FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Osservatorio Nazionale Giovani FNOMCEO

IL VADEMECUM

Guida pratica alla professione medica e odontoiatrica



Anno 2024-2026

PREFAZIONE FILIPPO ANELLI

Care Colleghe, cari Colleghi,

essere medici e odontoiatri significa appartenere a una comunità professionale che ha fatto della tutela della salute, della competenza e della responsabilità verso le persone il fondamento della propria identità.

È un'appartenenza che non si esaurisce nel conseguimento della laurea o nell'iscrizione all'Ordine. Si costruisce ogni giorno attraverso lo studio, l'esperienza, l'aggiornamento, il confronto con i colleghi e, soprattutto, attraverso la relazione con le persone che si affidano alle nostre cure. Perché è proprio nel prenderci cura degli altri che riconosciamo il significato più profondo della nostra professione.

Ho sempre ritenuto che una professione forte sia una professione consapevole della propria storia, dei propri valori e delle responsabilità che assume nei confronti della società.

Per questo considero il Vademecum realizzato dall'Osservatorio Nazionale Giovani della FNOMCeO uno strumento di particolare importanza. Non soltanto una guida pratica per orientarsi tra norme, adempimenti, percorsi formativi e opportunità professionali, ma anche un'occasione per conoscere la comunità alla quale apparteniamo e le istituzioni che la rappresentano.

Conoscere il ruolo degli Ordini, il significato del Codice di deontologia medica, i diritti e i doveri che accompagnano l'esercizio professionale non è un semplice adempimento burocratico. Significa acquisire la consapevolezza di appartenere a una professione che trova nella libertà, nell'autonomia, nell'indipendenza e nella responsabilità le condizioni indispensabili per tutelare la salute e la dignità di ogni persona.

Il Codice di deontologia medica custodisce questi principi e costituisce un riferimento per le nostre scelte, soprattutto quando la complessità delle situazioni richiede di coniugare le conoscenze scientifiche con il rispetto dei valori umani.

La FNOMCeO e gli Ordini territoriali hanno il compito di custodire questa identità, tutelare la qualità della professione e promuoverne lo sviluppo. Ma hanno anche il dovere di ascoltare i colleghi, accompagnarli nei cambiamenti e offrire loro punti di riferimento concreti nell'affrontare le difficoltà del percorso professionale.

Mi rivolgo in modo particolare ai giovani colleghi. L'ingresso nella professione è un momento importante, accompagnato da aspettative, interrogativi e talvolta incertezze. È necessario che possiate trovare nelle istituzioni ordinistiche orientamento, sostegno e opportunità di partecipazione.

Non siete soltanto il futuro della professione: ne siete già il presente, con le vostre competenze, il vostro entusiasmo e la capacità di interpretare il cambiamento.

Viviamo una fase di profonde trasformazioni scientifiche, tecnologiche e organizzative. L'intelligenza artificiale, le nuove possibilità diagnostiche e terapeutiche e l'evoluzione dei sistemi sanitari stanno modificando il nostro lavoro. Ma, proprio mentre cambiano gli strumenti e i contesti nei quali operiamo, deve rimanere saldo ciò che definisce la nostra professione: la relazione umana, la responsabilità delle scelte, l'autonomia del giudizio clinico e la centralità della persona.

Il progresso scientifico e tecnologico rappresenta una straordinaria opportunità, ma il suo valore si misura nella capacità di tradursi in migliori possibilità di cura, accessibili a tutti.

Sono convinto che il futuro della medicina e dell'odontoiatria si costruisca attraverso il dialogo tra generazioni, la condivisione delle conoscenze e il riconoscimento di un'identità professionale comune. Una comunità capace di innovare senza perdere i propri principi, di tutelare i professionisti e, attraverso di loro, il diritto alla salute di ogni individuo.

Con questo spirito desidero ringraziare l'Osservatorio Nazionale Giovani della FNOMCeO, il Coordinatore Bruno Zuccarelli, il Direttore generale Pierluigi Vecchio e tutti gli uffici della Federazione che hanno contribuito alla realizzazione di questo importante lavoro. Un particolare ringraziamento va all'ENPAM per il prezioso contributo offerto alla realizzazione del Vademecum, a testimonianza di un impegno condiviso nell'accompagnare e sostenere le nuove generazioni di medici e odontoiatri.

Questo lavoro è espressione concreta di una comunità professionale e di istituzioni che vogliono essere sempre più vicine ai propri iscritti e alle loro esigenze.

Perché la professione non è soltanto un lavoro che si esercita: è un patrimonio di conoscenze, valori e responsabilità che ciascuno di noi è chiamato a custodire e a trasmettere.

Filippo Anelli

Cara e Caro Collega,

L'Osservatorio Giovani Professionisti Medici e Odontoiatri della FNOMCeO ha realizzato per te il Vademecum - Guida pratica alla professione medica e odontoiatrica, per accompagnarti nel delicato passaggio dal percorso universitario all'ingresso nel mondo del lavoro.

Affacciarsi al mondo della professione medica e odontoiatrica è un momento di grande emozione e responsabilità e sappiamo bene quanto l'inizio del percorso lavorativo possa presentare interrogativi ed incertezze.

Questa breve guida nasce con l'obiettivo di fornire informazioni utili, affinché possano fungere da bussola per orientarsi tra adempimenti burocratici, opportunità di formazione e lavoro, affrontando con serenità la complessità degli aspetti etici e delle sfide professionali in un contesto in continua evoluzione.

Con la consapevolezza che ogni giovane medico e odontoiatra rappresenta il presente e il futuro della professione, la FNOMCeO desidera affiancare i colleghi con un approccio concreto e vicino alle loro esigenze.

Auguriamo a tutti i giovani medici e odontoiatri un percorso professionale ricco di soddisfazioni e successi.

L'Osservatorio Giovani Professionisti Medici e Odontoiatri FNOMCeO

Claudia Aiello; Giulio Arnaboldi; Matteo Capecchi; Angelo Casano; Cesare Maria Civitelli; Lucilla Crudele; Andrea Curti Gialdino; Concetta D'Ambrosio; Raffaele De Longis; Adriana Di Gregorio; Gianmario Fusardi; Giulio Geraci; Valerio Giannelli; Giammaria Liuzzi; Umberto Luciano; Stefano Manai; Rebecca Jewel Manenti; Francesco Marangio; Stefano Milani; Annalisa Napoli; Michele Nicoletti; Nicola Pelusi; Maria Cristina Sangiovanni; Luca Scognamiglio; Francesco Soncini; Emanuele Spina; Maria Grazia Tarsitano

SOMMARIO

INTRODUZIONE 2
NORMATIVA DI RIFERIMENTO 3
ATTIVITA' DEGLI ORDINI 4
CODICE DEONTOLOGICO 7
RAPPORTI TRA PROFESSIONISTI 13
ESERCIZIO PROFESSIONALE: I PERCORSI 16
L'EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA 29
IL CORSO DI LAUREA IN ODONTOIATRIA 35
SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE 40
MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA 53
FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE 57
DOTTORATO 63
CERTIFICAZIONI E PRESCRIZIONE DI FARMACI 66
PREVIDENZA E ASSISTENZA 101
L'ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA PER I PROFESSIONISTI 115
ESERCIZIO PROFESSIONALE IN FORMA ASSOCIATA E SOCIETÀ TRA PROFESSIONISTI 124
I SISTEMI FISCALI 132
L'INFORMAZIONE SANITARIA 135
RINGRAZIAMENTI 140

INTRODUZIONE

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri riunisce e coordina gli Ordini territoriali a cui tutti i laureati ed abilitati in Medicina e Chirurgia e/o Odontoiatria e Protesi Dentaria sono iscritti per poter esercitare.

Per ordine professionale si intende un'istituzione di autogoverno di una professione riconosciuta dall'art. 1, D.Lgs.Lgt. n. 382/1944 (Corte Cost. 284/86), avente il fine di garantire la qualità delle attività svolte dai professionisti; ad essa lo Stato affida il compito di tenere aggiornato l'albo e di svolgere le funzioni disciplinari (cfr. il codice deontologico), tutelando la professionalità della categoria. I soggetti che ne fanno parte devono essere iscritti ad un apposito albo, detto albo professionale. I consigli direttivi degli Ordini territoriali sono eletti dagli iscritti agli Albi. Questi sono enti pubblici autonomi che, per legge, soggiacciono alla vigilanza del Ministero della Salute.

La denominazione di Ordine professionale viene usata in relazione a quelle professioni per le quali è richiesto un titolo di studio di livello non inferiore alla laurea, oltre al superamento del relativo esame di abilitazione, quando previsto dalla normativa di legge.

Gli Ordini dei Medici furono istituiti dal Governo Giolitti, con legge istitutiva del 10 luglio 1910 n. 455. Dopo che il regime fascista li ebbe soppressi nel marzo 1935, trasferendo le funzioni ed i compiti al Sindacato fascista di categoria, gli stessi furono ricostituiti dall'Assemblea costituente con D.Lgs.C.P.S. del 13 settembre 1946, n.233 il cui regolamento di esecuzione venne approvato con D.P.R. n.221 del 5 aprile 1950. Gli Ordini dei Medici mutarono quindi la loro denominazione giuridica nell'anno 1985, diventando "Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri" a seguito della emanazione della legge 14 luglio 1985, n.409, che, recependo e dando attuazione alle direttive CEE n.78/686 e n.78/687, relative all'istituzione del corso di laurea in odontoiatria e protesi dentaria (D.P.R. 28 febbraio 1980, n.135), istituiva la professione di odontoiatra, creando un Albo degli Odontoiatri nell'ambito dell'Ordine dei Medici. In pratica, si istituiva un sistema di convivenza, in un unico Ordine, di due Albi professionali con la conseguente istituzione, accanto al Consiglio direttivo, della Commissione per gli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e della Commissione per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri, quali organi collegiali, dotati di specifiche competenze istituzionali.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Costituzione della Repubblica Italiana

La tutela della salute è un diritto fondamentale previsto dalla nostra Costituzione che, all'art. 32, stabilisce: "*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.*"

RIFERIMENTI LEGISLATIVI

Sono di seguito riportati i principali riferimenti legislativi riguardanti la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO). Per una più agevole consultazione del presente vademecum si è scelto di non riportare per intero i contenuti, ma di esplicitare i riferimenti ed allegare un collegamento ipertestuale ai documenti integrali.

- Decreto legislativo Capo Provvisorio dello Stato 13 settembre 1946 n. 233

  https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1946/10/23/046U0233/sg

- Decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950 n. 221

  https://portale.fnomceo.it/leggi-istitutive/d-p-r-5-aprile-1950-n-221/

- Legge 24 luglio 1985 n. 409

  https://portale.fnomceo.it/leggi-istitutive/legge-24-luglio-1985-n-409/

- Decreto del Presidente della Repubblica 28 febbraio 1980 n. 135

  https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1980/04/16/080U0135/sg

- Legge 31 ottobre 1988 n. 471

  https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2002/07/31/002C0807/s1

- Legge 11 gennaio 2018 n. 3, "Lorenzin":
  https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/31/18G00019/sg

Si rimanda, in ogni caso, al portale della FNOMCeO (www.fnomceo.it) per la consultazione della normativa vigente, poiché periodicamente oggetto di aggiornamento.

ATTIVITA' DEGLI ORDINI

Per comprendere appieno le responsabilità degli Ordini, è utile fare riferimento all'articolo 3 del D.Lgs.C.P.S. n. 233/1946 e ss.mm.ii., che elenca i principali compiti del Consiglio Direttivo di ciascun Ordine:

a) Iscrizione, compilazione e tenuta dell'Albo: gli Ordini iscrivono i professionisti nel rispettivo Albo, devono compilare e mantenere aggiornati gli Albi degli iscritti, pubblicandoli all'inizio di ogni anno. L'iscrizione all'Albo garantisce la legittimità dell'esercizio della professione medica e odontoiatrica;

b) Conservazione del Decoro e dell'Indipendenza: gli Ordini vigilano sul mantenimento del decoro e dell'indipendenza della professione, assicurando che gli iscritti rispettino le regole deontologiche, etiche e professionali;

c) Designazione dei Rappresentanti: gli Ordini, tramite le Commissioni di Albo, designano rappresentanti per commissioni, enti e organizzazioni di carattere provinciale o comunale, assicurando che la voce della professione medica e odontoiatrica sia rappresentata nei processi decisionali locali;

d) Promozione del Progresso Culturale: uno dei compiti principali è promuovere iniziative che facilitino il progresso culturale e professionale degli iscritti, organizzando corsi, seminari e altre attività formative;

e) Collaborazione con le Autorità Locali: gli Ordini, tramite le Commissioni di Albo, collaborano con le autorità locali nello studio e nell'attuazione di provvedimenti che riguardano la professione medica e odontoiatrica, contribuendo con la loro esperienza e conoscenza;

f) Potere Disciplinare: gli Ordini, tramite le Commissioni di Albo, esercitano il potere disciplinare nei confronti di tutti gli iscritti all'Albo. Le procedure disciplinari garantiscono che i comportamenti non conformi ai codici disciplinari siano sanzionati, proteggendo così la reputazione della professione e la sicurezza dei pazienti;

g) Mediazione nelle Controversie: gli Ordini possono intervenire su richiesta nelle controversie tra medici, o tra medici e pazienti o enti, riguardo a spese, onorari e altre questioni professionali. In caso di mancata conciliazione, gli Ordini forniscono pareri sulle controversie stesse, contribuendo a risolvere i conflitti in modo equo.

ISCRIZIONE E CONTRIBUTI

I medici, gli odontoiatri e le Società tra Professionisti (STP), per poter esercitare la professione, devono essere iscritti all'Albo e pagare la relativa tassa di iscrizione annuale oltre alla tassa di concessione governativa. Al momento della presentazione dell'istanza di iscrizione, così come per i successivi rinnovi annuali, è previsto un versamento di una quota che viene determinata dall'ordine territoriale di appartenenza. Una parte fissa di questa quota, attualmente pari a €23,00, sarà destinata alla FNOMCeO nazionale.

AGGIORNAMENTO DEI PROFESSIONISTI

Uno dei compiti fondamentali degli Ordini territoriali è la promozione del progresso culturale e professionale degli iscritti. Questo impegno si traduce in una serie di iniziative volte a facilitare l'aggiornamento continuo degli iscritti agli albi già presente prima dell'introduzione del sistema dell'Educazione Medica Continua (ECM)

TENUTA DELL'ALBO

La tenuta dell'Albo professionale è un compito di grande importanza affidato agli Ordini territoriali. L'Albo riporta per tutti i medici e gli odontoiatri iscritti, i dati anagrafici, i titoli di studio, le specializzazioni ed eventuali sanzioni disciplinari che incidono sull'esercizio della professione. L'albo professionale ha valore legale e garantisce la legittimità dell'esercizio delle professioni, medica e odontoiatrica.

La tenuta dell'Albo è un'attività di natura "notarile" che assicura la certezza del diritto, fornendo trasparenza e affidabilità sulle qualifiche e lo stato professionale dei medici. Gli Ordini sono responsabili dell'aggiornamento costante dei dati, garantendo che ogni modifica, come l'ottenimento di nuove specializzazioni o cambiamenti di stato, sia registrata. Questo sistema permette di esercitare il controllo sulla professionalità e l'etica degli iscritti, assicurando che solo coloro che soddisfano gli standard richiesti possano esercitare le professioni medica e odontoiatrica.

POTERE DISCIPLINARE

Il potere disciplinare è una delle funzioni più rilevanti degli Ordini. Attraverso il corretto esercizio delle procedure disciplinari, vigilano sul comportamento dei propri iscritti e sul rispetto delle norme deontologiche, irrogando sanzioni disciplinari in caso di violazioni delle norme medesime. Questo potere, esercitato dagli organi disciplinari degli Ordini, mira a tutelare il decoro e la dignità della professione medica, garantendo la tutela degli interessi pubblici legati all'esercizio professionale e della salute dei pazienti.

INTERPOSIZIONE NELLE CONTROVERSIE - PARERI SUGLI ONORARI

Un'altra funzione essenziale degli Ordini è l'interposizione nelle controversie. Tale funzione di mediazione è fondamentale per garantire che le relazioni professionali si mantengano corrette, trasparenti e orientate alla risoluzione pacifica dei conflitti. Inoltre, gli Ordini forniscono, (su istanza degli iscritti e/o degli eredi o di altre pubbliche amministrazioni), pareri sugli onorari professionali, esprimendo valutazioni sulla correttezza e adeguatezza delle parcelle richieste dai medici.

Gli Ordini sono anche responsabili della verifica della correttezza dei messaggi pubblicitari dei medici. Nonostante la riforma introdotta dalla Legge n. 248/2006, che ha abrogato il procedimento autorizzativo per la pubblicità sanitaria, gli Ordini devono comunque vigilare affinché le informazioni diffuse dagli iscritti siano veritiere e corrette, funzionali all'oggetto dell'informazione mai equivoca, ingannevole o denigratoria nonché "funzionali a garantire la sicurezza dei trattamenti sanitari, escluso qualsiasi elemento di carattere promozionale o suggestivo, nel rispetto della libera e consapevole determinazione del paziente, a tutela della salute pubblica, della dignità della persona e del suo diritto a una corretta informazione sanitaria".

PEC (POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA)

La Posta Elettronica Certificata (PEC) è un sistema di comunicazione elettronica che conferisce valore legale ai messaggi inviati, equiparato a quello di una raccomandata con ricevuta di ritorno. Il Decreto-legge n. 185/2008, convertito nella Legge del 28 gennaio 2009, n. 2, ha reso obbligatorio per tutti i professionisti iscritti in Albi o elenchi di dotarsi di una casella PEC e di comunicarne l'indirizzo agli Ordini. La PEC garantisce la certezza dell'invio e della ricezione dei messaggi, aggiungendo sicurezza e tracciabilità alle comunicazioni ufficiali. Gli Ordini possono fornire agli iscritti una casella PEC in convenzione, facilitando l'adempimento di questo obbligo. La PEC è uno strumento fondamentale per la gestione delle comunicazioni ufficiali, garantendo trasparenza, sicurezza e validità legale ai messaggi scambiati tra medici, pazienti, enti sanitari e autorità competenti.

Si evidenzia che il decreto-legge n. 76/2020, convertito con modificazioni dalla legge 11 settembre 2020, n. 120 sulle misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale prevede, all'art. 37, che il professionista che non comunica il proprio domicilio digitale all'Ordine è obbligatoriamente soggetto a diffida ad adempiere, entro trenta giorni, da parte dell'Ordine di appartenenza. In caso di mancata ottemperanza alla diffida, l'Ordine di appartenenza commina la sanzione della sospensione dal relativo albo fino alla comunicazione dello stesso domicilio.

CODICE DEONTOLOGICO

PERCHÉ UN CODICE DEONTOLOGICO?

https://portale.fnomceo.it/codice-deontologico/

Il fine dell'attività medica è il prendersi cura, secondo scienza e coscienza.

È un'affermazione che ben conosciamo, ma se dovessimo valutare la stessa nel suo profondo significato ci avventureremmo in un percorso più complicato del previsto.

Spontaneamente, descrivendo le caratteristiche di scienza e coscienza, ci verrebbe da attribuire alla prima un valore di oggettività e alla seconda di soggettività, ma ad una analisi approfondita scopriremo che non è necessariamente così.

Anche alla base della scienza, e conoscenza, vi è sempre un soggetto che intuisce un filone di ricerca, disegna lo studio, opera clinicamente, effettua le analisi di laboratorio, raccoglie i dati, li rielabora, li analizza e li interiorizza. Il riconoscere queste azioni, necessariamente appartenenti al soggetto, non invalida il valore, anche oggettivo, che viene in questo rafforzato dalla metodologia, della scienza, ma ci richiama al senso di responsabilità sempre presente, derivante dall'agire individuale.

Nessuno può quindi sottrarsi alla responsabilità del proprio agire; anche quando si può mascherare come non scelta, per esempio l'attenersi alla legge, è in definitiva anch'essa una scelta determinata dalla decisione dell'individuo di attenersi alla legge stessa.

Potranno certo variare i gradi di libertà decisionale, ma non la responsabilità derivante dall'agire che, in ogni caso, appartiene al singolo.

Quali criteri ci indirizzano quindi nella valutazione di una situazione che richiede una nostra azione nella realtà?

La conoscenza è il fondamento irrinunciabile che sostanzia la professione medica, ma ciò che porta alla determinazione e manifestazione di un atto di cura, o di diagnosi, è sempre guidato da un impulso etico e/o morale, conscio o inconscio che sia.

Etica e morale nascono come sinonimi, ma nel tempo hanno assunto caratteristiche diverse. "Ethos" è un termine greco al quale storicamente fa seguito il termine latino "Mos", da cui derivano rispettivamente etica e morale.

L'etica nasce come una serie di principi valoriali condivisi da una comunità ed interiorizzati dal singolo. Semplificando si potrebbe dire che l'etica afferisce alla sfera semantica del giusto o dell'ingiusto.

Il termine moralità origina dalla civiltà romana, come idea di costume, tradizione,

Il campo semantico della moralità può essere riassunto nel dualismo tra bene e male. Per il nostro essere medici, non solo in situazioni professionali, ma in ogni momento della vita, abbiamo scelto di definire un codice etico che ci appartenga, ed al quale scegliamo di riferirci.

Il codice deontologico deve essere un *faro* che ci guidi nella complessità dell'esistenza ed un riferimento oggettivo necessario perché si possano soppesare eventuali inosservanze.

La definizione di un codice etico non è in conflitto con la moralità, ma in un certo senso la eleva, conferisce identità e nobiltà ad una professione che ha come missione il prendersi cura.

La moralità mantiene altresì la sua irrinunciabile funzione, nella consapevolezza che un codice deontologico non potrà mai esaurire la complessità della realtà e sollevare il singolo dalla responsabilità della scelta.

Il giuramento archetipico, al quale ogni atto medico si orienta in senso anche morale, è il giuramento di Ippocrate. È la prima testimonianza scritta dell'affermazione della volontà del singolo di mettere le proprie conoscenze al servizio del bene del prossimo, in un atto di cura.

Il codice deontologico del 2014 approvato dalla FNOMCeO, e le sue successive modifiche, è invece, ad oggi, il codice di riferimento etico al quale dobbiamo rivolgerci per l'orientamento e la valutazione del nostro operato.

CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

Il vigente Codice FNOMCeO si apre con il giuramento professionale che si ispira, appunto, a quello ippocratico, e si sviluppa poi nel codice deontologico vero e proprio rappresentato da 79 articoli. Agli articoli segue la disposizione finale e quattro indirizzi applicativi.

Gli articoli sono suddivisi nei seguenti titoli:

I Contenuti e finalità

II Doveri e competenze del medico

III Rapporti con la persona assistita

IV Informazione e comunicazione, consenso e dissenso

V Trapianti di organi, tessuti e cellule

VI Sessualità, riproduzione e genetica

VII Ricerca e sperimentazione

VIII Trattamento medico e libertà personale

IX Onorari professionali, informazione e pubblicità sanitaria

X Rapporti con i colleghi

XI Attività medico legale

XII Rapporti intra ed interprofessionali

XIII Rapporti con le strutture sanitarie pubbliche e private

XIV Medicina dello sport

XV Tutela della salute collettiva

XVI Medicina potenziativa ed estetica

XVII Medicina militare

XVIII Informatizzazione e innovazione sanitaria

COMMISSIONI DISCIPLINARI

Al codice deontologico fanno riferimento le Commissioni d'albo della FNOMCeO e dei singoli Ordini per l'accertamento e la valutazione disciplinare delle violazioni delle norme deontologiche commesse dagli iscritti agli Albi.

L'articolo 3 del decreto legislativo del Capo Provvisorio dello Stato del 13 settembre 1946, n. 233, nella sua prima stesura, attribuiva al Consiglio Direttivo l'esercizio del potere disciplinare sui propri iscritti.

Tale articolo è stato rinnovato con l'entrata in vigore della legge 24 luglio 1985, n. 409, che ha istituito la professione sanitaria di odontoiatra. L'articolo 6, ha introdotto, infatti, due commissioni disciplinari, una per gli iscritti all'albo dei Medici Chirurghi e una per gli iscritti all'albo degli Odontoiatri, cha hanno quindi la responsabilità di valutazione deontologica, ciascuna per il proprio ambito di competenza.

Il procedimento disciplinare e le relative sanzioni sono regolati dal Capo IV D.P.R. del 5 aprile 1950, n. 221 (artt. 38 - 52).

Chi ha il potere di iniziativa disciplinare?

I presidenti delle Commissioni Albo Medici (CAM) e Albo Odontoiatri (CAO) sugli iscritti al rispettivo albo; a livello nazionale, i presidenti della CAM e CAO della Federazione Nazionale sui componenti dei Consigli Direttivi, delle Commissioni di Albo e dei Collegi dei Revisori degli Ordini territoriali appartenenti al medesimo albo, il Ministero della Salute e il Procuratore della Repubblica.

Chi ha la competenza a valutare la condotta del sanitario?

La CAM o la CAO a seconda dell'appartenenza dell'iscritto all'uno o all'altro dei due albi, od entrambe, con un doppio procedimento disciplinare se il fatto riguarda un doppio iscritto e la violazione riguarda principi

deontologici comuni alle due professioni (esempi: comportamenti lesivi del decoro e della dignità professionale, mancanza di consenso informato, violazione della privacy, mancato assolvimento dell'obbligo ECM, ecc…). Nel caso in cui la violazione sia invece specifica all'operato relativo ad uno dei due albi, la competenza sarà della Commissione dell'albo coinvolto.

Nel caso in cui debba essere valutato l'operato di un membro CAM o CAO, tale competenza viene sottratta ovviamente all'organo territoriale di cui fanno parte e demandata alle CAM e CAO costituite presso la FNOMCeO.

Nel caso in cui debba essere valutato l'operato di un membro di una CAO o CAM nazionale la responsabilità competerà alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie (CCEPS).

PROCEDIMENTO DISCIPLINARE

Il procedimento disciplinare presenta le seguenti fasi:

1) *fase istruttoria*: in seguito alla venuta a conoscenza di un possibile illecito disciplinare, il presidente CAM o CAO assume le opportune informazioni, procede alla convocazione dell'iscritto per l'audizione preliminare ai sensi dell'articolo 39, comma 1, del D.P.R. n. 221/50 tramite pec esplicitando i motivi della convocazione. Il sanitario già nella fase preliminare può farsi assistere da un avvocato o consulente di fiducia. Nel corso dell'audizione innanzi al Presidente della Commissione di Albo, il convocato potrà esprimere le proprie ragioni rispondendo alle domande a lui poste. Dell'audizione dovrà essere redatto un verbale che dovrà essere firmato sia dal presidente della Commissione che dal sanitario convocato. Successivamente, il Presidente riferisce alla Commissione di Albo per le opportune valutazioni circa l'apertura o meno del procedimento disciplinare. La Commissione procede pertanto, con delibera, ad aprire il procedimento disciplinare a carico dell'incolpato, indicando la condotta contestata e gli articoli del Codice deontologico dei quali si ipotizza la violazione, oppure delibera la non apertura del procedimento, indicando debitamente le motivazioni alla base di tale decisione. La Commissione può altresì deliberare la necessità di svolgere ulteriore attività istruttoria. Nel caso di procedimento penale in corso, la Commissione, qualora ritenga di non possedere elementi istruttori sufficienti a proseguire in via autonoma, può deliberare l'apertura e contestuale sospensione del procedimento disciplinare in attesa della sentenza penale definitiva.
   L'eventuale apertura del procedimento disciplinare va notificata tramite pec all'incolpato e comunicata al Ministero della Salute e alla Procura della Repubblica territorialmente competente.
2) *fissazione della seduta di giudizio*: nel caso di apertura del procedimento disciplinare il Presidente CAM o CAO fissa la data della seduta per la celebrazione del procedimento disciplinare e notifica all'incolpato tramite pec con un congruo anticipo (almeno 20 giorni) la menzione circostanziata degli addebiti rilevati, il luogo, la data e l'ora del giudizio e l'espresso avvertimento che, qualora non si presenti alla seduta, si procederà al giudizio in sua assenza. Il sanitario, nel corso del giudizio, potrà

farsi assistere da un avvocato o consulente di fiducia. Dovrà essere inoltre nominato un relatore tra i membri CAM o CAO che dovrà relazionare sul fatto.

3) *seduta di giudizio*: la seduta si apre con la relazione da parte del relatore nominato dalla CAM o CAO, alla quale seguirà la replica da parte dell'iscritto convocato. Dopo l'intervento dell'incolpato, i membri della Commissione possono porre ulteriori domande alle quali l'incolpato dovrà rispondere. Conclusa la discussione, l'incolpato si allontana e la Commissione si riunisce in camera di consiglio per decidere. Della seduta deve essere redatto il verbale da parte del Segretario della Commissione.
4) *decisione*: la decisione ha natura di provvedimento amministrativo, pertanto è redatta sotto forma di delibera; essa può essere di non luogo a procedere (assoluzione) o di irrogazione di una sanzione disciplinare e deve contenere, a pena di nullità, la data in cui è stata adottata, i fatti addebitati e le prove assunte, i motivi, il dispositivo e dev'essere sottoscritta dal Presidente e dal Segretario. La decisione è pubblicata mediante deposito dell'originale negli uffici di segreteria che provvede a notificarne copia all'interessato tramite pec.

   La decisione deve essere inoltre comunicata al Ministero della Salute e alla Procuratore della Repubblica. Nel caso di irrogazione della sanzione della sospensione dall'esercizio professionale o della radiazione, una volta divenuta definitiva, dovrà essere data idonea informazione a tutti gli Ordini territoriali italiani ed alle Autorità di cui all'articolo 2 del D.P.R. n. 221/50.

SANZIONI

Le sanzioni disciplinari sono definite dall'art. 40 del D.P.R. 221/50 e sono:

1. *avvertimento*: il colpevole viene diffidato a non ricadere nella sanzione commessa;
2. *censura*: dichiarazione di biasimo formale per la mancanza commessa;
3. *sospensione dall'esercizio della professione*: per la durata da 1 a 6 mesi (fa l'eccezione il caso di favoreggiamento per l'esercizio abusivo della professione sanitaria per cui la sospensione non può essere inferiore ad un anno, art.8 della legge del 5 febbraio 1992, n. 175);
4. *radiazione dall'Albo*: il sanitario sarà radiato dall'albo e potrà iscriversi nuovamente trascorsi 5 anni dal provvedimento e, nel caso in cui ci sia stata una condanna penale, a condizione che sia avvenuta la riabilitazione.

RICORSO

Contro i giudizi di CAM e CAO, sia territoriali che nazionali, è ammesso proporre ricorso innanzi alla Commissione Centrale per gli Esercenti Le Professioni Sanitarie (CCEPS), organo di giurisdizione speciale, istituito presso il Ministero della Salute. Il ricorso va notificato all'Organo che ha emanato il provvedimento impugnato, al Ministero della Salute ed alla Procura della Repubblica territorialmente competente.

La decisione della CCEPS può essere di:

1) *rigetto*: la sanzione diventerà esecutiva, anche in caso di eventuale ricorso in Cassazione da parte del condannato;

2) *accoglimento parziale*: la sanzione della CCEPS sarà sostitutiva della precedente emessa da CAM o CAO;

3) *accoglimento totale per motivi di merito*: in tal caso l'Ordine se vorrà potrà impugnare la decisione in Cassazione;

4) *accoglimento totale per motivi formali*: l'Ordine dovrà riprendere il provvedimento dall'ultimo atto annullato o iniziare un nuovo procedimento disciplinare dall'inizio se il vizio formale rilevato è ab origine.

LEGGE "LORENZIN"

La cosiddetta Legge Lorenzin (L. n 3 11 gennaio 2018), all'art.4 capo 1.3. dichiara che gli ordini delle professioni sanitarie:

"*separano, nell'esercizio della funzione disciplinare, a garanzia del diritto di difesa, dell'autonomia e della terzietà del giudizio disciplinare, la funzione istruttoria da quella giudicante. A tal fine, in ogni regione sono costituiti uffici istruttori di albo, composti da un numero compreso tra cinque e undici iscritti sorteggiati tra i componenti delle commissioni disciplinari di albo della corrispettiva professione, garantendo la rappresentanza di tutti gli Ordini, e un rappresentante estraneo alla professione nominato dal Ministro della salute. Gli uffici istruttori, sulla base di esposti o su richiesta del presidente della competente commissione disciplinare o d'ufficio, compiono gli atti preordinati all'instaurazione del procedimento disciplinare, sottoponendo all'organo giudicante la documentazione acquisita e le motivazioni per il proscioglimento o per l'apertura del procedimento disciplinare, formulando in questo caso il profilo di addebito. I componenti degli uffici istruttori non possono partecipare ai procedimenti relativi agli iscritti al proprio albo di appartenenza.*"

Come si può notare, nella legge Lorenzin si indica la necessità di separare la fase istruttoria del procedimento disciplinare da quella giudicante, fasi che ad ora sono ancora in capo a CAM e CAO territoriali. La legge Lorenzin prevede uno spostamento della fase istruttoria a livello regionale, mentre la fase di valutazione e comminazione dell'eventuale sanzione rimane a carico della CAM o CAO territoriali.

Non sono ancora stati pubblicati decreti attuativi relativi a tale legge; quindi, la struttura delle fasi disciplinari rimane per il momento ancora aderente alla situazione pre – legge Lorenzin, in attesa di aggiornamento.

RAPPORTI TRA PROFESSIONISTI

Il rapporto tra medici è regolamentato da norme deontologiche, etiche e legislative che promuovono il rispetto reciproco, la collaborazione professionale e il corretto svolgimento della professione. Questo rapporto è disciplinato principalmente dal Titolo X del Codice di Deontologia Medica della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO). Esistono inoltre riferimenti nel Codice sia civile che penale e, in alcuni casi, nelle disposizioni regionali e nei contratti di lavoro.

RIFERIMENTI DEONTOLOGICI

Il Codice di Deontologia Medica rappresenta il principale riferimento regolamentare dei rapporti tra medici in ambito professionale. Esso stabilisce:

Art. 58

Rapporti tra colleghi

Il medico impronta il rapporto con i colleghi ai principi di solidarietà e collaborazione e al reciproco rispetto delle competenze tecniche, funzionali ed economiche, nonché delle correlate autonomie e responsabilità.

Il medico affronta eventuali contrasti con i colleghi nel rispetto reciproco e salvaguarda il migliore interesse della persona assistita, ove coinvolta.

Il medico assiste i colleghi prevedendo solo il ristoro delle spese.

Il medico, in caso di errore professionale di un collega, evita comportamenti denigratori e colpevolizzanti.

Art. 59

Rapporti con il medico curante

Il medico curante e i colleghi operanti nelle strutture pubbliche e private devono assicurare un rapporto di consultazione, collaborazione e informazione reciproca.

Il medico che presti la propria opera per competenza specialistica o in situazioni di urgenza è tenuto, previo consenso del paziente o del suo rappresentante legale, a comunicare al medico indicato dagli stessi gli indirizzi diagnostico-terapeutici attuati e le valutazioni cliniche relative.

Il medico fa pervenire la relazione clinica o la lettera di dimissione al medico indicato dal paziente stesso.

Art. 60

Consulto e consulenza

Il medico curante, previo consenso dell'interessato o del suo rappresentante legale, propone il consulto con altro collega ovvero la consulenza presso strutture idonee, ponendo gli adeguati quesiti e fornendo la documentazione in suo possesso.

Il medico che non condivida una richiesta di consulto o di consulenza formulata dalla persona assistita o dal suo rappresentante legale, può astenersi dal parteciparvi, ma fornisce comunque tutte le informazioni e la documentazione clinica relative al caso.

Lo specialista o il consulente che visiti un paziente in assenza del curante deve fornire una dettagliata relazione diagnostica e l'indirizzo terapeutico consigliato, debitamente sottoscritti.

Art. 61

Affidamento degli assistiti

I medici coinvolti nell'affidamento degli assistiti, in particolare se complessi e fragili, devono assicurare il reciproco scambio di informazioni e la puntuale e rigorosa trasmissione della documentazione clinica.

CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO (CCNL)

Per i medici dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale, il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro stabilisce ulteriori regole in merito ai rapporti tra medici:

- Ruoli gerarchici e responsabilità: nei contesti di lavoro organizzati (come ospedali e strutture sanitarie pubbliche), esistono responsabilità e rapporti gerarchici tra i medici che devono essere rispettati. La suddivisione dei ruoli è delineata dal CCNL, e ciascun medico ha l'obbligo di rispettare le direttive dei superiori e di collaborare con i colleghi di pari livello;
- Organizzazione dei turni e delle ferie: la gestione di turni e ferie può influenzare i rapporti tra colleghi; il CCNL stabilisce regole chiare per favorire un'equa distribuzione dei carichi di lavoro, riducendo il rischio di tensioni e conflitti tra medici.

CODICE CIVILE

In alcuni casi, anche il Codice civile interviene nei rapporti tra medici, in particolare per:

- Concorrenza sleale: se un medico diffama un collega o cerca di danneggiarne la reputazione per ottenere un vantaggio professionale, può essere accusato di concorrenza sleale (Art. 2598 e ss. del Codice civile);

- Diffamazione e tutela della reputazione: in caso di diffamazione o comportamento lesivo nei confronti di un altro medico, il medico colpito può fare ricorso alla tutela civile per ottenere un risarcimento danni e segnalare la condotta del collega responsabile all'Ordine di appartenenza di questi (art.2043 Codice civile)

CODICE PENALE

Nei casi estremi di grave conflitto tra medici, il Codice penale può intervenire qualora le azioni di uno dei medici integrino estremi di reato. Ad esempio:

- Diffamazione: se un medico diffama pubblicamente un collega, ledendone la reputazione, può incorrere in responsabilità penale (Art. 595 del Codice penale);
- Violazione del segreto professionale: se un medico rivela informazioni sensibili di un collega senza consenso, può essere perseguito penalmente per violazione del segreto professionale (Art. 622 del Codice penale).

RESPONSABILITÀ NELLA FORMAZIONE DEI GIOVANI MEDICI

I medici più esperti e con ruoli di supervisione/tutoraggio hanno un dovere formativo nei confronti dei giovani medici e dei medici in formazione. Questo rapporto è regolato sia dal Codice di Deontologia Medica che dai regolamenti delle singole strutture e delle scuole di specializzazione. I medici più esperti hanno il dovere e responsabilità di:

- Favorire la crescita professionale e personale dei colleghi più giovani, offrendo supporto e consigli senza abusare della loro posizione.
- Rispettare i diritti dei medici in formazione, evitando pressioni indebite o deleghe inappropriatamente complesse.

ESERCIZIO PROFESSIONALE: I PERCORSI

In premessa occorre evidenziare che l'art 2 comma 1 della Legge 14 marzo 2025, n. 26, ha disposto la delega al Governo per l'adozione, entro 12 mesi dall'entrata in vigore della legge, di uno o più decreti legislativi finalizzati alla revisione delle modalità di accesso ai corsi di laurea in medicina e chirurgia, in odontoiatria e protesi dentaria. In particolare, scopo cardine del provvedimento risulta essere il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in termini di personale (medici chirurghi, odontoiatri e medici veterinari), date le esigenze del SSN e la garanzia di una formazione qualitativa, in coerenza con gli investimenti di cui alla Missione 6 - Salute del PNRR.

L'articolo 2 comma 2 della legge 14 marzo 2025, n. 26 enuclea i principi e i criteri direttivi cui il legislatore delegato dovrà uniformarsi. Nello specifico, tra le altre, la lettera a) dispone che l'iscrizione al primo semestre dei corsi di laurea in medicina e chirurgia, in odontoiatria e protesi dentaria debba essere libera; la lettera d) stabilisce che l'ammissione al secondo semestre dei corsi di laurea magistrale in medicina e chirurgia, in odontoiatria e protesi dentaria e in medicina veterinaria debba essere subordinata al conseguimento di tutti i CFU stabiliti per gli esami di profitto del primo semestre, da svolgere secondo standard uniformi, nonché alla collocazione in posizione utile nella graduatoria di merito nazionale;

L'articolo 3, composto da un solo comma, dispone che con i decreti legislativi attuativi della delega di cui al precedente articolo 2 si provveda, altresì, alla revisione della legge 2 agosto 1999, n. 264, recante la normativa attualmente vigente in materia di accessi programmati ai corsi universitari, nonché alla modifica o all'abrogazione di ulteriori disposizioni legislative in contrasto con i princìpi e i criteri direttivi di cui alla presente legge.

Si evidenzia, a tal proposito, che il decreto MUR 418 del 30-05-2025 attuativo della riforma dell'accesso al semestre filtro delle Classi di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicina e Chirurgia (LM-41), in Odontoiatria e Protesi Dentaria (LM-46) - a.a. 2025/2026.

"A decorrere dall'a.a. 2025/2026, l'iscrizione degli studenti dei Paesi UE e dei Paesi non UE di cui all'articolo 39, comma 5, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, nonché dei Paesi non UE residenti all'estero, al semestre filtro dei corsi di studio in lingua italiana afferenti alla Classe di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicina e Chirurgia (LM-41), alla Classe di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Odontoiatria e Protesi Dentaria (LM-46) e alla Classe di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicina Veterinaria (LM-42), di cui alla legge 14 marzo 2025, n. 26 è libera…"(art. 1).

"1. Ai fini dell'accesso al semestre filtro, lo studente procede all'iscrizione, in prima applicazione entro il mese di luglio, attraverso il sistema informatico e secondo le modalità previsti dall'Allegato 1, che costituisce parte integrante del presente decreto, e indica: a) la sede di uno dei corsi di studio, tra quelli afferenti alle Classi LM-41 o LM-46 o LM-42, ove intende frequentare il semestre filtro, e il corso affine, tra quelli individuati dall'articolo 8, ove intende iscriversi; b) almeno dieci sedi ove intende proseguire il corso di studio di cui

all'articolo 1, comma 1, la prima delle quali deve coincidere con quella scelta per il semestre filtro, per l'ipotesi di utile collocazione nella graduatoria di merito di cui all'articolo 7; c) almeno dieci sedi ove intende proseguire il percorso di studi nel corso di studio affine, per l'ipotesi di mancata collocazione in posizione utile nella graduatoria di merito di cui all'articolo 7 per l'ammissione al secondo semestre del corso di studio di cui all'articolo 1, comma 1…" **(art. 2).**

"1. Le attività formative del semestre filtro, di norma, iniziano il 1° settembre e si concludono entro il 30 novembre. 2. Il semestre filtro si compone dei seguenti insegnamenti, a cui sono assegnati 6 crediti formativi (CFU) ciascuno: a) Chimica e propedeutica biochimica; b) Fisica; c) Biologi**a** 3. Con apposito decreto, il Ministro provvede a nominare due commissioni di esperti, incaricate una di predisporre i Syllabus relativi ai programmi degli insegnamenti di cui al comma 2, e l'altra di definire le prove di esame. Entrambe le commissioni sono articolate in sottocommissioni, ciascuna delle quali è composta da professori individuati per gli insegnamenti di propria afferenza. Le commissioni sono composte da professori universitari di ruolo o in quiescenza e rimangono in carica per due anni, rinnovabili una volta. I componenti della commissione incaricata di formulare le domande per le prove d'esame non possono svolgere attività didattica nel semestre filtro e assicurano il rispetto degli obblighi di riservatezza previsti dalla normativa vigente…" **(art. 4).**

"1. Gli esami di profitto dei tre insegnamenti di cui all'articolo 4 si svolgono nella medesima data e contemporaneamente in tutte le università in cui è erogato il semestre filtro, anche in deroga al divieto di sostenere esami nella medesima data previsto dai Regolamenti didattici di Ateneo. 2. Lo studente ha a disposizione, al termine delle attività formative, due appelli per ciascun insegnamento, a distanza di almeno quindici giorni. Con provvedimento annuale, il Ministero definisce le date degli appelli. 3. Ciascuna prova d'esame consiste nella somministrazione di trentuno (31) domande, di cui quindici (15) a risposta multipla e sedici (16) a risposta con modalità a completamento, secondo quanto previsto dall'Allegato 2, che costituisce parte integrante del presente decreto. A decorrere dall'a.a. 2026/2027, il provvedimento di cui al comma 2, secondo periodo, può ridefinire anche la tipologia delle prove d'esame di cui al presente comma. 4. Per lo svolgimento di ogni prova relativa a ciascun insegnamento è assegnato un tempo pari a 45 minuti. 5. Le procedure connesse allo svolgimento degli esami di profitto di cui al comma 1 sono disciplinate nell'Allegato 2**…"(art. 5).**

"1. Le prove d'esame sono valutate in trentesimi, oltre alla lode a cui è attribuito il valore di un punto. Ai fini dell'inserimento nella graduatoria di cui all'articolo 7, il punteggio è attribuito come segue:

- 1 punto per ogni risposta esatta;

- 0 punti per ogni risposta omessa;

- meno 0,25 (- 0,25) punti per ogni risposta errata

2. Per la valutazione complessiva delle tre prove d'esame di cui al comma 1, sono attribuiti al massimo novantatré (93) punti. 3. Ai fini della determinazione del voto d'esame per la carriera dello studente, i punteggi conseguiti nelle prove si arrotondano all'unità più prossima solo qualora lo studente abbia superato l'esame conseguendo un punteggio uguale o superiore a diciotto su trenta (18/30). 4. Allo studente è riconosciuta la possibilità di rinunciare alla votazione ottenuta in ciascun esame per poterlo sostenere nuovamente all'appello successivo del medesimo semestre filtro ovvero qualora si iscriva nuovamente ai sensi dell'articolo 9 del presente decreto" **(art 6).**

"1. Lo studente può iscriversi al semestre filtro per un massimo di tre volte, anche in anni accademici non consecutivi…" **(art. 9).**

"1. Gli studenti iscritti, alla data di pubblicazione del presente decreto, ai corsi di studio di cui all'articolo 1, comma 1, ovvero ai corsi di studio di cui all'articolo 8, anche presso un'università non statale legalmente riconosciuta, che intendono proseguire gli studi in un corso afferente alle Classi LM-41, LM-46 o LM-42, a decorrere dall'a.a. 2025/2026 sono tenuti a iscriversi al semestre filtro e a sostenere i relativi esami di profitto. Gli studenti di cui al primo periodo non sono tenuti a frequentare le lezioni purché producano documentazione idonea a dimostrare il rispetto degli obblighi di frequenza relativi agli insegnamenti di cui all'articolo 4, comma 2, presso il corso di studi di provenienza, fino all'armonizzazione dei piani di studio ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del decreto legislativo 15 maggio 2025, n. 71**…(art. 10).**

LAVORO NELL'EMERGENZA-URGENZA: CORSO EMERGENZA TERRITORIALE, LA REALTÀ DEL PRONTO SOCCORSO

Per diventare un medico d'emergenza-urgenza è necessario ottenere la laurea in Medicina e Chirurgia e successivamente la specializzazione in Medicina d'emergenza-urgenza della durata di 5 anni. Il punteggio minimo per entrare a Medicina d'Emergenza-Urgenza al test SSM (Scuole di Specializzazione in Medicina) varia tra le diverse università.

