



GUIDA ALLA PROFESSIONE MEDICA E ODONTOIATRICA

Vademecum per i Giovani Medici e per i Giovani
Odontoiatri



Guida alla Professione Medica e Odontoiatrica 2024

Manuale operativo per il giovane neo-abilitato

Descrivere il passato, comprendere il presente, prevedere il futuro: Ippocrate diceva che questo è il compito della Medicina.

I Medici e gli Odontoiatri che si formano nella nostra terra devono conoscere la storia della Scuola Medica Napoletana, ricordare i Maestri nel presente, ma puntare sul futuro, che è già oggi, perché il divenire delle conoscenze è veloce e convulso, tanto che quanto acclarato ieri è già superato da nuovi elementi che rimodellano, se non sconvolgono, il nostro sapere.

Un esempio: chi avrebbe immaginato che nel giro di pochi mesi la ricerca avrebbe approntato il vaccino per il Covid? Pochi anni orsono un risultato simile sarebbe stato impensabile.

Uscire da una Facoltà di Medicina o di Odontoiatria non significa essere preparati anche ad affrontare mondi sconosciuti come la previdenza, le possibili opzioni lavorative, le tutele da attivare, o il come aprire uno studio...

Per tutto questo ci vuole una BUSSOLA!

Siamo grati al Gruppo Giovani che ha lavorato ed aggiornato questo format in questi anni. E attendiamo con impazienza che Voi, che siete il nostro presente ed il nostro futuro, entriate in scena per darci altri contributi per un aggiornamento continuo e dinamico di quanto scritto.

Ed ora eccovi i nostri auguri. Per una fulgida vita professionale, e perché noi abbiamo bisogno di Voi, della Vostra energia, del Vostro entusiasmo. Non dimenticatelo mai:

L'ORDINE È CASA VOSTRA.

*Dott. Bruno Zuccarelli
Presidente
OMCeO di Napoli e Provincia*

*Dott. Pietro Rutigliani
Presidente Commissione Albo Odontoiatri
OMCeO di Napoli e Provincia*

INDICE

PARTE GENERALE

- 1. Introduzione**
- 2. Iscrizione all'Albo**
- 3. Attività degli Ordini**
 - 3.1 Funzioni e responsabilità dell'Ordine
 - 3.2 Potere disciplinare e radiazione dall'Albo
 - 3.3 PEC (Posta Elettronica Certificata)
- 4. Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Napoli**
 - 4.1 I servizi
 - 4.2 Principali eventi organizzati
 - 4.3 Gli Eletti Organi 2021-2024
 - 4.4 Gli Uffici
- 5. Educazione continua in medicina (E.C.M.)**
 - 5.1 Definizione e normativa di riferimento
 - 5.2 Come si adempie all'obbligo formativo
 - 5.3 Verifiche dal portale Co.Ge.A.P.S.
- 6. Previdenza e assistenza**
 - 6.1 E.N.P.A.M.
 - 6.2 Quota A
 - 6.3 Quota B
 - 6.4 FondoSanità
 - 6.5 ONAOSI
- 7. Aspetti fiscali della professione medica e odontoiatrica**
 - 7.1 Introduzione
 - 7.2 Richiesta ed attribuzione della P.Iva
 - 7.3 Regime Forfettario e Ordinario
 - 7.4 Fatturazione Elettronica
 - 7.5 Sistema Tessera Sanitaria
 - 7.6 STP- Società tra professionisti

AREA MEDICA

8. Accesso alle scuole di specializzazione

- 8.1 Modalità di svolgimento della formazione specialistica
- 8.2 Trattamento economico
- 8.3 Concorso di ammissione

9. Dottorato di ricerca

10. Corso di formazione in medicina generale

- 10.1 Storia del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale
- 10.2 Accesso al Corso
- 10.3 Durata del Corso
- 10.4 Maternità e impedimenti superiori a 40 giorni
- 10.5 Frequenza
- 10.6 Incompatibilità
- 10.7 Termine Corso ed esame finale
- 10.8 Corso di emergenza territoriale

11. Esercizio Professionale Medico: i percorsi lavorativi

- 11.1 Libera professione
- 11.2 Medicina convenzionata (MMG–Pediatri di famiglia)
- 11.3 Medicina Specialistica Ambulatoriale
- 11.4 Medici dipendenti

12. L'assicurazione nella professione medica

AREA ODONTOIATRICA

13. Esercizio professionale

- 13.1 La libera professione
- 13.2 Studio libero professionale
- 13.3 Collaboratori in uno studio odontoiatrico
- 13.4 Specialistica ambulatoriale
- 13.5 La dirigenza odontoiatrica
- 13.6 Rapporto di lavoro degli odontoiatri dipendenti
- 13.7 STP

13.8 SRL

14. Percorsi formativi post-Laurea

14.1 Specializzazioni

14.2 Master Universitari

14.3 Dottorati di ricerca

14.4 Percorsi formativi all'estero

15. L'Assicurazione nella professione odontoiatrica

16. Pubblicità sanitaria

1. INTRODUZIONE

Per Ordine professionale si intende una istituzione di autogoverno di una professione riconosciuta dall'art. 1, d.lgs. lgt. 382/1944 (Corte Cost. 284/86), avente il fine di garantire la qualità delle attività svolte dai professionisti; ad essa lo Stato affida il compito di tenere aggiornato l'albo e svolgere le funzioni disciplinari (cfr. il codice deontologico), tutelando la professionalità della categoria. I soggetti che ne fanno parte devono generalmente essere iscritti in un apposito albo, detto albo professionale. Il Consiglio nazionale e quelli territoriali o collegi, sono eletti dagli iscritti all'ordine. In Italia sono enti pubblici autonomi, che per legge soggiacciono alla vigilanza del Ministero della Giustizia.

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

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

2. ISCRIZIONE ALL'ALBO

In Italia, così come negli altri Paesi dell'Unione Europea, per essere legittimati ad esercitare la professione medica e/o odontoiatrica è necessaria l'iscrizione all'apposito albo professionale, in base alla quale si acquisisce lo status professionale di medico chirurgo e quello di odontoiatra.

- Ciascun Ordine e Collegio ha un albo permanente, in cui sono iscritti i professionisti medici ed odontoiatri, residenti nella stessa circoscrizione.
- Per l'esercizio di ciascuna delle professioni sanitarie è necessaria l'iscrizione al rispettivo albo. Per l'iscrizione è necessario:
 - a) essere cittadino italiano;
 - b) avere il pieno godimento dei diritti civili;
 - c) essere di buona condotta;
 - d) aver conseguito il titolo accademico dato o confermato in una università o altro istituto di istruzione superiore a ciò autorizzato ed essere abilitati all'esercizio professionale;
 - e) avere la residenza o esercitare la professione nella circoscrizione dell'Ordine o Collegio.
- Possono essere anche iscritti all'albo gli stranieri, che abbiano conseguito il titolo di abilitazione in Italia o all'estero, quando siano cittadini di uno Stato con il quale il Governo italiano abbia stipulato, sulla base della reciprocità, un accordo speciale che consenta ad essi l'esercizio della professione in Italia, purché, dimostrino di essere di buona condotta e di avere il godimento dei diritti civili.
- La cancellazione dall'albo è pronunziata dal Consiglio direttivo, d'ufficio o su richiesta del Prefetto o del Procuratore della Repubblica, nei casi di:
 - a) perdita, da qualunque titolo derivata, della cittadinanza italiana o del godimento dei diritti civili; trasferimento all'estero della residenza dell'iscritto;

- b) trasferimento della residenza dell'iscritto ad altra circoscrizione;
- c) rinuncia all'iscrizione;
- d) cessazione dell'accordo previsto dal 2 comma dell'art. 9;
- e) morosità nel pagamento dei contributi previsti dal presente decreto. La cancellazione, tranne nei casi di cui alle lettere d) ed e), non può essere pronunciata se non dopo sentito l'interessato.

Nel caso di cui alla lettera b) il sanitario che eserciti all'estero la libera professione ovvero presti la sua opera alle dipendenze di ospedali, di enti o di privati, può mantenere, a sua richiesta, l'iscrizione all'Albo dell'Ordine o del Collegio professionale dal quale è stato cancellato.

- Gli iscritti agli albi sono tenuti anche all'iscrizione ed al pagamento dei relativi contributi all'Ente nazionale di previdenza ed assistenza istituito o da istituirsi per ciascuna categoria. L'ammontare dei contributi verrà determinato dai competenti organi degli enti, d'accordo con il Consiglio nazionale delle rispettive Federazioni nazionali.

❖ **FAQ - Cosa accade dopo aver presentato la domanda di iscrizione all'albo?**

Il Consiglio si delibera sulla domanda d'iscrizione entro tre mesi e accertata la sussistenza delle condizioni richieste, dispone l'iscrizione nell'Albo. L'eventuale rigetto della domanda, per motivi di condotta, non può essere pronunciato se non dopo sentito il richiedente nelle sue giustificazioni. L'iscrizione nell'Albo è eseguita dopo che l'interessato ha dato prova dell'effettuato pagamento della tassa sulle concessioni governative. Entro quindici giorni, è data comunicazione all'interessato dell'eseguita iscrizione o del rigetto della domanda. In caso di rigetto della domanda di iscrizione nell'Albo, l'interessato può ricorrere alla Commissione Centrale per gli esercenti le professioni sanitarie, la quale decide in merito alla iscrizione. Decorso il termine di novanta giorni dalla data di presentazione della domanda senza che il Consiglio abbia deliberato, è dato ricorso alla stessa Commissione Centrale ai fini dell'iscrizione. E' in facoltà dell'iscritto in un Albo provinciale di chiedere il trasferimento dell'iscrizione nell'Albo della provincia ove ha

trasferito o intenda trasferire la propria residenza. Non è ammesso il trasferimento dell'iscrizione per il sanitario che si trovi sottoposto a procedimento penale o a procedimento per l'applicazione di una misura di sicurezza o a procedimento disciplinare o che sia sospeso dall'esercizio della professione. L'iscrizione nell'Albo dà diritto al libero esercizio della professione,oltreché, nella provincia cui l'Albo si riferisce, anche in tutto il territorio della Repubblica, salvo l'obbligo della registrazione del titolo di abilitazione nell'Ufficio comunale.

3. ATTIVITA' DEGLI ORDINI

L'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri è un Ente di Diritto Pubblico, ausiliario dello Stato, dotato di una propria autonomia gestionale e decisionale, posto sotto la vigilanza del Ministero della Salute e coordinato nelle sue attività istituzionali dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

L'ordinamento giuridico ha voluto così tutelare il Cittadino, garantendo che Medici e Odontoiatri siano in possesso dei titoli necessari allo svolgimento delle due professioni, ciò implica che per essere legittimati ad esercitare tali professioni è necessaria l'iscrizione all'apposito albo professionale e che solo con detta iscrizione si acquisisce lo status professionale di medico chirurgo e quello di odontoiatra.

3.1 Funzione e responsabilità dell'Ordine

L'Ordine, quale organo ausiliario dello Stato, è tenuto alla:

- a) Tenuta dell'Albo
- b) Vigilanza sull'abusivismo
- c) Magistratura speciale
- d) Potere tariffario (ora abolito di fatto)
- e) Presenza consultiva in commissioni
- f) Presenza esami di stato e gestione della formazione specifica in
medicina generale
- g) Potere disciplinare

L'Ordine deve in primo luogo tenere e pubblicare gli Albi professionali, garantendo a tutti i cittadini la possibilità di verificare l'effettiva iscrizione di un medico o di un odontoiatra e, dunque, il possesso dei titoli e delle competenze indispensabili per esercitare la professione. Il Consiglio Direttivo deve vigilare sul decoro e sull'indipendenza dell'Ordine, come espressione di autonomia e capacità di autogoverno. I principi contenuti nel Codice Deontologico non costituiscono, a differenza delle leggi della Repubblica, un completo ed esaustivo

elenco di norme da osservare ma, ispirando l'azione di vigilanza, consentono di effettuare autonome valutazioni sulla correttezza comportamentale dei medici e degli odontoiatri.

L'Ordine ha anche il compito di designare propri rappresentanti presso commissioni, Enti o organizzazioni comunali o provinciali.

Altra funzione dell'Ordine è quella di promuovere e favorire le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti. È una funzione importante e strategica soprattutto in riferimento all'introduzione del progetto nazionale di Educazione Continua in Medicina (E.C.M).

L'Ordine contribuisce all'elaborazione e all'adozione di provvedimenti normativi che riguardano le professioni in quanto la legge prevede che dia "il proprio concorso alle Autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possono interessare l'ordine".

Se richiesto, l'Ordine può interporre nelle controversie tra sanitari e tra questi ed Enti o persone, "per ragioni di spese e di onorari". L'intervento dell'Ordine può anche non limitarsi a ciò, ma anche intervenire, sempre se richiesto, per conciliare le parti all'interno di contenziosi per responsabilità professionale.

Infine, l'Ordine esercita il potere disciplinare attraverso l'azione autonoma e distinta delle due Commissioni per gli Iscritti agli Albi dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

3.2 Potere disciplinare e radiazione dall'Albo

Al Consiglio direttivo di ciascun Ordine e Collegio spetta l'esercizio del potere disciplinare nei confronti dei sanitari liberi professionisti iscritti nell'albo, salvo in ogni caso, le altre disposizioni di ordine disciplinare e punitivo contenute nelle leggi e nei regolamenti in vigore. I sanitari che si rendano colpevoli di abusi o mancanze nell'esercizio della professione o, comunque, di fatti disdicevoli al decoro professionale, sono sottoposti a procedimento disciplinare da parte del Consiglio dell'Ordine o Collegio della provincia nel cui Albo sono iscritti. Il procedimento disciplinare è promosso d'ufficio o su richiesta del prefetto o del procuratore della Repubblica.

Quando risultano fatti che possono formare oggetto di procedimento disciplinare, il presidente, verificatene sommariamente le circostanze fissa la data della seduta per il giudizio, nomina il relatore e provvede a notificare all'interessato la menzione circostanziata degli addebiti nonché la possibilità da

parte dell'interessato di prendere visione degli atti relativi al suo deferimento a giudizio disciplinare e produrre le proprie controdeduzioni scritte. Le sedute del Consiglio non sono pubbliche. Per ogni seduta è redatto un apposito verbale in cui sono riportati i giudizi esaminati, le questioni trattate ed infine i provvedimenti presi in ordine a ciascun procedimento.

I provvedimenti di sospensione dall'esercizio professionale e di radiazione, quando siano divenuti definitivi, sono comunicati a tutti gli Ordini o Collegi della categoria a cui appartiene il sanitarioso o radiato.

Le sanzioni disciplinari sono:

- 1) **Avvertimento**, che consiste nel diffidare il colpevole a non ricadere nella mancanza commessa;
- 2) **Censura**, che è una dichiarazione di biasimo per la mancanza commessa;
- 3) **Sospensione dall'esercizio della professione** per la durata da uno a sei mesi, salvo quanto è stabilito dal successivo art. 43;
- 4) **Radiazione** dall'Albo professionale

Il sanitario radiato dall'Albo può essere riscritto, purché, siano trascorsi cinque anni dal provvedimento di radiazione e, se questa derivò da condanna penale, sia intervenuta la riabilitazione. In ogni caso deve risultare che il radiato ha tenuto, dopo la radiazione, irreprensibile condotta. L'azione disciplinare si prescrive in cinque anni.

3.3 Pec -Posta Elettronica Certificata

La Pec del cittadino è lo strumento che consente di inviare e ricevere messaggi di testo ed allegati con lo stesso valore legale di una raccomandata con avviso di ricevimento. In questo modo si può dialogare con tutti gli uffici della Pubblica Amministrazione direttamente via e-mail senza dover più produrre copie di documentazione cartacea ma soprattutto senza doversi presentare personalmente agli sportelli. La Pec del cittadino è l'unica dedicata esclusivamente ai rapporti con la PA.

La normativa vigente (art. 16 co. 7 bis D.L. n. 185/2008, introdotto dal D.L. 16/07/2020 n° 76, conv. In L. 11/9/2020 n. 120) prevede, come obbligo di legge, che l'albo professionale comunichi con ciascun iscritto tramite PEC; in caso di inottemperanza nella corretta comunicazione di tale indirizzo, è prevista anche la sospensione dell'iscritto dall'Albo, fino a regolarizzazione della propria posizione.

4. ORDINE DEI MEDICI ED ODONTOIATRI DI NAPOLI

L'Ordine dei Medici-Chirurghi ed Odontoiatri di Napoli è situato in uno stabile con un Auditorium al piano terra, dove si svolgono gli eventi e i corsi, e con gli uffici al primo piano. La pandemia ha accelerato il processo di digitalizzazione per cui attraverso il portale (www.ordinemedicinapoli.it) è possibile:

- Effettuare la prima iscrizione all'albo, tutta interamente online (perfezionata, poi, in sede al momento del ritiro del tesserino);
- Effettuare la prenotazione per appuntamenti per ogni esigenza istituzionale (consulenza fiscale, ritiro tesserino, Enpam ecc.);
- Consultare gli eventi ed effettuare l'iscrizione ai corsi di formazione E.C.M. organizzati dall'Ordine;
- Scaricare la modulistica e la documentazione riguardante le tasse ordinarie da pagare;
- Consultare news e aggiornamenti.

4.1 Servizi

L'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Napoli offre, già da diversi anni, servizi gratuiti o convenzionati per tutti gli iscritti, tra cui:

- PEC con Aruba (gratuita)
- Firma digitale con Aruba o Poste Italiane (in convenzione, a tariffe agevolate)
- Consulenza fiscale (gratuita)
- Consulenza per prestazioni Enpam

4.2 Principali eventi organizzati

L'Ordine di Napoli è diventato dal 2019 provider nazionale per l'erogazione di corsi E.C.M. Gli eventi sono tenuti nell'Auditorium della sede, recentemente ristrutturato, o, a seconda delle occasioni, all'esterno.

Annualmente, gli eventi organizzati sono:

- Assemblea ordinaria degli iscritti (bilanci)
- Giuramento di Ippocrate per i nuovi immatricolati
- Consegna delle medaglie per i 40 ed i 50 anni di iscrizione all'albo
- Pergamena personalizzata per i 60 anni di iscrizione
- Targa ricordo per i 70 anni di iscrizione
- Corsi ed eventi formativi E.C.M. completamente gratuiti

4.3 Gli Organi Eletti 2024-2028

CONSIGLIO DIRETTIVO:

- Dott. Bruno Zuccarelli - Presidente
- Dott. Silvestro Scotti – Vice Presidente
- Dott. Luigi Sodano - Segretario
- Dott. Gennaro Volpe - Tesoriere
- Dott. Agostino Buonauro – Consigliere
- Dott. Antonio De Falco – Consigliere
- Dott.ssa Raffaella de Franchis – Consigliere
- Dott. Pierino di Silverio – Consigliere
- Dott. Giuseppe Galano – Consigliere
- Dott.ssa Clara Imperatore – Consigliere
- Dott. Mario Iovane – Consigliere
- Dott. Andrea Montella – Consigliere
- Prof.ssa Paola Salvatore – Consigliere
- Dott. Vincenzo Schiavo – Consigliere
- Dott. Luigi Sparano – Consigliere
- Dott.ssa Carla Cassese – Consigliere Odontoiatra
- Dr. Enrico Di Natale – Consigliere Odontoiatra
- Dr. Andrea Lalli – Consigliere Odontoiatra
- Dr. Antonio Salierno – Consigliere Odontoiatra

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI:

- Dott. Pietro Rutigliani – Presidente
- Dott. Claudio Gammella - Vice Presidente
- Dott. Pasquale Aceto – Segretario
- Dott.ssa Carla Cassese
- Dott. Alessandro Cei
- Dott. Enrico Di Natale
- Dott. Andrea Lalli
- Dott. Daniele Orefice
- Dott. Antonio Salierno

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI:

- Dott. Nicola Lorito - Presidente
- Prof. Mario Delfino – Revisore
- Dott. Luca Scognamiglio – Revisore
- Dott. Aniello Pietropaolo – Revisore Supplente

4.4 Gli Uffici

Personale amministrativo

- Dr. Fausto Piccolo - Direttore dell'Ordine
- Nunzia Amoruso – Dipendente
- Fabio Cotini – Dipendente
- Francesco Di Salvo – Dipendente
- Ylenia Formato – Dipendente
- Raffaele Gennarelli – Dipendente
- Lara Genovese – Dipendente
- Vincenzo Migliaccio – Dipendente
- Marco Romano - Dipendente
- Domenico Sorbellini – Dipendente
- Giuseppe Tangredi – Dipendente
- Daniele Donnarumma – Lavoratore in somministrazione
- Vincenzo Lauro – Lavoratore in somministrazione

Contatti

Ordine Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Napoli e Provincia

Napoli - via Riviera di Chiaia, 9/C

Tel. 081.660517/44

Email: ordmed@ordinemedicinapoli.it

Pec: ordinemedicinapoli@pec.it

5. EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA (ECM)

5.1 Definizione e normativa di riferimento

L'Educazione Continua in Medicina - E.C.M. è il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio Sanitario Nazionale e al proprio sviluppo professionale.

L'obbligo di acquisire i crediti formativi ECM per tutti i medici è vincolato all'iscrizione all'Albo Professionale per l'esercizio della professione. Tale obbligo formativo decorre dall'anno solare successivo a quello di iscrizione all'Albo Professionale, ad esempio per un neo Iscritto all'Albo dei Medici-Chirurghi o degli Odontoiatri a marzo 2019 l'obbligo ECM decorre dal 01 gennaio 2020.

