

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PARMA

GUIDA PER I NEO LAUREATI

Sommario :

Dalla Segreteria	Pag.	2
Posta elettronica certificata	"	3
Graduatorie ed elenchi	"	4
<u>FORMAZIONE</u>		
Corso di Formazione in medicina generale	"	6
Diploma di specializzazione	"	7
Formazione all'estero	"	11
ECM	"	15
<u>PROFESSIONE</u>		
Inizio attività-adempimenti fiscali	"	19
Studio medico	"	20
Privacy in sanità	"	23
Il certificato medico	"	25
La ricetta medica	"	27
Pubblicità dell'informazione sanitaria	"	31
Pubblicità sanitaria-Linee di indirizzo	"	33
<u>PREVIDENZA</u>		
Contributi	"	36
Prestazioni	"	38
Riscatti	"	41

A cura della Responsabile di Segreteria

NOVEMBRE 2013

L'iscrizione all'Albo dà diritto all'esercizio professionale su tutto il territorio della Repubblica Italiana.

L'iscrizione all'Albo comporta automaticamente ed obbligatoriamente l'iscrizione all'ENPAM (Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza medici) . Sede ENPAM in Roma Via Torino 38 (pag.50)

DALLA SEGRETERIA

Orario apertura uffici:

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì
9 - 13	9 - 17	9 - 16	9 - 18	9 - 13

Nei mesi di luglio e agosto la segreteria osserva il seguente orario : 9 -14

Tel. 0521 208818

Fax 0521 234276

e.mail: segreteria@omceopr.it

Indirizzo PEC : ordinemedicidiparma@postecert.it

sito Ordine : www.omceopr.it

Gli uffici forniscono inoltre informazioni e istruzione pratiche previdenziali ENPAM:

COMUNICA IL TUO INDIRIZZO E MAIL a segreteria@omceopr.it per una più veloce e puntuale informazione e per ricevere le newsletter .

CAMBIO DI RESIDENZA O SEDE DI ATTIVITA' PROFESSIONALE

La Legge 362/91 ha modificato la lett.e) dell'art. 9 D.L.C.P.S. 233/46 consentendo agli esercenti le professioni sanitarie l'iscrizione all'Albo della provincia in cui viene svolta l'attività professionale in alternativa a quello della provincia in cui è fissata la residenza.

E' OBBLIGATORIO comunicare alla segreteria dell'Ordine la variazione :

- di residenza
- dati anagrafici
- codice fiscale

L'iscritto deve inoltre comunicare il conseguimento dei titoli di studio:

- specializzazioni
- diplomi o master universitari

TASSA ANNUALE DI ISCRIZIONE

L'iscritto è tenuto al versamento di una quota associativa annuale per l'Ordine e per la Federazione Nazionale degli Ordini dei medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Roma. a tasso annuale di iscrizione, per il primo anno deve essere pagata presso il servizio Tesoreria di quest'Ordine (Banco di Sardegna); per gli anni successivi è riscossa dall'Ordine per il tramite della Concessionaria Equitalia Emilia Centro con sede in Parma, Strada dei Mercati 11b in unica rata, da pagare entro il mese di marzo di ogni anno.

Il tributo nell'avviso di pagamento è indicato con codice 540

INDIRIZZI UTILI - INTERNET

FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

Piazza Cola di Rienzo 80/A -00192 ROMA Tel 06 362031

www.fnomceo.it

Fondazione E.N.P.A.M.
Piazza Vittorio Emanuele II, 78 – 00185 ROMA – Tel 06 48294829
www.enpam.it

REGIONE EMILIA ROMAGNA
Assessorato Regionale alla Sanità
Viale Aldo Moro 30 – 40127 BOLOGNA Tel. 151 63970056
www.regione.emilia-romagna.it

per concorsi ed avvisi: www.saluter.it area “ in esclusiva per operatori della sanità”, sezione “Bandi e concorsi”.

MINISTERO DELLA SALUTE
Via G.Ribotta 5 – 00144 Roma
www.ministerosalute.it

OBBLIGO DI ATTIVAZIONE PER I PROFESSIONISTI DI UN INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC)

La Posta Elettronica Certificata (PEC) è un sistema di posta elettronica nel quale è fornita al mittente documentazione elettronica, con valenza legale, attestante l'invio e la consegna di documenti informatici. "Certificare" l'invio e la ricezione - i due momenti fondamentali nella trasmissione dei documenti informatici - significa fornire al mittente, dal proprio gestore di posta, una ricevuta che costituisce prova legale dell'avvenuta spedizione del messaggio e dell'eventuale allegata documentazione. Allo stesso modo, quando il messaggio perviene al destinatario, il gestore invia al mittente la ricevuta di avvenuta (o mancata) consegna con precisa indicazione temporale. Nel caso in cui il mittente smarrisca le ricevute, la traccia informatica delle operazioni svolte, conservata per legge per un periodo di 30 mesi, consente la riproduzione, con lo stesso valore giuridico, delle ricevute stesse .

La legge 28/1/2009 n. 2 di conversione del D.L. 29/11/2008 n. 185 prevede che *“i professionisti iscritti in albi ed elenchi comunicano ai rispettivi ordini o collegi il proprio indirizzo PEC”* entro un anno dall'entrata in vigore della norma.

Gli Ordini e collegi pubblicano in un elenco riservato consultabile in via telematica esclusivamente dalle pubbliche amministrazioni, i dati identificativi degli iscritti con il relativo indirizzo di posta elettronica certificata.

La comunicazione doveva essere effettuata entro il 29/11/2009.

Il termine comunque è ordinatorio e non perentorio e non ci sono sanzioni per chi la comunica oltre tale data.

Sul sito CNIPA Centro Nazionale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione www.cnipa.it è disponibile l'elenco dei gestori accreditati al rilascio delle caselle PEC.

Ricordiamo che la disponibilità della casella di posta certificata comporterà una assunzione di responsabilità da parte del professionista già nella fase di attivazione e successivamente nel momento in cui il messaggio sarà recapitato sul server del gestore (certificazione del ricevimento).

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Parma ha stipulato una convenzione con la Società ARUBA PEC spa ed è stato attivato e certificato un dominio proprio denominato **pec.omceoparma.it**, dedicato agli iscritti, attraverso il quale gli eventuali interessati potranno attivare, alle condizioni economiche offerte da tale gestore, proprie caselle di PEC al costo di € 3,50 +Iva all'anno. I collegi che vogliono usufruire di tale convenzione devono collegarsi al Sito : www.PEC.IT, entrare nell'area CONVENZIONI e scegliere: ORDINE MEDICI DI PARMA.

A questo punto occorre digitare il numero della convenzione , che deve essere richiesto alla segreteria dell'Ordine e seguire i successivi passaggi per attivare la convenzione .

Si rammenta inoltre, che gli iscritti dovranno comunicare il proprio indirizzo di PEC a questo Ordine alla seguente casella di posta elettronica certificata: ordinemedicidiparma@postecert.it

GRADUATORIE ED ELENCHI REGIONALI

I medici che aspirano all'inserimento nella graduatoria regionale per il convenzionamento nell'ambito della MEDICINA GENERALE (ASSISTENZA PRIMARIA, CONTINUITA' ASSISTENZIALE, EMERGENZA SANITARIA, ecc) possono presentare domanda agli uffici Regionale entro il 31 Gennaio di ogni anno.

Per la Regione Emilia Romagna occorre inviare la domanda a: Assessorato Regionale alla sanità – Viale Aldo Moro N. 30 – 40127 BOLOGNA .

Per partecipare alla graduatoria di cui sopra , è necessario aver partecipato al CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE (il concorso viene bandito ogni anno- di norma in e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Concorsi) (per maggiori informazioni relative al Corso vedere il capitolo nella parte FORMAZIONE)

Successivamente alla presentazione della domanda sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia Romagna è pubblicata la graduatoria provvisoria che sarà disponibile anche presso la segreteria dell'Ordine e pubblicata sul sito .

ZONE CARENTI

Nel mese di maggio e novembre (date indicative) sono pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia Romagna gli elenchi delle zone carenti per l'assegnazione di incarichi di : assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, medicina dei servizi territoriali.

le zone carenti di Medicina Generale, cioè le località in cui è richiesta una nuova figura di Medico di Medicina Generale e così come sancito dall'ultimo accordo collettivo nazionale, il 60-80% (tale percentuale varia entro tale range di regione in regione) dei posti disponibili deve essere riservato ai medici in possesso del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Chi fra i medici richiedenti, inseriti nella graduatoria Regionale, si troverà in una posizione più alta in graduatoria, secondo le norme sancite anch'esse nell'ultimo accordo collettivo nazionale, otterrà la convenzione col S.S.N..

GUARDIA MEDICA TURISTICA

I medici inseriti nelle graduatorie regionali possono partecipare inoltre all'assegnazione di incarichi a rapporto libero professionale per Guardia Medica località turistiche . Il bando di norma viene pubblicato nel mese di marzo.

La domanda in genere può essere presentata anche dai medici non inseriti in graduatoria regionale.

INCARICHI A TEMPO DETERMINATO NEI SETTORI DELLA MEDICINA GENERALE E CONVENZIONATA

Nel mese di gennaio (data indicativa) viene pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione avviso per la formazione di graduatorie , presso le Aziende USL della Regione Emilia Romagna, di medici disponibili per incarichi a tempo determinato nei settori della Medicina generale. (le suddette domande possono essere presentate anche dai medici iscritti ad un corso di specializzazione)

GRADUATORIA MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Scadenza 31 Gennaio di ogni anno. I moduli di domanda potranno essere ritirati presso l'ordine e devono essere inviati con raccomandata A.R. all'Assessorato Regionale alla sanità' –Viale Aldo Moro 30 – 40127 BOLOGNA

GRADUATORIA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Entro il 30 gennaio, per i medici specialisti e gli iscritti all'Albo Odontoiatri è possibile presentare domanda per entrare nella graduatoria degli aspiranti ad incarichi di specialista ambulatoriale presso le Aziende USL. La modulistica è reperibile presso la segreteria dell'Ordine o presso il Comitato Zonale dell'Azienda USL .

SOSTITUZIONI DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

I colleghi interessati ad effettuare le sostituzioni dei medici convenzionati per la medicina generale e per la pediatria di libera scelta possono segnalare la loro disponibilità alla segreteria dell'Ordine compilando l'apposito modulo.

MEDICINA FISCALE INPS

L'INPS gestisce direttamente l'elenco dei medici disponibili ad effettuare le visite di controllo ai lavoratori dipendenti. E' possibile effettuare domanda di inserimento in detto elenco solo dietro apertura del bando da parte dell'INPS.

ESERCIZIO DI ATTIVITA' PROFESSIONALE PER MEDICI ISCRITTI ALLE SCUOLE DI SPECIALITA' E AL CORSO DI FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE

L' art. 19 della Legge 23.12.2001 N. 448 (Legge Finanziaria 2002) sancisce 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 Servizio Sanitario Nazionale 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 turistica.
- i medici di base iscritti negli elenchi di medicina generale del Servizio Sanitario Nazionale, con almeno dieci anni di servizio, in possesso di titoli di specializzazione riconosciuti dall'Unione europea, possono, a richiesta e secondo la disponibilità dei posti, essere inseriti nella medicina specialistica ambulatoriale e sul territorio , rinunciando all'incarico di medico di base.
- Il medico che si iscrive ai corsi di formazione specifica in medicina generale, previo svolgimento di regolare concorso, può partecipare successivamente, a fine corso o interrompendo lo stesso, ai concorsi per le scuole universitarie di specializzazione in medicina e chirurgia per il conseguimento dei titoli di specializzazione riconosciuti dall'Unione Europea. Il medico che si iscrive alle scuole di specializzazione può partecipare successivamente, a fine corso o interrompendo lo stesso, ai concorsi per i corsi di formazione in medicina generale.

PUBBLICITA' SANITARIA : La recente Legge Bersani ha liberalizzato la pubblicità informativa dei professionisti, cancellando i vecchi vincoli della Legge 175/1992. La normativa comunitaria e nazionale demanda agli Ordini professionali la "verifica della Veridicità e Trasparenza del Messaggio Informativo" nonché la sua aderenza ai requisiti di Decoro della categoria secondo i criteri adottati dal Codice Deontologico. Il medico/Odontoiatria(persona fisica) o la struttura sanitaria(persona giuridica) devono sottoporre alla valutazione preventiva e precauzionale dell'Ordine i Messaggi Pubblicitari . I principi direttivi in materia di Pubblicità sanitaria a cui i medici /odontoiatri devono attenersi sono contenuti nel Codice deontologico e nelle linee guida inserite nella presente guida nel capitolo della professione.

ONAOSI: (Opera Nazionale Orfani Sanitari Italiani).L'iscrizione all'Onaosi è volontaria per i liberi professionisti ed è una opportunità a tutela della famiglia dei sanitari. L'attività della Fondazione è finalizzata a obiettivi di solidarietà ed assistenza ed ha per scopo primario il sostegno, l'educazione, l'istruzione e la formazione degli orfani di medici, veterinari, farmacisti e odontoiatri. I dipendenti pubblici sono iscritti obbligatoriamente all'ONAOSI.

Le quote contributive variano in base al reddito ed alla anzianità ordinistica e vanno da un minimo di € 25,00 annui fino ad un massimo di € 155,00.

OBIEZIONE DI COSCIENZA IN MATERIA DI ABORTO (ART. 9 Legge 194/1978)

Il personale sanitario che intende sollevare " obiezione di coscienza" in materia di aborto , deve comunicare per iscritti la sua decisione, entro un mese da conseguimento dell'abilitazione o dell'iscrizione all'Albo Professionale o dalla assunzione presso un Ente. L'obiezione può essere revocata o richiesta anche al di fuori dei predetti termini . In tal caso la dichiarazione produrrà effetto dopo un mese dalla sua presentazione. La comunicazione deve essere inviata alla Azienda USL competente per territorio o al Direttore sanitario, nel caso di dipendenti di Ospedali o Case di cura. La comunicazione può essere inviata per conoscenza all'Ordine .

DEFINIZIONE EUROPEA DI ATTO MEDICO

EUROPEAN DEFINITION OF THE MEDICAL ACT

On the occasion of its meeting in Munich on 21 & 22 October 2005, UEMS Council adopted a European definition of the Medical Act. This Definition was amended by the UEMS Council at its meetings in Budapest on 3 & 4 November 2006 and Brussels on 25 April 2009 as follows:

"The medical act encompasses all the professional actions, e.g. scientific, teaching, training and educational, organisational, clinical and medico-technical steps, performed to promote health and functioning, prevent diseases, provide diagnostic or therapeutic and rehabilitative care to patients, individuals, groups or communities in the framework of the respect of ethical and deontological values. It is the responsibility of, and must always be performed by a registered medical doctor/physician or under his or her direct supervision and/or prescription."

"L'atto medico include tutta l'azione professione, quella scientifica, quella d'insegnamento, d'esercizio ed educativa, i livelli clinici e medico tecnici attuali per promuovere la salute e funzionalità, prevenire disturbi, fornire ai pazienti cure diagnostiche o terapeutiche e riabilitative, individuali o di gruppo o cumulative, nel contesto del rispetto dell'etica e del valore deontologico. La responsabilità dell'atto medico ed il suo esercizio devono sempre essere esercitate da un medico registrato (iscritto all'Ordine, n.d.r.) o sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione"

FORMAZIONE

CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

Il Corso di formazione specifica in Medicina Generale in Italia è stato istituito con la legge 30/07/1990 n. 212, in attuazione della direttiva n. 86/4/CEE. Con tale decreto, per l'esercizio dell'attività di Medico Chirurgo di Medicina Generale è necessario il possesso del titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Tale titolo può essere per certi aspetti paragonato a quello conferito dai diplomi di specializzazione, in quanto definito dal 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 e altri titoli. Il predetto decreto legislativo, infatti, ha trasformato l'attestato di formazione in "Diploma di formazione specifica in medicina generale". Tuttavia in deroga a quanto previsto dall'art. 21 della legge 368/99 hanno diritto ad esercitare l'attività professionale in qualità di Medici di Medicina Generale, i medici chirurghi abilitati all'esercizio professionale entro il 31/12/1994.

I medici laureati ed abilitati che ambiscono ad avere un proprio studio di Medicina Generale con i propri assistiti, devono necessariamente conseguire il "Diploma in Medicina Generale". In tutte le regioni d'Italia l'accesso al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale è riservato soltanto ad un ristretto numero di medici. Il concorso viene bandito dal Ministero della Salute e rimandato agli Assessorati Regionali alla Sanità. Da due anni il concorso, solo per esame, viene bandito annualmente e la data è unica in tutta Italia (di norma entro marzo/ aprile) . Le domande d'esame, a risposta multipla, sono 100 ripartite fra tutte le specialità della medicina, dalla cardiologia alla gastroenterologia, dalla medicina legale alla neurologia ecc. Diversamente dall'accesso alle scuole di specializzazioni, non è

prevista una banca dati di domande su cui studiare. Ci sono libri che pubblicano i quiz proposti negli anni precedenti.

Per i vincitori, il corso comporta un impegno a tempo pieno con l'obbligo della frequenza alle attività didattiche teoriche e pratiche, da svolgersi sotto il controllo delle regioni e province autonome e degli enti competenti. Il Corso è articolato in 36 mesi distribuiti come segue:

- 6 mesi presso un reparto di Medicina Interna
2 mesi presso un reparto di Ginecologia
6 mesi presso strutture territoriali (poliambulatori ASL)
- 4 mesi presso un reparto di Pediatria
3 mesi presso un reparto di pronto Soccorso
3 mesi presso un reparto di Chirurgia
12 mesi presso uno studio di Medicina Generale

Al termine di ciascun periodo i direttori dei vari reparti sono tenuti ad elaborare un voto ed un giudizio. Qualora fosse negativo il discente è tenuto a ripetere il periodo di formazione. Al termine dei 3 anni, in caso di tutti giudizi positivi, ogni medico svolgerà un esame finale con elaborazione di una tesi, ed in caso di giudizio positivo, otterrà il diploma di formazione specifica in Medicina Generale il quale permetterà ai medici, non solo di entrare nella graduatorie regionale, ma di ottenere un punteggio base di 7,20, come sancito dall'ultimo accordo collettivo nazionale.

