



# Manuale “Primi passi da medico”

**Seconda stesura, Settembre 2022 - a cura della Commissione Giovani Professionisti dell’Ordine dei Medici di Caserta**

***Autori:** Fabio Giovanni Abbate, Antonio Allegretto, Francesco Bencivenga, Noemi Brignola, Giovanni Cerullo, Raffaele Corvino, Santolo d’Antonio, Augusto delle Femine, Graziano Fiorillo, Carlo Manzi, Filiberto Fausto Mottola, Raffaele Nubi, Antonio Russo, Maria Teresa Russo, Policarpo Saltalamacchia Jr, Rita Santarsiere, Alessandra Sicignano, Emanuele Spina.*

*Si ringraziano i dott. Gaetano Russo e Andrea de Siena per i contributi forniti alla stesura di questo manuale.*

**Prima stesura maggio 2017; seconda stesura settembre 2022, presente aggiornamento Aprile 2024**

## **PREMESSA**

*Il presente opuscolo è frutto del lavoro volontario di un gruppo di giovani medici impegnati nella Commissione Giovani Professionisti attivata presso l'Ordine dei Medici della Provincia di Caserta.*

*Lo scopo dell'opuscolo è quello di fornire ai Colleghi che si abilitano alla professione di medico chirurgo una guida utile a destreggiarsi nelle prime fasi dell'attività professionale.*

## **INDICE DEGLI ARGOMENTI**

1. L'Iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.
2. Le credenziali del sistema Tessere Sanitaria e il loro valore.
3. I possibili inquadramenti lavorativi per l'esecuzione di prestazioni professionali.
4. Il Servizio di Continuità Assistenziale e quello di Guardia Turistica.
5. Le principali linee guida per compilare i principali certificati.
6. Cosa scrivere nel timbro identificativo del professionista.
7. Primi passi previdenziali.
8. L'accesso alle Scuole di Specializzazione di Area Medica.
9. Il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale.
10. L'inquadramento assicurativo del neoabilitato.
11. Cenni di fiscalità in regime libero-professionale.

## **PREMESSA DEL PRESIDENTE ALLA SECONDA EDIZIONE**

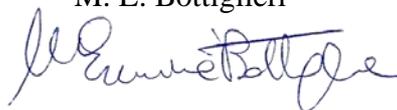
*Carissimi giovani colleghi è con grande piacere che scrivo questa breve premessa alla nuova edizione del manuale del giovane Medico.*

*È trascorso qualche anno dalla precedente ma la pandemia ci ha costretto ad interrompere o rallentare tutte le attività che stanno, però, riprendendo. La Commissione dei giovani Medici dell'Ordine di Caserta è sempre stata molto attiva e propositiva, pronta a rispondere alle esigenze di chi deve iniziare una attività che, oltre alle indispensabili capacità professionali, deve anche conoscere normative e leggi. L'Ordine dei Medici, organo sussidiario dello Stato, ha il compito di supportare il medico nella sua Professione. L'Ordine ha come mission la tutela della salute del cittadino ed, a questo scopo, sorveglia, controlla e sostiene i propri iscritti verificando che svolgano la Professione nel rispetto dell'etica e del Codice Deontologico.*

*Il manuale del giovane Medico vi aiuterà a rispondere ai mille quesiti, a districarvi nel mondo della burocrazia che negli ultimi anni ha reso più difficile il nostro lavoro. Non mi piace la medicina amministrata che ha affiancato e a volte sostituito la medicina ippocratica ma, purtroppo, dobbiamo imparare e conoscere le tante leggi da rispettare.*

*Sono certa che l'ottimo lavoro della Commissione sarà una guida utile nello svolgimento della Professione.*

M. E. Bottiglieri



## CAPITOLO 1.

### PROCEDURA D'ISCRIZIONE ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI

A partire da marzo 2020, l'art. 102 del decreto legge 18/2020 ha sancito il valore abilitante della laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, pertanto il conseguimento del titolo di laurea coincide con l'abilitazione alla professione medica, tuttavia **il medico potrà esercitare la professione su tutto il territorio Italiano e dell'Unione Europea solo dopo aver ricevuto il numero di iscrizione all'Albo!**

#### Come iscriversi all' Albo

Bisogna presentare la domanda di iscrizione presso l'Ordine Professionale della Provincia in cui si risiede o in cui si eserciterà la professione.

Presso l'OMCeO di Caserta la domanda deve essere presentata

- 1) Mediante accesso tramite SPID all'area riservata sul portale dell'ordine dei Medici di Caserta <https://omceoce.irideweb.it/login>
- 2) Compilazione della procedura guidata tramite l'apposito tasto "prima iscrizione", seguendo le istruzioni presenti sul portale;
- 3) Pagamento online al termine della procedura di una quota di 150,00 euro da effettuare attraverso apposito "avviso di pagamento" – canale Pagopa – generato online all'atto della richiesta di iscrizione. L'importo da versare corrisponde a:
  - a. 124,00 euro come tassa di iscrizione
  - b. 16,00 euro di marca da bollo
  - c. 10,00 euro per l'emissione del tesserino fisico
- 4) Nel corso della procedura sarà necessario allegare 1 foto in formato fototessera che sarà utilizzata per l'emissione del tesserino

Sarà necessario accompagnare la procedura di iscrizione con l'attestato di versamento della tassa sulle concessioni governative di euro 168,00;

Completata la domanda d'iscrizione, l'amministrazione dell'OMCeO verifica quanto dichiarato dal medico. In seguito il Consiglio si riunisce alla prima data utile e il Direttivo porta a termine la procedura con l'assegnazione del numero di iscrizione all'Albo.

Dal 2015 l'Ordine dei Medici di Caserta offre al neoiscrittoun indirizzo di posta elettronica certificata, gratuito per il primo anno.

N.B: Le credenziali TS vengono generate automaticamente all'atto dell'iscrizione all'Ordine dei Medici-Chirurghi ed Odontoiatri alla Provincia di Caserta per tutti i neo-iscritti a partire dall'anno 2023, che le riceveranno sull'email comunicata in fase di iscrizione.

**Contatti dell'OMCEO di Caserta:**

Telefono: 0823.32.71.53

Fax: 0823 / 328818

email: [segreteria@omceocaserta.it](mailto:segreteria@omceocaserta.it) Orari di apertura degli Uffici al Pubblico

- Lunedì - Mercoledì – Venerdì: ore 10:00 - 13:30
- Martedì- Giovedì: mattino ore 10:00 – 13:30 pomeriggio ore 15:00 - 18:30
- Sabato: ore 10:00 - 12:00

## CAPITOLO 2.

### RITIRO DELLE CREDENZIALI PER IL “SISTEMA TS”

Tra gli strumenti utili per coloro che si avvicinano alla professione medica vi sono le credenziali per accedere al Sistema Tessera Sanitaria (TS). Le credenziali del sistema TS ad oggi sono necessarie per:

- compilare i certificati di malattia in caso di sostituzioni di medicina generale e continuità assistenziale;
- compilare e consegnare le ricette dematerializzate contenenti prescrizioni diagnostiche e terapeutiche;
- inviare al MEF le ricevute fiscali emesse per l'onorario delle prestazioni professionali eseguite nel corso dell'anno.

Il neolaureato può reperire le credenziali in modo autonomo dal portale ufficiale del sistema TS. Infatti l'OMCeO di Caserta dopo aver fornito ai neo-iscritti la PEC, ne comunica l'attivazione alla banca dati INIPEC del Ministero dello Sviluppo Economico; quest'ultimo passaggio abilita il professionista al ritiro delle password che gli consentiranno l'accesso al sistema TS (vedi immagine 1 e 2)

The image shows a screenshot of the 'Progetto Tessera Sanitaria' website. The top navigation bar includes 'Home', 'Link utili', 'Contatti', 'Accessibilità', and 'Mappa del sito'. The main content area is titled 'Area Riservata' and is divided into several sections:

- Servizi Sistema TS:** Lists various services with links to 'Accesso con credenziali', 'Accesso con smart card', and 'Accesso tramite Eubatis'.
- Servizi Assistenza SSN/Cittadino:** Lists services with links to 'Accesso con TS CMS' and 'Accesso con credenziali FiscoLinea'.
- Accreditamento medici:** Describes the area for medical accreditation. A red arrow points to the 'Area di accesso' link.

On the right side, there is a 'Contatti' section with the phone number '800 030 070' and a 'Categorie in evidenza' section listing various medical specialties.

Below the main content, there is a 'Messaggi' section and a 'Accreditamento medici' form. The form includes the following fields:

- \* Codice Fiscale:
- \* Numero iscrizione all'albo:  (campo numerico di 10 cifre comprensivo degli zeri iniziali)
- \* Indirizzo PEC:
- \* Numero tessera sanitaria:
- \* Data scadenza tessera sanitaria:

Below these fields, there is a security code verification step:

Inserisci nel campo "Codice di sicurezza" i caratteri che vedi o che senti:

\* Codice di sicurezza:

In alternativa il neoiscritto può recarsi presso la sede dell'Ordine dei Medici di Caserta e richiedere l'attivazione delle credenziali di accesso al sistema TS senza alcun costo aggiuntivo. Il ritiro delle stesse presso l'Ordine non è consentito a medici in possesso di contratto di dipendenza presso strutture pubbliche o private, in questo caso tali credenziali saranno fornite dall'ente amministrativo della struttura di appartenenza.

Si specifica che la password di accesso ha una scadenza naturale di 60 giorni e dopo questoperiodo il sistema chiederà di sostituirla con una nuova.

Per ulteriori approfondimenti consultare il seguente link: <https://goo.gl/naLeoO>

*NOTA BENE: Le credenziali TS vengono generate automaticamente all'atto dell'iscrizione all'Ordine dei Medici-Chirurghi ed Odontoiatri alla Provincia di Caserta per tutti i neo-iscritti a partire dall'anno 2023, che le riceveranno sull'email comunicata in fase di iscrizione.*

## **CAPITOLO 3.**

### **POSSIBILI INQUADRAMENTI LAVORATIVI NECESSARI PER L'ESECUZIONE DI PRESTAZIONI PROFESSIONALI.**

La professione medica, al netto dei percorsi di formazione pre e post laurea, può essere espletata attraverso quattro differenti inquadramenti lavorativi:

1. Esercizio in regime libero professionale
2. Esercizio in regime di convenzionamento con il SSN
3. Esercizio in regime di dipendenza
4. Esercizio in regime di consulenza

La scelta di esercitare come libero professionista non richiede altre indicazioni ricordando tuttavia che esiste la libera circolazione dei professionisti nell'Unione europea.

L'**attività libero professionale** può essere esercitata in modalità "intramuraria" (o intramoenia) ed "extramuraria" (o extramoenia): la libera professione extramuraria è quella che può essere esercitata dai dirigenti sanitari a rapporto di lavoro non esclusivo, non ha limiti di volumi né di condizioni e consente di avere la partita IVA; la libera professione intramuraria si riferisce alle prestazioni erogate al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale, i quali utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale stesso a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa. Le prestazioni erogate in regime di intramoenia garantiscono al cittadino la possibilità di scegliere il medico a cui rivolgersi per una prestazione.

L'attività libero professionale può essere dunque svolta:

- come singolo (studio medico anche in associazione con altri singoli medici);
- In aggregazione (ambulatorio, cooperative, società, ecc.)
- Sistema groupon (bassissima remunerazione; si punta sulla quantità e non sulla qualità della prestazione)

- Contratto con ente pubblico e privato (buona remunerazione ma scarse tutele e diritti)
- Il medico convenzionato è un libero professionista che esercita l'attività medica come incaricato di un servizio pubblico, svolgendola però in modo autonomo. Identifichiamo nei "medici convenzionati" le seguenti categorie di Colleghi:
  - Medico delle cure primarie (Medico di Medicina Generale, Pediatra di Libera Scelta)
  - Medico della continuità assistenziale (ex guardia medica e turistica e alcuni convenzionati per il 118)
  - Medico specialista dei servizi territoriali (specialisti ambulatoriali – strutture private accreditate per la branche di specialistica ambulatoriale)
  - Medico di cooperativa di servizi convenzionata con l'ASP

L'opzione per il rapporto di dipendenza comporta la scelta tra strade diverse:

- Dipendenza SSN
- Dipendenza Università
- Dipendenza altre istituzioni pubbliche, nazionali e locali
- Dipendenza Strutture Private Accreditate
- Dipendenza Strutture Private Autorizzate
- Dipendenza ONLUS e Istituzioni non profit

La scelta di esercitare come **dipendente del SSN** può essere attuata come:

- Dipendente Ministero della Salute
- Dipendente Assessorato Regionale Salute
- Dirigente medico ASL (con funzioni manageriali, medico della struttura aziendale, medico dei presidi e servizi direttamente gestiti)
- Dirigente medico Azienda sanitaria ospedaliera (con funzioni manageriali, medico di U.O. o di dipartimento) anche Universitaria
- Dipendente Università (ruoli universitari)
- Medico IRCCS (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico), CNR (Centro Nazionale Ricerca), ISS (Istituto Superiore di Sanità) (con funzioni manageriali o comemedico-ricercatore di U.O.).

La scelta di esercitare come **dipendente di altre istituzioni pubbliche nazionali** può essere attuata come:

- medico militare (sia nei reparti operativi, sia negli ospedali militari)

- medico del Servizio Penitenziario
- medico della Protezione Civile (per le emergenze nei primi 30 giorni)
- medico dei servizi di emergenza (CRI e istituzioni connesse)
- medico dell'INPS (nei servizi medico-legali e negli istituti termali)
- medico dell'INAIL (nei servizi medico-legali o di riabilitazione e recupero)
- medico del CIRM – Centro Internazionale Radio-Medico (per la tele assistenza alla navigazione).

La scelta di esercitare come **dirigente di strutture private accreditate o autorizzate** può riguardare:

- strutture di ricovero e cura, strutture di riabilitazione per lungodegenti, hospice (corso in cure palliative);
- residenze sanitarie assistite - RSA;
- strutture specialistiche ambulatoriali e branche a visita;
- Presso industrie farmaceutiche, biotecnologiche, di technical devices (Informatore scientifico o responsabile di studi sperimentali).

La scelta di esercitare come **medico di ONLUS e altre istituzioni no profit** può realizzarsi nelle molte modalità realizzate da iniziative di sussidiarietà locale o da organizzazioni internazionali (ad esempio Medici senza frontiere, Emergency, Amnesty internazionale, ecc.).

Anche la scelta di esercitare come consulente professionista può avere diversi indirizzi: consulente di assicurazioni, consulente di studi legali, consulente di associazioni di tutela (patronati), consulente di tribunali (CTU). Quest'ultima tipologia di prestazione professionale è la più frequente e merita un piccolo approfondimento.

Ai fini dell'iscrizione nell'albo dei CTU in materia civile o dei PERITI in materia penale, il COMITATO si riunisce, di norma, due volte all'anno. NELLA SESSIONE ESTIVA (che sarà fissata nel periodo intercorrente tra i mesi di giugno-settembre) si esamineranno tutte le richieste di iscrizione pervenute nell'arco temporale 1° dicembre - 31 maggio. NELLA SESSIONE INVERNALE (che sarà fissata nel periodo intercorrente tra i mesi di febbraio-marzo) si esamineranno tutte le richieste di iscrizione pervenute nell'arco temporale 1° giugno – 30 novembre.

Per l'iscrizione all'albo dei CTU devono pervenire una serie di documenti (l'elenco è reperibile sul

sito del tribunale napoli nord – [www.tribunale.napolinord.giustizia.it](http://www.tribunale.napolinord.giustizia.it); nello specifico:  
[https://www.tribunale.napolinord.giustizia.it/sezione\\_albo\\_ctu.aspx](https://www.tribunale.napolinord.giustizia.it/sezione_albo_ctu.aspx) con allegata la domanda.

### FAC-SIMILE DELLA DOMANDA IN BOLLO

Al Sig. Presidente  
del Tribunale di Napoli Nord

Il sottoscritto (cognome e nome), di/fu (paternità) e di/fu (maternità),  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_  
con domicilio professionale in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ indirizzo mail e/o pec \_\_\_\_\_

#### **C h i e d e**

di essere iscritto nell'Albo dei Consulenti tecnici d'ufficio (ovvero dei Periti in materia penale) di codesto Tribunale in qualità di \_\_\_\_\_ (precisare la categoria professionale),  
con specializzazione in \_\_\_\_\_ (precisare eventuale specializzazione).

All'uopo, essendo a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa,

#### **d i c h i a r a**

sotto la propria personale responsabilità:

- a) di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- b) di essere iscritto/a all'Ordine/Collegio dei \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_ (**ovvero** di essere iscritto alla Camera di Commercio in qualità di \_\_\_\_\_);
- c) di essere residente nel distretto del Tribunale di Napoli Nord (ovvero di avere domicilio fiscale nel distretto del Tribunale di Napoli Nord);
- d) di non aver riportato condanne penali (ovvero di aver riportato eventuali condanne);
- e) di non essere sottoposto/(ovvero di essere sottoposto) a provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- f) di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali;
- g) di non essere pubblico dipendente (ovvero di essere dipendente da \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_);
- h) di non essere iscritto/a nè di aver presentato domanda d'iscrizione in Albi presso altri Tribunali;
- i) di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione di residenza o domicilio professionale.

Napoli, \_\_\_\_\_

FIRMA  
\_\_\_\_\_

Per quanto riguarda invece la domanda di iscrizione all'albo dei CTU del tribunale di Santa Maria Capua Vetere, in riferimento a quanto pubblicato all'url:  
<https://goo.gl/oBtHSo> è necessario anche qui reperire una serie di documenti e compilare la domanda in allegato.

