, ma anche l'Ordine può aiutare nell'impegno.

Le problematiche sono comuni a quelle di ogni altra attività in campo sanitario. Si rimanda quindi al paragrafo relativo all'apertura di uno studio professionale, ricordando che oltre agli adempimenti fiscali, assicurativi e relativi alla gestione della privacy, se lo studio possiede un apparecchio RX deve sottostare agli obblighi della radioprotezionistica e deve nominare un esperto qualificato in proposito che indicherà gli adempimenti e i balzelli relativi.

L'impianto elettrico e gli elettromedicali sono soggetti ad una normativa ad hoc, devono avere un progetto certificato e sono soggetti ad una verifica biennale da parte di società accreditata.

Qualora lo studio abbia dipendenti, oltre agli obblighi previdenziali, è soggetto a valutazione dei rischi e a tutti gli adempimenti della legge 81/08 e successive modificazioni.

Tutti i collaboratori debbono aver frequentato gli specifici corsi antiinfortunistici.

Pur non avendo la Regione Liguria ancora legiferato in proposito, tutti i presidi sanitari sono soggetti a visite di controllo da parte dei NAS a riguardo delle procedure di sterilizzazione che debbono avere una comprovabile efficienza.

Tutti i dispositivi protesici rientrano nella normativa sui dispositivi sanitari su misura e quindi debbono essere correlati da prescrizione del professionista e di certificato del fornitore. Non è indispensabile consegnare questa documentazione al paziente ma lo studio deve avere copia.

Tutti gli studi professionali in campo sanitario sono soggetti al ritiro dei rifiuti speciali.

Il settore odontoiatrico risulta particolarmente attratto dalla tentazione di procacciarsi clientela tramite pubblicità selvaggia, anche stimolato da procacciatori d'affari intraprendenti. Oltre a richiamare l'attenzione sull'obbligo di rispettare le norme deontologiche imposte dall'Ordine, si consiglia ai colleghi di valutare il rapporto costi/benefici di queste iniziative che raramente hanno la possibilità di ammortizzare i propri costi ed ancor meno di portare un aumento clientela proporzionato.

Altresì le forme di convenzionamento insistentemente proposte da più parti, ahimè anche da sindacati di categoria, finora hanno portato solo nocumento senza procurare i benefici economici sperati. Consigliamo anche qui di fare un'attenta valutazione dell'impatto economico prima di intraprendere questo percorso.

Rapporti tra colleghi

L'Ordine da sempre percepisce le difficoltà di comunicazione e, spesso, le conflittualità che affliggono l'area del territorio e quella dell'ospedale. Queste sono cresciute con l'aumento dei carichi burocratici, con lo svilimento professionale e con la scarsa gratificazione motivazionale che facilitano l'insorgere di critiche, dissapori e talora contenziosi.

In qualità d'organismo *super partes* l'Ordine si è sentito in dovere di intervenire incaricando le sue due commissioni quella "per le problematiche relative alla MG, PLS, continuità assistenziale, medicina del territorio" e quella "per le problematiche dell'ospedalità pubblica, privata e libera professione" di progettare delle **linee guida comportamentali** che producano una maggiore collaborazione tra il medico di cure primarie e lo specialista, ospedaliero e non. Da questa iniziativa è nato il "**Compendio alla Professione Medica**", redatto dall'Ordine di Savona e pubblicato sul sito **www.omceosv.it**, che Vi preghiamo di leggere. Può esserne ritirata una copia cartacea presso la sede dell'Ordine. Questo progetto è non solo nell'interesse primario del paziente, che troverà un percorso diagnostico terapeutico il più agevole possibile, ma anche di tutta la categoria medica che dimostrerà finalmente compattezza ed unità di intenti.

Tale risultato non poteva essere raggiunto se non si aveva la piena collaborazione di tutti i Rappresentanti delle varie categorie mediche e dell'Azienda ASL 2 Savonese. La stessa

Azienda ha partecipato alle spese di pubblicazione e alla diffusione dello stesso.

In questo Compendio potrete trovare tutte le informazioni pratiche su come procedere; sperando che possano essere da Voi condivise e, quindi, poste in atto durante la Vostra professione.

È fondamentale ricordare quali sono i nostri obblighi deontologici, anche alla luce del nostro Codice Deontologico licenziato nel dicembre 2006.