Il corso richiede un impiego a tempo pieno, pertanto non è possibile contestualmente alla frequenza intrattenere rapporti di lavoro a qualsivoglia livello. Uniche attività compatibili sono le sostituzioni di guardia medica, ordinaria e turistica, nelle zone carenti e del medico di medicina generale.

DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE

Il complesso istituto della Formazione medico specialistica si articola su 2 livelli, a cui fanno da contro altare due differenti riferimenti normativi.

Un primo livello definisce l'Ordinamento Didattico delle scuole di specializzazione istituite con Decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982 n. 162.

L'ordinamento Didattico vigente, ai sensi del Decreto del Ministro dell'Istruzione, Università e Ricerca dell' 11 maggio 1995: *"Modificazioni all'ordinamento didattico universitario relativamente alle scuole di specializzazione del settore medico"*, verrà superato per tutti i nuovi iscritti a partire dall'A.A. 2007/08 dal Nuovo Ordinamento, riveduto e corretto ai sensi del Decreto M.I.U.R. sul *Riassetto delle Scuole di specializzazione di area sanitaria*. (Gu n. 258 del 5-11-2005- Supp. Ordinario n.76).

Il secondo livello normativo definisce lo Status **del** medico in formazione, ai sensi del D. Lgs. 368/1999, modificato dalla legge n. 266/2005

La nota M.I.U.R. n. prot. 4149 del 31 Ottobre 2006, emessa dalla Direzione Generale per l'Università -Ufficio II ha notificato alle Università l'entrata in vigore del D. Lgs. 368/1999 modificato dalla legge n. 266/2005 nonché l'abrogazione del D. Lgs. 257/1991 e ha apportato nel contempo la sostituzione del «contratto di formazione-lavoro», previsto dal testo originario, con un «contratto di formazione specialistica».

> // D. Lgs. n. 368/1999 è entrato in vigore a decorrere dall'A.A. 2006/2007

ACCESSO ALLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE

Il concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione è regolamentato dal nuovo "Regolamento concernente le modalità per l'ammissione dei medici alle scuole di specializzazione in medicina", DECRETO DEL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA del 6 marzo 2006, n.172 , pubblicato sulla GAZZETTA UFFICIALE - SERIE GENERALE N. 109 - DEL 12/05/2006, in vigore quindi nella sua formulazione rivisitata a partire dall'A.A.2006/07. Le principali novità introdotte dal nuovo regolamento sono:

- A) la ridefinizione della data di inizio dell'A.A. («è altresì indicata la data di inizio delle attività didattiche delle scuole di specializzazione») che avrà luogo a partire dalla fine dell'espletamento delle selezioni, e quindi subito dopo la pubblicazione delle graduatorie.
- B) l'introduzione, quale requisito necessario per l'ammissione alla prova, del conseguimento dell'abilitazione («Al concorso possono partecipare i laureati in medicina e chirurgia in data anteriore al termine di scadenza fissato dal bando per la presentazione delle domande di partecipazione al concorso, con obbligo di superare l'esame di Stato prima della scadenza del

termine per la presentazione delle domande di partecipazione al concorso medesimo»).

C) Le altre modifiche riguardano la Prova Pratica (seconda prova) e la Valutazione dei Titoli.

Le prove di esame consistono in una **prova scritta** e in una successiva **prova pratica**. Alle risultanze di entrambe le prove, ai fini della stesura della graduatoria finale, vengono aggiunti i **titoli** valutati dalla Commissione.

VALUTAZIONE TITOLI

La commissione di esame può attribuire fino a:

- 7 punti per il Voto di laurea
- 18 per il Curriculum degli studi universitari.

Voto di laurea - max 7 punti:

-per voto di laurea inferiore a 100	punti 0
-per ciascun punto da 100 a 109	punti 0,45
-per i pieni voti assoluti	punti 6
-per la lode	punti 7

STATUS ASSISTENTE IN FORMAZIONE

Il Medico in Formazione, è un contrattista in formazione per il quale viene a configurarsi di fatto, oltre che con l'Università, un rapporto con la Regione presso cui insistono le aziende sanitarie, le cui strutture sono parte prevalente della rete formativa delle scuole di specializzazione.

Mentre in regime di D.Lgs 257/91, norma che definiva per gli specializzandi lo status di borsisti, l'interlocutore unico (datore di lavoro) dello specializzando era l'Università, adesso si configura un rapporto duplice con Università, a cui gli specializzandi continueranno a corrispondere le tasse, e le Aziende Sanitarie facenti capo alla rete formativa. Questa affermazione è suffragata ad esempio dal fatto che la copertura degli oneri assicurativi degli specializzandi è passata interamente a carico delle Aziende predette (con decorrenza a partire dal 1° Novembre 2006),

Dunque, al Medico in Formazione vengono per la prima volta riconosciuti, seppur parzialmente, diritti fondamentali quali assenze autorizzate (ferie atipiche), diritto alla malattia e gravidanza, diritti previdenziali

CONTRATTO DI FORMAZIONE SPECIALISTICA

Il contratto di formazione è finalizzato esclusivamente all'acquisizione delle capacità professionali inerenti al titolo di specialista, mediante 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, in conformità alle indicazioni dell'Unione Europea.

Il contratto non dà in alcun modo diritto all'accesso ai ruoli del Servizio Sanitario Nazionale e dell'Università o ad alcun rapporto di lavoro con gli enti predetti.

SCHEMA TIPO DEL CONTRATTO

Lo schema-tipo del contratto è definito con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'Università e della Ricerca, di concerto con i Ministri della Salute, del Tesoro e del Lavoro e della Previdenza Sociale, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

Il contratto è annuale ed è rinnovabile, di anno in anno, per un periodo di tempo complessivamente uguale a quello della durata del corso di specializzazione.

Lo schema-tipo del contratto di formazione specialistica è stato adottato, con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 6 luglio 2007. A decorrere dall'A.A. 2006/2007 è entrato in vigore il D.Lgs n. 368/1999, modificato dalla legge n. 266/2005 .

RISOLUZIONE ANTICIPATA DEL CONTRATTO

Sono causa di risoluzione anticipata del contratto:

- a) la rinuncia al corso di studi da parte del medico in formazione specialistica;

- b) la violazione delle disposizioni in materia di incompatibilità;
- e) le prolungate assenze ingiustificate ai programmi di formazione o il superamento del periodo di comporto in caso di malattia
- d) il mancato superamento delle prove stabilite per il corso di studi di ogni singola scuola di specializzazione.

TRATTAMENTO ECONOMICO

Al medico in formazione specialistica, per tutta la durata legale del corso, è corrisposto trattamento economico annuo onnicomprensivo.

Il trattamento economico è corrisposto mensilmente dalle Università presso cui operano le scuole di specializzazione ed è costituito da una parte fissa, uguale per tutte le specializzazioni e per tutta la durata del corso, e da una parte variabile; è determinato annualmente con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della Salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze.

Il trattamento economico è rideterminato ogni tre anni nei limiti dei fondi previsti e delle quote del Fondo Sanitario Nazionale destinate al finanziamento della formazione dei medici specialisti.

Il trattamento economico per il triennio 2006/09, si basa su un impegno economico pari a circa 26000 euro annui (circa 2160 euro mensili lordi) per gli iscritti agli ultimi tre anni di corso, mentre per gli iscritti agli anni precedenti agli antecedenti agli ultimi tre, è pari a circa 25000 euro annui (circa 2080 euro mensili lordi).

DOVERI

La formazione del medico specialista implica la partecipazione guidata alla totalità delle attività mediche dell'unità operativa presso la quale è assegnato dal Consiglio della Scuola, 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 dirigenti responsabili delle strutture delle aziende sanitarie presso cui si svolge la formazione.

L'impegno in termini di monte ore cui deve far fronte l'assistente in formazione è pari a quello svolto da un medico del S.S.N. a tempo pieno per attività di servizio"

DIRITTI

Il medico in formazione nella sua attuale configurazione può essere paragonato, in ultima analisi, ad un lavoratore atipico, con un riconoscimento dunque dei diritti fondamentali del lavoratore.

ASPETTI PREVIDENZIALI

A decorrere dall'anno accademico 2006-2007, ai contratti di formazione specialistica si applicano le disposizioni di cui all'articolo 2, comma 26, primo periodo, della legge 8 agosto 1995, n. 335, e disposizioni correlate. I medici in formazione sono dunque incardinati nell'ambito della Gestione separata I.N.P.S. analogamente a quanto previsto per l'attività lavorativa autonoma e per i titolari di rapporti di collaborazione coordinata e continuativa .

ALIQUOTE CONTRIBUTIVE

La circolare n. 37 dell'8 febbraio del 2007 emanata dalla Direzione Centrale Entrate Contributive I.N.P.S. , specifica che "dovranno essere osservate le seguenti aliquote:

- per l'anno 2006 il 18,20% entro il limite di reddito di cui all'art. 3 della legge 14 novembre 1992, n. 438 fissato in € 39.297,00 e il 19,20% per la quota eccedente tale limite;
- per l'anno 2007 il 23,50%, così come precisato con circolare n. 7 dell'11/1/2007.

Qualora il medico in formazione specialistica sia già soggetto ad una tutela previdenziale obbligatoria ai fini pensionistici le aliquote saranno: 10% per il 2006 e 16% per il 2007".

D'altra parte, tutti i medici in formazione abilitati all'esercizio della professione ed iscritti all'Ordine professionale di riferimento per la provincia di residenza contribuiscono obbligatoriamente alla "QUOTA A" dell'ENPAM. L'aliquota contributiva I.N.P.S. deve essere intesa quale integrazione alla sostenuta "QUOTA A" dell'ENPAM, ed essere pertanto quantificabile nel 16%.

Inoltre, l'onere contributivo è ripartito nella misura di un terzo a carico del medico in formazione specialistica e di due terzi a carico dell'Università committente.

ASSICURAZIONE

Gli oneri derivati dalla copertura assicurativa per i rischi professionali, per la responsabilità civile contro terzi e gli infortuni connessi all'attività assistenziale svolta dal medico in formazione a partire dall'A.A. 2006/2007 sono a carico delle Aziende Sanitarie presso le quali viene svolta l'attività formativa, alle stesse condizioni del proprio personale (art. 41 D.Lgs. n. 368/1999).

ASSENZE AUTORIZZATE

Non determinano interruzione della formazione, e non devono essere recuperate, le assenze per motivi personali, preventivamente autorizzate salvo causa di forza maggiore, che non superino trenta giorni complessivi nell'anno accademico e non pregiudichino il raggiungimento degli obiettivi formativi. In tali casi non vi è sospensione del trattamento economico.

MALATTIA E GRAVIDANZA

Gli impedimenti temporanei superiori ai quaranta giorni lavorativi consecutivi per gravidanza e malattia, sospendono il periodo di formazione, fermo restando che l'intera sua durata non è ridotta a causa delle suddette sospensioni. Restano ferme le disposizioni in materia di tutela della gravidanza di cui alla Legge 30 Dicembre 1971 n. 1204, e successive modificazioni, nonché quelle sull'adempimento del servizio militare di cui alla legge 24 dicembre 1986 n. 958, e successive modificazioni (D.Lgs. n. 151/2001 congedo per gravidanza).

SORVEGLIANZA SANITARIA

Tutti i medici in formazione devono essere sottoposti a Sorveglianza Sanitaria, ai sensi del D. Lgs. 368/1999, modificato dalla legge n. 266/2005, del D.M. 5 Agosto 1998, n. 363 (Regolamento recante norme per l'individuazione delle particolari esigenze delle Università e degli Istituti di istruzione universitaria ai fini delle norme contenute nel D.Lgs 19 Settembre 1994, n. 626 e successive modificazioni ed integrazioni) e del D.Lgs. 626/1994 e dispositivi correlati, tutti gli assistenti in formazione vengano sottoposti a Sorveglianza Sanitaria.

ATTIVITA' ASSISTENZIALE

L'attività assistenziale svolta dal medico in formazione è connessa per definizione alla formazione. Infatti, la formazione del medico implica la partecipazione guidata alla totalità delle attività mediche dell'unità operativa presso la quale è assegnato dal Consiglio della Scuola, 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 dirigenti responsabili delle strutture delle aziende sanitarie presso cui si svolge la formazione.

LIMITAZIONI

Per la durata della formazione a tempo pieno al medico è inibito l'esercizio di attività libero-professionale all'esterno delle strutture assistenziali in cui si effettua la formazione ed ogni rapporto convenzionale o precario con il servizio sanitario nazionale o enti e istituzioni pubbliche e private. L'impegno richiesto per la formazione specialistica è pari a quello previsto per il personale medico del Servizio sanitario nazionale a tempo pieno, assicurando la facoltà dell'esercizio della libera professione intramuraria (quest'ultima facoltà è stata recepita dallo schema tipo di contratto all'Art 5 comma 3: *E' assicurata al medico in formazione specialistica la facoltà dell'esercizio della libera professione intramuraria*). Uniche attività compatibili sono le sostituzioni di guardia medica, ordinaria e turistica, nelle zone carenti e del medico di medicina generale L' art. 19 della Legge 23.12.2001 N. 448 (Legge Finanziaria 2002)

FORMAZIONE

Ai sensi del vigente D. M. 11 maggio 1995, art. 2 comma 2, ciascun anno di corso prevede di norma 200 ore di didattica formale e seminariale ed attività di tirocinio guidate da effettuare frequentando le strutture sanitarie delle Scuole universitarie e/o ospedaliere convenzionate, sino a raggiungere l'orario annuo complessivo previsto per il personale medico a tempo pieno operante nel Servizio Sanitario Nazionale.

Il D.Lgs 368/1999 modificato, ad integrazione di quanto prima ricordato, stabilisce che *"i tempi e le modalità di svolgimento dei compiti assistenziali nonché la tipologia degli interventi che il medico in*

formazione specialistica deve eseguire sono concordati dal Consiglio della scuola con la direzione sanitaria e con i dirigenti responsabili delle strutture delle aziende sanitarie presso le quali lo stesso svolge la formazione sulla base del programma formativo personale

TUTOR

Ogni attività formativa e assistenziale dei medici in formazione specialistica si svolge sotto la guida di tutori, designati annualmente dal consiglio della scuola, sulla base di requisiti di elevata qualificazione scientifica, di adeguato curriculum professionale, di documentata capacità didattico-formativa.

Il numero di medici in formazione specialistica per tutore non può essere superiore a 3 e varia secondo le caratteristiche delle diverse specializzazioni.

FORMAZIONE ALL'ESTERO

L'Art 40 comma 6 del D.Lgs 368/1999, modificato dalla legge n. 266/2005, stabilisce che "Nell'ambito dei rapporti di collaborazione didattico-scientifica integrata tra Università Italiane ed Università di Paesi stranieri, la formazione specialistica può svolgersi anche in strutture sanitarie dei predetti Paesi, in conformità al programma formativo personale del medico e su indicazione del consiglio della scuola, fermo restando quanto previsto dall'articolo 12 del Decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, 162".

Inoltre, l'Art 4, comma 4, del vigente D.M. 11 maggio 1995 afferma che "il Consiglio della Scuola può autorizzare un periodo di frequenza all'estero in strutture Universitarie ed extrauniversitarie coerenti con le finalità della Scuola per periodi complessivamente non superiori ad un anno". A conclusione del periodo di frequenza all'estero, il Consiglio della Scuola può riconoscere utile, sulla base d'idonea documentazione, l'attività svolta nelle suddette strutture estere", In realtà è in discussione a seguito di un parer della Conferenza Stato - Regioni l'ampliamento di tale periodo fino a 18 mesi.

Il medico in formazione impegnato in un periodo autorizzato di formazione all'Estero può usufruire di Borse integrative per il sostentamento (spese di viaggio, vitto ed alloggio) limitatamente al periodo trascorso all'estero. Tale periodo è altra cosa rispetto la così detta "missione scientifica", prevista in regime di borsa di studio (D.Lgs 368/99), laddove era possibile creare un periodo di discontinuità con la specializzazione (oggi non più consentito in regime di contratto di formazione), congelando la posizione dello specializzando all'interno della scuola, al termine del quale il borsista riprendeva il corso di studio dal punto in cui questo era stato interrotto.

ASPETTI MEDICO LEGALI

In generale si possono configurare tre differenti quadri operativi, cui corrispondono differenti graduazioni della responsabilità:

- 1) responsabilità totale: è il caso dello specializzando che assume pienamente ed autonomamente un compito che si conclude con evento infausto; in tal caso, la responsabilità è concretamente attribuibile allo specializzando che ha assunto la posizione di garanzia richiesta dalla giurisprudenza;
- 2) insussistenza di responsabilità: è il caso dello specializzando che agisce senza alcuna possibilità di scelta (né operativa, né scientifica) eseguendo semplici atti che, autonomamente, non incidono sull'intera attività terapeutica decisa dai tutor;
- 3) responsabilità graduata: l'ipotesi più ricorrente è quella dell'operazione effettuata in equipe; in tal caso si può ravvisare responsabilità in compartecipazione (ex art. 113 Cod. Pen.) da parte di tutti i singoli operatori, ma la minore esperienza del discente potrà incidere su una riduzione in sede di condanna.

Lo specializzando è escluso da compiti di tipo amministrativo, quale:

- Richiesta degli esami, in quanto atto rapportuale tra due strutture con risvolti economici
- Certificazione dell'esame obiettivo per gli usi di legge
- Emissione dei documenti di dimissione

Se l'impegno clinico, con finalità formative, è certamente incluso nei doveri dello specializzando, è di tutta evidenza che la sua funzione in quel momento ha dei limiti (quelli connessi con la componente amministrativa), che impongono quanto meno una collaborazione con chi è autorizzato a svolgerli.

Il medico in Formazione, in termini medico legali e giurisprudenziali, nel momento in cui "prende in carico" un paziente è responsabile degli atti conseguenti, ed in caso di esiti avversi, dunque, non

potrebbe sottrarsi da responsabilità, adducendo a propria discolpa la giustificazione di non essere stato affiancato dallo strutturato/tutor, o di avere effettuato la prestazione oltre il monte ore stabilito dal tempo pieno.

RESPONSABILITA' CIVILE

Si configura in relazione all'esecuzione di mansioni amministrative a qualsivoglia natura: non a caso il datore di lavoro (Aziende Sanitarie presso le quali viene svolta l'attività formativa) è tenuto a provvedere a una copertura assicurativa degli specializzandi in termini completi con l'esclusione delle responsabilità derivanti da atti di valore amministrativo.