Spazio riservato alla marca da bollo  
Euro 14, 62

AL. COMITATO per la formazione dell'Albo  
dei consulenti tecnici del giudice presso il  
Tribunale Ordinario di  
SANTA MARIA CAPUA VETERE

Codice fiscale

### DOMANDA DI ISCRIZIONE ALBO C.T.U.

Io sottoscritto/a

Cognome  Nome

Nato/a a  il

Residente a  C.A.P.  Provincia di

Indirizzo  Civico

Codice fiscale

Domicilio e/o Studio Professionale a:  Provincia di

C.A.P.  Indirizzo:

Telefono fisso  Telefono Studio

Cellulare  Fax

P.E.C. (posta elettronica certificata)

E-Mail

### C H I E D E

di essere iscritto/a nell'Albo dei Consulenti Tecnici d'Ufficio nella categoria:

Per gli Interpreti e Traduttori specificare la lingua conosciuta

Si allega:

- Curriculum firmato;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione; chi non volesse avvalersi dell'autocertificazione dovrà presentare il certificato di nascita (in carta libera), certificato di residenza (in bollo) e certificato Ordine o Collegio Professionale (in bollo);
- Fotocopia del documento di identità in corso di validità;
- Fotocopia di titoli e documenti vari per dimostrare la speciale capacità tecnica e l'esperienza professionale acquisita (titoli scolastici, attestazioni di terzi, perizie effettuate, pubblicazioni, ecc.).

Si impegna ad effettuare il versamento della tassa di concessione Governativa e a consegnare all'Ufficio l'originale dell'Attestazione di versamento, all'esito della comunicazione dell'avvenuta iscrizione.

S. Maria C.V. Li

**FIRMA**

## **CAPITOLO 4.**

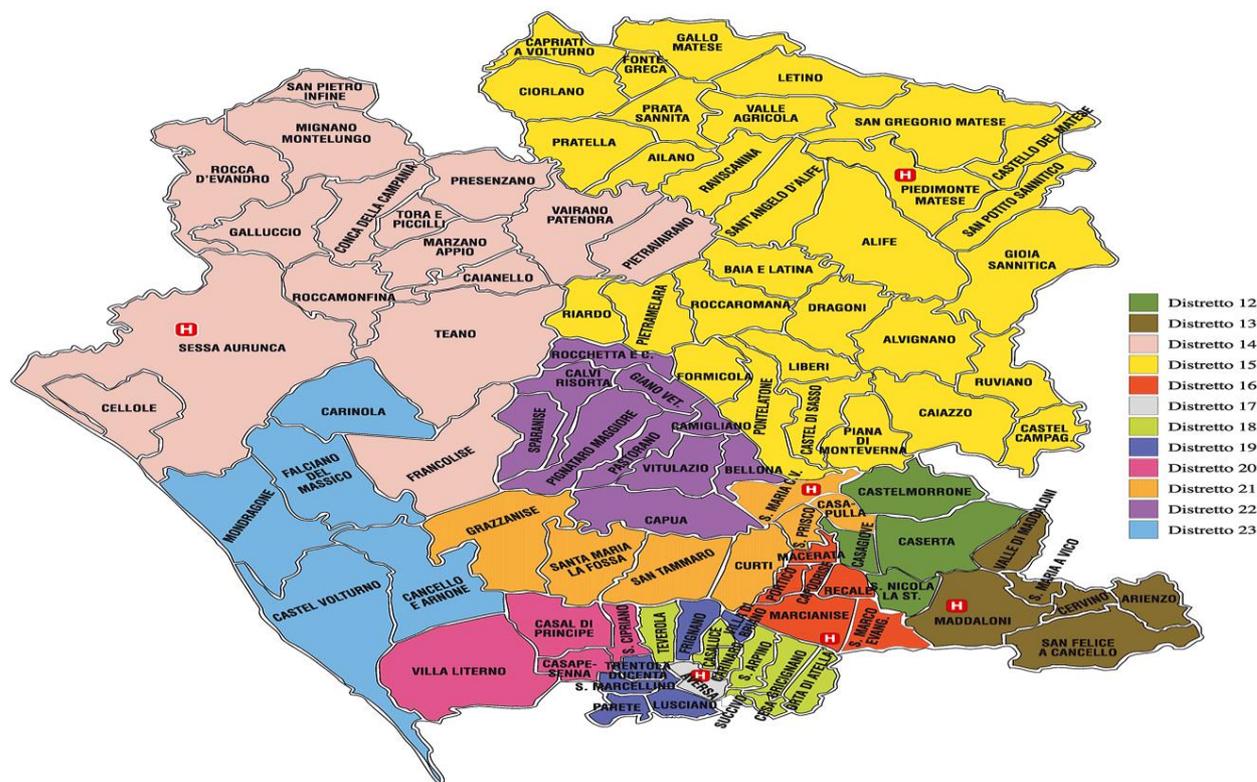
### **SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE E GUARDIA TURISTICA**

Il servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) ha la funzione di garantire ai cittadini residenti nell'ambito territoriale di riferimento del servizio (salvo diverse organizzazioni in forme associative), la continuità assistenziale delle attività dell'assistenza primaria (medici di medicina generale -MMG-) e della pediatria di libera scelta (PLS) nelle ore in cui questi servizi non sono attivi, ovvero dalle ore 20.00 alle ore 8.00 di tutti i giorni e dalle ore 10.00 del giorno prefestivo alle 8.00 del giorno successivo a quello festivo. Questa regola generale può subire variazioni in alcune province sulla base di accordi integrativi stipulati su base regionale o locale.

Il Servizio è rivolto anche ai cittadini non residenti nell'ambito territoriale, dai quali tuttavia è richiesto il pagamento della prestazione, secondo tariffe prefissate dal Servizio

IL Servizio di Continuità Assistenziale è regolato dall'Accordo Collettivo Nazionale che tuttavia delega molti aspetti dell'organizzazione del Servizio agli accordi integrativi regionali e locali, cosicché vi possono essere importanti differenze tra le Regioni e a volte tra le diverse Aziende Sanitarie all'interno della stessa Regione. Pertanto i Servizi possono essere molto diversi tra di loro e prevedere un grado di integrazione molto diverse con gli altri servizi presenti sul territorio.

Il territorio della ASL - Azienda Sanitaria Locale - di Caserta racchiude i 104 Comuni della provincia ed è diviso in dodici (12) Distretti socio-sanitari, ognuno dei quali ha una sede principale e una serie di sedi diffuse in modo da facilitare l'accesso dei cittadini. Le prestazioni più richieste e ad accesso diretto vengono erogate nella maggior parte dei presidi periferici, mentre le prestazioni più complesse e di utilizzo meno diffuso vengono erogate nelle sedi principali dei Distretti o in quelle dei Servizi, nelle sedi centrali di Caserta.



Distretto	Sede amministrativa	Territorio di riferimento: Comuni
Distretto n. 12 Caserta	Via P. Harris area ex Saint-Gobain, Palazzo della Salute Tel. 0823.445900 / 445912	Casagiove, Caserta, Castel Morrone, San Nicola La Strada.
Distretto n. 13 Maddaloni	Via Caudina, Parco Giuliana Scala A-Tel. 0823/445980	Arienzo, Cervino, Maddaloni, San Felice a Canello, Santa Maria a Vico, Valle di Maddaloni.
Distretto n. 14 Teano	Via Roma Tel. 0823.506239	Caianello, Cellole, Conca della Campania, Francolise, Galluccio, Marzano Appio, Mignano Montelungo, Pietravairano, Presenzano, Rocca d'Evandro, Roccamonfina, S. Pietro Infine, Sessa Aurunca, Teano, Tora e Piccilli, Vairano Patenora.
Distretto n. 15 Piedimonte Matese	Via Matesei Tel. 0823.544475	Ailano, Alife, Alvignano, Baia e Latina, Caiazzo, Capriati a Volturmo, Castel Campagnano, Castel di Sasso, Castello del Matese, Ciorlano, Dragoni, Fontegreca, Formicola, Gallo Matese, Gioia Sannitica, Letino, Liberi, Piana di Monteverna, Piedimonte Matese, Pontelatone, Pietramelara, Prata Sannita, Pratella, Raviscanina, Riardo, Roccaromana, Ruviano, S. Angelo d'Alife, S. Gregorio Matese, S. Potito Sannitico, Valle Agricola.
Distretto n. 16 Marcianise	Piazza Carità ex Ospedale Tel. 0823.518203	Capodrise, Macerata Campania, Marcianise, Portico di Caserta, Recale, San Marco Evangelista.

Distretto n. 17 Aversa	Via S. Lucia Tel. 081/5001254	Aversa
Distretto n. 18 Succivo	Via Cadorna, 46 Tel. 081.5028602	Carinaro, Casaluce, Cesa, Gricignano di Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, Succivo, Teverola.
Distretto n. 19 Lusciano	Via S.Lucia, Aversa Tel.081.5001202 /207	Frignano, Lusciano, Parete, San Marcellino, Trentola Ducenta, Villa di Briano
Distretto n. 20 Casal di Principe	Corso Umberto I - Pal. Baldascini Tel. 081 8164042	Casal di Principe, San Cipriano d'Aversa, Villa Literno, Casapesenna
Distretto n. 21 S. Maria Capua Vetere	Via Mazzocchi Tel. 0823.891606	Casapulla, Curti, Grazzanise, S. Maria Capua Vetere, S. Maria La Fossa, S. Prisco, S. Tammaro
Distretto n. 22 Capua	c/o ex P.O. Palsciano Tel. 0823.996363	Bellona, Calvi Risolta, Camigliano, Capua, Giano Vetusto, Pastorano, Pignataro Maggiore, Rocchetta e Croce, Sparanise, Vitulazio
Distretto n. 23 Mondragone	Via degli Oleandri, 73 Tel. 0823.775406 - 0823.775214	Cancello e Arnone, Carinola, Castel Volturno, Mondragone, Falciano del Massico

### Accesso alla Continuità Assistenziale

I medici da incaricare per la Continuità Assistenziale sono tratti da una graduatoria per titoli, di validità annuale, predisposta a livello regionale dall'Assessorato alla Sanità con procedure informatiche tese allo snellimento burocratico e al rispetto dei tempi. I medici che aspirano all'iscrizione nella graduatoria devono possedere, alla scadenza del termine per la presentazione della domanda, i seguenti requisiti:

- a) cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;
- b) iscrizione all'Albo professionale;
- c) titolo di formazione in medicina generale, o titolo equipollente, come previsto dal D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche e integrazioni. Possono altresì presentare domanda di inserimento in graduatoria i medici che nell'anno acquisiranno il titolo di formazione. Il titolo deve essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre ai fini dell'inserimento nella graduatoria provvisoria

Ai fini dell'inclusione nella graduatoria i medici devono trasmettere a mezzo procedura telematica definita dalla Regione, entro il termine del 31 gennaio, all'Assessorato regionale alla Sanità, una domanda in bollo integrata ai sensi della normativa vigente con dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativamente a requisiti, titoli accademici, di studio e di servizio. Ai fini della

determinazione del punteggio valido per la graduatoria sono valutati i titoli accademici, di studio e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente, oltre al punteggio per il titolo di formazione in medicina generale. La domanda di inclusione deve essere presentata ogni anno. La stessa deve eventualmente contenere le dichiarazioni concernenti i titoli che comportino modificazioni al precedente punteggio. La Regione può prevedere che nella medesima domanda il medico esprima la propria disponibilità ad essere inserito nelle graduatorie aziendali.

L'amministrazione regionale sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione predispose la graduatoria, specificando, a fianco di ciascun nominativo, il punteggio conseguito ed evidenziando l'eventuale possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale.

La graduatoria provvisoria è resa pubblica entro il 30 settembre sul sito istituzionale della Regione. Entro 15 (quindici) giorni dalla pubblicazione i medici interessati possono presentare all'Assessorato regionale alla Sanità, istanza motivata di riesame della loro posizione in graduatoria. La graduatoria definitiva è approvata dall'Assessorato regionale alla Sanità che provvede alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale entro il 30 novembre di ciascun anno. La pubblicazione sul BUR e sul sito istituzionale della Regione costituisce notificazione ufficiale. La graduatoria ha validità dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo.

Le Aziende, fatte salve diverse determinazioni in sede di AIR relativamente alla tempistica, entro 15 (quindici) giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva pubblicano sul proprio sito istituzionale un avviso per la predisposizione di graduatorie aziendali di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione, secondo il seguente ordine di priorità:

- a) medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
- b) medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;
- c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella medesima Regione per cui concorrono, fatta eccezione per le sostituzioni per le quali possono concorrere anche gli iscritti a tale corso in altre Regioni.

Ai sensi dell'articolo 19, comma 11, della L. 28 dicembre 2001, n. 448, per il solo affidamento di sostituzione:

- d) medici iscritti all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- e) medici iscritti ai corsi di specializzazione.

Le domande di partecipazione all'avviso, in bollo, devono essere trasmesse entro 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione sul sito dell'Azienda. I medici di cui alle lettere da b) a e) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato in un settore ( es. Medico di medicina Generale) possono partecipare per graduatoria regionale solo in un settore diverso da quello in cui sono titolari.

Il medico che accetta l'incarico in un settore non può concorrere all'assegnazione di ulteriori incarichi

dello stesso settore in base alla medesima graduatoria regionale.

In caso di impossibilità da parte del Servizio di Continuità Assistenziale a coprire il fabbisogno di medici con incarichi a tempo indeterminato, le AA.SS.LL. possono conferire incarichi a tempo determinato, a cui possono aspirare anche i medici in possesso della sola abilitazione alla professione medica, sulla base di apposite graduatorie aziendali.

L'assegnazione dell'incarico a tempo indeterminato di medico di Continuità Assistenziale è dato dalla Regione a seguito della pubblicazione delle zone carenti di C.A. suddivise per singole Aziende. Tuttavia, se il fabbisogno è tale da necessitare altro personale sanitario, chi non è in possesso del titolo di formazione specifico e quindi non è inserito nella graduatoria regionale, può fare richiesta all'ASL per essere inserito in una graduatoria aziendale come sostituto e ricevere incarichi a tempo determinato. Nello specifico, a mano o tramite PEC, nei 30 giorni dalla pubblicazione della Graduatoria della Medicina Generale, il neo-abilitato può presentare domanda presso ciascuna ASL ( in Campania insistono 7 ASL, una per provincia e 3 a Napoli) proprio per essere inserito in queste specifiche Graduatorie Aziendali di sostituzione.

### **Presenza e rintracciabilità**

Il Medico deve essere presente, all'inizio del turno, nella sede assegnatagli dall'Azienda e rimanere a disposizione, fino alla fine del turno, per effettuare gli interventi richiesti. Egli deve essere presente fino all'arrivo del Medico che continua il Servizio, proprio per assicurare che non intervengano soluzioni di continuità del Servizio stesso.

### **Compiti del Medico di Continuità Assistenziale (MCA)**

Sono chiaramente individuati dall'Accordo Collettivo Nazionale , in particolare

- *“Il Medico di Continuità Assistenziale assicura le prestazioni sanitarie non differibili ai cittadini residenti nell'ambito territoriale afferente alla sede di servizio...”*
- *“In relazione al quadro clinico prospettato dall'utente o dalla centrale operativa, il Medico effettua tutti gli interventi ritenuti appropriati, riconosciuti sulla base di apposite linee guida nazionali o regionali.... Il Medico può eseguire prestazioni ambulatoriali definite nell'ambito degli Accordi Regionali”.*

I compiti del medico sono analoghi a quelli del MMG o PLS con l'unica differenza che il medico di Continuità Assistenziale interviene in attività non rimandabili all'attenzione del curante di fiducia.

Quindi il Medico di Continuità Assistenziale, sulla base del quadro clinico prospettato, effettua gli interventi che ritiene appropriati, con la possibilità di svolgere visite mediche ambulatoriali o interventi domiciliari in caso di pazienti non trasportabili.

### **Registrazione delle richieste e degli interventi effettuati**

Le chiamate degli utenti devono essere registrate e rimanere agli atti a tutela tanto degli utenti quanto dei medici, sebbene non tutti i Servizi di Continuità Assistenziale soddisfano tale requisito.

È importante rispondere con calma alle richieste che vengono poste dai pazienti e decidere con fermezza l'intervento più appropriato per l'utente. Il consiglio telefonico è un atto medico a tutti gli effetti.

In tutti i casi deve essere presente un registro, cartaceo o informatico, nel quale è registrare le chiamate, oltre che gli interventi.

Le registrazioni devono avere per oggetto:

- nome, cognome, età e indirizzo dell'assistito;
- generalità del richiedente ed eventuale relazione con l'assistito;
- ora della chiamata ed eventuale sintomatologia sospettata;
- ora dell'intervento (o motivazione del mancato intervento) e tipologia dell'intervento richiesto ed effettuato. Devono, quindi, essere registrate tutte le prestazioni richieste, sia che si tratti di prestazioni domiciliari, ambulatoriali o consigli telefonici; deve essere, inoltre, identificabile il nominativo del Medico che effettua la prestazione

### **Tipologia degli interventi**

In relazione alle necessità dell'assistito, gli interventi del MCA possono, dunque, essere espletati tramite consigli telefonici, visite ambulatoriali, laddove la Direzione Distrettuale abbia istituito un apposito ambulatorio in relazione alle necessità espresse sul territorio, oppure, più tradizionalmente, visite domiciliari.

La prestazione terapeutica non presenta particolari aspetti sotto il profilo medico legale, è da ricordare il limite rappresentato dal consenso del paziente, con la sola eccezione della terapia da praticarsi in stato di necessità.

In caso di chiamata a domicilio, con necessità di intervento terapeutico, l'Accordo Collettivo prevede che il MCA compili il modulo informativo (Modulo M) indicandovi tutte le notizie utili per la prosecuzione delle cure. Tale modulo va redatto almeno in duplice copia, di cui una va consegnata al paziente (invitandolo a consegnarla al suo medico di fiducia) e l'altra da consegnare al Servizio di Continuità Assistenziale. Oltre a trattarsi di un obbligo per il medico di Continuità Assistenziale, la compilazione del modulo M in maniera corretta ed esaustiva è anche estremamente importante dal punto di vista medico legale.