In attesa, ma non in alternativa al corso di specializzazione, i medici interessati all'emergenza-urgenza possono iniziare il proprio percorso professionale frequentando corsi specifici per lavorare nell'emergenza territoriale o nel Pronto Soccorso. Questi corsi formano il personale medico nella gestione delle emergenze sul territorio (come il servizio 118) e all'interno delle strutture ospedaliere. I medici acquisiscono competenze pratiche fondamentali per intervenire in situazioni critiche, gestire traumi e stabilizzare i pazienti.

Parte essenziale della formazione per il lavoro nell'emergenza urgenza sono le Manovre di Rianimazione Avanzata (ALS, ACLS, PALS) per il trattamento dell'arresto cardiaco e delle situazioni "periarresto".

Certificazione	Descrizione	Competenze Chiave	Ambito di Applicazione
ALS (Advanced Life Support)	Supporto avanzato per arresto cardiaco e altre emergenze critiche.	-Gestione avanzata delle vie aeree -Defibrillazione -Interpretazione ECG e gestione aritmie Somministrazione di farmaci	Ambito ospedaliero e pre-ospedaliero (ambulanza, pronto soccorso)
ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support)	Supporto cardiovascolare avanzato per emergenze come infarti e ictus.	- Riconoscimento e trattamento di emergenze cardiovascolari (arresto cardiaco, infarto, ictus) - Algoritmi per aritmie - Gestione avanzata delle vie aeree e ventilazione	Reparti di emergenza, terapia intensiva, cardiologia
PALS (Pediatric Advanced Life Support)	Supporto avanzato per emergenze pediatriche, incluse manovre per bambini e neonati.	- Gestione arresto cardiaco pediatrico - Gestione vie aeree pediatriche - Stabilizzazione del paziente pediatrico critico	Pediatria, pronto soccorso pediatrico, terapia intensiva neonatale e pediatrica, contesti di emergenza pediatrica

Tabella riepilogativa per le manovre e certificazioni ALS, ACLS e PALS.

LIBERA PROFESSIONE E APERTURA DI UNO STUDIO MEDICO LIBERO PROFESSIONALE O DI UNO STUDIO ODONTOIATRA

Nella realtà italiana odierna sono presenti diverse forme di esercizio professionale, ciascuna delle quali potrà meglio rispondere alle proprie potenzialità e soprattutto, tenere conto della tipologia di assistenza che si vorrà erogare e della tipologia di utente/committente.

Nell'effettuare la propria scelta, il neolaureato, dovrà valutare non solo le esigenze organizzative personali, ma soprattutto quelle del servizio che vorrà offrire.

Dietro ad una scelta di esercizio in forma individuale, si potrà dedurre la volontà del professionista di attuare un'organizzazione semplice di tipo imprenditoriale, interloquendo direttamente con il paziente, ma che allo stesso tempo dovrà possedere un bagaglio esperienziale professionale importante.

Dietro alla scelta di esercizio in forma aggregata, si potrà dedurre invece l'orientamento a inserirsi in un'organizzazione anche complessa, che potrà garantire alcuni vantaggi, quali: la possibilità di ripartizione dei costi, la condivisione di spazi e strumenti, la disponibilità di diversi professionisti e di diverse professionalità con diverse e specifiche skills, la realizzazione di una migliore gestione d'incarichi, che richiedano continuità assistenziale sul lungo periodo, anche con casi di elevata complessità.

FORME DI ESERCIZIO LIBERO PROFESSIONALE

ESERCIZIO IN FORMA INDIVIDUALE

Questo percorso richiede una buona capacità organizzativa e gestionale, oltre a una conoscenza di base delle normative fiscali e amministrative. Aprire uno studio significa gestire in modo autonomo la propria attività e creare una base di pazienti, con la possibilità di offrire prestazioni personalizzate.

Il neolaureato medico e/o odontoiatra che esercita in libera professione in forma individuale dovrà:

- aprire la partita Iva presso l'Agenzia delle entrate compilando il modello di inizio attività (AA9/12) (scaricabile dai siti www.agenziaentrate.gov.it o www.finanze.gov.it). Il modello dovrà essere presentato entro 30 giorni dalla data di inizio attività in duplice copia a un qualsiasi ufficio dell'Agenzia delle entrate o in copia singola per raccomandata. La valida alternativa, che accorcia i tempi, è quella di compilare e firmare digitalmente il modello e inviarlo via pec alla competente Agenzia delle entrate.
- comunicare il tipo di attività professionale svolto, che viene identificato con un codice Ateco. A seconda dell'attività svolta, il codice Ateco è differente: ce n'è uno tipico per i dentisti (86.23.00 'Attività degli studi odontoiatrici'), un altro per i medici (86.22.01 'Prestazioni sanitarie svolte da chirurghi'), o più specificamente per gli studi di medicina generale (86.21.00) e per gli specialisti (86.22.09). Esistono codici anche per i centri di radioterapia, per i centri di dialisi, gli studi di omeopatia e di agopuntura e per i centri di medicina estetica.
- al momento dell'apertura della partita IVA il professionista sanitario dovrà optare per la scelta del regime fiscale al quale vuole o deve aderire; secondo le norme vigenti il professionista potrà optare tra regime ordinario o regime forfettario.

  Con il regime forfettario si applica un'unica imposta sul 78 per cento dei compensi percepiti: del 5 per cento per i primi 5 anni di attività e del 15 per cento a partire dal sesto anno. Con questo regime agevolato si ha il solo impegno di conservare le fatture, ma non è possibile detrarre le spese e si possono portare in deduzione solo i contributi previdenziali obbligatori.

Viceversa, con il regime ordinario si pagano imposte in maniera progressiva, con l'Irpef che arriva anche al 43 per cento, ma si possono fare tutte le detrazioni e deduzioni consentite: dalla tassa annuale di iscrizione all'ordine alla polizza Rc professionale, dal riscatto di laurea all'auto, fino alla ristrutturazione della casa.

All'inizio del proprio percorso professionale, un giovane medico/odontoiatra ha quasi sempre i requisiti per poter accedere al regime forfettario, riservato a chi ha un tetto d'incasso annuo inferiore a 85 mila euro. Discorso diverso per chi è dipendente o ha un reddito assimilato a quello da lavoro dipendente, perché il regime forfettario non può essere usato da chi l'anno precedente ha avuto redditi da lavoro subordinato o assimilabile superiore a 35 mila euro (limite stabilito per gli anni 2025 e 2026).

Ottenere un numero di attribuzione del codice di fatturazione elettronica (Codice Univoco), qualora obbligati. L'Agenzia delle Entrate, infatti chiarisce (FAQ n° 150 del 22/12/2022) che dal 01/01/2024 decorre l'obbligo di fatturazione elettronica per tutti i professionisti, compresi quelli in regime forfettario, indipendentemente dai ricavi /compensi conseguiti. Il Codice Univoco è ottenibile tramite un provider tecnologico accreditato, ovvero il fornitore del software di fatturazione elettronica), da inserire nel proprio sistema di fatturazione. Anche l'Agenzia delle Entrate offre gratuitamente la possibilità di fruire di alcuni applicativi adatti allo scopo.

La consulenza di un commercialista può essere utile per iniziare con una corretta gestione fiscale.

Per gli approfondimenti in tema fiscale si rimanda al relativo capitolo.

Per quanto concerne i contributi previdenziali dell'Enpam, la Quota A è un contributo obbligatorio per tutti i medici e odontoiatri iscritti agli Ordini professionali, indipendentemente dal reddito. Questo contributo finanzia la pensione di base e altre prestazioni previdenziali. La Quota B dell'ENPAM, invece, è un contributo aggiuntivo per i soli medici e odontoiatri che esercitano attività libero-professionale e dichiarano redditi aggiuntivi rispetto a quelli coperti dalla Quota A.

Per gli approfondimenti in tema di previdenza si rimanda al relativo capitolo.

ESERCIZIO IN FORMA AGGREGATA

L'esercizio della libera professione in forma aggregata tra più professionisti, può garantire una risposta assistenziale continuativa, complessa e prolungata nel tempo, anche rivolta a più assistiti contemporaneamente.

In tale contesto, vista la presenza di più professionisti, possono essere inseriti in maniera sicura ed efficace medici e/o odontoiatri neolaureati, al fine di guidarli nell'esercizio libero professionale e nell'acquisizione di esperienza e competenze.

Per gli approfondimenti in tema di STP si rimanda al relativo capitolo.

MEDICINA CONVENZIONATA: IL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E QUELLO DI GUARDIA TURISTICA

Molti neolaureati iniziano la carriera con incarichi temporanei nei servizi di Continuità Assistenziale (ex guardia medica) o di Guardia Turistica. Il Servizio di continuità assistenziale, ex guardia medica, notturna e festiva, è quel servizio organizzato dall'Azienda con l'obiettivo di garantire le prestazioni solitamente fornite dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta al di fuori dei giorni e degli orari di lavoro di questi ultimi, per le prestazioni non differibili.

In periodi stagionali l'Azienda istituisce anche, in alcuni comuni con maggior affluenza turistica, il servizio di "guardia medica turistica" che garantisce l'assistenza medica di base ambulatoriale o domiciliare a turisti italiani e stranieri e a lavoratori stagionali che prestano la loro attività nel territorio.

Questi servizi, dunque, offrono assistenza medica al di fuori degli orari di apertura degli ambulatori e rappresentano un'opportunità di formazione pratica sul campo, soprattutto in termini di autonomia decisionale e gestione dei pazienti.

L'art. 19, comma 11, della legge 448/2001 stabilisce che i laureati in medicina e chirurgia abilitati, anche durante la loro iscrizione ai corsi di specializzazione possono sostituire a tempo determinato medici di medicina generale ed essere iscritti negli elenchi della guardia medica notturna e festiva e della guardia medica turistica (ma occupati solo in caso di carente disponibilità di medici già specializzati iscritti negli elenchi).

Per poter accedere agli incarichi di Continuità Assistenziale e di Guardia Turistica bisogna fare domanda alla ASL di riferimento in cui si decide di lavorare.

MEDICINA CONVENZIONATA: LA MEDICINA GENERALE E LA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

I medici che scelgono di intraprendere il percorso della Medicina Generale possono accedere al Corso di formazione specifica in Medicina Generale (della durata di tre anni), necessario per acquisire il titolo di medico di medicina generale. Analogamente, è possibile lavorare come pediatra di libera scelta, con convenzione, all'atto del conseguimento del titolo specialistico in Pediatria o nelle discipline equipollenti. La richiesta di inserimento nella graduatoria per la Pediatria di Libera Scelta va fatta entro il 31 gennaio di ogni anno. Possono presentare domanda di inserimento in graduatoria i medici che nell'anno acquisiranno il diploma di specializzazione nella medesima branca o in quelle equipollenti.

Questi ruoli prevedono un'assistenza continuativa al paziente e richiedono competenze sia cliniche sia relazionali per gestire un rapporto medico-paziente a lungo termine.

Secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale, il numero massimo di assistiti di un Medico di Medicina Generale (MMG) è fissato a 1.500: in particolari casi può essere incrementato fino a 1.800 assistiti,

ma molto spesso questo numero viene superato attraverso deroghe disposte dagli Accordi integrativi regionali (es. fino a 2.000 nella Provincia Autonoma di Bolzano), deroghe locali per indisponibilità di MMG e scelte temporanee del medico (es. extracomunitari senza permesso di soggiorno, non residenti).

Il massimale del Pediatra di Libera Scelta, come da Accordo Collettivo Nazionale vigente, non è di 800 assistiti, ma di 880, con deroga di ulteriori 120 assistiti con "tessere a scadenza" (cioè, residenti in ambiti limitrofi, non residenti ed extracomunitari). La popolazione pediatrica che il Pediatra di Libera Scelta può assistere va dalla nascita al compimento del 14° anno.

MEDICINA CONVENZIONATA: LA MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

I Medici Specialisti hanno la possibilità di lavorare con la qualifica di Specialisti Ambulatoriali, in regime convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale. Gli specialisti ambulatoriali offrono consulenze e trattamenti in ambulatori pubblici o privati, a supporto del sistema sanitario territoriale e ospedaliero.

Per ulteriori approfondimenti sul tema, si rimanda al relativo capitolo.

MEDICI DIPENDENTI

I medici specialisti possono intraprendere una carriera come dipendenti presso strutture pubbliche o private, lavorando in reparti ospedalieri o in ambito territoriale, a cui hanno solitamente accesso con un concorso e per cui costituisce titolo necessario e indispensabile il conseguimento della specializzazione dell'unità di candidatura o specializzazione equipollente o affine. I medici dipendenti sono inquadrati in una struttura gerarchica e svolgono attività clinica a seconda del reparto di appartenenza. Il percorso dipendente è regolato da specifiche normative contrattuali e prevede opportunità di avanzamento di carriera.

LA DIRIGENZA "MEDICA" E "ODONTOIATRICA": EVOLUZIONE A PARTIRE DALL'ISTITUZIONE DEL SSN

Con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), è stata introdotta la figura della dirigenza medica e odontoiatrica, che consente ai medici e/o odontoiatri di assumere ruoli di responsabilità e coordinamento all'interno delle strutture sanitarie. La carriera dirigenziale prevede livelli di crescente responsabilità e una progressione in base all'esperienza, alle competenze e al merito. È un percorso che unisce attività clinica e amministrativa.

PROCEDURE PREORDINATE ALLA INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO DI DIPENDENZA

L'accesso al ruolo di medico/odontoiatra dipendente nelle strutture pubbliche è regolato da procedure concorsuali. Il processo di selezione avviene tramite concorso pubblico, basato su titoli ed esami, per garantire l'accesso meritocratico e trasparente al SSN.

PROCEDURA PER LA COSTITUZIONE DEL RAPPORTO DI DIPENDENZA A TEMPO INDETERMINATO

Per instaurare un rapporto di lavoro a tempo indeterminato nel SSN, i medici e/o odontoiatri devono superare un concorso pubblico. Una volta selezionati, i medici vengono inseriti in un reparto o in un ambito specifico. Il contratto di lavoro a tempo indeterminato offre stabilità, diritti e possibilità di progressione di carriera in base all'anzianità e ai risultati raggiunti.

IL RAPPORTO DI LAVORO DEI MEDICI DIPENDENTI

Il contratto di lavoro per i medici/odontoiatri dipendenti del SSN regola aspetti quali l'orario di lavoro, i turni, i diritti e i doveri dei dipendenti. Include norme relative all'aggiornamento professionale e alla formazione continua.

INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI

I medici e/o gli odontoiatri dipendenti possono assumere incarichi extra-istituzionali, purché tali incarichi non interferiscano con i doveri verso l'ente di appartenenza e siano conformi alle normative vigenti. Requisito indispensabile è il nulla osta dell'ente di appartenenza. Questi incarichi includono attività didattiche, partecipazione a convegni e pubblicazioni scientifiche, contribuendo alla crescita professionale del medico e alla diffusione della conoscenza scientifica.

In particolare, riguardo la coesistenza tra l'attività di medico libero professionista e quella extraistituzionale di imprenditore può asserirsi che lo svolgimento di quest'ultima non comporta alcuna incompatibilità con l'esercizio della suddetta professione.

Tuttavia, occorre verificare che non sussista conflitto di interessi nello svolgimento al contempo di due attività. Si precisa che il conflitto di interessi è una condizione giuridica che si verifica quando viene affidata un'alta responsabilità decisionale a un soggetto che ha interessi personali o professionali in contrasto con l'imparzialità richiesta da tale responsabilità; imparzialità che può venire meno a causa degli interessi in causa. Dunque, tale fattispecie indica la condizione di un soggetto nella quale vi è un rischio che i suoi interessi personali

(secondari) possano confliggere con quelli istituzionali (primari) nel caso rappresentati dagli interessi legati al paziente.

L'articolo 4 del Codice di deontologia medica dispone che "l'esercizio professionale del medico è fondato sui principi di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità. Il medico ispira la propria attività professionale ai principi e alle regole della deontologia professionale senza sottostare a interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura".

Inoltre, ai sensi dell'articolo 30 del Codice di deontologia medica "Il medico evita qualsiasi condizione di conflitto di interessi nella quale il comportamento professionale risulti subordinato a indebiti vantaggi economici o di altra natura. Il medico dichiara le condizioni di conflitto di interessi riguardanti aspetti economici e di altra natura che possono manifestarsi nella ricerca scientifica, nella formazione e nell'aggiornamento professionale, nella prescrizione diagnostico-terapeutica, nella divulgazione scientifica, nei rapporti individuali e di gruppo con industrie, enti, organizzazioni e istituzioni, o con la Pubblica Amministrazione, attenendosi agli indirizzi applicativi allegati".

Dal tenore letterale della norma si evince che il sanitario deve: essere consapevole del possibile verificarsi di un conflitto di interessi e valutarne l'importanza e gli eventuali rischi; prevenire ogni situazione che possa essere evitata; dichiarare in maniera esplicita il tipo di rapporto che potrebbe influenzare le sue scelte consentendo al destinatario di queste una valutazione critica consapevole.

Riguardo al medico, invece, che lavora alle dipendenze della pubblica amministrazione, si rileva che l'art. 47 del CCNL 2019-2021 sulla dirigenza medica prevede che "1. 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.

2. 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 di cui al DPR 62/2013 di cui si impegna a osservare tutte le disposizioni nonché dei codici di comportamento adottati dalle Aziende ed Enti ai sensi dell'art. 54, comma 5 del D.Lgs. n. 165/2001 e di quanto stabilito nelle Carte dei Servizi.

3. 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 o Ente 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; ...c) nello svolgimento della propria attività, mantenere una condotta uniformata a principi di correttezza e di collaborazione nelle relazioni interpersonali, all'interno dell'Azienda o Ente 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 o Ente, salvo che non siano espressione della libertà di pensiero, ai sensi dell'art. 1 della legge n. 300 del 1970; ...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 personali, del coniuge, dei conviventi, dei parenti e degli affini fino al secondo grado come indicato dal D.P.R. 62/2013; …k) rispettare le norme di legge, contrattuali ed aziendali in materia di espletamento dell'attività libero professionale;…".

Inoltre, recente giurisprudenza ha affermato che l'art. 60 D.P.R. n. 3 del 1957 (Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato) prevede, univocamente, il divieto di esercizio del commercio, stabilendo che "L'impiegato non può esercitare il commercio, l'industria, né alcuna professione o assumere impieghi alle dipendenze di privati o accettare cariche in società costituite a fine di lucro"; divieto che è posto a presidio del principio di esclusività, custodito dalla Carta costituzionale (art. 98 Cost.) e dalla norma primaria. La declinazione del principio con riguardo al peculiare ambito delle professioni sanitarie pubbliche deriva dall'art. 4, comma 7, L. n. 412 del 1991, secondo cui "Con il Servizio sanitario nazionale può intercorrere un unico rapporto di lavoro. Tale rapporto è incompatibile con ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e con altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio sanitario nazionale. Il rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale è altresì incompatibile con l'esercizio di altre attività o con la titolarità o con la compartecipazione delle quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso".

Diversamente dal rapporto di lavoro privato, quello pubblico, votato al "servizio esclusivo della Nazione" (art. 98 Cost.) e irrorato dai canoni di fedeltà, disciplina e onore (art. 54 Cost.), è ontologicamente connotato dal regime delle incompatibilità, che preclude la possibilità di svolgere attività commerciali, industriali, artigiane, agricole e, quindi, di assumere la carica sociale di amministratore in costanza di rapporto. Ferme le ampie maglie dell'art. 60 D.P.R. n. 3 del 1957, occorre interpretare quest'ultimo in un'ottica appieno compatibile con i principi costituzionali (artt. 54, 97, 98 Cost.); principi ispirati alla ratio di preservare le energie del lavoratore pubblico a garanzia del buon andamento dell'Amministrazione (a propria volta, prisma le cui interconnesse facce sono l'efficienza, l'efficacia e l'economicità dell'azione pubblica) (Corte dei Conti Emilia-Romagna, Sez. giurisdiz., Sent., 11/12/2023, n. 124).

Ciò detto, nulla osta che il medico libero professionista ricopra un ruolo imprenditoriale in ambiti che esulano da quello sanitario, nella misura in cui il fatto che lo stesso svolga un'attività extraistituzionale imprenditoriale, (volta al perseguimento di interessi secondari) non confligga con gli interessi istituzionali (primari) del sanitario legati al paziente nel rispetto dei principi deontologici di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità.

Riguardo, invece, al rapporto di pubblica dipendenza, fermo restando l'art. 4, comma 7, della Legge n. 412 del 1991, sull'esclusività del rapporto di lavoro intercorrente con l'Azienda sanitaria, in quanto ente del Servizio Sanitario Nazionale, e l'osservanza del CCNL 2019-2021, occorre verificare nello specifico quanto stabilisce il regolamento dell'azienda sanitaria alle cui dipendenze il sanitario presta la propria attività lavorativa, ovvero in materia di incarichi extraistituzionali quali cariche societarie attengono al novero delle attività oggetto di divieto assoluto e quali necessiterebbero di apposita autorizzazione da parte dell'Azienda stessa.

LAVORARE ALL'ESTERO

Molti medici italiani scelgono di lavorare in altri paesi europei o extraeuropei. A seconda del paese, è necessario soddisfare requisiti specifici come il riconoscimento del titolo, test di lingua o l'iscrizione agli albi esteri. Lavorare all'estero può offrire importanti esperienze professionali e ampliare le proprie prospettive di carriera.

Inoltre, sono disponibili programmi di scambio e formazione internazionale, come l'Erasmus per giovani professionisti, che consentono ai medici di accrescere la propria formazione in un contesto internazionale.

Al di là dei requisiti della conoscenza della lingua, esistono regole fisse per chi dall'Italia vuol trasferirsi per esercitare all'estero. Le Autorità estere chiedono ai nostri camici bianchi una domanda di riconoscimento di laurea e specialità, un "attestato di conformità" per la libera circolazione nei paesi dell'U.E, in Svizzera o nell'Area SEE (Islanda, Liechtenstein, Norvegia) e un certificato di onorabilità professionale ("*good professional standing*"). Quest'ultimo è rilasciato dal Ministero della Salute per i paesi europei citati mentre per gli altri paesi è rilasciato dagli Ordini territoriali.

Il medico che ha conseguito il titolo professionale all'estero, per poter esercitare stabilmente in Italia e presentare istanza di iscrizione al relativo Albo professionale, deve preliminarmente ottenere il riconoscimento del titolo da parte del Ministero della salute per l'autorizzazione all'esercizio della professione in Italia. La procedura e la documentazione variano a seconda che il titolo provenga dall'Unione Europea o da un paese extra-UE. Inoltre, se cittadino extra comunitario deve essere in possesso di regolare premesso di soggiorno. La domanda di riconoscimento può essere presentata come medico specialista (modello G1) o come medico di medicina generale (modello G3) avvalendosi della modulistica scaricabile dal portale del Ministero della Salute. Va presentata al Ministero della Salute, Direzione Generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del S.S.N. Uff. VII, Viale G. Ribotta 5, Roma o consegnata all'Ufficio Accettazione Corrispondenza allo stesso indirizzo. Alla domanda su modello G1 si allegano fotocopia della carta identità più autocertificazione (dpr 445/2000 art 46) che attesta il possesso del titolo di laurea, la denominazione, l'elenco degli esami sostenuti, date di immatricolazione e di conseguimento del diploma di laurea, informazioni sulla durata legale del corso e sull'Università che lo ha rilasciato, se si è svolto interamente in Italia (non lo fosse va allegata documentazione della delibera dell'Università di convalida degli esami sostenuti all'estero con firma del Rettore più elenco esami sostenuti in Italia). In autocertificazione vanno poi indicati il possesso del

titolo di abilitazione con data di conseguimento; l'iscrizione all'Ordine con data e numero, eventuali cancellazioni precedenti da altri Ordini. Bisogna infine indicare eventuali sanzioni disciplinari "o amministrative".

Particolarità – I medici specialisti di cui al modello G1 in autocertificazione devono indicare anche il possesso del titolo di specialità con denominazione, date di immatricolazione e conseguimento del diploma, durata legale del corso, Università che lo ha rilasciato e stato di servizio specificando le strutture pubbliche dove si è lavorato e, per le strutture private, si allega la documentazione direttamente prodotta. Se il corso di specializzazione è iniziato entro il 1983 o ci si è specializzati in oncologia medica con un corso di 4 anni anziché 5 (durata "Ue"), si deve dimostrare di avere lavorato in Italia almeno 3 anni consecutivi negli ultimi 5 nella specialità per la quale si chiede il rilascio dell'attestato. Chi aspira a fare il medico di famiglia Oltralpe deve compilare il modulo G3, inviando carta d'identità ed autocertificazione dove attesta la laurea, l'abilitazione, l'iscrizione all'ordine e il possesso dell'attestato di formazione triennale indicando denominazione e data di conseguimento del titolo e della regione che lo ha rilasciato. (fonte: https://www.ordinemedicifc.it/2016/11/01/lavorare-allestero-ci-provano-sempre-piu-medici-ecco-come-si-fa/)

ALTERNATIVE ALL'ATTIVITÀ CLINICA

Alcuni neolaureati scelgono di intraprendere un dottorato di ricerca per contribuire all'innovazione scientifica e tecnologica in ambito medico. Nel 1980 (cfr. legge 21 febbraio 1980, n.28 e D.P.R. 11 luglio 1980, n.382) venne istituito il Dottorato di Ricerca (DdR); esso rappresenta ora il più alto grado di istruzione previsto nell'ordinamento accademico italiano. Il titolo di dottore di ricerca è equivalente (non ufficialmente) al titolo di Ph.D. (*Philosophiae Doctor*) dei paesi anglosassoni e a titoli analoghi presenti in altri paesi da più lungo tempo.

La durata ufficiale del DdR è di tre, quattro o cinque anni a seconda del particolare corso. I dottorandi possono, in determinate situazioni, richiedere la sospensione, l'interruzione ovvero la proroga (massimo per un solo anno) del corso di DdR. Durante i periodi di sospensione ovvero di proroga non è previsto il percepimento di alcuna borsa di studio.

Il titolo di dottore di ricerca servirebbe, nelle intenzioni del legislatore, a certificare che il detentore ha le conoscenze e le abilità, riconosciute dallo Stato, per effettuare ricerca in quel campo.

I medici-ricercatori possono lavorare in ambito universitario, in istituti di ricerca, o con industrie farmaceutiche, contribuendo a sviluppare nuove terapie e conoscenze cliniche. Questo percorso è particolarmente indicato per chi ha una forte inclinazione verso l'analisi scientifica e la sperimentazione.

L'accesso al dottorato di ricerca è legato a procedure concorsuali indette da ciascun Ateneo.

L'EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

DEFINIZIONE E NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Il professionista Medico Chirurgo ed Odontoiatra, nel corso di tutta la sua vita professionale, deve perseguire l'aggiornamento e sviluppare un percorso di formazione continua per lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze professionali tecniche e non tecniche, favorendo inoltre la diffusione della conoscenza ai discenti e ai collaboratori.

Il programma di Educazione Continua in Medicina (ECM) ha l'obiettivo di assicurare l'aggiornamento professionale in Italia. Il sistema di Formazione Continua garantisce che i professionisti della salute mantengano un aggiornamento adeguato a rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio Sanitario Nazionale ed alla propria crescita professionale. L'obbligo formativo per i professionisti della Salute dura per l'intera vita professionale e ne è parte integrante.

Il programma di Educazione Continua in Medicina (ECM) ha definito al momento della sua istituzione un fabbisogno formativo teorico triennale di 150 crediti ECM. Il sistema di formazione ECM, attraverso il portale del Cogeaps, rende disponibile a ciascun professionista il calcolo dell'obbligo formativo individuale, tenendo conto delle regole e dei vincoli previsti dalla normativa. Tale obbligo formativo individuale è calcolato per ogni professionista, in virtù della normativa, della formazione pregressa e di altre situazioni. L'obbligo formativo individuale di ciascun professionista può essere anche significativamente inferiore rispetto al valore teorico di 150 crediti e misura la quantità di formazione a cui ciascun professionista è realmente tenuto nel corso di un triennio formativo. L'acquisizione da parte di un professionista della salute di un numero di crediti formativi qualificati uguale o superiore al proprio obbligo formativo individuale determina il corretto assolvimento dell'obbligo formativo previsto per legge. Il professionista, in quanto iscritto ad Albi delle professioni sanitarie, è tenuto all'assolvimento degli obblighi formativi. Il mancato assolvimento della formazione prevista per legge, per un professionista sanitario iscritto, configura un illecito disciplinare sanzionabile.

Per l'iscrizione ad elenchi specifici (Medici competenti, Medici Autorizzati, Medici Certificatori INPS ad esempio) e per tematiche particolari (ad esempio la radioprotezione), oltre che per questioni di responsabilità medica è necessario che il professionista raggiunga determinati livelli percentuali di formazione rispetto il proprio obbligo formativo individuale triennale o che soddisfi determinati requisiti previsti dalla normativa. Il professionista trova tutte le informazioni relative al soddisfacimento del suo obbligo nel triennio in corso e le indicazioni sul raggiungimento di specifici ambiti formativi sul portale Co.Ge.A.P.S. o sulla relativa APP.

L'Ordine del Professionista certifica su richiesta agli iscritti o comunica ad eventuali amministrazioni pubbliche che ne dovessero far richiesta, il corretto assolvimento dell'obbligo formativo ECM o la percentuale di formazione rispetto all'obbligo formativo e lo svolgimento di formazione soltanto in specifici ambiti o

discipline, quali ad oggi radioprotezione e medici competenti. “L’Ordine del Professionista certifica i crediti acquisiti nei percorsi formativi e ne valuta le eventuali inadempienze.” (Codice di deontologia medica, art. 19).

L’obbligo formativo per i professionisti sanitari decorre dal primo gennaio dell’anno successivo rispetto all’iscrizione all’Albo dell’OMCeO. Nel triennio di iscrizione il Co.Ge.A.P.S. parametra e calcola l’obbligo formativo residuale sulla base dell’anno di iscrizione.

I crediti ECM utili al soddisfacimento dell’obbligo formativo individuale vengono acquisiti dal Professionista con la partecipazione ad eventi formativi accreditati (gestiti da Enti o Società qualificati come Provider) o con attività formativa “individuale” riconosciuta normativamente e inserita dal professionista nella banca dati Co.Ge.A.P.S.

Le tipologie di formazione accreditata che attribuiscono crediti formativi per il ruolo di discente sono:

- formazione a distanza (FAD);

- formazione sul campo (FSC, ad es.: attività di ricerca, commissioni e gruppi di miglioramento);

- formazione residenziale;

- formazione “blended”, un misto tra almeno due tra le categorie precedenti.

Al superamento delle prove di apprendimento dell’attività formativa, il discente acquisisce i crediti ECM per cui è stato accreditato il corso.

Il professionista può acquisire crediti formativi ECM in eventi accreditanti anche con altri ruoli oltre al discente, come ad esempio:

- docente/esperto di contenuti FAD e-learning

- tutor

- relatore

- responsabile scientifico

- moderatore

Il Professionista può integrare la formazione accreditata con:

- Crediti per pubblicazioni
- Crediti estero
- Crediti tutoraggio
- Crediti autoformazione

- Crediti studi e ricerche
- Crediti corsi obbligatori per lo svolgimento di attività di ricerca scientifica

Inoltre, il Professionista ha facoltà di ridurre il proprio obbligo formativo individuale triennale avvalendosi degli istituti volontari dell'esenzione e dell'esonero.

L'esonero è la riduzione dell'obbligo formativo individuale per il professionista che durante il triennio frequenta altra formazione, solitamente di ambito universitario o equipollente, finalizzati allo sviluppo delle competenze dei professionisti sanitari, per i periodi interessati dall'obbligo di formazione continua.

I periodi di esonero riducono l'obbligo formativo nella misura pari a un anno di formazione ECM per ogni anno di frequenza, ad esempio nei seguenti casi:

Durata annuale

- Master universitari di primo livello che erogano almeno 60 CFU/anno previsti e disciplinati dal Decreto del MURST del 3 novembre 1999 n. 509 e dal Decreto del MIUR del 22 ottobre 2004, n. 270 e successive modifiche ed integrazioni
- Master universitari di secondo livello della durata di uno o più anni e che erogano almeno 60 CFU/anno previsti e disciplinati dal Decreto del MURST del 3 novembre 1999 n. 509 e dal Decreto del MIUR del 22 ottobre 2004, n. 270 e successive modifiche ed integrazioni
- Corso di formazione specifica in medicina generale, di cui al Decreto Legislativo 17 agosto 1999 n. 368, emanato in attuazione della Direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli
- Corso di specializzazione in Psicoterapia per Medici e Psicologi, di cui al Decreto 11 dicembre 1998, n. 509 Regolamento recante norme per il riconoscimento degli istituti abilitati ad attivare corsi di specializzazione in psicoterapia ai sensi dell'articolo 17, comma 96, della legge 15 maggio 1997, n. 127
- Corso micologi durata annuale
- Laurea specialistica, laurea magistrale, diploma di specializzazione
- Dottorato di ricerca

Laurea Triennale

- Corsi relativi all'esercizio dell'agopuntura, della fitoterapia, dell'omeopatia previsti dall'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 7 febbraio 2013 concernente i "Criteri e le modalità per la certificazione di qualità della formazione e dell'esercizio

dell’agopuntura, della fitoterapia, dell'omeopatia, da parte di chirurghi, degli odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti

- Altri corsi universitari da almeno 60 cfu/anno
- Durata annuale di fine corso
- Corsi di formazione manageriale, ai sensi dell'articolo 16-quinquies del D.lgs. n. 502/92
- Corso di formazione manageriale di cui alla Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) della durata di 200 ore

Durata annuale parziale

- Riduzione in favore degli operatori sanitari colpiti dal terremoto dell'Abruzzo
- Riduzione in favore degli operatori sanitari colpiti dal terremoto dell'Emilia

Durata mensile

- Frequenza corsi universitari diversi: diritto all'esonero di 4 crediti per mese e solo se il corso di formazione abbia durata superiore a 15 giorni per ciascun mese

Altresì i professionisti sanitari che sospendono l’esercizio della propria attività professionale, su base volontaria possono avvalersi dell’istituto dell’esenzione, ad esempio nei seguenti casi:

- Assenza per malattia così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza
- Congedo maternità e paternità: D.lgs. n.151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni
- Congedo parentale e congedo per malattia del figlio: D.lgs. n.151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni
- Adozione e affidamento preadottivo: D.lgs. n. 151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni
- Congedo retribuito per assistenza ai figli portatori di handicap: D.lgs. n.151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni
- Aspettativa per cariche pubbliche elettive: D.lgs. n. 29/93 e successive modifiche e integrazioni; art. 2 L. 384/1979 e successive modifiche e integrazioni; art. 16 bis comma 2 bis D.lgs. n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni
- Adozione internazionale aspettativa non retribuita durata espletamento pratiche: D.lgs. n.151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni

- Aspettativa senza assegni per gravi motivi familiari così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza
- Permesso retribuito per i professionisti affetti da gravi patologie così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza
- Richiamo alle armi o servizio volontariato alla C.R.I.: Art.14 R.D. Legge 10/8/1928, n.2034 e artt.36 e 245 del R.D. n.484/1936 e successive modifiche e integrazioni
- Aspettativa per incarico direttore sanitario aziendale, direttore socio-sanitario e direttore generale: art.3 bis, comma 11 d.lgs. n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni)
- Aspettativa per la cooperazione con i paesi in via di sviluppo e distacchi per motivi sindacali così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza
- Pensionamento
- Richiamo alle armi come previsto dal Decr.Lgs 66/2010 e dai C.C.N.L. delle categorie di appartenenza; partecipazione a missioni all'estero o in Italia del corpo militare e infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana
- Professionisti sanitari impegnati in missioni militari o umanitarie all'estero
- Congedo straordinario per assistenza familiari disabili (legge 104/1992)

I corsi fruiti nel periodo di esenzione non attribuiscono crediti ECM utili al soddisfacimento dell'obbligo formativo individuale.

Quali strumenti sono disponibili al Professionista?

Il professionista trova la sua situazione formativa aggiornata, con i dati trasmessi dal provider, sul sito del Co.Ge.A.P.S., l'Anagrafe Nazionale dei crediti formativi ECM, all'indirizzo www.cogeaps.it e con un APP accessibile tramite SPID.

Ogni volta che si partecipa ad un evento formativo accreditato, il Provider organizzatore ha l'obbligo di inviare la comunicazione dei crediti acquisiti al Co.Ge.A.P.S.. Qualora il professionista trovi anomalie o partecipazioni mancanti può segnalarlo al Co.Ge.A.P.S. inviando la documentazione prevista dalla normativa della formazione mancante. Dall'area riservata del portale Co.Ge.A.PS, il Professionista, accedendo con credenziali SPID, può gestire la propria posizione formativa inserendo esoneri ed esenzioni, crediti formativi per la formazione individuale, segnalando l'obbligo formativo in materia di radioprotezione e costruire il proprio dossier individuale e prendere visione dei dossier di gruppo.

IL CORSO DI LAUREA IN ODONTOIATRIA

In premessa occorre evidenziare che l'art 2 comma 1 della Legge 14 marzo 2025, n. 26, ha disposto la delega al Governo per l'adozione, entro 12 mesi dall'entrata in vigore della legge, di uno o più decreti legislativi finalizzati alla revisione delle modalità di accesso ai corsi di laurea in medicina e chirurgia, in odontoiatria e protesi dentaria. In particolare, scopo cardine del provvedimento risulta essere il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in termini di personale (medici chirurghi, odontoiatri e medici veterinari), date le esigenze del SSN e la garanzia di una formazione qualitativa, in coerenza con gli investimenti di cui alla Missione 6 - Salute del PNRR.

L'articolo 2 comma 2 della legge 14 marzo 2025, n. 26 enuclea i principi e i criteri direttivi cui il legislatore delegato dovrà uniformarsi. Nello specifico, tra le altre, la lettera a) dispone che l'iscrizione al primo semestre dei corsi di laurea in medicina e chirurgia, in odontoiatria e protesi dentaria debba essere libera; la lettera d) stabilisce che l'ammissione al secondo semestre dei corsi di laurea magistrale in medicina e chirurgia, in odontoiatria e protesi dentaria e in medicina veterinaria debba essere subordinata al conseguimento di tutti i CFU stabiliti per gli esami di profitto del primo semestre, da svolgere secondo standard uniformi, nonché alla collocazione in posizione utile nella graduatoria di merito nazionale;

L'articolo 3, composto da un solo comma, dispone che con i decreti legislativi attuativi della delega di cui al precedente articolo 2 si provveda, altresì, alla revisione della legge 2 agosto 1999, n. 264, recante la normativa attualmente vigente in materia di accessi programmati ai corsi universitari, nonché alla modifica o all'abrogazione di ulteriori disposizioni legislative in contrasto con i princìpi e i criteri direttivi di cui alla presente legge.

Si evidenzia, a tal proposito, che il decreto MUR 418 del 30-05-2025 attuativo della riforma dell'accesso al semestre filtro delle Classi di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicina e Chirurgia (LM-41), in Odontoiatria e Protesi Dentaria (LM-46) - a.a. 2025/2026.

"A decorrere dall'a.a. 2025/2026, l'iscrizione degli studenti dei Paesi UE e dei Paesi non UE di cui all'articolo 39, comma 5, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, nonché dei Paesi non UE residenti all'estero, al semestre filtro dei corsi di studio in lingua italiana afferenti alla Classe di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicina e Chirurgia (LM-41), alla Classe di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Odontoiatria e Protesi Dentaria (LM-46) e alla Classe di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicina Veterinaria (LM-42), di cui alla legge 14 marzo 2025, n. 26 è libera…"(art. 1).

"1. Ai fini dell'accesso al semestre filtro, lo studente procede all'iscrizione, in prima applicazione entro il mese di luglio, attraverso il sistema informatico e secondo le modalità previsti dall'Allegato 1, che costituisce parte integrante del presente decreto, e indica: a) la sede di uno dei corsi di studio, tra quelli afferenti alle Classi LM-41 o LM-46 o LM-42, ove intende frequentare il semestre filtro, e il corso affine, tra quelli individuati dall'articolo 8, ove intende iscriversi; b) almeno dieci sedi ove intende proseguire il corso di studio di cui

all'articolo 1, comma 1, la prima delle quali deve coincidere con quella scelta per il semestre filtro, per l'ipotesi di utile collocazione nella graduatoria di merito di cui all'articolo 7; c) almeno dieci sedi ove intende proseguire il percorso di studi nel corso di studio affine, per l'ipotesi di mancata collocazione in posizione utile nella graduatoria di merito di cui all'articolo 7 per l'ammissione al secondo semestre del corso di studio di cui all'articolo 1, comma 1…" (art. 2).

"1. Le attività formative del semestre filtro, di norma, iniziano il 1° settembre e si concludono entro il 30 novembre. 2. Il semestre filtro si compone dei seguenti insegnamenti, a cui sono assegnati 6 crediti formativi (CFU) ciascuno: a) Chimica e propedeutica biochimica; b) Fisica; c) Biologia 3. Con apposito decreto, il Ministro provvede a nominare due commissioni di esperti, incaricate una di predisporre i Syllabus relativi ai programmi degli insegnamenti di cui al comma 2, e l'altra di definire le prove di esame. Entrambe le commissioni sono articolate in sottocommissioni, ciascuna delle quali è composta da professori individuati per gli insegnamenti di propria afferenza. Le commissioni sono composte da professori universitari di ruolo o in quiescenza e rimangono in carica per due anni, rinnovabili una volta. I componenti della commissione incaricata di formulare le domande per le prove d'esame non possono svolgere attività didattica nel semestre filtro e assicurano il rispetto degli obblighi di riservatezza previsti dalla normativa vigente…" (art. 4).