RESPONSABILITA' PENALE

Il medico in formazione - come ogni medico abilitato alla professione - risponde personalmente secondo parametri di valutazione dell'imperizia, dell'imprudenza, della negligenza, nonché dell'inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline impiegati per ogni caso

AMMISSIONE DEI MEDICI STRANIERI AI PROGRAMMI DI SPECIALIZZAZIONE NEGLI STATI UNITI

Tutti i medici che non abbiano conseguito la laurea in medicina in una università statunitense, qualora desiderino essere ammessi ad un programma di specializzazione (residency training program) negli Stati Uniti, devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

ECFMG Standard Certificate

È il certificato che attesta il conseguimento della ECFMG Certification. richiesta ai medici stranieri (nonché ai cittadini americani laureati all'estero), per convalidare la propria laurea negli Stati Uniti. Questo certificato viene rilasciato dalla ECFMG-Educational Commission for Foreign Medical Graduates l'ente americano responsabile per la convalida dei titoli di studio in Medicina e Chirurgia conseguiti all'estero.

Educational Commission for Foreign Medical Graduates - ECFMG 3624 Market Street tel. 001-215-386.5900 Philadelphia, PA 19104 fax 001-215-386.9196 U.S.A.

<http://www.ecfmg.org>

Per ottenere la certification lo studente straniero deve sostenere un esame di inglese (TOEFL Test of English as a Foreign Language), uno di cultura medica (USMLE United States Medical Licensing Examination Step I e II), ed uno di pratica medica (CSA Clinical Skills Assessment). Il superamento di questi esami abilita il medico straniero ad esercitare la professione limitatamente all'ambito del programma di specializzazione a cui verrà eventualmente ammesso. La ECFMG Certification costituisce solo il primo passo per la specializzazione e non garantisce l'accettazione automatica in un programma.

Per ottenere questo documento il medico italiano, dopo aver superato gli esami richiesti, deve inviare alla ECFMG a Philadelphia il proprio certificato di laurea tradotto ed autenticato. Lo ECFMG Standard Certificate viene rilasciato dopo 4/6 mesi dalla presentazione della documentazione ed ha validità indefinita, ad eccezione della parte riguardante la conoscenza della lingua inglese che ha validità due anni e può essere convalidata ripetendo il test di inglese.

COME RICHIEDERE L'AMMISSIONE AD UN PROGRAMMA DI SPECIALIZZAZIONE

Una volta conseguito lo ECFMG Standard Certificate, circa 12 mesi prima dell'inizio del programma di specializzazione, selezionare i programmi e gli ospedali e/o cliniche universitarie da contattare, consultando la pubblicazione, "Graduate Medical Education Directory" che riporta l'elenco degli ospedali americani che offrono programmi accreditati dall'Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). In questa fase di ricerca il medico italiano deve tener presente due punti importanti:

- il visto d'ingresso negli Stati Uniti può essere rilasciato soltanto se il residency training program si svolge presso un ospedale affiliato con una facoltà di medicina accreditata;
- lo ECFMG, in qualità di ente sponsor del visto, richiede una dichiarazione del Ministero della Sanità attestante che la specialità prescelta ha una applicazione in Italia.

Controllare sul "Graduate Medical Education Directory" le procedure di iscrizione al programma prescelto. In alcuni casi infatti, anziché inviare direttamente la propria richiesta è necessario servirsi di organizzazioni quali NRMP o ERAS.

National Resident Matching Program (NRMP)

Alcuni ospedali accettano le richieste solo tramite il NRMP, National Resident Matching Program, una organizzazione che fa da tramite, dietro pagamento di una tassa di iscrizione, tra le richieste dei candidati e le offerte degli ospedali. National Resident Matching Program - NRMP 2501 M Street N.W. suite 1 tel. 001-202-828.0566 Washington D.C. 20037-1307 fax 001-202-828.1120 U.S.A.

<http://www.aamo.org/nrmp>

L'iscrizione al Matching Program va fatta su appositi moduli entro la fine di ottobre di ogni anno, per gli incarichi nei programmi che iniziano nel luglio successivo.

Il risultato della ricerca (match) viene comunicato dal NRMP ad ogni candidato in marzo. In caso di esito negativo, il medico può provare direttamente, avvalendosi del Results Book edito dal NRMP che riporta tutte le posizioni rimaste libere dopo il match.

Electronic Residency Application Service - ERAS

In alternativa al NRMP, alcuni programmi di specializzazione richiedono che i medici stranieri presentino domanda tramite il servizio "Electronic Residency Application Service" (ERAS). Per ricevere il modulo di iscrizione per questo servizio, è necessario rivolgersi a: ECFMG - ERAS Program

P.O. Box 13467 - Philadelphia, PA 19101 . 3467 - USA tel. (215) 386.5900 - fax (215) 222-5641
<http://www.ecfhig.org/eras-faq.htm>

VISTO DI INGRESSO PER UN RESIDENCY TRAINING PROGRAM

Per frequentare un residency training program i medici stranieri devono essere in possesso del visto J-1 Exchange Visitor Visa.

Per ottenere il visto il medico italiano dovrà presentare al Consolato degli Stati Uniti più vicino al suo luogo di residenza, il passaporto e il documento IAP-66 Certificate of Eligibility for Exchange Visitor. Questo modulo viene rilasciato dall'ECFMG ai medici stranieri ammessi in un residency training program. Per informazioni rivolgersi a: ECFMG Exchange Visitor Sponsorship Program P.O.Box 41673 Philadelphia PA19101-1673 USA Tel. 215-823.2121 Fax 215- 386.9766 <http://www.ecnng.org>

ALTRE OPPORTUNITA' USA PER LAUREATI IN MEDICINA STRANIERI

INTERNATIONAL FELLOWSHIPS EV MEDICAL EDUCATION

Programma per borse di studio riservato a professori universitari, offre la possibilità di trascorrere un periodo di studio/ricerca presso una università americana. Ha lo scopo di promuovere la conoscenza delle discipline mediche attraverso scambi di professori tra gli Stati Uniti e gli altri paesi. Per partecipare al programma i laureati in medicina in Italia dovranno avere:

- esperienza di lavoro (minimo tre anni);
- un incarico di insegnamento universitario;
- una buona conoscenza della lingua (attestata dal superamento del TOEFL);
- il supporto e l'approvazione di una facoltà di medicina italiana;
- un posto di lavoro in Italia dove al termine del programma il medico ha l'obbligo di tornare.

Per informazioni rivolgersi a:

ECFMG INTERNATIONAL FELLOWSHIPS IN MEDICAL EDUCATION suite 475 - 2401 Pennsylvania avenue, NW Washington D.C. 20037 USA tel. (202) 293-9320 - fax (202) 457-0751

CLINICAL CLERKSHIP

È un periodo di training di uno o due mesi presso un ospedale americano, a cui gli studenti italiani possono partecipare soltanto se iscritti al 5/6 anno di corso.

Per accedere a questo programma è necessario inviare agli ospedali una lettera di richiesta con il proprio curriculum.

MEDICAL COLLEGE ADMISSION TEST

Il Medical College Admission Test (MCAT) è l'esame d'ammissione alle Medical Schools statunitensi, amministrato esclusivamente negli Stati Uniti su autorizzazione della Association of American Medical Colleges (AAMC). Il test è diviso in 4 sezioni: Verbal Reasoning, Physical Sciences, Writing Sample, e Biological Sciences.

Il materiale informativo ed i moduli d'iscrizione devono essere richiesti a: MCAT Program Office P.O.Box 4056 Iowa City, IA 52243 USA

TeL. (319)337-1357

email: mcataamc.org

<http://www.aamc.org/stuapps/admiss/mcat/>

UNITED STATES MEDICAL LICENSING EXAMINATION - USMLE

Lo USMLE si compone di tre steps. Per conseguire la ECFMG Certification, richiesta ai medici stranieri per l'ammissione ad un programma di specializzazione, residency program, è necessario superare esclusivamente lo USMLE Step I (discipline di base) e II (discipline cliniche). Lo USMLE Step I e II viene amministrato in versione computerizzata. La tassa di iscrizione per ogni step è di \$510, a cui si aggiunge una sovrattassa di \$125 per quanti sostengano l'esame in Italia o in altra sede in Europa.

La terza parte dello USMLE, Step III, (non richiesta ai medici stranieri al fine del conseguimento della ECFMG Certification), è l'esame di abilitazione all'esercizio della professione e viene amministrato negli USA, direttamente dalle autorità competenti per l'abilitazione nei singoli stati americani. Lo USMLE Bulletin of Information, contenente informazioni sull'esame e moduli di iscrizioni, può essere richiesto al Servizio Informazioni della Commissione per gli Scambi Culturali tra l'Italia e gli Stati Uniti, o in alternativa, a:

ECFMG - Educational Commission for Foreign Medical Graduates 3624 Market Street Philadelphia PA 19104 USA tel. 001-215-386.5900, fax 001-215-386.9196 <http://www.ecfm.org>

CLINICAL SKILLS ASSESSMENT - CSA

Il Clinical Skills Assessment (CSA), esame introdotto nel 1998, è richiesto ai medici stranieri per conseguire la ECFMG Certification. Il test, della durata di un intero giorno viene amministrato durante tutto l'anno esclusivamente negli Stati Uniti, a Philadelphia presso l'ECFMG Clinical Skills Assessment Center.

Il CSA può essere sostenuto solo dopo aver superato lo USMLE step I e II e il TOEFL. La tassa d'iscrizione è di \$1,200. Il modulo d'iscrizione al CSA è inserito nello USMLE Bulletin of Information.

Regno Unito: opuscolo del GMC dedicato alla "revalidation"

Nel mese di dicembre 2012, il **General Medical Council** del **Regno Unito** ha introdotto il sistema della *revalidation* (rivalidazione) per tutti i medici iscritti e con abilitazione (*licence*) all'esercizio della professione medica nel Regno Unito.

Tutti i medici in possesso di registrazione e di abilitazione all'esercizio professionale con il GMC – sia in esercizio nel Regno Unito che altrove - sono tenuti a dare dimostrazione regolarmente, di solito ogni cinque anni, dell'avvenuto aggiornamento e della abilitazione all'esercizio della professione medica.

Questo può avere implicazioni anche per i medici che attualmente lavorano nel nostro Paese e per questo motivo è stato realizzato dal GMC, un opuscolo dedicato alla *revalidation* per le Autorità regolatorie d'oltremare e per i datori di lavoro, che può essere scaricato dal loro sito web:

http://www.gmc-uk.org/FAQ_for_overseas_regulators.pdf_50925072.pdf

È possibile utilizzare questo opuscolo per:

- Capire cos'è la revalidation nel Regno Unito e le implicazioni per i medici che lavorano nel nostro Paese.

- Fornire una guida per le Autorità di regolamentazione e per i datori di lavoro per determinare la differenza tra la registrazione con il GMC con una licenza all'esercizio professionale e la registrazione con il GMC senza una licenza all'esercizio professionale.
- Fornire informazioni ai medici che lavorano nel nostro Paese che sono registrati con il GMC, ma di cui non si è sicuri se sono in possesso di una licenza all'esercizio e quindi se devono partecipare al processo di revalidation

ECM - EDUCAZIONE MEDICA CONTINUA

La conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 1° agosto 2007 ha approvato il "Riordino del Sistema di Formazione Continua".

Per l'anno 2007 ha confermato il debito formativo per gli operatori sanitari fissato in n. 30 (trenta) crediti formativi (minimo quindici, massimo sessanta crediti formativi). **Ciascun operatore può acquisire il numero di crediti formativi a completo adempimento del debito formativo, fissato nel numero globale di 150 crediti, per il periodo sperimentale 2002-2007. I crediti formativi già acquisiti dagli operatori sanitari in numero eccedente rispetto a quello stabilito per il predetto periodo 2002-2006, possono valere ai fini del debito formativo stabilito per l'anno 2007.**

E' confermato che il sistema ECM riguarda anche i liberi professionisti, che possono trovare nello stesso un metodo di formazione continua e uno strumento di attestazione della propria costante riqualificazione professionale.

OBIETTIVI FORMATIVI

Perché sia efficace, la formazione continua non deve svilupparsi con modalità occasionali, ma secondo percorsi programmati e finalizzati al raggiungimento di obiettivi formativi coerenti con lo sviluppo professionale individuale e con le priorità, le innovazioni e le strategie del sistema sanitario, a livello locale, regionale e nazionale.

La definizione e la valutazione degli obiettivi formativi specifici avviene a livello individuale, di gruppo e di organizzazione attraverso tre strumenti che assumono nel nuovo Programma ECM un ruolo determinante:

1. Dossier formativo: individuale (DFI) o di gruppo (DFG);
2. Piano della formazione aziendale (PFA);
3. Rapporto sulla formazione aziendale (RFA).

OFFERTA FORMATIVA

L'accreditamento dei provider può avvenire a livello regionale o nazionale, fatto salvo il principio che i requisiti minimi per ottenere l'accreditamento devono essere equivalenti su tutto il territorio nazionale.

Conseguentemente i crediti ECM acquisiti dai professionisti della Sanità, sia che l'attività formativa sia stata erogata da provider accreditati a livello nazionale oppure da provider accreditati a livello regionale, avranno valore equivalente su tutto il territorio nazionale.

CREDITI FORMATIVI

Credito formativo ECM è l'unità di misura dell'avvenuta acquisizione di conoscenze, competenze e comportamenti da parte dei professionisti della Sanità che hanno partecipato ad attività formative e di aggiornamento professionale.

LA TIPOLOGIA DEI CREDITI DA ACQUISIRE

I crediti ECM sono quantificati in termini di impegno temporale ed un credito corrisponde approssimativamente ad un'ora di lavoro del professionista della Sanità.

La formazione e l'aggiornamento possono avvenire con diverse metodologie di trasferimento delle informazioni e delle competenze. In atto la forma più comune è quella di eventi residenziali tipo congressi, simposi e relazioni, metodi considerati poco efficaci e abbastanza costosi (viaggi, alberghi, assenza dal lavoro) anche in relazione all'impatto ed alle ricadute non sempre vantaggiose e sostenibili che questi metodi hanno sul funzionamento del sistema sanitario.

IL NUMERO DI CREDITI DA ACQUISIRE

Secondo il modello europeo (EACCME – UEMS) ed americano (ACCME) dovrebbero essere acquisiti 50 crediti l'anno (150 nel triennio). Questo modello, a cui l'Italia si è fino ad ora attenuta solo dal punto di vista dei principi, deriva dall'idea che il medico deve dedicare ogni anno una settimana lavorativa (40 ore) al suo aggiornamento professionale.

NUMERO DI CREDITI PER IL TRIENNIO 2008 – 2010

Considerata la fase di transizione e di assestamento, la Conferenza ritiene di avviare dal 2008 il modello di 50 crediti/anno (minimo 30 e massimo 70 crediti per anno per un totale di 150 nel triennio 2008 – 2010), ma consentendo di integrare la quantità dei "nuovi" crediti di ogni anno con quelli acquisiti nella fase sperimentale.

In particolare, dei 150 crediti del triennio 2008 – 2010, almeno 90 dovranno essere "nuovi" crediti, mentre fino a 60 potranno derivare dal riconoscimento di crediti ECM acquisiti negli anni della sperimentazione 2004,2005,2006 e 2007.

Qualora il professionista non avesse acquisito un numero sufficiente di crediti nel triennio 2004-2006 – fino a 60 – dovrà provvedere al debito formativo 2008 – 2010 acquisendo un numero di "nuovi" crediti tale da portare comunque il totale complessivo del triennio (inclusi i crediti della fase sperimentale 2004 – 2006) a 150 crediti ECM.

ESONERI DALL'OBBLIGO DELL'ECM

E' esonerato il personale sanitario che frequenta, in Italia o all'estero, per tutto il periodo di formazione (anno di frequenza):

- corsi di formazione post-base propri della categoria di appartenenza (corso di specializzazione, dottorato di ricerca, master, corso di perfezionamento scientifico e laurea specialistica, previsti e disciplinati dal Decreto del MURST del 3 novembre 1999, n. 509, pubblicato nella G.U. n. 2 del 4 gennaio 2000);
- 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;
- formazione complementare (es. corsi effettuati ai sensi dell'art. 66 "Idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza" di cui al D.P.R. 28 luglio 2000 n. 270 "Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale";
- corsi di formazione e di aggiornamento professionale svolti ai sensi dell'art. 1, comma 1, lettera d) "Piano di interventi contro l'AIDS" di cui alla Legge 5 giugno 1990, n. 135, pubblicata nella G.U. n. 132 dell'8 giugno 1990.

Sono inoltre esonerati, per tutto il periodo (anno di riferimento) in cui usufruiscono o sono assoggettati alle predette disposizioni:

- i soggetti che usufruiscono delle disposizioni in materia di tutela della gravidenza di cui alla legge 30 dicembre 1971, n. 1204, e successive modificazioni;

- i soggetti che prestano il servizio militare di cui alla legge 24 dicembre 1986, n. 958, e successive modificazioni.

Nel caso in cui il periodo di assenza dal lavoro ricadesse a cavallo di due anni, l'anno di validità per l'esenzione dai crediti sarà quello in cui il periodo di assenza risulta maggiore. Ad esempio: se l'astensione obbligatoria cade nel periodo da settembre 2003 a gennaio 2004, l'esenzione dall'obbligo di acquisire i crediti sarà valida esclusivamente per l'anno 2003, ossia per l'anno 2003 non si devono acquisire i crediti.

Eventuali crediti percepiti nell'anno di esenzione non possono essere portati in detrazione per l'anno successivo, in quanto vengono assorbiti dal diritto di esonero vantato dall'operatore per le tipologie indicate precedentemente.

LA REGISTRAZIONE DEI CREDITI FORMATIVI

Il sistema di registrazione dei crediti opera mediante un'anagrafe formativa regionale e un'anagrafe formativa nazionale tra loro interconnesse.

Le anagrafi regionali sono finalizzate alla pianificazione e alla valutazione delle attività formative a livello regionale e locale, alla gestione delle risorse umane nel servizio sanitario regionale, alla gestione dei processi di accreditamento dei provider funzionali ai processi di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie.

L'anagrafe nazionale contiene la registrazione complessiva dei crediti individuali.

Gli Ordini, i Collegi e le Associazioni Professionali territorialmente competenti si avvalgono del sistema delle anagrafi nel loro complesso per l'esercizio della loro funzione certificativa.