Gli Ordini provinciali sono deputati a verificare la corretta applicazione dell'obbligo. In caso di mancato aggiornamento da parte degli Iscritti, sono genericamente ipotizzate, secondo la Commissione Nazionale ECM, sanzioni fino alla cancellazione dall'Albo. Attualmente tali sanzioni non possono considerarsi operative.

5.2 Come si adempie all'obbligo formativo

L'unità di misura dell'E.C.M. sono i "crediti", essi sono validi su tutto il territorio nazionale. I crediti ECM sono indicatori della quantità della formazione/apprendimento, sono assegnati dai Provider ad ogni evento formativo e da questo attestati ai partecipanti a seguito dell'accertamento dell'apprendimento.

L'obbligo formativo standard per il triennio, ad esempio 2019-2021, è pari a 150 crediti, questi vengono accumulati prevalentemente partecipando agli eventi formativi accreditati E.C.M. ma anche certificando altre attività che il professionista può individuare autonomamente a prescindere dal Provider. Una delle caratteristiche della formazione E.C.M. è proprio la flessibilità con la quale si possono conseguire i crediti, di seguito elenchiamo tutte le possibili attività utili a conseguire gli stessi:

- La Formazione residenziale, che deve essere realizzata in una sede

adeguatamente predisposta ed idonea per spazi e strumenti. La Formazione a distanza (FAD), che include diverse modalità con cui è possibile comunicare con interlocutori localizzati in sedi diverse e che possono partecipare in tempi diversi da quelli in cui opera il docente/formatore.

- La Formazione sul campo (FSC) in cui vengono utilizzati direttamente per l'apprendimento i contesti, le occasioni di lavoro e le competenze degli operatori impegnati nelle attività assistenziali. Questa modalità di formazione, che include anche la partecipazione ad attività di ricerca e a commissioni e gruppi di miglioramento, offre la massima possibilità di essere legata alle specifiche esigenze di sviluppo dei servizi e di miglioramento dei processi assistenziali, favorendo l'apprendimento di competenze professionali e di comportamenti organizzativi.
- L'attività di docenza e di tutoraggio in programmi E.C.M.
- La presentazione di relazioni e comunicazioni in congressi scientifici.
- L'attività scientifica e di ricerca, inclusa la pubblicazione di lavori scientifici.

Di norma i 150 crediti formativi devono essere acquisiti nel triennio rispettando alcuni parametri: almeno il 50% dei crediti deve essere acquisito in qualità di discente, il resto anche in qualità di docente o tutor; il 70% dei crediti è da acquisire nella disciplina professionale principalmente esercitata mentre il restante 30% a piacere.

La normativa E.C.M. prevede anche delle forme di premialità, in virtù della formazione effettuata nel triennio precedente (2016-2018), che si estrinsecano in una riduzione del debito formativo che, a seconda dei casi, può arrivare fino a 30 crediti.

A partire dal triennio 2019-2021 entra in gioco il **Dossier Formativo**, ovvero il percorso di aggiornamento che ciascun medico può disegnare, in maniera autonoma, e seguire sulla base delle proprie esigenze di aggiornamento professionale. Ciascun professionista registrandosi al COGEAPS potrà creare e visionare il proprio dossier; la compilazione di tale dossier comporta l'acquisizione di un bonus di 30 E.C.M.

Il professionista può anche richiedere, all'Ordine di appartenenza, l'attestato

di partecipazione al programma ECM o il certificato di complesso soddisfacimento dell'obbligo formativo.

Fanno eccezione i medici iscritti nell'Elenco Nazionale dei Medici Competenti che devono trasmettere la certificazione o l'autocertificazione attestante l'avvenuto conseguimento dei crediti (di cui il 70% specifici nella disciplina "medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro") direttamente al Ministero della Salute a fine triennio (D.Lgs. 81 del 2008).

Infine, a partire dal luglio 2020 (D.Lgs. 101/2020) la normativa prevede che i crediti specifici acquisiti in materia di radioprotezione devono rappresentare almeno il 15% dei crediti complessivi previsti nel triennio per i medici specialisti e gli odontoiatri che svolgono attività complementare.

5.3 Verifiche dal Portale Co.Ge.A.P.S.

Tutti gli eventi formativi E.C.M. sono gestiti da Enti/Società pubblici o privati e accreditati come Provider, i quali sono tenuti a somministrare ai singoli professionisti il questionario di apprendimento e ad inviare la comunicazione dei crediti acquisiti al Co.Ge.A.P.S.

Il Co.Ge.A.P.S. è un organismo che riunisce le Federazioni Nazionali degli Ordini e dei Collegi e le Associazioni dei professionisti della salute che partecipano al programma di ECM. La verifica finalizzata alla certificazione dei crediti formativi - CF spetta all'Ordine che utilizzerà, al termine del triennio, i dati archiviati dal Co.Ge.A.P.S.

Tutti i professionisti sanitari possono accedere all'area riservata del sito del Co.Ge.A.P.S. attraverso il proprio SPID per visualizzare i crediti E.C.M. acquisiti, e definire il proprio Dossier Formativo.

Di seguito il link per accedere direttamente all'area riservata:

<http://application.cogeaps.it/cogeaps/login.ot>

Tuttavia, il programma E.C.M. prevede anche degli esoneri per i medici e odontoiatri che si trovano in una o più delle seguenti condizioni:

- Corsi di formazione post-laurea (scuola di specializzazione, dottorato di ricerca, master, corso di perfezionamento scientifico, corso di formazione specifico in medicina generale, etc.).
- Formazione complementare (es.: corsi di formazione di emergenza territoriale; piano di interventi contro l'AIDS, etc.).

- I soggetti che usufruiscono delle disposizioni in materia di tutela della gravidanza.
- I soggetti che usufruiscono delle disposizioni in materia di adempimento del servizio militare per tutto il periodo (anno di riferimento) in cui usufruiscono o sono assoggettati alle predette disposizioni.

L'esonero dall'obbligo di acquisire i crediti è valido per tutto il periodo (anno di riferimento) i cui soggetti interessati ne usufruiscono. Gli esoneri e le esenzioni vengono richieste attraverso la propria area riservata su Co.Ge.A.P.S. compilando un form di autocertificazione.

Occorre specificare che, in caso in cui il periodo di assenza dal lavoro (o frequenza di un corso formativo) ricadesse a cavallo di due anni, l'anno di validità per l'esenzione dei crediti sarà quello in cui il periodo di assenza risulta maggiore. Ad esempio: se cade nel periodo da settembre 2022 a settembre 2023, l'esenzione dall'obbligo di acquisire i crediti sarà valida esclusivamente per l'anno 2023.

6. PREVIDENZA E ASSISTENZA

6.1 E.N.P.A.M.

La Fondazione E.N.P.A.M. (Ente Nazionale Previdenza e Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri) è l'ente previdenziale e assistenziale dei medici. Si tratta di una fondazione privata a cui ogni medico iscritto all'albo viene automaticamente iscritto.

La Fondazione attua la previdenza e l'assistenza a favore degli iscritti, dei loro familiari e dei superstiti, gestendo quattro Fondi di previdenza:

1. Il **Fondo di Previdenza Generale**, a favore della generalità degli iscritti; i contributi da versare a tale fondo pensionistico si dividono in Quota A e Quota B.
2. Il **Fondo dei Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta e addetti ai servizi di Continuità Assistenziale**, a favore dei medici e pediatri di base e medici aventi un rapporto professionale con il servizio sanitario nazionale.
3. Il **Fondo degli Specialisti Ambulatoriali**, aventi rapporti professionali con il Servizio Sanitario Nazionale.
4. Il **Fondo degli Specialisti Esterni** aventi rapporti con il SSN.

Il fondo che interessa maggiormente i neo abilitati è il Fondo di Previdenza Generale che si divide in due quote, A e B.

6.2 QUOTA A

Chi?

Obbligatoria per tutti gli iscritti all'ordine, indipendentemente dal reddito annuo. Va pagata quindi anche se non si percepisce alcun reddito professionale. Il pagamento della Quota A non è una tassa, ma permette da un lato di maturare una posizione previdenziale con interessi vantaggiosi e dall'altro di accedere a tutti i servizi offerti dalla Fondazione Enpam.

Quando?

La quota A va versata annualmente; per il primo anno a partire dal mese successivo all'iscrizione all'Albo, poi fino al mese di compimento dell'età per la pensione; la scadenza è il 30 Aprile.

I contributi vanno pagati in un'unica soluzione; in alternativa, opzionando il sistema dell'addebito in conto, il versamento avverrà, con un lieve incremento, in quattro rate (scadenze: 30 Aprile, 30 Giugno, 30 Settembre e 30 Novembre) o anche in otto rate (scadenze mensili da fine aprile a fine novembre).

I neoiscritti la cui domanda d'iscrizione sia stata approvata dal Consiglio dell'Ordine entro la prima di metà di marzo riceveranno, come tutti gli altri colleghi, il bollettino secondo il calendario precedentemente ricordato. In caso contrario pagheranno nell'anno successivo la quota inerente all'anno di iscrizione.

Quanto?

La quota A è differenziata in base all'età e le varie fasce incrementali vengono rimodulate periodicamente dall'E.N.P.A.M.

Gli importi aggiornati 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 44,55 euro all'anno.

La quota A è calcolata sui 12 mesi. Pertanto qualora l'iscrizione avvenisse in un mese successivo alla data di erogazione del bollettino per quell'anno la quota A ammonterebbe a (12-mese mancanti alla fine dell'anno)/12 * Importo quota A totale.

Negli anni di passaggio d'età avviene il medesimo meccanismo.

Esempio:

Filippo ha 34 anni e compie il 35 anno il 1 maggio.

Filippo per quell'anno verserà $(12-4)/12 * \text{importa quota A } 30-35 + (12-8)/12$
* Importo Quota A 35-40.

Come?

Il pagamento avviene attraverso il sistema PagoPa: l'avviso con il codice di pagamento viene inviato presso la propria abitazione per via postale e viene caricato nella propria area personale del sito: www.enpam.it.

Attenzione! Nel caso l'avviso di pagamento PagoPa non arrivasse entro la scadenza bisognerà scaricarlo autonomamente attraverso l'area riservata del portale.

In alternativa si può optare per la **domiciliazione bancaria**, la cui richiesta va effettuata (una tantum), compilando l'apposito modulo presente nella propria area riservata, **entro il 31 Marzo** di ogni anno. Sarà possibile effettuare tale pratica anche dopo questa scadenza ma l'addebito si attiverà dall'anno successivo (con la domiciliazione di una delle due quote in automatico scatta anche quella per l'altra). Se si attiva l'addebito bancario gli avvisi di pagamento non compariranno sull'area riservata ne verranno inviati a domicilio.

Il piano di ammortamento va indicato al momento della domanda; se non viene specificato, il sistema sceglierà in automatico quello con il maggior numero di rate (nel caso della Quota A sono 4, per la Quota B 5).

La domiciliazione può interessare non solo i contributi dovuti alla "Quota A" e alla "Quota B" del Fondo di Previdenza Generale ma anche le rate dei mutui concessi agli iscritti dalla Fondazione ENPAM e i contributi dovuti, a qualsiasi titolo, alla Fondazione, es. riscatti e riconsunzioni (in fase di attivazione).

Cosa comporta il pagamento della quota A?

La quota A permetto di diritto a varie possibilità:

- Mutui e prestiti agevolati
- Sussidi
- Protezione contro calamità naturali
- Assicurazione per il rischio di non autosufficienza

- Genitorialità
- Piccola pensione maturata a 68 anni o anche anticipata

6.3 Quota B

Chi?

Il contributo previdenziale “Quota B” va versato in ragione dello svolgimento di attività libero professionale e proporzionalmente al reddito prodotto.

L'obbligo di contribuzione Quota B dipende dalla tipologia ed entità del reddito prodotto nell'anno precedente ed in particolare:

- Il reddito non deve essere soggetto ad altre forme di copertura previdenziale obbligatoria.
- Tale reddito non deve derivare da attività svolta in convenzione o in accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, ad esempio MMG, pediatra di libera scelta, continuità assistenziale, specialista ambulatoriale, specialista esterno.
- Tale reddito deve essere maggiore di una certa soglia che viene specificata nel modello D personalizzato inviato a domicilio in forma cartacea.

In caso contrario non si è tenuti alla compilazione del modello D e al versamento della Quota B.

Come si calcola il reddito?

Bisogna sottrarre, al reddito totale che soddisfi tutte le suddette condizioni, le spese sostenute per produrlo (ossia le cosiddette spese che possono essere "scaricate").

Ricorda! Non va sottratta la quota A ai fini della compilazione del modello D. Bisognerà compilare e inviare il modello D solamente se il reddito risultante supera la soglia indicata dal modello stesso.

Quando?

Per l'invio del modello D la scadenza è il **31 luglio**. Nel giro di qualche mese l'E.N.P.A.M. calcolerà l'importo dovuto e spedisce al domicilio il bollettino da pagare.

Per il pagamento vero e proprio la scadenza è il **31 ottobre**.

Se il bollettino MAV non dovesse arrivare è comunque possibile scaricarlo

dall'area privata del portale E.N.P.A.M..

Come?

L'E.N.P.A.M. invia a domicilio il modello D (nel quale è indicata la propria soglia di reddito oltre il quale va pagata la Quota B): va compilato e rispedito. È possibile compilarlo anche online nell'area riservata del portale E.N.P.A.M.. Successivamente verrà inviato a domicilio il bollettino con l'importo da pagare.

Anche in questo caso, se non dovesse arrivare entro la scadenza, sarà necessario scaricarlo dall'area privata del portale.

❖ *FAQ- È Obbligatorio compilare il modello D?*

Non necessariamente. I medici e gli odontoiatri in attività non sono obbligati a compilare il Modello D se il reddito professionale, al netto delle spese sostenute per produrlo, nell'anno precedente è stato pari o inferiore a una certa soglia specificata nel Modello D e pari ai contributi coperti dalla Quota A.

Questo limite è chiaramente indicato nella lettera personalizzata che l'E.N.P.A.M. invierà a casa di ogni iscritto o, se registrato all'area riservata del sito, nella mail inviata nello stesso periodo.

Quanto?

Sulla base del reddito dichiarato nel modello D, l'E.N.P.A.M. calcolerà l'importo dovuto.

Alcune categorie possono usufruire, dichiarandone espressamente la volontà sul modello D, del "contributo ridotto" del 2%, come i corsisti del Corso di Formazione in Medicina Generale, i pensionati e chi è soggetto a un'altra contribuzione previdenziale obbligatoria.

Di seguito alcuni esempi che rientrano in quota B:

- redditi percepiti per l'attività intramoenia e per le attività libero professionali ad essa equiparate (es. intramoenia allargata, prestazioni per ridurre le liste di attesa, prestazioni aggiuntive in carenza di organico, etc.);

- redditi di lavoro autonomo prodotti nell'esercizio della professione medica e odontoiatrica in forma individuale e associata;
- redditi di lavoro autonomo occasionale se connessi con la competenza professionale medica/odontoiatrica (es. partecipazione a congressi scientifici, attività di ricerca in campo sanitario);
- le borse di studio dei corsi di formazione in medicina generale;
- redditi percepiti per incarichi di amministratore di società o enti la cui attività sia connessa alle mansioni tipiche della professione medica e odontoiatrica;
- utili derivanti da associazioni in partecipazione, quando l'apporto è costituito esclusivamente dalla prestazione professionale;
- redditi che derivano da collaborazioni o contratti a progetto, se sono connessi con la competenza professionale medica/odontoiatrica

❖ *FAQ- È possibile pagare a rate?*

E' possibile usufruire della rateizzazione del pagamento della quota A pagando gli appositi bollettini o tramite domiciliazione bancaria. Attraverso la domiciliazione bancaria inoltre è possibile rateizzare il pagamento della quota B che potrà essere versato in un'unica soluzione entro il 31 ottobre, in due soluzioni che scadono il 31 ottobre e il 31 dicembre, o in cinque rate con scadenza il 31 ottobre, il 31 dicembre, il 28 febbraio, il 30 aprile e il 30 giugno. Alle rate versate nell'anno in corso non si applicano interessi, mentre per quelle versate nell'anno successivo indicate con l'asterisco, si applicano soli interessi legali, attualmente pari allo 0,1% annuo.

6.4 Fondo Sanità

Il Fondo Sanità è un Fondo Pensione Complementare approvato dalla COVIP (Commissione di Vigilanza sui fondi pensione), a cui possono attualmente aderire tra gli altri, i Medici Chirurghi e gli Odontoiatri iscritti all'ENPAM, e i soggetti fiscalmente a carico degli iscritti allo stesso Fondo.

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

Per il fatto stesso che questo fondo sia chiuso, cioè limitato agli esercenti le

professioni sanitarie, permette di ottimizzare la sua gestione amministrativa e finanziaria rendendo quindi meno onerose le commissioni di gestione (tra 0,10% e 0,15%) rispetto a quelle di altri Fondi cosiddetti aperti (in generale tra 0,60% e 2%). Tale differenza è dovuta a numerosi fattori come l'assenza di spesa per pubblicità e commissioni per agenti e venditori, rendendo quindi questo fondo vantaggioso rispetto ad altri fondi aperti con sensibili differenze nei rendimenti accumulati e quindi nel capitale investito.

Adesione

L'adesione a FondoSanità è libera e volontaria, inoltre per i Medici e gli Odontoiatri che si iscrivono entro il 35° anno di età grazie ad un accordo tra FondoSanità ed ENPAM, l'iscrizione e la copertura di tutte le spese dovute per il primo anno di adesione sono GRATUITE.

Per aderire al fondo è necessario:

- a. Compilare e sottoscrivere il “Modulo di adesione” presente e scaricabile dal sito www.fondosanita.it nella sezione “documenti e modulistica” e nel sottomenù “Modulistica”;
- b. Inoltre è necessario compilare il “Modulo indicazione Beneficiari” scaricabile dalla stessa sezione.
- c. Per i medici e gli odontoiatri che si iscrivono oltre il 35° anno di età sarà necessario versare un contributo di € 26,00, quale quota associativa “unatum”, indicando nella causale del versamento il proprio codice fiscale. (L'adesione in questo caso decorre dalla data di versamento della quota di iscrizione al Fondo).

La documentazione va spedita al seguente indirizzo postale: FONDOSANITA' “Via Torino, n. 38 - 00185 ROMA” o inviata tramite posta elettronica certificata: fondosanita@pec.it

A conferma dell'avvenuta iscrizione FondoSanità invierà una apposita comunicazione.

Dal primo versamento di ciascun anno saranno prelevate € 60,00 annuali (dal secondo anno di iscrizione in seguito per i medici e gli odontoiatri iscritti entro i 35 anni).

Contribuzione

I contributi versati a FondoSanità sono liberi e volontari: è pertanto l'iscritto a decidere quanto e quando versare. L'entità dei versamenti ovviamente determina il livello della rendita pensionistica.

L'aderente che ne abbia diritto può scegliere di utilizzare il TFR per costruire la propria pensione complementare: il flusso futuro di TFR non sarà più accantonato ma versato direttamente a FondoSanità. La rivalutazione del TFR versato al Fondo, pertanto, non sarà più pari alla misura fissata dalla legge ma dipenderà dal rendimento degli investimenti. La decisione di destinare il TFR a una forma di previdenza complementare non è reversibile, ma nel caso di conferimento alla previdenza complementare non viene meno la possibilità di utilizzare il TFR per far fronte a esigenze personali di particolare rilevanza (come spese sanitarie per terapie e interventi straordinari o per l'acquisto della prima abitazione).

Vantaggi fiscali

La deducibilità dei contributi versati si ha fino al valore di 5.164,57 euro annuali (sui versamenti oltre tale soglia non verranno pagate tasse al momento dell'erogazione).

I giovani che non raggiungono questa soglia nei primi anni potranno usufruire di un bonus fiscale da utilizzare in una fase più avanzata della carriera.

Per i familiari a carico i versamenti sono deducibili dal reddito IRPEF del "capofamiglia", sempre nel limite complessivo di 5.164,57 euro; la deducibilità fiscale, peraltro, è indipendente dalla detrazione di imposta IRPEF del 19% per le Polizze Vita eventualmente stipulate dall'iscritto prima del 1° gennaio 2001.

Inoltre, dopo che sono trascorsi 15 anni dall'iscrizione, per ogni anno successivo di iscrizione al Fondo, l'aliquota (che verrà applicata in fase di erogazione) si riduce dello 0,3%, fino a un minimo del 9%, mentre la rendita della pensione "normale", il primo pilastro, viene tassata dallo Stato come reddito, con gli stessi scaglioni Irpef (27-43%). Essendo dipendente dal capitale che è stato versato ed accumulato negli anni, al fine di una corretta valutazione è bene ricordare che l'importo della

prestazione che verrà erogata dipenderà essenzialmente dalla durata, quantità, continuità dei versamenti effettuati.

Proposte d'investimento

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

- A) Scudo, per chi è orientato verso investimenti a basso rischio, orizzonte temporale breve/medio periodo (fino a 10 anni)
- B) Progressione, per chi cerca l'equilibrio tra componente azionaria e obbligazionaria, orizzonte temporale medio lungo periodo (oltre 5 anni), grado di rischio: medio.
- C) Espansione, destinato a chi cerca maggiori rendimenti, orizzonte temporale medio/lungo periodo (Oltre 10 anni), grado di rischio medio alto.

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

6.5 ONAOSI

Storia e Mission

L'ONAOSI "Opera Nazionale per l'Assistenza agli Orfani dei Sanitari Italiani" nasce come Ente senza scopo di lucro da un'idea del Dr. Luigi Casati che nel 1874 la espone per la prima volta in occasione di un congresso a Padova.