A ciò si dovrebbe aggiungere che la prestazione terapeutica da parte del MCA, ispirata ai necessari criteri di prudenza e diligenza, dovrebbe prevedere le terapie necessarie fino al momento in cui subentrerà il Medico curante.

Nel caso il medico di Continuità Assistenziale ritenga necessario l'intervento del Servizio di Urgenza ed Emergenza Territoriale è suo compito allertare tale Servizio. Il Medico di Continuità Assistenziale è anche tenuto a informare il medico di Assistenza Primaria nel caso in cui rilevi durante il servizio casi di particolare criticità.

La borsa del medico di continuità assistenziale deve contenere: il ricettario "rosso" per prescrivere i farmaci di fascia A, un ricettario personale "bianco" per redigere eventuali certificati e prescrivere farmaci di fascia C, il proprio timbro, il fonendoscopio, lo sfigmomanometro, abbassalingua, un termometro, l'otoscopio, le credenziali del sistema TS per il rilascio di certificati di malattia online. Non strettamente necessario ma utile per ottenere maggiori info in pazienti con difficoltà respiratoria la presenza di un pulsossimetro. Generalmente i farmaci sono presenti nella postazione di guardia medica.

### **Prescrizione farmaci**

*"Il Medico utilizza, solo a favore degli utenti registrati, anche se privi di documento sanitario, un apposito ricettario, con la dicitura "Servizio Continuità Assistenziale", fornitogli dall'Azienda, per le proposte di ricovero, le certificazioni di malattia per il lavoratore per un massimo di tre giorni; le prescrizioni farmaceutiche per una terapia non differibile sulla base del ricettario di cui alla Legge 326/2003 e secondo le disposizioni vigenti in materia".*

Non sono, quindi, ammesse prescrizioni a persone diverse da quelle per le quali è stato richiesto l'intervento del Servizio.

Il MCA è tenuto, nella prescrizione di farmaci, ad attenersi a quanto previsto dalla normativa in merito a indicazioni terapeutiche autorizzate sulla scheda tecnica, classi di rimborsabilità, rispetto delle note AIFA, numero di confezioni prescrivibili per ricetta, modalità di utilizzo del ricettario unico.

E' anche raccomandabile il ricorso a farmaci che, a parità di efficacia terapeutica, presentino il profilo di costo inferiore, nonchè a farmaci equivalenti, laddove esistano. Quindi l'attività prescrittiva del medico di Continuità Assistenziale è limitata ai farmaci per terapie non differibili, al fine di assicurare la continuità terapeutica, in quantità non superiore a quella necessaria a coprire i giorni non serviti dal MMG o PLS (o in caso di confezioni che superino tale limite, la confezione con il minor numero di dosi). È buona norma che alla compilazione di ogni ricetta annotarsi sul registro di guardia medica il farmaco prescritto e il numero di matrice della ricetta compilata.

## **Certificazione di malattia**

*“Sono obblighi del Medico...la certificazione di malattia per i lavoratori turnisti...”*

Il MCA è, pertanto, tenuto, qualora lo ritenga clinicamente necessario, a certificare l'incapacità a prestare regolare servizio, per i cittadini che siano costretti, per turno, a lavorare nelle giornate festive e prefestive, limitatamente al periodo di copertura del Servizio di Continuità Assistenziale e fino al ritorno del medico curante, di norma per un massimo di tre giorni. Importante annotare sul registro di guardia medica il numero di protocollo del certificato telematico e consegnare una copia del numero di protocollo anche al paziente. In tema di certificazioni è compito del medico di CA anche il certificato per la riammissione al lavoro degli alimentaristi.

## **Certificazioni necroscopiche**

*“Sono obblighi del Medico...la constatazione di decesso...”*

Al MCA può essere richiesto di stilare il certificato di “constatazione di decesso” delle persone per le quali sia stato richiesto il suo intervento e delle persone per le quali sussista la necessità di accertare la morte. Si ricorda che quello che viene chiamato “constatazione di decesso” è un documento che non ha alcun fine necroscopico, ma si configura come atto medico eventualmente necessario per stabilire che non ricorra più alcuna necessità terapeutica. In tali casi, ovviamente, il Medico dovrà certificare solo le notizie di cui sia a diretta conoscenza. E' opportuno identificare il cadavere mediante documento di identità disponibile (deve essere munito di foto) e quindi non sono idonei tessere sanitarie o fiscali ecc. Per quanto riguarda la denuncia della causa di morte (modello ISTAT), il MCA potrà compilarla solo qualora conosca le reali cause del decesso; in caso contrario la scheda di morte sarà compilata dal Medico curante o dal Medico Necroscopo, nel caso in cui la morte sia avvenuta senza assistenza medica (si tratta prevalentemente di omicidi, suicidi, incidenti, etc.)

Si precisa inoltre che il medico Necroscopo, è un medico incaricato dalla ASL per certificare il decesso di una persona, convocato dai congiunti dopo 15 ore dal decesso e non oltre 30 ore. Si fa eccezione in caso di decessi per decapitazione, maciullamento, morte dovuta a malattia infettivo-diffusiva. Secondo gli ordinamenti su cui si fonda la medicina necroscopica, ( DPR 285-90 che è il regolamento di polizia mortuaria, ed il R.D. 9-7-1939 nell'ordinamento civile, ed il DPR 3-11-2000 n. 396), le funzioni del medico necroscopo vengono esercitate da un medico nominato dalla competente unità sanitaria. Nel caso degli ospedali, tale funzione viene esercitata dal direttore sanitario, oppure da un medico delegato. Quindi la funzione principale del medico necroscopo è quella di certificare il decesso di una persona. Egli, pertanto, andrà a verificare la comparsa degli eventi cadaverici in modo da confermare la diagnosi di morte.

Qualora il decesso avvenga in casa in assenza totale di assistenza medica, il medico necroscopo dovrà anche compilare la scheda ISTAT, denunciando la presunta causa di morte del soggetto.

Il medico necroscopo dipende totalmente nella loro attività dal coordinatore sanitario dell'Unità sanitaria locale: pertanto dovrà riferire ad esso in merito al servizio espletato, consegnando anche il referto.

Il coordinatore sanitario inoltrerà poi il referto del medico necroscopo alle autorità di competenza, operando anche, in caso di dubbi sulle reali cause di morte, a disporre l'eventuale riscontro diagnostico.

### **Prestazioni di particolare impegno professionale**

*“Il Medico in Servizio di Continuità Assistenziale può eseguire, nell’espletamento dell’intervento richiesto, anche le prestazioni aggiuntive di cui al nomenclatore tariffario..., finalizzate a garantire una più immediata adeguatezza dell’assistenza e un minore ricorso all’intervento specialistico e/o ospedaliero. “Le prestazioni sono retribuite aggiuntivamente rispetto al compenso orario spettante”.*

Le prestazioni aggiuntive riconosciute dal vigente ACN sono riportate di seguito:

- Prima medicazione (va intesa quella eseguita su ferita non precedentemente medicata);
- Sutura di ferita superficiale;
- Successive medicazioni;
- Rimozione di punti di sutura e medicazione;
- Cateterismo uretrale nell’uomo;
- Cateterismo uretrale nella donna;
- Tamponamento nasale anteriore;
- Fleboclisi;
- Lavanda gastrica;
- Iniezione di gammaglobulina o vaccinazione antitetanica;
- Iniezione sottocutanea desensibilizzante.

### **Il medico di continuità assistenziale non può:**

- Prescrivere esami di laboratorio (esami del sangue ecc). strumentali (ecografie, radiografie, ecc) e visite specialistiche.
- Prescrivere farmaci con nota ministeriale tranne nei casi in cui il medico in servizio ritiene che, a seguito di visita medica, la condizione del paziente sia compatibile con quanto indicato dalla nota ministeriale o quando il paziente dimostri tale compatibilità ad esempio con una vecchia ricetta che riporta tale nota. Al seguente link sono indicate tutte le note con i relativi farmaci <https://www.aifa.gov.it/elenco-note-aifa>
- Ripetere ricette mediche, ciò vale per tutti i farmaci che si assumono con continuità e che non hanno il carattere di indifferibilità (esempio farmaci per l’artrosi). Si rammenta che in caso di “estrema necessità e urgenza” si applica il decreto legislativo 31 marzo 2008 (GU n° 86 del 11 aprile 2008) che

consente alle farmacie di erogare alcuni farmaci per patologie codificate (diabete, ipertensione, bronchite cronica, altre patologie croniche) senza prescrizione medica.

- Effettuare prestazioni infermieristiche: il medico di continuità assistenziale non effettua iniezioni, intramuscolo o endovena, prescritte da altri medici né effettua sostituzioni di catetere vescicale.

**Con il nuovo accordo Nazionale della Medicina Generale del 28-04-2022, pubblicato il 29-04-2022,** scompare giuridicamente il medico di Continuità Assistenziale e quello di Assistenza Primaria.

Infatti all'Art. 31 del predetto accordo viene istituito il Ruolo Unico del Medico di Assistenza Primaria per cui i medici già titolari di incarico di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale assumono la denominazione di medici del ruolo unico di assistenza primaria.

Il ruolo unico di assistenza primaria di cui D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189 prevede che i medici del ruolo unico di assistenza primaria svolgano attività professionale a ciclo di scelta e/o su base oraria, operando nelle AFT e nelle forme organizzative multi-professionali (UCCP) come disciplinato dal predetto Accordo.

Nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio per garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, vengono adottate forme organizzative mono-professionali, denominate AFT (aggregazioni funzionali territoriali)

La AFT è la **unità elementare organizzativa funzionale della medicina generale**, nel cui ambito i MMG, quelli della Continuità assistenziale ecc. che la compongono condividono, in forma partecipata, nei riguardi della popolazione di riferimento, cioè la popolazione dei cittadini che hanno esercitato la scelta dei medici che compongono la AFT stessa, obiettivi e percorsi, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi in accordo col dettato del comma 1, art 1 della Legge 189/2012.

La AFT garantisce l'assistenza per l'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana ad una popolazione non superiore a 30.000 abitanti, fermo restando le esigenze legate alle aree ad alta densità abitativa, ed è costituita da medici del ruolo unico di assistenza primaria operanti sia a ciclo di scelta che su base oraria.

I compiti essenziali della AFT sono:

- a) assicurare l'erogazione a tutti i cittadini che ad essa afferiscono dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA), nonché l'assistenza ai turisti ai sensi dell'articolo 46;
- b) realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, estesa all'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente;

c) garantire la continuità dell'assistenza anche mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata, del fascicolo sanitario elettronico (FSE) e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata.

### **Guardia Medica Turistica**

La Guardia Medica turistica è un servizio fornito dalle Aziende Sanitarie Locali nelle località ad elevato afflusso turistico, limitato ai periodi in cui vi è un maggior numero di presenze giornaliere di pazienti non residenti. E' un servizio che nasce dalla necessità di fornire assistenza sanitaria primaria a un numero importante di persone presenti soltanto temporaneamente.

Nascono, in ogni caso, da decisioni prese localmente dalle ASSL, motivo per cui è possibile una certa variabilità.

Il Servizio prevede il versamento di una tariffa prestabilita da parte degli utenti.

Possono svolgere il ruolo di medico della Guardia Medica Turistica tutti i medici in possesso di abilitazione e incaricati sulla base di un'apposita graduatoria dedicata specificamente alla Guardia Medica Turistica (occorre pertanto fare espressamente domanda per l'inserimento nelle graduatorie dedicate, secondo quanto previsto dai bandi per la Guardia Medica Turistica, dal momento che le graduatorie valide per l'attribuzione di incarichi per il Servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) sono distinte da quelle per l'attribuzione di incarichi di Guardia Medica Turistica

Infine, con il decreto n°77 del 23 Maggio 2022, il Ministero della Salute ha voluto riorganizzare completamente l'assistenza territoriale. Le Regioni e le Province autonome avranno tempo fino al 31 Gennaio 2023 per adeguarsi; questi i cambiamenti principali (fonte: <https://www.fnopi.it/2022/06/23/dm77-riforma-dm71/>):

**Casa della Comunità** – Aperte fino a 24h su 24 e 7 giorni su 7, oltre 1350 Case della Comunità finanziate con le risorse del PNRR, diffuse in tutto il territorio nazionale, sono il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Rappresentano il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione.

**Centrale operativa 116117** – La Centrale operativa 116117 (Numero Europeo Armonizzato – NEA per le cure mediche non urgenti) è il servizio telefonico gratuito a disposizione di tutta la popolazione, 24 ore al giorno tutti i giorni, da contattare per ogni esigenza sanitaria e sociosanitaria a bassa intensità assistenziale

**Centrale Operativa Territoriale** – La Centrale Operativa Territoriale (COT) svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

**Infermiere di Famiglia e Comunità** – È la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Non solo si occupa delle cure assistenziali verso i pazienti, ma interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità per rispondere a nuovi bisogni attuali o potenziali.

**Unità di continuità assistenziale** – È un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa.

**Assistenza domiciliare** – La casa come primo luogo di cura. Le Cure domiciliari sono un servizio del Distretto per l'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., sono prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

**Ospedale di comunità** -. È una struttura sanitaria di ricovero dell'Assistenza Territoriale , con 20 posti letto, che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

**Rete delle cure Palliative** – E' costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le **cure palliative** sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

**Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie** – Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, alle coppie e alle famiglie garantiscono prestazioni, anche di tipo domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, nell'ambito dell'assistenza territoriale, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni che ne tutelino la riservatezza.

**Telemedicina** – Viene utilizzata dal professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari. Inclusa in una rete di cure coordinate, la Telemedicina consente l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

## CAPITOLO 5.

### LINEE GUIDA PER COMPILARE I PRINCIPALI CERTIFICATI.

La certificazione è certamente una delle attività più delicate della professione medica. Ogni medico deve porre molta attenzione nella compilazione dei certificati, da un lato nell'interesse del paziente, dall'altro per non incorrere in rischi di carattere penale e disciplinare.

L'atto medico della certificazione è previsto dal codice di deontologia medica all'articolo 22: "il medico non può rifiutarsi di rilasciare direttamente al cittadino certificati relativi al suo stato di salute. Il medico, nel redigere certificazioni, deve valutare e attestare soltanto dati clinici che abbia direttamente constatato".

Il certificato deve essere privo di abrasioni e correzioni che possano 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.

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 (in base al tipo di certificato: luogo e data di nascita, residenza, eventuale numero di documento di riconoscimento);
  - l'oggetto della certificazione. Nel caso di certificato redatto sulla base di referti obiettivi opportuno citarli;
  - il luogo e la data di rilascio;
  - timbro e firma del medico.

Esistono diverse tipologie di certificati e alcuni possono essere rilasciati solo da medici che occupano un determinato ruolo o che abbiano delle specifiche competenze.

In questo manuale andremo a analizzare quali certificati può redigere un medico neo-laureato.

In caso di decesso di una persona, è necessario compilare, tre distinti certificati medici:

#### *CONSTATAZIONE DEL DECESSO*

Si tratta di una certificazione che deve compilare il medico che interviene per primo a constatare l'exitus (medico di medicina generale, medico di continuità assistenziale, medico dell'emergenza o qualsiasi altro medico), deve contenere oltre alle generalità del defunto, anche ora, data e luogo del decesso. Questo certificato serve ad attestare la cessazione delle funzioni vitali e l'inefficacia di eventuali manovre rianimatorie ed è destinato ad informare l'ufficiale di stato civile dell'avvenuto decesso di una persona nel territorio comunale di competenza. (DM Sanità 31.08.1994 in applicazione della legge 578/1993)

#### *DENUNCIA DELLE CAUSE DI MORTE SU SCHEDA ISTAT*

La scheda ISTAT è redatta dal medico curante o, in caso di sua irreperibilità, dal medico necroscopo reperibile dell'ASL. Si tratta di un obbligo che deve essere assolto entro 24 ore dalla constatazione del decesso ai sensi dell'art. 103 del TULS (art. 1 del Dpr 21.10.1975) e serve, ai fini statistici, a creare un profilo epidemiologico del nostro Paese.

In assenza del medico curante titolare, il medico sostituto assume tutte le funzioni del titolare e pertanto sulla base della visita della salma e della scheda anamnestica del defunto è legittimato a compilare in vece del curante anche la scheda ISTAT. Se il medico sostituto ritiene di non avere sufficienti elementi di giudizio deve lasciare questo compito al medico necroscopo oppure, se è il caso, effettuare una richiesta motivata di autopsia.

La scheda ISTAT è composta da due parti: Parte A (notizie relative al decesso, la cui compilazione è a cura del Medico Curante) e Parte B (notizie demografiche e sociali, la cui compilazione è demandata all'Ufficiale di Stato Civile).

La Parte B identifica la persona deceduta (comune e provincia di morte, data di morte, data e comune di nascita, età compiuta, stato civile, comune e provincia di residenza, professione, posizione della professione, ramo di attività economica, condizione non professionale); mentre la Parte A riporta, in particolare la causa iniziale di morte (la malattia o traumatismo che avvia il concatenamento di eventi morbosi che conduce direttamente alla morte), la causa intermedia (processo morboso che insorge in conseguenza o in relazione alla causa prima ed entra nel concatenamento patogenetico che conduce alla morte) e quella finale (l'evento che precede direttamente il decesso e ne è causa contingente). Nel caso di decesso da causa violenta è necessario riportare la causa scatenante, la descrizione della lesione, le malattie o le complicazioni sopravvenute a seguito della lesione, gli stati morbosi preesistenti che possano aver contribuito al decesso, il mezzo o il modo con il quale la lesione è stata determinata e la data e il luogo dell'azione violenta.