LA CERTIFICAZIONE DEI CREDITI FORMATIVI

La certificazione dei crediti formativi rappresenta l'atto conclusivo del percorso procedurale relativo all'adempimento dell'obbligo di aggiornamento continuo, tenuto conto dei liberi professionisti che non operano in conto e per conto del SSN.

La certificazione riguarda la verifica del Dossier formativo con la distribuzione dei crediti formativi acquisiti, le tipologie formative utilizzate, l'eventuale presenza di deroghe dall'obbligo formativo, il numero complessivo dei crediti formativi acquisiti nel triennio.

L'atto, a cura dell'Ordine, del Collegio o dell'Associazione professionale territoriale di riferimento è rilasciato previa richiesta da parte dell'interessato, non appena il sistema sarà funzionante in campo nazionale.

IL RUOLO DELL'ORDINE

Gli Ordini professionali rivestono il ruolo di garante della professione e di certificatore della formazione continua. In virtù delle significative caratteristiche la Commissione ha affidato al Consorzio di tutti gli Ordini, Collegi e Associazioni professionali (COGEAPS) il compito di attivare e gestire un'anagrafe dei crediti formativi acquisiti dagli operatori sanitari nel corso del quinquennio sperimentale. Gli Ordini, in conseguenza del patrimonio di dati e di conoscenze a loro disposizione, acquisiti in virtù dell'anagrafe dei crediti formativi e del compito di certificatori, potranno altresì garantire l'appropriatezza della formazione continua rispetto agli obiettivi formativi e alla professione svolta, nonché del buon esito delle strategie formative poste in essere, svolgendo una funzione di consulenza verso i propri associati e di indirizzo, in sede di Commissione, per l'armonizzazione tra offerta e partecipazione formativa.

Gli Ordini e Collegi possono rivestire anche la funzione di produttori di formazione continua limitatamente agli aggiornamenti su etica, deontologia e legislazione.

Qualora l'interessato, per motivi di carattere eccezionale, non abbia adempiuto all'obbligo formativo, l'Ordine professionale competente per territorio, consente allo stesso di recuperare il suo debito formativo entro l'anno successivo alla scadenza del triennio. L'Ordine è perciò garante dell'appropriatezza della formazione continua rispetto agli obiettivi formativi.

Nel caso in cui l'operatore, per motivi di carattere eccezionale, non abbia adempiuto all'obbligo formativo, l'Ordine, il Collegio o l'Associazione professionale competente per territorio consentono all'operatore interessato di soddisfare il debito formativo entro l'anno successivo alla scadenza del triennio, tenuto conto del Dossier dell'operatore e delle tipologie formative utilizzate per l'aggiornamento continuo.

COGEAPS

Il Consorzio, costituitosi a norma di legge quale soggetto non – profit e facente capo alle Federazioni Nazionali degli Ordini, Collegi ed Associazioni Professionali accreditate, avendo concluso, con il pieno conseguimento dei risultati, la sperimentazione avviata con il Ministero della Salute – consistente sulla possibilità di una gestione dell'anagrafica dei crediti, su traccia informatica unica – assume il ruolo di gestore della Anagrafe Nazionale dei crediti formativi, fornendo così alla Commissione adeguato supporto mediante l'inserimento organico nella Sezione "Valutazione e reporting della qualità e dell'accessibilità delle attività formative".

CREDITI TRIENNIO 2008-2010

ANNO	CREDITI	MINIMO	MASSIMO
2008	50	30	70
2009	50	30	70
2010	50	30	70
Totale	150 CREDITI NEI 3 ANNI DAL 2008 AL 2010		
Almeno 90 crediti dovranno essere nuovi. Coloro che abbiano conseguito fino a 60 crediti nel periodo 2004-2007 possono portarli in "detrazione" dal debito formativo del periodo 2008-2010 in ragione di 20 per ciascuno dei tre anni			

ECM 2011-2013

Dall'1 gennaio 2011 è entrato in vigore il nuovo programma ECM, regolamentato dagli Accordi Stato Regioni del 7 agosto 2008 e del 5 novembre 2009, dalla Determinazione della Commissione Nazionale ECM del 13 gennaio 2010 e dal DPCM del 26 Luglio 2010.

È confermato che ogni operatore sanitario dovrà acquisire **150 crediti formativi nel triennio 2011-2013** (50 crediti/anno - minimo 25 e massimo 75). E' possibile trascinare 45 crediti dal triennio precedente (15 PER ANNO)

Dal 2011 verranno riconosciute ai fini ECM le seguenti tipologie:

1. Formazione Residenziale
2. Convegni e congressi
3. Formazione residenziale Interattiva
4. Training individualizzato
5. Gruppi miglioramento o di studio, commissioni, comitati Attività di ricerca
6. Audit clinico e/o assistenziale
7. Autoapprendimento senza tutor (FAD)
8. Autoapprendimento con tutor (FAD)
9. Docenza e tutoring + altro

Per convegni, congressi, simposi e conferenze (tipologia 2), per gruppi di miglioramento (tipologia 5), per attività di ricerca (tipologia 6), per docenze e tutoring (tipologia 10) nei tre anni il numero massimo di crediti acquisibili non può eccedere il 60% di 150, vale a dire 90 crediti nei 3 anni.

La nuova ECM vincola in modo diretto il numero di partecipanti e il numero di crediti da assegnare ai singoli eventi (nella formazione residenziale fino a 20 partecipanti il numero di crediti per ora è di 1,25, da 21 a 50 partecipanti 1,20, da 51 a 100 partecipanti 1 credito).

Formazione all'estero

Per i crediti da fad con **provider non italiani (EU, USA e Canada)** il certificato ottenuto dal provider fad straniero deve essere trasmesso a cura del professionista all'Ordine, e registrato con il 50% dei crediti attestati.

Attività di tutor (nella formazione MMg e nel tirocinio per l'esame di stato di medico chirurgo)

Per l'attività di tutoraggio nella formazione base e post base svolta, sulla base della certificazione l'Ordine Professionale provvederà all'emissione dell'attestazione e erogazione dei crediti. Sono acquisibili 4 crediti per mese di tutoraggio, con il Limite di utilizzo del 50% dei crediti di ogni anno (25 crediti).

Offerta formativa

L'Ordine può rivestire la funzione di produttore di formazione continua riguardo gli argomenti di etica, deontologia, legislazione, comunicazione.

LA PROFESSIONE

ADEMPIMENTI FISCALI

Il medico o l'Odontoiatra che intende esercitare la libera professione è tenuto agli adempimenti fiscali previsti per legge (Denuncia di inizio attività e relative opzioni, tenuta registri contabili, obbligo del rilascio di ricevute, denuncia annuale dei redditi ai fini irpef, assoggettamento agli studi di settore ecc.) Il primo luogo il professionista deve provvedere a presentare all'Agenzia delle Entrate, entro 30 giorni dall'inizio dell'attività, apposita dichiarazione per ottenere il numero di partita IVA.

Il D.P.R. N. 633 del 26.10.1972 istitutivo dell'IVA all'art. 10 elenca tutte le operazioni che sono esenti dall'imposta e specificatamente il punto 18 dice testualmente: "le prestazioni sanitarie di diagnosi, cura e riabilitazione rese alla persona nell'esercizio delle professioni e delle arti sanitarie soggette a vigilanza, ai sensi dell'art. 99 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio Decreto 27.7.1934 n. 1265, e successive modificazioni, ovvero individuate con decreto del Ministero della sanità, di concerto con il Ministero delle Finanze".

La fattura deve essere rilasciata al momento della prestazione. La fattura numerata progressivamente deve essere emessa in duplice copia e l'originale deve essere consegnato al paziente; deve contenere tutti i dati fiscali e anagrafici per individuare il medico, il suo codice fiscale e il N. di partita IVA, le generalità del paziente e il suo indirizzo, l'ammontare dell'onorario, il riferimento alla prestazione resa, l'indicazione che trattasi di prestazione professionale "esente da IVA ai sensi dell'art. 10/18 del DPR n. 633/72 e successive modificazioni".

Sono al contrario soggette ad IVA le prestazioni effettuate per un fine diverso da quello di tutelare la salute o il ristabilimento della stessa.

A titolo esemplificativo possono considerarsi non esenti ad esempio:

- a) visita medica e successivo rilascio del certificato con lo scopo di evidenziare lo stato di salute per predisporre la domanda di invalidità, pensione di invalidità ordinaria o pensione invalidità civile;
- b) per intraprendere un'azione giudiziaria di risarcimento provocato da un errore medico;
- c) visita medica e conseguente certificato di salute richiesta dal datore di lavoro di idoneità a svolgere generica attività lavorativa;
- d) certificazioni per verificare lo stato di salute il cui scopo esula dalla tutela della salute
- e) certificazioni peritali per infortuni redatte su modello specifico;
- f) prestazioni professionali specifiche di medicina legale (ag. delle Entrate risol. 174 22.12.2005)
- g) chirurgia plastica effettuata per ragioni estetiche (pronuncia Corte Giustizia CEE proc. 384/94)

Tutti gli interventi anche se diretti alla persona ma che esulano dalla tutela della salute non godono della esenzione dell'imposta e su questo tipo di prestazione deve essere applicata l'I.V.A. (es. certificati assicurativi, azioni giudiziarie, perizie medico legali, riconoscimento cause servizio ecc)

Sulle fatture esenti IVA con importi superiori € 77,47 deve essere apposta la marca da bollo di € 1,81

Il medico che sostituisce il collega, e in possesso di partita IVA, rilascerà al titolare una regolare fattura, senza IVA e con ritenuta d'acconto del 20%. Il titolare provvederà a versare la ritenuta

d' acconto .

Se la sostituzione di un collega viene effettuata da chi non possiede partita IVA e presume di non svolgere libera professione, può rilasciare una ricevuta per prestazione occasionale

Regime di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e dei professionisti

Presso la Segreteria dell'Ordine è disponibile, a richiesta, una guida specifica per l'esercizio professionale nello studio medico e odontoiatrico .

La Regione Emilia Romagna approva la delibera per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie (Delibera della Giunta regionale 23 febbraio 2004, n.327-pubblicata sul Bollettino Ufficiale Regione Emilia Romagna n.28 del 27.2.2004) che ridefinisce le procedure e i requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie "APPLICAZIONE DELLA L.R. 34/98 IN MATERIA DI AUTORIZZAZIONE E DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE STRUTTURE SANITARIE E DEI PROFESSIONISTI ALLA LUCE DELL'EVOLUZIONE DEL QUADRO NORMATIVO NAZIONALE. REVOCA DEI PRECEDENTI PROVVEDIMENTI."

L'autorizzazione è indispensabile al funzionamento della struttura e mira a garantirne legittimità e sicurezza. L'accreditamento fornisce lo status di soggetto idoneo ad operare per conto del Servizio sanitario nazionale ed è finalizzato a garantire la qualità dell'intero processo assistenziale. Con la delibera vengono ricondotti in una unica normativa i provvedimenti necessari a dare applicazione alla legge regionale 34/98, così come modificata dalla L.R. 4/2008, contenente le "Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private".

L'autorizzazione al funzionamento riguarda tutte le strutture pubbliche e private che erogano servizi sanitari, come ospedali, ambulatori, poliambulatori, laboratori analisi pubblici e privati . Prevede il possesso di requisiti - strutturali, impiantistici, di attrezzature e organizzativi - che attengono tipicamente alla destinazione sanitaria di una struttura, che devono essere posseduti da strutture costruite ex novo, ampliate o ristrutturare e, limitatamente ai requisiti di carattere organizzativo, anche dalle strutture esistenti e già autorizzate..

La normativa in materia di autorizzazione per le strutture sanitarie prevede la necessità di autorizzazione al funzionamento - fino ad ora non richiesta - anche per gli studi professionali odontoiatrici, di chirurgia ambulatoriale (compresa l'endoscopia), e, in generale, per gli studi professionali le cui attività possono comportare rischi per la sicurezza del paziente.

L'autorizzazione viene rilasciata dal sindaco del Comune in cui ha sede la struttura, a seguito di istruttoria di una apposita Commissione dell'Azienda sanitaria locale di riferimento (Commissione legge regionale 34/98).

In tutte le strutture sanitarie, inoltre, devono ovviamente essere applicate tutte le norme di sicurezza che discendono dalla legislazione generale: norme relative agli impianti elettrici, termici, gas medicali ecc., norme antincendio, antisismiche e di sicurezza del lavoro.

L'accreditamento istituzionale è l'atto che conferisce alle strutture sanitarie e ai professionisti lo status di "soggetto idoneo ad erogare prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale", che si concretizza con i successivi rapporti di fornitura.

Lo studio medico: caratteristiche e requisiti

Cosa si intende per "studio medico"?

Lo studio medico è l'ambiente in cui svolge la propria attività il professionista abilitato, ed è caratterizzato dalla prevalenza del suo apporto professionale ed intellettuale rispetto alla disponibilità di beni, strumenti e accessori.

Che differenza c'è fra lo studio medico e l'ambulatorio?

Come detto in precedenza, nello studio medico prevale l'apporto del professionista rispetto ad ogni altro fattore produttivo, mentre per ambulatorio si intende un ambiente in cui esiste una complessa organizzazione di lavoro, beni e servizi assimilabile al concetto di impresa, per cui l'apporto del

professionista è soltanto uno degli elementi che ne fanno parte. Al concetto di ambulatorio è assimilabile quello di "struttura sanitaria", intesa come organizzazione complessa nella quale i fattori produttivi sono organizzati sul modello dell'impresa.

Questa distinzione fra studio medico e ambulatorio o struttura sanitaria che conseguenze pratiche ha?

Dal punto di vista amministrativo, la principale conseguenza di carattere generale è che il linea di principio lo studio medico non ha bisogno di una specifica autorizzazione, proprio perché l'elemento principale ed esclusivo del suo funzionamento è il professionista, il quale è in possesso dell'abilitazione a svolgere la professione di medico chirurgo, **esclusi gli studi odontoiatrici, di chirurgia ambulatoriale o le cui attività possono comportare rischi significativi per la sicurezza del paziente, disciplinati dall'apposita normativa.** Viceversa, l'ambulatorio o la struttura sanitaria hanno bisogno, per poter funzionare, di una apposita autorizzazione, in quanto si tratta di un'organizzazione complessa di lavoro, beni e servizi.

Solo gli specialisti in una determinata disciplina posso svolgere le attività relative a quella disciplina?

In linea di principio, ogni laureato in medicina e chirurgia ed iscritto all'Albo è abilitato a svolgere attività medica in ogni campo, fatta eccezione per quelle discipline per le quali la legge dello Stato prevede che siano effettuate solo da professionisti in possesso di specifici requisiti, come, per esempio, l'anestesia, la radiologia, la psicoterapia, l'odontoiatria, la medicina del lavoro.

Le prestazioni mediche possono essere svolte dai laureati in odontoiatria?

No, i laureati in odontoiatria, in quanto non medici, possono erogare solo le prestazioni rientranti nella disciplina di Odontoiatria.

E le prestazioni odontoiatriche da chi possono essere erogate?

Le prestazioni odontoiatriche possono essere erogate dai laureati in odontoiatria iscritti all'Albo degli Odontoiatri e dai laureati in medicina e chirurgia, legittimati all'esercizio dell'odontoiatria e, quindi, iscritti anch'essi all'Albo degli Odontoiatri. Pertanto l'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri è presupposto necessario per poter erogare prestazioni in campo odontoiatrico.

E per quanto riguarda i locali dello studio, sono previsti requisiti specifici?

I requisiti sono quelli previsti dai regolamenti edilizi e dai regolamenti comunali d'igiene; qualora inserito in un'unità abitativa, i locali devono essere nettamente separati da quelli destinati ad altri usi e devono essere chiaramente identificabili. Qualora sia ubicato all'interno di strutture non sanitarie, come centri estetici, palestre, ecc. assume la connotazione di ambulatorio e necessita di specifica autorizzazione: può condividere con la struttura accesso e locali accessori (sala d'attesa, segreteria, ecc.) ma i locali di pertinenza devono essere a destinazione esclusiva, nettamente separati da quelli destinati ad altri usi e devono essere chiaramente identificabili.

L'unità immobiliare ove ha sede lo studio deve essere accatastata come "ufficio"?

Se l'unità immobiliare viene utilizzata esclusivamente come studio professionale, deve essere classificata al Catasto come "ufficio". Se, viceversa, lo studio è una porzione di una unità immobiliare adibita a civile abitazione, allora non è necessario il cambio di destinazione, ma deve comunque essere assicurato il rispetto dei principi di netta separazione fra i locali adibiti a studio e gli ambienti adibiti a civile abitazione, come detto sopra.

L'ambiente dove il medico svolge la propria attività che caratteristiche strutturali deve avere?

Deve avere una superficie adeguata, idonee condizioni di aerilluminazione naturale, pareti e pavimento lavabili. Anche gli arredi e le attrezzature devono essere in materiali facilmente lavabili e sanificabili. Deve essere garantita la privacy degli utenti e, quindi, se necessario, deve essere presente una apposita area separata per spogliarsi. Inoltre nel locale dove opera il medico deve essere presente un lavabo con comandi non manuali. Le caratteristiche dell'impianto elettrico devono essere rapportate alle eventuali attrezzature elettromedicali utilizzate.

I servizi igienici dello studio che caratteristiche devono avere?

E' opportuno che sia garantito un servizio igienico riservato agli utenti, facilmente raggiungibile, fornito di lavabo con comandi non manuali, dispenser di sapone e asciugamani monouso. Se nello studio è presente un unico servizio igienico, l'accesso deve essere indipendente dalla sala dove si eseguono le prestazioni. Pareti e pavimento del servizio igienico devono essere lavabili e disinfettabili.

La sala d'attesa che caratteristiche deve avere?

La sala d'attesa deve essere di dimensioni adeguate all'attività ed al numero di pazienti mediamente presenti, adeguatamente arredata e preferibilmente dotata di aerilluminazione naturale.

Oltre al locale dove esercita il medico, ai servizi igienici e alla sala d'attesa, lo studio deve avere altri locali?

E' necessario che esista uno spazio apposito per il deposito del materiale pulito, e uno spazio per il materiale sporco. Inoltre è necessario uno spazio per il deposito del materiale d'uso, delle attrezzature e della strumentazione. Infine, se necessario, deve essere presente uno spazio per la refertazione.