"1. Gli esami di profitto dei tre insegnamenti di cui all'articolo 4 si svolgono nella medesima data e contemporaneamente in tutte le università in cui è erogato il semestre filtro, anche in deroga al divieto di sostenere esami nella medesima data previsto dai Regolamenti didattici di Ateneo. 2. Lo studente ha a disposizione, al termine delle attività formative, due appelli per ciascun insegnamento, a distanza di almeno quindici giorni. Con provvedimento annuale, il Ministero definisce le date degli appelli. 3. Ciascuna prova d'esame consiste nella somministrazione di trentuno (31) domande, di cui quindici (15) a risposta multipla e sedici (16) a risposta con modalità a completamento, secondo quanto previsto dall'Allegato 2, che costituisce parte integrante del presente decreto. A decorrere dall'a.a. 2026/2027, il provvedimento di cui al comma 2, secondo periodo, può ridefinire anche la tipologia delle prove d'esame di cui al presente comma. 4. Per lo svolgimento di ogni prova relativa a ciascun insegnamento è assegnato un tempo pari a 45 minuti. 5. Le procedure connesse allo svolgimento degli esami di profitto di cui al comma 1 sono disciplinate nell'Allegato 2…"(art. 5).

"1. Le prove d'esame sono valutate in trentesimi, oltre alla lode a cui è attribuito il valore di un punto. Ai fini dell'inserimento nella graduatoria di cui all'articolo 7, il punteggio è attribuito come segue:

- 1 punto per ogni risposta esatta;

- 0 punti per ogni risposta omessa;

- meno 0,25 (- 0,25) punti per ogni risposta errata

2. Per la valutazione complessiva delle tre prove d'esame di cui al comma 1, sono attribuiti al massimo novantatré (93) punti. 3. Ai fini della determinazione del voto d'esame per la carriera dello studente, i punteggi conseguiti nelle prove si arrotondano all'unità più prossima solo qualora lo studente abbia superato l'esame conseguendo un punteggio uguale o superiore a diciotto su trenta (18/30). 4. Allo studente è riconosciuta la possibilità di rinunciare alla votazione ottenuta in ciascun esame per poterlo sostenere nuovamente all'appello successivo del medesimo semestre filtro ovvero qualora si iscriva nuovamente ai sensi dell'articolo 9 del presente decreto" (art 6).

"1. Lo studente può iscriversi al semestre filtro per un massimo di tre volte, anche in anni accademici non consecutivi…" (art. 9).

"1. Gli studenti iscritti, alla data di pubblicazione del presente decreto, ai corsi di studio di cui all'articolo 1, comma 1, ovvero ai corsi di studio di cui all'articolo 8, anche presso un'università non statale legalmente riconosciuta, che intendono proseguire gli studi in un corso afferente alle Classi LM-41, LM-46 o LM-42, a decorrere dall'a.a. 2025/2026 sono tenuti a iscriversi al semestre filtro e a sostenere i relativi esami di profitto. Gli studenti di cui al primo periodo non sono tenuti a frequentare le lezioni purché producano documentazione idonea a dimostrare il rispetto degli obblighi di frequenza relativi agli insegnamenti di cui all'articolo 4, comma 2, presso il corso di studi di provenienza, fino all'armonizzazione dei piani di studio ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del decreto legislativo 15 maggio 2025, n. 71…(art. 10).

L'ALBO DEGLI ODONTOIATRI E LA COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI (CAO)

I laureati in Odontoiatria e Protesi Dentaria devono effettuare l'iscrizione presso gli albi degli odontoiatri degli OMCEO territoriali. (I PROFESSIONISTI NON POSSONO ISCRIVERSI TRAMITE LA FEDERAZIONE).

È contemplata la possibilità, per coloro che abbiano conseguito la laurea sia in Odontoiatria e Protesi Dentaria che in Medicina e Chirurgia, di avere una doppia iscrizione ad entrambi gli albi.

L'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri è obbligatoria per l'esercizio della professione, allo scopo di tutelare sia la salute dei pazienti, assicurando che gli odontoiatri siano qualificati e rispettino le normative professionali, sia la professione stessa; infatti, gli odontoiatri iscritti all'Albo sono soggetti al Codice Deontologico, che definisce le norme etiche e professionali da seguire, incluse le responsabilità verso i pazienti.

La Commissione Albo Odontoiatri (CAO) è un organo operante a livello provinciale all'interno dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri che assume, nel rispetto dell'integrità funzionale dell'Ordine, la rappresentanza esponenziale della professione

Le principali funzioni della CAO sono:

- vigilare sulla conservazione del decoro e dell'indipendenza della professione odontoiatrica
- promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti aggiornamento professionale;

- designare, per la professione odontoiatrica, i rappresentanti dell'Ordine presso commissioni, enti e organizzazioni di carattere provinciale o comunale;
- dare il proprio concorso alle autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possano interessare la professione;
- esercitare il potere disciplinare;

L'Assemblea elettorale per le elezioni della Commissione Albo Odontoiatri viene convocata dal Presidente dell'Ordine territoriale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e avviene secondo le modalità previste dalle norme legislative e regolamentari vigenti;

Gli iscritti all'albo degli Odontoiatri possono presentare la propria candidatura in forma singola o tramite lista per entrare a far parte della commissione.

I candidati che ottengono il maggior numero di voti sono eletti membri della CAO e la sua composizione varia in base al numero degli iscritti all'albo degli Odontoiatri. I primi due eletti fanno parte di diritto del Consiglio direttivo la cui composizione è ulteriormente aumentata di una unità per ogni mille nuovi iscritti nell'Albo degli odontoiatri oltre i primi mille iscritti, con il limite massimo di cinque componenti aggiuntivi.

Ogni commissione di albo elegge e può sfiduciare il presidente, il vicepresidente e, per gli albi con un numero di iscritti superiore a mille, il segretario. Il presidente ha la rappresentanza dell'albo, di cui convoca e presiede la commissione. Il vicepresidente sostituisce il presidente in caso di necessità ed esercita le funzioni a lui delegate, comprese quelle inerenti alla segreteria della commissione in relazione agli albi con un numero di iscritti pari o inferiore a mille.

I membri della CAO restano in carica per quattro anni al termine dei quali si procede a nuove elezioni.

La Commissione Albo Odontoiatri Nazionale (CAO Nazionale) è un organo istituzionale di rappresentanza della professione odontoiatrica a livello nazionale ed è parte integrante della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO); (si compone di nove membri eletti dai presidenti delle commissioni albo territoriali cfr. art. 8, comma 4, del D.Lgs. C.P.S. n. 233/1946) essa è composta dal Presidente (eletto dai membri della CAO Nazionale) che (ha la rappresentanza dell'albo) a livello nazionale.

La CAO Nazionale svolge funzioni di coordinamento, rappresentanza e indirizzo per la professione odontoiatrica a livello nazionale, in particolare:

- stabilisce le linee guida professionali e deontologiche per gli Odontoiatri italiani;
- collabora con il Ministero della Salute per la definizione delle normative e delle politiche sanitarie riguardanti l'Odontoiatria;
- supporta le CAO provinciali con orientamenti e assistenza;
- promuove la formazione e l'aggiornamento professionale.

LA FIGURA DELL'ODONTOIATRA

L'art. 2 della Legge 24 luglio 1985, n. 409 prevede che "Formano oggetto della professione di odontoiatra le attività inerenti alla diagnosi ed alla terapia delle malattie ed anomalie congenite ed acquisite dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti, nonché alla prevenzione ed alla riabilitazione odontoiatriche.

Gli odontoiatri possono prescrivere tutti i medicamenti necessari all'esercizio della loro professione e possono esercitare le attività di medicina estetica non invasiva o mininvasiva al terzo superiore, terzo medio e terzo inferiore del viso".

In riferimento alla fattispecie in esame si rileva che tale ultimo comma è stato così modificato dall'art. 15-ter, comma 4, lett. a), D.L. 30 marzo 2023, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 maggio 2023, n. 56. Quest'ultima normativa ha dato, infatti, all'odontoiatra la possibilità di effettuare interventi di medicina estetica non invasiva o mininvasiva al terzo superiore, terzo medio e terzo inferiore del viso, aggiungendosi, tali attività, a quelle già previste dall'articolo 2, comma 1, della legge 409/1985.

L'Odontoiatra può esercitare la professione presso uno studio odontoiatrico privato, uno studio associato o società professionale, una struttura sanitaria privata accreditata, ospedali pubblici e cliniche universitarie oppure anche in ambito militare come ufficiale Medico-Odontoiatra.

SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE

Le Scuole di specializzazione mediche afferiscono alle seguenti tre aree: Medica, Chirurgica e dei Servizi.

La durata è variabile a seconda del tipo di branca da 4 a 5 anni, secondo quanto previsto dal Decreto Interministeriale 4 febbraio 2015 n. 68 "Riordino scuole di specializzazione di area sanitaria".

Per ciascuna tipologia di Scuola è indicato il profilo specialistico e sono individuati gli obiettivi formativi e i relativi percorsi didattici funzionali al conseguimento delle necessarie conoscenze culturali ed abilità professionali. Al termine del percorso formativo, viene rilasciato il Diploma di specializzazione nel settore medico prescelto.

CONCORSO DI AMMISSIONE

L'accesso alle Scuole di specializzazione di area sanitaria è a numero programmato. Per essere ammessi occorre superare un concorso nazionale per titoli ed esame bandito annualmente dal Ministero dell'Università e della Ricerca (MUR).

Il bando di concorso per l'accesso alle Scuole di specializzazione, pubblicato in Gazzetta Ufficiale entro 60 giorni prima della prova concorsuale, stabilisce la valutazione dei titoli, i posti disponibili, i requisiti d'accesso.

Al momento della stesura del presente vademecum, il concorso si struttura come segue.

REQUISITI DI AMMISSIONE

- Al concorso accedono tutti i candidati che si laureano in Medicina e Chirurgia in tempo utile per la partecipazione alla prova d'esame, pena l'esclusione dalla procedura concorsuale;
- I candidati assegnati sono ammessi ad accedere alle Scuole di specializzazione a condizione che entro l'inizio delle attività didattiche siano in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di Medico-Chirurgo, il cui esercizio è condizionato alla iscrizione al relativo ordine professionale che, parimenti, deve essere perfezionata entro l'inizio dell'attività didattica;
- Con riferimento ai contratti aggiuntivi finanziati dalle Province Autonome e dalle Regioni o da altri Enti ai candidati è, altresì, richiesto il possesso degli ulteriori requisiti previsti dalle disposizioni dettate in materia dalle stesse istituzioni interessate. Una volta resi noti tali requisiti specifici, i candidati dovranno dichiararne il possesso nell'ambito della procedura di presentazione della domanda di partecipazione al concorso. A tal fine la suddetta procedura prevede l'apertura di apposita finestra di dialogo successivamente alla pubblicazione del provvedimento integrativo che riporta i suddetti requisiti.

PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

La domanda di iscrizione deve essere effettuata sul portale Universitaly (www.universitaly.it) e va completata entro la data specifica indicata nel bando di concorso. Nella domanda vanno inseriti i dati anagrafici del candidato, il codice fiscale, un recapito telefonico ed un indirizzo e-mail.

A queste informazioni si aggiungono quelle riguardanti la laurea (conseguita o da conseguire al momento dell'iscrizione), all'abilitazione (luogo di abilitazione, eventuale Ordine ~~provinciale~~ territoriale a cui si è iscritti), alla specializzazione (se si è già specializzati o si è iscritti ad una scuola di specializzazione).

La domanda di ammissione potrà essere modificata in ogni momento fino alla scadenza dichiarata dal bando.

Per la partecipazione al concorso è necessario versare una tassa di iscrizione di 100 euro entro la data stabilita nel bando e caricare il pdf della ricevuta nella sezione indicata nella procedura informatica. Il versamento va effettuato tramite bonifico bancario (le coordinate sono riportate nel bando di concorso), bollettino postale o direttamente presso uno sportello delle Tesorerie provinciali dello Stato.

PROVA D'ESAME

La prova d'esame si svolge in modalità informatica ed è identica a livello nazionale. Essa consiste in una prova scritta che prevede la soluzione di 140 quesiti a risposta multipla, ciascuno dei quali con cinque possibili risposte.

I quesiti vertono su argomenti caratterizzanti il Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia e su argomenti legati ai settori scientifico disciplinari di riferimento delle diverse tipologie di scuola. La prova è composta in misura prevalente da quesiti inerenti la valutazione, nell'ambito di scenari predefiniti mono e/o interdisciplinari - ad ognuno dei quali corrispondono da un minimo di 1 ad un massimo di 5 quesiti - di dati clinici, diagnostici, analitici, terapeutici ed epidemiologici.

Per lo svolgimento della prova di ammissione è assegnato un tempo di 210 minuti.

VALUTAZIONE DEI TITOLI

Il punteggio complessivo attribuito (massimo 147 punti) è stabilito in relazione alla somma del punteggio attribuito ai titoli (massimo 7 punti) ed al punteggio conseguito nella prova (massimo 140 punti).

Il punteggio relativo ai titoli si compone di:

a) Voto di laurea - Punteggio massimo 2 punti;

b) Curriculum - media ponderata complessiva dei voti degli esami sostenuti (corrispondente per i laureati ante D.M. n. 509/99 alla media aritmetica). Punteggio massimo 3 punti;

c) Altri titoli: massimo 2 punti. Tale punteggio è attribuito sulla base dei seguenti criteri:

- 0,5 punto per la tesi di carattere sperimentale debitamente documentato secondo quanto specificato all'art. 5, comma 5;
- 1,5 punti per il titolo di dottore di ricerca in una disciplina di ambito medico-sanitario debitamente documentato secondo quanto specificato all'art. 5, comma 5.

In applicazione dell'art. 19, comma 5, del decreto legge 16 luglio 2020, n. 76, convertito con modificazioni dalla legge 11 settembre 2020, n. 120, come modificato dal dall'art.60, comma 3 del decreto legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito con modificazioni dalla L. 23 luglio 2021, n. 106, i punteggi di cui al presente comma 2 non possono essere attribuiti ai candidati che alla data di svolgimento della prova di concorso indicata al successivo articolo 8, comma 1 (e dunque alla data di martedì 23 luglio 2024), si trovino in una delle seguenti condizioni:

- già in possesso di un diploma di scuola di specializzazione universitaria di area sanitaria;
- già titolare di un contratto di formazione medica specialistica;
- già in possesso di diploma di formazione specifica per medico di medicina generale;
- iscritto al corso di formazione specifica per medico di medicina generale;
- dipendente medico chirurgo di strutture del Servizio sanitario nazionale o di strutture private con esso accreditate.

Per la prova d'esame è attribuito un punteggio massimo di 140 punti corrispondenti ad 1 punto per ogni risposta corretta data.

TIPI DI CONTRATTI

- Contratto statale: rappresentano la maggior parte dei contratti. Il finanziamento è statale e non richiede particolari requisiti né vincoli al termine del percorso formativo;
- Contratto regionale: i requisiti cambiano tra le diverse Regioni. Quasi sempre richiedono la residenza. Spesso richiedono un vincolo successivo al conseguimento del titolo di formazione specialistica. In caso di abbandono qualche Regione richiede indietro parte del denaro;
- Altri Enti: alcuni di questi contratti non richiedono particolari requisiti, né vincoli, mentre altri richiedono requisiti specifici, quali la residenza o vincoli successivi al conseguimento del titolo di specializzazione (es. lavorare per un determinato periodo di tempo nella struttura finanziatrice dopo la specializzazione);
- Militari o Forze di Polizia: Contratto riservato a coloro che fanno parte delle Forze armate;

- SSN: Questo tipo di contratto richiede il requisito di essere dipendenti a tempo indeterminato di una struttura sanitaria pubblica o convenzionata. Tale struttura si impegna a continuare a retribuire il candidato per tutto il periodo della formazione. Questi contratti sono quindi finanziati dalle strutture di cui si è dipendenti e nel caso di eventuale dimissione dalla struttura, il contratto decade. Non si può svolgere la formazione in presidi che siano sede o rete formativa della scuola in cui si svolge il corso.

GRADUATORIA E FASE DI SCELTA

Nell'ambito dei posti disponibili per l'ammissione alle Scuole di specializzazione, successivamente all'espletamento della prova d'esame è definita la graduatoria di merito unica nazionale, secondo l'ordine decrescente del punteggio conseguito dato dalla somma del punteggio dei titoli e della prova.

In caso di parità di punteggio, prevale il candidato che ha ottenuto il maggior punteggio nella prova di esame; in caso di ulteriore parità, il candidato con minore età anagrafica. In caso permangano ancora situazioni di parità prevale il candidato che risulta in possesso della media degli esami più alta, quindi, in caso di ulteriore parità, il candidato che risulta in possesso del voto di laurea più alto.

I candidati sono chiamati ad effettuare le proprie scelte di tipologia e di sede nelle date e modalità esplicitate nel bando di concorso. Il candidato può scegliere da una a tutte le tipologie di Scuola e le relative sedi, indicandole liberamente secondo il concatenarsi dell'ordine di preferenza "tipologia-sede" da egli stesso autonomamente deciso e che diventa irrevocabile - e quindi non modificabile né integrabile - una volta chiuse le operazioni di scelta. Il candidato, nello scegliere le tipologie e le sedi sulle quali concorrere nonché l'ordine di preferenza del loro concatenarsi, accetta anticipatamente, in ragione della propria posizione in graduatoria e della situazione dei candidati che lo precedono in graduatoria, di essere assegnato a ognuna di esse, con l'obiettivo prioritario all'iscrizione alla sua migliore scelta possibile in rapporto all'ordine delle scelte che ha preventivamente effettuato e della posizione che ricopre in graduatoria. Il candidato è libero di scegliere anche una sola tipologia di Scuola e, in relazione ad essa, dovrà scegliere almeno una sede presso cui è disponibile ad essere assegnato. Ha facoltà, inoltre, di scegliere da una a tutte le sedi elencate nel bando con riferimento ad ognuna delle tipologie di Scuola da egli stesso scelta.

L'assegnazione dei candidati alle Scuole segue, in rapporto alla loro posizione in graduatoria e alle scelte operate da chi li precede in graduatoria, l'ordine delle preferenze di tipologia e di sede da essi stessi indicato.

Una volta pubblicate le assegnazioni della fase ordinaria il candidato assegnato deve provvedere all'iscrizione alla scuola di assegnazione secondo i termini e le modalità indicati nel bando.

Terminata la fase di immatricolazione, qualora sussistano posti di specialità sui quali alcuni candidati assegnati non hanno perfezionato l'immatricolazione, prende avvio la Sessione straordinaria di recupero finalizzata alla riassegnazione dei suddetti posti sulla base delle seguenti regole, fasi e limiti, e nel rispetto della posizione

coperta dai candidati nella graduatoria di merito e delle eventuali specifiche situazioni derivanti dalla copertura di posti mediante contratti aggiuntivi che prevedono il possesso di specifici requisiti.

MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DELLA FORMAZIONE MEDICA SPECIALISTICA

Il rapporto del medico in formazione specialistica è regolato dal D.lgs. n.17 agosto 1999, n. 368 (artt. 37 e ss.). All'atto dell'iscrizione alle scuole Universitarie di specializzazione in medicina e chirurgia, il medico stipula uno specifico contratto annuale di formazione specialistica. Tale contratto, finalizzato all'acquisizione delle capacità professionali inerenti al titolo di specialista, non dà in alcun modo diritto all'accesso ai ruoli del SSN e dell'Università o ad alcun rapporto di lavoro con gli enti del SSN. Il contratto è stipulato con l'Università, ove ha sede la Scuola di specializzazione, e con la Regione nel cui territorio hanno sede le Aziende Sanitarie le cui strutture sono parte prevalente della rete formativa della Scuola di specializzazione, sulla base di uno schema tipo definito dalla legge (DPCM 6.7.2007). Ha durata annuale ed è rinnovabile, di anno in anno, per un periodo di tempo complessivamente uguale a quello della durata del corso di specializzazione.

Con la sottoscrizione del contratto, il medico in formazione specialistica si impegna a seguire il programma di formazione svolgendo le attività didattiche teorico-pratiche previste dagli ordinamenti. Al medico in formazione specialistica, per tutta la durata legale del corso, è corrisposto un trattamento economico annuo omnicomprensivo.

Il rapporto del medico in formazione specialistica comporta la frequenza programmata delle attività didattiche formali e lo svolgimento di attività assistenziali funzionali alla progressiva acquisizione delle competenze previste dall'ordinamento didattico delle singole scuole.

Ogni attività formativa e assistenziale dei medici si svolge sotto la guida di tutori, designati annualmente dal consiglio della scuola. La formazione implica la partecipazione guidata alla totalità delle attività mediche dell'unità operativa presso la quale è assegnato lo specializzando, nonché la graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolate alle direttive ricevute dal tutore, di intesa con la direzione sanitaria e con i dirigenti responsabili delle strutture delle aziende sanitarie presso cui si svolge la formazione. In nessun caso l'attività del medico in formazione specialistica è sostitutiva del personale di ruolo.

TRATTAMENTO ECONOMICO

Il trattamento economico è corrisposto mensilmente dalle Università presso cui operano le Scuole di specializzazione (v. art. 39, D.lgs. n. 368/1999) ed è costituito da una parte fissa, uguale per tutte le specializzazioni, e da una parte variabile, ed è determinato annualmente con decreto del Presidente del Consiglio. La parte variabile non può eccedere il 15% di quella fissa, che ammonta attualmente a 22.700,00 euro/anno lordi, mentre quella variabile è di 2300,00 euro/anno per i primi 2 anni e 3300,00 euro/anno dal

terzo anno in poi. Tolte le trattenute INPS, lo stipendio netto è pari a circa 1660,00 euro per i primi due anni e a circa 1750,00 per gli anni successivi.

Non è prevista la tredicesima. Gli emolumenti derivanti dal contratto, sono esenti dall'IRPEF (v. art. 41, co. 1, D.lgs. n. 368/99), in quanto assimilati ad una borsa di studio, e come tali non soggetti a tassazione per l'imposta sui redditi. È esente anche IRAP.

COPERTURA ASSICURATIVA

Ai sensi dell'art. 41, comma 3, del decreto legislativo n. 368/1999 l'Azienda Sanitaria presso la quale il medico in formazione specialistica svolge l'attività formativa provvede, con oneri a proprio carico, alla copertura assicurativa per rischi professionali, per la responsabilità civile contro terzi e gli infortuni connessi all'attività assistenziale svolta dal medico in formazione nelle proprie strutture, alle stesse condizioni del proprio personale.

ATTIVITÀ CONSENTITE ED INCOMPATIBILITÀ

La formazione specialistica si svolge a tempo pieno. Le uniche attività prima consentite per il medico in formazione specialistica erano quelle previste dalla Legge n. 448/2001 (finanziaria 2002) che, all'articolo 19, comma 11, stabilisce che: "I laureati in Medicina e Chirurgia abilitati, anche durante la loro iscrizione ai corsi di specializzazione o ai corsi di formazione specifica in medicina generale, possono sostituire a tempo determinato medici di medicina generale convenzionati con il SSN ed essere iscritti negli elenchi della guardia medica notturna e festiva e della guardia medica turistica, ma occupati solo in caso di carente disponibilità di medici già iscritti negli elenchi della guardia medica notturna e festiva e della guardia medica turistica.

Una svolta per il medico in formazione specialistica è rappresentata dalla recente approvazione dell'emendamento 59.12, secondo il quale i medici in formazione specialistica, fino al 31 dicembre 2026, possono assumere, su base volontaria e al di fuori dall'orario dedicato alla formazione, incarichi libero-professionali, anche di collaborazione coordinata e continuativa, presso i servizi sanitari del Servizio sanitario nazionale o anche delle strutture sanitarie private o libero professionale, per un massimo di 8 ore settimanali.

Tali attività comprendono tutti i lavori in cui è richiesta la sola laurea in medicina o una specializzazione già conseguita. Tali lavori, svolti al di fuori dell'orario formativo senza dover richiedere il nullaosta al proprio direttore di scuola, possono essere svolti in strutture pubbliche e private.

SOSPENSIONE DEL CONTRATTO (MATERNITÀ, FERIE, MALATTIA)

La normativa sul rapporto del medico in formazione specialistica fa salva l'applicazione delle disposizioni di legge previste in materia di tutela della maternità (v. D.lgs. n. 151/2001), valide per la generalità dei lavoratori dipendenti (v. art. 40, co. 3). Ciò significa che, in caso di gravidanza, il medico in formazione ha il diritto/dovere di astenersi dalla frequenza per fruire del congedo di maternità, alle stesse condizioni delle lavoratrici dipendenti (tre mesi prima e due mesi dopo il parto ha facoltà di richiedere un congedo parentale di 6 mesi (che si aggiunge al congedo di maternità); ha diritto alla riduzione dell'orario di lavoro di 2 ore giornaliere per l'allattamento (c.d. riposi giornalieri) fino al compimento dell'anno di età del nascituro; deve essere esonerata dal lavoro notturno.

Per quanto riguarda l'eventuale sospensione del percorso formativo, la legge stabilisce che gli impedimenti temporanei superiori ai quaranta giorni lavorativi consecutivi per servizio militare, gravidanza e malattia, sospendono il periodo di formazione, fermo restando che l'intera sua durata non è ridotta a causa delle suddette sospensioni (v. art. 40, co. 3). I quaranta giorni di sospensione devono essere consecutivi. Non si computano le giornate festive. Durante i periodi di sospensione della formazione, al medico in formazione compete esclusivamente la parte fissa del trattamento economico limitatamente ad un periodo di tempo complessivo massimo. Non determinano interruzione della formazione, e non devono essere recuperate, le assenze per motivi personali, preventivamente autorizzate, che non superino trenta giorni complessivi nell'anno accademico e non pregiudichino il raggiungimento degli obiettivi formativi. È assolutamente illegittimo che alcuni Atenei commutino i giorni di assenza per malattia in giorni di "ferie". Inoltre, non esiste il congedo matrimoniale. Durante tali periodi si continua a percepire il trattamento economico. Il periodo di formazione non può essere inferiore a quello previsto dalla legge; pertanto, i periodi di sospensione previsti per la tutela della maternità o comunque quelli stabiliti a seguito di assenze superiori a quaranta giorni consecutivi devono essere interamente recuperati. Per tutto quanto non previsto dalla normativa sopra esaminata, sarà necessario fare riferimento a quanto stabilito nel Regolamento della Scuola di Specializzazione.

FREQUENZA PRESSO ALTRE STRUTTURE O ALL'ESTERO

Il medico in formazione specialistica svolge tale formazione presso strutture universitarie e ospedaliere inserite all'interno della rete formativa dal Consiglio della Scuola di Specializzazione e dall'Osservatorio Nazionale della formazione specialistica (v. art. 38, co. 2 ed art. 43, co. 1, D.lgs. 368/1999). 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 (v. art. 40, co. 6, D.lgs. 368/1999). I periodi di formazione specialistica che i medici possono svolgere anche in strutture sanitarie di Paesi stranieri, nell'ambito dei rapporti di collaborazione didattico-scientifica, non possono essere superiori a diciotto mesi (v. art. 40 co. 6, D.lgs. 368/1999 e Conferenza Stato Regioni del 18 aprile 2007).

OSSERVATORIO NAZIONALE PER LA FORMAZIONE MEDICA SPECIALISTICA

L'Osservatorio Nazionale per la Formazione Medica Specialistica (ONFMS) è un organo tecnico interministeriale istituito ai sensi del Decreto Legislativo n. 368 del 17 agosto 1999 (art. 43, commi 3 e 4), con il compito di determinare gli standard per l'accreditamento delle strutture universitarie e ospedaliere per le singole specialità, di determinare e verificare i requisiti di idoneità della rete formativa e delle singole strutture che le compongono, effettuare il monitoraggio dei risultati della formazione, nonché definire i criteri e le modalità per assicurare la qualità della formazione, in conformità alle indicazioni dell'Unione Europea.

L'Organo, come disposto dal richiamato art. 43, commi 3 e 4, del d.lgs. n. 368/1999, è così composto:

- tre rappresentanti del MUR;
- tre rappresentanti del Ministero della Salute;
- tre presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, designati dalla Conferenza permanente dei rettori;
- tre rappresentanti delle regioni designati dalla Conferenza permanente dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano;
- tre rappresentanti dei medici in formazione specialistica, eletti fra gli studenti iscritti alle scuole di specializzazione con modalità definite dal MIUR. Fino alla data dell'elezione dei rappresentanti di cui alla presente lettera, fanno parte dell'Osservatorio tre medici in formazione specialistica nominati, su designazione delle associazioni nazionali di categoria maggiormente rappresentative, dal Ministero della Salute, d'intesa con il MUR, uno per ciascuna delle tre aree funzionali cui afferiscono le scuole di specializzazione.

Il presidente dell'Osservatorio è nominato d'intesa fra il Ministro della Salute ed il Ministro dell'Università e della Ricerca.

OSSERVATORI REGIONALI PER LA FORMAZIONE MEDICA SPECIALISTICA

L'Osservatorio Regionale della Formazione Medico Specialistica è stato istituito con il D.Lgs. 368/1999 e successivamente regolamentato dal D.M. 402/2017. Esso opera in stretto rapporto con l'Osservatorio Nazionale della Formazione Medico Specialistica, svolgendo un ruolo di monitoraggio e vigilanza sulla qualità della formazione specialistica a livello regionale.

I compiti dell'Osservatorio Regionale includono la verifica del rispetto degli standard formativi, la raccolta di segnalazioni da parte degli specializzandi e delle strutture sanitarie, e la proposta di soluzioni per migliorare l'efficacia del percorso formativo. A sua volta, l'Osservatorio Nazionale coordina le attività regionali, garantendo un'omogeneità nei criteri formativi su tutto il territorio italiano e intervenendo in caso di criticità segnalate dagli organismi regionali.

POSSIBILITÀ DI LAVORO NEL CORSO DELLA SPECIALIZZAZIONE

I medici in formazione specialistica hanno delle limitazioni ma anche diverse chance di lavoro:

1. libera professione intramoenia, se consentita dall'azienda ospedaliera in cui fanno formazione;
2. sostituzione di medico di base e pediatri di libera scelta;
3. guardia medica;
4. guardia turistica;
5. prestare servizio come vaccinatori;
6. possibilità di assunzione come dirigenti medici "in formazione", come previsto dalla conversione in legge del 'Decreto Calabria' e dal successivo 'Decreto Bollette'.

PARTECIPAZIONE AI CONCORSI PER LA DIRIGENZA MEDICA E ASSUNZIONE DI INCARICHI LIBERO-PROFESSIONALI DURANTE LA SPECIALIZZAZIONE

La Legge 25 giugno 2019, n. 60, convertita in Decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 (nota anche come "Decreto Calabria") ed ulteriormente modificata con la Legge 28 febbraio 2020, n. 8, consente alle aziende ospedaliere del sistema sanitario nazionale di far partecipare ai concorsi per l'accesso ai ruoli del SSN anche i medici in formazione specialistica. Questi, inseriti in graduatoria separata rispetto agli specialisti, potranno essere assunti già da specializzandi (qualora la graduatoria degli specialisti sia stata esaurita) con contratto a tempo determinato fino a conseguimento del titolo di specializzazione, quando tale contratto sarà convertito in indeterminato. Il contratto a tempo determinato prevede un impegno orario a tempo parziale, attraverso la stipula di specifici accordi-quadro tra le singole Regioni e le Università.

Tale assunzione può avvenire solo in caso di partecipazione a concorso per assunzione a tempo indeterminato e non in caso di partecipazione a procedura di avviso pubblico

L'Art. 14 comma 1 della Legge 34/2023 ha stabilito la possibilità di partecipare ai concorsi pubblici per la dirigenza medica per gli specializzandi a partire dal secondo anno di corso.

Gli specializzandi, pertanto, possono essere assunti in qualsiasi unità operativa che faccia parte della rete formativa di qualsiasi scuola di specializzazione di quella branca, per un tempo che può raggiungere fino a 36 mesi. Inoltre, possono essere assunti di ufficio da parte dell'azienda sanitaria dopo 90 giorni dalla richiesta di assunzione all'università ove risulta iscritto, anche in caso di diniego o mancata risposta.

L'art. 44-quater comma 1 della Legge 29 aprile 2024, n. 56 (c.d. decreto Calabria) interviene su una disciplina in tema di reclutamento, con contratto a tempo determinato e con orario a tempo parziale in ragione delle esigenze formative, di medici specializzandi e di altri professionisti sanitari in corso di specializzazione, posta

dall'art. 1, comma 548-*bis,* della legge di bilancio 2019 (L. 30 dicembre 2018, n. 145), prevedendo tra le altre modifiche il fatto che viene stabilita al 31 dicembre 2026 la scadenza, per la facoltà di assunzione degli stessi che risultino utilmente collocati in graduatoria per l'accesso alla dirigenza del ruolo sanitario con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato e con orario a tempo parziale, in ragione delle esigenze formative (lett. a);…".

Il comma 2 estende la possibilità prevista dalla normativa vigente, di assunzione di incarichi libero-professionali, anche di collaborazione coordinata e continuativa, da parte dei medici in formazione specialistica presso tutti i servizi sanitari (e non più soltanto presso i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri del SSN) al di fuori dall'orario dedicato alla formazione.

A seguito delle ultime modifiche effettuate dalla Legge di Bilancio 2025 (articolo 1, comma 338, lettera a) della legge 30 dicembre 2024, n. 207) al c.d. Decreto Bollette (articolo 8 commi 2 e 3, del Decreto-legge n. 34 del 2023), i medici specializzandi di tutti gli anni, in deroga al regime delle incompatibilità stabilite per il contratto di formazione specialistica (art. 40, D.Lgs. n. 368/99) possono, fino al 31 dicembre 2026, assumere incarichi libero professionali anche di collaborazione coordinata e continuativa, per un massimo 8 ore settimanali, in favore di strutture sanitarie pubbliche o private o di soggetti privati, per lo svolgimento di qualsiasi attività lavorativa per cui è richiesta la sola laurea in medicina e chirurgia.

ISCRIZIONE CONTEMPORANEA AD UNA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE MEDICA E AD UN MASTER O A UN DOTTORATO

La legge n. 33/2022 "*Disposizioni in materia di contemporanea iscrizione a due corsi di istruzione superiore"*, ha previsto, all'art. 2, comma 2, che "*E' altresì consentita l'iscrizione contemporanea a un corso di laurea o di laurea magistrale e a un corso di master, di dottorato di ricerca o di specializzazione, ad eccezione dei corsi di specializzazione medica, nonché l'iscrizione contemporanea a un corso di dottorato di ricerca o di master e a un corso di specializzazione medica*".

Nel caso di contemporanea iscrizione ad un corso di dottorato di ricerca, l'art. 7 del DM n. 226/2021 richiede che la compatibilità sia attestata dal Consiglio della Scuola e dal Collegio di Dottorato sulla base di criteri quali: la distanza fra le sedi, le attività, l'impegno previsti dalla Scuola di specializzazione e dal corso di dottorato.

Nel caso di contemporanea iscrizione ad un master, la valutazione della compatibilità è demandata ai rispettivi Organi collegiali, che verificano la compatibilità dell'obbligo di frequenza con la sussistenza delle condizioni per l'acquisizione delle conoscenze e delle competenze necessarie al raggiungimento degli obiettivi formativi di ciascun percorso.

L' iscrizione contemporanea ad un dottorato/master non determina la riduzione delle attività di formazione specialistica né la riduzione dell'orario ad essa dedicato (38 ore settimanali).

SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE: LE FAQ

Ho un contratto incompatibile con la Scuola di specializzazione. Entro quanto devo dimettermi dall'incarico? Solo alla presa di servizio non devono sussistere rapporti di lavoro incompatibili.

Devo stipulare un'assicurazione aggiuntiva per il corso di formazione specialistica? L'assicurazione obbligatoria INAIL per la copertura degli infortuni è a carico dell'Università compreso l'onere della denuncia. L'assicurazione per i medici in formazione specialistica è a carico dell'Azienda Ospedaliera dove viene svolta la loro formazione, "alle stesse condizioni del proprio personale" (art.41 c.3 368/1999), essendo dunque coperta anche la responsabilità civile contro terzi. La tutela diretta della struttura è limitata alla sola colpa lieve, pertanto, non esime il medico dal suo potenziale coinvolgimento in un giudizio per risarcimento del danno. In caso la formazione avvenga al di fuori della rete formativa della Scuola, l'ente ospitante si deve fare carico dell'assicurazione.

Devo stipulare un'assicurazione aggiuntiva per la colpa grave durante il corso di formazione specialistica? Sì, lo specializzando deve stipulare una copertura assicurativa aggiuntiva per la colpa grave. Sebbene gli specializzandi siano coperti dall'assicurazione dell'azienda ospedaliera o universitaria per la responsabilità civile verso terzi, questa copertura generalmente non include la colpa grave.

Con l'entrata in vigore della Legge Gelli-Bianco (L. 24/2017), è stato ribadito che gli operatori sanitari, inclusi gli specializzandi, sono tenuti a tutelarsi autonomamente per eventuali richieste di risarcimento in caso di colpa grave, che non rientra nelle coperture assicurative delle strutture ospitanti. Pertanto, è consigliato (e in molte regioni richiesto) che lo specializzando sottoscriva una polizza assicurativa personale per la colpa grave, così da evitare rischi economici in caso di contenziosi.

Ad uno specializzando sono consentite prestazioni occasionali? Le prestazioni occasionali sono regolamentate dalla legge Biagi, D.lgs. 276/2003, in base alla quale per determinate categorie è possibile effettuare delle "prestazioni di durata complessiva non superiore a trenta giorni nel corso dell'anno solare con lo stesso committente, salvo che il compenso complessivamente percepito nel medesimo anno solare sia inferiore a 5 mila euro" (art. 61 comma 2). I medici specializzandi sono esclusi dalle categorie che possono effettuare prestazioni occasionali. Infatti, il comma 3 dell'art. 61 del suddetto decreto cita "Sono escluse dal campo di applicazione del presente capo le professioni intellettuali per l'esercizio delle quali è necessaria l'iscrizione in appositi albi professionali [...]". Pertanto, non è possibile effettuare alcuna attività medica ricevendo compenso come prestazione occasionale. La mancata osservanza di tale disposizione può essere causa di risoluzione anticipata del contratto, come previsto all'art. 37 comma 5 368/1999.

Da specializzando posso avere la partita IVA? Come definitivamente ribadito a seguito dell'interpellanza ministeriale del 12/08/2014 è possibile essere titolari di Partita Iva durante la formazione specialistica per "svolgere tutte le attività rientranti nei compiti del medico previste dall'ACN, ivi comprese il rilascio di certificazioni a titolo gratuito e a pagamento" entro gli incarichi di sostituzione dei medici di Assistenza Primaria (Guardia Medica, Medico di Medicina Generale e Guardia Turistica) oppure attività intramuraria per

i titoli già in possesso in accordo con l'azienda". Inoltre, la risoluzione n. 41/E del 15 luglio 2020, chiarisce che per le prestazioni a tempo, i redditi prodotti rientrano tra quelli di lavoro autonomo e, pertanto, è necessaria l'apertura di partita IVA per l'esercizio della professione (non è necessaria se non svolgo attività extra previste da contratto).

SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA ODONTOIATRICA

In premessa occorre precisare che l'art. 1 della Legge 24 luglio 1985, n. 409, recante "Istituzione della professione sanitaria di odontoiatria e disposizioni relative al diritto di stabilimento ed alla libera prestazione di servizi da parte dei dentisti cittadini di Stati membri delle Comunità europee" prevede che "È istituita la professione sanitaria di odontoiatra che viene esercitata da coloro che sono in possesso del diploma di laurea in odontoiatria e protesi dentaria e della relativa abilitazione all'esercizio professionale, conseguita a seguito del superamento di apposito esame di Stato".

Inoltre, si rileva che il decreto-legge 30 marzo 2023 n. 34 convertito in legge, con modifiche, dalla L. 26.05.2023, n. 56 all'art. 15-*ter (Disposizioni in materia di accesso ai concorsi pubblici per dirigente medico odontoiatra e alle funzioni di specialista odontoiatra ambulatoriale del Servizio sanitario nazionale, nonché di attività di medicina estetica)* prevede che "1. Per i laureati in odontoiatria e protesi dentaria… è abolito il requisito della specializzazione ai fini della partecipazione ai concorsi pubblici per dirigente medico odontoiatra e ai fini dell'accesso alle funzioni di specialista odontoiatra ambulatoriale del Servizio sanitario nazionale.

Orbene, posto che il titolo di Odontoiatra (iscritto all'albo degli odontoiatri) ha di per sé natura specializzante, vale evidenziare che sono solo tre le materie di specializzazione oggi esistenti per l'Odontoiatria: Odontoiatria pediatrica, Ortognatodonzia, Chirurgia orale.

La classe delle Specializzazioni in Odontoiatria comprende le seguenti tipologie:

- Chirurgia orale: accesso per i laureati specialistici (classe 52/S) e per i laureati magistrali in Odontoiatria e protesi dentaria e ai laureati del vecchio ordinamento in Odontoiatria e protesi dentaria;
- Ortognatodonzia: accesso per i laureati specialistici (classe 52/S) e per i laureati magistrali in Odontoiatria e protesi dentaria e ai laureati del vecchio ordinamento in Odontoiatria e protesi dentaria;
- Odontoiatria Pediatrica: accesso per i laureati specialistici (classe 52/S) e per i laureati magistrali in Odontoiatria e protesi dentaria e ai laureati del vecchio ordinamento in Odontoiatria e protesi dentaria;

Ciascun corso di specializzazione si articola su 3 anni di corso per un totale di 180 CFU. Gli ordinamenti didattici delle singole Scuole determinano la frazione dell'impegno orario complessivo riservato allo studio individuale o alle altre attività formative individuali in funzione degli obiettivi specifici della formazione. Tale

frazione potrà variare in funzione della graduale acquisizione di autonomia da parte dello specializzando e sarà modulata in funzione dello svolgimento di attività formative ad elevato contenuto pratico.

Le specializzazioni in odontoiatria non sono retribuite e non sono obbligatorie per l'esercizio della libera professione.

MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA

INTRODUZIONE

La medicina specialistica ambulatoriale interna (SAI) è una componente essenziale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), progettata per fornire assistenza sanitaria specialistica al di fuori del contesto ospedaliero.

Gli specialisti ambulatoriali operano in regime di convenzione, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi del SSN e integrandosi con l'assistenza primaria e ospedaliera. Questo approccio consente di garantire una rete sanitaria completa e accessibile, favorendo il mantenimento del paziente nel proprio ambiente di vita e contribuendo alla deospedalizzazione.

RUOLO E FUNZIONI DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI

Lo specialista ambulatoriale interno è un medico specializzato o un odontoiatra che esercita in convenzione nell'ambito del SSN, con un rapporto di lavoro parasubordinato, quindi non di dipendenza, con le Aziende sanitarie. Lavora "sul territorio", svolgendo prestazioni in oltre 60 branche specialistiche, con un contratto a tempo indeterminato o determinato, fino a un massimo di 38 ore settimanali.

SPECIALISTI AMBULATORIALI E DEOSPEDALIZZAZIONE

La specialistica ambulatoriale mira a ridurre la pressione sugli ospedali, promuovendo un'assistenza vicina al paziente e sostenibile per il sistema sanitario. Attraverso una gestione capillare del territorio, contribuisce a migliorare l'efficienza, ridurre le liste di attesa e umanizzare il rapporto medico-paziente.

L'attività è orientata principalmente alla presa in carico di pazienti con problematiche croniche più che acute, con un impegno mirato al territorio di riferimento. Gli specialisti ambulatoriali, inoltre, aderiscono alle nuove forme organizzative del SSN, come le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), che rappresentano il cuore della medicina territoriale. Possono inoltre lavorare in poliambulatori, centri della medicina territoriale, strutture ospedaliere, sedi INAIL, carceri, consultori, aziende ospedaliere universitarie e IRCCS pubblici.