### *CERTIFICATO NECROSCOPICO*

Lo redige il medico necroscopo tra la 15<sup>a</sup> e la 30<sup>a</sup> ora dal decesso per constatare la realtà della morte (osservazione dei fenomeni cadaverici) dopo un adeguato periodo di osservazione. Durante il periodo di osservazione, 24 ore per i casi di morte naturale e 48 nei casi di morte improvvisa, il cadavere deve essere tenuto in luoghi e a temperature compatibili con la vita, cioè ad una temperatura di almeno 18 – 20 gradi centigradi. E' indispensabile per cancellare il defunto dall'anagrafe e per autorizzare la sepoltura.

### *CERTIFICATO PER LA CREMAZIONE*

E' compilato esclusivamente dal medico necroscopo.

Le occasioni in cui potrebbe dover essere necessario constatare il decesso di un paziente sono principalmente due: durante un turno di guardia medica o durante una sostituzione di un medico di medicina generale. Risulterà necessario al momento della visita valutare la cessazione delle funzioni vitali, ad esempio accertarsi dell'assenza di polso (radiale e carotideo), della ventilazione, del riflesso fotomotore, ecc. Per la constatazione di decesso non è richiesto l'uso di strumentazione medica, non è infatti necessario effettuare un ECG. Bisogna prestare estrema attenzione alla valutazione del cadavere andando a ricercare possibili ferite da trauma o segni sospetti, consigliamo di allertare le Forze dell'Ordine in situazioni in cui il decesso non sembrerebbe essere avvenuto per cause naturali!

La constatazione di decesso dovrà essere redatta su semplice carta intestata o prestampati appositi apponendo timbro e firma. Esempio:

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

TIMBRO

Il sottoscritto Dott \_\_\_\_\_ certifica  
che il giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
in località (domicilio, pubblica via, ecc.) \_\_\_\_\_  
ha constatato l'avvenuto decesso di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ identificato con  
(cartta d'identità - patente  
ecc.) \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
avvenuta presumibilmente alle ore \_\_\_\_\_ del giorno  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

TIMBRO E FIRMA

*CERTIFICATO DI MALATTIA*

La compilazione di un certificato di malattia è senza dubbio il tipo di certificazione più frequentemente richiesta durante un turno di Continuità Assistenziale o durante una sostituzione di Medicina Generale. Per la maggior parte dei lavoratori dipendenti esso viene trasmesso **telematicamente all'INPS** grazie alla compilazione online di una pagina dedicata su portale Tessera Sanitaria. Per tale ragione, prima di accingersi ad effettuare qualunque tipo di sostituzione, è necessario ritirare le proprie credenziali personali presso l'Ordine di appartenenza oppure ottenerle tramite accreditamento on-line inserendo le proprie generalità sul sito <https://sistemats4.sanita.finanze.it/simossAccreditamento/>. Le credenziali

sono personali, ogni medico risponde delle proprie prescrizioni e certificazioni.

NB: non tutti i lavoratori dipendenti necessitano di certificazione telematica su sistema TS, solo quelli iscritti all'INPS; per gli altri sarà sufficiente certificare lo stato di malattia indicando i giorni di prognosi assegnati (in lettere e numeri) su carta intestata bianca.

Pertanto sarà indispensabile informarsi riguardo il lavoro svolto dal paziente!

L'elenco completo dei lavoratori dipendenti non iscritti all'INPS e pertanto meritevoli di certificato su carta bianca è definito dall'art. 3 del D.Lgs 165/01:

- Magistrati ordinari, amministrativi e contabili
- Avvocati e procuratori dello Stato
- Personale militare e delle Forze di polizia dello stato
- Personale della carriera diplomatica e della carriera prefettizia
- Personale della Banca d'Italia
- Personale del Comitato interministeriale per il credito e il risparmio (CIRC)
- Personale della commissione nazionale per le società e la borsa (CONSOB)
- Personale dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato
- Personale anche di livello dirigenziale del Corpo nazionale dei vigili del fuoco, escluso il personale volontario e il personale di leva
- Personale della carriera dirigenziale penitenziaria – Professori e ricercatori universitari.

Generalmente saranno i pazienti stessi a dirvi se appartengono o meno alla categoria INPS, però è bene ricordarsi le categorie più frequenti: personale militare, Polizia di Stato e penitenziaria, Vigili del Fuoco.

E' sempre necessario ricordare che la Continuità Assistenziale è attiva quando il Medico di Famiglia non è in servizio; pertanto, bisogna fare attenzione alla durata massima del certificato rilasciato.

All'atto del rilascio del certificato il medico attesta l'incapacità all'attività lavorativa del paziente dovuta a infermità direttamente constatata. Al riguardo appare utile ricordare che la giurisprudenza consolidata afferma che "risponde di falso ideologico il medico che attesti una malattia senza aver compiuto la visita,

anche se di essa non abbia fatto esplicita menzione nel certificato” (Corte di Cassazione V sezione penale 29 gennaio 2008, n. 4451). Quindi, la data indicata come inizio della malattia nel certificato ha valore puramente anamnestico e l’INPS riconosce la prestazione di malattia, ai lavoratori assicurati per la specifica tutela previdenziale, a decorrere dal giorno di rilascio del certificato. Solo qualora il certificato sia stato redatto a seguito di visita domiciliare, l’Istituto ammette la possibilità di riconoscere ai fini erogativi la sussistenza dello stato morboso anche per il giorno precedente alla redazione, purché debitamente attestato dal medico (circolare INPS 15 luglio 1996, n. 147).

Il paziente va sempre assolutamente visitato, in ambulatorio o a domicilio. Purtroppo la prassi e il carico di lavoro di alcune sedi di guardia hanno generato la malsana abitudine del certificato telefonico o per interposta persona. Ribadiamo... la responsabilità è di chi rilascia il certificato e ognuno è responsabile delle proprie azioni!

Esempio:

TIMBRO	..... li, .....
SI CERTIFICA CHE Il Sig./la Sig.ra .....	
Nato/a a .....il.....	
Residente a ..... Sulla base della visita	
effettuata in data odierna risulta affetto da..... e necessita di cure e riposo per	
almeno (prognosi clinica s.c.): ..... Dichiaro di essere	
malato dal .....	
<b>TIMBRO E FIRMA</b>	

### **Certificati per attività sportiva**

Esistono essenzialmente tre tipologie di certificati per attività sportive: 1) Certificato di sana e robusta costituzione (ludico-motorio / amatoriale) 2) Certificato Attività Sportiva non Agonistica 3) Certificato Attività Sportiva Agonistica

**Certificato di sana e robusta costituzione (ludico-motorio / amatoriale)**

Questo tipo di certificato può essere rilasciato da qualunque medico abilitato senza obbligo di effettuare alcuna indagine strumentale. Tale certificato non è più obbligatorio, tuttavia molti enti (palestre, piscine, etc) per libera scelta o per fini assicurativi continuano a richiederlo ai propri clienti [rif. normativo: GU n.194 del 20-8-2013 - Suppl. Ordinario n. 63 art. 42 bis].

**Certificato di idoneità alla pratica di attività  
ludico-motoria**

Sig.ra / Sig. ....

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

residente a .....

ATTIVITA' LUDICO-MOTORIA, di cui all'Allegato A

Classe .....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività ludico-motoria.

Il presente certificato ha validità ..... (annuale / biennale / altro) dalla data del rilascio.

.....  
Luogo e data

.....  
Timbro e firma

## **Certificato Attività Sportiva non Agonistica**

A differenza di quella ludico motoria, l'attività sportiva non agonistica è quella che viene svolta dai tesserati ed è organizzata:

- dal Coni;
- da una società sportiva affiliata ad una federazione;
- da una disciplina associata;
- da un ente di promozione sportiva riconosciuto dal Comitato olimpico nazionale;
- da un organo scolastico.

Il certificato per la pratica di un'attività non agonistica può essere rilasciato a pagamento da:

- uno specialista in medicina dello sport;
- un medico di medicina generale (o il suo sostituto);
- un pediatra (o il suo sostituto).

L'attestato dovrà riportare:

- il risultato di anamnesi e di esame obiettivo, cioè di una visita medica;
- l'esito della misurazione della pressione;
- l'esito di un elettrocardiogramma a riposo

Di seguito vi riportiamo il modello allegato alla notaministeriale per questo tipo di certificato:

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

Sig.ra/Sig.....

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

residente a.....

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

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo, data, timbro e firma del medico certificatore.

**Certificato Attività Sportiva Agonistica**

Di esclusiva competenza specialistica, tale certificato viene richiesto da associazioni sportive professionistiche e necessita della figura del Medico dello Sport. Quindi non può essere rilasciato dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta o loro sostituti.

## CAPITOLO 6.

### COSA SCRIVERE NEL TIMBRO IDENTIFICATIVO DEL PROFESSIONISTA

Il timbro viene utilizzato da ogni medico abilitato per riportare le proprie generalità *suricette, certificati, fatture e ricevute*. La funzione del timbro è quella di rendere ben identificabile il medico prescrittore/certificatore.

Per quanto riguarda ricette e certificati basta che il timbro riporti:

- a. il nome e cognome
- b. la qualifica (cioè la dicitura “medico-chirurgo”)
- c. la sigla e il numero di iscrizione del proprio ordine di appartenenza (e/o codiceregionale, se disponibile).

**ESEMPIO :**

**Dott. Mario Rossi**

Medico-Chirurgo

CE 49942

I suddetti elementi sono fondamentali per l'identificazione del professionista e vanno accompagnati da autografo del medico per esteso. Se si lavora in una Struttura che conserva un registro delle sigle ufficiale il medico può sottoscrivere le prescrizioni anche con la sola sigla.

Nel timbro possiamo aggiungere ulteriori informazioni facoltative come l'eventuale specializzazione, indirizzo dello studio medico, email o numero di telefono. Bisogna tener presente che inserire il proprio numero di telefono può far incorrere a fenomeni di stalking da parte dei pazienti, pertanto è consigliato non usare il vostro numero di telefono personale ma inserire il numero di un'altra scheda sim che utilizzerete appositamente per lavoro.

Un ulteriore elemento essenziale da inserire nel timbro sarebbe anche la struttura di appartenenza per la quale si lavora, per esempio anche durante un incarico di Guardia Medica si presta servizio presso una struttura. Talvolta è presente nella postazione della Continuità Assistenziale un timbro ad hoc .

**ESEMPIO :**

<b>ASL CASERTA</b>	
Continuità	assistenziale
Presidio D.S. 12	
Dr.....	
Cod.....	Ordine.....

Invece per quanto riguarda ricevute e fatture sarebbe utile utilizzare un timbro che presenti anche informazioni di tipo fiscale.

In tal caso quindi il timbro dovrà essere così composto:

Dott./Dott.ssa (nome e cognome)
Medico Chirurgo (+ eventuale specialità)
Codice Regionale e n. d'iscrizione all'ordine (CE0000)
Indirizzo (residenza o domicilio fiscale)
Codice Fiscale
Partita IVA
Recapito telefonico *
E-mail*

\*: Facoltativo

Il consiglio è quindi, se si vuole salvaguardare la propria privacy, di avere **due timbri differenti** da utilizzare per ricette e fatture. Il "timbro fiscale" si può evitare se si utilizzano dei prestampati personalizzati per le fatture, in cui siano già riportate le proprie generalità

Ci sono diverse tipologie e dimensioni per i timbri ma quello più usato è il formato classico(36 x 12 mm).

## CAPITOLO 7.

### PRIMI PASSI PREVIDENZIALI

Tutti i medici dal momento dell'abilitazione all'esercizio per obbligo di legge devono contribuire alla cassa previdenziale ENPAM attraverso la "Quota A". Il pagamento della Quota A varia al variare dell'età anagrafica, può essere dilazionato in rate trimestrali; è prevista anche la possibilità di addebito diretto delle rate direttamente su conto corrente. La contribuzione in Quota A serve a garantire al medico una pensione integrativa a fine carriera che si aggira intorno ai 250 – 350 euro. Ciascun medico poi, nel corso della sua carriera lavorativa, contribuirà anche ad altri fondi previdenziali che sono la Quota B o la Quota Specifica dell'ENPAM rispettivamente se lavoreranno in regime libero professionale o convenzionato (MMG, CA, Specialistica Ambulatoriale); oppure all'INPS qualora venissero inquadrati con contratto di dipendenza in strutture pubbliche o private.

La Commissione Giovani Professionisti dell'OMCEO di Caserta ha selezionato quattro domande da somministrare ai funzionari ENPAM per fornire ai giovani iscritti le principali informazioni in materia di previdenza.

Gli argomenti scelti sono:

1. Cos'è l'ENPAM e quali sono le possibilità/obblighi contributivi?
2. Al netto della Quota A, fino a quanto un medico può fatturare senza contribuire anche alla Quota B?
3. I contributi versati all'INPS nella gestione separata, ovvero durante la formazione specialistica, possono essere recuperati?
4. I medici possono riscattare gli anni di laurea a partire da quando? Secondo ENPAM c'è momento favorevole?

Le risposte a queste domande ci sono state gentilmente fornite da una funzionaria dell'ENPAM attraverso una videocall visibile sul portale [www.omceocaserta.it](http://www.omceocaserta.it) o cliccando sul link: <https://youtu.be/tZbAbuEucGw>

#### **Di seguito la trascrizione cartacea di parte delle risposte:**

La Fondazione Enpam, Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri, è il riferimento per tutti i medici e gli odontoiatri fin dalla loro iscrizione all'Albo professionale: segue il loro iter previdenziale e assistenziale legato all'attività professionale esercitata e, al termine del percorso lavorativo, eroga le pensioni sia agli iscritti sia, eventualmente, ai familiari che ne abbiano diritto.

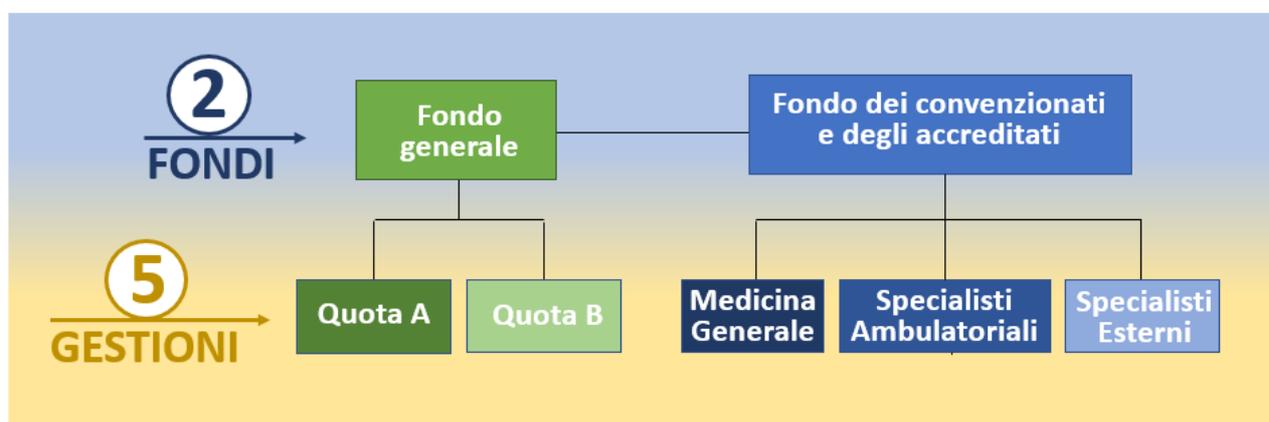
## ISCRIZIONE

Quanto il medico si iscrive all'Ordine dei Medici, verrà automaticamente iscritto all'Enpam.

Possono iscriversi all'Enpam gli **studenti del quinto anno** (in regola o ripetente) e del **sesto anno** (in regola o fuori corso) di Medicina e Odontoiatria.

## I FONDI PREVIDENZIALI DELL'ENPAM

La Fondazione Enpam gestisce due Fondi di previdenza e cinque gestioni:



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

I Fondi di previdenza Enpam sono, per legge, tutti a iscrizione obbligatoria e automatica (articolo 21 del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233). La contribuzione varia in base al diverso tipo di rapporto professionale: libera professione o rapporto di convenzione/accreditamento con il Servizio sanitario nazionale.

### *LA QUOTA A (o quota Fissa)*

Alla **Quota A** sono iscritti tutti i medici e gli odontoiatri iscritti all'Albo professionale a prescindere dal reddito prodotto. Il contributo è determinato in misura fissa e suddiviso per fasce d'età.

I contributi di Quota A si possono pagare in **unica soluzione** oppure in **quattro rate senza interessi**.

Gli importi aggiornati al 2022 sono:

- € 120,04 all'anno per gli **studenti**;
- € 240,08 all'anno **fino a 30 anni** di età;
- € 466,01 all'anno dal compimento dei **30 fino ai 35 anni**;
- € 874,48 all'anno dal compimento dei **35 fino ai 40 anni**;
- € 1615,02 all'anno dal compimento dei **40 anni fino all'età del pensionamento di Quota A**;
- € 874,48 all'anno per gli **iscritti oltre i 40 anni ammessi a contribuzione ridotta** (a questa categoria appartengono solo gli iscritti che hanno presentato la scelta prima del 31 dicembre 1989. Dal 1990 non esiste più la possibilità di chiedere la contribuzione ridotta).

A queste somme va aggiunto anche il **contributo di maternità**, adozione e aborto di 49,93 euro all'anno.

I contributi sono dovuti dal mese successivo all'iscrizione all'Albo fino al mese di compimento dell'età per la pensione.

### *LA QUOTA B (o quota Variabile)*

Il reddito da libera professione è coperto dai contributi previdenziali di Quota A fino a un certo importo.