Se più medici hanno i propri studi in locali confinanti, possono mettere in comune alcuni spazi o locali?

La sala d'attesa, gli spazi per l'accettazione e le attività amministrative e i servizi igienici e tutti gli spazi accessori possono essere in comune fra più studi, purché siano adeguatamente dimensionati.

Più medici possono condividere gli stessi locali in tempi diversi?

Due o più professionisti che operino in una stessa unità immobiliare, anche in discipline diverse, possono condividere solo la sala d'attesa ed i locali accessori. L'erogazione delle prestazioni non deve comportare l'utilizzo in comune di eventuali attrezzature, né deve esistere una comune organizzazione amministrativa.

E' prevista una dotazione minima per la gestione delle emergenze?

Nello studio deve essere presente un apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa e un fonendoscopio, un pallone autoespansibile corredato di maschere facciali e cannule orofaringee, abbassalingua, laccio emostatico, siringhe e ago cannula e farmaci come adrenalina, atropina, cortisone EV, soluzione fisiologica, benzodiazepine. In caso di studi medici confinanti, la dotazione per la gestione delle emergenze può essere unica e tenuta in comune, purché sia facilmente trasportabile. In questo caso, però, uno dei medici deve assumersi la responsabilità della gestione del "carrello per le emergenze".

E per quanto riguarda gli studi soggetti ad autorizzazione?

Gli specifici requisiti sono previsti dalla DGR 327/2004 e, limitatamente agli studi odontoiatrici, dalla DGR 2520/2004. La domanda di autorizzazione segue l'iter previsto per le strutture sanitarie dalle leggi regionali vigenti.

Quanto detto fin'ora riguarda anche i medici di medicina generale e i pediatri?

No, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta convenzionati con il SSN non sono soggetti a questa normativa regionale sugli studi professionali. Per loro valgono i requisiti stabiliti, oltre che dalle normative di carattere generali, dalle rispettive Convenzioni Nazionali, il cui rispetto è demandato alla ASL.

Esistono prestazioni che, in ogni caso, non sono eseguibili negli studi medici?

Sì, perché nello studio medico possono essere espletate le attività di natura clinica, comprensive delle procedure iniettive, escluse tutte le attività chirurgiche ed endoscopiche richiedenti anestesia.

Cosa si intende per "refertazione per terzi"?

Si intende la produzione di documentazione utilizzabile con valore equivalente alla refertazione, contenente una valutazione diagnostica strumentale non complementare alla visita clinica.

Il medico che effettua solo visite, è soggetto ad autorizzazione?

No, l'attività dello studio nel quale si effettuano solo visite (anche con diagnostica strumentale non invasiva, purché complementare all'attività clinica) è esercitabile in forma libera, senza necessità di preventiva autorizzazione.

Ci sono specifiche particolarità per gli studi associati?

Lo studio associato è del tutto assimilabile allo studio professionale, in quanto la responsabilità professionale rimane in capo al singolo professionista. Il fatto che ognuno eserciti autonomamente e singolarmente l'attività professionale esonera dalla necessità di un direttore sanitario. Nello studio associato possono operare **solo professionisti della stessa disciplina**: qualora siano presenti professionisti operanti in discipline specialistiche diverse, si configura la tipologia di poliambulatorio, soggetto ad autorizzazione e con necessità di un direttore sanitario.

Lo studio associato, quindi, non va inteso come una "struttura sanitaria".

Esatto. Lo studio associato è sempre uno studio professionale in cui prevale l'apporto professionale ed intellettuale dei professionisti associati rispetto ai beni, materiali e servizi. Per questo motivo, per gli studi associati valgono le stesse regole degli studi professionali e non quelle delle strutture sanitarie.

Lo studio associato può avere una denominazione di fantasia?

No, la denominazione di uno studio associato non può utilizzare espressioni di fantasia e deve riportare i nominativi dei professionisti in associazione. Tradizionalmente la classica forma è: "Studio associato dott. XY e dott. ZK", ma sono consentite altre formulazioni, purchè analoghe per contenuto. Se il numero degli associati è rilevante, è possibile utilizzare una denominazione del tipo: "Studio dott. XY e associati", ma negli atti che vengono rilasciati al paziente (ad esempio certificati, referti, fatture, ecc.) è doveroso indicare il nominativo del professionista che materialmente ha eseguito la prestazione.

E cosa succede nel caso di "subentro" in uno studio professionale?

Negli studi professionali non soggetti ad autorizzazione è improprio parlare di "subentro" nell'attività. Diversa la condizione degli studi professionali odontoiatrici e chirurgici, soggetti ad autorizzazione, per i quali il "subentro" comporta il rilascio di una nuova autorizzazione.

Lo studio medico rientra fra i locali "aperti al pubblico"?

No, lo studio medico non è un locale aperto al pubblico, nel senso che non è accessibile dalla generalità indistinta degli utenti, ma solo dai pazienti del professionista, che con lui hanno un rapporto contrattuale basato sulla fiducia. Viceversa gli ambulatori, i poli-ambulatori e le strutture sanitarie in genere si rivolgono alla generalità dei cittadini e quindi sono considerati locali aperti al pubblico.

La targa apposta all'entrata dello studio quali requisiti deve avere?

Se viene apposta una targa all'entrata dello studio sulla pubblica via, deve essere conforme alle norme urbanistiche generali previste dal Comune. Non è, quindi, prevista una specifica autorizzazione sanitaria per la targa, ma una regolarità urbanistica. Se la targa viene apposta all'ingresso dello studio, ma non sulla pubblica via, bensì all'interno di un edificio, allora non è necessaria la verifica di regolarità urbanistica ma, al limite, l'approvazione del condominio.

Il contenuto riportato sulla targa deve essere autorizzato dall'Ordine?

Il medico e l'odontoiatra sono tenuti a rispettare i requisiti di forma e di sostanza approvati dall'Ordine. Le linee guida per la pubblicità sanitaria sono riportate nella presente guida

PRIVACY.

IL GARANTE PRESCRIVE LE REGOLE DI CONDOTTA PER LA SANITÀ

Al cittadino che entra in contatto con le strutture sanitarie per diagnosi, cure, prestazioni mediche, operazioni amministrative deve essere garantita la più assoluta riservatezza e il più ampio rispetto dei suoi diritti fondamentali e della sua dignità.

Con un provvedimento generale, i cui è stato relatore il Presidente Francesco Pizzetti, il Garante per la protezione dei dati personali ha prescritto ad organismi sanitari pubblici e privati (aziende sanitarie territoriali, aziende ospedaliere, case di cura, osservatori epidemiologici regionali, servizi di prevenzione e sicurezza sul lavoro) una serie di misure da adottare per adeguare il funzionamento e l'organizzazione delle strutture sanitarie a quanto stabilito nel Codice sulla privacy e per assicurare il massimo livello di tutela delle persone.

Tutela della dignità

La tutela della dignità della persona deve essere sempre garantita. In particolare, riguardo a fasce deboli (disabili, minori, anziani), ma anche a pazienti sottoposti a trattamenti medico invasivi o per i quali è

doverosa una particolare attenzione (es. interruzione della gravidanza). Nei reparti di rianimazione devono essere adottati accorgimenti anche provvisori (es. paraventi) per delimitare la visibilità dell'interessato, durante l'orario di visita, ai soli familiari e conoscenti.

Riservatezza nei colloqui

Quando prescrive medicine o rilascia certificati, il personale sanitario deve evitare che le informazioni sulla salute dell'interessato possano essere conosciute da terzi. Stesso obbligo per la consegna di documentazione (analisi, cartelle cliniche, prescrizioni etc.) quando questa avvenga in situazioni di promiscuità (es. locali per più prestazioni, sportelli).

Distanze di cortesia

Ospedali e aziende sanitarie devono predisporre distanze di cortesia per operazioni amministrative allo sportello (prenotazioni) o al momento dell'acquisizione di informazioni sullo stato di salute, sensibilizzando anche gli utenti con cartelli, segnali ed inviti.

Notizie al pronto soccorso

L'organismo sanitario può dare notizia, anche per telefono, sul passaggio o sulla presenza di una persona al pronto soccorso, ma solo ai terzi legittimati, come (parenti, familiari, conviventi). L'interessato, se cosciente e capace, deve essere preventivamente informato (es. all'accettazione) e poter decidere a quali soggetti può essere comunicata la sua presenza al pronto soccorso.

Notizie sui reparti

Le strutture sanitarie possono dare informazioni sulla presenza dei degenti nei reparti, ma solo a terzi legittimati (familiari, conoscenti, personale volontario). Anche qui l'interessato, se cosciente e capace, deve essere informato al momento del ricovero e poter decidere quali soggetti possono venire a conoscenza del ricovero e del reparto di degenza.

Chiamate in sala d'attesa. Nei locali di grandi strutture sanitarie i pazienti, in attesa di una prestazione o di documentazione (es. analisi cliniche), non devono essere chiamati per nome. Occorre adottare soluzioni alternative, per esempio attribuendo un codice numerico al momento della prenotazione o dell'accettazione.

Liste di pazienti

Non è giustificata l'affissione di liste di pazienti in attesa di intervento in locali aperti al pubblico, con o senza la descrizione della patologia sofferta. Non devono essere resi visibili ed estranei documenti sulle condizioni cliniche dell'interessato, come le cartelle infermieristiche poste vicino al letto di degenza.

Informazioni sullo stato di salute

Si possono dare informazioni sullo stato di salute a soggetti diversi dall'interessato quando questi abbia manifestato uno specifico consenso. Tale consenso può essere dato da un familiare in caso di impossibilità fisica o incapacità dell'interessato o, valutato il caso, anche da altre persone legittimate a farlo, come familiari, conviventi o persone in stretta relazione con l'interessato stesso. I soggetti terzi che hanno accesso alle strutture sanitarie (es. associazioni di volontariato), per poter

conoscere informazioni sulle persone in relazione a prestazioni e cure devono rispettare tutte le regole e le garanzie previste dalle strutture sanitarie per il proprio personale, come ad esempio vincoli di riservatezza, possibilità e modalità di approccio ai degenti.

Ritiro delle analisi

I referti diagnostici, i risultati delle analisi e i certificati rilasciati dai laboratori di analisi o dagli altri organismi sanitari possono essere ritirati anche da persone diverse dai diretti interessati purchè munite di delega scritta e con consegna in busta chiusa.

I medici di base, gli studi medici privati e i medici specialisti non rientrano nell'obbligo di adottare queste misure, ma sono comunque tenuti a garantire il rispetto della dignità degli interessati nonché del segreto professionale.

Il certificato medico

Cos'è il certificato medico?

Il certificato medico è la testimonianza scritta su fatti e comportamenti tecnicamente apprezzabili e valutabili, la cui dimostrazione può produrre affermazione di particolari diritti soggettivi previsti dalla legge, ovvero determinare particolari conseguenze a carico dell'individuo o della collettività aventi rilevanza giuridica e/o amministrativa.

Cosa significa "certificare"?

I contenuti possibili del certificato medico sono non soltanto le dichiarazioni circa lo stato di salute o di malattia, ma ogni fatto di natura tecnico-sanitaria che il medico ha potuto riscontrare direttamente nell'esercizio della sua professione (ad esempio, la sottoposizione a vaccinazioni, l'idoneità al lavoro, l'idoneità alla pratica sportiva, la salubrità degli ambienti di lavoro, ecc.). Rientrano, così, fra i contenuti possibili della certificazione medica anche fattispecie che non riguardano soltanto la salute o la malattia, ma anche eventi come la nascita o la morte, che il medico è chiamato a constatare di persona.

Quali sono i requisiti "formali" del certificato?

Il certificato deve essere privo di abrasioni e correzioni che possono far sorgere il dubbio di alterazioni o contraffazioni dell'atto. Nel caso di correzioni, devono essere indicate a chiare lettere e controfirmate dall'estensore. Inoltre il certificato deve essere redatto con una grafia chiara e comprensibile che non dia luogo ad equivoci. La terminologia e il significato del certificato deve essere intellegibile e coerente fra quanto constatato e quanto dichiarato nel certificato. La legge prevede una specifica modulistica solo per alcuni tipi di certificati (ad esempio, certificato di malattia per lavoratori privati, certificato di idoneità alla guida, ecc.).

Quali sono i requisiti "sostanziali" del certificato?

Il certificato deve riportare:

- il nome, il cognome, la qualifica ed eventualmente la struttura sanitaria di appartenenza del medico certificatore;
- le generalità del paziente o del richiedente;
- l'oggetto della certificazione (eventuale diagnosi e prognosi). Nel caso di certificato redatto sulla base di referti obiettivi è opportuno citarli;
- il luogo e la data di rilascio;
- la firma del medico.

Cosa significa "veridicità" del certificato?

Il Codice Deontologico impone al medico di redigere il certificato solo con affermazioni che derivano da constatazioni dirette, personalmente effettuate (ad esempio tramite la visita medica), oppure sulla base di documentazione oggettiva (ad esempio sulla base di referti oggettivi). Pertanto al medico non è concesso di redigere un certificato esclusivamente sulla base di quanto gli viene riferito dal paziente o da terzi o su fatti che egli non abbia personalmente constatato, perché questo rappresenta al limite una raccolta anamnestica, insufficiente di per sé a formulare una diagnosi certificabile. E' necessario, quindi, prestare molta attenzione a questi casi, perché è fin troppo facile per il medico esporsi al rischio di certificare qualcosa che in realtà non è veritiero.

Il medico può rifiutarsi di certificare?

Il Codice Deontologico impone al medico di rilasciare al paziente le certificazioni sul suo stato di salute. Ovviamente questo precetto va integrato con quanto detto alla risposta precedente, per cui il medico può e deve rifiutarsi di certificare fatti che egli non abbia constatato personalmente o che non siano supportati da riscontri oggettivi. Altrettanto ovviamente, il medico deve rifiutarsi di certificare fatti che egli sappia non corrispondenti al vero. Infine il medico deve rifiutarsi di certificare nei casi in cui la legge prevede che il certificato possa essere rilasciato solo da colleghi rivestiti di particolari qualifiche.

Cos'è il reato di "falso materiale" in certificazione medica?

Il reato di "falso materiale" riguarda la parte formale del certificato. Il medico risponde di questo reato quando, nella redazione del certificato, commette alterazioni o contraffazioni mediante cancellature,

abrasioni o aggiunte successive, miranti a far apparire adempite le condizioni richieste per la sua validità. Come per ogni reato, presuppone il dolo, cioè l'intenzionalità.

Cos'è il reato di "falso ideologico" in certificazione medica?

Il reato di "falso ideologico" riguarda la falsa rappresentazione della realtà, cioè l'attestazione per autentici di fatti non rispondenti a verità. Si tratta, quindi, di una certificazione volutamente mendace per fatti o condizioni inesistenti. Come per ogni reato, presuppone il dolo, cioè l'intenzionalità.

Il certificato "erroneo" è un reato?

Se il medico commette un errore nel certificato, ma persuaso di essere nel vero e certificando conformemente alla propria convinzione, non può essere accusato di alcun reato perché in questo caso il certificato non è falso, ma soltanto erroneo. Tuttavia è una situazione che nella realtà può essere difficile da dimostrare.

Cos'è il certificato "compiacente"?

È il certificato che tende, con terminologia volutamente imprecisa e ambigua, ad alterare una situazione o minimizzandola o rendendola sproporzionata. È quindi un certificato che non risponde al requisito della veridicità e quindi può integrare gli estremi di reato di falso ideologico. È irrilevante se questo tipo di certificato sia stato redatto per venire incontro alle esigenze del richiedente. Il medico non deve mai sottrarsi al dovere di attenersi alla veridicità dei fatti.

Il certificato falso può esporre anche al rischio di essere accusati di truffa?

Sì, perché il certificato può determinare la costituzione di diritti in favore del richiedente, con possibili oneri a carico di terzi o a carico dello Stato. Pertanto una falsa certificazione può esporre anche al rischio di essere accusati di truffa.

C'è differenza fra il certificato rilasciato dal medico dipendente pubblico, dal medico convenzionato o dal medico libero professionista?

Dipende dal contesto di riferimento. In linea di principio, ogni medico abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'Albo è ugualmente idoneo a rilasciare una certificazione medica. Tuttavia leggi specifiche riservano la potestà certificativa in alcuni casi a medici in possesso di particolari qualifiche (ad esempio per la certificazione di morte, per la guida di autoveicoli, per il porto d'armi, per la sicurezza sul lavoro, per la pratica sportiva, per l'assenza per malattia dei dipendenti pubblici, ecc.). Dal punto di vista giuridico, i certificati rilasciati dai medici dipendenti pubblici sono considerati "atti pubblici", in quanto il medico che li redige ha la funzione di pubblico ufficiale. Invece i certificati rilasciati dai medici convenzionati sono considerati "certificazioni amministrative", in quanto il medico che li redige ha la qualifica di incaricato di pubblico servizio. Infine i certificati rilasciati dai medici liberi professionisti sono considerati "scritture private" in quanto il medico che li redige svolge un servizio di pubblica utilità. Queste differenze hanno rilevanza soprattutto dal punto di vista penale, perché le pene sono più severe per il falso in atto pubblico rispetto alle altre certificazioni.

Cos'è il "certificato storico"?

Il certificato storico è l'attestazione di una situazione che si è già verificata nel passato e che il medico ricostruisce sulla base di documentazione dell'epoca. Si tratta quindi di una certificazione "ora per allora". Questo tipo di certificazione è piuttosto frequente nell'ambito della medicina legale quando il medico svolge una funzione peritale, oppure quando il medico è chiamato a redigere atti aventi finalità assicurativa o previdenziale. Al contrario, un certificato "storico" non ha ragione di essere in altri contesti, come ad esempio per la certificazione di malattia dei lavoratori dipendenti, perché il certificato deve essere contestuale all'accertamento della patologia e recare la stessa data dell'effettuazione della visita. Non è, quindi, consentito certificare "a posteriori": farlo esporrebbe il medico al rischio di essere accusato del reato di falsa certificazione.

Come si tutela la privacy del paziente nel certificato?