Si ricordano in particolare:

Art. 58: **Rispetto reciproco** l'attività di ognuno deve sempre ispirarsi ai "*principi di corretta solidarietà, rispetto reciproco e considerazione dell'attività professionale di ognuno*". La corretta solidarietà deve essere intesa come "*spirito di colleganza*": solidarietà tra individui che fanno parte di una stessa comunità che deve far nascere il sentimento di reciproca considerazione e di comune sentire; mai deve degenerare nel corporativismo: forma negativa, dove l'appartenenza alla stessa categoria professionale, finisce con il divenire il valore più importante anche rispetto alle esigenze ed ai bisogni dei cittadini.

Art. 59: **Rapporti con il medico curante** entra più nello specifico del rapporto tra colleghi. Esso disciplina i rapporti tra il curante e l'altro medico eventualmente chiamato alla cura del paziente. Viene sottolineata la necessità di un vero ed effettivo scambio di informazioni, nel rispetto delle norme di tutela della riservatezza. Il "*rapporto di consultazione, di collaborazione e di informazione reciproca*" viene giudica-

to indispensabile *“al fine di garantire coerenza e continuità diagnostico-terapeutica”*.

Relativamente ai rapporti scritti tra colleghi va ricordato, secondo le norme vigenti, che va sempre apposta da parte del medico richiedente su ogni richiesta di esami e/o consulenze la diagnosi e/o il quesito clinico, pena la non accettazione della richiesta. Anche lo specialista *“deve fornire una dettagliata relazione diagnostica e l’indirizzo terapeutico consigliato”* e deve seguire precise regole di comportamento che permettano la produzione di una relazione clinica esauriente.

Si ricorda che in caso si rendano necessari esami aggiuntivi o integrativi non è il MMG o il PLS ma è lo specialista che deve compilare le richieste, in conformità a quanto disposto dai precedenti A.C.N.ed, in ultimo, dall’A.C.N.23/03/2005 - Testo integrato con l’A.C.N.29/07/2009, art. 51, comma 5: *“Qualora lo specialista ritenga opportuno richiedere ulteriori consulenze specialistiche, o ritenga necessarie ulteriori indagini per la risposta al quesito del medico curante, formula direttamente le relative richieste sul modulario previsto dalla Legge n. 326/2003”*. L’articolo afferma inoltre che il rapporto intercorrente tra medico curante e consulente è assolutamente paritario. I colleghi coinvolti debbono scambiarsi, nel più assoluto rispetto dei loro convincimenti, opinioni e conoscenze atte a favorire una corretta diagnosi ed una adeguata terapia.

“In caso di divergenza di opinioni, si dovrà comunque salvaguardare la tutela della salute del paziente, che dovrà essere adeguatamente informato e le cui volontà dovranno essere rispettate”.

È compito precipuo del medico di famiglia valutare ed armonizzare i referti dei consulenti specialisti, nella gestione globale della salute del paziente, di cui è il primo responsabile. In particolari casi, tutt’altro che rari, l’utilizzo del mezzo telefonico potrebbe contribuire a chiarire punti di vista diversi legati a vari motivi con indubbio vantaggio nella gestione del paziente.

Competenze nella compilazione di richieste per esami, visite specialistiche e farmaci.

La problematica legata alla competenza nella redazione di richieste di accertamenti o farmaci è sempre stata imprecisa per l’assenza di chiare direttive regionali o nazionali, dando adito alle più svariate interpretazioni. Ciò ha portato a volte a disservizi a danno del paziente fino a veri e propri episodi di malasanità con pazienti che hanno fatto più volte la *“spola”* tra medico curante e specialista ospedaliero. In alcuni casi si sono create anche forti tensioni fra queste figure professionali.

L’Ordine dei Medici ha provveduto ad organizzare delle riunioni coordinate dalle commissioni Ospedalità e Territorio, che hanno visto rappresentate tutte le figure professionali mediche ed i rappresentanti sindacali. In tale contesto si è raggiunto un equo accordo che dovrebbe permettere una precisa competenza, facilitando il lavoro in ogni realtà al fine di ottimizzare l’assistenza.

Indispensabile sarà la distribuzione in ogni ambito ASL di specifici programmi per la compilazione informatica delle richieste.