I **liberi professionisti** che hanno meno di 40 anni e nel 2021 hanno avuto un reddito pari o inferiore a **4.373,03 euro** (al netto delle spese sostenute per produrlo) non pagano i contributi di Quota B 2022 (redditi 2021).

Il limite di reddito sale a **8.076,21** per chi ha più di 40 anni (età a partire dalla quale si paga la Quota A per intero).

Questi importi possono variare se l'iscrizione all'Albo o la cancellazione o infine il pensionamento sono avvenuti in corso d'anno.

Superata questa soglia si deve compilare il modello D e pagare i contributi di Quota B.

Alla **Quota B**, invece, sono iscritti tutti i medici e gli odontoiatri che esercitano la libera professione. Il contributo dovuto è calcolato in misura proporzionale rispetto al reddito libero professionale annualmente prodotto e dichiarato all'Enpam.

I contributi sul reddito da libera professione si possono pagare **in unica soluzione oppure a rate**.

L'importo dei contributi da versare viene calcolato dall'Enpam sulla base di quanto viene dichiarato sul **Modello D** che si compila direttamente nell' Area riservata sul Sito Enpam.it

In base al tipo di attività svolta, prima della compilazione del modello D puoi scegliere l'aliquota con la quale versare i contributi (**intera, dimezzata, ridotta**).

Aliquota Intera (19,5%)	Aliquota Dimezzata (9,75%)	Aliquota Ridotta (2%)
<b>Liberi Professionisti</b> (si intende chi esercita <b>solo</b> la libera professione).	<b>Iscritti al Fondo della medicina accreditata e convenzionata Enpam</b> (Medici dell'assistenza primaria, Specialisti ambulatoriali, Specialisti esterni).  <b>Iscritti Inps</b> , come ad esempio ospedalieri che <b>non</b> hanno percepito redditi da attività <b>intramoenia</b> e <b>specializzandi</b>	<b>Tirocinanti del corso di formazione in Medicina generale.</b>  <b>Ospedalieri</b> che hanno svolto <b>attività intramoenia</b> .

N.B. :

- Il **medico specializzando** e il **consista di medicina generale non pagano la quota B** sulla borsa che percepiscono.
- **Non si paga la quota B** sul compenso della **guardia medica** in quanto viene già trattenuta dall'asl.

### **I contributi versati all'INPS nella gestione separata, ovvero durante la formazione specialistica, possono essere recuperati?**

Ad oggi la ricongiunzione non è prevista dalla gestione separata INPS; tuttavia il professionista che ha versato i contributi all'INPS ha diritto ad una pensione separata ed autonoma (già con un minimo di contributo di 4 settimane) nel momento in cui va in pensione. Esistono altre possibilità, che differiscono a seconda del percorso professionale del medico. Nel caso in cui il medico vada in pensione anticipata, potrebbe attivare gli istituti della "totalizzazione" e del "cumulo"; queste possibilità sono tuttavia possibili solamente quando si è consapevoli del proprio percorso contributivo già in essere.

## **TOTALIZZAZIONE (fonte per approfondimento: <https://www.inps.it/prestazioni-servizi/totalizzazione-dei-contributi>)**

La totalizzazione consente a tutti i lavoratori dipendenti, autonomi e liberi professionisti, che hanno versato contributi in diverse casse, gestioni o fondi previdenziali, di acquisire il diritto a un'unica pensione di vecchiaia, anzianità, inabilità e ai superstiti.

A differenza della ricongiunzione, che è onerosa, la totalizzazione è completamente gratuita.

Per la pensione di vecchiaia e la pensione di anzianità, con effetto dal 1° gennaio 2012, **non** è più richiesta un'**anzianità contributiva minima** presso le gestioni coinvolte nella totalizzazione.

La totalizzazione deve interessare tutte le gestioni nelle quali il lavoratore è stato iscritto e tutti i periodi contributivi versati nella singola gestione. Non è, quindi, possibile la totalizzazione parziale.

### **PENSIONE DI VECCHIAIA IN REGIME DI TOTALIZZAZIONE**

Il diritto alla pensione di vecchiaia in regime di totalizzazione si matura al perfezionamento dei seguenti requisiti:

- raggiungimento di 65 anni di età, sia per gli uomini sia per le donne;
- anzianità contributiva complessiva di almeno 20 anni (1.040 contributi settimanali);
- sussistenza degli ulteriori requisiti, diversi da quelli di età e anzianità contributiva, eventualmente previsti dai singoli ordinamenti per l'accesso alla pensione di vecchiaia (cessazione del rapporto di lavoro, cancellazione dall'albo professionale, ecc.). A decorrere dal 1° gennaio 2013 il requisito anagrafico è adeguato alla speranza di vita.

La totalizzazione è preclusa in caso di trasformazione dell'assegno ordinario di invalidità in pensione di vecchiaia.

### **PENSIONE DI ANZIANITÀ IN REGIME DI TOTALIZZAZIONE**

Il diritto alla pensione di anzianità in regime di totalizzazione si perfeziona con:

- un'anzianità contributiva di almeno 40 anni di contributi (2.080 contributi settimanali);
- sussistenza degli ulteriori requisiti, diversi da quelli di età e anzianità contributiva, eventualmente previsti dai singoli ordinamenti per l'accesso alla pensione di vecchiaia (cessazione del rapporto di lavoro, cancellazione dall'albo professionale, ecc.).
- Il requisito contributivo (40 anni) deve essere raggiunto escludendo i contributi figurativi accreditati per disoccupazione e per malattia.

## **ISTITUTO DEL CUMULO (fonte:**

**<https://www.inps.it/docallegatiNP/InpsComunica/Documents/Cumulo.pdf>)**

**Cumulo di periodi assicurativi Articolo 1 comma 195 e seguenti Legge di Bilancio 2017**

E' la possibilità di cumulare i periodi assicurativi con contribuzione versata in più gestioni previdenziali per conseguire il diritto ad un'unica pensione.

Il cumulo dei periodi assicurativi non comporta il versamento di oneri a carico dell'interessato né il trasferimento di contributi da una gestione all'altra.

Ogni gestione che interviene nel cumulo determina, per la parte di competenza, il trattamento pro-quota in rapporto ai propri periodi di iscrizione, secondo le regole di calcolo previste dal proprio ordinamento.

Il cumulo può essere utilizzato per ottenere la pensione di vecchiaia, di inabilità, indiretta ai superstiti o dal 2017 per ottenere la pensione anticipata.

## **RISCATTO DEGLI ANNI DI LAUREA**

Con i riscatti si possono far valere ai fini della pensione i periodi che non sono coperti da contribuzione. I riscatti garantiscono un aumento dell'anzianità contributiva e un incremento dell'assegno di pensione. La domanda non è vincolante. Una volta ricevuta la proposta da parte degli uffici, l'eventuale accettazione va spedita entro 120 giorni. Trascorso il termine la proposta viene considerata decaduta.

I contributi volontari da riscatto, come quelli ordinari, sono interamente deducibili dalle tasse.

Può chiedere il riscatto il medico iscritto all'Enpam che soddisfa questi **requisiti**:

- non ha compiuto l'età per la pensione al momento in cui presenta la domanda;
- ha maturato un'anzianità contributiva al fondo non inferiore a 10 anni;
- è in regola con il pagamento di altri riscatti in corso;
- non ha fatto domanda di pensione d'inabilità assoluta permanente;
- non ha rinunciato da meno di 2 anni allo stesso riscatto.

### *COSA CI GUADAGNO?*

Il primo vantaggio del riscatto è quello di aumentare l'anzianità contributiva per chi vuole andare in pensione anticipata, accorciando di fatto il percorso verso la pensione. Il secondo non meno importante è legato all'assegno di pensione che aumenterà in modo proporzionale a quanto verrà versato.

Altro aspetto molto vantaggioso di questa operazione è la totale deducibilità dal reddito imponibile – senza limiti né franchigie – dei contributi versati. Un investimento quindi che fa diminuire le tasse. I contributi da riscatto servono infine a coprire quei “buchi” contributivi come il servizio militare o civile non utilizzabili a livello pensionistico.

### *COSA SI PUÒ RISCATTARE*

La funzione del riscatto è in linea di massima di “coprire” dei periodi in cui non si è lavorato. Non è possibile quindi riscattare un periodo già coperto da contribuzione previdenziale, a meno che l’iscritto non abbia scelto di farsi restituire i contributi versati all’Enpam.

Detto questo, si possono riscattare gli anni di studio universitario, quindi la laurea in medicina e odontoiatria, la scuola di specializzazione e il corso di formazione in Medicina generale. Di questi periodi gli anni fuori corso non possono essere inclusi e verranno considerati gli anni standard necessari al conseguimento del titolo. Come detto sopra, anche il servizio militare o civile rientra nei periodi riscattabili.

Una scelta possibile è anche quella di riscattare un periodo intero, per esempio i sei anni di laurea in medicina o odontoiatria, oppure una parte. Sta all’iscritto fare una valutazione in termini di costi-benefici dell’operazione.

### *QUANTO COSTA*

Il costo del riscatto varia ovviamente in base agli anni che si scelgono di coprire e al reddito dell’iscritto che fa domanda. Più in particolare, il costo del riscatto si ottiene moltiplicando l’incremento pensionistico, determinato dal riscatto stesso, per il coefficiente di capitalizzazione che varia in base al sesso, all’età e all’anzianità contributiva.

Per i medici dipendenti è anche possibile chiedere il riscatto all’Inps, che recentemente ha introdotto anche una forma di riscatto agevolato.

### *LA PENSIONE CON ENPAM*

Il diritto per la pensione di vecchiaia si matura quando si raggiunge il requisito dell’età anagrafica (**68 anni** dal 2018).

La pensione Enpam è una prestazione economica che si compone di varie voci:

- una **pensione di base** (Quota A) che spetta a tutti i medici e gli odontoiatri iscritti all’Ordine;
- un’**eventuale quota** che è calcolata sui contributi versati in base alla propria attività professionale (per es. libera professione, medicina generale, specialistica ambulatoriale, specialistica esterna).

La pensione dell’Enpam **può essere cumulata** con le prestazioni previdenziali di altri enti.

### *PENSIONE ANTICIPATA*

È comunque possibile andare in pensione prima del requisito anagrafico di vecchiaia.

Si può andare in pensione prima della vecchiaia se si raggiunge il requisito minimo di età e si hanno **30 anni di anzianità dalla laurea e 35 anni di contribuzione** (effettiva, riscattata o ricongiunta).

Il requisito minimo di età dal 2018 è di **62 anni**.

È invece possibile andare in pensione **a qualsiasi età**, se si hanno **30 anni di anzianità dalla laurea e 42 anni di contribuzione** (effettiva, riscattata, ricongiunta).

## **CAPITOLO 8.**

### **ACCESSO ALLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE**

Il concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione è regolamentato dal decreto legislativo 368/99 che in recepimento delle norme CEE e modificato dal decreto legge 104/13 stabilisce la tipologia, lo svolgimento e i contenuti delle prove di ammissione, i punteggi assegnati alle stesse e la costruzione delle graduatorie.

Ogni anno, sulla base di queste disposizioni, il MUR emana un bando di concorso (previsto entro il 31 Maggio di ciascun anno) per l'accesso alle scuole di specializzazione, stabilendo la valutazione dei titoli, i posti disponibili, i requisiti e i criteri di accesso e calendarizzando la prova concorsuale a partire dal 60esimo giorno dalla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del suddetto bando. Al momento della scrittura il concorso si struttura nel seguente modo:

#### **REQUISITI DI AMMISSIONE**

- È possibile iscriversi al concorso SSM anche agli studenti in procinto di laurearsi, purché si consegua la laurea in entro una scadenza stabilita dal ministero nel bando (nel 2022 tale deadline è stata il 15 Luglio mentre il concorso si è svolto il 26 Luglio)
- Sia in possesso dell'Abilitazione alla professione medica in data anteriore alla presa di servizio (di norma è il 1 novembre)
- Coloro che svolgono il corso di MMG possono partecipare senza dimettersi. Inoltre gli specializzandi iscritti ad una certa specialità, possono concorrere solo per altre specialità diverse da quella a cui sono iscritti.

#### **COME PRESENTARE LA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

La domanda di iscrizione deve essere effettuata sul portale University ([www.university.it](http://www.university.it)) e va completata entro una data specifica indicata nel bando di concorso. Nella domanda vanno indicati dati anagrafici del candidato, il codice fiscale, un recapito telefonico e una mail. Inoltre è necessario indicare eventuali certificati di invalidità o di diagnosi di disturbi specifici dell'apprendimento.

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

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

Per la partecipazione al concorso è necessario versare una tassa di iscrizione di 100 euro entro la data

indicata nel bando e caricare il pdf della ricevuta nella sezione indicata nella procedura informatica. Il versamento va effettuato tramite bonifico bancario (le coordinate sono riportate nel bando di concorso), bollettino postale o direttamente presso uno sportello delle Tesorerie provinciali dello Stato

## VALUTAZIONE TITOLI

Oggi la valutazione dei titoli di studio assume un impatto decisamente inferiore rispetto a qualche anno fa; vengono infatti attribuiti fino a un massimo di 7 punti secondo i seguenti criteri:

voto di laurea: fino a 2 punti

Voto di Laurea	Punteggio
110 e lode	2 punti
110	1,5 punti
Da 108 a 109	1 punto
Da 105 a 107	0,5 punti

Media ponderata complessiva dei voti degli esami sostenuti: fino a 3 punti

Media dei voti degli esami sostenuti	Punteggio
Superiore o uguale a 29,5	3 punti
Superiore o uguale a 29	2,5 punti
Superiore o uguale a 28,5	2 punti
Superiore o uguale a 28	1,5 punti
Superiore o uguale a 27,5	1 punto
Superiore o uguale a 27	0,5 punto

c) Altri titoli per un massimo 2 punti.

- 0,5 punto per la tesi di carattere sperimentale

- 1,5 punti per il titolo di dottore di ricerca in una disciplina di ambito medico-sanitario

Per ottenere i punti bonus del curriculum previsti per la laurea di carattere sperimentale, caricare il file pdf dell'indice e del frontespizio della tesi e la dichiarazione firmata del Relatore (o altri) che attesti che la tesi ha carattere sperimentale (e per il dottorato che ha attinenza nell'ambito medico-sanitario).

C'è da fare un'importante considerazione: i punti carriera NON possono essere attribuiti ai candidati che alla data di svolgimento della prova di concorso si trovino in una delle seguenti condizioni:

- già in possesso di un diploma di scuola di specializzazione universitaria di area sanitaria;

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

## PROVA D'ESAME

La prova consiste in un'unica prova d'esame identica per tutti i candidati (a differenza della precedente modalità che vedeva le domande divise per aree e per scuola di specializzazione), composto da 140 quesiti a risposta multipla (ciascuno dei quali con 5 possibili risposte) in un tempo di 210 minuti. 2. Per lo svolgimento della prova i candidati hanno a disposizione computer, non connessi a Internet, sui quali è possibile operare esclusivamente attraverso un mouse. Viene attribuito un punteggio di +1 per ogni risposta esatta, di 0 per ogni risposta non data e di -0,25 per ogni risposta sbagliata.

## DOVE SI SVOLGE IL TEST?

L'organizzazione delle prove di ammissione viene effettuata dalle Università presenti sul territorio, alle quali il ministero assegna i relativi candidati.

Le informazioni relative allo specifico orario e luogo di presentazione per le procedure di riconoscimento e per lo svolgimento della prova per ognuno di essi vengono indicate sulla pagina personale di University e ciascun candidato è tenuto a presentarsi presso il luogo indicato, nella sede universitaria sede di assegnazione a pena esclusione del concorso. Per sostenere la prova i candidati dovranno esibire, a pena di inammissibilità, del tesserino con codice fiscale rilasciato dall'Agenzia delle entrate o della tessera sanitaria ed idoneo documento di riconoscimento tra:

carta di identità, passaporto, patente di guida, la patente nautica, il libretto di pensione, il patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici, il porto d'armi, le tessere di riconoscimento purché munite di fotografia e di timbro o di altra segnatura equivalente rilasciate da un'amministrazione dello Stato.

## TIPOLOGIA DI CONTRATTI:

Esistono diverse tipologie di finanziamento delle borse di specializzazione:

*Contratto statale:* Sono la maggior parte dei contratti dove il finanziamento è statale e non richiede particolari requisiti per poterlo avere, né vincoli al termine del percorso formativo.

*Contratto regionale:* Quasi tutte le regioni finanziano dei contratti di formazione. I requisiti cambiano

tra le diverse regioni. Quasi sempre richiedono la residenza. Spesso richiedono un vincolo successivo alla formazione. In caso di abbandono qualche regione richiede indietro parte del denaro.

*Altri Enti:* Qualcuno di questi contratti non richiede particolari requisiti per poterlo avere, né vincoli mentre altri richiedono qualche requisito, tipo residenza o qualche tipo di vincolo successivo alla formazione relativo al tempo successivo all'acquisizione del titolo (es. lavorare per 1 anno nella struttura finanziatrice dopo la specializzazione)

*Militari o Forze di Polizia:* Contratto riservato a coloro che fanno parte delle Forze armate.

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

## GRADUATORIA E FASE DI SCELTA

Successivamente all'espletamento della prova d'esame viene stilata una graduatoria unica nazionale che dispone i candidati in ordine decrescente, in base al punteggio ottenuto alla prova sommato al punteggio dei titoli. In caso di parità di punteggio, prevale il candidato che ha ottenuto il maggior punteggio nella prova di esame; in caso di ulteriore parità, il candidato con minore età anagrafica. In caso permangano ancora situazioni di parità prevale il candidato che risulta in possesso della media degli esami più alta, quindi, in caso di ulteriore parità, il candidato che risulta in possesso del voto di laurea più alto.