Se il certificato è richiesto dal paziente e consegnato a lui direttamente, non si pongono problemi di riservatezza. Viceversa, se il certificato viene consegnato ad una persona diversa dal richiedente, il medico deve acquisire una delega scritta che lo autorizza a rilasciare il certificato nelle mani di un terzo. È importante ricordare che, comunque, il certificato deve essere consegnato dal medico o da un suo incaricato (ad esempio la segretaria), ma non deve essere lasciato in luoghi dove non si possa essere sicuri che il ritiro venga effettuato dal diretto interessato. Per i certificati di malattia ad uso lavorativo il medico deve evitare di indicare la diagnosi, in quanto il datore di lavoro non è tenuto a conoscerla. Fa eccezione il caso in cui sia lo stesso paziente a richiedere che la diagnosi sia espressamente indicata sul certificato, perché vuole beneficiare di permessi lavorativi speciali che il datore di lavoro può concedere solo previa

conoscenza della diagnosi. In questo caso il medico è legittimato ad indicare le informazioni sulla patologia, proprio perché lo stesso paziente glielo ha richiesto.

Considerazioni conclusive

Il medico deve sempre essere consapevole che ogni suo atto, per quanto semplice e apparentemente banale possa essere, è carico di implicazioni giuridiche, amministrative e deontologiche. Quindi deve prestare la massima attenzione ed il massimo scrupolo in ogni momento della propria attività, anche nell'esecuzione di atti spesso banali come la redazione di certificati medici. Che sono molto frequenti e, proprio per questo, è più alto il rischio di disattenzioni o superficialità che però possono avere conseguenze legalmente pesanti.

CERTIFICATI PER INVALIDITA' CIVILE

Dal 1° gennaio 2010 i certificati di invalidità non devono più essere consegnati alla ASL ma inviati all'INPS secondo quanto stabilito dall' [art. 20 Legge 3 agosto 2009 n. 102](#) ed il Direttore Generale f.f. dell'INPS con la [circolare n. 131 del 28 dicembre 2009](#) ha dato le indicazioni operative per l'invio telematico del certificato attraverso l'applicazione "Invalidità Civile 2010" - InvCiv2010, raggiungibile all'indirizzo www.inps.it

L'accesso alla procedura è consentito soltanto agli utenti muniti di apposito PIN per il cui ottenimento è necessario:

- scaricare e stampare il [modulo richiesta PIN](#) disponibile anche sul sito INPS e presso le sedi dell'Istituto
- recarsi personalmente presso una qualunque Agenzia dell'INPS, munito di un documento di identità
- consegnare il modulo di richiesta del PIN

L'operatore INPS consegna un codice PIN iniziale di accesso in busta chiusa numerata. Al primo accesso il medico deve modificare il PIN iniziale seguendo la procedura guidata.

La ricetta medica

Una definizione ufficiale di "prescrizione medica" è data dal D.Lgs 24.04.2006 n. 219 (G.U. n. 142 del 21.6.2006 s.o. N. 153 – "Codice Comunitario dei medicinali per uso umano - **D.Lgs 219/2006**", in vigore dal 6 luglio 2006. L' art. 1 recita infatti: *ogni ricetta medica rilasciata da un professionista autorizzato a prescrivere medicinali.*

"Ricetta bianca"

La ricetta scritta un comune foglio di carta (carta intestata o timbro) (cosiddetta "ricetta bianca") è certamente valida, purché contenga i seguenti elementi essenziali:

- nome e cognome ed il domicilio del medico ed eventuale struttura sanitaria di appartenenza;
- Codice fiscale e/o Nome e cognome del paziente (è fortemente consigliato destinare chiaramente la prescrizione per evitare di incorre in possibili sanzioni amministrative)
- nome del farmaco o del principio attivo;
- luogo e data di compilazione della ricetta;
- firma autografa del medico.

L'indicazione del dosaggio non è obbligatoria, ma è fortemente raccomandata per evitare equivoci nella dispensazione del farmaco. In ogni caso, se manca l'indicazione del dosaggio, il farmacista è tenuto a consegnare la confezione con la minor quantità possibile di principio attivo. L'indicazione della posologia è anch'essa fortemente raccomandata.

La ricetta può essere scritta a mano, ma anche tramite computer: l'importante è che sia chiara e leggibile,

in modo da evitare fraintendimenti od equivoci per il paziente o il farmacista. Anzi, a questo scopo, è senz'altro preferibile utilizzare il computer. Quello che conta è che la firma deve sempre essere autografa e in originale.

I farmaci prescritti con la "ricetta bianca" sono sempre a totale carico dell'assistito. Per ottenere farmaci a totale o parziale carico dello Stato, nei casi previsti dalla legge, è indispensabile che il medico utilizzi l'apposito modulo per la prescrizione a carico del SSN (vedi risposte seguenti).

Si possono prescrivere tutti quei farmaci che sulla confezione recano la dicitura: "Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica".

La "ricetta bianca" ha validità non superiore a sei mesi a partire dalla data di compilazione e, comunque, per non più di dieci volte, salvo che per alcune categorie di farmaci (come gli ormoni o gli ansiolitici), per i quali il periodo di validità della ricetta è più breve. Entro questi limiti, quindi, la ricetta è "ripetibile" nel senso che l'assistito può continuare ad esibirla al farmacista per acquistare i farmaci, fino al termine della sua validità. Infatti, ogni volta che viene presentata al farmacista per l'acquisto del medicinale, la ricetta viene timbrata ma poi riconsegnata all'assistito per il suo uso futuro. Tuttavia se il medico indica espressamente un numero di confezioni di medicinale superiore all'unità, la ricetta diventa "non ripetibile" e, quindi, è utilizzabile solo per quella volta.

REQUISITI FORMALI DELLA RICETTA NON RIPETIBILE

I farmaci che per il loro uso continuato possono determinare stati tossici o, comunque, rischi particolarmente elevati per la salute del paziente, possono essere prescritti soltanto con una ricetta "non ripetibile". In ogni caso questi medicinali recano sulla confezione la dicitura: "Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica utilizzabile una sola volta". La ricetta "non ripetibile" può essere presentata in farmacia entro trenta giorni dalla data della sua compilazione. Alla presentazione al farmacista, questi consegna il medicinale e ritira la ricetta. Tutti gli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi possono compilare la "ricetta bianca", senza alcuna distinzione. Il D.LGS 219/2006 prevede gli elementi indispensabili che la ricetta deve contenere per essere ritenuta valida e per evitare al medico prescrittore sanzioni amministrative :

- il nome , il cognome ed il domicilio del medico che la rilascia
- Codice fiscale e/o Nome e cognome del paziente
- la tipologia del farmaco che viene prescritto
- la data esatta di compilazione ed il luogo della stessa
- dati relativi all'eventuale esenzione (se il medico è convenzionato o dipendente da Aziende Sanitarie)
- la firma del medico e la data.

Ai sensi dell'art. 89 del D.lgs 219/2006 la carenza di tali elementi comporta la non validità della ricetta.

(Ai sensi del comma 4 dell'art. 89 del D.Lgs 219/2006 la ricetta deve contenere il CODICE FISCALE DEL PAZIENTE : in caso contrario il medico è soggetto alla sanzione amministrativa dal 300 euro a 1800,00 euro)

Ricetta del Servizio Sanitario Nazionale

Le leggi che disciplinano il funzionamento del SSN prevedono che il costo dei farmaci classificati in fascia A dall'AIFA sia a totale o parziale carico dello Stato. In questo caso, il medico deve necessariamente utilizzare il cosiddetto "ricettario rosso". Se il medico prescrivesse un farmaco, anche di fascia A, su una "ricetta bianca", il costo sarebbe comunque a carico dell'assistito.

Possono prescrivere i farmaci a carico del SSN sul cosiddetto "**ricettario rosso**". I medici di medicina generale convenzionati con il SSN, i medici addetti alla continuità assistenziale pubblica, i pediatri di libera scelta convenzionati con il SSN, gli specialisti ambulatoriali interni, i medici dipendenti del SSN. Non possono, quindi, prescrivere sul "ricettario rosso" i medici che non siano dipendenti o convenzionati con il SSN. I blocchetti contenenti i moduli per la prescrizione di farmaci a carico del SSN vengono consegnati dall'Azienda Sanitaria al medico dipendente o convenzionato con il SSN ed egli ne diventa responsabile del suo uso.

I medici specializzandi possono prescrivere farmaci utilizzando il "ricettario rosso" in carico al loro tutor, purché venga apposto il doppio timbro, del tutor e dello specializzando, e la firma di quest'ultimo. Allo

stesso modo i sostituti dei medici di famiglia possono utilizzare il "ricettario rosso" in carico al medico titolare, apponendo il doppio timbro, del titolare e del sostituto, e la firma di quest'ultimo. Da quanto sopra consegue che i medici in formazione specialistica e i sostituti non possono ottenere un proprio ricettario contenente i "ricetta rossa", ma devono necessariamente far uso di quello in dotazione al loro tutor/titolare. La "ricetta rossa" deve contenere gli stessi elementi essenziali della ricetta bianca ; va indicato il nome e il cognome dell'assistito, il suo codice fiscale, il codice dell'Azienda Sanitaria di riferimento, gli eventuali codici e motivi di esenzione e l'eventuale nota AIFA pertinente. Il cittadino può anche chiedere che sul proprio nome e cognome sia apposta una etichetta adesiva per tutelare la sua riservatezza.

In caso di falsità nella ricetta le pene saranno severe infatti la ricetta a carico del SSN, essendo prodotta da un medico dipendente o convenzionato con il SSN, ha la natura giuridica di atto pubblico ed il medico prescrittore assume la qualifica di pubblico ufficiale (medico dipendente) o incaricato di pubblico servizio (medico convenzionato), con pene molto severe in caso di falsità. La "ricetta bianca", invece, è una scrittura privata e quindi la sua eventuale falsità soggiace a pene meno severe, anche se comunque non certo irrilevanti. Ma non è necessario arrivare alle sanzioni penali: anche la semplice inapproprietezza della prescrizione (che non è quindi una ipotesi di falsità) espone il medico al rischio di essere accusato di danno erariale.

La prescrizione di un medicinale presuppone che il medico abbia visitato il paziente e abbia riscontrato l'esistenza di una patologia per la cui cura è necessario il farmaco prescritto nella ricetta. Per cui la prescrizione di un medicinale effettuata senza constatare personalmente l'esistenza di una patologia espone il medico al rischio di incorrere nel reato di falso ideologico. Ovviamente questo principio vale in senso generale, nel senso che se il medico conosce il paziente ed è a conoscenza del tipo di patologia da cui è affetto (ad esempio, una malattia cronica), può anche rilasciare la ricetta senza dover necessariamente visitare ogni volta il paziente. L'importante, però, è che il medico non rilasci mai ricette "al buio", senza essere sicuro della patologia esistente o basandosi soltanto su quanto gli viene riferito, senza aver provveduto a riscontrare oggettivamente la sussistenza della patologia.

Il farmacista non può sostituire il farmaco prescritto dal medico con un altro farmaco, se il medico ha indicato sulla ricetta l'avvertimento espresso "farmaco non sostituibile". Se questa indicazione non c'è, il farmacista per legge deve informare l'assistito dell'eventuale esistenza di un farmaco equivalente (cosiddetto "generico") avente il medesimo principio attivo e l'assistito può acconsentire di ricevere il medicinale equivalente al posto di quello di marca. Se però l'assistito si rifiuta di ottenere il medicinale equivalente e pretende comunque il farmaco di marca, oppure se il medico ha indicato che la sua prescrizione non è sostituibile, l'assistito è tenuto a pagare la differenza fra il costo del farmaco equivalente (coperto dallo Stato) e il costo del farmaco di marca.

Ricetta per i farmaci stupefacenti

E' la ricetta che contiene la prescrizione di medicinali per i quali la legge sulla disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope prevede specifiche modalità di distribuzione e di prescrizione.

La legge 38 del 15 marzo 2010 ha l'obiettivo di tutelare il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore. Tale normativa ha introdotto alcune importanti novità nel campo della terapia del dolore:

□□ *ha esteso il bacino di utenza dei farmaci per la terapia del dolore: oggi questi farmaci sono indicati non solo per il trattamento di "pazienti affetti da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa" (Legge 8 febbraio 2001, n. 12), ma anche per "le persone affette da una patologia dolorosa cronica da moderata a severa" (Legge 15 marzo 2010, n. 38);*

□□ *ha introdotto un meccanismo di semplificazione della prescrizione per i farmaci oppiacei impiegati nella terapia del dolore*

IN SINTESI

in alternativa alla ricetta RMR (ricetta ministeriale a ricalco) si può usare la ricetta SSN (rossa)

□□ *Per quali farmaci si può utilizzare: Per tutti i farmaci compresi nell'Allegato III bis*, in tutte le forme farmaceutiche inclusi quelli in tabella A: buprenorfina, codeina, diidrocodeina, fentanyl, idrocodone, idromorfone, metadone, morfina, ossicodone, ossimorfone.*

In analogia tali farmaci possono essere prescritti anche su ricettario privato del medico.

□□ *Quando si può utilizzare: La ricetta SSN è utilizzabile quando i farmaci indicati nell'Allegato III bis* vengano utilizzati per la terapia del dolore. In caso diverso, per disassuefazione da sostanze stupefacenti o da alcool, dovrà continuare ad utilizzarsi la ricetta a ricalco*

Come compilare la ricetta SSN (rossa)

Oltre ai formalismi prescrittivi previsti per la compilazione della ricetta SSN, il

medico dovrà indicare in ricetta, nel rispetto dell'art. 42 del DPR 309/1990:

- la dicitura "TDL" (terapia del dolore) nello spazio destinato all'esenzione
- la dose prescritta, la posologia e il modo di somministrazione.

La ricetta potrà comprendere fino a due medicinali diversi tra loro o uno stesso medicinale con due dosaggi differenti per un numero di confezioni necessarie per una cura di durata non superiore a 30 giorni. Il codice "TDL" autorizza la prescrivibilità a carico del SSN per il numero di pezzi necessari al trattamento.

Come compilare la ricetta ordinaria (bianca)

La ricetta bianca, oltre ai suoi contenuti ordinari, conterrà:

- l'indicazione che la prescrizione è relativa alla terapia del dolore tramite l'inserimento della dicitura "terapia del dolore";
- l'indicazione della posologia per il rispetto del limite di 30 giorni di terapia.

La legge

NON SI APPLICA

(quindi rimangono nella tabella IIA con ricettario ministeriale a ricalco) :

PETIDINA, FLUNITRAZEPAM (es. ROIPNOL Cpr®), e METADONE (es. EPTADONE scir®) se prescritto per la disassuefazione da sostanze stupefacenti o da alcool

RICETTA A "RICALCO" o AUTOCOPIANTE (RMR 3 copie)

Indicare chiaramente nelle ricette, che devono essere scritte con mezzo indelebile::

il cognome e il nome, codice fiscale, la dose prescritta e l'indicazione del modo e dei tempi di somministrazione; apporre sulla prescrizione stessa la data, la firma e il timbro personale del medico chirurgo da cui la ricetta è rilasciata, l'indicazione del domicilio e del numero telefonico del medico che l'ha rilasciata, il ricettario è personale. La ricetta ha validità per trenta giorni e deve contenere l'indicazione di una posologia adeguata ai trenta giorni di cura. Deve contenere la prescrizione di una solo dosaggio e non possono essere prescritte due specialità diverse. La ricetta deve essere compilata in triplice copia: il medico consegna all'assistito due copie (una per l'assistito stesso e una per il farmacista) mentre la terza viene conservata dal medico

Tutti i medici sono abilitati a prescrivere i farmaci stupefacenti, nelle modalità sopra descritte. Il medico è tenuto ad avere in ricettario ministeriale a ricalco. Anzi, il medico che si rifiuta di prescrivere i farmaci stupefacenti, nonostante che vi siano le condizioni per farlo, accampando la scusa di essere sprovvisto del ricettario specifico, compie un atto contrario ai suoi doveri deontologici di assistenza e cura delle persone e, quindi, è sanzionabile da parte dell'Ordine.

ODONTOIATRI

Gli odontoiatri possono prescrivere tutti i medicinali necessari all'esercizio della loro professione. Questo significa che possono prescrivere alcune classi di farmaci più comunemente necessari alla professione odontoiatrica, quali gli analgesici-antinfiammatori, gli anestetici locali, gli antibiotici attivi sulla flora patogena del cavo orale. A contrario, all'odontoiatra non compete la prescrizione di farmaci per la terapia di malattie non odontoiatriche. Tutto questo vale per i casi normali, nel senso che in caso di emergenze che potrebbero verificarsi nell'attività odontoiatrica e che possono comportare danno grave o imminente pericolo di vita per il paziente, è senz'altro consentito all'odontoiatra l'uso e la prescrizione di farmaci di emergenza. La prescrizione di farmaci da parte degli odontoiatri liberi professionisti deve necessariamente avvenire su "ricetta bianca" (con costo a carico dell'assistito), mentre gli odontoiatri dipendenti del SSN o specialisti ambulatoriali interni possono prescrivere i farmaci in fascia A sul ricettario del SSN.

Considerazioni conclusive

I farmaci non sono mai assolutamente innocui e quindi la loro prescrizione deve essere attentamente ponderata dal medico, in relazione alle effettive necessità del paziente. Per questo è necessaria la massima attenzione e la massima diligenza nella prescrizione di farmaci, così come è dovere deontologico del medico informare adeguatamente il paziente sulle modalità di uso e somministrazione del farmaco, onde evitare rischi per la sua salute. A maggior ragione quando si prescrivono farmaci a carico del SSN, perché in questo caso il medico di fatto pone a carico della finanza pubblica il costo dei medicinali e, in caso di errori o prescrizioni inappropriate, ne risponde anche davanti alla Corte dei Conti.