COME SI DIVENTA SPECIALISTA AMBULATORIALE

Per diventare specialista ambulatoriale, è necessario iscriversi ad una graduatoria provinciale. La domanda per l'anno successivo deve essere presentata entro il 31 gennaio dell'anno corrente all'Azienda sede del Comitato

Zonale del territorio di interesse. La graduatoria, valida per un anno, è formata per titoli (laurea, specializzazione e punteggio acquisito tramite incarichi precedenti). La graduatoria provvisoria è pubblicata entro il 30 settembre sul sito aziendale, mentre quella definitiva, valida per tutto l'anno successivo, viene riportata sul Bollettino Ufficiale della Regione (BUR) entro il 31 dicembre.

Lo specialista deve rinnovare di anno in anno la domanda di inclusione in graduatoria, finché non riceve un incarico a tempo indeterminato.

Gli incarichi disponibili presso le singole Aziende vengono pubblicati ogni tre mesi (marzo, giugno, settembre, dicembre). Le Aziende sanitarie verificano prima se le ore possono essere assegnate a specialisti già titolari di incarico a tempo indeterminato, riservando agli aspiranti senza incarico le ore residue. Per candidarsi a un incarico, gli specialisti devono inviare una comunicazione scritta durante il periodo di pubblicazione.

TIPOLOGIE DI INCARICHI

Le Aziende sanitarie possono conferire incarichi a tempo indeterminato, determinato, provvisori o sostitutivi. Gli incarichi a tempo determinato, spesso utilizzati per progetti straordinari o per far fronte a emergenze come lo sfoltimento delle liste di attesa, hanno una durata massima di sei mesi, rinnovabili una sola volta per un totale di un anno. Incarichi provvisori e sostituzioni sono invece legati a esigenze temporanee, con priorità agli iscritti nelle graduatorie ufficiali.

ATTIVITÀ "IN TRASFERTA"

Lo specialista ambulatoriale può svolgere attività fuori sede, "in trasferta", nelle modalità di seguito indicate:

- nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata (Adi);
- presso il domicilio del paziente;
- presso strutture pubbliche e del Ssn (residenze sanitarie assistenziali, servizi socioassistenziali di tipo specialistico, ospedali, consultori familiari e pediatrici, farmacie), scuole, fabbriche, strutture protette, comunità terapeutiche, istituti penitenziari;
- presso lo studio del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta.

UNA PROFESSIONE FLESSIBILE

La professione ambulatoriale è caratterizzata dalla flessibilità. Permette ampie possibilità di gestione personale, come ad esempio la possibilità di aderire a un determinato numero di ore di lavoro, che in seguito si possono ampliare oppure, dopo il primo anno di servizio, ridurre. È possibile, inoltre, concordare orari e

giorni di lavoro. Il tipo di professione permette quindi di organizzare la propria settimana lavorativa e lasciare spazio all'attività libero-professionale.

RETRIBUZIONE DELLO SPECIALISTA AMBULATORIALE

La retribuzione di uno specialista ambulatoriale *a tempo indeterminato* varia essenzialmente a seconda delle ore settimanali lavorate, delle indennità (come, ad esempio, quella di disponibilità), delle attività esterne eseguite, dei rimborsi percepiti. La retribuzione dello specialista ambulatoriale *a tempo indeterminato* è articolata in una quota oraria e una quota variabile, quest'ultima calcolata in base a programmi regionali e aziendali.

Invece, il compenso orario per gli *specialisti a tempo determinato* è di 39,96 euro l'ora.

Le prestazioni in trasferta prevedono compensi aggiuntivi:

- il compenso percepito è pari a un'ora di attività se la "trasferta" avviene durante l'orario di servizio;
- il compenso percepito è pari a un'ora e mezza di attività se la "trasferta" avviene al di fuori dell'orario di lavoro.

Inoltre, gli specialisti possono percepire indennità specifiche per attività esterne o di disponibilità.

ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMOENIA

L'attività di specialista ambulatoriale, come lavoro parasubordinato all'interno del Ssn, è in buona sostanza compatibile con attività libero professionale e incompatibile con attività in concorrenza con il servizio sanitario pubblico.

Di fatto, quindi, gli specialisti ambulatoriali, sia a tempo indeterminato che determinato, possono svolgere attività libero-professionale intramoenia negli spazi aziendali, al di fuori dell'orario di servizio. L'Accordo Collettivo Nazionale prevede, in assenza di spazi aziendali, l'opzione di intramoenia allargata presso studi privati.

La posizione è, invece, incompatibile con rapporti di lavoro dipendente, sia nel pubblico che nel settore privato, o con altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il SSN. Non possono quindi svolgere l'attività di specialista ambulatoriale i seguenti professionisti:

- i medici ospedalieri;
- coloro che ricoprono incarichi professionali o quote di partecipazione in centri convenzionati o accreditati;

- i medici di medicina generale o i pediatri di libera scelta;
- coloro i quali prestano servizio di guardia medica, coloro i quali frequentano un corso in medicina generale;
- i medici in formazione specialistica.

EVOLUZIONE DI CARRIERA

Pur non essendo prevista una progressione di carriera formale come per i dirigenti medici ospedalieri, gli specialisti ambulatoriali possono aspirare a ruoli di responsabilità, tra i quali annoveriamo:

- responsabile di branca, il/la quale assume compiti di organizzazione e coordinamento funzionale e gestionale. L'incarico prevede un miglioramento economico di circa il 10% del compenso percepito;
- referente di Aft e coordinatore di Uccp, di durata triennale;
- direttore di struttura semplice o complessa. In quest'ultimo caso è prevista la sospensione dall'incarico convenzionale.

Questi incarichi comportano compiti di coordinamento e organizzazione e prevedono miglioramenti economici.

FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE

Il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG) nasce alla fine degli anni ’80 come “*Tirocinio teorico-pratico per la formazione in Medicina Generale di medici neolaureati*”. Successivamente, in attuazione della direttiva CEE relativa alla formazione specifica in Medicina Generale, cambia denominazione diventando “*Corso di formazione biennale specifica in Medicina Generale*”.

Dal 1° gennaio 1995 il possesso dell’attestato di formazione in Medicina Generale costituisce titolo indispensabile per l’esercizio della Medicina Generale nell’ambito del SSN, ai sensi dell’art. 48 della Legge n. 833 del 23 dicembre 1978 (pur restando il diritto ad esercitare l’attività di Medico di Medicina Generale per i medici abilitati all’esercizio professionale entro il 31 dicembre 1994, D.lgs. n. 368/1999 – art. 30).

In Italia la Direttiva 86/457/CEE viene attuata mediante il D.lgs. 8 agosto 1991, n. 256, che istituisce un Corso della durata di due anni riservato ai laureati in Medicina e Chirurgia, abilitati all’esercizio della professione. Successivamente, con il D.lgs. 18 agosto 1999, n. 368 e con le integrazioni e modifiche apportate allo stesso dal D.lgs. 8 luglio 2003, n. 277, il Corso da biennale diventa triennale e finalizzato al conseguimento del diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale, che sostituisce il vecchio attestato.

Il primo corso triennale ha inizio con il triennio 2003-2006: in questo contesto la Medicina Generale si colloca a un livello specialistico, venendo riconosciuta come disciplina con peculiari contenuti, competenze e attitudini, nonostante il titolo conferito non sia rilasciato dall’autorità accademica.

LINEE GENERALI DI ORGANIZZAZIONE

Il CFSMG è riservato ai laureati in Medicina e Chirurgia abilitati all’esercizio professionale che siano cittadini italiani o di uno Stato membro dell’Unione Europea. Ha durata triennale ed è organizzato e attivato dalle Regioni in conformità a quanto disposto dal D.lgs. n. 368/1999 e s.m.i. e ai principi fondamentali definiti dal Ministero della Salute per la disciplina unitaria del sistema.

L’attivazione del Corso e la determinazione dei posti disponibili per ciascuna Regione, avviene d’intesa tra le Regioni e il Ministero della Salute in relazione al fabbisogno previsto e alle risorse disponibili. L’ammissione al Corso avviene a seguito di concorso, che si svolge in giorno e ora unici su tutto il territorio nazionale, fissati dal Ministero della Salute, nelle sedi stabilite da ciascuna Regione.

Il concorso consta di un’unica prova scritta consistente nella soluzione di quesiti a risposta multipla su argomenti di medicina clinica. In base al punteggio conseguito da ciascun candidato viene formata una graduatoria regionale secondo il cui ordine vengono chiamati i medici ammessi fino a concorrenza dei posti disponibili.

Il bando di concorso per l'ammissione al Corso viene pubblicato integralmente nel Bollettino Ufficiale di ciascuna Regione e, per estratto, nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica. Lo stesso viene, inoltre, messo a disposizione presso gli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e sul sito web di ciascuna Regione. L'art. 24 del D.lgs. n. 368/1999, come modificato dal D.lgs. n. 277/2003, prevede che il diploma venga conseguito a seguito di un corso di Formazione Specifica in Medicina Generale della durata di tre anni.

Il Corso di Formazione Specifica prevede un totale di almeno 4800 ore di cui 2/3 rivolti alle attività formative di natura pratica. I periodi di formazione dell'attività pratica sono previsti nello stesso D.lgs. 368/99 e s.m.; per l'attività teorica sono stati previsti oltre ai seminari anche alcune ore di studio e ricerca. Secondo l'art. 1 del D.M. 7/3/2006 "il corso è strutturato a tempo pieno", questo implica che il medico in formazione partecipa alla totalità delle attività per l'intera durata della settimana lavorativa e per tutto l'anno.

Gli obiettivi didattici, le metodologie di insegnamento-apprendimento ed i programmi delle attività teoriche e pratiche e l'articolazione della formazione vengono definiti con decreto del Ministro della salute.

ARTICOLAZIONE ATTIVITÀ PRATICA.

- 6 mesi di formazione in medicina interna presso strutture ospedaliere, pubbliche o private, individuate a tale scopo dalla regione, nonché in centri di cure primarie quali day-hospital e ambulatori, con attribuzione alle stesse della responsabilità della formazione. Il periodo comprende un'attività clinica guidata ed un'attività di partecipazione a seminari su argomenti clinici, chirurgici e dei servizi orientati all'attività del medico di medicina generale.
- I tirocini invece sono della durata di tre mesi in chirurgia generale, quattro mesi in pediatria, due mesi in ginecologia ed ostetricia, tre mesi in pronto soccorso, sei mesi presso poliambulatori dell'Azienda Sanitaria Provinciale sul territorio e dodici mesi, frequentemente suddivisi in quattro mesi per ciascun anno di corso presso lo studio di un medico di medicina generale convenzionato con il sistema sanitario nazionale.

Al termine del periodo, i discenti svolgono un esame di fine corso, funzionale al conferimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, che da diritto all'inserimento nella graduatoria regionale per la medicina generale; qualora il medico tirocinante non abbia conseguito esito favorevole all'esame finale, potrà essere ammesso a partecipare nuovamente agli esami nella successiva seduta utile, discutendo una nuova tesi. La prova finale può essere sostenuta per un massimo di due volte e nel caso il candidato non superi neppure il secondo colloquio è escluso dal corso, senza pregiudizio alla partecipazione a future selezioni per la formazione specifica in medicina generale (art. 16, comma 4, del D.M. Salute 7 marzo 2006).

COMPATIBILITA' E INCOMPATIBILITÀ

Non è permesso esercitare attività libero-professionali ed ogni rapporto convenzionale, precario o di consulenza con il Servizio sanitario nazionale o enti e istituzioni pubbliche o private anche di tipo saltuario o temporaneo. Inoltre, durante la frequenza del corso, non è possibile iscriversi o frequentare corsi di specializzazione o dottorati di ricerca.

Le uniche attività consentite, previste dalla L. 28 dicembre 2001, n. 448 (finanziaria 2002), sono riportate all'art. 19, comma 11 e di seguito riportate:

- sostituzioni a tempo determinato medici di medicina generale convenzionati con il SSN ;
- essere iscritti negli elenchi della guardia medica notturna e festiva e della guardia medica turistica, ma occupati solo in caso di carente disponibilità di medici già iscritti negli elenchi della guardia medica notturna e festiva e della guardia medica turistica".

Nel conferimento dei suddetti incarichi, è fatto onere alle Regioni ed alle province autonome di verificare preventivamente l'effettiva sussistenza dello stato di carenza. Nell'ipotesi di sostituzione del medico di medicina generale convenzionato con il SSN, non è consentita la sostituzione del proprio tutore (art. 11, comma 3, del D.M. Salute 7 marzo 2006).

In presenza di accertata incompatibilità ne consegue l'espulsione del medico tirocinante dal corso (art. 11, comma 4, del D.M. Salute 7 marzo 2006).

Secondo l'art. 9 del Decreto Legge "Semplificazioni" n. 135/18, dal 2019 è inoltre prevista la possibilità di assumere un incarichi di cui all'ACN della Medicina Generale; infatti, secondo quanto stabilito dall'ACN vigente, i Medici in Formazione Specifica in Medicina Generale possono assumere incarichi a tempo determinato (come provvisori o sostituti) e incarichi di titolarità, definiti "temporanei", nelle more del raggiungimento del titolo di Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale. E' tuttavia previsto un limite per i suddetti incarichi "temporanei"; infatti, per gli incarichi a quota oraria (ex Continuità Assistenziale) il contratto prevede un massimo di 24 ore settimanali, mentre per l'Assistenza Primaria a ciclo di scelta, è previsto un limite massimo di 1000 assistiti, secondo quanto previsto dalla Legge di Conversione del DL Riaperture, n. 52 del 19 maggio 2022, art. 12 comma 3 bis.

Inoltre, se fino a Dicembre 2024, è incompatibile per il corsista di medicina generale, l'assegnazione contemporanea di incarichi a ciclo di scelta ed a ciclo orario, a partire dal 2025, ai sensi dell' art. 34 comma 18 del nuovo ACN 2019 – 2021, aderendo al Ruolo Unico della Medicina Generale, il corsista avrà una progressiva modulazione dell'attività a ciclo di scelta e su base oraria, mantenendo rispettivamente 24 ore settimanali di attività a ciclo orario fino a 650 assistiti e 12 ore settimanali fino a 1000 assistiti. Tali incarichi temporanei, svolti ai sensi dell'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 e all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, nel periodo di frequenza del corso di

formazione specifica in medicina generale per ciascun mese complessivo, corrispondenti a 96 ore di attività, permettono altresì di maturare 0,10 punti ai fini della graduatoria regionale della medicina generale.

Le Regioni e le province autonome possono organizzare corsi a tempo parziale, la borsa di studio è corrisposta in misura proporzionalmente ridotta, la scelta della formazione a tempo parziale fa decadere ogni preclusione ed incompatibilità, come per i medici ammessi in sovrannumero, presente in caso di formazione a tempo pieno: ai medici che optano per tale tipologia di corso è consentito lo svolgimento di ogni altra attività lavorativa, purché compatibile con i periodi di formazione stabiliti dalla regione o provincia autonoma.

ASSICURAZIONE PROFESSIONALE

La Legge 148/2011 all'art 3 comma 5 lettera e) impone l'obbligo delle assicurazioni professionali, prorogata al 13 agosto 2014 per gli esercenti le professioni sanitarie dal Decreto-legge 69/2013 all'art 44 comma 4-quater.

Per quanto concerne la responsabilità civile il medico risponde sia per colpa grave o dolo che per colpa lieve od ordinaria che rispettivamente ricadono nell'imperizia e nella negligenza. La Legge 189/2012 all'art 3 comma 1 stabilisce che il sanitario non dovrà rispondere per colpa lieve nei procedimenti penali se si è attenuto alle Linee Guida, come confermato dalle sentenze 268/2013 e 11493/2013 della Corte Suprema di Cassazione IV Sezione Penale.

Il Decreto Legislativo 368/99 all'art 26 comma 4 definisce che: "le attività pratiche sono costituite da periodi svolti in pronto soccorso, ambulatori, day-hospital, oltre che presso gli ambulatori di medici di medicina generale accreditati ai sensi del comma 3 e caratterizzati didatticamente da un'attività clinica guidata" e all'Art. 27 comma 1 si legge che ci deve essere "la partecipazione personale del candidato all'attività professionale ed assunzione delle responsabilità connesse all'attività svolta".

Inoltre, il Decreto Ministeriale 7 marzo 2006 all'art 18 stabilisce che "i medici in formazione devono essere coperti da polizza assicurativa per i rischi professionali e gli infortuni connessi all'attività di formazione in base alle condizioni generali stabilite dalla regione. Le relative polizze sono stipulate direttamente dagli interessati o, a scelta del tirocinante, dalla regione o provincia autonoma che provvede a detrarre i relativi premi dalla borsa di studio".

Le attuali polizze in essere per il medico in formazione specifica in medicina generale sono variabili da Regione a Regione per massimali richiesti e condizioni, l'onere assicurativo è a carico del corsista e il medico ha l'obbligo di dotarsi di una propria polizza RCP (compresa la copertura dei danni a terzi e alle attrezzature di laboratorio) ed infortuni (Invalidità Permanente da Malattia e da Infortunio, morte per infortunio) per poter iniziare il Corso Triennale.

Attualmente non sono però individuate le attività pratiche che generino responsabilità professionale. Il medico deve comunque stipulare una seconda polizza RCP per le altre attività lavorative compatibili da svolgere durante il corso: essenzialmente per le attività connesse alle sostituzioni nell'ambito della Medicina Generale con integrata la polizza di tutela legale, con un secondo onere a proprio carico. Solo il Piemonte e la Provincia Autonoma di Trento non richiedono massimali e condizioni specifici per il Corso di Formazione e quindi il Medico stipula un'unica polizza di RCP sia per il Corso che per le attività compatibili.

MATERNITÀ

Ai sensi della Legge 53/200 e D. Lgs. 51 del 26/03/2001, l'assenza per maternità è d'obbligo per 5 mesi. La gestante è tenuta a dare comunicazione scritta del suo stato di gravidanza e della data presunta del parto contemporaneamente all'Azienda ASL che cura la propria gestione amministrativa e contabile e al competente Servizio regionale. Fermo restando che l'intera durata del corso non può essere ridotta, il periodo di sospensione per gravidanza, che sarà preventivamente comunicato ai destinatari di cui sopra, è recuperato a fine corso seguendo un piano personalizzato elaborato dai Coordinatori delle attività didattiche. La borsa di studio non viene erogata per tutto il periodo di sospensione. Qualora il medico intendesse usufruire di un periodo di sospensione inferiore a quello normativamente previsto dovrà consegnare una dichiarazione di "assunzione di responsabilità" al referente amministrativo dell'Azienda ASL che gestisce gli aspetti amministrativi e contabili. Con nota del 14 febbraio 2017, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ha approvato il "regolamento ENPAM a tutela della genitorialità", a sua volta approvato con delibera n° 103 del 28 febbraio 2016 dal Consiglio di amministrazione della Fondazione ENPAM. Per l'anno 2017 viene messa a disposizione una cifra di 1.500 euro da utilizzare per le spese di nido (pubblico e privato accreditato) e baby-sitting nei primi dodici mesi di vita del bambino o di ingresso del minore in famiglia in caso di adozione o affidamento. Il beneficio è concesso una volta per ciascun figlio. Con questo provvedimento si estendono le tutele anche alle studentesse di medicina e odontoiatria non ancora laureate. La domanda può essere inoltrata dalle 12 dell'8 maggio fino alla mezzanotte del 7 luglio. L'assegno copre i due mesi precedenti la data presunta del parto e i tre mesi successivi alla nascita del bambino. L'importo minimo garantito sarà di 4.958,72 euro (per il 2017) a cui si aggiungerà un ulteriore assegno di 1000 euro (indicizzati) per le dottoresse con redditi inferiori a 18mila euro (indicizzati), il che fa arrivare l'indennità minima totale a quasi 6mila euro l'anno, circa 1200 euro al mese. Per le professioniste con redditi superiori verrà comunque garantita un'indennità pari all'80 per cento di cinque dodicesimi del reddito professionale dichiarato ai fini fiscali nel secondo anno precedente a quello della gravidanza. L'indennità massima è di 24.793,60 euro. È prevista, inoltre, una tutela per la gravidanza a rischio con copertura specifica per un massimo di sei mesi.

RIFERIMENTI NORMATIVI ESSENZIALI

Il Corso risponde a direttive, leggi e norme attualmente in vigore, sia europee che italiane, che sono di seguito riportate:

- DIRETTIVA 93/16/CEE: intesa ad agevolare la libera circolazione dei medici e il reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli.
- D.lgs. 17 agosto 1999, n. 368: recepisce la direttiva 93/16/CEE e determina la durata e la struttura generale del Corso.
- D.lgs. 8 luglio 2003, n. 277: recepisce la direttiva 2001/19/CE che modifica le direttive del Consiglio relative al sistema generale di riconoscimento delle qualifiche professionali e le direttive del Consiglio concernenti le professioni di infermiere professionale, dentista, veterinario, ostetrica, architetto, farmacista e medico; istituisce e disciplina il corso triennale per il conseguimento del diploma di formazione specifica in Medicina Generale.
- D.M. Salute 7 marzo 2006: individua i principi fondamentali per la disciplina unitaria in materia di formazione specifica in Medicina Generale.
- Decreto-legge “Semplificazioni” n. 135/18
- ACN della Medicina Generale 2018-2019 e 2019-2021

DOTTORATO

DEFINIZIONE

Il dottorato di ricerca venne istituito nel 1980 (cfr. legge 21 febbraio 1980, n.28 e D.P.R. 11 luglio 1980, n.382) come titolo universitario corrispondente al titolo di Ph.D. (Philosophiae Doctor) dei paesi anglosassoni. È un corso universitario di terzo livello ovvero il più alto grado di istruzione previsto nell'ordinamento accademico italiano.

L'obiettivo di un corso di dottorato è l'acquisizione di una corretta metodologia per la ricerca scientifica avanzata, che può essere esercitata presso università, enti pubblici o soggetti privati con l'acquisizione di professionalità di elevatissimo livello. Gli elementi fondamentali, infatti, sono l'originalità della ricerca, la formazione disciplinare avanzata e la formazione multidisciplinare. I programmi di dottorato e di avviamento alla ricerca sono disegnati in modo da favorire la crescita professionale e le possibilità di occupazione contribuendo ai bisogni della società e di un mercato del lavoro più ampio di quello accademico.

DURATA

La durata del dottorato non può essere inferiore ai tre anni, come stabilito dall'art.6 comma 1 del DM 45/2013; la stragrande maggioranza dei dottorati ha una durata di tre anni, ma esistono alcuni corsi che prevedono una durata di quattro anni. L'accesso viene bandito annualmente dai singoli atenei.

REQUISITI

Possono presentare domanda di partecipazione alle selezioni, senza limitazioni di cittadinanza, coloro che siano in possesso di:

- diploma di laurea (vecchio ordinamento);
- laurea specialistica/magistrale (nuovo ordinamento);
- titoli accademici di secondo livello rilasciati dalle istituzioni facenti parte del comparto AFAM (Alta Formazione Artistica e Musicale).

Possono candidarsi anche coloro i quali non siano in possesso di tali titoli all'atto della presentazione della domanda, purché rispettino i requisiti all'atto della presa di servizio.

ATTIVITÀ

Durante il periodo di formazione, il dottorando è tenuto a seguire lezioni e seminari e a svolgere attività di ricerca; può inoltre tenere lezioni universitarie.

FREQUENZA E PASSAGGIO DI ANNO

Alla fine di ogni anno i dottorandi devono presentare una relazione particolareggiata, scritta e a volte anche orale, sull'attività svolta. Sulla base di tale relazione il collegio dei docenti, "previa valutazione della assiduità e dell'operosità dimostrata dall'iscritto", ne propone al rettore l'esclusione dal corso od il passaggio all'anno successivo. Talune università richiedono degli esami alla fine di corsi obbligatori stabiliti dal collegio docenti da svolgersi solitamente durante il primo o secondo anno. Riguardo alla frequenza per tutti i dottorandi, indipendentemente dalla borsa di studio, sussiste l'obbligo di frequenza secondo le modalità stabilite dal proprio Collegio Docenti; pertanto, questo obbligo varia moltissimo da sede a sede. Al termine del corso, i dottorandi devono sostenere un esame finale sull'argomento della loro ricerca (tesi).

SOSPENSIONE DELLA FORMAZIONE

La frequenza del corso di dottorato è sospesa obbligatoriamente in caso di maternità, paternità, adozione e affidamento, ai sensi della vigente normative in materia, e per malattia o infortunio di durata superiore a trenta giorni, adeguatamente documentati. Alle dottorande si applicano le disposizioni a tutela della maternità di cui al decreto del Ministro del Lavoro e della Previdenza sociale 12 luglio 2007.

La frequenza del corso di dottorato può essere altresì sospesa, a richiesta del dottorando, previa autorizzazione del Collegio dei docenti, in caso di particolari e gravi motivi personali o familiari, da documentare. La frequenza del corso di dottorato è in ogni caso sospesa per la frequenza di Tirocini Formativi Attivi. Durante il periodo di sospensione per la frequenza di Tirocini Formativi Attivi l'erogazione dell'eventuale borsa di studio in godimento non ha luogo. A domanda e su parere favorevole del Collegio dei docenti, i dottorandi assunti a tempo indeterminato presso la Pubblica Amministrazione, possono ottenere, durante il periodo di prova, la sospensione degli obblighi di frequenza del dottorato, con rinuncia per il medesimo periodo alla borsa di studio eventualmente in godimento.

INCOMPATIBILITÀ

Durante il dottorato è incompatibile la partecipazione ad un master. Secondo la legge 33 del 12 aprile 2022 "Disposizioni in materia di iscrizione contemporanea a due corsi di istruzione superiore" è consentita l'iscrizione contemporanea a un corso di dottorato di ricerca o di master e a un corso di specializzazione medica. Non è inoltre consentita l'iscrizione contemporanea a più di un corso di dottorato, fatti salvi i casi di dottorati internazionali e di dottorati in co-tutela di tesi.

L’iscrizione a un corso di dottorato è inoltre incompatibile con l’incarico di professore a contratto per attività di insegnamento presso qualsiasi Ateneo o ente che rilasci titoli accademici.

I dipendenti pubblici ammessi ai corsi di dottorato usufruiscono, per il periodo di durata normale del corso, dell’aspettativa prevista dalla contrattazione collettiva o, per i dipendenti in regime di diritto pubblico, di congedo straordinario per motivi di studio, compatibilmente con le esigenze dell’amministrazione di appartenenza, ai sensi dell’art. 2 della legge 13 agosto 1984, n. 476 e successive modificazioni, con o senza assegni e salvo esplicito atto di rinuncia, solo qualora risultino iscritti per la prima volta a un corso di dottorato, a prescindere dall’ambito disciplinare. Gli iscritti a corsi di dottorato di area medica e gli iscritti ai corsi di dottorato di area veterinaria possono svolgere, previa autorizzazione del Collegio dei docenti, rispettivamente, attività clinico-assistenziale e attività nell’ambito dei servizi sanitari veterinari, secondo forme e modalità concordate con le strutture presso le quali le già menzionate attività devono essere svolte.

INQUADRAMENTO GIURIDICO E BORSA DI STUDIO

Il Dottorato di Ricerca è un corso di studi e pertanto il dottorando è uno studente. In base al decreto ministeriale del 9 aprile 2001 il dottorando ha diritto ai medesimi servizi (posto alloggio, contributi allo studio) che spettano agli studenti dei corsi di laurea. I vincitori del concorso, se soddisfano i requisiti esposti sul bando di concorso, hanno diritto ad una borsa di studio. Metà dei posti messi a concorso possono non essere coperti da borsa di studio.

SBOCCHI PROFESSIONALI

L’acquisizione del titolo di Dottore di ricerca permette di acquisire un punteggio valido sia ai fini della prosecuzione della carriera accademica sia per l’inserimento in graduatorie di merito di concorsi e avvisi pubblici. Il titolo viene inoltre particolarmente valorizzato in contesti professionali internazionali rappresentando infatti il massimo livello di formazione.

CERTIFICAZIONI E PRESCRIZIONE DI FARMACI

SISTEMA TESSERA SANITARIA

Al fine dell'esercizio della Professione è necessario l'accreditamento al Sistema Tessera Sanitaria (TS). Le credenziali per il Sistema TS sono indispensabili per accedere al relativo portale (vedi sistemats1.sanita.finanze.it/portale/area-riservata-operatore), dal quale è possibile compilare i certificati di malattia, fare prescrizioni in formato elettronico, inserire i dati delle fatture per il modello 730 precompilato, compilare piani terapeutici e, per quanto riguarda i medici in convenzione con il SSN (es: MMG, PLS, specialisti ambulatoriali), effettuare altre operazioni necessitanti una interazione col Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), che possono capitare durante lo svolgimento della propria attività.

Una dettagliata informativa circa la procedura di registrazione al Sistema TS è disponibile al link: www.sistemats.it.

Le credenziali del Sistema TS possono essere ottenute:

- in totale autonomia, richiedendole direttamente dal portale del Sistema TS per poi riceverle al proprio indirizzo PEC;
- rivolgendosi direttamente alla segreteria dell'Ordine dei Medici, anche solo inviando una richiesta via mail con la scansione di un documento in allegato (così facendo si viene censiti sul portale del Sistema TS come "medici certificatori" previa ricezione da parte dell'Ordine di una password provvisoria per il primo accesso).

Dopo essersi registrati al servizio, i medici possono accedere con le proprie credenziali oppure con una smart card conforme allo standard CNS (Carta Nazionale dei Servizi), oppure ancora con la CIE (Carta di Identità Elettronica), o con lo SPID.

IL TIMBRO

Per esercitare la professione è estremamente utile il possesso di un timbro personale.

Di seguito vengono elencati i timbri di maggiore utilizzo:

1. Timbro breve (di maggior diffusione ed utilizzo): contiene le informazioni strettamente necessarie per la validità di una prescrizione. Può essere utilizzato sia su ricette "bianche" che "rosse" e, se si lavora in regime convenzionato con il SSN, deve includere:

- Codice Regionale (vedi voce “Codice Regionale”): è un codice identificativo del medico rilasciato dalla ASL, necessario per svolgere la professione all’interno del Sistema Sanitario Regionale (è valido solo nella Regione in cui è stato richiesto). Al medico abilitato può essere fornito, se richiesto, un Codice Regionale provvisorio, che verrà sostituito da un Codice Regionale definitivo solo nel caso in cui venisse assunto dalla ASL a tempo indeterminato in convenzione (es.: Medico di Medicina Generale, Pediatra di Libera Scelta, Specialista Ambulatoriale).
- Dott./Dott.ssa (nome e cognome)
- Medico Chirurgo (ed eventuale specialità)
- Contatto telefonico e/o e-mail

2. Timbro intestazione

Contiene, oltre alle suddette informazioni, anche i contatti del medico e i suoi recapiti fiscali. Deve includere:

- Dott./Dott.ssa (nome e cognome)
- Medico Chirurgo (ed eventuale specialità)
- Codice Regionale
- Indirizzo (residenza o domicilio fiscale)
- Codice Fiscale
- Partita IVA
- Contatto telefonico e/o e-mail

3. Timbro per regime fiscale agevolato

   Contiene il riferimento legislativo del regime fiscale agevolato. Chi ha aperto la partita IVA con il vecchio regolamento in vigore fino al 31/12/2014, deve inserire la dicitura “Prestazione svolta in regime fiscale di vantaggio - operazione non soggetta ad IVA ai sensi dell’art 1, commi 96-117 della L. n. 244/2007, come modificata da art. 27 del D.L. n. 98/2011 (non soggetta a ritenuta d’acconto, ai sensi provvedimento Direttore Agenzia Entrate n. 185820”. Chi ha aperto la partita IVA con il regolamento in vigore dal 01/01/2015, invece, deve inserire la dicitura “Prestazione svolta in regime forfetario - operazione non soggetta ad IVA ai sensi dell’art. 1, commi 54-89, della L. n. 190/2014 (non soggetta a ritenuta d’acconto ai sensi del comma 67).

4. Timbro per imposta di bollo sostitutiva

Quando la retribuzione per una prestazione è superiore a 77,47 €, indipendentemente dal regime fiscale del medico, è necessario applicare sull'originale della fattura una marca da bollo del valore di 2 € e, sulla copia che rimane al medico, si deve specificare che tale onere è stato adempiuto attraverso la dicitura "Imposta di bollo assolta sull'originale."

5. Timbro per esonero dal 730 precompilato

Il medico ha l'obbligo di inserire tutte le ricevute sul sistema TS. Qualora il paziente desideri che la fattura (o la ricevuta) non venga comunicata direttamente all'Agenzia delle Entrate per la compilazione elettronica della dichiarazione dei redditi, il medico deve inserire sia sull'originale (da rilasciare al paziente) che sulla copia (che rimane al medico) l'apposita dicitura "Il paziente si oppone alla trasmissione al Sistema TS ai sensi dell'art. 3 del D.M. 31/07/2015." (o, in alternativa, "Fattura non trasmessa al sistema Tessera Sanitaria ai fini della predisposizione del 730 precompilato, per opposizione dell'assistito ai sensi dell'art. 3 D.M. 31/07/2015 e dell'art. 7 del D.lgs. n. 196/2003."), che dev'essere seguita dalla data e dalla firma leggibile dell'assistito.

CERTIFICATI DI MALATTIA

Il certificato medico è un atto con il quale il medico dichiara, conformi a verità, fatti direttamente riscontrati nell'esercizio della propria professione dei quali il certificato stesso è prova. Ciò può comportare riconoscimento di diritti o determinate conseguenze di rilevanza giuridica o amministrativa a carico dell'individuo o della società. Tutti i certificati hanno implicazioni medico-legali. I requisiti della certificazione devono essere chiarezza, completezza e veridicità

Per "certificato di malattia" si intende "l'attestazione scritta di un fatto di natura tecnica destinata a provare la verità di fatti direttamente rilevabili dal medico curante nell'esercizio della professione, che attesti l'incapacità temporanea al lavoro, con l'indicazione della diagnosi e della prognosi" (DPCM 26/03/2008, art.7). Si tratta di una certificazione gratuita, obbligatoria per tutti i lavoratori (settori privato e pubblico), che giustifica l'assenza dal posto di lavoro a causa di un evento morboso: costituisce dunque prova della liceità dell'assenza dal lavoro (è necessario anche per un solo giorno di malattia), e per questo deve coprire l'intero periodo di astensione (da notare che non va considerata la "prognosi clinica", ma la "prognosi lavorativa").

Poiché la legge riconosce al certificato il valore di prova dello stato di incapacità temporanea, questo documento va richiesto immediatamente al medico (es.: dipendente o convenzionato con il SSN, operante in strutture private accreditate, libero professionista) che ha effettuato la prestazione sanitaria: non può quindi essere sempre demandato al Medico di Medicina Generale. In particolare, per i ricoveri, i day-hospital e le prestazioni di PS, sussiste l'obbligo di rilascio delle relative comunicazioni o dei relativi certificati di malattia da parte di quelle strutture). Ciascun Professionista, Medico e Odontoiatra, sia esso Medico convenzionato con il SSN, Medico dipendente del SSN o Medico libero professionista, nel rispettivo ambito di competenza, deve provvedere al rilascio al paziente della certificazione di malattia per via telematica secondo quanto previsto

dalla normativa in vigore. In limitati casi, è ancora possibile che al paziente venga rilasciata la certificazione di malattia in forma cartacea al posto della trasmissione telematica e ciò a seguito di malfunzionamento del sistema TS o di accesso alla rete internet. Il certificato cartaceo va rilasciato al paziente in duplice copia, una da trasmettere all'INPS da parte del lavoratore con le modalità previste e una copia, priva di diagnosi (attestato di malattia), da consegnare al datore di lavoro.

È inoltre possibile, in caso di necessità, che venga richiesto questo certificato ai MMG a quota oraria (ex "Continuità Assistenziale" o "guardia medica"), ma per una prognosi massima di 3 giorni (vedi documento "INPS informa" emesso in data 08/11/2012).

Un caso particolare di certificato di malattia è quello riguardante la tubercolosi, regolato da una specifica normativa (L. n. 1132/1928, L. n. 1088/1970, L. n. 419/1975, D.M. 29/07/1998)35.

La compilazione telematica è estremamente intuitiva (tutte le informazioni necessarie per poter considerare valido il certificato sono inseribili dal medico prescrittore tramite appositi menù a tendina, in maniera molto semplice e veloce) e può essere effettuata:

- dal sito www.sistemats.it tramite le credenziali del Sistema TS (vedi voce "Credenziali e codici utili nella professione", sezione B);
- da software di lavoro dei MMG tramite smartcard, ma solo se si è in possesso di un profilo nominativo creato dal medico titolare (altrimenti questa operazione non è possibile in quanto è reato compilare un certificato a nome di un altro medico).

Quando redatto in forma telematica, è lo stesso medico a doverlo inoltrare all'INPS (vedi D.M. 26/02/2010): a questo punto sarà l'INPS stesso ad assegnargli il numero univoco di Protocollo Unico di Protocollo (PUC). Una volta inviato, può essere sufficiente comunicare al lavoratore anche solo il numero di protocollo, che dovrà egli stesso inoltrare al suo datore di lavoro (vedi Circ. n. 60/2010); ma se espressamente richiesto dal paziente, il medico ha la possibilità di spedirgli via mail o consegnargli il certificato (vedi L. n. 221/2012, art. 7, comma 1-bis); in particolari situazioni (contrattualizzati delle pubbliche amministrazioni nelle ipotesi di esenzione dalla decurtazione della retribuzione e dal regime della reperibilità ai fini della visita fiscale) in cui il datore di lavoro ha la necessità di conoscere la diagnosi.

Nella compilazione del certificato di malattia, il medico deve:

- segnalare correttamente se il certificato emesso è un "inizio" di malattia, una "continuazione" o una "ricaduta" (vedi oltre);
- specificare nelle "note" del certificato se sono presenti "postumi" (danni successivi alla guarigione clinica della malattia) che causano l'incapacità temporanea al lavoro e di quale tipo essi siano (per verificarne l'indennizzabilità), e avere cura di evitare la locuzione "esiti di…" (in quanto "esito" indica la conclusione di un processo morboso e come tale non può essere indennizzato o retribuito);

- sapere che la malattia non è mai indennizzata per chirurgia estetica né per chirurgia oculistica refrattiva (il certificato di malattia va comunque compilato, specificando però al paziente che quei giorni non gli saranno pagati);

- specificare, nell'apposito campo "trauma", se la condizione certificata è stata determinata da un evento traumatico (l'informazione è indispensabile affinché l'INPS possa valutare se il caso sia di competenza INAIL;

- specificare, nell'apposito campo "agevolazione", se la condizione certificata rientra tra quelle che esonerano il malato dall'obbligo di reperibilità nelle fasce orarie delle visite fiscali. Le esclusioni dall'obbligo di reperibilità, simili per il settore pubblico (vedi D.M. n. 206/2017, art. 4) e privato (vedi D.M.11/01/2016, art. 1, comma 1), comprendono una serie di stati di salute di impegno funzionale rilevante: le patologie gravi che richiedano terapie salvavita, gli stati patologici sottesi o connessi alla situazione di invalidità riconosciuta ≥ 67% e, per i soli lavoratori pubblici, la causa di servizio riconosciuta).

Alla scadenza del certificato sarà compito del medico, dopo rivalutazione clinica, di prolungare o meno la prognosi, redigendo un nuovo documento barrando la casella "continuazione".

Nel caso in cui un certificato copra il lavoratore fino a venerdì e il medico si trovi a doverne redigere un altro il lunedì successivo, le situazioni possono essere due:

- se l'assenza è stata causata dallo stesso evento morboso, si deve barrare la casella "continuazione";

- se l'assenza è stata causata da un evento morboso diverso, si deve barrare la casella "inizio".

In ogni caso, la data di inizio che il medico deve impostare è sempre di tipo anamnestico, e viene quindi riferita dal paziente ("Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal…"); la tutela previdenziale e la liceità dell'assenza, invece, coincidono con la data di rilascio del certificato.

È importante notare che il medico non può giustificare giorni di assenza precedenti alla visita, a meno che non si tratti di un certificato redatto in un giorno feriale a seguito di visita domiciliare espressamente indicata dal medico stesso.

La casella "ricaduta", invece, va barrata:

- quando entro trenta giorni dalla conclusione della precedente malattia, si verifichi un altro evento morboso considerato conseguenziale al primo.

- se il lavoratore si sottopone a lunghi cicli periodici di terapie ambulatoriali e specialistiche che influenzano la sua capacità lavorativa. -A tal fine, potrà comunque essere considerata sufficiente anche un'unica certificazione del curante che attesti la necessità di trattamenti ricorrenti comportanti incapacità lavorativa e che li qualifichi l'uno ricaduta dell'altro. Gli interessati dovranno inviare tale certificazione prima dell'inizio della terapia, fornendo anche l'indicazione dei giorni previsti per

l'esecuzione. A tale certificazione dovranno far seguito, sempre a cura degli interessati, periodiche (ad esempio mensili) dichiarazioni della struttura sanitaria, riportanti il calendario delle prestazioni effettivamente eseguite, le sole che danno titolo all'indennità.

Tale soluzione potrà essere consentita anche per i casi di lavoratori in trattamento emodialitico o affetti dal morbo di Cooley.

L'annullamento di un certificato già inviato può essere effettuato in maniera telematica (se effettuato entro le 24h successive alla trasmissione) o cartacea (se effettuato oltre le 24 h successiva alla trasmissione, vedi oltre). Un'eventuale rettifica può essere effettuata entro la data di termine della prognosi: "La rettifica della data di fine prognosi, a fronte di una guarigione anticipata, rappresenta un adempimento obbligatorio da parte del lavoratore sia nei confronti del datore di lavoro, ai fini della ripresa anticipata dell'attività lavorativa, sia nei confronti dell'INPS, considerato che, mediante la presentazione del certificato di malattia, viene avviata l'istruttoria per il riconoscimento della prestazione previdenziale senza necessità di presentare alcuna specifica domanda. […] Affinché la rettifica venga considerata tempestiva non è sufficiente che essa venga effettuata prima del termine della prognosi originariamente certificata, bensì è necessario che intervenga prima della ripresa anticipata dell'attività lavorativa. Essa va richiesta al medesimo medico che ha redatto il certificato, riportante una prognosi più lunga." (Circ. INPS n. 79/2017).

Ai fini della ripresa dell'attività lavorativa per guarigione anticipata rispetto al periodo di prognosi inizialmente indicato nel certificato di malattia, inoltre, "il dipendente è tenuto a richiedere un certificato sostitutivo" che dev'essere rilasciato "dal medesimo medico che ha redatto la certificazione di malattia ancora in corso di prognosi ovvero da altro medico in caso di assenza o impedimento assoluto del primo" (vedi D.M. n. 206/2017, art. 9). Ciò significa che, se un paziente ha necessità di rientrare a lavoro prima della scadenza del certificato di malattia, ci sono due strade percorribili:

- il medico che ha redatto il certificato può rettificare la prognosi, anticipando la data di rientro;
- un altro medico può compilare un nuovo certificato di malattia, indicando come data di inizio della malattia quella corrispondente al certificato già attivo e come fine della prognosi la nuova data prescelta, precedente a quella del certificato già attivo.

La compilazione cartacea, infine, è prevista solo:

- qualora sussista l'impossibilità di invio telematico per malfunzionamento dei sistemi informatici;
- qualora sia stato commesso un errore di compilazione (es.: certificato fatto a nome di un'altra persona invece che del paziente) il medico deve rilasciare al paziente un nuovo certificato cartaceo con i dati corretti, riportando dettagliatamente la variazione rispetto al certificato errato.

In questi casi il certificato deve essere redatto in duplice copia (il "certificato" vero e proprio con la diagnosi, e l'"attestato" che non contiene l'esplicitazione della diagnosi, vedi Circ. n. 1/2010/DFP/DDI), avendo cura di

specificare la residenza del paziente ed eventualmente il domicilio (se diverso dalla residenza) ed evitando abrasioni o cancellazioni (eventuali correzioni dovranno essere controfirmate dal medico certificatore).

Nei casi in cui tale documento venga redatto in forma cartacea sarà il paziente stesso a provvedere all'invio al datore di lavoro e all'INPS (vedi Circ. n. 2/2010/DFP/DDI, punto 2.3) entro 48 h dall'emissione. Per quanto concerne l'INPS, in particolare, è prevista la consegna del certificato cartaceo in originale, possibile in 3 modalità: consegna di persona, invio tramite raccomandata con ricevuta di ritorno, spedizione via PEC.