Successivamente alla pubblicazione dei posti, ogni candidato potrà inserire su University l'opzione a certi posti (finanziati da regioni o altri enti) purché abbia determinati requisiti e vuole avvalersene (ovviamente accetta di sottostare a certi vincoli, qualora ce ne siano). La fase di scelta avviene nel modo più semplice possibile: ognuno sceglierà le singole scuole nell'ordine che desidera e le preferenze per una tipologia di scuola non devono essere necessariamente consecutive. Per esempio:

1. Cardiologia Vanvitelli
2. Dermatologia Sapienza
3. Cardiologia Federico II

In occasione delle assegnazioni, quando arriva il turno del candidato, il sistema controlla la prima scuola scelta: se in quella scuola (es: Cardiologia Vanvitelli) i posti statali sono terminati il sistema passa ai posti regionali o finanziati da altri Enti e controlla, se il candidato ha diritto a parteciparvi e li ha selezionati. In tal caso il posto viene assegnato. Se i posti a cui il candidato ha diritto sono finiti, lo stesso controllo viene effettuato sulla seconda scuola scelta (nel nostro esempio Dermatologia Sapienza). E così via fino a controllare tutte le scelte. È possibile però selezionare i contratti di altri enti con opzioni in modo separato oltre alla possibilità di rinunciare ai contratti riservati (ovviamente solo prima

dell'assegnazione, durante la fase di scelta). Tutto questo determina un accurata selezione delle preferenze da inserire su University.

Una volta pubblicate le assegnazioni il candidato deve inderogabilmente provvedere all'iscrizione alla scuola di specializzazione assegnata a pena di decadenza. Tra i candidati ammessi alle scuole di specializzazione inoltre è vietato lo scambio di sede.

Terminata la fase di immatricolazione gli atenei comunicano al CINECA il risultato delle stesse e, di conseguenza, i posti rimasti disponibili. Qualora siano avanzati dei posti di specialità, perché non selezionati da nessuno oppure sui quali alcuni candidati assegnati non hanno perfezionato l'immatricolazione, prende avvio la Sessione straordinaria di recupero. Tale sessione ha lo scopo di riassegnare i suddetti posti, sempre nel rispetto della posizione coperta dai candidati nella graduatoria e delle specifiche situazioni derivanti dalla copertura di posti mediante contratti aggiuntivi che prevedono il possesso di specifici requisiti.

I suddetti posti in riassegnazione sono, pertanto, rimessi in scelta, a favore di tutti i candidati inseriti nella graduatoria che, nella fase ordinaria delle scelte, non hanno ricevuto nessun'assegnazione, oltre ovviamente ai candidati già immatricolati in una scelta ma che vorrebbero cambiare (attenzione a quest'ultimo caso: se un candidato già immatricolato in seguito all'assegnazione di uno scaglione precedente, viene riassegnato in uno degli scaglioni di recupero, perde automaticamente il posto in cui si era iscritto, che viene reso nuovamente disponibile nello scaglione straordinario successivo, anche in caso di non proceda all'iscrizione del nuovo posto assegnato). Infine, se dopo essere stati assegnati ad una scuola non ci si iscrive, quel posto viene riassegnato. Chi era stato assegnato in quel posto, perde il diritto a selezionarlo nuovamente (es: vengo assegnato a Cardiologia Vanvitelli ma non mi iscrivo: negli scaglioni straordinari non posso più selezionare Cardiologia Vanvitelli).

Ci sono tre situazioni che fanno perdere il diritto di partecipare agli scaglioni straordinari.

- Nella fase di scelta delle scuole non si effettua alcuna scelta
- Si viene assegnati alla scuola che è stata messa come prima scelta (tipo e sede) e non ci si iscrive.
- Coloro che si sono immatricolati ed iniziano a frequentare le attività didattiche

#### INCOMPATIBILITA' ED ATTIVITÀ LAVORATIVE CONSENTITE CONTESTUALMENTE ALL'ISCRIZIONE DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE

L'iscrizione alla scuola di specializzazione è incompatibile con l'iscrizione al corso di formazione in Medicina Generale e a qualsiasi altro corso universitario ad eccezione dei master universitari, novità del 2022 con la legge 33/2022, e dottorato di ricerca ai sensi del DM 45/13.

Le attività consentite durante il corso di specializzazione risultano esclusivamente:

- Il servizio di continuità assistenziale;
- Le sostituzioni del medico di medicina generale;
- Le sostituzioni di pediatri di libera scelta (art. 2 quinquies co.4 D.L. 24 aprile 2020, n. 27)
- Le guardie turistiche;
- Incarichi USCA (articolo 19 sexies- legge n. 176/2020);
- Le attività intramoenia nelle strutture della rete formativa, previa definizione di accordi di convenzione.

## PARTECIPAZIONE AI CONCORSI PER LA DIRIGENZA MEDICA DURANTE LA SPECIALIZZAZIONE

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

Le FAQ:

*Ho un contratto incompatibile con la scuola di specializzazione. Entro quanto devo dimettermi dall’incarico?*

Solo alla presa di servizio non devono sussistere rapporti di lavoro incompatibili.

*Devo stipulare un’assicurazione aggiuntiva per il corso di formazione specialistica?*

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

*Ad uno specializzando sono consentite prestazioni occasionali?*

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

*Da specializzando posso avere la partita IVA?*

Come definitivamente ribadito a seguito dell’interpellanza ministeriale del 12/08/2014 è possibile essere titolari di Partita Iva durante la formazione specialistica per “svolgere tutte le attività rientranti nei compiti del medico previste dall’ACN, ivi comprese il rilascio di certificazioni a titolo gratuito e a pagamento” entro gli incarichi di sostituzione dei medici di Assistenza Primaria (Guardia Medica, Medico di Medicina Generale e Guardia Turistica) oppure attività intramuraria per i titoli già in possesso in accordo con l’azienda. Inoltre, la risoluzione n. 41/E del 15 luglio 2020, chiarisce che per le prestazioni a tempo, i redditi prodotti rientrano tra quelli di lavoro autonomo e, pertanto, è necessaria l’apertura di partita IVA per l’esercizio della professione (non è necessaria se non svolgo attività extra previste da contratto).

## CAPITOLO 9.

### CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

È il corso triennale post lauream non universitario che consente di conseguire il relativo Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale, titolo imprescindibile (per i medici abilitati a partire dal 31 dicembre 1994) per poter essere iscritti nelle graduatorie regionali dell'assistenza territoriale che consente di lavorare stabilmente in convenzione con il S.S.N. in qualità di:

- Medico di Medicina Generale (MMG);
- Medico di Continuità Assistenziale (CA);
- Medico dell'ambito dell'emergenza sanitaria territoriale (118). In questo caso, ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale del 2018 è necessario avere anche il Corso di Idoneità all'esecuzione del servizio di Emergenza (118).

Va subito chiarito che anche chi non è in possesso del diploma può lavorare nell'ambito dell'assistenza territoriale (medicina generale, continuità assistenziale e 118) ma solo in qualità di sostituto, dunque, non stabilmente, senza poter ambire ad un incarico da titolare (contratto a tempo indeterminato): un neolaureato, ad esempio, ha la possibilità di sostituire un medico di medicina generale facendosi conoscere personalmente dallo stesso oppure presentando, una volta l'anno, relativa domanda per comunicare, presso i distretti sanitari, la propria disponibilità ad assumere incarichi di sostituzione nell'ambito dell'assistenza primaria (medicina generale e continuità assistenziale); gli incarichi presso la continuità assistenziale possono essere rappresentati da incarichi di sostituzione o reperibilità (vedi Capitolo Continuità Assistenziale).

Il Diploma del CFSGM ha sia un valore qualitativo che quantitativo: è requisito indispensabile (per un neolaureato dal 1995 ad oggi) per poter essere iscritto in graduatoria regionale di assistenza primaria, fornisce anche un punteggio (7,2 punti) utile ai fini della suddetta graduatoria ma è anche un elemento discriminativo nelle assegnazioni degli incarichi poiché (senza entrare nei dettagli tecnici delle assegnazioni, argomento che esula dagli scopi del presente manuale) il numero di carenze (incarichi di assistenza primaria da assegnare) viene assegnato rispettando un certo rapporto fra gli iscritti in graduatoria regionale che sono in possesso del Diploma del CFSGM e gli iscritti che ne sono privi (i c.d. "equipollenti", medici abilitati prima del 1995). Ovviamente è una proporzione che favorisce i medici in possesso del Diploma del CFSGM.

Tali modalità di accesso alla medicina territoriale in Italia, tuttavia, non rappresentano l'unica ragione per la quale esiste un corso destinato alla formazione in medicina generale, al contrario, la sua origine riconosce motivazioni profonde e dal respiro internazionale; in tutto il mondo alla Medicina Generale viene riconosciuto un ruolo che supera l'inappropriato cliché secondo il quale il medico che si occupa dell'assistenza primaria sia un medico non specialista al quale è sufficiente una formazione "generica" e, infatti, in molti Paesi, a livello mondiale, la Medicina Generale, indicata anche come Medicina di Famiglia, è presente, in seno alle Università, fra le Scuole di specializzazione post lauream;

In Europa, la necessità per il Medico di Medicina Generale (MMG) di possedere una formazione specifica in medicina generale viene sancito in Europa negli anni '80 e nasce dalla presa di coscienza che la formazione di base, fornita dai corsi di laurea in medicina e chirurgia, non fosse più sufficiente a fornire una formazione adeguata ai professionisti che desiderassero svolgere la professione di MMG, stabilendo pertanto la necessità di una formazione specificamente dedicata alla medicina generale.

Da allora tutti gli Stati Membri si sono dotati di un percorso finalizzato a fornire tale formazione, stabilendo i criteri minimi per il riconoscimento della formazione specifica in medicina generale tra gli Stati Membri della Comunità Economica Europea (e successivamente dell'Unione Europea). Tale compito è attualmente svolto in Italia dai Corsi Triennali di Formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG), gestiti dalle Regioni (o Province Autonome), regolati dal D.lgs 17 Agosto 1999, n.368 s.m.i, che recepisce la Direttiva Europea 93/16/CEE e dal Decreto del Ministero della Salute 7 Marzo 2006, recante "Principi fondamentali per la disciplina unitaria in materia di formazione specifica in medicina generale"; è proprio in virtù dell'individuazione di criteri minimi condivisi che, sebbene in Europa l'insegnamento della medicina generale sia piuttosto eterogeneo da un punto di vista organizzativo rappresentando un Corso di Specializzazione (affidato dunque alle università) in alcuni Stati membri o un corso triennale non universitario affidato alle Regioni (come in Italia), il Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale viene riconosciuto in tutta Europa consentendo la libera circolazione dei medici di medicina generale in Europa ed il reciproco riconoscimento dei loro titoli (D. Lgs 17 agosto 1999 n.368 che recepisce la direttiva 93/16CEE).

Per avere un'idea delle competenze che dovrebbe avere il professionista formato dai corsi di formazione specifica in medicina generale rimandiamo alla lettura della "Definizione Europea della Medicina Generale/ Medicina di Famiglia" elaborata del WONCA Europe e ormai ampiamente riconosciuta a livello internazionale per la definizione della disciplina nonché delle competenze costitutive e dei compiti professionali del MMG.

Su proposta dell'Ordine dei Medici-Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Caserta a decorrere dall'edizione 2015 del Concorso per l'accesso al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, la Regione Campania ha adottato i seguenti correttivi per lo svolgimento del suddetto concorso al fine di renderlo quanto più trasparente, meritocratico e per ridurre incognuenze organizzative.

Oggi il concorso viene svolto in un'unica sede centralizzata e la suddivisione dei candidati non avviene più per provincia di residenza bensì con metodo alfabetico randomizzato. Allo stesso modo la correzione degli elaborati avviene in presenza di tre candidati offertisi volontari ad assistere.

L'accesso al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale avviene attraverso una prova selettiva esclusivamente dedicata al Corso di formazione specifica in medicina generale; la prova consiste in un test con 100 domande a risposta multipla e si svolge lo stesso giorno (da quale anno nel mese di Gennaio) ed alla stessa ora in tutta Italia (ad eccezione di Bolzano che, in quanto Provincia Autonoma, si sottrae a questo schema) nelle sedi predisposte dalle singole regioni; il concorso viene bandito dal Ministero della Salute ma l'organizzazione del concorso (e del corso) è affidata alle singole Regioni: ciò significa che ciascun concorrente, potendo partecipare in una qualsiasi Regione d'Italia, deve inoltrare la domanda di partecipazione presso la Regione per i cui posti messi a bando intende concorrere; l'accesso al corso, infatti, è riservato soltanto ad un numero di medici programmato, stabilito, teoricamente, dal Ministero della Salute sulla base dei fabbisogni individuati dalle Regioni ma di consuetudine basati principalmente sul dato storico, cosicché i posti messi a bando sono sostanzialmente numericamente uguali anno per anno; i posti messi a bando il triennio 2021/2024 sono stati 2234 in tutta Italia, in Regione Campania 319 posti con borsa e 21 senza borsa per l'ammissione tramite graduatoria riservata con il c.d. "Decreto Calabria (il numero dei posti messi a bando non è lo stesso in ogni Regione). Purtroppo tanti rinunciano per potersi iscrivere ad una Scuola di Specializzazione indebolendo ulteriormente, in tal modo il rifornimento di nuovi medici delle cure primarie; a tal riguardo è necessario sottolineare che la programmazione si sta rivelando insufficiente a compensare l'esodo dei medici di medicina generale che vanno in pensione, ancor di più se in prende in considerazione la "gobba pensionistica" (pensionamento contemporaneo di una elevatissima percentuale di medici di assistenza primaria) che già oggi sta mettendo in crisi il sistema dell'assistenza primaria poiché sono tante le regioni che ogni anno vedono non assegnate le carenze in medicina generale.

I posti messi a bando per le singole Regioni vengono assegnati, fino ad esaurimento, secondo ordine di graduatoria regionale; la graduatoria regionale definitiva può essere utilizzata anche dopo che siano stati assegnati tutti i posti messi a bando qualora uno di essi si rendesse vacante per rinuncia o decadenza di un medico corsista, attualmente la graduatoria può essere utilizzata fino a massimo 60 giorni dall'inizio

delle attività, secondo una modifica dell'art.9 comma 5 del D.M. 7/3/2006 realizzata dal Ministro Lorenzin prevenendo in tal modo il rischio che un elevatissimo numero di borse andasse perso poiché in quell'anno, per la prima volta, le graduatorie del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale e quelle delle Scuole di Specializzazione decorrevano parallelamente dal punto di vista temporale, pertanto, con lo scorrimento delle graduatorie di specializzazione (al loro esordio con il concorso nazionale) che si sarebbero conclusi solo nel mese di luglio successivo, numerosissimi corsisti di medicina generale avrebbero potuto lasciare il corso senza essere rimpiazzati; siconcorre per i posti disponibili in una certa regione insieme a tutti gli altri concorrenti che hanno presentato domanda (e sostengono la prova selettiva) nella stessa regione: ottenere un punteggio che nella Regione in cui si è svolto il test non ha consentito di ottenere l'assegnazione della borsa ma che in un'altra Regione avrebbe consentito di figurare fra i vincitori non ha alcuna valenza (nonostante qualche recente tentativo di qualche studio legale di ottenere risultati in tale direzione): esistono tante graduatorie quante sono le Regioni che organizzano il concorso e ciascuna di esse deve pubblicare sul proprio bollettino regionale il bando relativo al concorso; quando tutte e venti le Regioni italiane hanno pubblicato tale bando sul proprio Bollettino Ufficiale (BURC in Campania), è possibile la pubblicazione del bando di concorso in Gazzetta Ufficiale (nazionale), a partire dalla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale (G.U.) iniziano a decorrere i trenta giorni di tempo utili per presentare le domande di partecipazione al concorso. La pubblicazione dei bandi regionali avviene generalmente fra i mesi di settembre ed ottobre, dunque, nel mese di novembre avviene (stando alla consuetudine degli ultimi anni) la pubblicazione del bando in G.U.; concluso il termine per la presentazione delle domande, vengono pubblicati gli elenchi con i nominativi di coloro i quali, essendo in possesso dei requisiti specificati dal bando regionale, sono ammessi a sostenere la prova selettiva che si espleta, sempre secondo la consuetudine affermata negli anni, nel mese di Gennaio (dell'anno successivo alla pubblicazione del bando); i requisiti necessari per essere ammessi alla prova selettiva, le modalità del concorso, la sede e la data del concorso insieme a tutte le informazioni relative alla procedura selettiva sono indicati dal bando regionale (che viene pubblicato da marzo a maggio a seconda della regione) e dal bando pubblicato in G.U. Il concorso consiste nella somministrazione di 100 domande a risposta multipla, ripartite fra tutte le materie di insegnamento del corso di laurea in medicina e chirurgia. Diversamente dall'accesso alle scuole di specializzazioni, il curriculum non viene valutato. Dal 2022 è abolito il raggiungimento di un punteggio pari o superiore a 60 punti per essere dichiarati "idonei". Per ogni borsa di studio vengono stanziati circa 16732 € dei quali circa un quarto viene impiegato per le spese di organizzazione (circa 4142 €, i corsisti non pagano tasse per la frequenza al Corso) e il resto va a costituire le borse di studio dei corsisti, pari a 12589 €. La borsa di studio dei corsisti di medicina generale, diversamente da altre borse di studio, come quelle di specializzazione, è soggetta a ritenuta Irpef, pertanto, al netto la borsa ammonta a 11602,80 € annui. Il compenso ricevuto dai corsisti concorre, inoltre, a determinare il reddito da dichiarare al fine della determinazione del contributo da versare per il fondo di Previdenza Generale - Quota B. A tal proposito i corsisti possono avvalersi, su richiesta, della contribuzione ridotta al 2%.