Il Prof. Carlo Ruata di Perugia e il Prof. Lorenzo Bruno di Torino promuovono nel 1890 una sottoscrizione tra Sanitari per fondare un'associazione che si prenda cura dei loro orfani. Il ricavato della sottoscrizione viene affidato ad una Commissione che, nel 1892, tra le tante richieste di assistenza, sceglie 5 orfani tra i più bisognosi, in rappresentanza di diverse zone d'Italia, ospitandoli in base ad una convenzione presso l'Istituto Sant'Anna di Perugia.

Fin dall'origine, quindi, le risorse e i finanziamenti per sostenere l'iniziativa

provengono esclusivamente e per intero dalle categorie sanitarie. Non si fa ricorso ad alcun finanziamento pubblico diretto o indiretto.

La mission dell'ONAOSI, infatti, attraverso le varie modalità statutarie di intervento, è sostenere, educare, istruire e formare i giovani per consentire loro di conseguire un titolo di studio e di accedere al mondo professionale e del lavoro. L'Ente eroga prestazioni in favore degli orfani e, in talune condizioni, dei figli dei sanitari contribuenti (medici chirurghi, odontoiatri, veterinari e farmacisti) nonché dei contribuenti stessi in condizioni di vulnerabilità e non autosufficienza. Dal 2013, oltre all'ormai noto impegno nel sostenere i soggetti orfani e/o non autosufficienti, si aggiungono, infatti, ulteriori concreti sussidi in favore dei sanitari contribuenti in condizioni di non autosufficienza.

Scopo della fondazione

La Fondazione Opera Nazionale Assistenza Orfani Sanitari Italiani - ONAOSI con sede in Perugia è costituita ai sensi dell'art. 1 DL 30 Giugno 1994 n.509; è una fondazione senza scopo di lucro.

L'attività della fondazione ha per scopo primario il sostegno, l'educazione, l'istruzione e la formazione, entro i limiti di bilancio, degli orfani, siano essi figli legittimi, adottivi o naturali riconosciuti, di medici chirurghi, odontoiatri, medici veterinari e farmacisti, contribuenti obbligatori o volontari, per consentire loro di conseguire un titolo di studio e di accedere all'esercizio di una professione o di un'arte.

La Fondazione eroga le prestazioni previste anche in favore di figli di contribuenti obbligatori o volontari viventi in particolari casi previsti dallo Statuto (art.6).

Nei limiti e nel rispetto delle compatibilità di bilancio, secondo le modalità e i criteri stabiliti dall'apposito regolamento, una volta assicurate le prestazioni ed i servizi alle figure sopra citate, la Fondazione eroga prestazioni:

- A. ai figli del contribuente vivente, il quale si trovi in situazioni di grave edocumentata difficoltà economica;
- B. ai figli di contribuenti anche in caso di decesso del genitore non sanitario nel caso di grave e documentata difficoltà economica;
- C. ai contribuenti in condizioni di comprovato disagio economico, sociale e professionale al fine del loro recupero lavorativo.

Inoltre, la Fondazione può erogare prestazioni assistenziali ai contribuenti disabili e agli ex contribuenti, se indigenti secondo i criteri e modalità stabiliti con apposito regolamento, qualora essi non usufruiscono in concreto di prestazioni erogate da altri Enti allo stesso titolo.

I figli di contribuenti, obbligatori o volontari viventi, gli stessi contribuenti e i loro coniugi, possono fruire, a pagamento, delle prestazioni e dei servizi sopra descritti.

I contribuenti obbligatori e volontari sono tenuti al versamento dei contributi nella misura e con le modalità deliberate dal Comitato di indirizzo con regolamenti soggetti ad approvazione dei Ministeri vigilanti ai sensi dell'art. 3 comma 2 DL 30 giugno 1994 n.509 e successive modifiche e integrazioni. Per i contribuenti obbligatori l'entità del contributo è rapportata, per ciascun interessato, ad una percentuale della retribuzione di base ed all'anzianità di servizio nei termini previsti dal regolamento.

Contribuenti Obbligatori

Dal 1° gennaio 2007, per effetto della Legge Finanziaria 2007 (art. 1, comma 485 della Legge 296/2006): sono contribuenti obbligatori tutti i Medici Chirurghi e Odontoiatri, i Medici Veterinari e di Farmacisti iscritti ai rispettivi Ordini Professionali italiani che prestano servizio presso gli Enti di cui all'Art. 1 comma 2 D.Lgs. 30 marzo 2001 n.165 (e successive modifiche e integrazioni).

Tali Sanitari dipendenti assolvono l'obbligo mediante trattenuta mensile sullo stipendio a cura dell'Ente presso il quale prestano servizio. Misura del contributo dal 1° gennaio 2008:

- lo 0,34% della retribuzione tabellare annua lorda per i Sanitari in possesso di anzianità complessiva di servizio inferiore o uguale a 5 anni;
- lo 0,38% della retribuzione tabellare annua lorda per i Sanitari in possesso di anzianità complessiva di servizio superiore a 5 anni.

Prestazioni e servizi

La Fondazione assolve il proprio scopo primario erogando le seguenti

prestazioni in favore dei
soggetti assistiti:

1. ammissione in strutture;
2. contributi in denaro di carattere ordinario e/o straordinario;
3. interventi diretti a favorire la formazione;
4. interventi speciali a favore dei disabili di cui alla Legge 5 febbraio 1992 n.104 e successive modifiche;
5. convenzioni con Università, Istituti e Centri di Ricerca;
6. ogni altra forma ritenuta idonea al conseguimento dei fini istituzionali, o a essi strumentale, complementare o comunque connessa.

7.ASPETTI FISCALI NELLA PROFESSIONE MEDICA – ODONTOIATRICA

A cura del dr. Francesco Paolo Cirillo

7.1 Introduzione

L'attività di lavoro autonomo del medico e dell'odontoiatra (libera professione) in forma individuale può essere esplicitata:

- Direttamente nei confronti del paziente destinatario della prestazione;
- A favore di strutture sanitarie private;
- Come extra moenia quando i medici dipendenti dal SSN utilizzano strutture o studi privati per svolgere la libera professione quindi strutture esterne a quella ospedaliera;
- Mediante un rapporto di convenzionamento con le Aziende Sanitarie Locali.

Il medico o l'odontoiatra che esercita attività intramoenia non è tenuto all'apertura della partita IVA ed il reddito è classificabile tra quelli di lavoro dipendente ai sensi dell'art.50 del D.P.R. n. 917/1986. Al contrario, il medico o l'odontoiatra che intende esercitare la libera professione è tenuto agli adempimenti fiscali previsti per legge (denuncia di inizio attività e relative opzioni, tenuta registri contabili, obbligo del rilascio di ricevute, denuncia annuale dei redditi ai fini IRPEF, assoggettamento agli ISA, etc.). In ogni caso, gli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri come tutta la tipologia dei professionisti che operano sia in forma individuale che associata non sono obbligati all'iscrizione alla C.C.I.A.A.

Tra gli adempimenti fiscali a cui deve provvedere il professionista, in primo luogo, si annovera la presentazione all'Agenzia delle Entrate, entro 30 giorni dall'inizio dell'attività, di apposita dichiarazione per ottenere il numero di partita IVA. In determinate e precise condizioni si può ricorrere all'istituto della Prestazione Occasionale anche in assenza di numero di Partita Iva.

La prestazione occasionale non configura alcuna tipologia contrattuale, è di libera natura, ma per la sua assoluta mancanza di clausole oggettive tra datore di lavoro e lavoratore dipendente ha limiti assoluti e non modificabili:

- Non può essere svolta per un periodo superiore a 30gg verso lo stesso committente/datore di lavoro.
- Le prestazioni occasionali comunque svolte, nei confronti dei diversi datori di lavoro, non possono superare l'ammontare complessivo lordo dei 5.000,00 €. La ritenuta d'acconto è calcolata con aliquota del 20% sull'imponibile (€ 4.000,00 netti + € 1.000,00 ritenuta d'acconto); il committente dovrà rilasciare al professionista medico una "certificazione dei redditi e delle ritenute" in cui indicherà l'ammontare complessivo degli importi, e quello delle ritenute d'acconto. Le ritenute d'acconto dovranno essere versate dal committente.

7.2 Richiesta ed attribuzione del numero di P. Iva

Il Codice Civile recita all'art. 2222 che il Lavoratore Autonomo «è la persona che si obbliga a compiere verso un corrispettivo un'opera/servizio con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente».

In questo caso, il Professionista Medico – Odontoiatra è obbligato, come tutti i Professionisti, a chiedere all'**Agenzia delle Entrate l'attribuzione del numero di Partita Iva, attraverso il modello AA9/12.**

La richiesta potrà essere effettuata autonomamente attraverso il sito ufficiale dell'Agenzia delle Entrate o tramite professionisti abilitati (Dottori Commercialisti).

La data di inizio attività non deve per forza coincidere con l'iscrizione all'Ordine, ma solo attraverso la prima prestazione resa al cliente.

Il Codice Ateco varia a seconda dell'Attività Professionale Sanitaria svolta, e cioè:

- Medico di Medicina Generale: 86.21.00
- Medico Specialista: 86.22.09
- Medico Odontoiatra: 86.23.00

Al momento della compilazione della richiesta di attribuzione del numero di

Partita Iva, il professionista dovrà scegliere il Regime Fiscale al quale aderire, **Regime Forfettario o Regime Ordinario.**

7.3 Regime forfettario e Regime Ordinario

❖ *Regime Forfettario*

La Legge di Bilancio 2023 – Legge nr. 197/2022 all'unico articolo, al comma 54, enuncia ulteriori novità in merito a questo regime agevolativo, introdotto con la Legge di Stabilità 2015 – Legge nr. 190/2014 - Articolo 1, commi 54 - 89.

Accesso al Regime

Per poter usufruire di tale regime, il Professionista Medico - Odontoiatra non deve aver conseguito ricavi o percepito compensi superiori ad € 85.000 (€ 65.000 fino all'anno fiscale 2021), nell'anno antecedente all'apertura della partita iva; inoltre non deve aver avuto lavoratori alle proprie dipendenze, sempre nell'anno antecedente, per un importo complessivo non superiore ad € 20.000.

Cause di Esclusione

Vi sono però delle cause ostative per l'accesso a tale regime che vanno ben ponderate:

- la partecipazione a società di persone (s.a.s. – s.n.c.) esclude sempre l'accesso a tale regime, ma si può ovviare predisponendo la cessione di quote attraverso atto notarile entro e non oltre il 31/12, come ha ben chiarito l'Agenzia delle Entrate;

- nelle società di capitali – s.r.l., sia il socio che l'amministratore unico o Presidente del C.d.A., non potrà optare per detto regime.

In entrambi i casi, il professionista Medico - Odontoiatra, socio o amministratore potrà comunque richiedere l'attribuzione del regime forfettario solo se tale società svolge attività economica che non sia riconducibile all'ambito sanitario.

Inoltre, il professionista Medico – Odontoiatra che nell'anno antecedente ha

percepito redditi di lavoro dipendente e/o assimilati di importo superiore ad € 30.000 (vedasi sostituzione di Continuità Assistenziale conferimento di incarico provvisorio di M.M.G. o Specialista Ambulatoriale Odontoiatra a tempo determinato), tranne nel caso in cui il rapporto di lavoro nell'anno precedente sia cessato, non potrà optare per tale regime.

Cause di cessazione

Il regime forfetario cessa di avere applicazione a partire dall'anno successivo a quello in cui viene meno anche uno solo dei requisiti di accesso oppure si verifica una delle cause di esclusione; la Legge di Bilancio 2023 ha però previsto che si possa raggiungere anche la soglia massima di compensi pari ad € 100.000, restando nel regime forfetario solo nell'anno in corso, oppure superando tale ulteriore soglia disapplicando tale regime a partire dalle operazioni effettuate allo sfioramento del tetto.

In sintesi, ipotizzando quale anno d'imposta 2023, si avrà:

- Compensi sino ad € 85.000 -> ok Forfetario 2024
- Compensi sino ad € 100.000 -> ok Forfetario 2023 ma Ordinario nel 2024
- Compensi oltre € 100.000 -> ok Forfetario 2023 sino a compensi entro i 100.000 euro, mentre dai compensi oltre i 100.000 euro regime Ordinario con IVA da pagare in casi particolari. Ordinario nel 2024.

Tassazione

I compensi fatturati dal professionista Medico - Odontoiatra che ha optato per tale regime (si ricorda che per i professionisti – lavoratori autonomi vige il criterio di determinazione del fatturato seguendo il principio di cassa), ricevono un abbattimento “forfetario” pari al 22%, dal quale si evince il reddito imponibile lordo.

A tale reddito imponibile lordo, potranno essere portati in deduzione gli oneri previdenziali versati, nello specifico:

- la quota A versata alla Fondazione ENPAM per tutti gli iscritti all'Ordine;
- la quota B versata alla Fondazione ENPAM, nel caso di attività libero professionale (vedasi Odontoiatri, Medico Dirigente Dipendente che espleta attività in intramoenia);
- il riscatto degli anni di laurea da parte del Dirigente Dipendente attraverso

l'ente INPS o del professionista Medico – Odontoiatra che espleta attività libero professionale attraverso la Fondazione ENPAM.

Al netto di queste ulteriori deduzioni, verrà applicata quindi un'imposta omnicomprendiva del 15% (che scende al 5% solo per i primi cinque anni di applicazione di tale regime). Tale imposta sostituisce quelle previste dal Regime Ordinario, vale a dire IRPEF, addizionali regionale e comunale, Irap (imposta abolita a datare dall'anno 2021).

Il professionista Medico – Odontoiatra è inoltre esonerato dall'obbligo di tenuta delle scritture contabili, fermo restando l'obbligo di tenere e conservare i registri previsti da disposizioni diverse da quelle tributarie.

❖ *Regime Ordinario*

Il professionista Medico – Odontoiatra che non potrà optare per il regime forfettario di cui al paragrafo precedente, sarà soggetto al Regime Ordinario, ricadendo pertanto nel regime di contribuzione che prevede l'assoggettamento alle aliquote IRPEF a scaglioni, così come modificate dalla legge di Bilancio 2022 all'art. 1, comma 2, lettera a.

Compensi

Per i compensi derivanti da attività libero professionale di Medico – Odontoiatra sono esenti dall'imposta IVA ai sensi dell'articolo 10 comma 18 «le prestazioni sanitarie di diagnosi, cura e riabilitazioni rese alla persona nell'esercizio delle professioni ed arti sanitarie soggette a vigilanza, ai sensi Art. 99 T.U. Leggi Sanitarie, regio decreto 27/07/1934 n. 1265 e successive modificazioni con decreti Ministero Salute / Ministero Finanze».

Sentenza 10/09/2002 Corte di Giustizia Europea (Procedimento C - 141/00) «se una prestazione medica viene effettuata in un contesto che permette di stabilire che il suo scopo principale non è quello di tutelare, di mantenere o ristabilire la salute, **ma piuttosto quello di fornire un parere richiesto preventivamente prima di una decisione che produca effetti giuridici, non si applica l'esenzione IVA**».

Successivamente la Direzione Centrale dell'Agenzia dell'Entrate ha recepito la sentenza del 2003 della Corte di Giustizia Europea predisponendo la Circolare

n 4/E /2005, che ha fornito chiarimenti in merito.

In questa circolare vengono espone le prestazioni rese dal in ambito Sanitario, ove vi è l'applicazione dell'Iva, attualmente al 22%.

Nell'ambito di questa situazione necessita focalizzare quali sono, ad oggi, **le prestazioni sanitarie esenti** e cioè:

- Certificato di buona salute,
- Certificato per invio in Colonie estive, o comunità,
- Certificato per esonero da educazione fisica,
- Certificato per dieta personalizzata alle mense scolastiche,
- Certificato per medicina del lavoro,
- Certificato anamnestico per porto d'armi,
- Certificato INPS per cure termali,
- Certificato per ammissione in Case di riposo,
- Certificazione per vaccinazioni,
- Certificato d'idoneità a volare, navigare, partecipare a stage e master,
- Certificato per infortunio soggetto a INAIL,
- Certificato per patenti di guida,
- Certificato per riammissione a scuola dopo malattia, ,
- Certificato di assenza dal lavoro e successiva riammissione in servizio.

Mentre nei seguenti casi vi è applicazione dell'Imposta IVA:

- Certificazione per assegno di invalidità o pensione di invalidità

ordinaria,

- Certificazione per riconoscimento di cause di servizio,
- Prestazioni di Medicina Legale,
- Certificazione ad uso Assicurativo,
- Certificazione peritale,
- Certificazione per inabilità per deroga a riscuotere gli emolumenti di pensione,
- Certificazione per riconoscimento di invalidità civile.

Tale imposta indiretta – IVA, dovrà essere versata in maniera “secca” dal Medico – Odontoiatra in maniera mensile entro il giorno 16 del mese successivo a quello di riferimento (esempio, l’IVA del mese di gennaio va versata entro il 16 febbraio) o trimestrale, attraverso modello F24; qualora si opti per il versamento trimestrale, vi sarà l’addebito di una maggiorazione soltanto dell’1% e le date per il versamento, ad oggi, sono:

1 trimestre		16 maggio
2 trimestre		16 agosto
3 trimestre		16 novembre
4 trimestre		16 marzo anno successivo (Dichiarazione Iva)

La parcella/fattura/ricevuta fiscale deve sempre essere rilasciata all’atto della Prestazione Sanitaria resa, poiché per il Professionista vige sempre il **principio di CASSA, il pagamento potrà avvenire a mezzo contanti, bonifico, POS, assegno.**

Corre l’obbligo evidenziare che a datare dal 01 gennaio 2023 il denaro contante potrà essere utilizzato per i pagamenti non superiori ad € 4.999,99.

La parcella/fattura/ricevuta fiscale dovrà essere sempre emessa in duplice copia

con numerazione progressiva, con l'anno di emissione ed evidenziare sempre l'esenzione da IVA (art. 10 comma 18 DPR 633/72 e successive modificazioni), applicazione di una marca da bollo da € 2,00 se l'importo supera la cifra di € 77,47.

Tassazione

I compensi percepiti nell'anno fiscale, dedotte le spese sostenute ed inerenti l'attività professionale svolta, saranno soggetti a tassazione IRPEF, ai sensi dell'art. 11 del Testo Unico delle Imposte sul Reddito – T.U.I.R., come da aliquota aggiornate ad oggi, e cioè:

REDDITO IMPONIBILE				%
Da	€ 0	a	€ 15.000	23
Da	€ 15.000	a	€ 28.000	25
Da	€ 28.000	a	€ 50.000	35
Da	€ 50.000	a	€	43

Ovviamente, oltre all'imposta IRPEF, dovranno essere versate anche l'Addizionale Regionale e l'Addizionale Comunale.

A differenza del professionista Medico – Odontoiatra in regime forfettario, quello in regime ordinario ha l'obbligo della tenuta delle scritture contabili, istituendo i libri obbligatori dalla normativa vigente in materia, vale a dire il Registro degli Onorari, il Registro degli Acquisti, Libro Iva, il Registro Beni Ammortizzabili (per l'acquisto di beni a fecondità ripetuta, vedasi Autovettura, Riunito, Autoclave ecc.)

Il Medico – Odontoiatra che scelga di svolgere attività da Dirigente Dipendente sia in struttura pubblica (ASL, Presidio Ospedaliero, Struttura Accreditata, Specialista Ambulatoriale) o privata, non dovrà chiedere l'attribuzione della partita iva e sarà soggetto, in maniera fiscale, a pagare le imposte direttamente detratte dalla retribuzione mensile e il committente rilascerà la C.U. – Certificazione Unica entro il mese di marzo dell'anno successivo, per poter predisporre la propria dichiarazione dei redditi.

7.4 Fatturazione Elettronica

Dal 01/01/2019 è obbligatorio, anche per il professionista Medico – Odontoiatra, emettere Fattura Elettronica per le prestazioni di solo alcuni servizi resi.

La Fattura Elettronica emessa in formato XML attraverso appositi programmi specifici, oltre a seguire alcune regole di compilazione, dovrà, come da normativa vigente, essere archiviata e conservata.

Il professionista Medico - Odontoiatra, allo stato attuale, potrà continuare ad emettere parcella/fattura/ricevuta fiscale per visite rese a pazienti privati in “formato cartaceo” stante in essere l’obbligo delle stesse al Sistema Tessera Sanitaria (di cui si focalizzerà nel paragrafo successivo).

Nel momento in cui il Medico - Odontoiatra emette fattura elettronica, per prestazioni sanitarie rese (non a privati), il bollo deve essere indicato nella fattura elettronica «**in modo virtuale**» ma il pagamento dello stesso verrà riscontrato direttamente dall’Agenzia delle Entrate, pagando o con modello F24 con il codice 2501 oppure con addebito diretto sul c/c bancario.

I contribuenti in regime forfettario sono esonerati dall’applicazione della fattura elettronica ma **dal 01 gennaio 2024** anche questi ultimi saranno obbligati all’emissione di fattura elettronica, salvo ulteriori variazioni della normativa attualmente in vigore.

SOGGETTI ESONERATI DALLA FATTURAZIONE ELETTRONICA

- 1 • Medici / Odontoiatri-> **invio fatture private al Sistema Tessera Sanitaria**
- 2 • **Contribuenti Forfettari**

7.5 Sistema Tessera Sanitaria

Il professionista Medico – Odontoiatra in possesso dell'attribuzione di partita iva, sia esso in regime forfettario che ordinario, ha l'obbligo di inviare al famoso "Sistema Tessera Sanitaria" tutte le parcelle/fatture/ricevute fiscali emesse per prestazioni rese a privati cittadini, in modo che questi ultimi possano ritrovare le stesse all'interno del modello 730 precompilato messo a disposizione dall'Agenzia delle Entrate.