PUBBLICITA' DELL'INFORMAZIONE SANITARIA

FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

DELIBERAZIONE N. 52

Il Comitato Centrale della FNOMCeO, riunito a Roma il 23 febbraio 2007;

VISTO l'articolo 2, comma 1, lett. b), della legge 4 agosto 2006, n. 248 che testualmente sancisce: *“Sono abrogate le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono con riferimento alle attività libero professionali e intellettuali 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”*;

VISTA la legge 5 febbraio 1992, n. 175 così come modificata dall'articolo 3 della legge 26 febbraio 1999, n. 42, dall'articolo 12 della legge 14 ottobre 1999, n. 362 e dal comma 8 dell'articolo 7 della legge 3 maggio 2004, n. 112;

VISTO il decreto legislativo 9 aprile 2003, n. 70 “Attuazione della direttiva comunitaria 2001/31/CE” relativa a taluni aspetti giuridici dei servizi della società dell'informazione nel mercato interno, con particolare riferimento al commercio elettronico;

VISTI gli articoli 55, 56 e 57 del Codice di Deontologia Medica approvato in data il 16 dicembre 2006 e la Linea-guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria allegata al Codice di Deontologia Medica;

VISTA la sentenza della Corte di Cassazione n. 652/2007;

VISTE le risultanze della riunione del 30 gennaio 2007 della Commissione tecnico-giuridica della Federazione;

VISTE le risultanze della riunione del 6 febbraio 2007 della Commissione sulla pubblicità sanitaria;

CONSIDERATO che occorre individuare orientamenti comuni finalizzati a consentire agli Ordini provinciali di svolgere, in modo omogeneo e coerente il ruolo di verifica della trasparenza e veridicità dei messaggi pubblicitari così come stabilito nel già citato articolo 2, comma 1, lett. b), della legge 4 agosto 2006, n. 248;

CONSIDERATO che gli Ordini provinciali, anche prima dell'entrata in vigore della legge 4 agosto 2006, n. 248 non dovevano provvedere a rilasciare alcun provvedimento autorizzatorio nei confronti dei messaggi pubblicitari proposti dagli iscritti ma che avevano solo il compito di rilasciare un nullaosta, quale parere obbligatorio ma non vincolante nei confronti degli Enti territoriali, titolari del potere di adottare l'autorizzazione prevista dagli articoli 2 e 5 della legge 175/92;

CONSIDERATO che la sentenza della Corte di Cassazione n. 652/2007 non ha in alcun modo modificato l'interpretazione del quadro normativo preesistente, essendosi espressa in via incidentale sulla materia;

CONSIDERATA la necessità di sostituire al comma 2 dell'articolo 56 del Codice di Deontologia Medica la dizione: “autorizzata dall'Ordine” con “verificata dall'Ordine”;

CONSIDERATO altresì che in relazione a quanto previsto nella presente deliberazione occorre modificare ed integrare in parte alcune indicazioni previste nella Linea-guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria allegata al Codice di Deontologia Medica;

VISTO l'articolo 15, comma 1, lett. b), del DLCPS 13 settembre 1946, n. 233 relativo all'attribuzione di coordinare e promuovere l'attività degli Ordini;

DELIBERA

- ogni messaggio pubblicitario, svolto dai medici e dagli odontoiatri in materia sanitaria a titolo individuale, in forma societaria o comunque nelle loro funzioni di Direttori Sanitari di

strutture autorizzate, deve essere rispondente alle disposizioni deontologiche di cui agli art. 55, 56, e 57 del vigente Codice di Deontologia e alla Linea-guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria allegata al Codice, relativamente ai contenuti, ai mezzi e alle forme dell'informazione sanitaria;

- gli Ordini, ai fini degli obblighi della verifica deontologica prevista nell'articolo 2, comma 1, lett. b), della legge 4 agosto 2006, n. 248 cui corrisponde l'esercizio della potestà disciplinare in caso di accertata violazione delle norme, promuovono iniziative ed attivano procedure idonee a favorire la comunicazione da parte degli iscritti dei propri messaggi pubblicitari;
- a partire dal 1° aprile 2007, fatta salva la pubblicità già oggetto di specifica autorizzazione da parte degli Ordini o degli altri Enti allo scopo abilitati, la comunicazione di cui sopra dovrà avvenire tramite una specifica dichiarazione, rilasciata dall'iscritto, di conformità del messaggio pubblicitario alle norme del Codice di Deontologia e a quanto previsto nella Linea-guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria allegata al Codice stesso. La mancata comunicazione preventiva ha rilievo disciplinare solo nel caso in cui il messaggio non sia, alla verifica, conforme alle norme deontologiche;
- gli Ordini devono attivare strutture e procedure di consulenza per i propri iscritti, al fine della valutazione preventiva e precauzionale del messaggio, allo scopo di prevenire e contenere il contenzioso disciplinare;
- gli Ordini, qualora formalmente richiesti, sono tenuti a rilasciare il "nulla osta" previsto dalla legge 175/92 che gli Enti territoriali (Comuni e Regioni) dovessero esigere nel procedimento, quale atto indefettibile della procedura amministrativa;
- ai fini della tutela della dignità e del decoro, i mezzi, le forme e gli strumenti indicati nella legge 175/92 e nel DM 657/94 per la diffusione dei messaggi pubblicitari conservano piena rispondenza alle disposizioni del vigente Codice di Deontologia anche a seguito delle innovazioni legislative introdotte in materia;
- la dizione "autorizzata dall'Ordine" di cui al comma 2 dell'articolo 56 del Codice di Deontologia Medica viene sostituita con "verificata dall'Ordine";
- il testo della Linea-guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria, approvato il 16 dicembre 2006, viene modificato secondo gli orientamenti contenuti nella presente deliberazione;
- il testo dell'articolo 56 del nuovo Codice di Deontologia Medica e della Linea-guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria fanno parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- al fine di esercitare le funzioni di indirizzo e coordinamento dell'attività degli Ordini di cui all'articolo 15, lett. b), del DLCPS 233/46, la FNOMCeO costituisce l'Osservatorio Nazionale sulla Pubblicità dell'Informazione Sanitaria, coordinato dal Segretario della Federazione e composto da un gruppo tecnico-giuridico e da responsabili istituzionali degli Ordini provinciali, da individuare con apposita deliberazione del Comitato Centrale. L'Osservatorio avrà compiti di monitoraggio sull'efficacia delle procedure attuate, di sviluppo degli orientamenti in materia di nomenclature delle attività sanitarie e di valutazione degli elementi costitutivi i costi delle prestazioni infine di consulenza agli Ordini provinciali al fine di rendere uniformi e coerenti i comportamenti degli stessi. Entro dicembre 2007, l'Osservatorio provvede alla definizione di un primo specifico Rapporto al Comitato Centrale, anche allo scopo di motivare eventuali proposte al Consiglio Nazionale di adeguamenti ed integrazioni alle procedure di verifica e alla Linea-guida sulla pubblicità dell'informazione allegata al Codice.

Art. 56

- Pubblicità dell'informazione sanitaria -

La pubblicità dell'informazione in materia sanitaria, fornita da singoli o da strutture sanitarie pubbliche o private, non può prescindere, nelle forme e nei contenuti, da principi di correttezza informativa, responsabilità e decoro professionale.

La pubblicità promozionale e comparativa è vietata.

Per consentire ai cittadini una scelta libera e consapevole tra strutture, servizi e professionisti è indispensabile che l'informazione, con qualsiasi mezzo diffusa, non sia arbitraria e discrezionale, ma obiettiva, veritiera, corredata da dati oggettivi e controllabili e **verificata** dall'Ordine competente per territorio.

Il medico che partecipa, collabora od offre patrocinio o testimonianza alla informazione sanitaria non deve mai venir meno a principi di rigore scientifico, di onestà intellettuale e di prudenza, escludendo qualsiasi forma anche indiretta di pubblicità commerciale personale o a favore di altri.

Il medico non deve divulgare 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 infondate attese e speranze illusorie.

LINEA-GUIDA FNOMCEO INERENTE L'APPLICAZIONE DEGLI ARTT. 55-56-57 DEL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

1. PREMESSA

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

2. DEFINIZIONI

Ai fini della presente linea-guida, si intendono:

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

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

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

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

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

3. ELEMENTI COSTITUTIVI DELL'INFORMAZIONE SANITARIA

Il medico su ogni comunicazione informativa dovrà inserire:

- nome e cognome
- il titolo di medico chirurgo e/o odontoiatra
- il domicilio professionale

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

- il nome, la denominazione o la ragione sociale;
- il domicilio o la sede legale;
- gli estremi che permettono di contattarlo rapidamente e di comunicare direttamente ed efficacemente, compreso l'indirizzo di posta elettronica;

- l'Ordine professionale presso cui è iscritto e il numero di iscrizione;
- gli estremi della laurea e dell'abilitazione e l'Università che li ha rilasciati;
- la dichiarazione, sotto la propria responsabilità, che il messaggio informativo è diramato nel rispetto della presente linea guida;
- il numero della partita IVA qualora eserciti un'attività soggetta ad imposta.

Inoltre dovrà contenere gli estremi della comunicazione inviata all'Ordine provinciale relativa all'autodichiarazione del sito Internet rispondente ai contenuti della presente linea-guida.

I siti devono essere registrati su domini nazionali italiani e/o dell'Unione Europea, a garanzia dell'individuazione dell'operatore e del committente pubblicitario.

4. ULTERIORI ELEMENTI DELL'INFORMAZIONE

- i titoli di specializzazione, di libera docenza, i master universitari, dottorati di ricerca, i titoli di carriera, titoli accademici ed eventuali altri titoli. I titoli riportati devono essere verificabili; a tal fine è fatto obbligo indicare le autorità che li hanno rilasciati e/o i soggetti presso i quali ottenerne conferma;
- il curriculum degli studi universitari e delle attività professionali svolte e certificate anche relativamente alla durata, presso strutture pubbliche o private, le metodiche diagnostiche e/o terapeutiche effettivamente utilizzate e ogni altra informazione rivolta alla salvaguardia e alla sicurezza del paziente, certificato negli aspetti quali-quantitativi dal direttore o responsabile sanitario;
- il medico non specialista può fare menzione della particolare disciplina specialistica che esercita, con espressioni che ripetano la denominazione ufficiale della specialità e che non inducano in errore o equivoco sul possesso del titolo di specializzazione, quando abbia svolto attività professionale nella disciplina medesima per un periodo almeno pari alla durata legale del relativo corso universitario di specializzazione presso strutture sanitarie o istituzioni private a cui si applicano le norme, in tema di autorizzazione e vigilanza, di cui all'art. 43 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833. L'attività svolta e la sua durata devono essere comprovate mediante attestato rilasciato dal direttore o dal responsabile sanitario della struttura o istituzione;
- nell'indicazione delle attività svolte e dei servizi prestati può farsi riferimento al Tariffario Nazionale o ai Nomenclatori Regionali. L'Ordine valuterà l'indicazione di attività non contemplate negli elenchi di cui sopra, in modo particolare le cosiddette Medicine e Pratiche non convenzionali già individuate quale atto medico dalla FNOMCeO e, comunque, per tali finalità già oggetto di specifiche deliberazioni del Comitato Centrale. In ogni caso dovranno restare escluse le attività manifestamente di fantasia o di natura meramente reclamistica, che possono attrarre i pazienti sulla base di indicazioni non concrete o veritiere;
- ogni attività oggetto di informazione deve fare riferimento a prestazioni sanitarie effettuate direttamente dal professionista e, ove indicato, con presidi o attrezzature esistenti nel suo studio. In ogni caso l'effettiva disponibilità di quanto necessario per l'effettuazione della prestazione nel proprio studio costituirà elemento determinante di valutazione della veridicità e trasparenza del messaggio pubblicitario;
- pagine dedicate all'educazione sanitaria in relazione alle specifiche competenze del professionista;
- l'indirizzo di svolgimento dell'attività, gli orari di apertura, le modalità di prenotazione delle visite e degli accessi ambulatoriali e/o domiciliari, l'eventuale presenza di collaboratori e di personale con l'indicazione dei relativi profili professionali e, per le strutture sanitarie, le branche specialistiche con i nominativi dei sanitari afferenti e del sanitario responsabile. Può essere pubblicata una mappa stradale di accesso allo studio o alla struttura;
- le associazioni di mutualità volontaria con le quali ha stipulato convenzione;
- laddove si renda necessario ai fini della chiarezza informativa e nell'interesse del paziente, il medico utilizza, ove non già previsto, il cartellino o analogo mezzo identificativo fornito dall'Ordine;
- nel caso in cui il professionista desideri informare l'utenza circa le indagini statistiche relative alle prestazioni sanitarie, deve fare esclusivo riferimento ai dati resi pubblici e/o e comunque elaborati dalle autorità sanitarie competenti.

In caso di utilizzo dello strumento Internet è raccomandata la conformità dell'informazione fornita ai principi dell'HONCode, ossia ai criteri di qualità dell'informazione sanitaria in rete. Inoltre in tali forme di informazione possono essere presenti:

- collegamenti ipertestuali purché rivolti soltanto verso autorità, organismi e istituzioni indipendenti (ad esempio: Ordini professionali, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Servizio Sanitario Regionale, Università, Società Scientifiche);
- spazi pubblicitari tecnici al solo scopo di fornire all'utente utili strumenti per la navigazione (ad esempio: collegamenti per prelevare software per la visualizzazione dei documenti, per la compressione dei dati, per il download dei files).

5. REGOLE DEONTOLOGICHE

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

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

6. PUBBLICITA' DELL'INFORMAZIONE TRAMITE INTERNET

Per le forme di pubblicità dell'informazione tramite Internet, il professionista dovrà comunicare all'Ordine provinciale di iscrizione (in caso di strutture sanitarie tale onere compete al Direttore Sanitario) di aver messo in rete il sito, dichiarando la conformità deontologica alla presente linea-guida.

7. UTILIZZO DELLA POSTA ELETTRONICA PER MOTIVI CLINICI

L'utilizzo della posta elettronica (e-mail) nei rapporti con i pazienti è consentito purché vengano rispettati tutti i criteri di riservatezza dei dati e dei pazienti cui si riferiscono ed in particolare alle seguenti condizioni:

- ogni messaggio deve contenere l'avvertimento che la visita medica rappresenta il solo strumento diagnostico per un efficace trattamento terapeutico e che i consigli forniti via e-mail vanno intesi come meri suggerimenti di comportamento; va altresì riportato che trattasi di corrispondenza aperta;
- è rigorosamente vietato inviare messaggi contenenti dati sanitari di un paziente ad altro paziente o a terzi;
- è rigorosamente vietato comunicare a terzi o diffondere l'indirizzo di posta elettronica dei pazienti, in particolare per usi pubblicitari o per piani di marketing clinici;
- qualora il medico predisponga un elenco di pazienti suddivisi per patologia, può inviare messaggi agli appartenenti alla lista, evitando che ciascuno destinatario possa visualizzare dati relativi agli altri appartenenti alla stessa lista;
- l'utilizzo della posta elettronica nei rapporti fra colleghi ai fini di consulto è consentito purché non venga fornito il nominativo del paziente interessato, né il suo indirizzo, né altra informazione che lo renda riconoscibile, se non per quanto strettamente necessario per le finalità diagnostiche e terapeutiche;
- la disponibilità di sistemi di posta elettronica securizzati equiparati alla corrispondenza chiusa, può consentire la trasmissione di dati sensibili per quanto previsto dalla normativa sulla tutela dei dati personali.

8. UTILIZZO DELLE EMITTENTI RADIOTELEVISIVE NAZIONALI E LOCALI, DI ORGANI DI STAMPA E ALTRI STRUMENTI DI COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DELLE NOTIZIE

Nel caso di informazione sanitaria, il medico che vi prende parte a qualsiasi titolo non deve, attraverso lo strumento radiotelevisivo, gli organi di stampa e altri strumenti di comunicazione, concretizzare la promozione o lo sfruttamento pubblicitario del suo nome o di altri colleghi. Il medico è comunque tenuto al rispetto delle regole deontologiche previste al punto 5) della presente linea-guida.

Nel caso di pubblicità dell'informazione sanitaria il medico è tenuto al rispetto di quanto previsto ai punti 3) 4) e 5) della presente linea-guida.

9. VERIFICA E VALUTAZIONE DEONTOLOGICA

I medici chirurghi e gli odontoiatri iscritti agli Albi professionali sono tenuti al rispetto della presente linea-guida comunicando all'Ordine competente per territorio il messaggio pubblicitario che si intende proporre onde consentire la verifica di cui all'art. 56 del Codice stesso.

La verifica sulla veridicità e trasparenza dei messaggi pubblicitari potrà essere assicurata tramite una specifica autodichiarazione, rilasciata dagli iscritti, di conformità del messaggio pubblicitario, degli strumenti e dei mezzi utilizzati alle norme del Codice di Deontologia Medica e a quanto previsto nella presente linea-guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria.

Gli iscritti potranno altresì avvalersi di una richiesta di valutazione preventiva e precauzionale da presentare ai rispettivi Ordini di appartenenza sulla rispondenza della propria comunicazione pubblicitaria alle norme del Codice di Deontologia Medica. L'Ordine provinciale, ricevuta la suddetta richiesta, provvederà al rilascio di formale e motivato parere di eventuale non rispondenza deontologica.

L'inosservanza di quanto previsto dal Codice secondo gli orientamenti della presente linea-guida è punibile con le sanzioni comminate dagli organismi disciplinari previsti dalla legge.

La FNOMCeO predisporrà laddove opportuno ulteriori atti di indirizzo e coordinamento.

PREVIDENZA

FONDAZIONE ENPAM

ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA E ASSISTENZA MEDICI

Ai sensi dell'art. 21 del D.L.C.P.S. N. 233 del 13 Settembre 1946, modificato con legge 17 Aprile 1956 N. 561, i medici e gli Odontoiatri iscritti all'Albo Professionale sono obbligatoriamente tenuti al versamento dei contributi previdenziali ENPAM (Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza Medici) Ente preposto ad erogare le pensioni ai Medici.

I CONTRIBUTI 2013

CONTRIBUTO ALLA "QUOTA A" DEL FONDO

La tutela previdenziale del Fondo di Previdenza Generale è garantita a tutti i medici e gli odontoiatri iscritti ai rispettivi Albi professionali. Il finanziamento delle prestazioni previdenziali ed assistenziali erogate da tale Fondo è assicurato dal versamento di un contributo minimo dovuto in misura fissa per fasce di età. Tale contributo confluisce presso una apposita gestione, denominata "Quota A" del Fondo di Previdenza Generale

(Art. 3, comma 3; art. 34, comma 3)

Requisiti

Il contributo è dovuto dal mese successivo all'iscrizione all'Albo sino al mese di compimento dell'età anagrafica pro tempore vigente, indicata nella Tabella B allegata al Regolamento del Fondo (65 anni e 6 mesi per il 2013) o del 65° anno in caso di esercizio dell'opzione per il calcolo della pensione con il sistema contributivo (art. 18, comma 1 bis del Regolamento del Fondo), oppure sino al mese precedente quello di decorrenza della pensione per invalidità.