In ogni caso, indipendentemente che il certificato sia redatto in forma telematica o cartacea, sarà il lavoratore a dover controllare l'esattezza dei suoi dati, in particolare riguardo all'indirizzo di reperibilità (perché dovrà essere reperibile ogni giorno, compresi i festivi, per eventuali controlli da parte dei medici inviati dall'INPS): il dipendente, infatti, non può assentarsi dall'indirizzo di abituale dimora durante le fasce orarie di reperibilità (10 alle 12 e dalle 17 alle 19 tutti i giorni) in cui viene effettuato il controllo se non per casi specifici (previa preventiva comunicazione all'amministrazione che, a sua volta, ne dà comunicazione all'INPS. , sec D.lgs. n. 75/2017, art. 18, punto d, ed "è tenuto a comunicare […] 'eventuale variazione dell'indirizzo di reperibilità, durante il periodo di prognosi" (vedi D.M. n. 206/2017 art. 6).

Per qualunque dubbio relativo alla compilazione del certificato è comunque attivo il numero INPS (800180919) dedicato ai medici certificatori.

La normativa vigente (D.lgs. n. 165/2001 e L. n. 222/2012) esonera i dipendenti della pubblica amministrazione, in regime di diritto pubblico e disciplinati da propri ordinamenti (Forze Armate, Corpi Armati dello Stato, Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco), dall'invio telematico della certificazione di malattia.

Le professioni coinvolte sono:

- magistrati ordinari, amministrativi e contabili;
- avvocati e procuratori dello Stato;
- professori e ricercatori universitari;
- personale delle carriere diplomatica e prefettizia;
- personale del Comitato Interministeriale per il Credito e il Risparmio (CICR);
- personale della Commissione Nazionale per la Società e la Borsa (CoNSoB);
- personale dell'autorità garante della concorrenza e del mercato;
- personale militare e forze di Polizia di Stato;
- personale della carriera dirigenziale e direttiva penitenziaria;

- personale, anche di livello dirigenziale, del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, esclusi il personale volontario e il personale volontario di leva.

A questi lavoratori va quindi redatto un certificato di malattia cartaceo in duplice copia quello

contenente la diagnosi ("certificato" vero e proprio) dovrà essere spedito dal lavoratore, in busta chiusa, al Dirigente Sanitario dell'Ente Militare; quello con la sola prognosi ("attestato"), invece, dovrà essere recapitato dal paziente al Comando dell'Ente, distaccamento o reparto che impiega il militare malato (vedi D.M. 24/11/2015).

L'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, regolamentata dal D.P.R. n. 1124/1965, è gestita invece in via esclusiva dall'INAIL (ente pubblico non economico sottoposto alla vigilanza del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali).

I certificati INAIL hanno finalità assicurativo-previdenziali e devono essere compilati per via telematica; in questo caso sono necessarie le credenziali INAIL.

Per ottenere dette credenziali è necessario presentare l'apposita modulistica corredata da una copia del documento di identità in corso di validità, presso lo "sportello lavoratori" della sede INAIL competente per territorio o tramite via telematica (https://www.inail.it/app/iaa/IAA/public/login).

Qualunque medico presti la prima assistenza a un lavoratore infortunato sul lavoro o affetto da malattia professionale è obbligato a rilasciare certificato ai fini degli obblighi di denuncia […] e a trasmetterlo esclusivamente per via telematica all'Istituto assicuratore […] contestualmente alla sua compilazione. Trasmettendo telematicamente questo certificato si intende assolto l'obbligo di trasmissione della denuncia per le malattie professionali indicate nell'apposito elenco redatto e aggiornato ciclicamente dal Ministero del Lavoro.

La trasmissione per via telematica del certificato di infortunio sul lavoro o di malattia professionale […] è effettuata utilizzando i servizi telematici messi a disposizione dall'Istituto assicuratore." (D.lgs. n. 151/2015, art. 21, comma 1, punto b-5). In particolare:

a) "Qualunque medico presti la prima assistenza ad un infortunato è obbligato a rilasciare un certificato della visita quando, a suo giudizio, la lesione possa avere per conseguenza una inabilità che importi l'astensione assoluta dal lavoro per più di 3 giorni. Detto certificato vale anche come denunzia dell'infortunio […]." (D.P.R. n. 1124/1965, art. 238);

b) "Il medico, che ha prestato assistenza ad un lavoratore affetto da malattia ritenuta professionale, deve trasmetterne il certificato-denuncia all'istituto assicuratore, entro 10 giorni dalla data della prima visita medica […], quando la malattia possa, a suo giudizio, determinare inabilità che comporti l'astensione assoluta dal lavoro per più di 3 giorni. Con le stesse modalità debbono essere denunciate all'istituto assicuratore le ricadute in precedenti malattie professionali." (D.P.R. n. 1124/1965, art. 251).

In caso di malfunzionamento del sito dell'Istituto, però, è possibile compilare i suddetti certificati per via cartacea (scaricando gli appositi moduli dal sito www.inail.it/cs/internet/atti-e-documenti/moduli-e-modelli/prestazioni/certificati-medici.html).

Le pratiche di infortunio sul lavoro e di malattia professionale si avvalgono principalmente del "primo certificato" (di apertura) e del "certificato definitivo" (di chiusura), a cui possono aggiungersi i "certificati continuativi" (qualora si decidesse di prolungare la prognosi del paziente) e i "certificati di riammissione in temporanea" (nel caso in cui il medico riconosca gli estremi della ricaduta (qui sta la differenza tra "ricaduta" e "recidiva": nel secondo caso, infatti, si presuppone l'esistenza di una nuova causa violenta, motivo per cui non si dovrà compilare il "certificato di riammissione in temporanea" ma un nuovo "primo certificato"; questo certificato può essere redatto entro 10 anni dal verificarsi dell'infortunio ed entro 15 anni dalla manifestazione primaria di malattia professionale).

Entro le 24 ore successive alla compilazione, il medico dovrà trasmettere il certificato all'INAIL per via telematica, comunicando al lavoratore i dati (numero identificativo del certificato medico, data di emissione e giorni di prognosi) che questi dovrà a sua volta fornire al datore di lavoro (vedi D.P.R. n. 1124/1965, art. 52), il quale è obbligato ad inoltrare telematicamente la denuncia all'INAIL entro 1 (in caso di morte), 2 (in caso di infortunio) o 5 (in caso di malattia professionale) giorni da quello in cui ne ha avuto notizia. Si approfitta per sottolineare che le ricette per visite specialistiche o esami diagnostici strumentali o di laboratorio prescritti al lavoratore infortunato o affetto da malattia professionale devono riportare l'esenzione L04 nel caso in cui siano correlate alla relativa patologia lavorativa.

L'infortunio sul lavoro è quell'evento di danno verificatosi per causa violenta/virulenta in occasione di lavoro. In questo caso la causalità è rapida e concentrata nel tempo (l'infortunio deve avvenire nell'ambito della cosiddetta "occasione di lavoro", la cui unità cronologica è il turno lavorativo, indipendentemente dalla sua lunghezza), e il lavoro è solo l'occasione del danno. Va infine sottolineato che è la causa a dover essere concentrata, non gli effetti: ciò significa che le malattie infettive e parassitarie (es.: epatite virale, HIV, tubercolosi, legionellosi) devono essere considerate come infortunio e richiedono la compilazione del relativo certificato.

Il certificato di infortunio è composto da 2 pagine: la prima predisposta in 3 copie (una per l'assicurato, una per l'INAIL, una per il datore di lavoro) e la seconda predisposta in 2 copie (una per l'assicurato e una per l'INAIL).

Il primo certificato viene redatto generalmente presso struttura sanitarie pubbliche e, in alcuni casi, dal Medico di Medicina Generale; in alternativa, il lavoratore può recarsi presso le Unità Socio-Sanitarie della sede INAIL territoriale competente rispetto alla propria residenza/domiciliazione e richiedere di essere visitato ai fini del rilascio delle certificazioni da produrre al datore di lavoro.

Il primo certificato non può essere redatto più tardi dal secondo giorno dopo l'infortunio, e l'eventuale certificato continuativo può essere redatto fino 2 giorni dopo la scadenza del primo certificato. I giorni di

prognosi decorrono dalla data di certificazione; prima di rientrare a lavoro, il paziente ha bisogno del certificato definitivo.

Quando invece un medico rileva una malattia associata o associabile a uno stato di inabilità temporanea al lavoro per la quale sospetta un'origine professionale deve compilare il certificato di malattia professionale.

La malattia professionale (o "tecnopatia") è uno stato morboso in rapporto causale o concausale con lo svolgimento dell'attività lavorativa contratto per l'azione lenta e progressiva dell'agente nocivo. In questo caso la causalità è lenta e diluita nel tempo, e il lavoro è la causa specifica del danno (la malattia deve essere contratta nell'esercizio e a causa della lavorazione espletata o di noxae patogene specifiche, motivi per cui le malattie professionali sono per la maggior parte evitabili).

Il certificato di malattia professionale è composto da 3 copie: la prima per l'INAIL, la seconda per l'assicurato e la terza per il datore di lavoro.

Solo alcune malattie professionali sono previste dalla legge (vedi D.M. 10/06/2014), ma, nel caso in cui se ne sospetti una non riportata nell'elenco, la segnalazione deve essere fatta ugualmente e viene comunque accettata dall'INAIL: in questo modo, se nel corso del tempo più medici faranno la stessa segnalazione, si rende possibile l'aggiornamento delle tabelle previste dalla normativa vigente.

RAPPORTO CON L'AUTORITÀ GIUDIZIARIA

Il Medico, durante lo svolgimento della Professione, si trova spesso a doversi interfacciare con l'autorità giudiziaria, cui è tenuto a segnalare determinate situazioni di cui viene a conoscenza durante il lavoro. In generale, le segnalazioni obbligatorie sono atti attraverso cui il sanitario informa una pubblica autorità relativamente a fatti, persone o notizie conosciute nell'esercizio della professione di cui è obbligato a riferire per legge: "Il medico deve svolgere i compiti assegnatigli dalla legge in tema di trattamenti e accertamenti sanitari obbligatori e deve curare con la massima diligenza e tempestività l'informativa alle Autorità sanitarie giudiziarie e ad altre Autorità nei modi, nei tempi e con le procedure stabilite dall'ordinamento, ivi compresa, quando prevista, la tutela dell'anonimato." (Codice Deontologico, art. 74).

Le segnalazioni obbligatorie possono essere:

- amministrative (es.: dichiarazione di nascita, constatazione di decesso);
- sanitarie (es.: denuncia delle cause di morte su scheda ISTAT, notifica obbligatoria di malattia infettiva, denuncia di infortunio sul lavoro del titolare di impresa artigiana, notifica obbligatoria di malattia professionale, denuncia di malattie e lesioni causate da raggi X e sostanze radioattive);
- giudiziarie: referto, rapporto (o denuncia di reato).

DOPPIO REGIME NORMATIVO

A. Quando il medico è SOLO esercente professione sanitaria:
Obbligo di referto ex art. 365 c.p.

Soglia di attivazione: "casi che possono presentare i caratteri di un delitto procedibile d'ufficio"

B. Quando il medico è ANCHE pubblico ufficiale/incaricato di pubblico servizio:
Obbligo di denuncia ex artt. 361-362 c.p. e 331 c.p.p.

Soglia di attivazione: "notizia di un reato perseguibile d'ufficio"

A: Medico SOLO esercente professione sanitaria:

A1 Referto: il referto è la comunicazione obbligatoria che il medico deve inviare all'autorità giudiziaria (con ciò intendendo l'ufficio del Pubblico Ministero, i Carabinieri, la Polizia ecc.) quando, nell'esercizio della professione sanitaria, presta assistenza in casi che possono presentare i caratteri di un delitto procedibile d'ufficio. Il referto è disciplinato dall'art. 365 c.p. e dall'art. 334 c.p.p.. È sufficiente a far sorgere l'obbligo del referto la mera possibilità che il caso presenti una fisionomia delittuosa. È richiesta una soglia cognitiva inferiore rispetto alla notizia di reato necessaria per l'obbligo di denuncia del pubblico ufficiale. Il giudizio tecnico del medico può comprendere anche l'esclusione del nesso di causalità tra condotta ed evento, sempreché essa derivi in modo evidente da elementi di fatto certi ed obiettivi. Tutte le volte che tale certezza manchi, il medico è obbligato al referto, non essendo sufficienti valutazioni approssimative e probabilistiche, poiché in ogni caso in cui non sia sicura l'insussistenza di un'ipotesi delittuosa procedibile d'ufficio, l'indagine per accertare le cause dell'evento è di competenza dell'autorità giudiziaria. L'elemento soggettivo del reato di omissione di referto consiste nel dolo generico, inteso come coscienza e volontà di omettere o ritardare il referto, con la consapevolezza di trovarsi in presenza di fatti che, sia pure in astratto, possono presentare i caratteri del delitto perseguibile d'ufficio.

A1.2 Quando deve essere inviato

Chi ha l'obbligo del referto deve farlo pervenire entro quarantotto ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente al pubblico ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui ha prestato la propria opera o assistenza ovvero, in loro mancanza, all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicino

A1.3 Contenuto del referto:

il referto deve indicare:

i. La persona assistita e le sue generalità;
ii. Il luogo dove si trova attualmente;
iii. Il luogo, tempo e circostanze dell'intervento
iv. le circostanze del fatto ed eventuali notizie utili a stabilire quanto accaduto
v. I mezzi con cui è stato commesso

vi. Gli effetti causati o che può causare

Esempi di reati per cui è dovuto il referto: infortuni sul lavoro, lesioni stradali con prognosi superiore a 40 giorni, casi di morte violenta o sospetta.

Essendo il referto un atto dovuto per legge l'invio dello stesso non viola il segreto professionale

B: Quando il medico è ANCHE pubblico ufficiale/incaricato di pubblico servizio:

B1 Rapporto (o denuncia di reato)

Quando il medico è pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, oltre al referto può sorgere l'obbligo di denuncia disciplinato dagli artt. 361 e 362 c.p. e dall'art. 331 c.p.p.. I pubblici ufficiali e gli incaricati di un pubblico servizio che, nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del loro servizio, hanno notizia di un reato perseguibile di ufficio, devono farne denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito.

B2. Quando deve essere inviato: la denuncia/rapporto è presentata o trasmessa senza ritardo al pubblico ministero o a un ufficiale di polizia giudiziaria (con ciò intendendo l'ufficio del Pubblico Ministero, i Carabinieri, la Polizia ecc.). Quando più persone sono obbligate alla denuncia per il medesimo fatto, esse possono anche redigere e sottoscrivere un unico atto. Se, nel corso di un procedimento civile o amministrativo, emerge un fatto nel quale si può configurare un reato perseguibile di ufficio, l'autorità che procede redige e trasmette senza ritardo la denuncia al pubblico ministero (ad esempio documenti che appaiono contraffatti).

B2. Contenuto della Denuncia/Rapporto

Il rapporto /denuncia di reato deve esporre gli elementi essenziali del reato, le generalità e il domicilio di chi l'ha commesso, della persona lesa e di coloro che siano in grado di riferire su circostanze rilevanti per la ricostruzione degli eventi; è inoltre fondamentale indicare il giorno dell'acquisizione della notizia e le fonti di prova già note

ESCLUSIONI:

Esclusioni:

- **Referto**: non si applica quando esporrebbe la persona assistita a procedimento penale d'ufficio

- **Denuncia**: non si applica per reati procedibili a querela

Differenze operative:

Aspetto	Referto (art. 365 c.p.)	Denuncia (artt. 361-362 c.p.)

Presupposto soggettivo	Esercizio professione sanitaria	Qualifica di pubblico ufficiale o incaricato di p.s.
Presupposto oggettivo	Casi che "possono presentare" caratteri delittuosi	Notizia di reato perseguibile d'ufficio acquisita nell'esercizio o a causa delle funzioni/servizio
Soglia cognitiva	Più bassa (mera possibilità)	Più alta (notizia qualificata)
Termini	48 ore (immediatamente se pericolo)	"Senza ritardo"
Sanzione	Multa fino a 5.000 euro	P.u.: multa 300-5.000 euro; I.p.s.: multa fino a 1.000 euro

MODALITÀ OPERATIVE

a) **Destinatari della comunicazione:**
- **Referto**: pubblico ministero o ufficiale di polizia giudiziaria
- **Denuncia**: pubblico ministero o ufficiale di polizia giudiziaria (identici destinatari)

b) Tempi di presentazione:
- **Referto**: 48 ore (immediatamente se pericolo)
- **Denuncia**: Senza ritardo.

c) **Contenuto:**
- **Referto**: elementi indicati nell'art. 334 c.p.p.
- **Denuncia**: elementi essenziali del fatto secondo l'art. 347 c.p.p.

d) **Esclusioni:**
- **Referto**: non si applica quando esporrebbe la persona assistita a procedimento penale
- **Denuncia**: non si applica per reati procedibili a querela

RACCOMANDAZIONI OPERATIVE

Per il medico con doppia qualifica:

1. Valutazione preliminare della propria posizione soggettiva (dipendente pubblico, convenzionato SSN, libero professionista);
2. In caso di dubbio rivolgersi ad un legale o all'Ordine di appartenenza;
3. Documentazione accurata delle circostanze che hanno determinato la conoscenza del fatto;
4. Rispetto dei termini più stringenti ("senza ritardo" per la denuncia vs. 48 ore per il referto);

   Principio di non interferenza: l'obbligo di denuncia non può essere rimesso ad altro pubblico ufficiale in quanto lo scopo è quello di assicurare una tempestiva conoscenza del reato da parte dell'autorità giudiziaria

I reati perseguibili d'ufficio sono quelli per cui l'autorità giudiziaria può procedere senza necessità che la persona offesa sporga querela. Di seguito, a titolo esemplificativo e non esaustivo, un elenco dei reati perseguibili d'ufficio:

To/Sezione	Descrizione	Delitto	Articolo	Esempi
TITOLO V - DELITTI CONTRO L'ORDINE PUBBLICO	Tutela della sicurezza collettiva e dell'incolumità pubblica			
Capo I - Delitti di comune pericolo mediante violenza	Protezione da atti violenti che mettono in pericolo la collettività	Strage	art. 422 c.p.	Eventi catastrofici con vittime multiple
Capo I - Delitti di comune pericolo mediante violenza	Protezione da atti violenti che mettono in pericolo la collettività	Attentato alla sicurezza dei trasporti	art. 423-bis c.p.	Incidenti ferroviari, aerei, navali
Capo II - Delitti di comune pericolo mediante frode	Protezione da condotte fraudolente pericolose per la collettività	Avvelenamento di acque o sostanze alimentari	art. 439 c.p.	Intossicazioni alimentari massive
Capo II - Delitti di comune pericolo mediante frode	Protezione da condotte fraudolente pericolose per la collettività	Adulterazione e contraffazione di sostanze alimentari	art. 440 c.p.	Intossicazioni da alimenti adulterati
Capo II - Delitti di comune pericolo mediante frode	Protezione da condotte fraudolente pericolose per la collettività	Commercio di sostanze alimentari contraffatte o adulterate	art. 442 c.p.	Intossicazioni da prodotti contraffatti
Capo II - Delitti di comune pericolo mediante frode	Protezione da condotte fraudolente pericolose per la collettività	Epidemia	art. 438 c.p.	Diffusione malattie infettive, COVID-19
Capo III - Delitti contro l'incolumità pubblica	Tutela della sicurezza pubblica da pericoli generici	Delitti colposi di comune pericolo	art. 449 c.p.	Incidenti industriali, crolli, esplosioni
TITOLO VI - DELITTI CONTRO LA FEDE PUBBLICA	Tutela dell'affidabilità degli atti e documenti pubblici			
Capo II - Della falsità in atti	Protezione dell'autenticità e veridicità degli atti pubblici e privati	Falso materiale commesso dal pubblico ufficiale in atti pubblici	art. 476 c.p.	Medico p.u. che falsifica atti

Capo II - Della falsità in atti	Protezione dell'autenticità e veridicità degli atti pubblici e privati	Falso materiale commesso dal pubblico ufficiale in certificati o autorizzazioni amministrative	art. 477 c.p.	Certificazioni mediche false
Capo II - Della falsità in atti	Protezione dell'autenticità e veridicità degli atti pubblici e privati	Falso materiale commesso dal pubblico ufficiale in copie autentiche di atti pubblici o privati e in attestati del contenuto di atti	art. 478 c.p.	Copie false di documenti sanitari
Capo II - Della falsità in atti	Protezione dell'autenticità e veridicità degli atti pubblici e privati	Falso ideologico commesso dal pubblico ufficiale in atti pubblici	art. 479 c.p.	False attestazioni in atti pubblici
Capo II - Della falsità in atti	Protezione dell'autenticità e veridicità degli atti pubblici e privati	Falso ideologico commesso dal pubblico ufficiale in certificati o in autorizzazioni amministrative	art. 480 c.p.	False certificazioni mediche
Capo II - Della falsità in atti	Protezione dell'autenticità e veridicità degli atti pubblici e privati	Falsità materiale commessa dal privato	art. 482 c.p.	Falsificazione documenti sanitari
Capo II - Della falsità in atti	Protezione dell'autenticità e veridicità degli atti pubblici e privati	Falsità ideologica commessa dal privato in atto pubblico	art. 483 c.p.	False dichiarazioni in atti pubblici
Capo II - Della falsità in atti	Protezione dell'autenticità e veridicità degli atti pubblici e privati	Falsità in scrittura privata	art. 485 c.p.	Falsificazione ricette, referti privati
TITOLO VII - DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	Tutela del corretto funzionamento della pubblica amministrazione			
Capo I - Delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione	Protezione dall'abuso di potere e dalla corruzione dei pubblici funzionari	Peculato	art. 314 c.p.	Medico p.u. che sottrae beni/farmaci

Capo I - Delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione	Protezione dall'abuso di potere e dalla corruzione dei pubblici funzionari	Concussione	art. 317 c.p.	Medico p.u. che costringe pazienti a pagamenti
Capo I - Delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione	Protezione dall'abuso di potere e dalla corruzione dei pubblici funzionari	Corruzione per l'esercizio della funzione	art. 318 c.p.	Medico p.u. che riceve utilità da pazienti
Capo I - Delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione	Protezione dall'abuso di potere e dalla corruzione dei pubblici funzionari	Corruzione per atto contrario ai doveri d'ufficio	art. 319 c.p.	Medico p.u. corrotto per false certificazioni
Capo I - Delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione	Protezione dall'abuso di potere e dalla corruzione dei pubblici funzionari	Corruzione in atti giudiziari	art. 319-ter c.p.	Corruzione in perizie medico-legali
Capo I - Delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione	Protezione dall'abuso di potere e dalla corruzione dei pubblici funzionari	Induzione indebita a dare o promettere utilità	art. 319-quater c.p.	
Capo I - Delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione	Protezione dall'abuso di potere e dalla corruzione dei pubblici funzionari	Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio	art. 320 c.p.	Corruzione medico i.p.s.
Capo II - Delitti dei privati contro la pubblica amministrazione	Tutela dell'autorità e del prestigio della pubblica amministrazione	Violenza o minaccia a pubblico ufficiale	art. 336 c.p.	Aggressioni a medici ospedalieri
Capo II - Delitti dei privati contro la pubblica amministrazione	Tutela dell'autorità e del prestigio della pubblica amministrazione	Resistenza a pubblico ufficiale	art. 337 c.p.	
Capo III - Disposizioni comuni ai capi precedenti	Norme comuni sui doveri di comunicazione e denuncia	Omissione di referto	art. 365 c.p.	Obbligo fondamentale del medico
Capo III - Disposizioni comuni ai capi precedenti	Norme comuni sui doveri di comunicazione e denuncia	Omessa denuncia da parte del pubblico ufficiale	art. 361 c.p.	Medico p.u. che omette denuncia

Capo III - Disposizioni comuni ai capi precedenti	Norme comuni sui doveri di comunicazione e denuncia	Omessa denuncia da parte dell'incaricato di pubblico servizio	art. 362 c.p.	Medico i.p.s. che omette denuncia
TITOLO VIII - DELITTI CONTRO L'AMMINISTRAZIONE DELLA GIUSTIZIA	Tutela del corretto funzionamento dell'attività giudiziaria			
Capo I - Delitti contro l'attività giudiziaria	Protezione della genuinità e veridicità dell'attività processuale	Calunnia	art. 368 c.p.	
Capo I - Delitti contro l'attività giudiziaria	Protezione della genuinità e veridicità dell'attività processuale	Simulazione di reato	art. 367 c.p.	Simulazione di maltrattamenti, lesioni
Capo I - Delitti contro l'attività giudiziaria	Protezione della genuinità e veridicità dell'attività processuale	Falsa testimonianza	art. 372 c.p.	
Capo I - Delitti contro l'attività giudiziaria	Protezione della genuinità e veridicità dell'attività processuale	Falsa perizia o interpretazione	art. 373 c.p.	
Capo I - Delitti contro l'attività giudiziaria	Protezione della genuinità e veridicità dell'attività processuale	Subornazione	art. 377 c.p.	Corruzione di testimoni o periti
Capo I - Delitti contro l'attività giudiziaria	Protezione della genuinità e veridicità dell'attività processuale	Frode processuale	art. 374 c.p.	Alterazione prove processuali
Capo I - Delitti contro l'attività giudiziaria	Protezione della genuinità e veridicità dell'attività processuale	Favoreggiamento personale	art. 378 c.p.	
TITOLO IX - DELITTI CONTRO LA PERSONA	Tutela della vita, integrità fisica, libertà e dignità della persona			
Capo I - Delitti contro la vita e l'incolumità individuale	Protezione della vita e dell'integrità psico-fisica			

Sezione I - Delitti contro la vita	Tutela del bene primario della vita umana	Omicidio	art. 575 c.p.	Sempre perseguibile d'ufficio
Sezione I - Delitti contro la vita	Tutela del bene primario della vita umana	Omicidio del consenziente	art. 579 c.p.	Eutanasia, suicidio assistito
Sezione I - Delitti contro la vita	Tutela del bene primario della vita umana	Istigazione o aiuto al suicidio	art. 580 c.p.	Casi di suicidio assistito
Sezione I - Delitti contro la vita	Tutela del bene primario della vita umana	Infanticidio in condizioni di abbandono materiale e morale	art. 578 c.p.	Morte neonati in condizioni particolari
Sezione I - Delitti contro la vita	Tutela del bene primario della vita umana	Omicidio colposo	art. 589 c.p.	Malasanità, errori medici
Sezione I - Delitti contro la vita	Tutela del bene primario della vita umana	Omicidio stradale	art. 589-bis c.p.	Incidenti stradali mortali
Sezione II - Delitti di percosse e lesioni personali	Tutela dell'integrità fisica e della salute	Lesioni personali dolose	art. 582 c.p.	Gravi (art. 583), Gravissime (art. 583), Contro personale sanitario (art. 583-quater), Con prognosi > 20 giorni,
Sezione II - Delitti di percosse e lesioni personali	Tutela dell'integrità fisica e della salute	Lesioni personali colpose	art. 590 c.p.	Gravi o gravissime, malasanità
Sezione II - Delitti di percosse e lesioni personali	Tutela dell'integrità fisica e della salute	Lesioni stradali gravi	art. 590-bis c.p.	Prognosi >40 giorni
Sezione II - Delitti di percosse e lesioni personali	Tutela dell'integrità fisica e della salute	Responsabilità sanitaria	art. 590-sexies c.p.	Errori medici, malasanità
Sezione II - Delitti di percosse e lesioni personali	Tutela dell'integrità fisica e della salute	Abbandono di minore o di incapace per malattia o altra causa	art. 591 c.p.	Abbandono di persona anziana, di soggetto disabile, di minore
Sezione II - Delitti di percosse e lesioni personali	Tutela dell'integrità fisica e della salute	Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili	art. 583-bis c.p.	Pratiche tradizionali illegali

Sezione III - Delitti contro la libertà individuale	Tutela della libertà personale e di movimento	Sequestro di persona	art. 605 c.p.	Sequestri, rapimenti
Sezione III - Delitti contro la libertà individuale	Tutela della libertà personale e di movimento	Tortura	art. 613-bis c.p.	Torture, maltrattamenti gravi
Sezione IV - Delitti contro la libertà morale	Tutela della libertà di autodeterminazione	Violenza privata	art. 610 c.p.	Costrizione con violenza o minaccia
Sezione IV - Delitti contro la libertà morale	Tutela della libertà di autodeterminazione	Minaccia	art. 612 c.p.	Minacce gravi
Sezione IV - Delitti contro la libertà morale	Tutela della libertà di autodeterminazione	Atti persecutori vs minori/disabili	art. 612-bis c.p.	Stalking contro pazienti vulnerabili
Sezione IV - Delitti contro la libertà morale	Tutela della libertà di autodeterminazione	Atti persecutori connessi	art. 612-bis c.p.	Stalking connesso a reati d'ufficio
Sezione V - Delitti contro la libertà sessuale	Tutela della libertà di autodeterminazione sessuale	Violenza sessuale vs minori	art. 609-bis c.p.	Sempre d'ufficio se <18 anni
Sezione V - Delitti contro la libertà sessuale	Tutela della libertà di autodeterminazione sessuale	Violenza sessuale da partner	art. 609-bis c.p.	Violenza domestica rilevata dal medico
Sezione V - Delitti contro la libertà sessuale	Tutela della libertà di autodeterminazione sessuale	Violenza sessuale da p.u./i.p.s.	art. 609-bis c.p.	Abusi in ambito sanitario da parte del medico
Sezione V - Delitti contro la libertà sessuale	Tutela della libertà di autodeterminazione sessuale	Violenza sessuale connessa	art. 609-bis c.p.	Connessa a reati d'ufficio
Sezione V - Delitti contro la libertà sessuale	Tutela della libertà di autodeterminazione sessuale	Atti sessuali con minorenne	art. 609-quater c.p.	Sempre d'ufficio
Sezione V - Delitti contro la libertà sessuale	Tutela della libertà di autodeterminazione sessuale	Violenza sessuale di gruppo	art. 609-octies c.p.	Sempre d'ufficio
Capo II - Delitti contro la famiglia	Tutela dell'unità e serenità familiare			
TITOLO X - DELITTI CONTRO IL PATRIMONIO	Tutela dei diritti patrimoniali			
Capo II - Delitti contro il patrimonio mediante sottrazione	Protezione del patrimonio da sottrazioni	Furto aggravato	art. 625 c.p.	Furti in ospedali, ambulatori

Capo III - Delitti contro il patrimonio mediante frode	Protezione del patrimonio da inganni	Truffa aggravata	art. 640 c.p.	Truffe sanitarie
Capo III - Delitti contro il patrimonio mediante frode	Protezione del patrimonio da inganni	Truffa contro incapaci	art. 649-bis c.p.	Truffe a anziani, malati vulnerabili

RICETTA MEDICA

Una volta iscritto all'albo professionale, il medico è abilitato a redigere prescrizioni di: farmaci, esami diagnostici, visite specialistiche.

PRESCRIZIONE DI FARMACI

Ai sensi del D.Lgs. 24 aprile 2006, n. 219, cui si rimanda per maggiore completezza, ~~I~~i medicinali, ai fini della fornitura, si dividono in:

- medicinali non soggetti a prescrizione medica comprendenti:
  a) medicinali da banco o di automedicazione;
  b) restanti medicinali non soggetti a prescrizione medica.
- medicinali soggetti a prescrizione medica che comprendono i farmaci che:
  a) possono presentare un pericolo, direttamente o indirettamente, anche in condizioni normali di utilizzazione, se sono usati senza controllo medico
  b) sono utilizzati spesso, e in larghissima misura, in modo non corretto e, di conseguenza, con rischio di un pericolo diretto o indiretto per la salute
  c) contengono sostanze o preparazioni di sostanze la cui attività o le cui reazioni avverse richiedono ulteriori indagini
  d) sono destinati ad essere somministrati per via parenterale, fatte salve le eccezioni stabilite dal Ministero della salute, su proposta o previa consultazione dell'AIFA

La ripetibilità della vendita di medicinali di cui sopra è consentita, salvo diversa indicazione del medico prescrivente, per un periodo non superiore a sei mesi a partire dalla data della compilazione della ricetta e comunque per non più di dieci volte.
L'indicazione da parte del medico di un numero di confezioni superiori all'unità esclude la ripetibilità della vendita. Sono in ogni caso fatte salve le diverse prescrizioni stabilite, con riferimento a particolari tipologie di medicinali, con decreto del Ministro della salute.

- medicinali soggetti a prescrizione medica da rinnovare volta per volta (su ricetta non ripetibile, RNR) che comprendono ~~.~~i~~I~~ medicinali che, presentando una o più delle caratteristiche dei farmaci di cui al punto precedente, possono determinare, con l'uso continuato, stati tossici o possono comportare,

comunque, rischi particolarmente elevati per la salute. La ricetta ha validità limitata a 30 giorni. Il medico deve precisare il farmaco, il Codice Fiscale del paziente, la chiara indicazione del medico prescrivente e della struttura da cui lo stesso dipende, data e firma del medico e i dati relativi all'esenzione. Il farmacista deve ritirare la ricetta e conservarla per 6 mesi;

- medicinali soggetti a prescrizione medica limitativa (su ricetta limitativa, RL):- sono quelli la cui prescrizione o utilizzazione è limitata a taluni medici o a taluni ambienti come.
  a) i medicinali utilizzabili esclusivamente in ambito ospedaliero o in strutture ad esso assimilate;
  b) medicinali vendibili al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti;
  c) medicinali utilizzabili esclusivamente dallo specialista.

Per approfondimenti si rinvia agli artt. 91-94 del D.Lgs. 24 aprile 2006, n. 219.

- medicinali soggetti a prescrizione medica speciale: -sono quelli per i quali il testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, prevede specifiche modalità di distribuzione e prescrizione.

Le ASL/AO provvedono alla distribuzione dei ricettari ai medici operanti nel territorio di competenza.
Il Prontuario Terapeutico Nazionale (PTN), invece, elenca i medicinali in commercio in Italia, suddivisi in fasce di rimborsabilità (vedi D.lgs. n. 539/1992):

- ✓ classe A → comprende i farmaci essenziali e per le malattie croniche il cui costo è a carico dello Stato; i medicinali che rientrano in questa fascia sono dunque gratuiti anche se, a seconda delle normative regionali, può essere previsto un ticket di compartecipazione alla spesa a carico del cittadino;
- ✓ classe C → comprende tutti i farmaci non appartenenti alla fascia A, a totale carico del cittadino (perché non considerati essenziali o salvavita);
- ✓ classe H → comprende i farmaci che, per caratteristiche farmacologiche, per modalità di somministrazione, per innovatività o per altri motivi di salute pubblica sono dispensabili negli ospedali (o per conto di questi nelle farmacie) o somministrabili negli ambulatori specialistici.

Le prescrizioni possono dunque essere effettuate:

- ✓ su ricetta bianca (RR e RNR), da parte di qualsiasi medico iscritto all'OMCeO a favore di qualsiasi paziente gliene faccia richiesta;
- ✓ su ricetta rossa (RNR), da parte di qualsiasi medico che sia dipendente (es.: medico ospedaliero) o convenzionato (es.: MMG) con il Sistema Sanitario Nazionale, nelle vesti di titolare o di sostituto (per l'intero periodo della sostituzione); questa richiesta è utilizzabile nei casi previsti;
- ✓ su ricettario ministeriale a ricalco (RMR), da parte di qualsiasi medico iscritto all'OMCeO, sia esso libero-professionista o dipendente/convenzionato con il Sistema Sanitario Nazionale.

Per avere informazioni aggiornate circa le specialità farmaceutiche rimandiamo al sito dell'AIFA (www.aifa.gov.it/accesso-al-farmaco), che contiene anche la lista dei cosiddetti "farmaci carenti" (farmaci non reperibili sul territorio nazionale) a questo link: www.aifa.gov.it/web/guest/farmaci-carenti.

COMPILAZIONE DELLA "RICETTA BIANCA"

La cosiddetta ricetta "bianca" è quella che il medico redige su carta bianca (o ricettario personale): può essere ripetibile o non ripetibile e vi possono essere prescritti tutti i farmaci e le prestazioni (es.: esami strumentali, esami di laboratorio, visite specialistiche), che saranno però sempre a totale carico economico dell'assistito.

Le informazioni obbligatorie da apporre sulla ricetta differiscono a seconda che essa sia "ripetibile" o "non ripetibile", ma per non confondersi e commettere errori consigliamo di apporre/inserire sempre:

- ✓ timbro intestazione o relative informazioni;
- ✓ nome e cognome del paziente;
- ✓ principio attivo prescritto (e, possibilmente, relativa posologia);
- ✓ data e luogo di prescrizione;
- ✓ firma e, opzionalmente, timbro breve del medico.

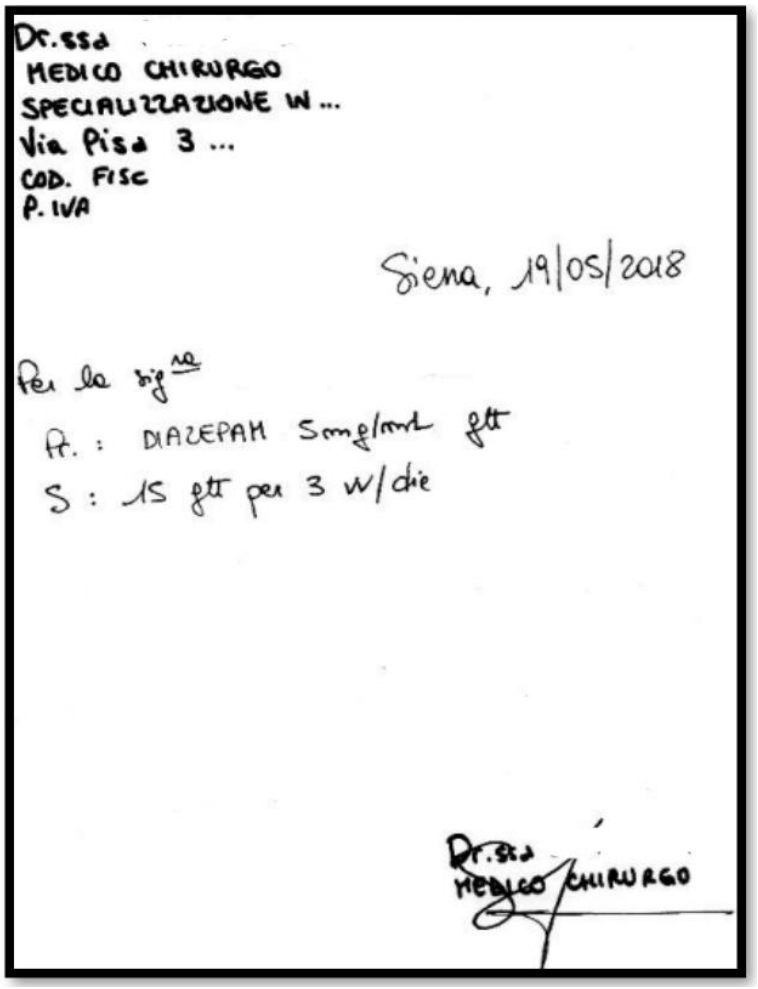


Figura: 1 Esempio di compilazione di ricetta bianca

In linea teorica, qualsiasi foglio timbrato e firmato da un medico costituisce una ricetta

L'articolo 1, comma 317, della Legge di Bilancio 2025 (Legge n. 207 del 30 dicembre 2024, in vigore dal 1° gennaio 2025) stabilisce che, a partire da quest'anno, diventa obbligatoria la dematerializzazione di tutte le ricette mediche relative ai farmaci prescritti in Italia, indipendentemente dal fatto che siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale o del paziente, comprendendo anche le ricette bianche.

Tuttavia, fino a quando non saranno fornite ulteriori informazioni e indicazioni operative, e fino all'attivazione del SAR (Sistema di Accoglienza Regionale), è comunque possibile per i medici e gli odontoiatri prescrivere i farmaci sul proprio ricettario cartaceo; attraverso la ricetta cartacea il paziente potrà ottenere dal farmacista il farmaco prescritto.

COMPILAZIONE DELLA "RICETTA ROSSA"

Per completezza va detto che esistono due tipi di ricettari "rossi": quello del SSN (Sistema Sanitario Nazionale) e quello SASN (Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti).

Entrambi questi ricettari sono destinati alla prescrizione per l'erogazione di prestazioni sanitarie:

- ✓ ai cittadini italiani (onere a carico del SSN);
- ✓ ai cittadini stranieri, residenti o in temporaneo soggiorno in Italia (onere a carico di istituzioni estere, in base alle norme comunitarie o altri accordi bilaterali di sicurezza sociale);
- ✓ al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile (onere a carico del Ministero della Salute).

In questa sede parleremo nello specifico del ricettario del Sistema Sanitario Nazionale.

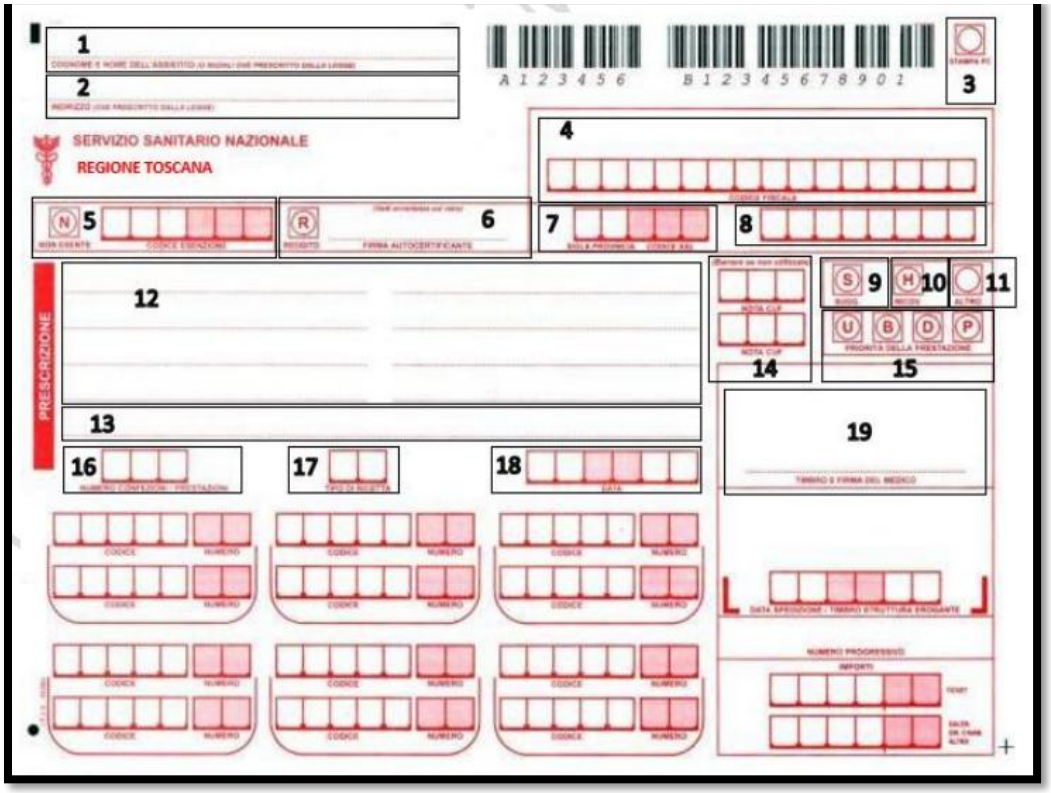
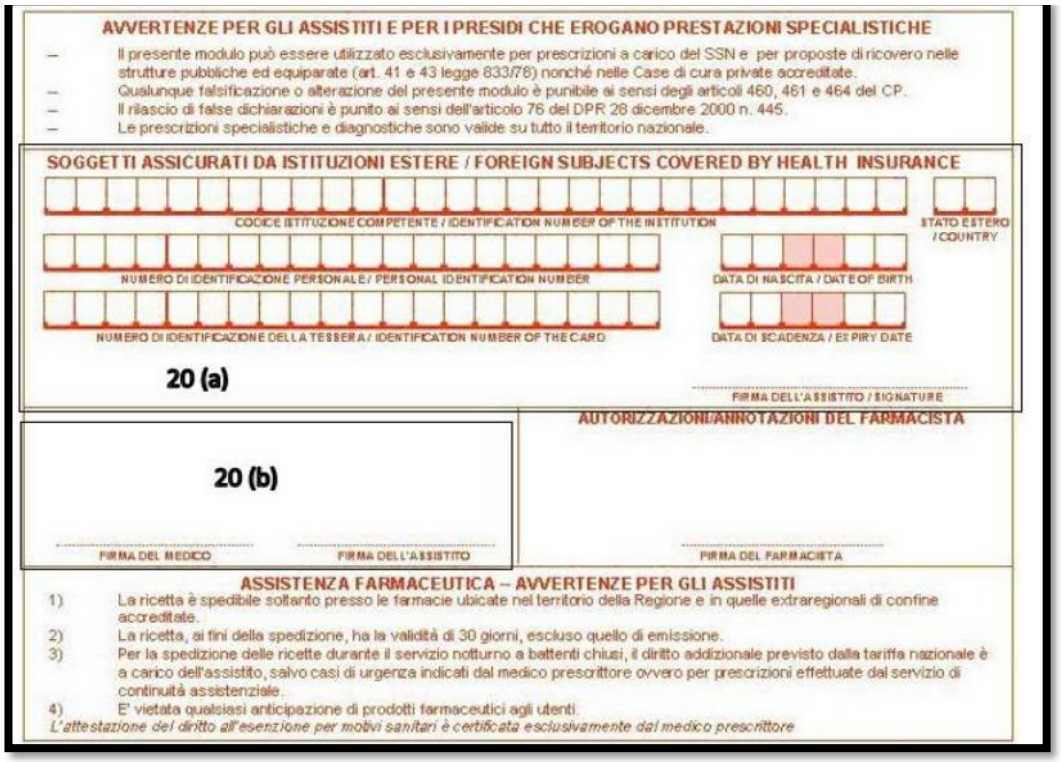


Figura: 2 Ricetta "Rossa" da compilare - Fronte.


AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI E PER I PRESIDI CHE EROGANO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

– Il presente modulo può essere utilizzato esclusivamente per prescrizioni a carico del SSN e per proposte di ricovero nelle strutture pubbliche ed equiparate (art. 41 e 43 legge 833/78) nonché nelle Case di cura private accreditate.
– Qualunque falsificazione o alterazione del presente modulo è punibile ai sensi degli articoli 460, 461 e 464 del CP.
– Il rilascio di false dichiarazioni è punito ai sensi dell'articolo 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.
– Le prescrizioni specialistiche e diagnostiche sono valide su tutto il territorio nazionale.

SOGGETTI ASSICURATI DA ISTITUZIONI ESTERE / FOREIGN SUBJECTS COVERED BY HEALTH INSURANCE

CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE / IDENTIFICATION NUMBER OF THE INSTITUTION

STATO ESTERO / COUNTRY

NUMERO DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE / PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER

DATA DI NASCITA / DATE OF BIRTH

NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA TESSERA / IDENTIFICATION NUMBER OF THE CARD

DATA DI SCADENZA / EXPIRY DATE

20 (a)

FIRMA DELL'ASSISTITO / SIGNATURE

AUTORIZZAZIONI/ANNOTAZIONI DEL FARMACISTA

20 (b)

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DELL'ASSISTITO

FIRMA DEL FARMACISTA

ASSISTENZA FARMACEUTICA – AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI

1) La ricetta è spedibile soltanto presso le farmacie ubicate nel territorio della Regione e in quelle extraregionali di confine accreditate.
2) La ricetta, ai fini della spedizione, ha la validità di 30 giorni, escluso quello di emissione.
3) Per la spedizione delle ricette durante il servizio notturno a battenti chiusi, il diritto addizionale previsto dalla tariffa nazionale è a carico dell'assistito, salvo casi di urgenza indicati dal medico prescrittore ovvero per prescrizioni effettuate dal servizio di continuità assistenziale.
4) E' vietata qualsiasi anticipazione di prodotti farmaceutici agli utenti.

L'attestazione del diritto all'esenzione per motivi sanitari è certificata esclusivamente dal medico prescrittore

Figura: 3 Ricetta "Rossa" da compilare - Retro.

1. Cognome e nome del paziente;
2. Residenza del paziente;
3. Flag per la stampa informatizzata;
4. Codice Fiscale, Codice ENI o Codice STP del paziente.
   In questa sezione deve essere riportato:
   a) Codice Fiscale, se il paziente è residente in Italia;
   b) Codice ENI (Europeo Non Iscritto), se si tratta di un cittadino comunitario privo di copertura sanitaria nel suo Paese di origine;
   c) Codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) se si tratta di un cittadino extracomunitario senza permesso di soggiorno o con permesso di soggiorno scaduto e non rinnovato.
5. Ticket ed esenzioni: inserire codice di esenzione per patologia, invalidità, categorie particolari
   In mancanza di esenzioni è obbligatorio biffare la casellina “non esente”.
   Le prestazioni escluse dai LEA (vedi DPCM del 12-01-2017), erogate ai fini di interesse privato, sono a pagamento anche per gli esenti dal ticket a qualsiasi titolo (es.: reddito, invalidità, patologia). Tutte queste prestazioni devono essere prescritte dal medico sul suo ricettario personale, ma rimane il

principio di gratuità per gli accertamenti eventualmente richiesti dal tribunale dei minori al fine del rilascio del certificato di idoneità all'adozione.

6. Spazio di firma dell'assistito per l'autocertificazione del diritto alla esenzione per reddito.
7. Sigla provincia e codice ASL
   In questo spazio si devono inserire la sigla automobilistica della provincia (nelle 2 caselline bianche) e il codice ASL (nelle 3 caselline rosse) del paziente, entrambi riferiti alla sua residenza;
8. Campo a disposizione delle Regioni
9. Prestazione "suggerita";
10. Prescrizione di ricovero;
11. Prescrizione di tipo diverso introdotta da provvedimenti regionali specifici;
12. Spazio per la prescrizione richiesta: questa è la sezione in cui indicare il bene/servizio richiesto per il paziente;
13. Quesito diagnostico e/o motivo della richiesta;
14. Note AIFA e prescrizione dei farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
15. Codici di priorità;
16. Numero di confezioni/prestazioni. Per quanto riguarda i farmaci si possono prescrivere fino a un massimo di 2 pezzi per ricetta (anche confezioni differenti e anche se con diverse note AIFA); fanno eccezione alcuni farmaci (antibiotici monodose, soluzione fisiologica e soluzione glucosata), prescrivibili fino a 6 pezzi per ricetta, e alcune malattie per le quali il medico può prescrivere fino a 6 pezzi per ricetta purché già utilizzati dal paziente da almeno 6 mesi (in tal caso, comunque, la durata della prescrizione non può superare i 180 giorni di terapia, vedi art. 26 del D.L. n. 90/2014).
    Per quanto riguarda gli esami di laboratorio, sono prescrivibili fino a 8 accertamenti diagnostici della medesima branca (vedi. art. 35 della L. n. 449/1997), indicando sempre la motivazione diagnostica nel campo 13.
17. Tipo di ricetta;
18. Data di compilazione;
19. Timbro e firma del medico prescrittore;
20. Soggetti assicurati da istituzioni estere: nel retro della ricetta rossa si trova il campo da compilare (20 a) nel caso in cui si eroghi una prestazione a un cittadino comunitario in possesso della tessera TEAM (Tessera Europea Assicurazione Malattia), avendo sempre cura di far firmare l'assistito nell'apposito spazio (20 b). Ricordiamo che, almeno in Italia, la TEAM corrisponde al retro della Tessera Sanitaria, con cui si accede ai servizi del SSN nel nostro Paese e che ha sostituito il vecchio tesserino del Codice Fiscale.

RICETTA SU RICETTARIO MINISTERIALE A RICALCO

Il ricettario ministeriale a ricalco si presenta in blocchetti da 30 ricette in triplice copia numerate progressivamente: il modello può essere compilato in duplice copia (per i medicinali non forniti dal SSN) o in triplice copia (per i medicinali forniti in regime di SSN), a ricalco in entrambi i casi.

Le norme d'uso sono:

- ✓ la ricetta ha validità di 30 giorni, escluso quello di emissione;
- ✓ il medico può prescrivere, con ogni ricetta, una terapia per un periodo non superiore a 30 giorni, specificando la posologia;
- ✓ fatti salvi i casi in cui è necessario adeguare la terapia, la prescrizione non può essere ripetuta prima del completamento della terapia indicata con la precedente prescrizione;
- ✓ per le prescrizioni a carico del SSN, il medico rilascia all'assistito la ricetta originale, la copia del SSN (da consegnare in farmacia) e la "copia assistito/prescrittore" (che l'assistito deve conservare come giustificativo del possesso dei medicinali);
- ✓ per le prescrizioni non a carico del SSN, il medico deve rilasciare al paziente solo la ricetta originale e la "copia assistito/prescrittore" (che l'assistito deve conservare come giustificativo del possesso dei medicinali);
- ✓ in caso di autoprescrizione, il medico deve conservare la "copia assistito/prescrittore";
- ✓ la ricetta risulterà firmata dal medico, in originale sulla prima pagina e in copia sulle altre;
- ✓ in caso di sostituzione del medico titolare di ambulatorio, il medico sostituto non può utilizzare il ricettario del titolare, ma deve dotarsi del ricettario personale.

RICETTA DEMATERIALIZZATA

La ricetta dematerializzata sta sostituendo quasi completamente quella su ricettario SSN (la cosiddetta "ricetta rossa").

CERTIFICATI PER L'ATTIVITÀ SPORTIVA

"La valutazione dell'idoneità alla pratica sportiva è finalizzata esclusivamente alla tutela della salute e dell'integrità psico-fisica del soggetto. Il medico esprime con chiarezza il relativo giudizio in base alle evidenze scientifiche disponibili e provvede a un'adeguata informazione al soggetto sugli eventuali rischi che la specifica attività sportiva può comportare." (Codice Deontologico, art. 71).

Per approfondire è possibile scaricare il documento "La certificazione medica" redatto dalla FNOMCeO.

CERTIFICATO PER L'ATTIVITÀ LUDICO-MOTORIA

Questo certificato è stato soppresso dal cosiddetto "decreto del fare" del 2013 (vedi L. n. 98/2013, art. 42 bis, comma 1).

CERTIFICATO PER L'ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA

La certificazione per l'attività sportiva non agonistica viene regolamentata da una normativa molto nutrita (D.M. 24/04/2013, L. n. 98/2013, L. n. 125/2013, D.M. 08/08/2014, Circ. CONI 10/06/2016) ed è obbligatoria per le seguenti categorie (vedi allegato 1 del D.M. 08/08/2014).

1) coloro che, non essendo riconosciuti atleti agonisti ai sensi del decreto ministeriale 18/02/1982, svolgono attività organizzate dal CONI, da società sportive affiliate alle Federazioni sportive nazionali, alle Discipline associate, agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI (col presupposto che si tratti di persone fisiche tesserate in Italia);
2) gli alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche (es.: corsa campestre);
3) coloro che partecipano ai giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale.

Questo certificato è a pagamento (senza IVA) per i soggetti di cui al punto 1, mentre per gli studenti è gratuito nel caso in cui venga richiesto in forma cartacea dal preside della scuola; in quest'ultimo caso, poi, è utile ricordare che gli studenti minorenni possono usufruire dell'esenzione I01 per ciò che riguarda le prestazioni utili al rilascio della certificazione stessa (es.: ECG).

Il certificato [allegato 2 al DM 08/08/2014 ha validità 12 mesi con decorrenza dalla data del rilascio e può essere redatto dal Medico di Medicina Generale (o dal suo sostituto), dal Pediatra di Libera Scelta (o dal suo sostituto) relativamente ai propri assistiti dal medico specialista in medicina dello sport o da un medico della FMSI (Federazione Medici Sportiva Italiana); in ogni caso il medico certificatore deve conservare una copia dei referti di tutte le indagini diagnostiche eseguite dal paziente al fine di conseguire la certificazione (vedi allegato 1 del D.M. 08/08/2014).

Nel caso di pazienti di età inferiore ai 60 anni è sufficiente raccogliere l'anamnesi, effettuare un esame obiettivo cardiologico (completo della misurazione della pressione arteriosa) e visionare un ECG basale eseguito almeno una volta nella vita; per i pazienti che hanno superato i 60 anni di età o che abbiano fattori di rischio cardiovascolare (es.: malattie croniche, cardiopatie), invece, ai fini del rilascio del certificato è necessario visionare un ECG che sia stato effettuato entro l'ultimo anno e richiedere gli ulteriori accertamenti clinici ritenuti necessari. Nei casi dubbi, il medico certificatore si può avvalere della consulenza del medico specialista in medicina dello sport o, secondo il giudizio clinico, dello specialista di branca (vedi allegato 1 del D.M. 08/08/2014).

Il D.M. 28/02/2018 ha soppresso l'obbligo del certificato per l'attività sportiva non agonistica in età prescolare (tra 0 e 6 anni), ad eccezione dei casi specifici indicati dal pediatra.

CERTIFICATO PER L'ATTIVITÀ SPORTIVA DI PARTICOLARE ED ELEVATO IMPEGNO CARDIOVASCOLARE

La certificazione per l'attività sportiva di particolare ed elevato impegno cardiovascolare è obbligatoria e viene regolamentata dal D.M. 24/04/2013, art. 4. Questo certificato è riferito ai soggetti "non tesserati" che partecipano a manifestazioni non agonistiche o di tipo ludico-motorio patrocinate da Federazioni Sportive,

Discipline Sportive Associate ed Enti di Promozione Sportiva, e può essere rilasciato su apposito modello (D.M. 24/04/2013, ex allegato D) dai medici dello sport, dai MMG e PLS (limitatamente ai propri assistiti) previ rilevazione della pressione arteriosa, ECG basale, step test o test ergometrico con monitoraggio dell'attività cardiaca ed altri eventuali accertamenti ritenuti utili e opportuni a giudizio del medico, che dovrà conservare l'intera documentazione per almeno 1 anno.

CERTIFICATO PER L'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA

La certificazione per l'attività sportiva agonistica è obbligatoria e viene regolamentata dalla L. n. 91/1981 e dal D.M. 18/02/1982; l'attività sportiva per i disabili è invece regolamentata dal D.M. 04/03/1993. È un certificato a pagamento che può essere redatto esclusivamente dal medico specialista in medicina dello sport che opera all'intero di strutture pubbliche o private autorizzate dalla Regione di appartenenza.

La visita di idoneità sportiva agonistica è un presidio per la tutela della salute dell'atleta e non un semplice atto amministrativo: il conseguimento dell'idoneità all'agonismo presume dunque uno stato di salute cardiovascolare, respiratoria, muscolo-tendinea e generale compatibili con la specifica disciplina praticata. In base alla disciplina sportiva, l'idoneità agonistica è valutata secondo una classificazione che individua attività a basso e a elevato impegno cardiovascolare. "Nel caso in cui l'atleta pratichi più sport, deve sottoporsi ad una sola visita di idoneità con periodicità annuale. La visita sarà, nel caso predetto, comprensiva di tutte le indagini contemplate per i singoli sport." (D.M. 18/02/1982, art. 3, commi 4-5). Il cittadino già in possesso di certificato per un'attività agonistica può utilizzare lo stesso documento anche per svolgere attività non agonistiche.

ALLEGATO 2

Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico

Sig.ra/Sig.....

Nata/o a.....il.....

residente a.....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data....., non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo, data, timbro e firma del medico certificatore.

14A08029

CERTIFICATO PER L'ATTIVITÀ SPORTIVA PROFESSIONISTICA

La certificazione per l'attività sportiva professionistica è obbligatoria e viene regolamentata dalla L. n.91/1981 e dal D.M. 13/03/1995. I soggetti tenuti all'obbligo sono "gli atleti, gli allenatori, i direttori tecnico-sportivi e i preparatori atletici che esercitano l'attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono la qualificazione dalle federazioni sportive nazionali, secondo le norme emanate dalle federazioni stesse con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI

per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica" (L. n. 91/1981, art. 2). La redazione di questi certificati è responsabilità del medico dello sport della società sportiva in esame.

CERTIFICATI RIGUARDANTI I VEICOLI A MOTORE

- Certificato anamnestico per il rilascio di patente di guida:

"Ai fini dell'accertamento dei requisiti psichici e fisici per il primo rilascio della patente di guida di qualunque categoria […], l'interessato deve esibire apposita certificazione da cui risulti il non abuso di sostanze alcoliche e il non uso di sostanze stupefacenti o ~~e~~ psicotrope, rilasciata sulla base di accertamenti clinico-tossicologici […]. Le relative spese sono a carico del richiedente. L'accertamento […] deve risultare da certificazione di data non anteriore a tre mesi dalla presentazione della domanda per sostenere l'esame di guida. La certificazione deve tener conto dei precedenti morbosi del richiedente dichiarati da un certificato medico rilasciato dal medico di fiducia." (D.lgs. n. 285/1992, art. 119, commi 2-ter e 3).

Essendo un certificato anamnestico, si basa sulle patologie che il paziente riferisce al medico: ciò implica che, se il paziente dichiara il falso, il medico certificatore non è legalmente perseguibile~~.~~

Il motivo per cui è opportuno che sia il MMG a compilare il certificato anamnestico per il rilascio della patente è proprio la conoscenza che questi ha del paziente: al medico di fiducia, comunque, non viene richiesta un'attestazione riguardante tutti i pregressi precedenti morbosi del candidato, ma la sola attestazione riguardante quelli che, nel momento attuale, possano rappresentare un concreto rischio per la guida e pertanto costituire un'informazione necessaria per una migliore e più completa valutazione del possesso dei requisiti di idoneità alla guida.

In ogni caso è necessario segnalare se il paziente fa uso di farmaci che agiscono sul SNC (es.: antidepressivi, ansiolitici) e se in passato si sono verificati episodi di abuso alcolico che abbiano causato il ritiro della patente (con la dizione "pregresso episodio isolato di abuso alcolico con ritiro della patente di guida").

Alcune patologie eventualmente presenti possono richiedere degli accertamenti (es.: per l'epilessia è necessaria una visita neurologica, per l'OSAS vanno effettuati gli approfondimenti riportati nel D.M. 03/02/2016).

Si tratta di una certificazione a pagamento (senza IVA) attraverso cui si attesta l'idoneità di un individuo, non affetto da condizioni morbose che escludano in via assoluta la possibilità di rilascio della patente, a poter guidare e condurre in modo ottimale un veicolo (es.: ciclomotore, auto) su strada; va redatta su un apposito modulo che viene utilizzato per il rilascio e per il rinnovo della patente.

- Certificato di incapacità di guida per veicoli a motore

È un certificato che può essere redatto da qualsiasi medico per impedire la guida di veicoli a motore a pazienti che non sono in grado (es.: in stato di ebbrezza alcolica), per evitare che essi cagionino danni a terzi.

CERTIFICATI IN CASO DI DECESSO

La certificazione di morte è un atto medico

La constatazione di decesso

E' il primo certificato che viene redatto in seguito alla morte di una persona per attestare la cessazione delle funzioni vitali; può essere compilato da qualunque medico e rientra tra gli obblighi di certificazione.

In caso di decesso per morte violenta (o sospetta di esserlo), il medico ha l'obbligo di avvertire l'autorità giudiziaria (es.: Procura della Repubblica, Polizia di Stato, Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia Penitenziaria, Polizia Municipale), che potrà così intervenire sul luogo e avviare l'investigazione, predisponendo un'eventuale autopsia giudiziaria.

CERTIFICATO DI MORTE ISTAT

La scheda ISTAT è il documento ufficiale per la certificazione delle cause di morte a fini sanitari, epidemiologici e statistici. Si tratta di un certificato gratuito che va compilato entro 24 h dalla constatazione di decesso sul modello originale fornito annualmente dall'ISTAT. La compilazione è a carico del medico curante (Medico di Medicina Generale e Pediatra di Libera Scelta o loro sostituti), o, in caso di sua indisponibilità, del medico necroscopo. C'è da sottolineare che, per compilare questo modulo, è necessario conoscere la patologia del paziente ed il suo decorso: in linea teorica, quindi, un qualsiasi altro medico può compilare la scheda ISTAT solo se, attraverso cartelle cliniche o esaustive relazioni sanitarie, ritenga totalmente soddisfatti i requisiti di sicurezza ed esaustività circa la conoscenza a carico della patologia in esame.

Nella compilazione della parte inerente le cause del decesso, "vanno riportate le cause di morte ossia tutte le malattie o i traumatismi che abbiano direttamene determinato la morte o che abbiano contribuito ad essa e le circostanze dell'accidente o della violenza che abbiano provocato tali traumatismi. Tale definizione non include sintomi e modi di morire (es. "arresto respiratorio" o "arresto cardiocircolatorio").

ATTENZIONE:
Non piegare il modello durante la compilazione (carta copiativa)
Scrivere in stampatello

Istat
ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

SCHEDA DI MORTE OLTRE IL 1° ANNO DI VITA

ISTAT MODELLO D4 – Ediz. 2021
COPIA PER L'ISTAT

PARTE A – A CURA DEL MEDICO (per una corretta compilazione leggere le istruzioni sul retro)

MASCHIO ☐
FEMMINA ☐
Cognome e nome della persona defunta
Età compiuta (in anni)

1. Luogo del decesso — Territorio in cui è avvenuto il decesso
Abitazione 1
Istituto di cura (pubblico – privato – accreditato) 2
Hospice 3
Struttura residenziale o socio-assistenziale 4
Istituto di pena 5
Altro (specificare) 9
Comune
Provincia
Codice ASL

2. Riscontro diagnostico
E' stato richiesto? 1 SI 2 NO

Causa iniziale (riservato alla ADJ/J)
I-XIX
XX

3. Stato di gravidanza della deceduta negli ultimi 12 mesi di vita (da compilare per le donne decedute in età fertile)
Nessuna gravidanza ..1 ☐ Morte in gravidanza ..2 ☐ Morte entro 42 giorni dall'esito della gravidanza ..3 ☐ Morte tra 43 giorni e 1 anno dall'esito della gravidanza ..4 ☐ Informazione sconosciuta ..5 ☐

4. Parte I — **CAUSA DI MORTE: sequenza di condizioni morbose o traumatismi/avvelenamenti che ha condotto a morte**
In presenza di più sequenze scegliere la più rilevante - In caso di traumatismo/avvelenamento compilare anche i quesiti da 5 a 9
Tempo intercorso tra l'insorgenza della causa indicata e la morte

Causa iniziale. Scegliere la SOLA patologia o trauma che ha dato inizio alla sequenza.
1 ☐ che ha provocato la causa riportata nella riga successiva — anni o mesi o giorni
Eventuali condizioni o complicazioni che fanno parte della sequenza.
2 ☐ che ha provocato la causa riportata nella riga successiva — anni o mesi o giorni
3 ☐ che ha provocato la causa riportata nella riga successiva — anni o mesi o giorni
4 ☐ — anni o mesi o giorni

4. Parte II — **Altri stati morbosi rilevanti:** indicare altre condizioni morbose o traumatismi/avvelenamenti che non fanno parte della sequenza riportata nel quesito 4. Parte I, ma che hanno contribuito al decesso
anni o mesi o giorni
anni o mesi o giorni
anni o mesi o giorni

Quesiti da 5 a 9 - Compilare se nel quesito 4. Parte I è stato riportato un Traumatismo/Avvelenamento (anche con informazioni riferite)

5. Evento che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento indicato nel quesito 4. Parte I (es: caduta da scala a pioli, implicamento, colpo di fucile, violenza sessuale, ...)
Specificare inoltre se causato da eventi catastrofici (terremoti, alluvioni, frane, incendi boschivi, valanghe, ondate di calore, crolli, distruzioni, ...)

Descrizione dell'evento che ha provocato il traumatismo/avvelenamento

6. Modalità del traumatismo/avvelenamento (indicare la più verosimile, compilare sempre)
Accidentale (include incidenti da trasporto) ..1 ☐ Suicidio ..2 ☐ Omicidio ..3 ☐
6.1 Se "Accidentale" specificare: Infortunio sul lavoro 1 SI 2 NO

7. In caso di incidente da trasporto specificare anche
7.1 Mezzo di trasporto della vittima al momento dell'incidente (se pedone scrivere "a piedi")
7.2 Ruolo della vittima
Pedone ..1 ☐ Guidatore ..2 ☐ Passeggero ..3 ☐ Persona intenta nel salire o nello scendere dal veicolo ..4 ☐
7.3 Tipo di incidente (es. investimento, scontro, ribaltamento, ecc.)
7.4 In caso di scontro indicare l'oggetto (es. albero, motocicletta, autobus, etc.)
In caso di investimento indicare il veicolo coinvolto (es. treno, autobus, trattore etc.)

8. Data dell'evento che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento
Orario — giorno — mese — anno

9. Luogo dell'evento che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento
Casa ..1
Istituzione collettiva ..2
Scuola, istituzioni della pubblica amministrazione ..3
Luogo dedicato ad attività sportive ..4
Strade e vie ..5
Luogo di commercio e servizio ..6
Area industriale e di costruzione ..7
Azienda agricola ..8
Altri luoghi (specificare) ..9

Dichiaro che le cause della morte secondo scienza e coscienza, sono quelle da me sopraindicate (nome e cognome in stampatello)
Data ____ Firma ____

MMG o PLS ..1
Necroscopo ..2
Medico ospedaliero ..3
Medico legale ..4
Altro medico ..5

Timbro e telefono del medico o della struttura (timbrare anche la copia per la ASL)
Tel. ____

PARTE B – A CURA DELL'UFFICIALE DI STATO CIVILE (controllare ed eventualmente correggere cognome e nome)

MASCHIO ☐
FEMMINA ☐
CODICE FISCALE della/la defunto/a

Atto di morte
Numero
Parte 1 I 2 II
Serie 1 B 2 C

Solo per i comuni che presentano una sud-divisione del territorio in circoscrizioni
Ufficio di stato civile
Circoscrizione

DENOMINAZIONE DI COMUNE E PROVINCIA
Comune
Provincia

1. Data di morte (Ora, Minuti, Giorno, Mese, Anno) 2 0 2
2. Data di nascita (Giorno, Mese, Anno)
3. Località di nascita
Stesso comune di morte ..1
Altro Comune ..2 (specificare comune e provincia) (comune) (prov.)
Stato Estero ..3 (specificare stato estero)
4. Età compiuta Anni
5. Stato civile
Celibe/Nubile ..1
Coniugato/a ..2
Vedovo/a ..3
Divorziato/a o già coniugato/a(e) ..4
Separato/a legalmente ..5
Unito/a civilmente ..6
Già in unione civile (per decesso del partner) ..7
Già in unione civile (per scioglimento unione) ..8
Se coniugato/a o unito/a civilmente o separato/a legalmente indicare:
Anno di nascita del coniuge o del partner superstite
Anno di matrimonio o di unione civile
(a) Per "già coniugato" e intende la persona che ha ottenuto lo scioglimento o la cessazione degli effetti civili o il cessi della legge 1 dicembre 1970, n. 898.
6. Residenza
Stesso Comune di morte ..1
Altro Comune ..2 (specificare comune e provincia) (comune) (prov.)
Stato Estero ..3 (specificare stato estero)
7. Grado di istruzione
Laurea ..1
Diploma universitario o laurea breve ..2
Diploma di scuola media superiore ..3
Licenza di scuola media inferiore ..4
Licenza elementare o nessun titolo ..5
8. Professione
9. Condizione professionale o non professionale
Occupato/a ..1
Disoccupato/a ..2
In cerca di prima occupazione ..3
Ritirato/a dal lavoro ..4
Casalinga/o ..5
Studente ..6
Inabile al lavoro ..7
Altro (compreso servizio di leva o servizio civile) ..8
10. Posizione nella professione Da compilare solo se al quesito 9 è indicato 1 o 2
Per lavoratori/lavoratrici autonomi/e
Imprenditore/imprenditrice o libero professionista ..1
lavoratore/lavoratrice in proprio o coadiuvante ..2
Altro ..3
Per lavoratori/lavoratrici dipendenti
Dirigente o direttivo ..4
Impiegato/a o intermedio ..5
Operaio/a o assimilato ..6
Altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.) ..7
11. Ramo di attività economica Da compilare solo se al quesito 9 è indicato 1 o 2
Agricoltura, caccia e pesca ..1
Industria ..2
Commercio, pubblici servizi, alberghi ..3
Pubblica amministrazione e servizi pubblici ..4
Altri servizi privati ..5
12. Cittadinanza
Italiana
Per nascita ..1
Acquisita ..2
Straniera ..3 (specificare stato estero)
Non conosciuta ..9

Timbro
(timbrare anche la copia per la ASL)

Firma e recapiti dell'Ufficiale dello Stato Civile
Tel. ____ E-mail ____

ATTENZIONE:
Non piegare il modello durante la compilazione (carta copiativa)
Scrivere in stampatello

Istat
ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

SCHEDA DI MORTE OLTRE IL 1° ANNO DI VITA

ISTAT MODELLO D4 – Ediz. 2021
COPIA PER L'ASL

CERTIFICATO NECROSCOPICO (ACCERTAMENTO DI MORTE)

È l'unica certificazione che attesta legalmente la morte, valida ai fini del rilascio dell'autorizzazione alla sepoltura da parte dell'Ufficiale di Stato Civile o dell'Autorità Giudiziaria. Questo certificato va stilato dal medico necroscopo, nominato dalla unità sanitaria locale competente, dopo aver accertato il decesso. La visita va effettuata tra la quindicesima e la trentesima ora dal decesso, salvo casi particolari (es.: decapitazione, maciullamento), al fine di evitare i casi di morte apparente.

CERTIFICATI RIGUARDANTI I VEICOLI A MOTORE

- Certificato anamnestico per il rilascio di patente di guida:

"Ai fini dell'accertamento dei requisiti psichici e fisici per il primo rilascio della patente di guida di qualunque categoria […], l'interessato deve esibire apposita certificazione da cui risulti il non abuso di sostanze alcoliche e il non uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, rilasciata sulla base di accertamenti clinico-tossicologici […]. Le relative spese sono a carico del richiedente. L'accertamento […] deve risultare da certificazione di data non anteriore a tre mesi dalla presentazione della domanda per sostenere l'esame di guida. La certificazione deve tener conto dei precedenti morbosi del richiedente dichiarati da un certificato medico rilasciato dal medico di fiducia." (D.lgs. n. 285/1992, art. 119, commi 2-ter e 3).

Essendo un certificato anamnestico, si basa sulle patologie che il paziente riferisce al medico: ciò implica che, se il paziente dichiara il falso, il medico certificatore non è legalmente perseguibile.

Il motivo per cui è opportuno che sia il MMG a compilare il certificato anamnestico per il rilascio della patente è proprio la conoscenza che questi ha del paziente: al medico di fiducia, comunque, non viene richiesta un'attestazione riguardante tutti i pregressi precedenti morbosi del candidato, ma la sola attestazione riguardante quelli che, nel momento attuale, possano rappresentare un concreto rischio per la guida e pertanto costituire un'informazione necessaria per una migliore e più completa valutazione del possesso dei requisiti di idoneità alla guida.

In ogni caso è necessario segnalare se il paziente fa uso di farmaci che agiscono sul SNC (es.: antidepressivi, ansiolitici) e se in passato si sono verificati episodi di abuso alcolico che abbiano causato il ritiro della patente (con la dizione "pregresso episodio isolato di abuso alcolico con ritiro della patente di guida").

Alcune patologie eventualmente presenti possono richiedere degli accertamenti (es.: per l'epilessia è necessaria una visita neurologica, per l'OSAS vanno effettuati gli approfondimenti riportati nel D.M. 03/02/2016).

Si tratta di una certificazione a pagamento (senza IVA) attraverso cui si attesta l'idoneità di un individuo, non affetto da condizioni morbose che escludano in via assoluta la possibilità di rilascio della patente, a poter

guidare e condurre in modo ottimale un veicolo (es.: ciclomotore, auto) su strada; va redatta su un apposito modulo che viene utilizzato per il rilascio e per il rinnovo della patente.

- Certificato di incapacità di guida per veicoli a motore

È un certificato che può essere redatto da qualsiasi medico per impedire la guida di veicoli a motore a pazienti che non sono in grado (es.: in stato di ebbrezza alcolica), per evitare che essi cagionino danni a terzi.

PREVIDENZA E ASSISTENZA

LA FONDAZIONE E.N.P.A.M. (ENTE NAZIONALE PREVIDENZA E ASSISTENZA DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI).

L'ENPAM (Ente nazionale previdenza e assistenza dei medici chirurghi e degli odontoiatri) è una Fondazione senza scopo di lucro con personalità giuridica di diritto privato appartenente alla categoria degli Enti Previdenziali Privatizzati, ai sensi del D.lgs. 30 giugno 1994, n. 509.

La Fondazione ENPAM. costituisce l'Ente di previdenza obbligatoria di categoria per tutti i medici chirurghi e gli odontoiatri iscritti al relativo albo professionale e garantisce la previdenza e l'assistenza a tali professionisti e ai loro familiari, in conformità all'art. 38 della Costituzione.

Ogni professionista, nel momento in cui si iscrive all'albo, è automaticamente e obbligatoriamente iscritto anche all'Ente, a prescindere dall'effettivo esercizio della professione e/o dall'iscrizione ad altri Enti previdenziali.

Dal 2017, possono iscriversi all'ENPAM, in forma facoltativa, anche gli studenti del 5° (in regola o ripetente) e 6° anno (in regola o fuori corso) dei corsi di laurea di Medicina e Chirurgia e di Odontoiatria, che potranno così anticipare l'inizio della loro storia contributiva maturando anni di anzianità prima dei tempi consueti, godendo sin da subito del sistema di welfare della Fondazione.

La Fondazione attua i suoi scopi istituzionali mediante due Fondi e cinque gestioni previdenziali, che si differenziano per aliquote contributive e di rendimento.

- ✓ Il Fondo di previdenza generale, articolato in:
  - gestione previdenziale della Quota A;
  - gestione previdenziale della Quota B.
- ✓ Il Fondo della medicina convenzionata ed accreditata (di seguito Fondo Speciale), articolato in:
  - gestione previdenziale a favore dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e addetti ai servizi di continuità assistenziale ed emergenza territoriale e transitati alla dipendenza;
  - gestione previdenziale degli specialisti ambulatoriali e degli addetti alla medicina dei servizi e transitati alla dipendenza;
  - gestione previdenziale degli specialisti esterni in regime di accreditamento.

La complessità del sistema previdenziale Enpam, che rispecchia la diversa natura dell'attività professionale medica, può comportare che un professionista titolare di più rapporti professionali, nello stesso periodo o in fasi successive della propria carriera, producendo redditi di diversa natura, sia tenuto a versare la contribuzione presso più gestioni.

❖ ***Fondo di previdenza generale - Gestione "Quota A"***

Il contributo dovuto alla gestione "Quota A" è un contributo fisso obbligatorio per tutti gli iscritti all'OMCeO, indipendente dal reddito annuo prodotto (va quindi pagato anche se non si percepisce alcun reddito professionale) ed è utile per un duplice scopo: far maturare una posizione previdenziale con interessi vantaggiosi e accedere a tutti i servizi e le tutele offerte dall'ENPAM.

L'importo annuale della "Quota A" dipende dall'età dell'iscritto e viene rimodulato ogni anno, in base alle previsioni del Regolamento del Fondo di previdenza generale. Gli importi aggiornati al 2026sono:

- € 152,37 per gli **studenti**;
- € 388,99 **fino a 30 anni** di età;
- € 675,73 dal compimento dei **30 fino ai 35 anni**;
- € 1.194,18 dal compimento dei **35 fino ai 40 anni**;
- € 2.134,09 dal compimento dei **40 anni fino all'età del pensionamento di Quota A**.

A queste somme va aggiunto, come previsto dall'art. 83 del D.lgs. n. 151/2001, anche il **contributo di maternità**, adozione e aborto, pari, per il 2026, ad 84,26 euro

I contributi sono dovuti per tutta la durata dell'iscrizione agli Albi professionali dei medici chirurghi e degli odontoiatri a partire dal mese successivo all'iscrizione medesima e fino al mese di compimento del 65° anno di età in caso di esercizio dell'opzione, di cui al successivo art. 18, comma 1bis, ovvero dell'età anagrafica pro-tempore indicata nella Tabella B, allegata al Regolamento del Fondo, o di cancellazione, a qualsiasi titolo, dall'Albo professionale oppure fino al mese che precede quello di decorrenza della pensione per inabilità o erogata in regime di totalizzazione o di cumulo. La Quota A può essere versata attraverso il bollettino Pago PA in unica soluzione oppure a rate ma solo se si attiva la domiciliazione bancaria In questo caso il professionista, all'atto di adesione alla rateazione, potrà decidere di pagare:

- in **unica soluzione** con scadenza il **30 aprile**;
- in **quattro rate** con scadenza **30 aprile**, **30 giugno**, **30 settembre, 30 novembre**;
- in **otto rate** con scadenza **30 aprile**, **31 maggio**, **30 giugno**, **31 luglio**, **31 agosto**, **30 settembre**, **31 ottobre**, **30 novembre**.

In prossimità della scadenza del pagamento, l'Enpam invierà per e-mail il riepilogo dei contributi dovuti, insieme al piano di ammortamento scelto al momento dell'attivazione dell'addebito diretto. I contributi sono addebitati sul conto corrente alla data esatta della scadenza (oppure, se il termine cade di sabato o in un giorno festivo, il primo giorno utile successivo).

La domiciliazione per i contributi dell'anno in corso va richiesta dall'area riservata personale sul sito dell'Ente entro il 31 marzo. Sarà possibile aderirvi anche dopo questa scadenza, ma in tal caso l'addebito si attiverà per il versamento dell'anno successivo.

Con la domiciliazione della Quota A scatta in automatico anche quella della Quota B, che, come vedremo successivamente, va versata solo se il reddito da libera professione supera l'importo già coperto dai contributi di Quota A.

Infine, si ricorda che i neoiscritti la cui domanda d'iscrizione sia stata approvata dal Consiglio dell'Ordine prima di metà marzo riceveranno, come tutti gli altri colleghi, il bollettino secondo il calendario precedentemente ricordato. In caso contrario pagheranno nell'anno successivo la quota inerente all'anno precedente addizionata a quella per l'anno in corso.

Il pagamento della Quota A non dà diritto solo ad un trattamento pensionistico (anticipato, di vecchiaia, per inabilità assoluta e permanente, ecc.) ma anche alla possibilità di accedere a:

- Mutui e prestiti agevolati;
- Sussidi;
- Protezione contro calamità naturali;
- Assicurazione per il rischio di non autosufficienza (LTC);
- Genitorialità.

❖ ***Fondo di previdenza generale - Gestione "Quota B"***

La ***gestione "Quota B"*** del Fondo di previdenza generale assicura la previdenza dei medici chirurghi e degli odontoiatri che svolgono attività libero professionale.

Il contributo soggettivo dovuto a tale gestione è commisurato a percentuali del reddito professionale eccedente quello corrispondente al contributo minimo obbligatorio versato alla "Quota A" (c.d. *reddito già assoggettato*) e consente di accedere a prestazioni previdenziali, assistenziali e di *welfare* integrato.

Il contributo di Quota B è **dovuto solo sui redditi effettivamente prodotti** con l'attività libero professionale (al netto delle spese sostenute per produrli).

Per determinare l'importo imponibile:

- non devono essere conteggiati altri introiti, come per esempio eventuali sussidi per malattia o l'indennità di maternità;
- non vanno prese in considerazione le agevolazioni né gli adeguamenti fiscali;
- non va considerato qualsiasi altro reddito soggetto ad altre forme di previdenza obbligatoria;
- non vanno dichiarati i compensi percepiti dalle Asl nell'ambito del rapporto di convenzione/accreditamento con il Servizio sanitario nazionale;

- non deve essere sottratto il reddito già assoggettato alla Quota A (sono gli uffici dell'Enpam a detrarlo quando calcolano il contributo da versare);
- va considerato il reddito al lordo dei contributi previdenziali e assistenziali.

Per maggiori informazioni invitiamo a consultare l'area dedicata sul sito ENPAM.

Per dichiarare all'Enpam il reddito da libera professione prodotto nell'anno precedente si dovrà compilare online il **modello D**, presente all'interno dell'area riservata, e inviarlo entro il 31 luglio, salvo proroghe. In caso di invii oltre il termine, si dovrà pagare una sanzione fissa di 120 euro. Se tale reddito sarà maggiore di una certa soglia, che viene specificata nel modello D personalizzato, l'iscritto dovrà procedere al pagamento della quota. Per il Modello "D" 2026 (redditi 2025) le soglie da considerare sono le seguenti:

I. per i liberi professionisti che hanno meno di 40 anni è di 5.446,77 euro;

II. per chi ha più di 40 anni il limite di reddito sale a 10.059,28 euro.

Tuttavia, consigliamo di compilare sempre il Modello D anche se gli importi da dichiarare sono inferiori a queste soglie, questo per far in modo che ogni iscritto abbia sempre aggiornata la propria storia contributiva, che quindi in ogni momento sarà facilmente ricostruibile. Compilare tale dichiarazione, anche se si è sottosoglia, non implica infatti nulla, in quanto in automatico il sistema segnalerà che, per l'anno indicato, il contributo non è dovuto.

Per l'anno 2026, l'aliquota intera sul reddito prodotto nel 2025 è pari al 19,50%;

Qualora si sia in possesso di specifici requisiti, si può optare per le seguenti aliquote ridotte:

- **Aliquota dimezzata** ovvero il 50% dell'aliquota intera sul reddito prodotto nel 2025, pari al 9,75%;
- **Aliquota ridotta** pari al 2%.

Sul reddito eccedente l'importo pari, nel 2026, a 150.000,00 euro, l'aliquota è pari all'1%

Per meglio facilitare l'interpretazione della casistica si allega la tabella riassuntiva (fonte ENPAM):

CHI	QUANTO (2026)
Liberi Professionisti (si intende chi esercita **solo** la libera professione)	**aliquota intera**
Iscritti al Fondo della medicina accreditata e convenzionata Enpam (Medici dell'assistenza primaria, Specialisti ambulatoriali, Specialisti esterni)	**aliquota intera** **metà dell'aliquota intera**
Tirocinanti del corso di formazione in Medicina generale	**aliquota intera** **aliquota ridotta** (2%)

Ospedalieri, specialisti ambulatoriali, specializzandi e dottorandi che hanno svolto **attività intramoenia** e non sono già pensionati del Fondo di previdenza generale	**aliquota intera** **aliquota ridotta** (2%)
Iscritti Inps, come ad esempio ospedalieri che **non** hanno percepito redditi da attività **intramoenia (es. extramoenia)** e **specializzandi**	**aliquota intera** **metà dell'aliquota intera**
Pensionati del Fondo di previdenza generale Chi è in pensione anticipata di Quota B (anche in cumulo/totalizzazione) versa con l'aliquota intera fino al compimento dei 68 anni	**aliquota intera** **metà dell'aliquota intera**
Pensionati Inps, ex Inpdap, Fondo della medicina accreditata e convenzionata Enpam (non pensionati del Fondo di previdenza generale)	**aliquota intera** **metà dell'aliquota intera**

NB: Se hai un rapporto di lavoro per sostituzione di medico convenzionato oppure hai un contratto temporaneo di meno di 6 mesi senza rinnovo alla scadenza, o se hai frequentato il corso di specializzazione universitario o il corso di formazione in Medicina generale per meno di 6 mesi continuativi, la tua aliquota contributiva può essere solo quella intera.

La quota B può essere pagata **in unica soluzione** oppure **a rate**, ma solo attivando l'addebito diretto con l'Enpam sul conto corrente bancario. Il piano di ammortamento andrà indicato quando si richiede la domiciliazione, ovvero entro il 30 settembre. Tale piano si potrà sempre cambiare ricompilando il modulo dell'addebito diretto anche dopo la data fissata, il nuovo piano scelto però si attiverà per l'anno successivo.

Il professionista, quindi, all'atto di adesione potrà decidere di pagare:

- in **unica soluzione** con scadenza il **31 ottobre**;
- in **due rate** con scadenza il **31 ottobre** e il **31 dicembre**;
- in **cinque rate** con scadenza **31 ottobre, 31 dicembre, 28 febbraio*, 30 aprile*, 30 giugno*** (le rate che scadono entro l'anno sono senza interessi mentre quelle che scadono l'anno successivo, indicate con l'asterisco, sono maggiorate del solo interesse legale, che dal 1° gennaio 2026 corrisponde al 1,60% annuo);
- in **nove rate** con scadenza **31 ottobre, 30 novembre, 31 dicembre, 31 gennaio*, 28 febbraio*, 31 marzo*, 30 aprile*, 31 maggio*, 30 giugno*** (le rate che scadono entro l'anno sono senza interessi mentre quelle che scadono l'anno successivo, indicate con l'asterisco, sono maggiorate del solo interesse legale, che dal 1° gennaio 2026 corrisponde al 1,60% annuo).