Il professionista Medico – Odontoiatra, oltre che all'Amministrazione di appartenenza (in via prioritaria), potrà richiedere le credenziali di accesso al sito www.sistemats.it direttamente all'Ordine dei Medici oppure direttamente on line allo stesso sito.

Il professionista Medico – Odontoiatra non in possesso di partita iva che pertanto rilascia prestazioni occasionali con il solo codice fiscale, dovrà anch'esso inviare i dati di spesa sanitaria; lo stesso dovrà utilizzare l'applicazione che troverà sul sito www.sistemats.it, dove, registrandosi all'Area Riservata, riceverà un identificativo numerico che sostituirà l'attribuzione della Partita Iva e che servirà ovviamente solo per questi Operatori Sanitari che emettono prestazioni occasionali.

All'interno dell'area riservata, selezionando la «**Gestione dati spesa 730**» prima, e poi «**Gestione partita IVA**», il Medico – Odontoiatra sceglierà, ovviamente, l'opzione «**Non in possesso di Partita IVA**» e potrà chiedere il «**Codice Sostitutivo**».

Si ribadisce e si riscontra che questo codice sostitutivo **serve solo e soltanto all'invio delle prestazioni occasionali al Sistema Tessera Sanitaria per i Medici / Odontoiatri che NON sono in possesso del numero di Partita Iva.**

7.6 STP-Società Tra Professionisti

È una società che svolge prestazioni professionali rese dai singoli soci ai sensi della Legge 183/2011 – DM 34/2013.

I soci per i due/terzi devono essere iscritti ad un Ordine Professionale (incluso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri); l'altro terzo può essere anche una persona fisica o una società che partecipi solo come socio di capitale. I soci iscritti ad un Albo Professionale, inoltre, dovranno detenere almeno i due/terzi

anche delle quote sociali.

Il venir meno dei soci iscritti all'Ordine implica lo scioglimento ad horas della STP.

- Necessita una polizza assicurazione / Rischi Professionali;
- Ci deve essere l'osservanza al codice deontologico;
- Possono assumere la veste giuridica di società di persone / capitali / cooperative;
- Nell'ambito della ragione sociale necessita sempre l'espressione «Società tra Professionisti – STP»;
- La STP oltre all'iscrizione all'Agenzia dell'Entrate, alla CCIAA, all'INPS, all'INAIL, deve necessariamente iscriversi alla sezione speciale istituita presso l'Ordine Professionale (Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri), specificando da quali Professionisti è composta ed il nome del Legale Rappresentante, ai sensi dell'art.8-9 DM 34 del 08/02/2013;
- Il reddito prodotto è assimilato a quello di impresa e non di lavoro autonomo (art. 6 e 81 del TUIR);
- Imposte da versare IRES ed IRAP;
- Tassazione dell'utile netto da suddividere al 26%, versando la quota "B" all'ENPAM, ovviamente previa compilazione del famoso modello "D".

Il Prof. F.P. Cirillo riceve gli iscritti presso la sede dell'Omceo di Napoli e Provincia il mercoledì pomeriggio su appuntamento, per maggiori informazioni sul tema fiscale.

AREA MEDICA

Introduzione

Cara e Caro Collega,

per te ora comincia una straordinaria avventura: quella del medico!

La nostra professione non è affatto semplice e spesso dubbi o incertezze sono dietro l'angolo; proprio per questo la Commissione Giovani ha voluto rivedere e aggiornare questo documento che rappresenta una guida pratica per compiere i primi passi nel mondo del lavoro.

Il manuale mira, infatti, ad introdurre i neo-abilitati all'esercizio della professione medica analizzando le principali tematiche che i giovani si trovano a dover affrontare allorquando, terminato il percorso di studi, si intraprende quello professionale e/o di proseguimento della formazione in ambito specialistico o nel settore della medicina generale.

Le informazioni contenute nei seguenti capitoli sono necessarie per avviare un percorso di formazione o di lavoro e per adempiere agli obblighi della nostra professione.

In bocca al lupo e buon lavoro

*Dott. Agostino Buonauro
Consigliere dell'Ordine dei Medici di Napoli
Dott. Luca Scognamiglio
Revisore dell'Ordine dei Medici di Napoli*

8. ACCESSO ALLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE

8.1 Modalità di svolgimento della formazione specialistica

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

Il rapporto del medico in formazione specialistica comporta la frequenza programmata delle attività didattiche formali e lo svolgimento di attività assistenziali funzionali alla progressiva acquisizione delle competenze previste dall'ordinamento didattico delle singole scuole. Ogni attività formativa e assistenziale dei medici si svolge sotto la guida di tutor, designati annualmente dal consiglio della scuola. La formazione implica la partecipazione guidata alla totalità delle attività mediche dell'unità operativa presso la quale è assegnato lo specializzando, nonché la graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolate alle direttive ricevute dal tutor, di intesa con la direzione sanitaria e con dirigenti responsabili delle strutture delle aziende sanitarie presso cui si svolge la formazione. In nessun caso l'attività del medico in formazione specialistica è sostitutiva del personale di ruolo.

8.2 Trattamento economico

Il trattamento economico è corrisposto mensilmente dalle Università presso cui operano le scuole di specializzazione (v. art. 39, D.lgs. n. 368/1999) ed è costituito da una parte fissa, uguale per tutte le specializzazioni e da una parte variabile, ed è determinato annualmente con decreto del Presidente del Consiglio. La parte variabile non può comunque eccedere il 15% di quella fissa, che ammonta attualmente a 22.700,00 euro/anno lordi, mentre quella variabile è di 2300,00 euro/anno per i primi 2 anni e 3300,00 euro/anno dal terzo anno in poi. Tolte le trattenute INPS, lo stipendio netto è pari a circa 1660,00 euro per i primi due anni e a circa 1750,00 per gli anni successivi. Non è prevista la tredicesima. Gli emolumenti derivanti dal contratto, sono esenti dall'IRPEF (v. art. 41, co. 1, D.lgs. n. 368/99), in quanto assimilati ad una borsa di studio, e come tali non soggetti a tassazione per l'imposta sui redditi. È esente anche l'IRAP.

Altre attività consentite

La formazione specialistica si svolge a tempo pieno e al momento dell'iscrizione alle scuole universitarie di specializzazione il medico sottoscrive un contratto annuale di formazione specialistica. Le uniche attività consentite sono quelle previste dalla Legge n. 448/2001 (finanziaria 2002) che, all'articolo 19, comma 11, stabilisce che: "I laureati in Medicina e Chirurgia abilitati, anche durante la loro iscrizione ai corsi di specializzazione o ai corsi di formazione specifica in medicina generale, possono sostituire a tempo determinato medici di medicina generale convenzionati con il SSN ed essere iscritti negli elenchi della guardia medica notturna e festiva e della guardia medica turistica, ma occupati solo in caso di carente disponibilità di medici già iscritti negli elenchi della guardia medica notturna e festiva e della guardia medica turistica". È inibito al medico in formazione l'esercizio di attività libero-professionali ed ogni rapporto convenzionale, precario o di consulenza con il S.S.N. o enti e istituzioni pubbliche o private, anche di carattere saltuario o temporaneo. (v.art. 11, co. 1 del D. M. Salute 7 Marzo 2006).

Qualora il medico specializzando svolga attività non incluse tra quelle

compatibili emettendo regolare fattura, risulterà in regola dal punto di vista fiscale, ma sarà passibile di procedimento amministrativo da parte del suo Ateneo, con possibile risoluzione anticipata del contratto.

Sospensione del contratto (maternità, ferie, malattia)

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

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

Per tutto quanto non previsto dalla normativa sopra esaminata, sarà necessario fare riferimento a quanto stabilito nel Regolamento della Scuola di Specializzazione.

Frequenza presso altre strutture o all'estero

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

Copertura assicurativa

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

8.3 Concorso di Ammissione

La normativa è disciplinata dal D.lgs. n. 368/1999 e s.m.i. Si tratta della normativa italiana che recepisce la direttiva 93/16/Cee che ha disciplinato le condizioni generali e specifiche della formazione, ai fini del reciproco riconoscimento dei titoli e della libera circolazione dei medici nella Unione Europea. La legge n. 128/2013 ("Misure urgenti in materia di Istruzione,

Università e Ricerca”), ha modificato profondamente le procedure per il concorso di ammissione alle Scuole di Specializzazione di Area Medica. Fino al 2013 era prevista una commissione d’esame per ogni Ateneo, a partire dal 2014 il concorso ha un’unica commissione nazionale.

Al concorso possono partecipare tutti i laureati in Medicina e Chirurgia in data anteriore al termine di scadenza per la presentazione della domanda di partecipazione al concorso fissata al successivo art. 5. Il candidato che supera il concorso è ammesso ad accedere alla Scuola a condizione che entro la data di inizio delle attività didattiche, sia in possesso dell’abilitazione all’esercizio della professione di Medico-Chirurgo, ove non ancora posseduta. In caso di abilitazione all’esercizio della professione conseguita all’estero, entro la suddetta data è richiesto il possesso del Decreto di riconoscimento del titolo ai fini dell’esercizio della professione medica rilasciato dal Ministero della Salute. L’Ateneo presso cui il candidato procede ad immatricolarsi ha l’onere di effettuare le necessarie verifiche sul possesso del titolo di abilitazione.

Individuazione delle specializzazioni

L’individuazione delle specializzazioni è demandata ad apposito Decreto del MIUR, da emanarsi annualmente, l’ultimo dei quali risale al 29.09.2017, Decreto n.720, riguardante i contratti di formazione specialistica Medici per l’a.a. 2016-2017 cui si rimanda.

Prove d’esame

A partire dal 2017 la prova è stata così strutturata:

- ❖ Prova unica a graduatoria unica: comune a tutte le tipologie di scuola, prevede la soluzione di 140 quesiti a risposta multipla (5 possibili risposte) su argomenti caratterizzanti il corso di laurea in medicina e chirurgia e argomenti inerenti i settori scientifico-disciplinari di riferimento delle diversetipologie di scuola inerenti il concorso. Per ogni risposta corretta viene assegnato 1 punto, per le risposte sbagliate vengono sottratti 0,25 punti; mentre le risposte non date hanno valore di 0 punti. Al punteggio totalizzato nella prova deve essere aggiunto il punteggio relativo al curriculum accademico

(solo per chi alla data di presentazione della domanda non è già in possesso di un diploma di specializzazione, o ha già un contratto di specializzazione da almeno un anno), il quale si compone di un Massimo di 7 punti così distribuiti:

❖ **Voto di laurea: massimo 2 punti**

- 110 e lode: 2 punti
- 110: 1,5 punti
- da 108 a 109: 1 punto
- da 105 a 107: 0,5 punti

❖ **Media ponderata dei voti degli esami** (corrispondente per i laureati ante509/99 alla media aritmetica) dei voti degli esami sostenuti:

massimo 3 punti

- $\geq 29,5$: 3 punti
- ≥ 29 : 2,5 punti
- $\geq 28,5$: 2 punti
- ≥ 28 : 1,5 punti
- $\geq 27,5$: 1 punto
- ≥ 27 : 0,5 punti

❖ **Punteggi aggiuntivi:** tesi sperimentale: 0,5 punti; dottorato di ricerca in unadisciplina di ambito medico-sanitario.

Il punteggio massimo ottenibile risulta così essere di 147 punti: 140 derivanti dalla soluzione dei quesiti e 7 in riferimento al curriculum.

Formazione della graduatoria

Al termine della prova è costituita un'unica graduatoria nazionale in cui sono ammessi anche i candidati comunitari e non comunitari, secondo l'ordine decrescente del punteggio conseguito, dato dalla somma del punteggio dei titoli e della prova. In caso di parità di punteggio, prevale il candidato che ha ottenuto il maggior punteggio complessivo nella prova di esame, quindi il candidato che ha ottenuto il maggior punteggio relativo al curriculum ed infine il candidato con minore età anagrafica. A seguito della pubblicazione

della graduatoria i candidati potranno esprimere le preferenze di tipologia di scuola e sede. È possibile concorrere per un massimo di 3 Scuole di Specializzazione, che devono essere messe in ordine di preferenza. Per ogni Scuola per cui si vuole concorrere devono essere inoltre indicate le sedi, anche queste in ordine di preferenza. Il funzionamento e lo scorrimento delle graduatorie di ciascuna tipologia di Scuola ai fini dell'iscrizione avvengono secondo le seguenti regole, fasi e limiti, tenuto conto delle specifiche situazioni derivanti dalla copertura dei posti mediante contratti aggiuntivi finanziati da Regioni e Province autonome. L'assegnazione dei candidati alle Scuole segue, in ragione della loro posizione in graduatoria, l'ordine delle preferenze scelte in via preventiva dagli stessi candidati al momento della produzione della graduatoria. Nell'indicare la tipologia o le tipologie di Scuola il candidato accetta anticipatamente di accedere, in ragione della propria posizione in graduatoria, alle tipologie di Scuola preventivamente scelte. All'interno di ogni tipologia di Scuola preventivamente indicata il candidato ha facoltà di scegliere da una sede a tutte le sedi elencate. Nell'indicare la sede o le sedi il candidato accetta anticipatamente di essere assegnato, in ragione della propria posizione in graduatoria, ad ognuna delle possibili sedi preventivamente scelte, ciò al fine di realizzare l'interesse prioritario all'iscrizione alla tipologia di Scuola preventivamente scelta. Nel funzionamento della graduatoria e nell'individuazione delle relative assegnazioni si considera, dunque, in ragione della collocazione in graduatoria, la tipologia di Scuola indicata come prima scelta e all'interno di essa le sedi selezionate secondo l'ordine di preferenza preventivamente scelto. A seguire, e in ordine della preferenza espressa, si considera l'eventuale successiva tipologia di Scuola preventivamente scelta e all'interno di essa la sede o le sedi indicate, secondo l'ordine di preferenza preventivamente scelto. terminate le operazioni di scelta da parte del candidato delle tipologie di scuola e delle sedi di proprio interesse, il Ministero procede alla pubblicazione delle assegnazioni dei candidati alle specifiche scuole presso cui risultano ammessi in ordine di graduatoria. Sono ammessi alle scuole di specializzazione coloro che, in relazione al numero dei posti disponibili, sulla base del punteggio complessivo riportato e sulla base delle scelte di tipologia di scuola e di sede effettuate, si siano collocati in una posizione utile nella graduatoria unica nazionale. Tra i candidati ammessi alle scuole di specializzazione è precluso lo scambio di sede, inoltre

non sono possibili subentri su posti eventualmente rimasti non coperti in conseguenza di mancata immatricolazione o rinuncia da parte dei candidati assegnati o di ogni altra ragione. In ogni caso, i contratti rimasti non coperti in conseguenza di mancata immatricolazione o rinuncia da parte dei candidati assegnati o di ogni altra ragione sono comunque oggetto, compatibilmente con le procedure ministeriali in atto, di riassegnazione nell'ambito del contingente dei contratti di specializzazione per i successivi anni accademici.

9.DOTTRATO DI RICERCA

Definizione

Tra le opportunità professionali del laureato in Medicina e Chirurgia va annoverato il Dottorato di Ricerca, importante (ma non indispensabile) per chi è interessato ad intraprendere la carriera accademica. Il Dottorato di Ricerca venne istituito nel 1980 (cfr. legge 21 febbraio 1980, n.28 e D.P.R. 11 luglio 1980, n.382) come titolo universitario corrispondente (ma non sempre equivalente) al titolo di Ph.D. (Philosophiae Doctor) dei paesi anglosassoni. È un corso universitario di terzo livello (il più alto grado di istruzione previsto nell'ordinamento accademico italiano) che ha lo scopo di formare una figura in grado di padroneggiare strumenti umani, scientifici e metodologici per diventare ricercatore. Il Dottore di Ricerca ha le competenze necessarie per esercitare attività di ricerca di alta qualificazione presso università, enti pubblici o soggetti privati.

Durata

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

Requisiti

Per accedervi è necessario essere in possesso della laurea specialistica/ magistrale o una laurea del vecchio ordinamento oppure di analogo titolo accademico conseguito all'estero, riconosciuto idoneo ai soli fini dell'ammissione.

Attività

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

Frequenza e passaggio di anno

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

Maternità

È garantita la maternità come obbligo di sospensione del dottorato, ovvero della borsa di studio, per 5 mesi ai sensi della Legge 53/2000 e D. Lgs. 51 del 26/03/2001. Può essere praticata una proroga se sussistono condizioni di gravidanza a rischio debitamente certificate. I mesi di sospensione del corso saranno successivamente recuperati.

Incompatibilità

Durante il dottorato è incompatibile la partecipazione ad un master. Secondo la legge 33 del 12 aprile 2002 "Disposizioni in materia di iscrizione contemporanea a due corsi di istruzione superiore" è consentita l'iscrizione contemporanea a un corso di dottorato di ricerca o di master e a un corso di specializzazione medica.

Inquadramento giuridico e borsa di studio

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

Sbocchi professionali

L'acquisizione del titolo di Dottore di ricerca permette di acquisire un punteggio valido sia ai fini della persecuzione della carriera accademica sia per l'inserimento in graduatorie di merito di concorsi e avvisi pubblici.

10. CORSO DI FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE

10.1 Storia del corso di formazione specifica in medicina generale

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

Dal 1° gennaio 1995 il possesso dell’attestato di formazione in Medicina Generale costituisce titolo indispensabile per l’esercizio della medicina generale nell’ambito del SSN. Successivamente nel 1999, il Corso da biennale diventa triennale ed il vecchio attestato viene sostituito con il diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Il primo corso triennale ha inizio con il triennio 2003-2006; in questo contesto la Medicina Generale si colloca a livello specialistico, potendosi paragonare ad una vera e propria specializzazione in medicina generale, nonostante non sia rilasciato dall’autorità accademica.

10.2 Accesso al corso

Il Corso è riservato ai laureati in Medicina e Chirurgia abilitati all’esercizio professionale che siano cittadini italiani o di uno Stato membro dell’Unione Europea.

Ha durata triennale ed è organizzato dalla Regione. L’attivazione del Corso e la determinazione dei posti disponibili per ciascuna Regione avvengono d’intesa tra le Regioni e il Ministero della Salute in relazione al fabbisogno previsto e alle risorse disponibili.

L’ammissione al Corso avviene a seguito di un concorso che si svolge in un unico giorno su tutto il territorio nazionale, fissato dal Ministero della Salute, nelle sedi stabilite da ciascuna Regione. Consta di un’unica prova scritta consistente nella soluzione di quesiti a risposta multipla su argomenti di medicina clinica.

La prova ha la durata di due ore, i punti a disposizione della commissione

sono 100. Ai fini della valutazione della prova a ciascuna risposta esatta è assegnato il punteggio di un punto; nessun punteggio è attribuito alle risposte errate.

10.3 Durata del corso

L'art. 24 del D.Lgs. n. 368/1999, come modificato dal D.Lgs. n.277/2003, prevede che il diploma si consegua a seguito di un corso di Formazione Specifica in Medicina Generale della durata di tre anni.

10.4 Maternità e impedimenti superiori ai 40 giorni

Ai sensi della Legge 53/200 e D. Lgs. 51 del 26/03/2001, l'assenza per maternità è d'obbligo per 5 mesi. La gestante è tenuta a dare comunicazione scritta del suo stato di gravidanza e della data presunta del parto contemporaneamente all'Azienda ASL che cura la propria gestione amministrativa e contabile e al competente Servizio regionale.

Gli impedimenti temporanei superiori ai quaranta giorni lavorativi consecutivi per gravidanza sospendono il periodo di formazione, fermo restando che l'intera sua durata non è ridotta a causa delle suddette sospensioni, ma potrà essere recuperata a fine corso seguendo un piano personalizzato elaborato dai Coordinatori delle attività didattiche.

Le regioni e le province autonome possono prevedere anche ulteriori sedute di esame per i tirocinanti che hanno sospeso la frequenza a seguito di malattia, gravidanza o servizio militare; in tale ipotesi le sedute di esame devono essere indette secondo i criteri di economicità ed opportunità. La borsa di studio non viene erogata per tutto il periodo di sospensione. Qualora il medico intendesse usufruire di un periodo di sospensione inferiore a quello normativamente previsto dovrà consegnare una dichiarazione di "assunzione di responsabilità" al referente amministrativo dell'Azienda ASL che gestisce aspetti amministrativi e contabili.

Nuove tutele sono state introdotte nel 2017 dall'ENPAM per la maternità: più soldi per l'assegno minimo che sfiora i 1200€ per 5 mesi. L'assegno copre i 2 mesi precedenti la data presunta del parto e i tre mesi successivi alla nascita del bambino. A differenza dell'Inps, l'Enpam paga l'indennità anche se non si interrompe l'attività lavorativa.

L'importo minimo garantito per l'anno 2017 è 4958,72 euro a cui si aggiungerà un ulteriore assegno di 1000 euro (indicizzati) per le dottoresse con redditi inferiori a 18000 euro (indicizzati), il che fa arrivare l'indennità minima totale a 6000 euro l'anno, circa 1200 euro al mese.

Per le professioniste con redditi superiori verrà comunque garantita un'indennità pari all'80 % di cinque dodicesimi del reddito professionale dichiarato ai fini fiscali nel secondo anno precedente a quello di gravidanza. L'indennità massima è di 24793,60 euro. Sono stati introdotti anche sussidi per le spese di baby-sitter e nido entro i primi dodici mesi di vita del bambino. Tale beneficio viene concesso una sola volta per ciascun figlio ed è vincolato ad una soglia di reddito.

Gravidanza a rischio

Le professioniste potranno essere tutelate da una copertura specifica, prevista per un massimo di 6 mesi (il periodo rimanente ricade nell'assegno di maternità). L'importo viene stabilito annualmente dal Consiglio di amministrazione dell'Enpam. Questa nuova tutela protegge anche le dottoresse convenzionate con il SSN.