A differenza dei medici in formazione specialistica, i corsisti di medicina generale devono provvedere con spese a proprio carico alla copertura assicurativa necessaria all'assolvimento del corso. Anche in questo caso i massimali richiesti variano da Regione a Regione. In teoria il corsista potrebbe avvalersi della possibilità di far stipulare la polizza direttamente alla Regione, con la detrazione dei relativi premi sulla sua borsa.

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 prevede l'effettuazione di un totale di almeno 4800 ore di formazione da svolgersi nell'arco di 36 mesi, ha inizio entro il mese di novembre e si conclude entro il mese di novembre del triennio successivo con un esame finale entro la fine dell'anno solare;

la prova finale che consiste nella discussione di una tesi può essere sostenuta per un massimo di due volte, nel caso il candidato non superi neppure la seconda prova è escluso dal corso ma può partecipare a future selezioni per l'accesso al corso (art. 16 comma 4 D.M. Salute 7 marzo 2006).

La didattica è organizzata in attività teorico-seminariali e di tirocinio pratico. L'organizzazione delle attività di tirocinio pratico è affidata completamente alle Asl di appartenenza (in Regione Campania sono 7: Asl Na1, Na2, Na3, Av, Bn, Ce, Salerno), mentre, le attività teoriche sono ripartite fra Asl di assegnazione, ognuna provvede ad organizzare le proprie attività seminariali predisponendo sedi opportune, e la Regione Campania, dove si svolgono presso il Centro Direzionale (ex sede Arsan, attualmente ospitante la Soresa).

L'attività pratica consiste in 3 moduli: Medicina Clinica (18 mesi), Medicina Territoriale (Distrettuale - 6 mesi), Medicina Territoriale Clinica (12 mesi presso lo studio di MMG del proprio Tutor MMG scelto da apposito elenco regionale); è opportuno ribadire che esiste, nel rispetto di criteri minimi condivisi, una discreta autonomia organizzativa e gestionale del Corso sia a livello interregionale che intraregionale fra le diverse Asl. Il programma formativo, dove presente, varia da Regione a Regione, mancando ancora oggi un core curriculum per il CFSGM, col risultato di un'ampia variabilità nell'offerta formativa. Per quanto riguarda le attività di tirocinio pratico, viene rispettato ovunque il seguente schema generale:

#### PRIMO ANNO

- 6 mesi di Medicina Clinica e di Laboratorio
- 3 mesi presso un reparto di Medicina d'Urgenza / Pronto Soccorso
- 3 mesi presso un reparto di Chirurgia

#### SECONDO ANNO

- 4 mesi presso un reparto di Pediatria
- 2 mesi presso un reparto di Ginecologia

- 6 mesi presso strutture distrettuali (Unità Operativa di Assistenza di Base, U.O. Assistenza anziani, Ser.T., Dipartimento Salute Mentale-DSM, U.O. Medicina Legale, U.O. Materno-Infantile, Prevenzione Collettiva)

### TERZO ANNO

- 12 mesi presso uno studio di Medicina Generale affidati ad un Tutor che è un Medico di Medicina Generale inserito negli elenchi regionali dei Tutor del CFSMG.

Al termine di ciascun periodo, i direttori dei vari reparti sono tenuti ad elaborare 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.

L'art. 24 comma 3 del D. Lgs. 368/99, come modificato dal D. Lgs. 277/03, prevede che "la formazione a tempo pieno implica la partecipazione alla totalità delle attività mediche del servizio nel quale si effettua la formazione, comprese le guardie, in modo che il medico in formazione dedichi a tale formazione pratica e teorica tutta la sua attività professionale per l'intera durata della normale settimana lavorativa e per tutta la durata dell'anno".

La frequenza del CFSMG è, dunque, a tempo pieno e ciò rende incompatibile lo svolgimento di altre attività professionali, con l'eccezione di quelle poste in deroga dalla L. 448/2001, che stabilisce "le attività compatibili" tanto per i medici corsisti che per i medici specializzandi. Pertanto, ai corsisti è permesso, così come per gli specializzandi, "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 carenza di disponibilità di medici già iscritti negli elenchi della guardia medica notturna e festiva e della guardia medica turistica". Si precisa che in tale previsione è compresa anche l'attività presso le strutture penitenziarie.

Ancora due annotazioni di carattere tecnico, è consentita una assenza dalle attività del corso non superiore a 30 giorni per ogni annualità di formazione, in caso di maternità la normativa di riferimento è rappresentata dal D. Lgs. N.151 del 26 marzo 2001, Testounico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'art. 15 della legge 8 marzo 2000, n.53" e successive modificazioni: il medico in gravidanza deve obbligatoriamente usufruire del congedo di maternità per i periodi di seguito indicati:

- durante i due mesi precedenti la data presunta del parto;
- ove il parto avvenga oltre tale data, per il periodo intercorrente tra la data presunta e la data effettiva del parto;

- durante i tre mesi dopo il parto;
- durante gli ulteriori giorni non goduti prima del parto, qualora il parto avvenga in data anticipata rispetto a quella presunta. Tali giorni sono aggiunti al periodo di congedo di maternità (astensione obbligatoria) dopo il parto;
- è facoltà del singolo medico astenersi dal lavoro a partire dal mese precedente la data presunta del parto e nei quattro mesi successivi al parto, a condizione che tale opzione non arrechi pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro;
- qualora il medico presenti minaccia di aborto e/o gravidanza a rischio, deve obbligatoriamente sospendere la frequenza al corso per il tempo necessario. In tal caso avrà diritto ad entrare in maternità anticipata ed il congedo di maternità (astensione obbligatoria) decorrerà necessariamente nel modo seguente: due mesi precedenti la data presunta del parto e tre mesi dopo il parto.

Un ultimo chiarimento: non è richiesto il Diploma del CFSMG ai laureati in medicina e chirurgia prima del 1 Gennaio 1995, data fissata inizialmente dalla Comunità Economica Europea come limite temporale per l'applicazione della prima Direttiva Europea in tema di formazione specifica in medicina generale. Tutti i laureati in medicina e chirurgia prima del 1 gennaio 1995 beneficiano di tale diritto acquisito benchè inizialmente concesso solo a chi, oltre ad essere laureato prima del 1 Gennaio 1995, esercitasse anche di fatto l'attività di Medico di Medicina Generale. Sempre per il principio di tutela dei diritti acquisiti, al corso possono accedere, senza sostenere alcun concorso, medici iscritti alla facoltà di medicina e chirurgia prima del 31 Dicembre 1991, anno in cui fu recepita la prima Direttiva Europea in tema di formazione specifica in medicina generale. A tali studenti viene così riconosciuto il diritto di portare a termine il percorso di studi che permette loro di accedere all'esercizio di Medico di Medicina Generale, rappresentato al momento della loro iscrizione all'Università dal solo corso di laurea e successivamente dal corso di laurea più dal percorso di formazione specifica in medicina generale. Tale possibilità, inizialmente funzionale a tutelare gli studenti a cui veniva di fatto, in corso d'opera, imposto un successivo percorso formativo, ad oggi non avrebbe più motivo d'essere, costituendo ormai solo uno dei tanti esempi di diritto acquisito espressione della cultura gerontocratica del nostro Paese. Va chiarito che tale possibilità è concessa, secondo regolamento, ad un numero limitato di medici con tali requisiti e che tale numero è proporzionato al numero di borse messe a bando (vengono concessi il 10% di accessi in soprannumero al Corso, i soprannumerari non percepiscono il compenso economico relativo al corso, dunque, possono svolgere attività lavorativa se la stessa non ostacola la partecipazione a tutte le attività del Corso).

#### MEDICI MILITARI

il DL n. 228 del 30/12/2021, convertito con modificazioni nella Legge 25 febbraio 2022 nr. 15, che – all'art. 23 - stabilisce quanto segue: “All'articolo 19, comma 5 -bis, del decreto-legge 16 luglio 2020, n.

76, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 settembre 2020, n. 120, relativo alle modalità di conseguimento del titolo di formazione specifica in medicina generale da parte dei medici della Polizia di Stato, del Corpo nazionale dei vigili del fuoco e degli ufficiali medici delle Forze armate e del Corpo della guardia di finanza, dopo le parole «quattro anni di anzianità di servizio,» sono inserite le seguenti: «sono ammessi a domanda, fuori contingente e senza borsa di studio, ai corsi di formazione specifica in medicina generale. Le ore di attività svolte dai suddetti medici in favore delle amministrazioni di appartenenza sono considerate a tutti gli effetti quali attività pratiche, da computare nel monte ore complessivo, previsto dall'articolo 26, comma 1, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368. Le amministrazioni di appartenenza certificano l'attività di servizio prestata dai medici in formazione presso le strutture dalle stesse individuate e ne validano i contenuti ai fini del richiamato articolo 26, fermo restando l'obbligo di frequenza dell'attività didattica di natura teorica ...»;

#### IL DECRETO CALABRIA

Al fine di rafforzare la medicina di territorio, all'interno della quale i medici di medicina generale costituiscono il pilastro fondamentale, il D.L. n. 35 del 2019, convertito dalla Legge n. 60 del 2019 (Decreto Calabria) prevede all'art. 12 co. 3 la possibilità di creare una graduatoria riservata per determinate categorie di medici al fine di consentire loro l'attività formativa senza borsa di studio. Pertanto, i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale e già risultati idonei ad un concorso precedente per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale e che siano stati incaricati, per almeno 24 mesi anche non continuativi negli ultimi 10 anni, nell'ambito delle funzioni convenzionali previste dall'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, accedono al corso di formazione specifica in medicina generale tramite graduatoria riservata e senza borsa di studio. Ai corsisti MMG (Decreto Calabria) è reso possibile svolgere la libera professione durante il corso di formazione in Medicina generale dato che non percepiscono alcuna borsa di studio. Le regioni inoltre garantiscono che i medici di cui al presente comma, in fase di assegnazione degli incarichi, siano interpellati in subordine ai medici già iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale.

#### DL CALABRIA: NOVITÀ PER CORSISTI MMG

Nel Dl Semplificazioni del Dicembre 2021 vi è una norma che prevede come gli iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, potranno partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali. La loro l'assegnazione viene in ogni caso subordinata rispetto a quella dei medici in possesso del relativo diploma e agli altri medici aventi, a qualsiasi titolo, diritto all'inserimento nella graduatoria regionale (es. equipollenti).

Tale possibilità prevede che:

- Gli iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale possono partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali, limitatamente agli incarichi pubblicati dalla Regione presso la quale

stanno frequentando il corso di formazione, senza iscrizione alla graduatoria regionale di cui all'articolo 2 dell'ACN 21.06.2018

- qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione uno o più ambiti territoriali di assistenza primaria od incarichi di continuità assistenziale ed emergenza sanitaria territoriale rimangano vacanti, la Regione, interpella i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale della Regione presso la quale stanno frequentando il corso che, secondo quanto previsto dal punto precedente, hanno presentato domanda.

I medici di cui al punto precedente sono interpellati nel seguente ordine:

- medici frequentanti la terza annualità di frequenza del corso
- medici frequentanti la seconda annualità di frequenza del corso
- medici frequentanti la prima annualità di frequenza del corso

i medici sono ordinati in base ai seguenti criteri: minore età al conseguimento del diploma di laurea; voto di laurea; anzianità di laurea, con priorità di interpello per i medici residenti - alla data di pubblicazione delle carenze - nell'ambito carente per gli incarichi di assistenza primaria o nel territorio aziendale per gli incarichi di continuità assistenziale ed emergenza sanitaria territoriale.

Al fine di non pregiudicare la didattica I corsisti di Medicina Generale possono partecipare all'assegnazione d'incarichi con le seguenti limitazioni:

**a) assistenza primaria:** fino a 500 scelte con possibilità per le singole Regioni di incrementare tale limite fino ad un massimo del 30%;

**b) continuità assistenziale:** convenzionamento di continuità assistenziale a 24 ore settimanali;

**c) emergenza sanitaria territoriale:** sospensione parziale dell'attività convenzionale pari a 14 ore settimanali.

#### POSSIBILITÀ LAVORATIVE

Iscrizione alla Graduatoria aziendale: Dopo quindici giorni dalla pubblicazione della graduatoria regionale definitiva le Aziende, pubblicano sul loro sito i bandi al fine di creare le graduatorie di disponibilità aziendale. Da tali graduatorie le Aziende attingono per l'assegnazione degli incarichi provvisori a tempo determinato o di sostituzione di CA o AP (trimestralità di guardia medica, turni volanti oppure sostituzioni di assistenza primaria se la sostituzione è di durata superiore a un mese).

Tale pubblicazione avviene (in assenza di specifiche diverse in sede di Accordo Integrativo Regionale)

entro il 15 Dicembre (poiché la Graduatoria Regionale Definitiva viene generalmente pubblicata entro il 30 Novembre).

Secondo ACN 2018 possono partecipare alle graduatorie di disponibilità aziendale e quindi all'assegnazione degli incarichi provvisori a tempo determinato le seguenti figure professionali in ordine di priorità:

- medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
- medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale.

Una volta inseriti nelle graduatorie di disponibilità aziendale (che possono essere talora uniche, talora multiple a seconda della Regione) si è papabili per l'assegnazione di incarichi provvisori a tempo determinato o di sostituzione.

**Graduatoria Regionale:** La Graduatoria Regionale è la graduatoria attraverso la quale si può accedere agli incarichi a tempo indeterminato di C.A. (la cosiddetta "titolarità di guardia medica") e di AP (ovvero l'agognata "convenzione di assistenza primaria"). Secondo ACN 2018, al fine di essere iscritti alla graduatoria regionale occorre essere in possesso dei seguenti requisiti:

- cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente all'UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;
- iscrizione all'Albo professionale;
- titolo di formazione in medicina generale, o titolo equipollente, come previsto dal D.lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche e integrazioni.

Possono altresì presentare domanda di inserimento in graduatoria regionale i medici che nell'anno acquisiranno il titolo di formazione, a patto che il titolo venga conseguito entro il 15 settembre. La presentazione della domanda deve avvenire entro il 31 Gennaio secondo le norme previste dall'Assessorato alla Sanità della Regione nella quale si vuole concorrere.

La graduatoria provvisoria, secondo l'ACN vigente, dovrebbe essere resa pubblica entro il 15 Settembre dello stesso anno, data a partire dalla quale è possibile presentare domanda di riesame della propria posizione nel caso venissero riscontrate anomalie. La domanda di riesame può essere presentata entro quindici giorni dalla data di pubblicazione della graduatoria provvisoria.

Entro il 30 Novembre quindi le Regioni provvedono alla pubblicazione della graduatoria definitiva. Come precedentemente specificato per le graduatorie di disponibilità aziendale la realtà italiana conosce molte differenze di efficienza burocratica che fanno sì che queste date siano più o meno flessibili a seconda di dove si vive. La graduatoria regionale è valida solo per l'anno in corso ed è utile ad accedere agli incarichi a tempo indeterminato di CA o AP.

Al calcolo del punteggio concorrono titoli di servizio e titoli accademici e di studio.

In base all'Art. 3 dell'ACN 2018 che aggiorna l'articolo 16 dell'ACN 2009, ognuno di questi titoli dà un punteggio. Per approfondimenti rimandiamo alla consultazione dello stesso ACN.

#### Aree carenti

Ogni anno, secondo l'ACN, le Regioni calcolano, sulla base del rapporto ottimale e dei pensionamenti, quanti medici di medicina generale sono necessari a livello regionale e, entro la fine di marzo, pubblicano sul bollettino ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali vacanti sia per l'assistenza primaria che per la continuità assistenziale. Questi ambiti territoriali vacanti comunemente denominati "ambiti carenti" sono le zone territoriali nelle quali sarà possibile assumere un incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria o continuità assistenziale.

Una volta che la Regione ha pubblicato gli ambiti carenti gli aspiranti hanno venti giorni per presentare la domanda dal momento dell'uscita del bando. Possono partecipare al bando:

- Per trasferimento medici che abbiano già un incarico a tempo indeterminato nell'ambito della stessa regione (ma solo dopo un certo tempo dall'assunzione del precedente incarico, questo tempo è di tre anni per l'assistenza primaria e due anni per la continuità assistenziale. Inoltre, è possibile concorrere per trasferimento solo fino ad un terzo dei posti previsti dal bando per le aree carenti di AP e metà di CA)
- Medici iscritti alla graduatoria regionale;
- Medici che abbiano acquisito il diploma del CFSMG dopo il gennaio dell'anno per cui desiderino concorrere (data di scadenza della domanda per l'inserimento in GR) ma entro il 15 settembre ed abbiano fatto richiesta di inserimento in graduatoria regionale con autocertificazione del possesso del titolo.

I medici di cui al punto A sono graduati in ordine di anzianità di incarico a tempo indeterminato.

I medici di cui al punto B sono graduati con i seguenti punteggi secondo quanto riportato in ACN 2018:

- punteggio riportato nella graduatoria regionale;
- punti 5 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
- punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

I medici di cui al punto C sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea. In caso di pari posizione in graduatoria i medici di cui alle lettere A e B sono graduati nell'ordine della minore età anagrafica, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea. La Regione interpella prima i medici di cui alla lettera A e, successivamente, i medici di cui alla lettera B sulla base delle percentuali di riserva (leggi dopo) ed infine i medici di cui alla lettera C con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, nell'Azienda, in seguito nella

Regione e da ultimo fuori Regione. Per l'assegnazione degli incarichi di cui alla lettera B le Regioni riservano una percentuale, calcolata sul numero complessivo di incarichi a livello regionale:

- 80% a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;
- 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale.

## CAPITOLO 10.

### ASSICURAZIONE PROFESSIONALE

#### Cosa sapere sull'assicurazione professionale?

La polizza assicurativa a copertura dei rischi professionali è un tipo di contratto stipulato tra una Compagnia di assicurazioni e un professionista.

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

Infatti il professionista come il Medico potrebbe commettere un errore nell'esercizio della professione verso il Paziente.