Anche in questo caso, in prossimità della scadenza del pagamento l'Enpam invierà per e-mail l'importo del contributo dovuto, insieme al piano di ammortamento scelto al momento dell'attivazione dell'addebito diretto. I contributi sono addebitati sul conto corrente alla data esatta della scadenza (oppure, se il termine cade di

sabato o in un giorno festivo, il primo giorno utile successivo. Se la rata del 31 dicembre coincide con un giorno festivo l'importo verrà addebitato sul conto il primo giorno utile precedente. In questo modo i contributi versati si potranno dedurre dal reddito imponibile nell'anno in corso).

Per completezza, si segnala che l'art. 1, comma 442, della legge di bilancio 2018 (legge 27 dicembre 2017, n. 205 – "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020") ha posto a carico delle società operanti nel settore odontoiatrico, di cui al comma 153 dell'articolo 1 della legge 4 agosto 2017, n. 124, un contributo pari allo 0,5 per cento del fatturato annuo da versare alla gestione "Quota B".

Il contributo introdotto da tale previsione, recepita nel Regolamento del Fondo, costituisce una particolarità perché non rientra nella categoria dei contributi soggettivi, in quanto destinato al perseguimento degli scopi solidaristici della gestione e non ad incrementare la posizione assicurativa degli iscritti. Nel contempo, però, non può essere considerato un contributo integrativo ai sensi dell'art. 8, comma 3, D.lgs. 10 febbraio 1996, n. 103, in quanto non è assistito dall'obbligo di rivalsa.

❖ ***Fondo della medicina convenzionata e accreditata, cosiddetto Fondo Speciale***

Al Fondo Speciale affluiscono i contributi soggettivi dei medici chirurghi e degli odontoiatri che operano in rapporto di convenzione e/o accreditamento con gli Istituti del Servizio Sanitario Nazionale, presso il proprio studio, negli ambulatori oppure presso strutture accreditate con il SSN; nonché i contributi soggettivi dei professionisti aventi rapporto professionale con altri Istituti, Enti o società, i cui accordi per la regolamentazione del loro rapporto professionale hanno recepito le norme relative agli obblighi contributivi di cui al Regolamento del Fondo.

In particolare, alla **gestione della medicina generale** sono iscritti:

- i medici di assistenza primaria (ora medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta);
- i pediatri di libera scelta;
- gli addetti ai servizi di continuità assistenziale (ora medici del ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario);
- gli addetti all'emergenza sanitaria territoriale (118);
- i transitati a rapporto di dipendenza che hanno optato per conservare il versamento della contribuzione presso l'ENPAM;
- i medici fiscali INPS.

Presso la **gestione degli specialisti ambulatoriali** sono assicurati:

- gli specialisti ambulatoriali;
- gli addetti alla medicina dei servizi;

- i transitati a rapporto di dipendenza che hanno optato per conservare il versamento della contribuzione presso l'ENPAM.

Sono iscritti alla **gestione degli specialisti esterni**:

- i medici e gli odontoiatri che operano presso i propri studi professionali in regime di accreditamento *ad personam* con il SSN. Tali professionisti si suddividono in due branche, secondo la specialità esercitata:
  - "a prestazione": fisiokinesiterapia, medicina nucleare, analisi (patologia clinica), radiologia
  - "a visita" tutte le altre specialità.
- i medici e gli odontoiatri operanti nelle società professionali mediche ed odontoiatriche, in qualunque forma costituite, e nelle società di capitali, accreditate con il SSN (art. 1, comma 39, legge 243/2004);
- i medici INPS chiamati a presidiare le funzioni relative all'invalidità civile e le attività medico-legali in materia previdenziale e assistenziale.

Perché quindi è importante pagare ENPAM?

Lo Stato ha affidato all'Enpam il compito di garantire la previdenza e l'assistenza agli iscritti e ai loro familiari che ne hanno diritto. I contributi previdenziali che, quindi, versiamo sono fondamentali perché danno diritto a ricevere la pensione e le prestazioni assistenziali e di welfare della categoria, come ad esempio, prestazioni di inabilità temporanea, mutui ipotecari Enpam e convenzioni con istituti di credito, accesso al fondo di garanzia Pmi.

La Fondazione Enpam, infatti, oltre ad essere preposta alla previdenza, per Statuto destina una parte dei contributi all'assistenza dei medici e degli odontoiatri italiani e con questo spirito l'Ente, dal 2015 ha inteso avviare un'assistenza strategica integrata, denominata **progetto Quadrifoglio**, fondato su quattro pilastri fondamentali: 1. previdenza complementare; 2. assistenza sanitaria integrativa; 3. coperture dei rischi professionali e biometrici; 4. accesso al credito agevolato.

Il welfare ENPAM nei confronti dei propri iscritti ha visto crescere, negli anni, le tutele offerte.



Le attività assistenziali e di welfare integrato costituiscono un nodo centrale del servizio agli iscritti in situazioni di disagio o di bisogno e accompagnano ogni medico e odontoiatra, inclusi i componenti del nucleo familiare, lungo tutto il percorso di vita e lavorativo. A titolo esemplificativo, ricordiamo:

TUTELA DELLA GENITORIALITÀ:

- Indennità di maternità, anche per gravidanza a rischio, di adozione e di affidamento. L'indennità di maternità copre i due mesi precedenti la data presunta del parto ed i tre mesi successivi alla data effettiva. In caso di adozione nazionale e internazionale spetta per un periodo massimo di cinque mesi. Nel caso di affidamento di minore, l'indennità spetta per un periodo massimo di tre mesi. L'indennità è pagata a prescindere dall'effettiva astensione dall'attività professionale e sotto forma di sussudio, pari all'indennità minima lorda prevista per ciascuna fattispecie nell'anno in cui si colloca l'evento, copre anche le studentesse in Medicina e Odontoiatria iscritte all'Enpam Inoltre, per le professioniste che non hanno redditi o hanno redditi molto bassi sono previsti per legge ulteriori tre mesi di indennità di maternità.

  L'indennità spetta al padre iscritto all'ENPAM per il periodo in cui sarebbe spettata alla madre libero professionista, o per la parte residua, in caso di morte o grave infermità della madre, abbandono del figlio da parte della madre, affidamento esclusivo del figlio al padre. In caso di adozione o affidamento, l'indennità spetta al padre iscritto all'ENPAM in alternativa alla madre libero professionista che non ne faccia richiesta.

SUSSIDI A SOSTEGNO DELLA NEONATALITÀ

- Sussidio una tantum ("Bonus bebè" per gli iscritti alla Quota A, compresi gli studenti) per agevolare la fruizione di servizi di baby-sitting e della rete pubblica o privata accreditata dei servizi per l'infanzia, entro i primi dodici mesi di vita del bambino o di ingresso del minore in famiglia (fissato per l'anno 2025 in € 2.000,00 e annualmente rideterminato con bando deliberato dal Consiglio di amministrazione dell'Ente).
- Ulteriore sussidio una tantum ("Bonus bebè" per gli iscritti alla Quota B), cumulabile con il sussidio relativo alla gestione Quota A, non connesso ad una perdita reddituale né strutturato come integrazione del reddito (fissato per l'anno 2025 in € 2.000,00 e annualmente rideterminato con bando deliberato dal Consiglio di amministrazione dell'Ente).

  Il "bonus bebè" può essere richiesto dal genitore iscritto di qualsiasi genere. Qualora entrambi i genitori del bambino siano iscritti e presentino domanda, il beneficio spetta a entrambi.

PRESTAZIONI ASSISTENZIALI PER PARTICOLARI EVENTI AGLI ISCRITTI ED AI SUPERSTITI

- a) Spese per interventi chirurgici, anche se effettuati all'estero, e spese accessorie, purché non siano state rimborsate a qualsiasi altro titolo; b) Malattie che abbiano richiesto cure sanitarie o fisioterapiche non a carico del S.S.N.; c) Spese di assistenza per anziani, malati non autosufficienti e portatori di handicap facenti parte del nucleo familiare; d) Spese sostenute dal nucleo familiare, in relazione alla malattia o al decesso dell'iscritto sopravvenute entro i dodici mesi successivi all'evento; e) Spese funerarie per il decesso di un familiare convivente; f) Spese straordinarie sostenute per eventi imprevisti.

PRESTAZIONI ASSISTENZIALI AD ORFANI DEGLI ISCRITTI:

- Contributi a fini scolastici anche per il pagamento, in tutto o in parte, della retta di ammissione nel Collegio Unico di Perugia o nei Centri Formativi universitari dell'Opera Nazionale per l'Assistenza agli Orfani dei Sanitari Italiani (ONAOSI).
- Contributi per la retta dei collegi universitari di merito per i propri figli.

CONCESSIONE DI MUTUI IPOTECARI:

- per l'acquisto da parte dell'iscritto di unità immobiliari da utilizzare quale prima casa o unico studio professionale.
- Per l'esecuzione di lavori di ampliamento e/o ristrutturazione dell'abitazione di proprietà dell'iscritto o del coniuge non separato, utilizzato o da utilizzare quale propria prima abitazione, oppure dell'immobile di proprietà dell'iscritto utilizzato o da utilizzarsi quale unico studio professionale dello stesso.

LONG TERM CARE (LTC)

La Fondazione Enpam ha attivato, con oneri a carico del proprio bilancio e in favore degli iscritti e titolari di pensione, la copertura di Long Term Care erogata tramite EMAPI. È una copertura collettiva automaticamente attivata senza bisogno di alcun adempimento da parte dell'iscritto, che in caso di perdita dell'autosufficienza darà diritto, attualmente, a 1.350,00 euro mensili non soggetti a tassazione, da aggiungere alle tutele già previste dall'Enpam e a ogni altro eventuale reddito. Inoltre, l'assegno si cumula con altre coperture assicurative che i medici potrebbero aver sottoscritto autonomamente.

SALUTEMIA

Nel 2015 ENPAM e i sindacati di categoria hanno promosso la costituzione di un Fondo sanitario integrativo, che, a sua volta, ha costituito la società di mutuo soccorso SaluteMia, con lo scopo di rispondere efficacemente alle esigenze di assistenza sanitaria integrativa degli iscritti e dei loro familiari. SaluteMia offre a Medici e Odontoiatri una gamma di Piani Sanitari per proteggere la propria salute e quella della propria famiglia in modo completo, con l'obiettivo di garantire prestazioni sanitarie integrative complementari e sostitutive rispetto a quelle erogate dal Servizio Sanitario Nazionale. Come sempre per maggiori approfondimenti vi rimandiamo al sito https://www.salutemia.net/.

FONDO SANITÀ

É un Fondo Pensione Complementare approvato dalla COVIP, a cui possono attualmente aderire tra gli altri, i Medici Chirurghi e gli Odontoiatri iscritti all'ENPAM, e i soggetti fiscalmente a carico degli iscritti allo stesso Fondo.

In generale lo scopo dei fondi pensioni complementari è quello di consentire di percepire un'ulteriore pensione che si vada ad affiancare alle prestazioni erogate dalla previdenza obbligatoria.

Per il fatto stesso che questo fondo sia chiuso, cioè, limitato agli esercenti le professioni sanitarie, permette di ottimizzare la sua gestione amministrativa e finanziaria rendendo quindi meno onerose le commissioni di gestione rispetto a quelle di altri Fondi cosiddetti aperti. L'adesione a FondoSanità è libera e volontaria. Inoltre per i Medici e gli Odontoiatri che si iscrivono entro il 35° anno di età, grazie ad un accordo tra FondoSanità ed ENPAM, l'iscrizione e la copertura delle spese dovute per il primo anno di adesione sono gratuite.

Dal primo versamento di ciascun anno saranno prelevati, attualmente, € 60,00 annuali (dal secondo anno di iscrizione nel caso di medici e gli odontoiatri iscritti entro i 35 anni). I contributi versati a FondoSanità sono liberi e volontari: è pertanto l'iscritto a decidere quanto e quando versare, è bene però specificare che l'entità dei versamenti determina il livello della rendita pensionistica.

Aderire a FondoSanità non permette solo di "integrare" la propria rendita pensionistica quando andremo in quiescenza ma permette di avere anche alcuni vantaggi fiscali, come ad esempio la deducibilità dei contributi versati fino al valore di 5.300,00 euro annuali. I contributi c.d. «non dedotti» (quelli, cioè, eccedenti l'importo

di euro 5.300,00) saranno detassati al momento dell'erogazione della prestazione, ma solo se, entro il 31 dicembre dell'anno successivo al versamento, ne era stata fatta comunicazione al Fondo.

Per i familiari a carico i versamenti sono deducibili dal reddito IRPEF del "capofamiglia", sempre nel limite complessivo di 5.300,00 euro. Inoltre, conviene iscriversi prima possibile, in quanto dopo che sono trascorsi 15 anni dall'iscrizione, per ogni anno successivo di iscrizione al Fondo, la tassazione (che verrà applicata in fase di erogazione) si riduce dello 0,3% per ogni anno eccedente, fino a un minimo del 9%, mentre la rendita della pensione "normale", il primo pilastro, viene tassata dallo Stato come reddito, con gli stessi scaglioni Irpef (23-43% nel 2026).

Essendo dipendente dal capitale che è stato versato ed accumulato negli anni, al fine di una corretta valutazione è bene ricordare che l'importo della prestazione che verrà erogata dipenderà essenzialmente dalla durata, quantità, continuità dei versamenti effettuati rendendo comunque, per i giovani conveniente un investimento ad inizio carriera anche se di piccola quantità perché i primi versamenti sfruttano per un maggiore numero di anni l'effetto leva dovuta all'accumulo degli interessi.

FondoSanità ti propone una pluralità di opzioni di investimento (comparti), ciascuna caratterizzata da una propria combinazione di rischio/rendimento:

I. ***SCUDO***, per chi è orientato verso investimenti a basso rischio, orizzonte temporale breve/medio periodo (fino a 10 anni)

II. ***PROGRESSIONE***, per chi cerca l'equilibrio tra componente azionaria e obbligazionaria, orizzonte temporale medio lungo periodo (oltre 5 anni), grado di rischio: medio.

III. ***ESPANSIONE***, destinato a chi cerca maggiori rendimenti, orizzonte temporale medio/lungo periodo (Oltre 10 anni), grado di rischio medio alto.

Esiste l'opportunità di distribuire i versamenti tra i vari comparti: in ogni caso dopo un anno di permanenza è possibile effettuare gratuitamente il passaggio da un comparto all'altro.

In generale è bene ricordare che una scelta rischiosa, ma potenzialmente redditizia può essere un'opportunità interessante quando la pensione è lontana, mentre in prossimità del ritiro è necessario salvaguardare il proprio capitale.

L'investimento dei contributi è soggetto a rischi finanziari, tuttavia Fondo Sanità ha studiato un "life cycle" che automaticamente, (in assenza di esplicite indicazioni) fa passare il profilo da un comparto più rischioso ad un comparto meno rischioso, man mano che con il passare del tempo si avvicina il momento della pensione.

Dal momento in cui si aderisce, è importante fare in modo che la costruzione della tua pensione complementare giunga effettivamente a compimento. La "fase di accumulo" si conclude quindi, di norma, al momento del pensionamento, quando inizierà la 'fase di erogazione' (cioè, il pagamento della pensione).

In generale, non è possibile chiedere la restituzione della posizione, neanche in parte, tranne che nei casi in cui tali somme servano per spese sanitarie straordinarie, acquisto della prima casa di abitazione o per altre tue personali esigenze.

In caso fossi interessato, ti invitiamo a leggere tutta la documentazione presente sul sito https://www.fondosanita.it/ dove troverai anche altre informazioni al fine di effettuare una scelta consapevole tra i vari profili.

GESTIONE SEPARATA INPS

I medici con contratto di formazione specialistica, a decorrere dall'anno accademico 2006/2007, al fine del versamento contributivo previdenziale, sono iscritti alla Gestione Separata secondo quanto stabilito dell'articolo 1, comma 300, Legge Finanziaria del 2006. Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e il Ministero della Salute, su parere conforme del Ministero dell'Economia e delle Finanze, ha chiarito che i medici in formazione specialistica sono assoggettati come tutti gli altri iscritti alla Gestione Separata all'aliquota ridotta, in quanto già iscritti alla cassa professionale (ENPAM). Il contributo si calcola sui compensi percepiti per tutta la durata legale del corso. Ai medici in formazione specialistica si applicano le stesse regole previste per i collaboratori coordinati e continuativi in materia di:

- ✓ Iscrizione;
- ✓ Ripartizione del contributo;
- ✓ Versamento e denuncia;
- ✓ Aliquote di finanziamento, massimale e accredito contributivo.

Accedendo al servizio dedicato nel sito INPS, con apposito PIN da ritirare presso un ufficio INPS, appare un menu che include la voce per l'iscrizione alla Gestione Separata. Cliccandoci si accede alla pagina d'iscrizione con la lista dei campi da compilare. Nella seconda sezione è sufficiente scegliere la voce "collaboratore o altra attività". Il codice tipo rapporto da inserire nella denuncia è 14 e non richiede codice attività. Confermata l'iscrizione e completata la registrazione, è possibile stamparne la ricevuta. L'iscrizione alla gestione separata è da effettuare entro il primo anno di corso SSM; alla conclusione o cessazione del corso si può effettuare la ricongiunzione fiscale rivolgendosi agli uffici INPS.

ONAOSI

L'ONAOSI (Opera Nazionale per l'Assistenza agli Orfani dei Sanitari Italiani) nasce come Ente senza scopo di lucro da un'idea del Dr. Luigi Casati che nel 1874 la espone per la prima volta in occasione di un consesso a Padova. Successivamente il Prof. Carlo Ruata di Perugia e il Prof. Lorenzo Bruno di Torino promuovono nel 1890 una sottoscrizione tra Sanitari per fondare un'associazione che si prenda cura dei loro orfani. Fin dall'origine, quindi, le risorse e i finanziamenti per sostenere l'iniziativa sono arrivate esclusivamente e per intero dalle categorie sanitarie e non si è mai fatto ricorso ad alcun finanziamento pubblico diretto o indiretto.

I suoi obiettivi primari sono il sostegno, l'educazione, l'istruzione e la formazione degli orfani degli iscritti (medici chirurghi, odontoiatri, farmacisti e veterinari) per aiutarli a conseguire un titolo di studio o ad accedere al mondo professionale o del lavoro. Dal 2013, oltre all'ormai noto impegno nel sostenere i soggetti orfani e/o non autosufficienti, si aggiungono, infatti, ulteriori concreti sussidi in favore dei sanitari contribuenti in condizioni di non autosufficienza.

Sono contribuenti obbligatori della Fondazione tutti i Sanitari dipendenti pubblici, iscritti ai rispettivi Ordini professionali interessati. Per coloro che cessino da tale regime di contribuzione, è ammessa la facoltà di iscriversi come volontari entro due anni dalla cessazione.

Sono contribuenti vitalizi della Fondazione i sanitari che hanno compiuto 67 anni di età e con caratteristiche individuate da apposito Regolamento.

Infine, sono contribuenti volontari tutti gli altri sanitari che ne facciano richiesta, previa approvazione della Fondazione. Il costo dell'iscrizione parte da 25 euro annui deducibili fiscalmente e varia in base al reddito e all'anzianità di iscrizione all'Ordine. Per i sanitari neoiscritti, è ammessa la facoltà di iscriversi come contribuenti volontari entro cinque anni dalla data di prima iscrizione all'albo. Possono iscriversi anche entro i 10 anni versando una somma supplementare pari alle quote arretrate successive al quinto anno [consultabile al link].

Quali sono le Prestazioni offerte?

L'ONAOSI assiste direttamente nelle sue strutture dislocate sul territorio nazionale i figli dei colleghi scomparsi accompagnandoli e sostenendoli in ogni necessità, economica o pedagogica, sino al conseguimento del massimo livello di formazione specialistica universitaria. Tutti gli orfani dei sanitari contribuenti, anche quelli che non accedono nelle strutture dell'ONAOSI, ricevono l'assistenza in via indiretta mediante assistenti sociali di elevata professionalità e sono sostenuti economicamente dall'ONAOSI mediante assegni di studio, borse, premi al merito, assegni di conseguimento di progressi scolastici, contributi per studio all'estero, contributi per il conseguimento di titoli professionalizzanti, accesso gratuito a case vacanza.

Vi sono poi interventi speciali a favore dei disabili, interventi a favore dei figli di contribuenti in situazioni di grave e documentata difficoltà economica e in favore degli stessi contribuenti in condizioni di comprovato disagio economico, sociale e professionale.

Inoltre, la Fondazione ONAOSI offre diverse opportunità:

I. Stipula convenzioni bancarie per chi decide di impegnare capitali per sé o per la propria professione così da accedere al credito in via convenzionata al fine di usare i capitali, sia per l'attivazione o il potenziamento di attività professionali, sia per necessità personali anche mediante accesso al credito chirografario.

II. Molte delle prestazioni rivolte agli assistiti vengono estese alla fruizione dei contribuenti o dei loro familiari dietro parziale rimborso dei costi sostenuti dall'ONAOSI. La più utile agli occhi di un

giovane iscritto è sicuramente quella di usufruire delle strutture universitarie della Fondazione per poter frequentare un corso di specializzazione post-laurea.

III. Per chi ha o avrà figli, i servizi a loro proposti sono numerosi. Fatti sempre salvi i diritti per gli assistiti, è data la possibilità di far partecipare i propri figli a soggiorni estivi, corsi di lingua inglese, programma Start & Go Abroad per diplomati o laureati ed un master di I livello. Possono essere ospitati nelle strutture universitarie ONAOSI per seguire il proprio percorso di studi fino al raggiungimento di una laurea. Ad oggi la Fondazione ha strutture nelle città di Torino, Milano, Pavia, Padova, Bologna, Perugia, Napoli e Messina. È prevista inoltre l'opportunità di frequentare corsi post- laurea all'estero.

IV. Guardando a settori oltre che utili anche dilettevoli, c'è la possibilità di trascorrere delle settimane in vacanza presso le strutture a questo adibite nelle località marine e montane di proprietà dell'ONAOSI.

Per ulteriori approfondimenti sul tema, invitiamo a consultare la documentazione presente sul sito https://www.onaosi.it/.

L'ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA PER I PROFESSIONISTI

INQUADRAMENTO NORMATIVO

Il tema dell'assicurazione obbligatoria per i professionisti sanitari (già in essere da alcuni anni anche se la mancanza di sanzioni in caso di non-ottemperanza ne ha - di fatto – reso inefficace la sua istituzione) ha subìto, recentemente, una rivisitazione in seguito all'approvazione del DDL 2224. Il 28 febbraio 2017 la Camera dei deputati ha, infatti, approvato senza ulteriori emendamenti il disegno di legge C-259 recante le "disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

La cosiddetta **Legge Gelli-Bianco** (24/2017) riorganizza e disciplina i temi della sicurezza delle cure e del rischio sanitario, della responsabilità dell'esercente la professione sanitaria e della struttura sanitaria pubblica o privata.

Sono, altresì, rivisitate le modalità e le caratteristiche dei procedimenti giudiziari aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria, nonché gli obblighi di assicurazione. In estrema sintesi, il cittadino che si sente parte lesa farà valere - in concreto - i propri diritti di risarcimento nei confronti dell'Azienda in cui lavora il medico. L'onere della prova, in questo caso, è a carico dell'Azienda stessa; ribaltato è, invece, l'onere della prova laddove il paziente agisca direttamente nei confronti del singolo professionista sanitario. L'art. 7, in particolare, definisce la responsabilità civile del medico e della struttura sanitaria stabilendo, al comma 1, che "*la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del Codice civile, delle loro condotte dolose o colpose*". In altre parole, rimane in capo struttura sanitaria una responsabilità di natura contrattuale, anche in relazione alle prestazioni sanitarie svolte dai medici in regime di libera professione intramuraria, in regime di convenzione col SNN e attraverso la telemedicina. Extra-contrattuale, invece, diventa la natura del rapporto tra paziente e singolo medico, a meno che quest'ultimo non svolga un'attività professionale di tipo privatistico svincolata da rapporti di collaborazione con strutture sanitarie. In definitiva la riforma intende spostare il rischio sul soggetto maggiormente capiente (l'Azienda Sanitaria - sia essa pubblica o privata), a vantaggio tanto dell'esercente la professione sanitaria, il quale risponde solo dei danni integralmente provati dal paziente (art. 7 comma 3, ex art. 2043 cod. civ.), tanto del paziente medesimo che viene invitato ad agire contro chi più facilmente può ristorare i danni. Su questi presupposti gli obblighi assicurativi investono le Aziende sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private, anche per i danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture medesime. Vige, altresì, l'obbligo, per le suddette strutture, di stipulare una ulteriore polizza assicurativa per la copertura della responsabilità extra-contrattuale (ex art. 2043 c.c.) verso terzi degli esercenti

le professioni sanitarie, per l'ipotesi in cui il danneggiato esperisca azione direttamente nei confronti del professionista (articoli 10 e 11).

Al comma 2 dell'art 10 si stabilisce, invece, che "per l'esercente la professione sanitaria che svolga la propria attività al di fuori di un'azienda, struttura o ente di cui al comma 1 del presente articolo resta fermo l'obbligo di cui all'articolo 3, comma 5, lettera e), del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n.148, dall'articolo 5 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 2012, n. 137, e dall'articolo 3, comma 2, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189". L'articolo stabilisce, quindi, come già anticipato, che il medico che svolge la sua attività in regime libero-professionale "al di fuori di strutture sanitarie pubbliche o private" è obbligato a stipulare una polizza privata a copertura del rischio professionale. In tutti gli altri casi risulta chiaro come - ai sensi della nuova legge - il cosiddetto **"primo rischio"** risulti a carico dell'Azienda. Questa potrà, semmai, rivalersi nei confronti dell'esercente la professione sanitaria solo in caso di dolo o colpa grave (art. 9 comma 1). La misura della rivalsa non può, in ogni caso, superare una somma pari al triplo della retribuzione lorda annua (art 9 comma 6). Per essere tutelato il professionista sanitario operante in una struttura sanitaria pubblica o privata dovrà, pertanto, provvedere personalmente alla mera copertura per i rischi derivanti dalla eventuale rivalsa dell'Azienda per colpa grave.

NECESSITÀ ASSICURATIVE IN ACCORDO AL DIVERSO PROFILO PROFESSIONALE

La legge Gelli in estrema sintesi:

- ✓ Delimita la responsabilità sanitaria alla sola colpa grave per i sanitari che lavorano nelle strutture pubbliche e private;
- ✓ Coinvolge in prima battuta le strutture sanitarie in caso di responsabilità medica;
- ✓ Obbliga tutto il comparto (dipendente e non) a stipulare una polizza RC professionale;
- ✓ Assume **linee guida e buone pratiche** come elemento essenziale per la valutazione della Responsabilità;
- ✓ Prevede un'azione diretta verso gli assicuratori della struttura ospedaliera e/o dei sanitari.

Fino al periodo *ante Legge Gelli* (aprile 2017):

- ➢ il medico dipendente di struttura privata era responsabile per colpa lieve e colpa grave;
- ➢ il medico dipendente pubblico era (ed è anche oggi) responsabile solo per colpa grave;
- ➢ il medico libero professionista era responsabile per colpa lieve e grave congiuntamente alla struttura sanitaria.

Oggi con la legge Gelli:

- ➢ il medico che lavora in una struttura con rapporto **extra-contrattuale** col paziente risponde solo per **colpa grave**. Ciò a prescindere se è un dipendente o un libero professionista;
- ➢ il medico dipendente pubblico per definizione ha un rapporto **extra-contrattuale** con i pazienti;
- ➢ il medico che lavora in struttura sanitaria con **rapporto contrattuale col paziente** risponde per **colpa lieve e colpa grave**;
- ➢ il medico che lavora nel suo **studio privato** ha un rapporto sempre **contrattuale** col paziente e risponde **per colpa lieve e grave.**

Responsabilità contrattuale ed extracontrattuale

La legge Gelli, all'art. 7, dispone che il medico che lavora in una struttura sanitaria è responsabile ex art. 2043 Codice civile, ossia per **responsabilità extra-contrattuale**. Ciò significa che il termine per un'azione di responsabilità medica è di 5 anni. Inoltre, l'onere della prova per dimostrare l'errore sanitario spetta al paziente.

Invece la struttura sanitaria è responsabile ai sensi degli artt. 1218 e 1228 Codice civile, ossia per responsabilità contrattuale. La prescrizione per agire diventa di 10 anni. L'onere a provare la mancata responsabilità spetta alla struttura ospedaliera (e non al paziente-danneggiato).

Eccezionalmente il medico è responsabile contrattualmente anche quando lavora in una struttura sanitaria. Tale ipotesi si configura quando il medico si accorda direttamente col paziente (contratto tra medico e paziente). Per esempio, è utilizzata la struttura sanitaria solo come "luogo" per eseguire l'intervento. Il paziente riceve la fattura direttamente dal medico.

Il medico risponde solo per **colpa grave** se ha un rapporto extracontrattuale col paziente. Se il rapporto è contrattuale risponderà per colpa lieve e/o colpa grave. Pertanto, è importante stabilire il tipo di rapporto tra medico e paziente al fine di consentire l'applicabilità di diversi regimi di responsabilità.

Qualora il medico svolga la sua attività nel suo personale studio privato, il rapporto sarà sempre contrattuale. In tali casi la prescrizione sarà di 10 anni, onere della prova a carico del medico, la responsabilità sarà completa (per colpa lieve e grave).

L'obbligo per i professionisti sanitari di avere una copertura assicurativa è stabilito dalla normativa italiana per garantire la tutela dei pazienti e, al tempo stesso, del professionista sanitario.

Per una migliore disamina dell'argomento, è opportuno fare una breve premessa normativa.

È con il Decreto-Legge n. 138/2011 (Decreto Tremonti – convertito con modificazioni dalla L. n. 148/2011) che viene introdotto per la prima volta l'obbligo per i professionisti di stipulare una polizza di Responsabilità Civile Professionale a protezione dei rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale. Tale obbligo è

stato attuato con il D.P.R. n. 137 /2012 che, all'art. 5, prevede che "1. *Il professionista è tenuto a stipulare, anche per il tramite di convenzioni collettive negoziate dai consigli nazionali e dagli enti previdenziali dei professionisti, idonea assicurazione per i danni derivanti al cliente dall'esercizio dell'attività professionale, comprese le attività di custodia di documenti e valori ricevuti dal cliente stesso. Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza professionale, il relativo massimale e ogni variazione successiva***".**

Successivamente, la Legge Balduzzi (Legge n. 189/2012 di conversione del D.L. n. 158/2012) ha sancito l'obbligo per i professionisti sanitari di stipulare una polizza di assicurazione per la responsabilità civile professionale, anche se l'entrata in vigore effettiva di tale obbligo è stata posticipata e successivamente disciplinata dalla Legge Gelli-Bianco (Legge n. 24/2017), che rappresenta oggi la norma di riferimento.

La legge Gelli-Bianco riorganizza e disciplina i temi della sicurezza delle cure e del rischio sanitario, della responsabilità dell'esercente la professione sanitaria e della struttura sanitaria pubblica o privata.

Assumono rilievo, in tal senso, le previsioni di cui agli articoli 7 e 10 della medesima legge.

In particolare:

- l'art. 7, rubricato "**Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria**" stabilisce che "1. *La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa,* ***risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose****.*

2. La disposizione di cui al comma 1 si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina.

3. ***L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile****, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente. Il giudice, nella determinazione del risarcimento del danno, tiene conto della condotta dell'esercente la professione sanitaria ai sensi dell'articolo 5 della presente legge e dell'articolo 590-sexies del codice penale, introdotto dall'articolo 6 della presente legge.*

- l'art. 10, rubricato "**Obbligo di assicurazione**" stabilisce che *"1.* ***Le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono essere provviste di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera****, ai sensi dell'articolo 27, comma 1-bis, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento nonché di sperimentazione e di ricerca clinica. La disposizione del primo periodo si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in regime di*

convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina. Le strutture di cui al primo periodo stipulano, altresì, polizze assicurative o adottano altre analoghe misure per la copertura della responsabilità civile verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie anche ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di cui al comma 3 dell'articolo 7, fermo restando quanto previsto dall'articolo 9. Le disposizioni di cui al periodo precedente non si applicano in relazione agli esercenti la professione sanitaria di cui al comma 2.

2. Per l'esercente la professione sanitaria che svolga la propria attività al di fuori di una delle strutture di cui al comma 1 del presente articolo o che presti la sua opera all'interno della stessa in regime libero-professionale ovvero che si avvalga della stessa nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente ai sensi dell'articolo 7, comma 3, resta fermo l'obbligo di cui all'articolo 3, comma 5, lettera e), del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, all'articolo 5 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 2012, n. 137, e all'articolo 3, comma 2, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

*3. Al fine di garantire efficacia alle azioni di cui all'articolo 9 e all'articolo 12, comma 3**, ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private provvede alla stipula, con oneri a proprio carico, di un'adeguata polizza di assicurazione per colpa grave**.*

Dunque, la Legge sopra richiamata delinea una **responsabilità di natura contrattuale per le strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private**, che operano nel nostro territorio **nonché per i liberi professionisti**, la cui responsabilità viene equiparata, in questo modo, a quella delle strutture sanitarie, mentre si trasforma **in responsabilità di natura extracontrattuale la responsabilità riguardante tutti gli altri esercenti la professione sanitaria.**

Viene quindi previsto un regime di **doppia responsabilità civile**, qualificato come:

- **responsabilità contrattuale per la struttura** ai sensi degli artt. 1218 e 1228 c.c. - con onere della prova a carico della struttura stessa e non del paziente danneggiato e termine di prescrizione di dieci anni;

- **responsabilità extra-contrattuale per l'esercente la professione sanitaria** (qualora direttamente chiamato in causa) a qualunque titolo operante in una struttura sanitaria e sociosanitaria pubblica o privata **- salvo il caso di obbligazione contrattuale assunta con il paziente** - con onere della prova a carico del soggetto che si ritiene leso e termine di prescrizione di cinque anni.

Sul piano della responsabilità civile, dunque, il medico potrà rispondere dei danni arrecati al paziente nell'esercizio dell'attività professionale per dolo, colpa grave e colpa lieve, ma se strutturato potrà subire l'azione di rivalsa da parte della struttura sanitaria solo in caso di dolo o colpa grave.

Inoltre, il medico potrebbe incorrere anche in una responsabilità di tipo penale laddove, nello svolgimento della propria attività professionale, pone in essere una condotta di reato.

Le principali fattispecie di reato che possono configurarsi sono quelle dell'**omicidio colposo** (art. 589 c.p.), delle **lesioni personali colpose** (art. 590 c.p.), **del rifiuto o omissione di atti d'ufficio** (art. 328 c.p.) per i medici pubblici ufficiali o incaricati di un pubblico servizio, dell'**omissione di soccorso** (art. 593 c.p.), dell'**intervento senza consenso del paziente** che può sfociare nella violenza privata o nelle lesioni dolose, della **falsità ideologica in certificati** (art. 481 e s.s. c.p.) e via dicendo.

La Legge Gelli-Bianco ha introdotto importanti novità sulla responsabilità penale, modificando l'art. 590-sexies c.p., nel senso che di seguito si specifica:

"*Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto*".

Il medico non è punibile per colpa lieve se ha rispettato linee guida accreditate o, in mancanza, le buone pratiche clinico- assistenziali. Resta la punibilità per colpa grave quando vi sia stata negligenza macroscopica.

SI SEGNALA CHE:

Il 4 settembre 2025 il Consiglio dei Ministri ha approvato un disegno di legge collegato alla manovra di bilancio che interviene in maniera organica sulla disciplina della responsabilità professionale. Tra le misure principali figura l'introduzione di uno "scudo penale condizionato": l'operatore sanitario non risponderà più penalmente per colpa lieve in caso di omicidio colposo o lesioni personali colpose, a condizione che abbia rispettato le linee guida e le buone pratiche clinico-assistenziali, adeguandole al caso concreto. La punibilità resta ferma per il dolo e per la colpa grave.

Elemento innovativo è anche la previsione di parametri specifici che il giudice dovrà considerare nel valutare la colpa: scarsità di risorse umane e materiali, carenze organizzative della struttura, complessità della patologia trattata. In questo modo il comportamento del medico viene contestualizzato in relazione alle condizioni reali in cui è stata prestata l'assistenza, evitando giudizi astratti e potenzialmente sproporzionati.

LA POLIZZA RC PROFESSIONALE NEL DETTAGLIO

La polizza assicurativa a copertura dei rischi professionali è un tipo di **contratto** stipulato tra una compagnia di assicurazioni e un professionista, come detto, ad oggi obbligatorio per legge.

L'esigenza di un'assicurazione di responsabilità civile professionale deriva dalla complessità, sempre più crescente, delle specifiche attività che espongono il medico assicurato a rischi e quindi al potenziale risarcimento del danno.

L'**errore professionale** dal quale deriva la colpa, prevede la presenza (singola o concomitante) di **negligenza, imprudenza, imperizia**. Questi tre attributi caratterizzano la colpa (lieve o grave) che genera la responsabilità civile professionale. L'errore professionale produce un danno economicamente quantificabile al paziente che può richiedere il risarcimento al professionista garantito della polizza.

In sintesi, la compagnia assicuratrice si sostituisce al Professionista nel risarcimento del danno da pagare.

Una polizza RC professionale dovrà essere valutata almeno per i seguenti aspetti:

- ✓ **Massimale:** Corrisponde al massimo esborso che l'assicurazione si impegna a pagare in caso di sinistro;

- ✓ **Retroattività:** Le assicurazioni per medici prevedono la garanzia della retroattività. Sono coperti gli errori professionali posti in essere nel passato se hanno generato una richiesta di risarcimento dopo la stipula della polizza. Il meccanismo della retroattività è tipico delle polizze in regime "Claims Made". Tale regime copre i reclami fatti per la prima volta durante il periodo di assicurazione qualora vengano generati da prestazioni professionali svolte dall'assicurato nel passato proprio durante il periodo di retroattività. Pertanto, se la polizza ha 5 anni di retroattività, col regime "claims made" sono coperte le prestazioni professionali svolte nei 5 anni precedenti alla stipula della polizza. La legge Gelli, legge 24/2017, all'art. 11, fissa una retroattività minima di 10 anni. La retroattività può essere limitata o illimitata. Ci sono assicurazioni che di default concedono una retroattività illimitata altri chiedono un premio aggiuntivo per ogni anno di retroattività richiesto. Occorre quindi acquistare la copertura retroattiva pari al numero di anni di precedente attività professionale svolta per non avere vuoti di copertura;

- ✓ **Garanzia postuma:** Tale garanzia copre richieste di risarcimento successive alla scadenza della copertura non rinnovata dall'assicurato. Generalmente viene concessa solo per cessazione definitiva dell'attività come per il pensionamento o chiusura di partita IVA; (si fa rilevare che la legge Gelli-bianco impone che le polizze assicurative prevedano un periodo di ultrattivita' di almeno 10 anni per coprire le richieste risarcitorie che pervengano successivamente alla cessazione dell'attivita' professionale ma relative ad eventi accaduti durante il periodo di vigenza della stessa).

- ✓ **Questionario/Modulo di Proposta**: È il questionario da compilare a cura del contraente assicurato che viene richiesto dalla compagnia prima dell'emissione della polizza. Tale documento riveste una fondamentale importanza. Eventuali informazioni non corrette presenti nel questionario potrebbero invalidare il diritto di risarcimento del danno. Quando viene stipulata una polizza professionale la compagnia richiede se sono effettuate manovre e **procedure invasive** (diagnostiche e terapeutiche). Tali attività andranno necessariamente indicate nel questionario/modulo di proposta. Alcune Compagnie all'interno del Glossario (contenuto nel set informativo) danno una definizione di atto invasivo. Altre invece non riportano nulla rinviando a quanto è stabilito nell'arte e nella prassi medica.

Se vengono effettuate procedure invasive e ne è richiesta la copertura è evidente che il premio subisce variazioni in aumento.

Se non diversamente specificato, per atti invasivi si intendono:

"*Atti praticati senza accesso alla sala operatoria e senza anestesia totale o spinale mediante utilizzo a scopo terapeutico di sorgenti di energia meccanica, termica, luminosa, nonché gli accertamenti diagnostici che comportano il prelievo cruento di tessuti e quelli che comportano la cruentazione di tessuti per introduzione di strumentario*".

Inoltre, è richiesto, sempre nel questionario assuntivo/modulo di proposta, se l'assicurato effettui **interventi chirurgici**. É da premettere che di default le polizze professionali per il medico, a prescindere dalla specialità e dall'inclusione o meno degli atti invasivi, coprono i piccoli interventi di chirurgia ambulatoriale o domiciliare senza accesso a sala operatoria o ad anestesia totale o spinale. Le compagnie assicurative intendono per interventi chirurgici quelli effettuati in sala operatoria. Per le corrette definizioni rimandiamo alle singole condizioni di polizza da valutare sempre con estrema attenzione. Se non diversamente specificato, per atti chirurgici si intendono "*Atti praticati in sala operatoria con anestesia totale o parziale*";

✓ **Franchigie e scoperti:** Per franchigia si intende un importo fisso che resta a carico dell'assicurato in caso di sinistro. Per scoperto si intende l'importo in percentuale che resta a carico dell'assicurato in caso di sinistro.

Esempio 1: franchigia di € 500.00, danno € 25.000,00, importo a carico € 500,00, importo a carico degli Assicuratori € 24.500,00.

Esempio 2: scoperto del 10%, danno € 25.000,00, importo a carico € 2.500,00, importo a carico degli Assicuratori € 22.500,00.

✓ **La tutela legale:** Le polizze di responsabilità civile professionale coprono anche la tutela legale fino ad 1/4 del massimale della copertura RC ed anche in eccedenza ad esso. Tale copertura deriva dall'articolo 1917 del Codice civile, il quale dispone che le spese per resistere all'azione del danneggiato contro l'assicurato sono di competenza della compagnia di assicurazioni fino a 1/4 del massimale. I testi di polizza RC spesso riportano questo inciso relativo alla tutela legale: "fino a quando la compagnia ne ha interesse".

La tipologia di tutela legale appena descritta dà una copertura parziale.

LE LINEE GUIDA E LA RESPONSABILITÀ PENALE

Le **linee guida** e le **buone pratiche clinico-assistenziali** con la legge Gelli hanno un valore preciso. Infatti, l'art. 6 della legge esclude la punibilità penale qualora il danno professionale sia stato causato da un comportamento aderente alle linee guida. L'osservanza delle linee guida quindi da un lato esclude la responsabilità penale, ma non esclude in alcun modo una eventuale responsabilità civile. I sinistri medico-legali riguardano una condotta erronea (colposa) del medico oppure una condotta omissiva.

Le dinamiche possono essere le più svariate, di seguito riportiamo alcuni esempi tipo di sinistri:

- errore tecnico in una prestazione chirurgica che comporti una grave menomazione del paziente;
- erronea terapia che comporti un aggravamento irreversibile della patologia pregressa;
- erronea diagnosi in un'urgenza che comporti gravi danni al paziente;
- intervento intempestivo in ipotesi nelle quali sia necessario;
- mancato ed immotivato rispetto delle linee guida e delle procedure prescritte;
- mancata o erronea acquisizione del consenso informato o di una cartella clinica.