Studentesse in Medicina e Odontoiatria

Le tutele per maternità sono state estese anche alle studentesse universitarie che decideranno di iscriversi alla Fondazione Enpam già a partire dal quinto o sesto anno del corso di laurea. Per queste ultime è previsto un sussidio di importo pari all'indennità minima prevista per ciascuna fattispecie.

Per l'apertura delle iscrizioni all'Enpam che farebbe scattare le garanzie anche alle studentesse, la Fondazione sta attendendo il necessario via libera dei ministeri.

10.5 Frequenza

Il Corso comporta un impegno a tempo pieno dei partecipanti con obbligo di frequenza alle attività didattiche pratiche e teoriche, da svolgersi sotto il controllo delle Regioni (art. 24, comma 2, D.Lgs. 368/1999 e D.Lgs. 277/2003).

10.6 Incompatibilità

Il medico in formazione specifica in Medicina Generale può svolgere gli Incarichi Convenzionali di Medicina Generale previsti dall'Accordo Collettivo Nazionale: Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale ed Emergenza Territoriale.

Secondo la legge 368/99 che regola il corso, storicamente i Medici in Formazione Specifica potevano svolgere solo incarichi di sostituzione di Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale per un tempo non superiore ai 3 mesi/anno. Questa possibilità è stata successivamente estesa, grazie all'Accordo Collettivo Nazionale del 18.6.2020, che prevede il superamento del limite temporale e l'acquisizione di incarichi di sostituzione/maternità o incarichi provvisori di carenze residue. Inoltre, già con l'ACN 2018 era stata eliminata la norma finale che poneva i sostituti con borsa di studio in subordine a quelli senza, ponendo il medico in formazione specifica in medicina generale in posizione subito successiva al medico con diploma nelle graduatorie aziendali di disponibilità.

Grazie inoltre all'art. 9 del Decreto Legge "Semplificazioni" n. 135/18, e successiva integrazione dell'Art 12 comma 4 del D.L. Calabria n. 35/19, dal 2019 è prevista anche la possibilità di assumere, seppur con delle limitazioni, direttamente un incarico di titolarità di Assistenza Primaria o Continuità Assistenziale definito "temporaneo", che permette ai Medici in Formazione di diventare titolare già durante il corso; questo incarico temporaneo verrà poi convertito, al conferimento del diploma di formazione specifica, in un incarico a tempo indeterminato.

È inibito al medico in formazione l'esercizio di attività libero-professionali ed ogni rapporto convenzionale, precario o di consulenza con il SSN o Enti e Istituzioni pubbliche o private, anche di carattere saltuario o temporaneo (art. 11, comma 1, del D.M. Salute 7 marzo 2006).

È esclusa la contemporanea iscrizione o frequenza a corsi di specializzazione o dottorati di ricerca (art. 11, comma 1, del D.M. Salute 7 marzo 2006).

Nell'ipotesi di sostituzione del medico di medicina generale convenzionato con il SSN, non è consentita la sostituzione del proprio tutor (art. 11, comma 3, del D.M. Salute 7 marzo 2006).

In presenza di accertata incompatibilità ne consegue l'espulsione del medico

tirocinante dal corso (art. 11, comma 4, del D.M. Salute 7 marzo 2006).

Le regioni e le province autonome possono organizzare corsi a tempo parziale, la borsa di studio è corrisposta in misura proporzionalmente ridotta, la scelta della formazione a tempo parziale fa decadere ogni preclusione ed incompatibilità, come per i medici ammessi in sovrannumero (secondo la legge 401 del 2000), presente in caso di formazione a tempo pieno: ai medici che optano per tale tipologia di corso è consentito lo svolgimento di ogni altra attività lavorativa, purchè compatibile con i periodi di formazione stabiliti dalla regione o provincia autonoma.

10.7 Termine del corso ed esame finale

Prevede la discussione di una tesi davanti ad una commissione scelta di anno in anno.

Qualora il medico tirocinante non abbia conseguito esito favorevole all'esame finale, può essere ammesso a partecipare nuovamente agli esami nella successiva seduta utile, discutendo una nuova tesi.

La prova finale può essere sostenuta per un massimo di due volte; nel caso il candidato non superi neppure il secondo colloquio è escluso dal corso, ma può partecipare a future selezioni per la formazione specifica in medicina generale (art. 16, comma 4, del D.M. Salute 7 marzo 2006).

10.8 Corso di emergenza territoriale

L'emergenza-urgenza rappresenta a livello nazionale un'area prioritaria di intervento con diversi punti di criticità a cui bisogna rispondere con soluzioni appropriate ed efficaci.

Un obiettivo fondamentale da perseguire è l'integrazione funzionale ed operativa del personale impegnato nel sistema emergenza-urgenza, sviluppando percorsi formativi utili alla condivisione di procedure di gestione del paziente critico. La necessità di conoscenze multidisciplinari in questa area della medicina richiede una specifica preparazione e qualificazione professionale del personale medico addetto al soccorso. Il medico deve essere in grado di garantire una seria ed efficiente professionalità avendo garanzie sulle proprie capacità, in un'attività che viene spesso svolta individualmente. La mission di questa attività, infatti, è profondamente cambiata negli ultimi anni con implicazioni anche medico-legali

non trascurabili.

Il corso di emergenza territoriale è finalizzato all'acquisizione da parte dei medici partecipanti di competenze specifiche per fronteggiare situazioni cliniche di emergenza-urgenza oltre che per l'adozione di un metodo nell'urgenza. Il suddetto corso si distingue, pertanto, dai percorsi formativi previsti in materia. Le possibilità di inserimento lavorativo nel contesto dei Servizi di Emergenza Territoriale sono pressoché immediate a seguito dell'conseguimento dell'idoneità all'esercizio dell'attività medica di emergenza territoriale (118) che avviene mediante appositi corsi.

I Corsi di Formazione per l'idoneità all'esercizio dell'attività medica di emergenza territoriale (118) sono istituiti presso le Aziende Sanitarie Locali sedi di Centrale Operativa 118, tali corsi costituiscono un titolo di accesso per le attività di 118 su tutto il territorio nazionale. La Direzione dei Corsi è affidata al Responsabile della Centrale operativa 118 insita nel territorio dell'ASL, con una frequenza legata alle carenze di personale, medico indicate dallo stesso. I bandi sono consultabili sui siti delle A.S.L., pubblicati cadenza annuale.

Possono presentare domanda di ammissione al corso i medici che siano in possesso della cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o della cittadinanza in uno dei Paesi dell'Unione Europea con i seguenti requisiti:

- a) possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia e iscrizione, alla data di scadenza dell'avviso, all'Albo Professionale;
- b) appartenere alle seguenti categorie, secondo l'ordine di precedenza definito dal citato art. 96 dell'A.C.N.:
 1. medici già incaricati nei servizi di Continuità Assistenziale residenti nella A.S.L. che emana il bando, secondo l'anzianità di incarico;
 2. medici già incaricati nei servizi di Continuità Assistenziale residenti nelle AA.SS.LL. limitrofe, secondo l'anzianità di incarico;
 3. medici incaricati nei servizi di Continuità Assistenziale presso le altre AA.SS.LL. della Regione Campania, secondo l'anzianità di incarico;
 4. medici residenti nell'A.S.L. che emana il bando, secondo l'ordine di inserimento nella graduatoria regionale in vigore;

5. medici residenti in altre AA.SS.LL. secondo l'ordine di inserimento nella graduatoria regionale in vigore.

Ai corsi possono partecipare in via subordinata i medici non iscritti nella graduatoria regionale di medicina generale con esclusione dei medici frequentanti il corso formativo triennale regionale per la medicina di generale e le scuole di specializzazione, con priorità per i residenti nella ASL che emana il bando.

Il corso è articolato in due tempi, per un orario complessivo di 406 ore, di cui n. 106 di formazione teorica e n. 300 di formazione pratica e l'intera durata del Corso deve essere compresa tra non meno di quattro e non più di sei mesi. Il progetto formativo teorico si articola su obiettivi didattici relativi agli Aspetti Relazionali, Cognitivi e Gestuali. Tali obiettivi formativi saranno realizzati in tre moduli:

- 1° modulo, relativo prevalentemente ad aspetti relazionali, della durata di 8 ore, riguarda le tematiche Medico legali e tecnico organizzative;
- 2° modulo, relativo prevalentemente ad aspetti cognitivi teorici di natura specialistica, della durata di ore 18, verte sulle patologie che stanno alla base delle situazioni critiche che richiedono interventi urgenti;
- 3° modulo, relativo prevalentemente ad aspetti cognitivo- gestuali di assistenza e monitoraggio del paziente critico e gli addestramenti in situazione simulata (Corsi BLS, PBLSD, ALS, ATLS, PTC)

Il Tirocinio Pratico, della durata di 300 ore, si articola in turni prevalentemente diurni, raramente notturni, secondo un percorso formativo individuale, durante le attività il medico corsista è guidato da medici "TUTOR", tali attività si svolgono presso le UU.OO. di terapia intensiva polivalente, sala operatoria, sala parto, U.T.I.C., centrale operativa 118, mezzi di soccorso 118 e pronto soccorso. La frequenza del corso è obbligatoria. Un numero di assenze superiori a 10 ore per la parte teorica comporta l'esclusione dal corso. È richiesto, ai fini dell'ammissione alla valutazione finale, il recupero delle ore di tirocinio pratico non effettuate, prevedendosi il limite massimo di 30 ore di assenze complessive di tirocinio pratico oltre le quali vi è l'esclusione del corso.

È prevista una quota di iscrizione a copertura delle spese di organizzazione, utilizzo dei DPI e gestione del corso, comprensiva delle quote per la certificazione dei corsi dell'area dell'emergenza effettuati nelle esercitazioni

(BLS, PBLSD, ALS, ecc.).

Il corso si conclude con un giudizio di idoneità o non idoneità che viene espresso da una apposita commissione aziendale, a seguito di una prova consistente in un colloquio, strutturato anche sulla base del profilo valutativo di ciascun candidato, al quale sono ammessi coloro che hanno frequentato il numero di ore previsto e che abbiano superato positivamente le singole fasi del percorso formativo; il mancato superamento degli addestramenti in situazione simulata preclude la partecipazione alla valutazione finale.

Al candidato risultato idoneo sarà rilasciato un apposito attestato. Il candidato valutato non idoneo può ripetere il corso una sola volta.

In tale sede ci sentiamo di sconsigliare l'esercizio dell'attività medica in contesti di emergenza territoriale se non adeguatamente formati in tal senso, col conseguimento dell'attestato in quanto diversamente si potrebbe incorrere in esclusioni dalla copertura assicurativa.

11. ESERCIZIO PROFESSIONALE MEDICO: PERCORSI LAVORATIVI

11.1 Libera professione

L'esercizio autonomo di tutte le professioni intellettuali – quindi anche di quelle di medico chirurgo e di odontoiatra – è disciplinato dagli artt. 2229-2238 del codice civile, che si riferiscono, appunto, allo svolgimento di un'attività professionale sotto forma di libera professione. Il professionista che sceglie questa forma assume a proprio esclusivo carico il rischio e l'onere economico dell'attività stessa, instaurando rapporti di carattere fiduciario con i clienti, i quali possono in qualunque momento recedere dal contratto, con l'unico obbligo di rimborsare al professionista le spese sostenute e di corrispondergli il compenso per l'opera svolta.

Studio Medico o Odontoiatrico libero professionale

Lo studio medico e lo studio odontoiatrico sono l'ambiente in cui svolge la propria attività il professionista abilitato, ed è caratterizzato dalla prevalenza del suo apporto professionale ed intellettuale rispetto alla disponibilità di beni, strumenti e accessori. Questa definizione non è prevista da una specifica norma di legge, ma è una elaborazione della dottrina e della giurisprudenza. In linea di principio lo studio medico non dovrebbe aver bisogno di una specifica autorizzazione, proprio perché l'elemento principale ed esclusivo del suo funzionamento è il professionista, il quale è in possesso dell'abilitazione a svolgere la professione di medico chirurgo o di odontoiatra. Viceversa, l'ambulatorio o la struttura sanitaria hanno bisogno, per poter funzionare, di una apposita autorizzazione, in quanto si tratta di un'organizzazione complessa di lavoro, beni e servizi.

Proprio in virtù del concetto di cui sopra, per molti anni agli studi medici ed odontoiatrici non è stato imposto alcun obbligo autorizzativo, in quanto non rientranti fra le strutture soggette ad autorizzazione ai sensi del Testo Unico delle Leggi Sanitarie. Tuttavia, a seguito della riforma sanitaria del 1999, è stata prevista la necessità dell'autorizzazione per gli studi medici ove si eseguono prestazioni di particolare complessità o che comportano un rischio per la sicurezza del paziente, per gli studi odontoiatrici e per gli studi dedicati

ad attività diagnostiche svolte in favore di terzi. La definizione dei requisiti e degli standard per distinguere gli studi soggetti ad autorizzazione e quelli non soggetti è stata attribuita alla competenza delle Regioni.

Particolari obblighi di denuncia e di osservanza delle disposizioni vigenti incombono, poi, anche al titolare di uno studio privato, in relazione alla detenzione di apparecchi radiologici o di sostanze stupefacenti.

E' buona norma che un medico che si appresti ad aprire uno studio privato valuti preventivamente gli oneri finanziari di primo impianto e i costi di gestione relativi ai locali, agli arredi, allo strumentario e alle apparecchiature (e alla loro manutenzione e ammortamento), al personale ausiliario, alle utenze per i vari servizi (telefono, luce, gas, acqua), alle spese condominiali ecc., nonché le implicazioni pratiche e gli obblighi di legge che discendono da questa iniziativa "imprenditoriale".

Il medico che impieghi nel proprio studio lavoratori dipendenti o altri collaboratori, oltre ad osservare le norme di legge e contrattuali che ne regolano i rapporti di lavoro, deve adottare tutte le misure necessarie per garantirne la sicurezza e tutelarne la salute. In particolare, è obbligato all'osservanza delle norme previste dal D.Lgs. 19 settembre 1994, n. 626.

Attualmente l'intera materia è regolamentata dal D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, attuativo dell'art. 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. La normativa di cui trattasi costituisce, in sostanza, il riordino ed il coordinamento di tutte le disposizioni sulla sicurezza dei lavoratori nell'ambito di un unico testo normativo.

Rinviando alle pubblicazioni e normative (nazionali e regionali) specifiche l'esame generale della complessa materia, si ricorda che con la citata normativa si è inteso garantire il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, anche con riguardo alle differenze di genere, di età e alla condizione delle lavoratrici e dei lavoratori immigrati. L'autorizzazione sanitaria all'esercizio della professione in una data struttura è personale e non cedibile a terzi. Il professionista autorizzato sarà l'unico a poter emettere fatture al paziente sebbene potrà avvalersi dell'ausilio di collaboratori occasionali o colleghi dipendenti.

11.2 Medicina convenzionata (MMG-Pediatria di famiglia)

Per garantire l'erogazione dell'assistenza medica di base il SSN si avvale, essenzialmente, di medici convenzionati, stabilmente inseriti nell'organizzazione distrettuale delle ASL, il cui rapporto di lavoro autonomo è regolamentato dagli appositi accordi collettivi nazionali (ACN) previsti dall'art. 8, comma 1, del D.Lgs. n. 502/1992 e stipulati da una delegazione delle Regioni, assistita dal Ministero della Salute, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Gli ACN, aventi validità quadriennale per la parte normativa e biennale per quella economica, disciplinano, in primo luogo, il rapporto di convenzione dei medici di fiducia, preposti sia alla assistenza di medicina generale (medico di medicina generale) sia a quella pediatrica di base (pediatra di libera scelta). L'attività di entrambe queste categorie trae origine e fondamento dalla libera scelta del paziente, ed ha l'obiettivo di assicurare le cure primarie, rivolgendo particolare attenzione alla prevenzione, ma anche di fungere da filtro dei bisogni espressi dall'assistito, perseguendol'appropriatezza e l'economicità nell'accesso alle cure secondarie (mediante la scelta tra le diverse opzioni assistenziali offerte dal SSN), tenendo sempre presente la disponibilità, necessariamente limitata, delle risorse finanziarie necessarie.

Il sopra citato art. 8 stabilisce i criteri che devono presiedere alla stipula degli ACN, confermando alcuni istituti tradizionali del rapporto di convenzione dei medici di fiducia (rapporto ottimale, massimale delle scelte, modalità di accesso alla convenzione, etc.) ma introducendone di nuovi, come i livelli di spesa programmata, da concordare in sede regionale attraverso ulteriori accordi; o come la struttura della retribuzione non più rigidamente uniforme sul piano nazionale, che comporta, accanto alla quota capitaria fissa per assistito, la possibilità di incrementi della medesima derivanti dagli accordi regionali in relazione sia al rispetto dei tetti di spesa programmata sia a prestazioni e attività aggiuntive non contemplate dall'ACN.

I criteri anzidetti hanno, altresì, sancito l'unitarietà del sistema assistenziale facente capo alla medicina generale erogata a livello territoriale – comprendente l'assistenza primaria, assicurata dal medico di fiducia; la

continuità assistenziale, garantita dai medici del servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica) notturna e festiva; la medicina dei servizi, e l'emergenza territoriale assicurate mediante sanitari convenzionati – dando luogo così alla stipula di accordi nazionali a carattere unitario.

La regolamentazione attuale dei rapporti con i medici di medicina generale è sostanzialmente ancora dettata dall'ACN sottoscritto il 20 gennaio 2005. I successivi accordi hanno in pratica mantenuto la disciplina in essere, con aggiornamenti riguardanti specificamente gli aspetti economici (vedi l'accordo collettivo del 10 marzo 2010). Tale accordo ha introdotto anche novità di carattere sostanziale, come l'avvio del sistema delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP). Le UCCP rappresentano il modello organizzativo e funzionale delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (ATF) e sono costituite da medici convenzionati delle cure primarie e da altri operatori sanitari ed amministrativi. Tali UCCP hanno un delegato che le rappresenta, operano in unica sede o hanno una sede di riferimento in ambito intra-distrettuale e si coordinano con la ASL attraverso il distretto di appartenenza. Esse hanno come obiettivi: perseguire il coordinamento funzionale con i servizi e le attività del Distretto di riferimento mediante i medici convenzionati, i medici della continuità assistenziale, gli specialisti convenzionati e altri operatori socio-sanitari; rapportarsi, oltre che con il Distretto, con l'ospedale e gli altri poli della rete integrata; realizzare un processo organizzativo che garantisce assistenza sanitaria di base e diagnostica di 1° livello, realizzando la continuità assistenziale 24 ore su 24, 7 giorni su 7; l'integrazione con i servizi sanitari di secondo e terzo livello con particolare attenzione ai pazienti cronici; utilizzare nelle località logisticamente disagiate gli strumenti della telemedicina per la gestione del paziente; dotarsi di supporti tecnologici ed informativi in grado di collegare tra loro i professionisti che vi operano e di scambiare dati con i poli di riferimento; sviluppare la medicina d'iniziativa al fine di promuovere la prevenzione, l'educazione e l'informazione sanitaria.

E' stato, inoltre esteso il sistema della incompatibilità prevedendo l'esclusione anche degli iscritti negli elenchi dei medici specialisti ambulatoriali convenzionati, oltre gli iscritti negli elenchi dei pediatri di libera scelta.

E' interessante notare che l'ultimo accordo ha previsto anche l'implementazione del cosiddetto "patient summary" facente parte del fascicolo elettronico, il quale deve contenere le informazioni generali relative al paziente, una sintesi delle informazioni sanitarie più importanti (allergie, cure precedenti, vaccinazioni, eventi chirurgici, patologie in corso, dispositivi medicali, etc.) e una sintesi dei trattamenti in corso.

L'ACN è poi caratterizzato da tre livelli di negoziazione: nazionale, regionale ed aziendale che devono risultare coerenti con il quadro istituzionale definito dal nuovo titolo V della Costituzione (in sostanza le competenze sanitarie attribuite alle Regioni).

Il livello di negoziazione nazionale si svolge attorno ad aspetti di ordine generale quali, ad esempio:

- la definizione dei compiti e delle funzioni del personale sanitario convenzionato, a partire dall'attuazione dei livelli essenziali di assistenza;
- la dotazione finanziaria a disposizione dei tre livelli di negoziazione per gli incrementi da riconoscere al personale sanitario convenzionato in occasione del rinnovo contrattuale;
- la responsabilità delle istituzioni, Regioni e Aziende sanitarie, nei confronti della piena applicazione dell'ACN.

Il livello di negoziazione regionale, Accordo Integrativo Regionale, definisce obiettivi di salute, modelli organizzativi e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale.

Il livello di negoziazione aziendale, Accordo Attuativo Aziendale, specifica i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale.

11.3 Medicina specialistica ambulatoriale

Nell'ambito della tutela costituzionale della salute del cittadino, intesa quale fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, il Servizio Sanitario Nazionale demanda al livello "dell'assistenza specialistica distrettuale" il compito di corrispondere ad ogni esigenza di carattere specialistico che non richieda e/o tenda ad evitare la degenza ospedaliera, in

una logica di integrazione con l'assistenza di medicina generale e di apporto e di interconnessione con quella ospedaliera e degli altri servizi.

Nell'Accordo si riconosce che gli specialisti ambulatoriali sono parte attiva e qualificante del SSN, integrandosi nell'assistenza primaria attraverso il coordinamento con le altre categorie di erogatori ammesse ad operare sul territorio e nel distretto e presso le strutture accreditate ed extraospedaliere per l'espletamento, secondo modalità di accesso ed erogative uniformi, di tutti gli interventi volti alla prevenzione, alla diagnostica di laboratorio, alla diagnosi, alla cura ed alla riabilitazione, nel rispetto delle relative competenze professionali.