L'errore professionale dal quale deriva la colpa, deve essere caratterizzato da negligenza, imprudenza e imperizia.

Sono proprio questi tre attributi che caratterizzano la colpa (che potrebbe essere lieve o grave) che genera la responsabilità civile professionale.

Tale errore produce un danno economicamente quantificabile al Paziente.

Quest'ultimo, quindi, invita il Professionista a risarcire un determinato presunto danno ed a questo punto interviene la garanzia della polizza.

Gli Assicuratori si sostituiscono al Professionista nel risarcimento del danno da pagare.

5 nozioni da sapere sull'assicurazione rc professionale

- **Massimale:** Corrisponde al **massimo esborso** che l'Assicuratore si impegna a pagare in caso di sinistro . Consigliamo un massimale di almeno di un milione di euro.
- **Retroattività:** E' una delle clausole fondamentali in una polizza rc professionale. Permette di coprire le prestazioni poste in essere dal professionista negli **anni precedenti** alla stipula della copertura assicurativa. La retroattività copre tutti i fatti pregressi della professione salvo quelli per i quali è già stato aperto un sinistro oppure ci siano circostanze "in odore" di sinistro (cd. "circostanza nota").
- **Postuma:** Tale garanzia copre richieste di risarcimento **successive alla scadenza** della copertura non rinnovata dall'assicurato. Generalmente viene concessa solo per cessazione definitiva dell'attività come per il pensionamento o chiusura di partita iva.
- **Questionario / Modulo di Proposta:** E' il questionario da compilare a cura del Contraente che viene richiesto dalla Compagnia prima dell'emissione della polizza. Tale documento riveste

una **fondamentale importanza**. Eventuali informazioni non corrette presenti nel questionario potrebbero invalidare il diritto di risarcimento del danno.

- **Franchigie e scoperti:** La Franchigia è l'importo fisso che resta a carico dell'Assicurato in caso di sinistro. Lo Scoperto è l'importo in percentuale che resta a carico in caso di sinistro.

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

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

#### **“Richiesta di Risarcimento”: Cosa si intende nello specifico?**

E' quella che, per prima, tra le seguenti circostanze venga a conoscenza dell'Assicurato:

- La comunicazione scritta con cui il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per errore professionale.
- La citazione in giudizio o la chiamata in causa notificata.
- L'azione giudiziaria promossa in qualsiasi forma contro l'Assicurato (anche ai sensi degli artt. 696 e 696 bis C.P.C.) relativamente alla responsabilità civile.
- La notifica effettuata all'Assicurato di un atto di costituzione di “Parte Civile” da parte di un terzo in un procedimento penale.
- La ricezione da parte dell'Assicurato di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D. Lgs. 28/2010.
- Qualsiasi atto giudiziario, compresi avvisi di garanzia atti e/o comunicazioni della magistratura penale o degli organi di polizia giudiziaria notificati all'Assicurato.
- Comunicazioni dalla Struttura Sanitaria presso cui il Medico presta la propria attività ai sensi dell'Art. 13 Legge N. 24/2017 (Legge Gelli).
- La citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato da parte della Struttura Sanitaria e/o della Compagnia di Assicurazioni con l'imputazione di Colpa Grave.\*

*\*Tale elenco è stato reperito da un testo di polizza di primaria compagnia di assicurazione*

Gli esiti del sinistro sono:

- Condanna del sanitario con sentenza.
- Chiusura del sinistro senza seguito.
- Accordo transattivo.
- Mancata condanna del sanitario con sentenza.

La Compagnia di assicurazione che ha assicurato la responsabilità del sanitario coprirà le spese sostenute per il pagamento del danno.

Avere una polizza a copertura dei rischi professionali pertanto evita enormi disagi per un assicurato condannato a pagare un danno. Così che il patrimonio personale non venga intaccato a causa di un errore professionale.

### **Legge Gelli: cambia la responsabilità sanitaria**

- Delimita la responsabilità sanitaria alla sola colpa grave per i sanitari che lavorano nelle strutture pubbliche e private. Il rapporto Medico-Paziente dovrà essere **extra-contrattuale**.
- Coinvolge in prima battuta le strutture sanitarie in caso di responsabilità medica.
- Obbliga tutto il comparto (dipendente e non) a stipulare una polizza rc professionale.
- **Le linee guida e le buone pratiche** diventano elemento essenziale per la valutazione della responsabilità.
- **Azione diretta verso** gli Assicuratori della struttura ospedaliera e/o dei sanitari.

Fino al periodo *ante Legge Gelli* (aprile 2017) il medico

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

Oggi con la legge Gelli si guarda al rapporto Medico- Paziente se è contrattuale od extracontrattuale a prescindere dall'inquadramento.

*Quindi il medico:*

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

Responsabilità contrattuale ed extracontrattuale

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

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

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

Il medico risponde solo per colpa grave se ha un rapporto extracontrattuale col paziente. Se il rapporto è contrattuale risponderà per colpa lieve e/o colpa grave. Pertanto è importante stabilire il tipo di rapporto tra medico e paziente al fine di consentire l'applicabilità di diversi regimi di responsabilità. Qualora il medico svolga la sua attività nel suo studio privato, come un dermatologo il rapporto sarà sempre contrattuale. In tali casi la prescrizione sarà di 10 anni, onere della prova a carico del medico, la responsabilità sarà completa (per colpa lieve e grave).

### **Le linee guida e la responsabilità penale**

Le linee guida e le buone pratiche clinico-assistenziali con la legge Gelli hanno un valore preciso. Infatti l'art. 6 della legge esclude la punibilità penale qualora il danno professionale sia stato causato da un comportamento aderente alle linee guida. L'osservanza delle linee guida quindi da un lato esclude la responsabilità penale, ma non esclude una eventuale responsabilità civile.

### ***Esempi di sinistri sulla polizza rc professionale:***

I sinistri sulle assicurazioni professionali dei medici riguardano una condotta erronea (colposa) del medico oppure una condotta omissiva. Di seguito sono riportati alcuni esempi tipo di sinistri:

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

### **Atti invasivi diagnostici e terapeutici**

Quando viene stipulata una polizza professionale agli Assicuratori interessa se sono effettuate manovre e procedure invasive, diagnostiche e terapeutiche. Tali attività andranno necessariamente indicate nel questionario – modulo di proposta. Alcune Compagnie all'interno del Glossario (contenuto nel set informativo) danno una definizione di atto invasivo. Altre invece non riportano nulla rinviando a

quanto è stabilito nell'arte e nella prassi medica. Se vengono effettuate procedure invasive e ne è richiesta la copertura è evidente che il premio subisce variazioni in aumento.

Vediamo una definizione tipo di atti invasivi

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

### **Interventi chirurgici e piccoli interventi ambulatoriali**

Inoltre è richiesto, sempre nel questionario assuntivo – modulo di proposta, se un assicurato effettui interventi chirurgici. E' da premettere che di default le polizze professionali per il medico, a prescindere dalla specialità e dall'inclusione o meno degli atti invasivi, coprono di norma i piccoli interventi di chirurgia ambulatoriale o domiciliare senza accesso a sala operatoria o ad anestesia totale o spinale.

Gli Assicuratori intendono per interventi chirurgici quelli effettuati in sala operatoria. Per le corrette definizioni rimandiamo alle singole condizioni di polizza.

Ecco una definizione di interventi chirurgici

“Atti praticati in sala operatoria con anestesia totale o parziale”

### **La retroattività**

Le assicurazioni medici prevedono la garanzia della retroattività. Sono coperti gli errori professionali posti in essere nel passato se hanno generato una richiesta di risarcimento dopo la stipula della polizza. Il meccanismo della retroattività è tipico delle polizze in regime “Claims Made“. Tale regime copre i reclami fatti per la prima volta durante il periodo di assicurazione qualora vengano generati da prestazioni professionali svolte dall' assicurato nel passato proprio durante il periodo di retroattività. Pertanto se la polizza ha 5 anni di retroattività, col regime claims made sono coperte le prestazioni professionali svolte nei 5 anni precedenti alla stipula della polizza.

#### ***Esempio: retroattività con regime claims made:***

Viene stipulata un' assicurazione medico libero professionista ad aprile 2022. La polizza ha 5 anni di retroattività.

L'assicurato a luglio 2022 riceve una richiesta di risarcimento per errore relativo ad un intervento chirurgico effettuato nel 2019. La polizza professionale prenderà in carico il sinistro in quanto la prestazione è stata svolta entro i 5 anni precedenti alla stipula della polizza. E' condizione che alla data della ricezione del sinistro il sanitario assicurato non era a conoscenza di alcun fatto che potesse fargli presupporre un addebito di responsabilità.

### *Retroattività limitata o illimitata?*

Ci sono Assicuratori che di default concedono una retroattività illimitata come l'Assicuratrice Milanese spa. Altri Assicuratori come Am Trust Assicurazioni spa o Lloyd's chiedono un premio aggiuntivo per ogni anno di retroattività richiesto. Occorre acquistare la copertura retroattiva pari al numero di anni di precedente attività professionale svolta per non avere vuoti di copertura.

### *La retroattività e la postuma nella legge Gelli*

La legge Gelli, legge 24/2017, all'art. 11, fissa una retroattività minima di n.10 anni ed una postuma di altrettanti n.10 anni per cessazione definitiva dell'attività professionale. Inoltre tale postuma dovrà riguardare non solo i sinistri relativi agli nei quali è stata in essere la polizza ma anche i fatti professionali accaduti nel periodo di retroattività. Inoltre la postuma (o ultrattività come chiamata dalla legge Gelli) non potrà essere soggetta a disdetta e potranno beneficiare della stessa anche gli eredi del medico defunto.

### *I fatti già noti possono essere coperti?*

La retroattività copre tutte le attività svolte in passato da un assicurato sempre se non abbiano originato già reclami in genere. Se una prestazione professionale, invece, abbia già originato una lamentela come contestazione scritta, o proprio una richiesta di risarcimento, oppure un avviso di garanzia, allora questa verrà esclusa dalla copertura assicurativa. Tale assunto può sembrare ovvio ma quotidianamente ci troviamo a spiegare ciò ai nostri assicurati in quanto c'è qualcuno che vorrebbe coprire fatti già noti o sinistri già in corso con la retroattività della polizza.

### **La tutela legale**

Le polizze di responsabilità civile professionale coprono anche la tutela legale fino ad un quarto del massimale della copertura rc ed anche in eccedenza ad esso. Tale copertura deriva dall'articolo 1917 del codice civile che dispone che le spese per resistere all'azione del danneggiato contro un assicurato sono di competenza della Compagnia di assicurazioni fino a 1/4 del massimale. I testi di polizza RC riportano questo inciso relativo alla tutela legale: "fino a quando la Compagnia ne ha interesse". Ciò vuol dire che questa copertura delle spese legali è particolarmente limitata.

#### *Tutela legale con polizza ad hoc*

Questo tipo di tutela legale appena descritto dà una copertura parziale. Gli Assicuratori intervengono solo se e fino a quando ne avranno interesse. In particolare nel penale tale tutela legale troverà una difficile operatività. Il Medico che si presenta al Pubblico Ministero dopo aver ricevuto l'avviso di garanzia dovrà essere accompagnato da un avvocato ed un perito nominati e pagati da lui.

Per una polizza di tutela legale che permette di scegliere liberamente l'avvocato e il perito di fiducia esistono specifiche polizze di copertura di spese legali.

## CAPITOLO 11.

### CENNI DI FISCALITÀ IN REGIME LIBERO-PROFESSIONALE

Per i neo iscritti all'ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri, si fa presente che, solose decisi allo svolgimento di attività professionale, sono tenuti all'apertura della PartitaIva, con apposito modello presentato direttamente all'Agenzia delle Entrate oppure tramite un Intermediario Abilitato. Una volta effettuato quest'adempimento,

per ogni prestazione sanitaria effettuata il medico è obbligato al rilascio di apposita Ricevuta Sanitaria (Fattura) nella quale vadescritta la prestazione effettuata ed il relativoimporto. Il modulo può essere acquistato nellecartolerie specializzate o può essere costruitograficamente con Excel o Word. Se la prestazione sanitaria è effettuata nei confronti di un privato essa viene inserita per intero, senza alcuna riduzione per ritenuta. Se, invece, la prestazione è effettuata nei confronti di un altro soggetto titolare di PartitaIva, dall'importo della prestazione deve essere detratta la Ritenuta d'Acconto del 20%.

The image shows a form titled "RICEVUTA n." for recording medical services. At the top, there are fields for "SIMPRESA DONAZIONE COCCHE FISCALI RITENUTA" and "RICEVUTA n.". Below this is a "Data" field and a vertical "N." field. A section labeled "S" contains a table with three columns: "Quantità", "Descrizione della prestazione sanitaria o della cessione", and "Importo". Below the table, there is a "RITENUTA D'ACCONTO" field with a "€" symbol and a "FIRMA" line. To the right of the signature line, there are fields for "Totale", "Bollo o FUR", and "Totale Documento". At the bottom left, there is a box labeled "MARCA DA BOLLO". A small text block explains that the receipt is exempt from VAT under certain conditions. At the bottom right, it says "DATA UFFICIO - Cod. 1239.2 No.".

Esempio:

Prestazione Sanitaria	€ 100,00
A detrarre Ritenuta d'Acconto	<u>€ 20,00</u>
<b>Prestazione Netta</b>	<b>€ 80,00</b>

Le prestazioni sanitarie sono esenti IVA, mentre, le prestazioni di servizi, le docenze, le partecipazioni a convegni, nonché il rilascio di alcuni tipi di certificati sono operazioni soggette all'applicazione dell'IVA al 22%, con relativo versamento trimestrale della stessa.

Se il compenso è assoggettato ad IVA la marca bollo non si applica. Se invece il compenso è esente da IVA, si applica la marca da bollo di € 2,00 ma solo se il compenso è superiore a € 77,47.

Il medico non può svolgere prestazioni occasionali. L'agenzia delle Entrate, in più occasioni, ha sostenuto che un professionista iscritto ad un Albo non può mai dire di esercitare "occasionalmente" la professione; le collaborazioni occasionali sono possibili soltanto da parte di soggetti che non hanno obbligo di iscrizione ad Albi o elenchi professionali (es. amministratore di condominio).

### **REGIME AGEVOLATO**

Il giovane medico, appena iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri, ha la possibilità, però, di accedere ad un regime agevolato forfettario di determinazione delle imposte, in presenza delle seguenti condizioni:

- Aver effettuato prestazioni sanitarie nell'anno precedente con incassi per un totale non superiore ad **€ 65.000,00**.

L'attestazione della ricorrenza dei requisiti per l'accesso al regime, come pure dell'assenza delle cause ostative, deve essere operata in sede di dichiarazione annuale dei redditi. Qualora si dovesse superare questo limite di incassi però, qualsiasi sia il fatturato, si rimarrà comunque in regime forfettario per l'anno in corso per poi accedere al regime semplificato o ordinario dal 1° gennaio dell'anno successivo.

Il regime forfettario sottopone ad una tassazione semplificata attraverso l'imposta sostitutiva di aliquota standard del 15%, **ridotta al 5%** per i primi 5 anni di professione, con una percentuale forfettaria di reddito del 78%

Esempio:

Totale fatture per prestazioni sanitarie annue	€ 24.000,00	Redditività del 78%	€
18.720,00			
Imposta Sostitutiva del 15%	€	<b>2.808,00</b>	
Imposta Sostitutiva del 5% (per i primi 5 anni)	€	<b>936,00</b>	

I medici che si avvalgono del regime forfettario sono esenti all'applicazione della ritenuta d'acconto nelle fatture emesse quindi incassa il 100% dei propri compensi senza alcuna ritenuta di fattura, inoltre il regime forfettario ha tantissime semplificazioni contabili rispetto ai regimi ordinario o semplificato: i medici non sono tenuti alla presentazione dello spesometro, non sono soggetti ad IRAP, sono esonerati

dagli Studi di Settore e dai Parametri, non sono tenuti alla registrazione delle fatture ma soltanto di emissione, numerazione e conservazione delle fatture emesse ed alla sola presentazione della **Dichiarazione dei Redditi (Mod. UNICO)** con pagamento dell'imposta nel mese di giugno dell'anno successivo, tutto ciò permetterà di risparmiare tanto tempo e tante pratiche burocratiche.

Nelle fatture emesse si dovrà inserire l'annotazione ***“operazione svolta in applicazione dell’art. 1 comma 58 Legge n. 190/2014*** “nonché si dovrà applicare l'imposta di bollo(**€ 2,00**) se di importo superiore ad € 77,47.

Dal 1° Luglio 2022 le misure fiscali orientate a fronteggiare l'evasione hanno imposto l'emissione della fattura elettronica anche ai soggetti che hanno adottato il regime forfettario, escludendo però, fino al 2024, coloro che restano entro i € 25.000 di ricavi o compensi. Medici e operatori sanitari in generale potranno attendere ancora tutto il 2022 per adeguarsi alla fatturazione elettronica essendo stato prorogato a tutto il 2022 il divieto di fatturazione elettronica previsto per i soggetti tenuti all'invio dei dati al Sistema tessera sanitaria.

Il medico che non svolge attività libero-professionale non avrà alcun obbligo di aprire la partita Iva.

Quindi, solo il medico non titolare di partita Iva, se dipendente di strutture private o pubbliche, dalle quali riceverà apposita CU (Certificazione Unica dei Compensi), potrà presentare il **Mod.730** con il quale dichiarare i compensi ricevuti e poter portare in detrazione eventuali spese personali sostenute (spese mediche, per assicurazioni, per interessi sui mutui, per ristrutturazioni, per istruzione, per erogazioni liberali, per attività sportiva dei figli, etc.) al fine di ottenere l'immediato rimborso del credito vantato nei confronti dello Stato.