Si segnala altresì la previsione di cui all'art. 38-bis del D.L. n. 152/2021 convertito in legge, con modifiche, dalla L. n. 233/2021 con decorrenza dal 01.01.2022, ove si prevede che *"1. Al fine di attuare le azioni previste dalla missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza, relative al potenziamento e allo sviluppo delle competenze tecniche, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario, a decorrere dal triennio formativo 2023-2025,* ***l'efficacia delle polizze assicurative di cui all'articolo 10 della legge 8 marzo 2017, n. 24, è condizionata all'assolvimento in misura non inferiore al 70 per cento dell'obbligo formativo individuale*** *dell'ultimo triennio utile in materia di formazione continua in medicina".*

ESERCIZIO PROFESSIONALE IN FORMA ASSOCIATA E SOCIETÀ TRA PROFESSIONISTI

In prima analisi è opportuno evidenziare che l'art. 1, comma 1, del decreto 8 febbraio 2013 n. 34, definisce la società tra professionisti (stp) come la società, "costituita secondo i modelli societari regolati dai titoli V e VI del libro V del codice civile e alle condizioni previste dall'articolo 10, commi da 3 a 11, della legge 12 novembre 2011, n. 183, avente ad oggetto l'esercizio di una o più attività professionali per le quali sia prevista l'iscrizione in appositi albi o elenchi regolamentati nel sistema ordinistico".

L'art. 8 del decreto 8 febbraio 2013 n. 34, prevede, altresì, che: "La società tra professionisti è iscritta in una sezione speciale degli albi o dei Registri tenuti presso l'ordine o il collegio professionale di appartenenza dei soci professionisti. La società multidisciplinare è iscritta presso all'Albo o il registro dell'ordine o collegio professionale relativo all'attività individuata come prevalente nello statuto o nell'atto costitutivo".

L'individuazione di una delle attività professionali ordinistiche come prevalente all'interno dell'oggetto sociale non è di per sé ritenuta necessaria né obbligatoria, cosicché è rimesso alla volontà dei soci dichiarare una attività professionale prevalente ovvero non far menzione di tale prevalenza, con la conseguenza che:

a) nel primo caso, l'iscrizione della S.T.P. sarà richiesta al solo albo dell'attività professionale dichiarata prevalente;

b) nel secondo caso, l'iscrizione della S.T.P. verrà richiesta a tutti gli albi degli ordini professionali la cui attività è dedotta nell'oggetto sociale multidisciplinare.

Gli Ordini sono tenuti a dare alle proprie Federazioni nazionali comunicazione, per via telematica, delle nuove iscrizioni delle S.T.P. agli albi territoriali, ai fini dell'aggiornamento dell'Albo unico nazionale, ovvero dell'insieme degli albi territoriali di ogni professione sanitaria riconosciuta.

La FNOMCeO e la FNO TSRM e PSTRP, concordando sulla necessità di garantire l'accessibilità, la trasparenza e la condivisione delle informazioni, nel rispetto dei compiti istituzionali attribuiti ai singoli enti ordinistici, con l'obiettivo di vigilare reciprocamente sulle attività sanitarie svolte e tutelare il diritto di informazione del paziente, stabiliscono che:

- per le società tra professionisti multidisciplinari, indipendentemente dall'individuazione o meno di un'attività dichiarata come prevalente, l'avvenuta iscrizione o rigetto della domanda sarà comunicata da parte dell'ordine/degli ordini professionale/i, telematicamente, alle rispettive Federazioni nazionali, ciascuna per le professioni coinvolte;

- l'elenco delle società tra professionisti multidisciplinari è pubblicato sul sito delle rispettive Federazioni nazionali, nell'osservanza delle norme sulla protezione dei dati personali previste dal Regolamento UE 2016/679.

3. Sull'individuazione dell'attività "prevalente".

Con precipuo riferimento alle S.T.P. multidisciplinari, premesso quanto indicato al paragrafo 2., la FNOMCeO e la FNO TSRM e PSTRP convengono, altresì, sulla necessità di riconoscere dei criteri condivisi ai fini dell'individuazione dell'eventuale attività cd. "prevalente" e della corretta indicazione all'interno dell'oggetto sociale.

La scelta di quale sia l'attività prevalente di una società tra professionisti si ritiene non possa, infatti, esser rimessa all'arbitrio della compagine sociale e, per la particolare natura delle prestazioni rese, non possa neppure ispirarsi a meri criteri di convenienza economica.

L'identificazione dell'attività prevalente, dunque, dovrà esser coerente con la composizione della compagine societaria, nella sua dimensione capitaria e finanziaria, seguendo sempre il criterio della prevalenza dei due terzi dei soci, con la conseguenza che:

- nell'ipotesi in cui, nella compagine societaria, vi sia una maggioranza di due terzi di soci con un medesimo profilo professionale, l'attività prevalente non potrà prescindere da essa;
- nell'ipotesi in cui, nella compagine societaria, vi sia una maggioranza di due terzi di quote appartenenti a soci con un medesimo profilo professionale, l'attività prevalente non potrà prescindere da essa.

Per le medesime ragioni espresse *sub* paragrafo 1., si ritiene che il requisito capitario (numero dei soci) e quello finanziario (partecipazione al capitale), anche ai fini dell'individuazione dell'eventuale attività prevalente, debbano necessariamente armonizzarsi tra loro, ricorrendo cumulativamente.

Diversamente argomentando, si accorderebbe alla compagine societaria, anche nella sua componente non rappresentativa dell'attività "prevalente", il potere di influire non solo sulle scelte strategiche della S.T.P., ma anche sulle modalità di svolgimento delle prestazioni "prevalenti", realizzandosi una potenziale compromissione della libertà di autodeterminazione del professionista, del tutto incoerente con le norme deontologiche che governano l'agire di ciascun professionista sanitario.

Non appare conforme, infatti, la costituzione di una società tra professionisti che contempli, quale "prevalente", un'attività sanitaria che non trovi adeguata rispondenza nel numero dei soci professionisti chiamati a svolgerla, ovvero che sia disancorata rispetto alle quote societarie detenute dal/dai professionista/i la cui attività è individuata come tale.

L'importanza della corretta determinazione dell'attività c.d. "prevalente" è essenziale, inoltre, ai fini di quanto previsto al CAPO IV, Art. 12 del Decreto 8 febbraio 2013, n. 34, ossia per il regime disciplinare a cui è soggetta

la società tra professionisti. Ferma restando, infatti, la responsabilità disciplinare del socio professionista, che è subordinato alle regole deontologiche del proprio albo, la S.T.P. risponde autonomamente dell'incarico professionale ricevuto seguendo le regole deontologiche dell'albo al quale risulta iscritta.

Pertanto, una società professionale multidisciplinare per la quale è individuata un'attività prevalente risponderà disciplinarmente soltanto delle violazioni alle norme deontologiche dell'albo presso l'ordine professionale al quale risulterà iscritta.

In definitiva, la FNOMCeO e la FNO TSRM e PSTRP concordano sull'esigenza che, ai fini della iscrizione all'albo di una S.T.P. nei rispettivi ordini professionali, nell'ipotesi in cui sia indicata una attività "prevalente", i soci professionisti, la cui attività è indicata come tale, dovranno essere di numero pari almeno ai due terzi del numero totale dei soci e, al tempo stesso, detenere la maggioranza del capitale per una quota pari ai due terzi.

Tuttavia, nel caso in cui non vi sia la prevalenza numerica di soci professionisti con la medesima abilitazione, l'individuazione dell'eventuale attività prevalente, è rimessa - esclusivamente in questo caso - al solo criterio finanziario della maggioranza di due terzi di quote possedute.

Nel caso, infine, in cui si utilizzino i modelli della S.p.A. e della s.r.l. per la costituzione di una S.T.P. in forma individuale (c.d. S.T.P. unipersonale) e il socio professionista sia abilitato per più professioni (ad es. iscritto a due diversi albi professionali), l'eventuale indicazione dell'attività prevalente sarà rimessa alla scelta dello stesso in fase di costituzione della società.

Inoltre, l'art. 9 del decreto 8 febbraio 2013 n. 34 dispone che "La domanda di iscrizione di cui all'articolo 8 è rivolta al consiglio dell'ordine o del collegio professionale nella cui circoscrizione è posta la sede legale della società tra professionisti…".

Al fine della suddetta iscrizione all'Albo occorre inoltre che la stp richiedente possieda i due requisiti della maggioranza dei due terzi "per teste" e "per quote di capitale" di cui all'art. 10, comma 4, lett. b), L. n. 183/2011 i quali devono essere considerati cumulativi.

In particolare, l'articolo 10, comma 4, lettera b), della legge 12 novembre 2011, n. 183 prevede che nelle società tra professionisti "il numero dei soci professionisti e la partecipazione al capitale sociale dei professionisti deve essere tale da determinare la maggioranza di due terzi nelle deliberazioni o decisioni dei soci; il venir meno di tale condizione costituisce causa di scioglimento della società e il consiglio dell'ordine o collegio professionale presso il quale è iscritta la società procede alla cancellazione della stessa dall'albo, salvo che la società non abbia provveduto a ristabilire la prevalenza dei soci professionisti nel termine perentorio di sei mesi".

Nello specifico la previsione di cui all'art. 10, comma 4, lett. b) l. 183/2011, deve, quindi, esser intesa nel senso ch'essa prescriva, oltre alla maggioranza dei due terzi dei voti in assemblea, anche il requisito della prevalenza dei soci professionisti sia nella partecipazione al capitale sociale che nel numero dei soci (requisito cumulativo).

I soci professionisti dovranno prevalere numericamente e, al tempo stesso, detenere la maggioranza del capitale, nonché dovranno disporre della maggioranza dei due terzi nelle deliberazioni, a prescindere, quindi, dal metodo di voto (per quote o per teste).

Siffatte realtà societarie, in qualunque forma siano esse costituite, non devono ridursi a mero strumento di commercializzazione di servizi, ma devono invece armonizzarsi con la necessità di rispondere a quel diritto fondamentale di tutela della salute dell'individuo (art. 32 Cost.), che come tale, va salvaguardato indipendentemente da ogni altra posizione che obbedisce, invece, a criteri di concorrenzialità.

È opportuno ribadire la necessità, ancor più pregnante nel campo sanitario, che la distribuzione dei poteri tra i soci e l'organizzazione interna della società debbano esser tali da garantire che tutte le scelte riguardanti l'attività professionale in senso stretto (ad esempio: la presa in carico del paziente, la determinazione dei compensi per l'attività professionale, la determinazione delle modalità di svolgimento degli incarichi da parte dei professionisti ecc.), siano assunte direttamente dai soci professionisti, ovvero con la partecipazione determinante dei medesimi sia come numero che come quote detenute di capitale sociale.

E' indispensabile, dunque, nello svolgimento dell'attività sanitaria attraverso il modello delle S.T.P., conservare il massimo livello di rigore, peraltro del tutto coerente con la lettera della legge e, con gli approdi della Giurisprudenza.

In giurisprudenza, infatti, l'orientamento è sin qui unanime nel ritenere che "Il requisito della prevalenza dei soci professionisti sia nella partecipazione al capitale sociale che nel numero dei soci è prescritto dalla legge in via cumulativa senza possibilità di eccezione alcuna, stante la lettera della norma laddove statuisce che "in ogni caso" i soci professionisti devono sia possedere la maggioranza del capitale sociale che essere in numero tale da garantire la maggioranza dei due terzi nelle deliberazioni, a prescindere, quindi, dal metodo di voto (per quote o per teste)" (Tribunale Treviso, sez. II, 20 settembre 2018, n. 3438).

Pertanto, al fine di garantire l'interesse generale al corretto svolgimento dell'esercizio di una attività professionale, nel rispetto del principio di trasparenza e, in particolare, al fine di evitare il proliferare di fenomeni decettivi e ingannevoli per il pubblico e di tutelare l'affidamento che genera l'indicazione "società tra professionisti", appunto quale entità nella quale operano soltanto o comunque in massima parte professionisti, si deve ritenere, quanto agli assetti proprietari, che i soci professionisti debbano avere una quota complessiva pari almeno ai due terzi dell'intero capitale sociale e che debbano essere anche numericamente in maggioranza rispetto alle altre componenti e cioè ai soci non professionisti" (Tribunale di Roma, sez. specializzata in materia d'impresa, decreto del 26 aprile 2021, n. 2663).

Si ritiene, altresì, opportuno sottolineare che con la decisione n. 2 del 20 maggio 2024 la CCEPS ha confermato il suddetto indirizzo circa l'interpretazione della norma (art. 10, comma 4, lett. b), L. n. 183/2011) sulla necessità della concomitante prevalenza della maggioranza per teste e per quote nella compagine sociale.

Più medici nel rispetto della normativa vigente possono costituire uno studio associato o una società tra professionisti (STP) al fine di esercitare la professione medica.

Per studio medico associato si intende un'organizzazione nella quale sono presenti più medici che insieme esercitano la professione.

In questo caso in linea di principio anche se i professionisti fanno parte dello stesso studio mantengono un rapporto individuale con i pazienti, la prestazione viene eseguita dunque in modo personale.

Un modello alternativo allo studio associato è la società tra professionisti (STP) introdotta nel nostro ordinamento dall'articolo 10 della Legge numero 183 del 12 novembre 2011.

I soci di una STP per i 2/3 devono essere iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri; l'altro terzo può essere anche una persona fisica o una società che partecipi solo come socio di capitale. Per legge i soci iscritti all' Albo Professionale dovranno inoltre detenere almeno i 2/3 anche delle quote sociali. In assenza di queste precise condizioni la STP non può sussistere.

È opportuno chiarire di seguito alcune differenze tra studio associato e STP.

Lo studio associato non ha una vera e propria forma giuridica autonoma. Una STP può legalmente essere costituita in svariate forme: società di persone (società semplici, società in nome collettivo, società in accomandita semplice), società di capitali (società a responsabilità limitata, società per azioni, società in accomandita per azioni) oppure società cooperative.

Da questo punto di vista l'associazione dei professionisti prevederà adempimenti nonché modelli organizzativi, contabili e fiscali di consistente differenza.

Se uno studio associato deve avere un nome necessariamente legato a uno o più dei suoi soci, la società tra professionisti (essendo a tutti gli effetti una società), non ha vincoli nella scelta del nome.

In materia legale la responsabilità civile per uno studio associato sarà in capo ai singoli mentre per l'STP la responsabilità è della società stessa.

La contabilità delle STP deve essere di tipo ordinario, per contro gli studi associati possono scegliere tra contabilità semplificata od ordinaria.

In conclusione, riteniamo opportuno che Medici e Odontoiatri intenzionati ad intraprendere la professione in forma associata valutino sin da subito e attentamente gli aspetti fiscali e legali al fine di optare per la soluzione a loro più appropriata.

STP O STUDI ASSOCIATI: VARIABILE FISCALE NELLE OPERAZIONI TRA PROFESSIONISTI

LO STUDIO INDIVIDUALE

Nel conferimento in studio associato, se si apporta «un complesso unitario di attività materiali e immateriali, inclusa la clientela e altri elementi immateriali, nonché passività, organizzato per l'esercizio dell'attività artistica o professionale», l'operazione non produce effetti fiscali. La conseguenza più importante è che, a differenza di un semplice conferimento di beni singoli, non emergono plusvalenze tassabili in capo al professionista. Le stesse conclusioni valgono se l'apporto avviene in una società semplice.

Nel caso di conferimento in società tra professionisti, dove appunto il destinatario dell'apporto è una Stp (in forma di società di persone o di capitali o cooperativa), si ricade nella previsione principale dell'articolo 177-bis del Tuir, la nuova norma che sancisce la neutralità di questa operazione. Si dovrà considerare che si passa da una realtà che produce reddito di lavoro autonomo (imponibile per cassa) a una che produce reddito di impresa (rilevante per competenza). Sono dettate regole specifiche per evitare salti di imposta.

LO STUDIO ASSOCIATO

La più diffusa evoluzione che interessa gli studi associati è la **trasformazione in Stp**. L'operazione è fiscalmente neutra, ma anche in questa ipotesi si passa dal reddito di lavoro autonomo a quello di impresa. Anche per operazioni di **fusione e scissione** l'articolo 177-bis del Tuir prevede la neutralità fiscale e la continuità dei valori. Rimane da approfondire l'aspetto civilistico di queste operazioni straordinarie, dato che fusione e scissione sono disciplinate dal Codice con chiarezza per le società, mentre in questo caso vengono effettuate da associazioni. Se la fusione o la scissione finisce per interessare anche Stp (ad esempio, uno studio associato che si fonde con una Srl Stp), è chiaro che per questo ultimo tipo di soggetto non vi sarebbero dubbi circa la procedura da adottare. Sotto il profilo fiscale, comunque, la neutralità spetta non solo alle operazioni "di" associazioni e società, ma anche a quelle "tra" di esse.

LA SOCIETÀ TRA PROFESSIONISTI

Se il soggetto in partenza è già una **società commerciale**, sia pure costituita con la forma di Stp, gli aspetti civilistici e fiscali delle operazioni sono quelli noti. Non vi è infatti nessuna differenza con analoghe operazioni di conferimento, trasformazione, fusione e scissione effettuate da società commerciali che esercitano altre attività.

LA FINE DELL'ATTIVITÀ

Lo **studio individuale** può estinguersi per: cessione della clientela: in tal caso il professionista realizza un reddito di lavoro autonomo, tassato separatamente se il corrispettivo viene incassato, anche in più rate, nello

stesso periodo di imposta; successione o donazione: in tal caso si applicano, in pratica, le regole dell'articolo 58 del Tuir; quindi, eredi o donatari subentrano in continuità nei valori fiscali riconosciuti di attività e passività.

La **permanenza di un professionista** in uno studio associato o società semplice può finire in due casi: cessione della clientela da parte dello studio associato o società semplice, per la quale valgono le considerazioni precedenti; cessione della quota: in tale ipotesi (novità della riforma fiscale che vale nel caso di cessione di quota di un soggetto che dichiara reddito di lavoro autonomo), la plusvalenza realizzata è sempre un reddito di lavoro autonomo, con il possibile beneficio della tassazione separata.

Nel caso di **società tra professionisti**: la cessione di clientela genera una plusvalenza determinata e tassata con le regole del reddito di impresa; se la partecipazione viene ceduta, distinguiamo tra socio cedente persona fisica (che realizza un reddito diverso - *capital gain* - con imposta sostitutiva del 26%) e socio cedente società (plusvalenza che rientra nel reddito di impresa

Da lavoro autonomo a reddito d'impresa

Tutte le operazioni di riorganizzazione, a partire dal periodo di imposta 2024, sono "neutrali" dal punto vista fiscale. L'aspetto più semplice di questa considerazione riguarda il fatto che da nessuna di esse emerge materia imponibile per chi le attua. Ma vi sono altri elementi da considerare: innanzitutto, la continuità implica che il soggetto conferente assuma, quale valore delle partecipazioni ricevute, la somma algebrica dei valori fiscalmente riconosciuti di attività e passività conferite e il soggetto conferitario subentri nella posizione di quello conferente in ordine a quanto ricevuto. Il conferitario ha anche l'onere di far risultare da uno specifico prospetto di riconciliazione della dichiarazione dei redditi i dati esposti nelle scritture contabili e i valori fiscalmente riconosciuti.

In alcuni casi (conferimento di studio individuale in Stp, trasformazione di studio associato in Stp) la neutralità deve comportare che non debbano avvenire salti o duplicazioni di imposizione. In questi casi (passaggio da lavoro autonomo tassato per cassa a reddito di impresa tassato per competenza), le nuove norme prevedono che i componenti positivi e negativi che hanno già concorso alla formazione del reddito, in base alle regole del lavoro autonomo, non assumono rilevanza nella determinazione del reddito d'impresa dei periodi di imposta successivi. Pensiamo, per esempio, a un costo anticipato (il pagamento di un canone) sostenuto e dedotto dal professionista, che viene poi imputato (riscontato) per competenza dalla Stp senza possibilità di deduzione.

Per simmetria, un provento anticipato incassato e tassato nell'ambito del reddito professionale non sarà imponibile per la Stp che lo imputerà per competenza. Anche i componenti che non hanno ancora concorso alla determinazione del reddito di lavoro autonomo secondo il criterio di cassa concorreranno alla determinazione del reddito d'impresa al momento della manifestazione finanziaria; ad esempio, il credito di un'associazione professionale non ancora incassato al momento della trasformazione in Stp concorrerà alla determinazione del reddito della società al momento dell'incasso.

Le stesse regole si applicano simmetricamente all'ipotesi inversa (meno frequente) di passaggio da un periodo di imposta soggetto alla determinazione del reddito d'impresa a un periodo d'imposta soggetto alla determinazione del reddito di lavoro autonomo. Ad esempio, un costo di competenza ma non pagato dalla società sarà dedotto da quest'ultima, mentre il pagamento fatto successivamente non comporterà costi deducibili dal reddito di lavoro autonomo. È indubbio, quindi, che il passaggio di regime comporterà qualche onere aggiuntivo di gestione fiscale

Le operazioni straordinarie che possono interessare le diverse tipologie di soggetti sono:

- trasformazioni, fusioni e scissioni di società tra professionisti;
- trasformazioni, fusioni e scissioni delle associazioni professionali o delle società semplici;
- trasformazioni, fusioni e scissioni tra società tra professionisti e associazioni o società semplici.

Operazioni societarie dello studio associato

La più diffusa ipotesi di evoluzione che interessa questo tipo di studi è la trasformazione in Stp. L'operazione è fiscalmente neutra, qualunque sia la forma societaria adottata (società di persone o di capitali) ma va sempre ricordato che in questa ipotesi si passa dal reddito di lavoro autonomo a quello di impresa.

Inoltre, gli studi associati possono essere interessati da operazioni di fusione e scissione.

Posto che l'articolo 177 *bis* prevede la neutralità fiscale e la continuità dei valori, tuttavia occorre precisare che mentre per le società tali operazioni sono disciplinate esplicitamente dal Codice civile, ciò non vale per le associazioni professionali, relativamente alle quali riguardo ai profili pratici dovrebbero far chiarezza i notai.

Operazioni attuate da società tra professionisti

Se il soggetto di partenza è già una società commerciale, costituita con la forma di Stp, gli aspetti civilistici e fiscali delle operazioni sono quelli noti. Non vi è, infatti, nessuna differenza con analoghe operazioni di conferimento, trasformazione, fusione e scissione effettuate da società commerciali che esercitano altre attività. Si farà, pertanto, riferimento alle norme del Codice civile sia per gli aspetti di base sia per quelli procedurali (documenti da predisporre, delibere, tutele).

Ci possono essere specificità da considerare, invece, quando l'ente che risulta dall'operazione societaria non è più una società commerciale: ad esempio, si considerino la trasformazione da Stp in associazione professionale, oppure la scissione di una Stp in cui una beneficiaria è uno studio associato. In questi casi avviene comunque una cesura sia tra le imposte (da Ires ad Irpef) sia nelle modalità di determinazione del reddito (da reddito di impresa a reddito di lavoro autonomo).

In sostanza, indipendentemente dall'operazione adottata, si verifica in ogni caso una trasformazione implicita.

Il caso particolare della trasformazione

L'operazione di trasformazione è particolarmente delicata, visto che in talune circostanze (si pensi alla trasformazione da studio associato a Stp Srl), si compie un doppio salto: si passa da un soggetto Irpef ad un soggetto Ires e da un soggetto che dichiara reddito di lavoro autonomo a uno che dichiara redito di impresa.

Innanzitutto, nell'anno in cui avviene la trasformazione sarà necessario frazionare il periodo di imposta in cui ha luogo l'operazione (posto che i due periodi sono soggetti a regimi fiscali differenti).

Nel caso più frequente, e cioè nel passaggio da studio associato a Stp in forma di società di capitali:

- il reddito del periodo ante trasformazione (ossia quello maturato nel periodo compreso tra l'inizio del periodo di imposta e la data immediatamente antecedente a quella di efficacia della trasformazione) deve essere assoggettato a tassazione secondo le modalità proprie delle società di persone (ovvero con imputazione per trasparenza in capo ai soci);
- il reddito del periodo post trasformazione (ossia quello maturato nel periodo compreso tra la data di efficacia della trasformazione e la data di chiusura del periodo di imposta) deve essere assoggettato a tassazione secondo le modalità proprie delle società di capitali (ossia con tassazione in capo alla società con applicazione dell'aliquota Ires).

In secondo luogo, occorre regolare la tassazione degli utili prodotti (e non distribuiti ai soci) fino alla data della trasformazione, per evitare duplicazioni o salti di imposta. A questo proposito, l'articolo 177 *bis* del Tuir richiama le regole ordinarie della trasformazione (articolo 170) per quanto riguarda le riserve di utili.

In particolare:

- nel caso di trasformazione di una società non soggetta all'Ires in società soggetta a tale imposta, le riserve costituite prima della trasformazione con utili giù imputati ai soci (a norma dell'articolo 5 Tuir), se dopo la trasformazione sono iscritte in bilancio con indicazione della loro origine, non concorrono a formare il reddito dei soci in caso di distribuzione e l'imputazione di esse a capitale non comporta effetti tributari;
- nel caso di trasformazione di una società soggetta ad Ires in società non soggetta a tale imposta le riserve costituite prima della trasformazione sono imputate pro quota ai soci:

- nel periodo di imposta in cui vengono distribuite o utilizzate per scopi diversi dalla copertura di perdite d'esercizio, se dopo la trasformazione sono iscritte in bilancio con indicazione della loro origine;
- nel periodo di imposta successivo alla trasformazione, se non sono iscritte in bilancio o vi sono iscritte senza l'indicazione richiesta.

I SISTEMI FISCALI

Nell'approcciarsi alla realtà lavorativa il professionista medico e/o odontoiatra dovrà necessariamente trovarsi ad affrontare anche temi legati ai sistemi fiscali di riferimento. Pur nella consapevolezza che tale tema non rientra nelle nostre specifiche competenze, abbiamo scelto di scrivere un breve paragrafo di riferimento per orientare i colleghi che si trovano ad affrontare anche questi argomenti. Si evidenzia altresì che gli aspetti fiscali si intersecano anche con le normative sanitarie e previdenziali.

La professione medica e odontoiatra in Italia si articola in diverse categorie e modalità di lavoro, ognuna con specifici apparati fiscali e normativi.

Data la complessità, variabilità e delicatezza delle normative fiscali, in questo ambito ci limitiamo ad esaminare le principali macroaree e come di seguito specificato:

REDDITO DA LAVORO DIPENDENTE

L'esercizio della professione medica e/o odontoiatrica con un contratto di lavoro subordinato produce fiscalmente un reddito di lavoro dipendente (IRPEF), tassato alla fonte dal sostituto d'imposta/datore di lavoro. Disciplinato dagli artt. 49, 50 e 51 DPR n. 917/1986 "sono redditi di lavoro dipendente quelli che derivano da rapporti aventi per oggetto la prestazione di lavoro, con qualsiasi qualifica, alle dipendenze e sotto la direzione di altri".

L'IRPEF è l'imposta sul Reddito delle Persone Fisiche essendo una tassa progressiva, più alto è reddito, più alta sarà la percentuale che verrà applicata. Il calcolo specifico si basa su scaglioni di reddito a cui vengono applicate aliquote progressive.

Tabella scaglioni IRPEF 2026

Fascia di reddito annuo	**Aliquota IRPEF 2025**
Fino a 28.000 €	**23%**
Da 28.001 € a 50.000 €	**33%**
Oltre 50.000 €	**43%**

REDDITO DA LAVORO AUTONOMO

I medici e gli odontoiatri che svolgono abitualmente l'attività professionale in maniera autonoma, anche se non esclusiva, sono inquadrati dall'ordinamento tributario come esercenti arti e professioni e producono reddito di lavoro autonomo contemplato dagli articoli 53 e 54 del Tuir.

Possiamo inquadrare un medico e/o odontoiatra come libero professionista se:

- organizza autonomamente il proprio lavoro;
- esercita la professione nel proprio studio privato;
- segue dei pazienti personali, con cui instaura obbligazioni professionali dirette.

In generale, la tassazione sul reddito imponibile varia a seconda del regime fiscale adottato.

Nel regime ordinario le aliquote IRPEF (si veda la **Tabella scaglioni IRPEF 2026)** si applicano al reddito imponibile (quale differenza tra i compensi percepiti e le spese sostenute nell'anno, purché siano inerenti all'attività professionale). Il professionista in regime ordinario, oltre a dover affrontare questa tassazione progressiva, deve considerare anche le addizionali regionali e comunali, che possono incidere significativamente sul totale delle imposte.

Un altro aspetto rilevante è la deducibilità delle spese: nel regime ordinario, infatti, il lavoratore autonomo può sottrarre dai ricavi le spese professionali (affitto, materiali, utenze, formazione, ecc.), riducendo così il reddito imponibile. Questo elemento rende il regime ordinario particolarmente vantaggioso per chi ha costi elevati.

Nel regime forfettario, invece, non c'è un'analisi analitica delle spese, ma si applica un **coefficiente di redditività** che determina il reddito imponibile su cui calcolare l'imposta sostitutiva. Per i medici e gli odontoiatri è stato stabilito un coefficiente del 78%. Una volta determinato il reddito imponibile, su questo si applica l'imposta sostitutiva, che può essere del 15% o ridotta al 5% per i primi cinque anni in caso di nuova attività.

Il regime forfettario, grazie alla sua **imposta sostitutiva**, offre numerosi vantaggi: semplicità di calcolo, aliquota fissa, minori adempimenti contabili.

Tuttavia, presenta anche dei limiti:

- non è possibile detrarre le spese professionali effettivamente sostenute (oltre ai contributi previdenziali e alcune riduzioni specifiche);
- è previsto un tetto massimo di ricavi (attualmente 85.000 euro);
- non consente di applicare IVA sulle fatture emesse.

Questi limiti fanno sì che il regime forfettario sia particolarmente indicato per chi ha spese basse e ricavi medio-bassi, mentre il regime ordinario con IRPEF può risultare più vantaggioso per attività strutturate con alti costi deducibili.

L'INFORMAZIONE SANITARIA

In via di premessa, occorre fare una distinzione da un punto di vista normativo e concettuale tra pubblicità informativa (L. n. 248/2006); D.L. 138/2011; DPR 137/2012) e pubblicità commerciale (direttiva 2006/123CE; D.Lgs. 59/2010).

Per pubblicità informativa o informazione sanitaria deve intendersi qualsiasi notizia utile al cittadino per la scelta libera e consapevole di strutture, servizi e professionisti. Le notizie devono essere tali da garantire sempre la tutela della salute individuale e della collettività. La diffusione di informazioni non va assimilata alla pubblicità commerciale pur agendo entrambi sulla volontà o la disponibilità del terzo a divenire utente della prestazione offerta. Saranno quindi il tono, le modalità di presentazione, il contenuto e la frequenza a distinguere il messaggio informativo dal messaggio pubblicitario, e far sì che si risponda ad una esigenza conoscitiva da parte del potenziale paziente.

In altri termini, l'elemento promozionale e attrattivo della clientela caratterizzante la pubblicità commerciale, pertanto, non può sussistere laddove questa assuma carattere informativo. Infatti la pubblicità informativa lungi dal proporsi l'obiettivo di acquisire la clientela con mezzi propri delle attività commerciali, si limita ad informare vin ordine alla "attività professionale, le specializzazioni ed i titoli professionali posseduti, la struttura dello studio ed i compensi delle prestazioni (art 3, comma 3, d.l. 138/2011); per tale ragione quindi "le informazioni devono essere trasparenti, veritiere, corrette e non devono essere equivoche, ingannevoli, denigratorie" art 3, comma 3, ult.cpv, d.l. 138/2011). Peraltro, la pubblicità informativa deve essere sempre "funzionale all'oggetto" ossia idonea ad illustrare "attività delle professioni regolamentate, le specializzazioni, i titoli posseduti attinenti alla professione e i compensi richiesti per le prestazioni" (art. 4 d.p.r 137/2012).

Le considerazioni che precedono consentono dunque di rintracciare la linea di demarcazione tra la pubblicità informativa e quella commerciale nel carattere più o meno promozionale della stessa, essendo solo quest'ultima volta ad attrarre i consumatori mediante l'utilizzo di stili divulgativi tipici della comunicazione commerciale. Invece, la pubblicità informativa per il suo contenuto oggettivo e non equivoco è unicamente funzionale ad illustrare le caratteristiche dell'attività professionale risultando scevra dall'obiettivo di "attrarre" mediante tecniche di comunicazione commerciale i potenziali pazienti.

In materia di pubblicità sanitaria l'art. 55 del Codice di deontologia medica dispone che "il medico promuove e attua un'informazione sanitaria accessibile, trasparente rigorosa e prudente, fondata sulle conoscenze scientifiche acquisite e non divulga notizie che alimentino aspettative o timori infondati o in ogni caso idonee a determinare un pregiudizio dell'interesse generale. Il medico nel collaborare con le istituzioni pubbliche o con soggetti privati nell'attività di informazione sanitaria e di educazione alla salute, evita la pubblicità diretta o indiretta della propria attività professionale o la promozione delle proprie prestazioni".

L'art. 56 del Codice di deontologia medica, inoltre, prevede che "la pubblicità informativa sanitaria del medico e delle strutture sanitarie pubbliche o private, nel perseguire il fine di una scelta libera e consapevole dei servizi professionali, ha per oggetto esclusivamente i titoli professionali e le specializzazioni, l'attività professionale,

le caratteristiche del servizio offerto e l'onorario relativo alle prestazioni. La pubblicità informativa sanitaria, con qualunque mezzo diffusa, rispetta nelle forme e nei contenuti i principi propri della professione medica, dovendo sempre essere veritiera, corretta e funzionale all'oggetto dell'informazione, mai equivoca, ingannevole e denigratoria. E' consentita la pubblicità sanitaria comparativa delle prestazioni mediche e odontoiatriche solo in presenza di indicatori clinici misurabili, certi e condivisi dalla comunità scientifica che ne consentano confronto non ingannevole. Il medico non diffonde notizie su avanzamenti nella ricerca biomedica e su innovazioni in campo sanitario non ancora validate e accreditate dal punto di vista scientifico, in particolare se tali da alimentare attese infondate e speranze illusorie. Spetta all'Ordine competente per territorio la potestà di verificare la rispondenza della pubblicità informativa sanitaria alle regole deontologiche del presente Codice e prendere i necessari provvedimenti".

L'articolo 6 *(Disposizioni in materia di pubblicità nel settore sanitario. Caso NIF 2020/4008) introdotto dalla legge di conversione 10 agosto 2023, n. 103 del decreto-legge 13 giugno 2023, n. 69, recante disposizioni urgenti per l'attuazione di obblighi derivanti da atti dell'Unione europea e da procedure di infrazione e pre-infrazione pendenti nei confronti dello Stato italiano, dispone che: "1.* All'articolo 1 della legge 30 dicembre 2018, n. 145, il comma 525 è sostituito dal seguente: «525. Le comunicazioni informative da parte delle strutture sanitarie private di cura e degli iscritti agli albi degli Ordini delle professioni sanitarie di cui al capo II della legge 11 gennaio 2018, n. 3, in qualsiasi forma giuridica svolgano la loro attività, comprese le società di cui all'articolo 1, comma 153, della legge 4 agosto 2017, n. 124, possono contenere unicamente le informazioni di cui all'articolo 2, comma 1, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248, funzionali a garantire il diritto ad una corretta informazione sanitaria, restando escluso, nel rispetto della libera e consapevole determinazione dell'assistito, della dignità della persona e del principio di appropriatezza delle prestazioni sanitarie, qualsiasi elemento di carattere attrattivo e suggestivo, tra cui comunicazioni contenenti offerte, sconti e promozioni, che possa determinare il ricorso improprio a trattamenti sanitari»".

L'art. 2, comma 1 del Decreto-legge 04/07/2006, n. 223, come modificato dalla legge di conversione 4 agosto 2006, n. 248 (Legge c.d. Bersani) prevede che "In conformità al principio comunitario di libera concorrenza ed a quello di libertà di circolazione delle persone e dei servizi, nonché al fine di assicurare agli utenti un'effettiva facoltà di scelta nell'esercizio dei propri diritti e di comparazione delle prestazioni offerte sul mercato, dalla data di entrata in vigore del presente decreto sono abrogate le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono con riferimento alle attività libero professionali e intellettuali:...b) il divieto, anche parziale, di svolgere pubblicità informativa circa i titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto, nonché il prezzo e i costi complessivi delle prestazioni secondo criteri di trasparenza e veridicità del messaggio il cui rispetto è verificato dall'ordine;..".

Inoltre, l'art 1, comma 536, della Legge 30 dicembre 2018, n. 145, dispone, che "In caso di violazione delle disposizioni sulle comunicazioni informative sanitarie di cui al comma 525, gli ordini professionali sanitari territoriali, anche su segnalazione delle rispettive Federazioni, procedono in via disciplinare nei confronti dei professionisti o delle società iscritti e segnalano tali violazioni all'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni ai fini dell'eventuale adozione dei provvedimenti sanzionatori di competenza. Le strutture sanitarie private di cura si dotano di un direttore sanitario che comunica il proprio incarico all'ordine territoriale competente per il luogo in cui ha sede la struttura. A tale ordine territoriale compete l'esercizio del potere disciplinare nei confronti del direttore sanitario limitatamente alle funzioni connesse all'incarico".

La Legge n. 248/2006 e la Legge n. 145/2018 stabiliscono i criteri per l'informazione sanitaria. L'informazione sanitaria può essere veicolata attraverso siti web e social media, attraverso cartellonistica e volantini oppure attraverso inserzioni televisive o radiofoniche; i principi stabiliti dall'articolo sono:

1. carattere informativo

   il messaggio deve veicolare solo informazioni utili al paziente come servizi offerti, orari e tariffe evitando ogni forma di persuasione emotiva. In particolare, si sottolinea il divieto di promulgare messaggi pubblicitari suggestivi e sensazionalistici. Non è ammessa un tipo di informazione che sia di natura promozionale (un esempio possono essere le visite gratuite o le terapie scontate).

2. rispetto del decoro professionale

   i messaggi devono essere sobri e conformi ai principi deontologici della professione. Sono vietate le comparazioni dirette o indirette con altri professionisti o strutture.

3. conformità alle linee guida del ministero della salute.

È importante sottolineare come, nel caso di strutture odontoiatriche in forma societaria, il Direttore Sanitario sia la figura responsabile dell'informativa sanitaria riguardante la struttura stessa.

Inoltre, in materia di pubblicità con riferimento ai dispositivi medici il Decreto legislativo 05/08/2022, n. 137 (Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2017/745 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 aprile 2017, relativo ai dispositivi medici, che modifica la direttiva 2001/83/CE, il regolamento (CE) n. 178/2002 e il regolamento (CE) n. 1223/2009 e che abroga le direttive 90/385/CEE e 93/42/CEE del Consiglio, nonché per l'adeguamento alle disposizioni del regolamento (UE) 2020/561 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 aprile 2020, che modifica il regolamento (UE) 2017/745 relativo ai dispositivi medici, per quanto riguarda le date di applicazione di alcune delle sue disposizioni ai sensi dell'articolo 15 della legge 22 aprile 2021, n. 53).

All'Art 26 (Pubblicità) prevede che "1. E' vietata la pubblicità verso il pubblico dei seguenti dispositivi:

a) dispositivi su misura di cui all'articolo 2, numero 3), del regolamento;

b) dispositivi per il cui impiego è prevista come obbligatoria, dalle norme vigenti, l'assistenza di un medico o di altro professionista sanitario;

c) dispositivi per il cui impiego è prevista come obbligatoria, secondo le indicazioni del fabbricante, l'assistenza di un medico o di altro professionista sanitario;

d) dispositivi medici la cui vendita al pubblico è subordinata, dalle norme vigenti, alla prescrizione di un medico.

2. Nell'interesse della salute pubblica o della sicurezza e salute dei pazienti, il Ministro della salute, con apposito decreto, può individuare ulteriori tipologie di dispositivi medici per i quali non è consentita la pubblicità presso il pubblico.

3. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 7 del regolamento, la pubblicità presso il pubblico dei dispositivi diversi da quelli di cui al comma 1 è, soggetta ad autorizzazione del Ministero della salute. Sulle domande di autorizzazione esprime parere la sezione per il rilascio delle licenze per la pubblicità sanitaria del comitato tecnico sanitario previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 2013, n. 44.

4. In ordine alla procedura di rilascio dell'autorizzazione alla pubblicità dei dispositivi medici si osservano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui all'articolo 118, commi 8, 9, 10, 11, 12, 13, del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219.

5. Relativamente ai dispositivi per i quali è consentita la pubblicità presso il pubblico, il Ministero della salute, sentite le associazioni più rappresentative degli operatori del settore, con linee guida disciplina le modalità operative consentite per lo svolgimento della pubblicità, ivi comprese quelle che comportano l'utilizzo di sistemi elettronici.

6. Con decreto del Ministro della salute sono individuate le fattispecie che, in deroga a quanto previsto dal comma 3, non necessitano di autorizzazione ministeriale.

7. L'informazione rivolta agli operatori sanitari non necessita di autorizzazione e si svolge nel rispetto delle modalità individuate con linee guida del Ministero della Salute".

Inoltre il Decreto legislativo 05/08/2022, n. 138 (Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2017/746, relativo ai dispositivi medico-diagnostici in vitro e che abroga la direttiva 98/79/CE e la decisione 2010/227/UE della commissione, nonché per l'adeguamento alle disposizioni del regolamento (UE) 2022/112 che modifica il regolamento (UE) 2017/746 per quanto riguarda le disposizioni transitorie per determinati dispositivi medico-diagnostici in vitro e l'applicazione differita delle condizioni concernenti i dispositivi fabbricati internamente ai sensi dell'articolo 15 della legge 22 aprile 2021, n. 53) all'Art. 22 (Pubblicità) dispone che "1. E' vietata la pubblicità verso il pubblico dei seguenti dispositivi:

a) dispositivi per il cui impiego è prevista come obbligatoria, dalle norme vigenti, l'assistenza di un medico o di altro professionista sanitario;

b) dispositivi per il cui impiego è prevista come obbligatoria, secondo le indicazioni del fabbricante, l'assistenza di un medico o di altro professionista sanitario;

c) dispositivi la cui vendita al pubblico è subordinata, dalle norme vigenti, alla prescrizione di un medico.

2. Nell'interesse della salute pubblica o della sicurezza e salute dei pazienti, il Ministro della salute, con apposito decreto, può individuare ulteriori tipologie di dispositivi per i quali non è consentita la pubblicità presso il pubblico.

3. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 7 del regolamento, la pubblicità presso il pubblico dei dispositivi diversi da quelli di cui al comma 1 è soggetta ad autorizzazione del Ministero della salute. Sulle domande di autorizzazione esprime parere la sezione per il rilascio delle licenze per la pubblicità sanitaria del comitato tecnico sanitario previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 2013, n. 44.

4. In ordine alla procedura di rilascio dell'autorizzazione alla pubblicità dei dispositivi si osservano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui all'articolo 118, commi da 8 a 13, del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219.

5. Relativamente ai dispositivi per i quali è consentita la pubblicità presso il pubblico, con linee guida del Ministero della salute, sentite le associazioni più rappresentative degli operatori del settore, sono disciplinate le modalità operative consentite di svolgimento della pubblicità, ivi comprese quelle che comportano l'utilizzo di sistemi elettronici.

6. Con decreto del Ministro della salute sono individuate le fattispecie che, in deroga a quanto previsto dal comma 3, non necessitano di autorizzazione ministeriale.

7. L'informazione rivolta agli operatori sanitari non necessita di autorizzazione e si svolge nel rispetto delle modalità individuate con linee guida del Ministero della salute”.

RINGRAZIAMENTI

Desideriamo esprimere la nostra profonda gratitudine a tutti coloro che hanno contribuito alla realizzazione di questo vademecum, un progetto nato con l'intento di offrire uno strumento pratico e aggiornato per i giovani medici e odontoiatri che si affacciano alla professione.

Un sincero ringraziamento va al Presidente, il **Dott. Filippo Anelli**, il cui supporto costante e la cui visione lungimirante rappresentano una guida preziosa.

Un riconoscimento speciale al **Dott. Bruno Zuccarelli**, Coordinatore dell'Osservatorio Giovani FNOMCeO, per il suo impegno instancabile nella promozione di iniziative volte a sostenere e a valorizzare i giovani professionisti della salute. La sua esperienza e dedizione sono state fondamentali per il successo di questo lavoro.

Un caloroso ringraziamento al **Segretario Dott. Roberto Monaco**, per la sua disponibilità, il suo contributo organizzativo e la sua attenzione ai dettagli che hanno garantito la qualità e l'efficacia di questo progetto.

Siamo certi che questo vademecum sarà un compagno prezioso per i colleghi più giovani e un simbolo dell'importanza della collaborazione e del dialogo all'interno della nostra professione.

L'Osservatorio Giovani Professionisti Medici e Odontoiatri FNOMCeO