Nel processo di razionalizzazione del SSN, realizzato con il D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni finalizzate a garantire ai cittadini un sistema sanitario caratterizzato dall'equità ma anche dall'efficienza operativa e dall'efficacia dei risultati, gli specialisti ambulatoriali partecipano al rinnovamento del sistema sanitario assicurando:

- un rapporto coordinato con la dirigenza e con tutte le altre attività delle strutture operative delle Aziende sanitarie;
- la disponibilità a concorrere attivamente al decentramento dell'offerta di prestazioni specialistiche;
- un'attività flessibile per la pluralità dei servizi, delle sedi di lavoro e la variabilità degli orari;
- un corretto e conveniente rapporto costi/benefici a favore dell'utenza e del SSN.

Il livello dell'assistenza specialistica territoriale risponde in ogni branca specialistica alla domanda dell'utenza in modo tale da partecipare al processo di deospedalizzazione dell'assistenza contribuendo all'umanizzazione del rapporto assistenziale, al mantenimento del paziente nel proprio luogo di vita, alla eliminazione degli sprechi, alla riduzione dei tempi di attesa e alla minimizzazione dei costi.

La flessibilità e la territorialità dell'impegno come aspetti caratteristici del rapporto di lavoro disciplinato dall'Accordo divengono strumenti incisivi per abbattere, insieme agli altri operatori sanitari, le "disuguaglianze nei confronti della salute" per quanto riguarda in particolare l'accesso ai sistemi di cura. Il medico specialista che aspiri a svolgere la propria attività professionale nell'ambito delle strutture del SSN, in qualità di sostituto o

incaricato, deve inoltrare, entro e non oltre il 31 gennaio di ciascun anno – a mezzo raccomandata A/R o mediante consegna diretta al competente ufficio del Comitato zonale nel cui territorio di competenza aspiri ad ottenere l'incarico con apposita domanda redatta come da modello Allegato B del Contratto.

La domanda deve contenere le dichiarazioni, rese ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, atte a provare il possesso dei titoli professionali conseguiti fino al 31 dicembre dell'anno precedente elencati nella dichiarazione stessa, e deve essere in regola con le norme vigenti in materia di imposta di bollo.

Alla scadenza del termine di presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria, pena la nullità della domanda stessa e di ogni altro provvedimento conseguente, l'aspirante deve possedere i seguenti requisiti:

- essere iscritto all'Albo professionale;
- possedere il titolo per l'inclusione nelle graduatorie delle branche principali della specialità medica previste nell'allegato A del Contratto. Il titolo è rappresentato dal diploma di specializzazione o dall'attestato di conseguita libera docenza in una delle branche principali della specialità.

La domanda di inclusione in graduatoria deve essere rinnovata di anno in anno e deve contenere le dichiarazioni concernenti i titoli accademici o professionali che comportino modificazioni nel precedente punteggio a norma dell'allegato A del contratto.

Il Comitato di cui all'art. 24, ricevute le domande entro il 31 gennaio di ciascun anno, provvede, entro il 30 settembre, alla formazione di una graduatoria per titoli, con validità annuale, per ciascuna branca specialistica, secondo i criteri di cui all'allegato A, parte seconda, del contratto per i medici specialisti ambulatoriali.

Il Direttore Generale dell'Azienda ove ha sede il Comitato di cui all'art. 24 ne cura la pubblicazione mediante affissione all'Albo aziendale per la durata di 15 giorni e, contemporaneamente, le inoltra ai rispettivi Ordini e al Comitato zonale, ai fini della massima diffusione.

Entro 30 giorni dalla pubblicazione gli interessati possono inoltrare, mediante raccomandata A/R, al Comitato zonale, istanza motivata di riesame della loro posizione in graduatoria. Le graduatorie definitive predisposte dal Comitato zonale sono approvate dal Direttore Generale dell'Azienda e inviate alla Regione che ne cura la pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione

entro il 31 dicembre di ciascun anno.

La pubblicazione costituisce notifica ufficiale agli interessati e alle Aziende. L'Assessorato regionale alla sanità cura l'immediato invio del Bollettino Ufficiale agli Ordini interessati e alle Aziende sedi dei Comitati zonali.

Le graduatorie hanno effetto dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo alla data di presentazione della domanda.

Per quanto concerne l'Accordo Collettivo Nazionale che disciplina i rapporti dei medici specialisti ambulatoriali con il Servizio Sanitario Nazionale, i riferimenti normativi sono l'art. 48 della L. n. 833/1978 e l'art. 8 del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni.

Gli ultimi passaggi contrattuali sono quelli dell'ACN del 23 marzo 2005 integrato con l'ACN del 29 luglio 2009 e, per quanto riguarda particolarmente la parte economica, l'ACN dell'8 luglio 2010.

Anche per quanto riguarda gli specialisti ambulatoriali è stata istituita la figura del referente delle Unità Complesse delle Cure Primarie, scelto tra i medici dell'Unità complessa in rapporto di convenzionamento con il SSN da almeno cinque anni.

Anche per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale sono previsti i tre livelli di negoziazione (nazionale, regionale ed aziendale) con le seguenti caratteristiche:

Il livello di negoziazione nazionale si svolge attorno ad aspetti di ordine generale quali ad esempio:

- la definizione dei compiti e delle funzioni del personale sanitario convenzionato, a partire dall'attuazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza;
- la dotazione finanziaria complessiva a disposizione dei tre livelli di negoziazione per gli incrementi da riconoscere al personale sanitario convenzionato in occasione del rinnovo contrattuale;
- la responsabilità delle istituzioni, Regioni e Aziende sanitarie, nei confronti della piena applicazione dell'ACN.

Il livello di negoziazione regionale, Accordo Integrativo Regionale, definisce obiettivi di salute, modelli organizzativi e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale.

Il livello di negoziazione aziendale, Accordo Attuativo Aziendale, specifica i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari

all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale.

11.4 Medici Dipendenti

La dirigenza "medica": evoluzione a partire dalla istituzione del SSN

La vigente disciplina in tema di rapporto di dipendenza è la conseguenza dell'evoluzione che si è verificata a partire dal momento dell'entrata in vigore della Legge n. 833/1978 che disponeva l'inquadramento dei medici e degli odontoiatri su tre livelli giuridici ed economici e cioè, alternativamente, come:

- Primario / Dirigente / Direttore (posizione apicale);
- Aiuto corresponsabile ospedaliero / Coadiutore sanitario / Vicedirettore (posizione intermedia);
- Assistente medico / Ispettore sanitario (posizione iniziale).

Successivamente il D.Lgs. n. 29/1993, in deroga a quanto disposto per la gran parte della dirigenza pubblica:

- aveva previsto, per la dirigenza del ruolo sanitario degli Enti del comparto sanità, le figure di dirigente di I e di II livello, in relazione anche alle indicazioni dell'art. 15 del D.Lgs. n. 502/1992 che ne aveva peraltro definito le relative funzioni;
- aveva stabilito che ciascun dirigente dovesse essere chiamato ad assumere specifica responsabilità ed essere verificato da appositi servizi di controllo interni o nuclei di valutazione.

Per i due livelli della dirigenza il D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni aveva previsto l'inquadramento:

- al I livello dirigenziale dei dirigenti già inquadrati nelle posizioni funzionali "iniziale" e "intermedia";
- al II livello dirigenziale dei dirigenti già in possesso di posizione funzionale "apicale".

Attualmente, in relazione al combinato disposto del D.Lgs. n. 229/1999 e del D.Lgs. n. 254/2000:

1. La dirigenza va collocata in un unico ruolo e in un unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali.

2. I singoli dirigenti assumono la denominazione di:
 - “direttore”, se incaricati della responsabilità di struttura complessa;
 - “responsabile”, se incaricati della responsabilità di struttura semplice;
 - “dirigente”, se incaricati solo di responsabilità “professionale”
3. Alla dirigenza si applicano anche le norme del D.Lgs. n. 165/2001, in quanto compatibili.
4. L'attività dei dirigenti è caratterizzata dall'autonomia tecnico-professionale i cui ambiti di esercizio, tramite obiettivi momenti di valutazione e verifica, sono progressivamente ampliati; essa è esercitata, con le connesse responsabilità, nel rispetto della collaborazione multiprofessionale e nell'ambito di indirizzi operativi e programmi di attività promossi, valutati e verificati a livello dipartimentale e aziendale.
5. Il singolo dirigente è responsabile del risultato dei programmi concordati anche se richiedente un impegno orario superiore a quello contrattualmente definito; allo stesso:
 - sono attribuiti, all'atto della prima assunzione, compiti professionali con precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del responsabile della struttura e funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività correlate alle funzioni attribuite;
 - sono attribuibili, con cinque anni di attività con valutazione positiva, funzioni di natura professionale anche di alta specializzazione, consulenza, studio e ricerca, ispettive, di verifica e di controllo e incarichi di direzione di struttura semplice;
 - sono attribuite, con incarico di direzione di struttura complessa, accanto alle funzioni rientranti nelle competenze professionali, funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi, nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, con diretta responsabilità dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite.
6. Tutti gli incarichi sono “temporanei”.

7. Tutte le strutture di cui erano responsabili dirigenti di II livello si configurano come strutture complesse.
8. La responsabilità di “direttore di dipartimento” è attribuibile solo ai direttori di struttura complessa ed è aggiuntiva di quest’ultima.

La Legge 26 maggio 2004, n. 138 ha rimosso il vincolo imposto dal D.Lgs. n. 229/1999 secondo il quale l’esclusività del rapporto di lavoro era *conditio sine qua non* per aspirare all’incarico di direzione di struttura.

Procedure preordinate alla instaurazione del rapporto di dipendenza

Le disposizioni dei Decreti Legislativi n. 229/1999 e n. 254/2000 precisano che:

- alla dirigenza sanitaria si accede tramite pubblico concorso, per titoli ed esami, disciplinato ai sensi del D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 483;
- gli incarichi di direzione di struttura complessa sono attribuiti con le modalità stabilite dal D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484, salvo quanto disposto dall’art. 15ter, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992 come modificato dal D.Lgs. n. 229/1999 per quanto attiene la composizione della commissione cui spetta verificare l’idoneità degli aspiranti all’incarico da conferire.

Procedura per la costituzione del rapporto di dipendenza a tempo indeterminato

I concorsi pubblici per l’assunzione con rapporto di lavoro a tempo indeterminato si svolgono su posti vacanti del livello unico di dirigente medico o odontoiatra; il relativo approfondimento è effettuato con riferimento a:

- requisiti di ammissione;
- composizione delle commissioni esaminatrici e valutazione dei titoli;
- svolgimento e valutazione delle prove d’esame;
- formulazione della graduatoria di merito e sua validità.

I requisiti per l’ammissione ai concorsi sono:

- possesso della cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, ovvero di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- possesso dell'idoneità fisica all'impiego, da accertare prima della immissione in servizio;
- possesso della laurea in medicina e chirurgia, per i posti del profilo professionale "medici" e della laurea in odontoiatria e protesi dentaria ovvero di quella in medicina e chirurgia con legittimazione all'esercizio della professione di odontoiatra, per i posti del profilo professionale "odontoiatri";
- possesso della specializzazione nella disciplina oggetto del concorso, in disciplina equipollente o affine per i posti del profilo professionale "medici" e in una disciplina qualsiasi tra quelle indicate per i posti del profilo professionale "odontoiatri", sempre che la stessa non sia stata utilizzata per esercitare la professione di odontoiatra;
- iscrizione all'Albo dei medici chirurghi ovvero degli odontoiatri. Per i cittadini di uno dei Paesi dell'Unione Europea in aggiunta al possesso dell'iscrizione all'Albo della rispettiva nazione, alla data di scadenza del bando si impone l'iscrizione all'Albo in Italia prima dell'assunzione in servizio.

Per quanto concerne i titoli di ammissione si rileva ulteriormente che:

- tutti i requisiti vanno posseduti alla data di scadenza del bando;
- non possono accedere agli impieghi coloro che siano stati esclusi dall'elettorato attivo nonché coloro che siano stati dispensati dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per aver conseguito l'impiego mediante la produzione di documenti falsi o viziati di invalidità non sanabile;
- non sono più previsti limiti massimi di età; per l'età minima si fa riferimento a quella che "consacra" maggiorenni;
- sono esentati dal possesso della specializzazione nella disciplina a concorso i titolari, al 18 gennaio 1998, di posto di ruolo nella stessa;
- per l'equipollenza o l'affinità tra la specializzazione in possesso di ciascun istante e la disciplina del posto a concorso si fa riferimento ai Decreti ministeriali (Sanità) rispettivamente in data 30 e 31 gennaio 1998 e succ. mod. e int.

Il rapporto di lavoro dei medici dipendenti

Il rapporto di lavoro dei medici dipendenti è disciplinato, come per tutti i lavoratori del pubblico impiego, sostanzialmente dal D.Lgs. 165/2001 (trovano applicazione, ovviamente, i principi del Codice civile, capitolo I, Titolo II, Libro V), da normative speciali riguardanti i dipendenti delle singole amministrazioni pubbliche e, principalmente, dai Contratti Collettivi. Per quanto riguarda, in particolare, i medici dipendenti, il Contratto Collettivo Nazionale prevede un'area contrattuale autonoma all'interno dell'area della dirigenza del comparto della sanità, della sub-area della dirigenza medica e veterinaria.

Il trattamento economico fondamentale ed accessorio è definito dal CCNL che definisce anche i trattamenti economici accessori collegati alla produttività individuale e a quella collettiva, in relazione all'apporto di ciascun dipendente, nonché all'effettivo svolgimento di attività particolarmente ed obiettivamente disagiate, ovvero pericolose o dannose per la salute.

I contratti collettivi nazionali hanno validità quadriennale per quanto attiene la parte normativa e validità biennale per la parte economica.

12. L'ASSICURAZIONE NELLA PROFESSIONE MEDICA

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

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

Sono, altresì, rivisitate le modalità e le caratteristiche dei procedimenti giudiziari aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria, nonché gli obblighi di assicurazione. In estrema sintesi, il cittadino che si sente parte lesa farà valere - in concreto - i propri diritti di risarcimento nei confronti dell'Azienda in cui lavora il medico. L'onere della prova, in questo caso, è a carico dell'Azienda stessa; ribaltato è, invece, l'onere della prova laddove il paziente agisca direttamente nei confronti del singolo professionista sanitario. L'art. 7, in particolare, definisce la responsabilità civile del medico e della struttura sanitaria stabilendo, al comma 1, che “la struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose”. In altre parole, rimane in capo alla struttura sanitaria una responsabilità di natura contrattuale, anche in relazione alle prestazioni sanitarie svolte dai medici in regime di libera professione intramuraria, in regime di convenzione col SNN e attraverso la telemedicina. Extra-contrattuale, invece, diventa la natura del rapporto tra paziente e singolo medico, a meno che quest'ultimo non svolga un'attività professionale di tipo privatistico svincolata da rapporti di collaborazione con strutture sanitarie. In definitiva la riforma intende spostare il rischio sul soggetto maggiormente

capiente (l'Azienda Sanitaria - sia essa pubblica o privata), a vantaggio tanto dell' esercente la professione sanitaria, il quale risponde solo dei danni integralmente provati dal paziente (art. 7 comma 3, ex art. 2043 cod. civ.), quanto del paziente medesimo che viene invitato ad agire contro chi più facilmente può ristorare i danni.

Su questi presupposti gli obblighi assicurativi investono le Aziende sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private, anche per i danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture medesime. Vige altresì l'obbligo, per le suddette strutture, di stipulare una ulteriore polizza assicurativa per la copertura della responsabilità extra-contrattuale verso terzi (ex art. 2043 c.c.) degli esercenti le professioni sanitarie, per l'ipotesi in cui il danneggiato esperisca azione direttamente nei confronti del professionista (articoli 10 e 11).

Al comma 2 dell'art 10 si stabilisce invece che, “per l' esercente la professione sanitaria che svolga la propria attività al di fuori di un'azienda, struttura o ente di cui al comma 1 del presente articolo, resta fermo l'obbligo di cui all'articolo 3, comma 5, lettera e), del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, dall'articolo 5 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 2012, n. 137, e dall'articolo 3, comma 2, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189”. L'articolo stabilisce, quindi, come già anticipato, che il medico che svolge la sua attività in regime libero-professionale “al di fuori di strutture sanitarie pubbliche o private” è obbligato a stipulare una polizza privata a copertura del rischio professionale.

In tutti gli altri casi risulta chiaro come – ai sensi della nuova legge - il cosiddetto “primo rischio” risulti a carico dell'Azienda. Questa potrà, semmai, rivalersi nei confronti dell' esercente la professione sanitaria solo in caso di dolo o colpa grave (art. 9 comma 1). La misura della rivalsa non può, in ogni caso, superare una somma pari al triplo della retribuzione lorda annua (art 9 comma 6). Per essere tutelato il professionista sanitario operante in una struttura sanitaria pubblica o privata dovrà, pertanto, provvedere personalmente alla mera copertura per i rischi derivanti dalla eventuale rivalsa dell'Azienda per colpa grave.

AREA ODONTOIATRICA

Introduzione

Caro Collega,

la guida alla professione odontoiatrica nasce dal lavoro della Commissione Giovani Odontoiatri dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Napoli e provincia, un gruppo di Odontoiatri che si sono affacciati da poco alla professione come te e che pertanto portano la voce delle esigenze della nuova odontoiatria. L'ambizione è che questa guida possa essere uno strumento utile per tutti coloro che si affacciano alla professione odontoiatrica, una prima impronta, sulla quale poter approfondire, interpretare e integrare tutte le informazioni disponibili per poter esercitare con consapevolezza e nel rispetto del Codice Deontologico. La continua evoluzione di leggi, norme ed esigenze che riguardano la nostra professione impegna costantemente la Commissione Albo Odontoiatri, il rispetto di queste ultime deve coinvolgere tutti noi colleghi nell'obiettivo comune di conservare la professionalità della figura dell'Odontoiatra.

Dopo anni di duro impegno universitario, sogni e ambizioni ti diamo il benvenuto nella "casa" Ordine per iniziare a realizzare il tuo futuro lavorativo.

13. ESERCIZIO PROFESSIONALE

1980: Nasce il corso di laurea in Odontoiatria

Il D.P.R. n. 135 del 28-02-1980, stabilisce che, presso la Facoltà di medicina e chirurgia, può essere istituito il Corso di laurea in odontoiatria e protesi dentaria. La professione di dentista diventa, così, completamente autonoma e distinta per formazione da quella del medico.

1985: Dopo l'istituzione del Corso di laurea in odontoiatria, la Legge n. 409 del 24-07-1985, istituisce ufficialmente la professione sanitaria di odontoiatra, distinta da quella di medico.

Possono esercitare l'attività di odontoiatra:

- I laureati in odontoiatria e protesi dentaria.
- I laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale che hanno iniziato la loro formazione universitaria in medicina entro il 28 gennaio 1980.
- I laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale che hanno iniziato la loro formazione universitaria in medicina dopo il 28 gennaio 1980 e prima del 31 dicembre 1984, purché abbiano superato la specifica prova attitudinale di cui al decreto legislativo 13 ottobre 1998 n. 386.
- I laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale che hanno iniziato la loro formazione universitaria in medicina dopo il 28 gennaio 1980 e prima del 31 dicembre 1984 in possesso di uno dei diplomi di specializzazione triennale le cui denominazioni sono state indicate nel D.M. 18 settembre 2000 del Ministero della sanità, ossia: odontoiatria e protesi dentaria; chirurgia odontostomatologica; odontostomatologia; ortognatodonzia.

- I laureati in medicina e chirurgia che hanno iniziato la loro formazione universitaria in medicina e chirurgia dopo il 31 dicembre 1984 e che sono in possesso di un diploma di specializzazione triennale in campo odontoiatrico di cui al citato D.M. del 2000, purché detto corso di specializzazione abbia avuto inizio entro il 31 dicembre 1994

Per poter esercitare la professione di Odontoiatra è in ogni caso obbligatoria l'iscrizione all'Albo Odontoiatri dell'Ordine di appartenenza.

13.1 La libera professione

L'esercizio autonomo di tutte le professioni intellettuali – quindi anche di quelle di medico chirurgo e di odontoiatra – è disciplinato dagli artt. 2229-2238 del codice civile, che si riferiscono, appunto, allo svolgimento di un'attività professionale sotto forma di libera professione. Il professionista che sceglie questa forma assume a proprio esclusivo carico il rischio e l'onere economico dell'attività stessa, instaurando rapporti di carattere fiduciario con i clienti, i quali possono in qualunque momento recedere dal contratto, con l'unico obbligo di rimborsare al professionista le spese sostenute e di corrispondergli il compenso per l'opera svolta.

13.2 Studio libero-professionale

Lo studio odontoiatrico é l'ambiente in cui svolge la propria attività il professionista abilitato, ed è caratterizzato dalla prevalenza del suo apporto professionale ed intellettuale rispetto alla disponibilità di beni, strumenti e accessori. Questa definizione non è prevista da una specifica norma di legge, ma è una elaborazione della dottrina e della giurisprudenza

A seguito della riforma sanitaria del 1999, è stata prevista la necessità dell'autorizzazione per gli studi odontoiatrici in quanto si eseguono prestazioni di particolare complessità o che comportano un rischio per la sicurezza del paziente e in quanto si effettuano attività diagnostiche svolte in favore di terzi. La definizione dei requisiti e degli standard per distinguere gli studi soggetti ad autorizzazione e quelli non soggetti è stata attribuita alla competenza delle

Regioni.