Le specifiche competenze nella **pre-**

scrizione di farmaci ed esami da parte di medici operanti sul territorio e in ambito ambulatoriale specialistico territoriale ed ospedaliero che potete trovare nella sua forma integrale ed

esaustiva sul Compendio alla professione medica (che vi preghiamo di leggere attentamente) sono raccolti nella tabella riassuntiva seguente.

Compilazione richieste a seguito di	Tipologia richiesta		Medico a cui compete la richiesta su ricettario del S.S.N.
Visita specialistica	Accertamenti consigliati	inerenti alla propria specialità o di loro necessario completamento (*)	Medico specialista ambulatoriale ospedaliero o territoriale
		in altri ambiti o specialità	MMG - PLS del paziente
	Terapie	acute o di precisa pertinenza specialistica od ospedaliera (**)	Medico specialista ambulatoriale ospedaliero o territoriale
		a lungo termine	MMG - PLS del paziente
	Controlli	entro 30 gg	Medico specialista ambulatoriale ospedaliero o territoriale
		oltre 30 gg	MMG - PLS del paziente
Dimissione ospedaliera	Accertamenti consigliati	inerenti alla specialità	Medico specialista ospedaliero
		in altre specialità non di pertinenza	MMG - PLS del paziente
	Terapie	Acute o prima prescrizione croniche	Medico Ospedaliero consegna farmacia ospedale
		Croniche non direttamente pertinenti alla patologia motivo di ricovero	MMG - PLS del paziente
Visita specialistica per patologia oncologica (follow up)	Accertamenti consigliati	da eseguirsi a breve termine (entro 60 gg)	Medico specialista ambulatoriale ospedaliero o territoriale
		da eseguirsi a lungo termine (oltre 60 gg)	MMG - PLS del paziente
	Terapie	acute o di precisa pertinenza specialistica od ospedaliera (**)	Medico specialista ospedaliero o territoriale
		a lungo termine	MMG - PLS del paziente

* Ove si intenda per necessario completamento ogni accertamento che completi quello eseguito dallo specialista ovvero a scopo esemplificativo la richiesta di esame istologico, dopo prelievo biotico o asportazione di neoformazioni in chirurgia ambulatoriale, o accertamenti radiologici nel distretto anatomico di stretta pertinenza o ulteriori visite nel sospetto di complicità della patologia principale.

** Ove per pertinenza ospedaliera si intenda tutto ciò che sia logica prosecuzione terapeutica della ragione per cui il paziente è giunto a visita specialistica ovvero a scopo esemplificativo cicli di radioterapia, chemioterapia etc.

I rapporti con il proprio Ordine Professionale

Sono normati dall' art. 64 del Codice Deontologico: **Doveri di collaborazione.**

L'articolo in modo sintetico delinea un vero e proprio "statuto" di regole comportamentali che devono esistere tra il singolo medico e l'Ordine Provinciale. Viene in particolare delineato il dovere del medico di comunicare al Presidente dell'Ordine i titoli conseguiti al fine della corretta compilazione e tenuta degli albi; le infrazioni alle regole del reciproco rispetto oltre ai problemi eventualmente insorti con le altre professioni sanitarie.

Risulta innovativo l'obbligo deontologico, posto a carico del medico, di rispondere all'invito di essere sentito dal Presidente dell'Ordine Provinciale dove esercita la sua professione, anche se iscritto ad altro Ordine, quando tale invito sia correlato a specifici compiti istituzionali.

Infine un breve cenno sulle modalità di comunicazione tra l'Ordine e i propri iscritti.

L'Ordine di Savona invia, con cadenza trimestrale, ai propri iscritti, la rivista "Pagine Mediche" che raccoglie molte informazioni e consigli relativi alla propria attività professionale con particolare riferimento ai doveri deontologici del medico e dell'odontoiatra.

La rivista è disponibile anche il formato .pdf sul portale dell'Ordine.

In caso di comunicazioni importanti con carattere di relativa urgenza, l'Ordine trasmette "Newsletter" agli iscritti.

Per brevi comunicazioni che hanno

finalità istituzionale, si avvale di SMS. Per poter usufruire di questi servizi, è necessario che tutti i medici comunichino i propri indirizzi E-mail e recapiti di telefonia mobile all'Ordine.

Infine il sito internet dell'Ordine **www.omceosv.it** è lo strumento principale di informazione e comunicazione e tutti gli iscritti sono invitati a consultarlo, per usufruire dei servizi e delle informazioni messe a disposizione in tempo reale.