Ammontare del contributo indicizzato

Contributi per l'anno 2013:

- € 201,34 annui fino a 30 anni di età;
- € 390,82 annui dal compimento dei 30 fino ai 35 anni di età;
- € 733,41 annui dal compimento dei 35 fino ai 40 anni di età;
- € 1.354,46 annui dal compimento dei 40 fino a 65 anni in caso di esercizio dell'opzione per il calcolo della pensione con il sistema contributivo (art. 18, comma 1 bis), ovvero al raggiungimento del requisito anagrafico pro tempore vigente indicato nella Tabella B allegata al Regolamento del Fondo (65 anni e 6 mesi per il 2013);
- € 733,41 annui per tutti gli iscritti ultraquarantenni ammessi a contribuzione ridotta.

Oltre ai contributi ordinari, tutti gli iscritti sono tenuti a versare il contributo di maternità, adozione e aborto pari a € 38,20 annui.

Modalità di versamento

A mezzo iscrizione a ruolo, secondo la disciplina prevista per le imposte dirette.

Il relativo avviso di pagamento, trasmesso da Equitalia Nord (già Equitalia Esatri) a mezzo RAV, potrà essere corrisposto in unica soluzione entro il 30 aprile, ovvero in quattro rate con scadenza 30 aprile, 30 giugno, 30 settembre e 30 novembre. Fra le diverse modalità di versamento messe a disposizione degli iscritti, si evidenzia la possibilità della domiciliazione bancaria (addebito permanente in conto corrente) attivata attraverso la procedura RID con adesione, per la riscossione del contributo 2013, entro il 31 maggio.

Note

I contributi fissi sono interamente deducibili dall'imponibile IRPEF

Contributi proporzionali Quota "B"- ENPAM

Contributi proporzionali "Quota B" – Fondo della Libera Professione

(Artt. 3, 4 e 6)

Requisiti

Iscrizione all'Albo professionale.

Reddito libero professionale netto, prodotto nell'anno 2012, superiore a:

- € 5.651,12 annui per gli iscritti attivi di età inferiore a 40 anni, ovvero ammessi al contributo ridotto alla "Quota A";
- € 10.436,48 annui per gli iscritti attivi di età superiore a 40 anni.

Ammontare del contributo

Contributi dovuti nell'anno 2013 sui redditi prodotti nell'anno 2012 (Tabella A allegata al Regolamento del Fondo):

- 12,50% del reddito professionale netto, con esclusione delle voci connesse ad altra forma di previdenza obbligatoria, sino all'importo di € 70.000,00;
- 1% sul reddito eccedente tale limite, di cui solo lo 0,50% pensionabile.

Gli iscritti che contribuiscono – in base ad un rapporto stabile e continuativo – anche ad altre forme di previdenza obbligatoria, compresi i Fondi Speciali E.N.P.A.M., ovvero siano già titolari di pensione (esclusa quella del Fondo Generale), possono presentare istanza per essere ammessi alla contribuzione ridotta:

- 2% sino ad € 70.000,00;
- 1% sul reddito eccedente tale limite, di cui solo lo 0,50% pensionabile.

Modalità di versamento

L'importo del contributo è calcolato dall'E.N.P.A.M. sulla base dei dati indicati nel Modello D, che deve essere inviato alla Fondazione, anche per via telematica, entro il 31 luglio 2013.

Il contributo deve essere versato mediante bollettino MAV precompilato, inviato dalla Banca Popolare di Sondrio, cassiere dell'Ente, a tutti gli iscritti tenuti al versamento e pagabile presso qualsiasi Istituto di Credito o Ufficio Postale, entro il 31 ottobre 2013.

Note

I contributi proporzionali al reddito sono interamente deducibili dall'imponibile IRPEF. L'istanza di ammissione alla contribuzione ridotta deve essere formalizzata entro il 31 luglio 2013, altrimenti si intende riferita ai redditi denunciati per l'annualità immediatamente successiva.

L'iscritto che contribuisce in misura ridotta può chiedere, entro il suddetto termine, di versare il contributo in misura intera, l'opzione è irrevocabile.

LE PRESTAZIONI DEL FONDO GENERALE ENPAM per Medici e Odontoiatri

Le prestazioni erogate dal Fondo di Previdenza Generale consistono nella pensione :

Pensione ordinaria di vecchiaia

(Artt. 9, 18)

Requisiti

Compimento dell'età anagrafica pro tempore vigente indicata nella Tabella B allegata al Regolamento del Fondo (65 anni e 6 mesi per il 2013);

5 anni di contribuzione effettiva in costanza di iscrizione al Fondo;

15 anni di anzianità contributiva in caso di cancellazione.

È possibile rinviare il pensionamento sino al raggiungimento del 70° anno di età, ove l'iscritto si avvalga della facoltà di proseguire nella contribuzione alla "Quota A" del Fondo. Per la sola "Quota A", previa opzione per il sistema di calcolo contributivo:

compimento del 65° anno di età;
20 anni di anni di contribuzione alla Quota A

- ORDINARIA concessa dal 65° anno e 6 mesi per il 2013 (l'età viene innalzata successivamente secondo la tabella B del Regolamento) al medico iscritto all'Albo
- DI INVALIDITA' compete al medico che diviene invalido assoluto e permanente all'esercizio professione prima del 65° anno e 6 mesi di età
- DI REVERSIBILITA' O INDIRETTA : ai superstiti: spetta al coniuge ed ai figli fino a 26 anni se studenti e anche oltre il 26° anno di età se invalidi , ai genitori ed ai collaterali se a carico del sanitario.

Indennità di maternità , adozione, affidamento e aborto per le iscritte agli albi dei medici chirurghi e odontoiatri libere professioniste o convenzionate.
--

L' art. 70 del Dlgs N. 151 del 26.3.2001 stabilisce il diritto delle libere professioniste a percepire l'indennità di maternità per I due mesi antecedenti la data del parto e I tre mesi successive alla stessa, in misura uguale a cinque dodicesimi del reddito percepito e denunciato ai fini fiscali .

La legge 289/2003, nel modificare il predetto art. 70 ha inoltre disposto che il suddetto reddito da assumere a base del calcolo per la determinazione dell'indennità non sia quello complessivamente denunciato, bensì esclusivamente il reddito professionale percepito e denunciato ai fini fiscali come reddito da lavoro autonomo”

Misura del calcolo

L'indennità è calcolata sulla base dell'80% del solo reddito libero professionale percepito e denunciato ai fini fiscali come reddito di lavoro autonomo (non rilevano redditi di altra natura , ad es. collaborazioni coordinate e continuative) NEL SECONDO ANNO PRECEDENTE QUELLO DELL'EVENTO (parto, adozione, affidamento , aborto) L'indennità non può comunque essere inferiore ad un minimale calcolato in base al salario minimo giornaliero stabilito per la qualifica di impiegata e cioè : cinque volte l'importo minimo stabilito dal comma 3 del citato art. 70 (cinque mensilità di retribuzione calcolate all'80% del salario minimo giornaliero di cui al DL 402/1981).

Le indennità ENPAM

Si ricorda che il diritto a fruire di indennità similari impedisce di beneficiare della indennità di maternità istituita dalla Legge 379 /1990 (pertanto le professioniste lavoratrici dipendenti non hanno diritto all'indennità ENPAM)

SPECIALIZZANDE IN FORMAZIONE : dal 1° Novembre 2006 agli specializzandi in formazione, l'assenza per maternità è regolata ai sensi del DL 151/2001, come peraltro previsto dal c.3 dell'art. 40, del DLgs 368/1999” pertanto, dall'anno accademico 2006-2007 (a partire dal 1° novembre 2006) non hanno diritto all'indennità ENPAM. E' comunque riconosciuto, dall'Università, il periodo di astensione obbligatoria dal lavoro , nelle forme previste dal D.L. 151/2001.

Nel caso in cui l'astensione obbligatoria, è coperta parzialmente dalla maternità riconosciuta dall'Università, (inizio o fine della specialità nel periodo dei due mesi antecedenti e tre mesi successivi il parto) il restante periodo di maternità è posto a carico dell'ENPAM con l'erogazione dell'indennità prevista dall'art. 70 Dlgs 151/2001

Le indennità di maternità, adozione, affidamento e aborto non sono cumulabili con trattamenti economici eventualmente spettanti alla professionista per altre forme di assicurazione sociale (es Dipendente Az. USL) nonché con qualsiasi altro trattamento similare (ad es. per malattia, disoccupazione ecc.)

Per le specialiste ambulatoriali a tempo determinato nei casi di astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio , l'ASL conserva l'incarico per un massimo di sei mesi senza diritto ad alcun compenso.

I Giudici della Corte Costituzionale con sentenza N. 385 dell'11-14.10.2005 hanno affermato il diritto al beneficio economico in caso di adozione e affidamento di un minore anche in favore del padre, adottivo o affidatario, che esercita un'attività libero professione, riconoscendogli la facoltà di avvalersi dell'indennità di maternità, in alternativa alla madre, per i tre mesi successivi all'ingresso del bambino in famiglia.

In base alla sentenza emessa dalla Corte Costituzionale sulla legittimità dell'art. 1 Legge 379/90 , con decorrenza dal giorno successivo alla data di pubblicazione della sentenza stessa sulla Gazzetta Ufficiale (4/21998) non è più richiesta la sospensione dell'attività professionale quale condizione necessaria ai fini della concessione della indennità di maternità, ad eccezione per le specialiste ambulatoriali, della medicina dei servizi e della continuità assistenziale presso il SSN, il cui rapporto di lavoro è equiparato a quello delle lavoratrici dipendenti.

Il modulo è scaricabile dal sito : www.enpam.it

Tipologia della prestazioni	Requisiti	Termini presentazione domanda
<p>Indennità di maternità, adozione, affidamento preadottivo: non inferiore a 5 mensilità (80% di 5/12 di una mensilità del reddito percepito e denunciato fiscalmente nel secondo anno precedente a quello dell'evento), con la garanzia di un minimale ed un tetto massimo</p> <p>Indennità massima lorda erogabile per l'anno 2012: € 23.700,00</p> <p>Indennità minima lorda € 4.700,00</p> <p>L'adozione e l'affidamento internazionale di bambino in età compresa fra i 6 ed i 18 anni prevede una indennità pari all'80% di 3/12 del reddito libero professionale</p> <p>L'indennità è tassata al 20% e deve essere indicata nella denuncia dei redditi</p> <p>Alle Specialiste Ambulatoriali spetta una prestazione nella misura dell'80% di 5/12 diminuita delle 14 settimane coperte dal SSN</p>	<p>a) Non beneficiare di altre similari indennità</p> <p>b) Attività libero professionale e non dipendente</p>	<p>La domanda può essere presentata a decorrere dal 6° mese di gravidanza ed entro il termine ultimo di 180 giorni dal parto o dall'ingresso in famiglia del bambino</p>
<p>Indennità d'aborto spontaneo o terapeutico verificatosi non prima del 3° mese di gravidanza e precedente il 6° mese pari ad 1/12 dell'80% del reddito percepito e denunciato fiscalmente nel 2° anno precedente a quello dell'evento con la garanzia di un minimale ed un tetto massimo</p> <p>In caso di aborto dopo il 6° mese di gravidanza spetta l'indennità prevista per i casi di maternità</p>	<p>a) Non beneficiare di altre similari indennità</p> <p>b) Attività libero professionale e non dipendente</p> <p>c) L'indennità non è dovuta per interruzione volontaria della gravidanza</p>	<p>La domanda deve essere presentata entro il termine di 180 giorni dalla data dell'aborto</p>

RISCATTI

IL RISCATTO LA RICONGIUNZIONE LA TOTALIZZAZIONE PER I MEDICI DEL SERVIZIO SANITARIO

Il riscatto consente di perfezionare i diritti derivanti dalla contribuzione obbligatoria in atto estendendo la copertura previdenziale a periodi fuori dal rapporto di lavoro.

Sono riscattabili :

- I periodi di studio impiegati per conseguire la Laurea, il Diploma di Specializzazione, il Dottorato di Ricerca, i periodi di tirocinio pratico, i corsi delle scuole universitarie dirette a fini speciali, i corsi, non inferiori ad un anno, di formazione professionale.
- I periodi di servizio resi in qualità di assistente volontario nelle Università, i servizi prestati presso enti di diritto pubblico e aziende private esercenti un pubblico servizio, i periodi di lavoro effettuati all'estero non valorizzabili presso altri regimi.
- I periodi di servizio militare da trattenuto e quello da richiamato.
- I periodi di aspettativa di famiglia, per motivi di studio, per assenza facoltativa per maternità fuori dal rapporto di lavoro, per interruzioni disciplinari.

n.b. Un periodo valutabile secondo gli ordinamenti pensionistici è valutato una sola volta.

Chi può presentare domanda di riscatto :

- L'iscritto dipendente di ruolo dall'assunzione e entro 90 giorni dalla cessazione.
- L'iscritto *non* dipendente di ruolo dopo un anno di iscrizione e non oltre il 90° giorno dalla cessazione.
- I superstiti aventi diritto a pensione entro 90 giorni del decesso dell'iscritto che avvenga in servizio o entro i 90 giorni dalla cessazione dal servizio.

n.b. L'iscritto può presentare più di una domanda di riscatto per lo stesso o differenti periodi.

LA RICONGIUNZIONE

E' la facoltà del dipendente di cumulare, ai fini di un'unica pensione da erogare da un unico ente, tutti i diversi periodi contributivi maturati presso differenti gestioni previdenziali.

Sono ricongiunzioni in *entrata* le operazioni dirette ad accentrare presso la Cassa Pensioni Sanitari (Inpdap) le posizioni maturate presso l'INPS (legge n. 29/79), le Casse di previdenza dei liberi professionisti ENPAM (legge n. 45/1990)

n.b. La legge ammette la possibilità di presentare una prima domanda in qualunque momento e una seconda domanda solo se successivamente alla prima si possano fa valere 10 anni di assicurazione previdenziale di cui almeno 5 in costanza di effettivo servizio ovvero all'atto del pensionamento in mancanza di tali requisiti. Non sono ammesse ricongiunzioni parziali.

Sono ricongiunzioni in *uscita* le operazioni di trasferimento di posizioni assicurative delle Cassa Pensioni Sanitari presso l' INPS :

riguarda i contributi versati all' Inpdap connessi a servizi effettivi, riscattati o ricongiunti
riguarda coloro che cessino dal servizio senza conseguire diritto a pensione (legge n.322/58)

LA TOTALIZZAZIONE

La totalizzazione consente, in una forma non onerosa come, invece, è il caso della ricongiunzione, di poter recuperare spezzoni di contributi accreditati in più gestioni previdenziali al fine di poter raggiungere il requisito minimo del diritto a pensione.

Con la totalizzazione si ha la liquidazione da parte di ogni gestione verso cui si è, nel tempo, contribuito, per quota di pensione in relazione alla contribuzione accreditata.

Deve riguardare tutti e per intero i periodi assicurativi aventi un minimo di tre anni.

Il risultato è un'unica pensione costituita dagli assegni pagati *pro quota* dalle varie gestioni.

Le norme prevedono che il lavoratore abbia almeno 20anni di contribuzione complessiva e 65 anni d'età ovvero abbia almeno 40 anni di contribuzione complessiva, a prescindere dall'età.

IL RISCATTO L'ALLINEAMENTO LA RICONGIUNZIONE NELL' ENPAM

FONDO di PREVIDEANZA GENERALE

“ QUOTA A ” :

- Gli iscritti di qualunque età, che contribuiscono nella misura intera, possono chiedere di effettuare, il *riscatto di allineamento* alla contribuzione per gli ultra quarantenni di uno o più anni prodotti a contribuzione ridotta.

“ QUOTA B ” :

- Gli iscritti di anzianità contributiva superiore a 10 anni non contribuenti, al momento della domanda, ad altra forma di previdenza possono *riscattare* gli anni del corso di Laurea e della Specializzazione, il periodo di attività libero professionale svolta in epoca precedente l'inizio della contribuzione, i periodi di servizio militare obbligatorio.

- Gli iscritti con anzianità contributiva non inferiore a 5 anni possono richiedere il *riscatto di allineamento* per uno o più anni di attività nei quali la contribuzione risulti inferiore all'importo del contributo più elevato fra quelli versati nei tre anni precedenti la domanda.

FONDO dei MEDICI di MEDICINA GENERALE

Sono previsti :

- il *riscatto* della Laurea, del Corso di formazione in medicina generale, della Specializzazione per i pediatri, il servizio militare o civile obbligatorio, i periodi prestatati per conto di enti ex mutualistici, i periodi oggetto di restituzione contributiva, di sospensione per maternità, di malattia, di aggiornamento all'estero;
- l'*allineamento contributivo* alla media degli ultimi 36 mesi coperti da contribuzione.

FONDO degli SPECIALISTI AMBULATORIALI

Sono previsti :

- il *riscatto* della Laurea, del Corso di specializzazione, il servizio militare o civile obbligatorio, i periodi di attività precontributiva prestatato per enti ex mutualistici, i periodi oggetto di restituzione contributiva, di sospensione per maternità, malattia aggiornamento all'estero;
- l'*allineamento orario* a quello medio tenuto durante l'intera attività coperta da contribuzione;
- l'*allineamento contributivo*, per i soli iscritti transitati alla dipendenza, alla media degli ultimi 36 mesi coperti da contribuzione.

FONDO degli SPECIALISTI ACCREDITATI ESTERNI

E' previsto :

il *riscatto* della Laurea e del Corso di specializzazione, del servizio militare o civile obbligatorio, i periodi di attività precontributiva prestatati per conto di enti ex mutualistici.

Il versamento del riscatto può essere effettuato in unica soluzione o in rate semestrali.

Il pagamento rateale è in un numero di anni non superiore quelli riscattati aumentati del 50 %.

In caso di invalidità o di decesso prima del completamento del versamento il riscatto viene considerato come effettuato e il debito, senza interessi, è a carico dei superstiti(rate 20 %).

LA RICONGIUNZIONE

L'istituto della ricongiunzione sia *attiva* (contributi verso l'Enpam) sia in *uscita* (contributi dall'Enpam) opera tra il Fondo di Previdenza Generale, i Fondi Speciali gestiti dall'Enpam, e i Fondi gestiti da altri Enti e Casse Previdenziali.

I CONTRIBUTI DEL RISCATTO SONO TOTALMENTE DEDUCIBILI DALL' IMPONIBILE IRPEF