Dal 1° gennaio 2020 per iniziare l'attività odontoiatrica presso la propria struttura è possibile presentare la **SCIA**. Infatti a seguito del Decreto del Commissario ad Acta n. 107 del 20/12/2019 rettificata DCA n.99 del 4/12/2019 "Disposizioni regolatorie delle attività degli studi professionali odontoiatrici, medici e delle altre professioni sanitarie nonché semplificazioni nella procedura di rilascio dell'autorizzazione all'esercizio attraverso la Segnalazione Certificata di Inizio Attività, ai sensi della legge 241/1990 " - Ai sensi dell'art.10 del DCA n.107/2019 (Modalità di presentazione della SCIA per l'esercizio dell'attività sanitaria e socio-sanitaria), è stato introdotto un procedimento comunicatorio, a competenza concorrente con l'ASL di appartenenza delle modalità operative per la presentazione della SCIA per studi medici, polimedici, odontoiatri o di altra professione sanitaria gestiti in forma singola, associata o di società tra professionisti, con l'utilizzo della piattaforma SUAP

La presentazione della SCIA:

1. Sbuocratizza la procedura di rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, attraverso la segnalazione certificata di inizio attività, che consentirà di aprire lo studio odontoiatrico immediatamente dopo la presentazione della SCIA al Comune territorialmente competente. L'Azienda sanitaria locale effettua la verifica dei requisiti su tutti gli ambulatori e gli studi e che presentano la SCIA e comunica gli esiti della verifica al Comune entro 30 giorni dalla data di presentazione della SCIA stessa. Decorsi trenta giorni dalla presentazione della SCIA, la verifica si intende effettuata con esito positivo.
2. Prevede le STP, Società Tra Professionisti, svincolandole dal fabbisogno regionale delle prestazioni.
3. Prevede lo "studio polimedico", quale sede nella quale più professionisti, anche di discipline specialistiche diverse, esercitano la propria attività professionale in maniera autonoma e indipendente dagli altri, utilizzando la stessa unità immobiliare, condividendo alcuni servizi, in particolare la sala d'attesa ed i servizi igienici. Il locale dove si svolge l'attività di studio polimedico è privato, non aperto al pubblico. Non è richiesta la nomina di un responsabile sanitario. (n.d.r. ogni professionista provvederà alla propria SCIA, nel rispetto dei requisiti ex DGRC 7301/2001 previsti per la propria attività specialistica).

4. Stabilisce che l'attività degli studi medici ed odontoiatrici che effettuano solo visite o diagnostica strumentale non invasiva complementare all'attività clinica può essere esercitata in forma libera (n.d.r. non richiede la SCIA).
5. Precisa che lo studio medico, odontoiatrico o di altra professione sanitaria ed STP è la sede in cui il professionista, singolo, esercita personalmente ed in regime di autonomia l'attività sanitaria. Il locale dove si svolge l'attività di studio professionale è privato, non aperto al pubblico.
6. Indica le prestazioni cui sarà possibile avvalersi della SCIA, i cui criteri sono di seguito indicati:
 - a. non apertura delle sierose;
 - b. rischio statisticamente trascurabile di malattie infettive;
 - c. rischio statisticamente trascurabile di complicanze immediate;
 - d. previsione di non significativo dolore post-procedura.

Per i criteri di cui sopra, le prestazioni diagnostiche e terapeutiche per la disciplina odontoiatrica da ritenersi di minore invasività sono le seguenti:

- Attività peritali.
 - Conservativa.
 - Endodonzia.
 - Igiene e profilassi.
 - Chirurgia orale, in pazienti di età comunque superiore a cinque anni senza asportazione di neoformazioni di dimensioni superiori a 2,5 cm.
 - Implantologia in età comunque superiore a cinque anni.
 - Ortodonzia.
 - Parodontologia.
 - Protesi.
7. Prevede la modulistica per presentare la SCIA.
 8. Riepiloga puntualmente i requisiti per studio odontoiatrico già previsti dalla DGR Campania 7301/2001.
- Particolari obblighi di denuncia e di osservanza delle disposizioni vigenti incombono, poi, anche al titolare di uno studio privato, in relazione alla detenzione di apparecchi radiologici.

E' buona norma che un odontoiatra che si appresti ad aprire uno studio privato

valuti preventivamente gli oneri finanziari di primo impianto e i costi di gestione relativi ai locali, agli arredi, allo strumentario e alle apparecchiature (e alla loro manutenzione e ammortamento), al personale ausiliario, alle utenze per i vari servizi (telefono, luce, acqua), alle spese condominiali ecc., nonché le implicazioni pratiche e gli obblighi di legge che discendono da questa iniziativa “imprenditoriale”.

L'odontoiatra che impieghi nel proprio studio lavoratori dipendenti, oltre ad osservare le norme di legge e contrattuali che ne regolano i rapporti di lavoro, deve adottare tutte le misure necessarie per garantirne la sicurezza e tutelarne la salute. In particolare, è obbligato all'osservanza delle norme previste dal D.Lgs. 19 settembre 1994, n. 626.

Attualmente l'intera materia è regolamentata dal D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, attuativo dell'art. 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. La normativa di cui trattasi costituisce, in sostanza, il riordino ed il coordinamento di tutte le disposizioni sulla sicurezza dei lavoratori nell'ambito di un unico testo normativo. Il titolare di studio che si avvalga di dipendenti dovrà seguire obbligatoriamente i corsi RSPP e dovrà indicare una persona eletta o designata per rappresentare i lavoratori dipendenti per quanto concerne gli aspetti della salute e della sicurezza durante il lavoro, quest'ultima dovrà essere debitamente formata attraverso i corsi RLS. La mancata ottemperanza prevede una sanzione al datore di lavoro per la mancata formazione dei lavoratori: fino a 3 mesi di arresto e 5.200 euro di ammenda. Per quanto concerne i collaboratori esterni, si tratta più frequentemente di Igienisti Dentali e di altri Odontoiatri; per essi l'interpretazione della norma non è chiara, perciò, si ritiene opportuno un atteggiamento prudente che consiste nel sottoporre anche essi alla Formazione Obbligatoria al fine di evitare contestazioni ed eventuali sanzioni in caso di controlli.

Rinviano alle pubblicazioni e normative (nazionali e regionali) specifiche l'esame generale della complessa materia, si ricorda che con la citata normativa si è inteso garantire il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, anche con riguardo alle differenze di genere, di età e alla condizione delle lavoratrici e dei lavoratori immigrati.

L'autorizzazione sanitaria (SCIA n.d.r) all'esercizio della professione in una data struttura è personale e non cedibile a terzi.

Prima di richiedere la SCIA è opportuno informarsi sugli alcuni degli aspetti più rilevanti e di seguito riportati:

- **Destinazione d'uso dei locali:** Primo aspetto da considerare è la destinazione d'uso dei locali scelti, che devono essere idonei per l'attività sanitaria che si vorrà esercitare o, qualora non lo fossero, bisognerà accertarsi che sia possibile effettuare un cambio di destinazione d'uso (si consiglia in ogni caso di parlare prima con i tecnici del Comune competente).
- **Certificato di agibilità dell'immobile.** Controllare la presenza del certificato di agibilità dell'immobile e nell'eventualità non fosse stato mai rilasciato, bisognerà richiederlo direttamente agli uffici preposti.
- **Requisiti minimi (strutturali, tecnologici-impiantistici, organizzativi).** Una volta individuato l'immobile con le caratteristiche suddette, dovrà essere reso idoneo al tipo di attività che si vuole svolgere seguendo, oltre ai regolamenti edilizi e di igiene, anche i cosiddetti “requisiti minimi” dettati dalla Regione, specifici per l'attività scelta.

I requisiti minimi sono suddivisi in tre macro-aree:

- Requisiti strutturali (superfici minime della sala medica, servizi igienici etc...);
- Tecnologici-impiantistici (tipologia di impianti, macchinari da utilizzare etc...);
- Organizzativi (tipologia di specializzazione per la specifica attività etc...).

Particolare attenzione dovrà inoltre essere posta all'impianto elettrico (ove vige l'obbligo di progetto da parte di un professionista iscritto all'albo), in quanto i locali medici hanno bisogno di precauzioni dedicate alla protezione dei pazienti oltre che degli operatori. Si ricorda che per gli impianti realizzati (elettrico, idraulico, idrico, termico etc...) la normativa obbliga le imprese esecutrici a rilasciare idonea dichiarazione di conformità, ossia un certificato che attesti la rispondenza degli impianti installati a normative tecniche di riferimento.

- **Documento di Valutazione dei Rischi (DVR).** Un ultimo ma non meno importante aspetto da considerare è legato alla sicurezza nei

luoghi di lavoro, con obblighi per il datore di lavoro sanzionabili sia amministrativamente che penalmente.

Tra i principali si ricorda la redazione del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR), documento in cui vengono analizzati e valutati tutti i rischi presenti nell'attività lavorativa, la nomina del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, la nomina degli Addetti alla Lotta Antincendio - Gestione delle Emergenze e del Primo Soccorso e la formazione e informazione in materia di sicurezza sul lavoro per tutti i lavoratori presenti.

In alcuni casi è possibile recarsi all'ASL di competenza per richiedere la pre-approvazione del progetto dello studio professionale per il quale si ha intenzione di richiedere la SCIA, in tal modo si potranno rettificare in tempo utile eventuali difformità che potrebbero esser causa della chiusura dello studio all'atto di controlli successivi all'inizio dell'attività in quella data struttura.

13.3 Collaboratori in uno studio odontoiatrico

Il libero professionista che non voglia aprire un proprio studio odontoiatrico può effettuare collaborazioni presso studi di colleghi, cliniche odontoiatriche o altre strutture dove sia consentito l'esercizio della professione odontoiatrica.

L'odontoiatra stabilisce le condizioni contrattuali con il collega titolare o legale rappresentate dell'attività presso una data struttura e fatturerà a quest'ultimo la propria prestazione professionale.

13.4 Specialistica Ambulatoriale

Nell'ambito della tutela costituzionale della salute del cittadino, intesa quale fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, il Servizio Sanitario Nazionale demanda al livello "dell'assistenza specialistica distrettuale" il compito di corrispondere ad ogni esigenza di carattere specialistico che non richieda e/o tenda ad evitare la degenza ospedaliera, in una logica di integrazione con l'assistenza di medicina generale e di apporto e di interconnessione con quella ospedaliera e degli altri servizi.

Nell'Accordo si riconosce che gli specialisti ambulatoriali sono parte attiva e

qualificante del SSN, integrandosi nell'assistenza primaria attraverso il coordinamento con le altre categorie di erogatori ammesse ad operare sul territorio e nel distretto e presso le strutture accreditate ed extraospedaliere per l'espletamento, secondo modalità di accesso ed erogative uniformi, di tutti gli interventi volti alla prevenzione, alla diagnostica di laboratorio, alla diagnosi, alla cura ed alla riabilitazione, nel rispetto delle relative competenze professionali.

Nel processo di razionalizzazione del SSN, realizzato con il D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni finalizzate a garantire ai cittadini un sistema sanitario caratterizzato dall'equità ma anche dall'efficienza operativa e dall'efficacia dei risultati, gli specialisti ambulatoriali partecipano al rinnovamento del sistema sanitario assicurando:

- un rapporto coordinato con la dirigenza e con tutte le altre attività delle strutture operative delle Aziende sanitarie;
- la disponibilità a concorrere attivamente al decentramento dell'offerta di prestazioni specialistiche;
- un'attività flessibile per la pluralità dei servizi, delle sedi di lavoro e la variabilità degli orari;
- un corretto e conveniente rapporto costi/benefici a favore dell'utenza e del SSN.

Il livello dell'assistenza specialistica territoriale risponde in ogni branca specialistica alla domanda dell'utenza in modo tale da partecipare al processo di deospedalizzazione dell'assistenza contribuendo all'umanizzazione del rapporto assistenziale, al mantenimento del paziente nel proprio luogo di vita, alla eliminazione degli sprechi, alla riduzione dei tempi di attesa e alla minimizzazione dei costi.

La flessibilità e la territorialità dell'impegno come aspetti caratteristici del rapporto di lavoro disciplinato dall'Accordo, divengono strumenti incisivi per abbattere, insieme agli altri operatori sanitari, le "disuguaglianze nei confronti della salute" per quanto riguarda in particolare l'accesso ai sistemi di cura. Il medico o l'odontoiatra specialista che aspiri a svolgere la propria attività professionale nell'ambito delle strutture del SSN, in qualità di sostituto o incaricato, deve inoltrare, entro e non oltre il 31 gennaio di ciascun anno al competente ufficio del Comitato zonale nel cui territorio di competenza aspiri ad ottenere l'incarico – apposita domanda redatta come da modello Allegato B del Contratto attraverso le seguenti modalità:

- raccomandata A/R o PEC
- consegna diretta
- sito internet dell'ASL di competenza (ove abilitato)

La domanda deve contenere le dichiarazioni, rese ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, atte a provare il possesso dei titoli professionali conseguiti fino al 31 dicembre dell'anno precedente elencati nella dichiarazione stessa, e deve essere in regola con le norme vigenti in materia di imposta di bollo.

Alla scadenza del termine di presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria, pena la nullità della domanda stessa e di ogni altro provvedimento conseguente, l'aspirante deve possedere i seguenti requisiti:

- essere iscritto all'Albo professionale;
- possedere il titolo per l'inclusione nelle graduatorie delle branche principali della specialità medica previste nell'allegato A del Contratto. Il titolo è rappresentato dal **diploma di specializzazione** o dall'attestato di conseguita libera docenza in una delle branche principali della specialità.

La domanda di inclusione in graduatoria deve essere rinnovata di anno in anno e deve contenere le dichiarazioni concernenti i titoli accademici o professionali che comportino modificazioni nel precedente punteggio a norma dell'allegato A del contratto.

Il Comitato di cui all'art. 24, ricevute le domande entro il 31 gennaio di ciascun anno, provvede, entro il 30 settembre, alla formazione di una graduatoria per titoli, con validità annuale, per ciascuna branca specialistica, secondo i criteri di cui all'allegato A, parte seconda, del contratto per i medici specialisti ambulatoriali.

Il Direttore Generale dell'Azienda ove ha sede il Comitato di cui all'art. 24 ne cura la pubblicazione mediante affissione all'Albo aziendale per la durata di 15 giorni e, contemporaneamente, le inoltra ai rispettivi Ordini e al Comitato zonale, ai fini della massima diffusione.

Entro 30 giorni dalla pubblicazione gli interessati possono inoltrare, mediante raccomandata A/R, al Comitato zonale, istanza motivata di riesame della loro posizione in graduatoria. Le graduatorie definitive predisposte dal Comitato zonale sono approvate dal Direttore Generale dell'Azienda e inviate alla Regione che ne cura la pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione entro il 31 dicembre di ciascun anno.

La pubblicazione costituisce notifica ufficiale agli interessati e alle Aziende.

L'Assessorato regionale alla sanità cura l'immediato invio del Bollettino Ufficiale agli Ordini interessati e alle Aziende sedi dei Comitati zonali.

Le graduatorie hanno effetto dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo alla data di presentazione della domanda.

Per quanto concerne l'Accordo Collettivo Nazionale che disciplina i rapporti dei medici specialisti ambulatoriali con il Servizio Sanitario Nazionale, i riferimenti normativi sono l'art. 48 della L. n. 833/1978 e l'art. 8 del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni.

Anche per quanto riguarda gli specialisti ambulatoriali è stata istituita la figura del referente delle Unità Complesse delle Cure Primarie, scelto tra i medici dell'Unità complessa in rapporto di convenzionamento con il SSN da almeno cinque anni.

Anche per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale sono previsti i tre livelli di negoziazione (nazionale, regionale ed aziendale) con le seguenti caratteristiche:

Il livello di negoziazione nazionale si svolge attorno ad aspetti di ordine generale quali ad esempio:

- la definizione dei compiti e delle funzioni del personale sanitario convenzionato, a partire dall'attuazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza;
- la dotazione finanziaria complessiva a disposizione dei tre livelli di negoziazione per gli incrementi da riconoscere al personale sanitario convenzionato in occasione del rinnovo contrattuale;
- la responsabilità delle istituzioni, Regioni e Aziende sanitarie, nei confronti della piena applicazione dell'ACN.

Il livello di negoziazione regionale, Accordo Integrativo Regionale, definisce obiettivi di salute, modelli organizzativi e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale.

Il livello di negoziazione aziendale, Accordo Attuativo Aziendale, specifica i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale.

13.5 La dirigenza Odontoiatrica

In relazione al combinato disposto del D.Lgs. n. 229/1999 e del D.Lgs. n.

254/2000:

1. La dirigenza va collocata in un unico ruolo e in un unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali.
2. I singoli dirigenti assumono la denominazione di:
 - “direttore”, se incaricati della responsabilità di struttura complessa;
 - “responsabile”, se incaricati della responsabilità di struttura semplice;
 - “dirigente”, se incaricati solo di responsabilità “professionale”.
3. Alla dirigenza si applicano anche le norme del D.Lgs. n. 165/2001, in quanto compatibili.
4. L’attività dei dirigenti è caratterizzata dall’autonomia tecnico-professionale i cui ambiti di esercizio, tramite obiettivi momenti di valutazione e verifica, sono progressivamente ampliati; essa è esercitata, con le connesse responsabilità, nel rispetto della collaborazione multiprofessionale e nell’ambito di indirizzi operativi e programmi di attività promossi, valutati e verificati a livello dipartimentale e aziendale.
5. Il singolo dirigente è responsabile del risultato dei programmi concordati anche se richiedente un impegno orario superiore a quello contrattualmente definito; allo stesso:
 - Sono attribuiti, all’atto della prima assunzione, compiti professionali con precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del responsabile della struttura e funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività correlate alle funzioni attribuite;
 - Sono attribuibili, con cinque anni di attività con valutazione positiva, funzioni di natura professionale anche di alta specializzazione, consulenza, studio e ricerca, ispettive, di verifica e di controllo e incarichi di direzione di struttura semplice;
 - Sono attribuite, con incarico di direzione di struttura complessa, accanto alle funzioni rientranti nelle competenze professionali, funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi, nell’ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, con diretta responsabilità dell’efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite.
6. Tutti gli incarichi sono “temporanei”.
7. Tutte le strutture di cui erano responsabili dirigenti di II livello si configurano come strutture complesse.

8. La responsabilità di “direttore di dipartimento” è attribuibile solo ai direttori di struttura complessa ed è aggiuntiva di quest’ultima.

La Legge 26 maggio 2004, n. 138 ha rimosso il vincolo imposto dal D.Lgs. n. 229/1999 secondo il quale l’esclusività del rapporto di lavoro era conditio sine qua non per aspirare all’incarico di direzione di struttura.

Le disposizioni dei Decreti Legislativi n. 229/1999 e n. 254/2000 precisano che:

- alla dirigenza sanitaria si accede tramite pubblico concorso, per titoli ed esami, disciplinato ai sensi del D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 483;
- gli incarichi di direzione di struttura complessa sono attribuiti con le modalità stabilite dal D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484, salvo quanto disposto dall’art. 15ter, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992 come modificato dal D.Lgs. n. 229/1999 per quanto attiene la composizione della commissione cui spetta verificare l’idoneità degli aspiranti all’incarico da conferire.

I concorsi pubblici per l’assunzione con rapporto di lavoro a tempo indeterminato si svolgono su posti vacanti del livello unico di dirigente medico o odontoiatra; il relativo approfondimento è effettuato con riferimento a:

- requisiti di ammissione;
- composizione delle commissioni esaminatrici e valutazione dei titoli;
- svolgimento e valutazione delle prove d’esame;
- formulazione della graduatoria di merito e sua validità.

I requisiti per l’ammissione ai concorsi sono:

- possesso della cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, ovvero di uno dei Paesi dell’Unione Europea;
- possesso dell’idoneità fisica all’impiego, da accertare prima della immissione in servizio;
- possesso della laurea in medicina e chirurgia, per i posti del profilo professionale “medici” e della laurea in odontoiatria e protesi dentaria ovvero di quella in medicina e chirurgia con legittimazione all’esercizio della professione di odontoiatra, per i posti del profilo professionale “odontoiatri”;

➤ possesso della specializzazione nella disciplina oggetto del concorso, in disciplina equipollente o affine per i posti del profilo professionale “medici” e in una disciplina qualsiasi tra quelle indicate per i posti del profilo professionale “odontoiatri”, sempre che la stessa non sia stata utilizzata per esercitare la professione di odontoiatra;

➤ iscrizione all’Albo dei medici chirurghi ovvero degli odontoiatri. Per i cittadini di uno dei Paesi dell’Unione Europea in aggiunta al possesso dell’iscrizione all’Albo della rispettiva nazione, alla data di scadenza del bando si impone l’iscrizione all’Albo in Italia prima dell’assunzione in servizio.

Per quanto concerne i titoli di ammissione si rileva ulteriormente che:

➤ tutti i requisiti vanno posseduti alla data di scadenza del bando;

➤ non possono accedere agli impieghi coloro che siano stati esclusi dall’elettorato attivo nonché coloro che siano stati dispensati dall’impiego presso una Pubblica Amministrazione per aver conseguito l’impiego mediante la produzione di documenti falsi o viziati di invalidità non sanabile;

➤ non sono più previsti limiti massimi di età; per l’età minima si fa riferimento a quella che “consacra” maggiorenni;

➤ sono esentati dal possesso della specializzazione nella disciplina a concorso i titolari, al 18 gennaio 1998, di posto di ruolo nella stessa;

➤ per l’equipollenza o l’affinità tra la specializzazione in possesso di ciascun istante e la disciplina del posto a concorso si fa riferimento ai Decreti ministeriali (Sanità) rispettivamente in data 30 e 31 gennaio 1998 e succ. mod. e int.

Il rapporto di lavoro dei medici e/o odontoiatri dipendenti è disciplinato, come per tutti i lavoratori del pubblico impiego, sostanzialmente dal D.Lgs. 165/2001 (trovano applicazione, ovviamente, i principi del codice civile, capitolo I, Titolo II, Libro V), da normative speciali riguardanti i dipendenti delle singole amministrazioni pubbliche e, principalmente, dai Contratti Collettivi.

Il trattamento economico fondamentale ed accessorio è definito dal CCNL che definisce anche i trattamenti economici accessori collegati alla produttività individuale e a quella collettiva, in relazione all’apporto di ciascun dipendente, nonché all’effettivo svolgimento di attività particolarmente ed obiettivamente disagiate, ovvero pericolose o dannose per la salute.

I contratti collettivi nazionali hanno validità quadriennale per quanto attiene la parte normativa e validità biennale per la parte economica.

13.6 Il rapporto di lavoro degli odontoiatri dipendenti

Il rapporto di lavoro dei medici o odontoiatri dipendenti è disciplinato, come per tutti i lavoratori del pubblico impiego, sostanzialmente dal D.Lgs. 165/2001 (trovano applicazione, ovviamente, i principi del codice civile, capitolo I, Titolo II, Libro V), da normative speciali riguardanti i dipendenti delle singole amministrazioni pubbliche e, principalmente, dai Contratti Collettivi. Per quanto riguarda, in particolare, i medici o gli odontoiatri dipendenti, il Contratto Collettivo Nazionale prevede un'area contrattuale autonoma all'interno dell'area della dirigenza del comparto della sanità, della sub-area delladirigenza medica e veterinaria.

Il trattamento economico fondamentale ed accessorio è definito dal CCNL che definisce anche i trattamenti economici accessori collegati alla produttività individuale e a quella collettiva, in relazione all'apporto di ciascun dipendente, nonché all'effettivo svolgimento di attività particolarmente ed obiettivamente disagiate, ovvero pericolose o dannose per la salute.

I contratti collettivi nazionali hanno validità quadriennale per quanto attiene la parte normativa e validità biennale per la parte economica.

13.7 STP

Le Società tra professionisti vengono istituite nel 2013 con la finalità di dare la possibilità ai liberi professionisti iscritti ad un Ordine professionale di aprire un'attività in società con altri professionisti della stessa area professionale, con altre realtà professionali o semplici imprenditori o investitori. La STP non costituisce un tipo di società a sè, è disciplinata dalle norme del codice civile dettate per il tipo sociale prescelto dai soci, ad esempio Srl, a patto che le finalità professionali siano quelle di una singola professione regolamentata. E nel caso non sia una società a socio unico, i 2/3 dei soci devono essere iscritti all'Albo, stessa ripartizione per le quote societarie. Le STP devono essere registrate in un apposito registro tenuto dall'Ordine professionale dell'attività svolta. Per questo motivo, in modo da poter controllare e garantire il rispetto

delle norme deontologiche.

13.8 SRL

Una S.r.l. è una società a responsabilità limitata e rappresenta, come indicato dal diritto commerciale, una tipologia di società di capitali. Rappresenta la struttura societaria maggiormente utilizzata all'interno del sistema economico italiano. Gode di un'ampia autonomia patrimoniale perfetta ed, i propri soci, non sono assolutamente responsabili delle obbligazioni di essa, pur agendo per nome e per conto della società.

Per poter sfruttare efficientemente la flessibilità della predetta società, modellandola in maniera tale da consentire il conseguimento dei propri obiettivi, è importante preparare un atto costitutivo e lo statuto in maniera corretta.

Un odontoiatra ha quindi varie scelte per esercitare la propria professione. Per ognuna è opportuno valutarne vantaggi e svantaggi che possono avere sicuramente caratteristiche fiscali rilevanti. A tal proposito è opportuno richiedere la consulenza professionale di un commercialista che misuri sulle esigenze dell'odontoiatra la scelta più adatta per l'esercizio della propria professione.

14. PERCORSI FORMATIVI POST LAUREA

14.1 Specializzazioni

La classe delle Specializzazioni in Odontoiatria comprende le seguenti tipologie:

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

Ciascun corso di specializzazione si articola su 3 anni di corso per un totale di 180 CFU. Gli ordinamenti didattici delle singole Scuole determinano la frazione dell'impegno orario complessivo riservato allo studio individuale o alle altre attività formative individuali in funzione degli obiettivi specifici della formazione. Tale frazione potrà variare in funzione della graduale acquisizione di autonomia da parte dello specializzando e sarà modulata in funzione dello svolgimento di attività formative ad elevato contenuto pratico.

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

14.2 Master Universitari

I master sono programmi post-laurea di perfezionamento scientifico o di alta formazione permanente e ricorrente. I master in odontoiatria sono rivolti a medici e dentisti che vogliono approfondire specifici aspetti della materia, attestandone particolari conoscenze e competenze.

- **Corsi di Master universitario di primo livello:** Vi si accede con una *Laurea* o con un titolo estero comparabile. La durata minima è annuale (60 CFU); non consente l'accesso a corsi di Dottorato di Ricerca perché il corso non ha ordinamento didattico nazionale e il titolo è rilasciato sotto la responsabilità autonoma della singola università.
- **Corsi di Master Universitario di secondo livello:** Vi si accede con una *Laurea Magistrale* o con un titolo estero comparabile. La durata è minimo annuale (60 CFU); non consente l'accesso a corsi di Dottorato di Ricerca perché il corso non ha ordinamento didattico nazionale e il titolo è rilasciato sotto la responsabilità autonoma della singola università.

14.3 Dottorati di ricerca

I dottorati di ricerca (DdR) vennero istituiti nel 1980 e rappresentano ora il più alto grado di competenza previsto nell'ordinamento accademico italiano. Hanno l'obiettivo di far acquisire una corretta metodologia per la ricerca scientifica avanzata, adottano metodologie innovative e nuove tecnologie, prevedono stage all'estero e la frequenza di laboratori di ricerca. L'ammissione richiede una Laurea Magistrale (o un titolo estero comparabile) e il superamento di un concorso; la durata è di minimo 3 anni. Il dottorando deve elaborare un progetto originale di ricerca e discuterlo durante l'esame finale.

14.4 Percorsi formativi all'estero

L'accesso alle Specializzazioni in Odontoiatria all'estero è eterogeneo, così come l'organizzazione e la durata. È sempre necessario ottenere prima il riconoscimento della laurea, quindi bisogna effettuare questa procedura con diversi mesi di anticipo (le tempistiche variano a seconda del Paese). È necessaria una buona conoscenza della lingua del Paese ospitante ed è richiesta una documentazione specifica, spesso comprendente anche una certificazione linguistica.

15. L'ASSICURAZIONE NELLA PROFESSIONE ODONTOIATRICA

L'Assicurazione RC Professionale per l'Odontoiatra è obbligatoria per tutti gli iscritti ad un Albo Professional come da direttive della Legge 148/2011 relativa alla necessità di stipulare una polizza di Responsabilità Civile Professionale per proteggere e tutelare il professionista da tutti i rischi che possono occorrere durante la loro attività. Nell'ambito di una professione così delicata come quella del dentista, anche un solo errore può arrecare un danno considerevole, con il rischio che si traduca in una richiesta di risarcimento economico molto elevata. Scegliere di stipulare un'assicurazione professionale non è soltanto un obbligo di legge, ma anche una sicurezza: quella di poter svolgere il proprio lavoro serenamente, al riparo dalle insidie e dai rischi che potrebbero compromettere tutto ciò che si è costruito con tanti sforzi e sacrifici. La polizza RC professionale per gli odontoiatri copre le richieste di risarcimento per danni, errori e negligenze che possono essere stati arrecati dal professionista ai pazienti durante lo svolgimento della propria attività, per colpa lieve o colpa grave. In caso di sinistro, inoltre, la polizza RC professionale assicura anche la copertura delle spese legali che l'odontoiatra può trovarsi costretto a sostenere. L'assicurato è protetto anche nel caso in cui sia la struttura, la clinica o lo studio a cui presta la propria opera a rivalersi contro di lui, nel caso lo ritenga personalmente responsabile di eventuali danni causati a terzi. E' molto importante scegliere una polizza adeguata alle esigenze lavorative del professionista. Come tutte le assicurazioni professionali, infatti, anche la polizza RC dentisti ha dei limiti e delle esclusioni. Ciò vuol dire che qualsiasi accadimento escluso dalla polizza, rende nulla la copertura assicurativa e il professionista dovrà coprire di tasca propria l'eventuale risarcimento dovuto.

Esclusioni previste nella RC Professionale dentisti:

- atti illeciti, di cui si era a conoscenza prima della sottoscrizione del contratto;
- atti illeciti commessi da chi non è autorizzato ad esercitare o non è iscritto all'albo;
- proprietà, esercizio e/o conduzione di cliniche, case di cura, ospedali o simili tranne che della responsabilità del ruolo di direttore sanitario.

Particolare attenzione va data individuando i corretti massimali di copertura e

scegliendo il grado di rischio che comporta la propria attività, ad esempio:

1. RISCHIO A: L'attività odontoiatrica ad esclusione degli interventi di implantologia e delle attività equiparate ai gradi di rischio B e/o C
2. RISCHIO B: L'attività odontoiatrica compresi gli interventi di implantologia con osteointegrazione e/o le attività equiparate
Si considerano attività equiparate le seguenti;

- La protesizzazione su impianti
- Il rialzo del seno mascellare in genere
- Gli interventi di aumento di spessore della cresta mascellare o mandibolare (c.d. split crest) come: l'innesto di osso eterologo (e cioè prelevato da altro essere vivente – in genere bovino) o di biomateriale di sintesi; l'innesto di osso autologo, l'intervento di prelievo osseo autologo in sede intraorale (escluso intervento di prelievo extraorale, in quanto non annoverabile tra le garanzie previste dalla Polizza)
- l'intervento di aumento di cresta tramite osteodistrazione progressiva
- l'inserimento di membrane sia riassorbibili che non riassorbibili; le germectomie
- l'avulsione di denti in inclusione osteomucosa totale o parziale, gli interventi funzionali alla disinclusione di denti in inclusione osteomucosa totale o parziale

3. RISCHIO C: L'attività odontoiatrica compresi gli interventi di implantologia in genere e/o le attività equiparate
Si considerano attività equiparate le seguenti:

- la protesizzazione su impianti
- l'inserimento di impianti zigomatici (la copertura assicurativa è subordinata alla condizione che l'Assicurato disponga di un'adeguata e documentabile formazione specifica)
- l'implantologia con carico immediato (si considera carico immediato quando la

protesizzazione si svolge entro e non oltre i due mesi successivi alla posizionamento del o degli impianti I mini impianti con diametro inferiore a tre millimetri non rientrano nella categoria implantare e possono essere inseriti anche in grado A o B

E' prevista, inoltre la possibilità di incrementare la tutela assicurativa mediante apposite estensioni. Ad esempio, si può estendere la garanzia di tutela anche nel caso in cui si ricopra il ruolo di direttore sanitario e responsabile di una struttura, estendere la copertura per eventuali danni a carico del personale di studio o a danni dei tessuti periorali del paziente in caso di odontoiatria estetica dei tessuti molli. La Camera ha dato il via libera alla fiducia al Governo sul Decreto relativo alle disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr). Una delle più importanti per la sanità riguarda proprio le assicurazioni professionali in quanto per poter godere della copertura assicurativa delle polizze di rischio professionale, i sanitari dovranno essere in regola con almeno il 70% degli obblighi formativi previsti dal piano di formazione continua dell'ultimo triennio. Nel dettaglio, l'articolo 38-bis spiega che per il personale sanitario, a decorrere dal triennio formativo 2023-2025, l'efficacia delle polizze assicurative è condizionata all'assolvimento in misura non inferiore al 70% dell'obbligo formativo individuale dell'ultimo triennio utile in materia di formazione continua in medicina. Inoltre ricordiamo che dei 150 crediti ECM obbligatori nel triennio il 15% deve necessariamente essere dedicato all'aggiornamento in radioprotezione. Il riferimento è alle polizze per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera contratte obbligatoriamente dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private in base alla legge "Gelli" sulla responsabilità professionale nonché per i professionisti sanitari che operino privatamente al di fuori delle strutture o all'interno di esse in regime di libera professione.

16. PUBBLICITA' SANITARIA

La normativa in materia di pubblicità sanitaria è da sempre all'attenzione del legislatore, considerata la necessità di regolamentare messaggi che, se non correttamente orientati, possono influenzare negativamente i cittadini in un ambito estremamente sensibile come quello della tutela della salute. La prima normativa a cui fare riferimento è la Legge 5 febbraio 1992, n. 175, che disciplinava in modo rigoroso la materia, prevedendo soltanto particolari supporti per trasmettere i messaggi pubblicitari (sostanzialmente targhe, inserzioni su quotidiani e periodici di informazione, emittenti radiotelevisive locali). L'aspetto più caratteristico della normativa riguardava, però, il complesso procedimento per l'autorizzazione a svolgere questo tipo di pubblicità che, peraltro, secondo l'art. 2 della citata normativa, prevedeva soltanto:

- nome, cognome, indirizzo, numero telefonico ed eventuale recapito del professionista e orario delle visite o di apertura al pubblico;
- titoli di studio, titoli accademici, titoli di specializzazione e di carriera, senza abbreviazioni che possano indurre in equivoco;
- onorificenze concesse o riconosciute dallo Stato.

Il medico che intendeva promuovere la propria attività attraverso messaggi pubblicitari doveva chiedere all'Ordine un "nulla osta" presentando i contenuti del proprio messaggio e, una volta ottenuto il provvedimento dell'Ordine, poteva chiedere la relativa autorizzazione al Comune del luogo in cui il messaggio sarebbe stato pubblicato.

Identico procedimento, anche se i contenuti potevano essere più ampi, riguardava le case di cura private e i gabinetti e ambulatori mono e polispecialistici: in questo caso spettava al Direttore Sanitario svolgere la procedura, che terminava con un'autorizzazione regionale.

Nel corso del tempo si aprì un dibattito sui limiti della citata normativa, fatta oggetto di attacchi in quanto considerata antiliberista e, sostanzialmente, elemento di freno alla pubblicizzazione dell'attività medica a danno della legittima necessità di conoscenza dei cittadini. Proprio a seguito di questo dibattito intervenne l'art. 2 della Legge 4 agosto 2006, n. 248 che, nell'ambito delle così dette "liberalizzazioni", prevedeva l'abrogazione di tutte le disposizioni legislative e regolamentari che vietavano, anche parzialmente, di

svolgere pubblicità informativa circa i titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto nonché il prezzo e i costi complessivi delle prestazioni, secondo criteri di trasparenza e veridicità del messaggio, il cui rispetto è verificato dall'Ordine.

E' seguito un ulteriore momento di dibattito e discussione per quanto concerne l'avvenuta abrogazione della Legge 175/1992 nella parte riguardante i limiti alla pubblicità sanitaria, sia per i contenuti che per le tariffe. La giurisprudenza sostanzialmente ha ritenuto abrogata in questa parte la Legge 175/1992, ma rimanevano aperti alcuni dubbi sul ruolo di verifica che anche la Legge 248/2006 attribuiva agli Ordini.

La Federazione nel 2007 ha approvato delle linee guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria, facendo riferimento agli artt. 55, 56 e 57 del Codice Deontologico, ampliando così la possibilità di promozione delle prestazioni sanitarie in modo da conformarsi alla disciplina europea in materia di concorrenza.

In particolare, l'art. 55 (Informazione sanitaria) prescrive quanto segue:

- la comunicazione all'utente deve essere accessibile, trasparente, rigorosa da un punto di vista scientifico e prudente; essa non deve alimentare aspettative né timori infondati.

L'art. 56, poi, precisa che la "Pubblicità informativa sanitaria" possa (debba) indicare:

- i titoli professionali e le specializzazioni degli operatori della struttura, l'attività professionale e, quindi l'offerta proposta ai pazienti; e gli onorari relativi alle prestazioni.

È fatto, dunque, nuovamente esplicito il divieto di pubblicazione e affissione di pubblicità non veritiere, ingannevoli e/o equivoche.

Da un punto di vista normativo, un ulteriore elemento di chiarezza proviene dall'art. 3, comma 5, lettera g), della Legge 14 settembre 2011, n. 148 che, nell'ambito dei principi di liberalizzazione delle professioni, testualmente prevede: "la pubblicità informativa, con ogni mezzo, avente ad oggetto l'attività professionale, le specializzazioni e i titoli professionali posseduti, la struttura dello studio e i compensi delle prestazioni, è libera. Le informazioni devono essere trasparenti, veritiere, corrette e non devono essere equivoche, ingannevoli, denigratorie".

Questi principi sono stati, poi, oggetto del D.P.R. 7 agosto 2012, n. 137, relativo

alla riforma degli ordinamenti professionali che, per quanto riguarda la pubblicità informativa, all'art. 4 prevede: "E' ammessa con ogni mezzo la pubblicità informativa avente ad oggetto l'attività delle professioni regolamentate, le specializzazioni, i titoli posseduti attinenti alla professione, la struttura dello studio professionale e i compensi richiesti per le prestazioni.

La pubblicità informativa di cui al comma 1 dev'essere funzionale all'oggetto, veritiera e corretta, non deve violare l'obbligo del segreto professionale e non dev'essere equivoca, ingannevole o denigratoria. La violazione della disposizione di cui al comma 2 costituisce illecito disciplinare, oltre a integrare una violazione delle disposizioni di cui ai decreti legislativi 6 settembre 2005, n. 206, e 2 agosto 2007, n. 145".

Con le Nuove disposizioni in materia di pubblicità sanitaria – legge di bilancio 2019, n.145/2018- il Legislatore ha inteso regolamentare ulteriormente la pubblicità sanitaria, introducendo previsioni che valorizzano l'aspetto informativo, cancellando quello promozionale e commerciale. Tali modifiche, inizialmente contenute nell'art. 41 bis del disegno di legge di bilancio, sono ora confluite nei commi 525 e 536 dell'art.1 della legge di bilancio 2019, diventando legge.

Dal 2019 sarà pertanto vietata la pubblicità commerciale in ambito sanitario. I punti qualificanti della normativa prevedono il divieto assoluto di messaggi di natura promozionale o suggestionale nelle informative sanitarie; la legittimazione dell'attività disciplinare degli Ordini nei confronti dei direttori sanitari delle strutture che diffondono pubblicità non deontologicamente orientate e segnalazione all'AGCOM (non più all'AGCM) per comminare eventuali sanzioni alle società committenti

La Legge 30/12/2018, n. 145 all'Art. 1 - Comma 525 recita: Le comunicazioni informative da parte delle strutture sanitarie private di cura e degli iscritti agli albi degli Ordini delle professioni sanitarie di cui al capo II della legge 11 gennaio 2018, n. 3, in qualsiasi forma giuridica svolgano la loro attività, comprese le società di cui all'articolo 1, comma 153, della legge 4 agosto 2017, n. 124, possono contenere unicamente le informazioni di cui all'articolo 2, comma 1, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248, funzionali a garantire la sicurezza dei trattamenti sanitari, escluso qualsiasi elemento di carattere promozionale o suggestivo, nel rispetto della libera e consapevole determinazione del paziente,

a tutela della salute pubblica, della dignità della persona e del suo diritto a una corretta informazione sanitaria.

(omissis)

All'Art. 1 - Comma 536 recita: in caso di violazione delle disposizioni sulle comunicazioni informative sanitarie di cui al comma 525, gli ordini professionali sanitari territoriali, anche su segnalazione delle rispettive Federazioni, procedono in via disciplinare nei confronti dei professionisti o delle società iscritti e segnalano tali violazioni all'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni ai fini dell'eventuale adozione dei provvedimenti sanzionatori di competenza. Tutte le strutture sanitarie private di cura sono tenute a dotarsi di un direttore sanitario iscritto all'albo dell'ordine territoriale competente per il luogo nel quale hanno la loro sede operativa entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

A conclusione di questo sintetico excursus sulla normativa relativa alla pubblicità dell'informazione sanitaria crediamo di poter evidenziare che l'Ordine rimane comunque competente, anche da un punto di vista disciplinare, a verificare la correttezza deontologica del messaggio pubblicitario.

L'Ordine pertanto potrà intervenire, qualora questa verifica risultasse negativa, utilizzando lo strumento del procedimento disciplinare, considerato che è stato riconfermato il carattere di illecito disciplinare delle violazioni delle norme sulla pubblicità sanitaria. Per mettere l'Ordine nelle condizioni di intervenire è necessario che venga inviata formale denuncia della pubblicità incriminata.

Ricordiamo inoltre che anche su tutto il materiale di presentazione di un dato studio odontoiatrico, come ad esempio targhe, cartellonistica stradale e siti internet, è sempre necessario indicare nome e cognome del professionista responsabile o autorizzato per quella struttura e l'Ordine di appartenenza con il relativo numero di iscrizione.

Bibliografia e siti utili

- Sito internet FNOMCEO : <https://portale.fnomceo.it/>
- Sito Internet OMCeO Napoli : <https://www.ordinemedicinapoli.it/>
- Sito Internet Enpam : <https://www.enpam.it/>
- Sito Internet ONAOSI : <https://www.onaosi.it/>

Testo di partenza: “Vademecum per neolaureati”, realizzato dall’Osservatorio Giovani Professionisti della FNOMCEO in collaborazione con l’Ufficio Legale della FNOMCeO.