



**FNOMCeO – Federazione Nazionale
degli Ordini dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri**

VADEMECUM PER NEOLAUREATI

**A cura del Segretario della FNOMCeO – dott. Luigi
Conte - in collaborazione con l'Ufficio Legale della
FNOMCeO**

**Dr. Marco Poladas – Dr.ssa Lucia Castiglieo –
Sig.ra Giulia Malagigi – Sig. Massimo Loffredi**

AGGIORNATO AL 12 DICEMBRE 2013

INDICE

1. INTRODUZIONE
2. NORMATIVA DI RIFERIMENTO
3. ISCRIZIONE ALL'ALBO
 - 3.1 Iscrizione all'Ordine di cittadini comunitari
 - 3.2 Iscrizione all'Ordine di cittadini non comunitari
 - 3.3 Permessi di soggiorno
4. ATTIVITA' DEGLI ORDINI
 - 4.1 Aggiornamento dei professionisti
 - 4.2 Tenuta dell'Albo
 - 4.3 Potere disciplinare
 - 4.4 Interposizione nelle controversie – pareri sugli onorari
 - 4.5 PEC (Posta Elettronica Certificata)
5. ACCESSO ALLE SPECIALIZZAZIONI
 - 5.1 Modalità di svolgimento della formazione specialistica
 - 5.2 Trattamento economico
 - 5.3 Individuazione delle specializzazioni
 - 5.4 Concorso di ammissione
 - 5.5 Prove di esame
 - 5.6 Valutazione dei titoli
6. CORSO DI FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE
 - 6.1 Storia del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale
 - 6.2 Riferimenti normativi
 - 6.3 Accesso al Corso
 - 6.4 Durata del Corso
 - 6.5 Frequenza
 - 6.6 Incompatibilità
 - 6.7 Termine Corso ed esame finale
7. EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA (ECM)
8. ESERCIZIO PROFESSIONALE: I PERCORSI
 - 8.1 Libera professione
 - 8.1.1 Studio medico libero professionale
 - 8.2 Medicina convenzionata (MMG – Pediatri di libera scelta)
 - 8.3 Medicina specialistica ambulatoriale
 - 8.4 Medici dipendenti
 - 8.4.1 La dirigenza “medica” e “odontoiatrica”: evoluzione a partire dalla istituzione del SSN
 - 8.4.2 Procedure preordinate alla instaurazione del rapporto di dipendenza
 - 8.4.3 Procedura per la costituzione del rapporto di dipendenza a tempo indeterminato
 - 8.4.4 Il rapporto di lavoro dei medici dipendenti
 - 8.5 Medicine non convenzionali

- 9. PREVIDENZA E ASSISTENZA (ENPAM – ONAOSI)
 - 9.1 ENPAM
 - 9.2 ONAOSI
- 10. ASPETTI FISCALI
- 11. PUBBLICITA' IN MATERIA SANITARIA
- 12. ESERCIZIO PROFESSIONALE IN FORMA ASSOCIATA E SOCIETA' TRA PROFESSIONISTI
- 13. CERTIFICATI MEDICI
- 14. CARTELLA CLINICA
 - 14.1 Definizione, contenuti e requisiti
 - 14.2 La cartella clinica nelle strutture pubbliche e convenzionate
 - 14.3 La documentazione clinica negli studi professionali e nelle strutture private
 - 14.4 Conservazione
- 15. L'ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA PER I PROFESSIONISTI
- 16. INDIRIZZI UTILI

1. INTRODUZIONE

Questo *Vademecum* si pone come obiettivo ambizioso di essere utile principalmente ai giovani professionisti che, attraverso l'iscrizione all'Albo, si affacciano al mondo dell'attività professionale, ma vuole costituire anche un ausilio per i medici già iscritti e, infine, anche per i componenti degli organi collegiali degli Ordini che vengono chiamati ormai ad affrontare problemi che vanno oltre quello che una volta era inteso come un incarico di carattere onorario.

Il continuo proliferare di normative di legge e regolamentari costringe, infatti, i medici – a qualsiasi categoria appartengano – ad una conoscenza approfondita della cornice legislativa che riguarda la professione medica e l'ordinamento professionale.

In allegato al *Vademecum*, quindi, come prima norma sarà inserita la Legge istitutiva degli Ordini professionali delle professioni sanitarie (D.Lgs.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233), il Regolamento di attuazione della predetta legge (D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221) e la Legge 24 aprile 1985, n. 409 che, istituendo l'Albo degli Odontoiatri e specifici organismi collegiali, ha modificato sostanzialmente il precedente assetto.

Sempre in allegato alla normativa sarà inserito il Codice di Deontologia Medica che, pur non costituendo – ovviamente – norma di legge, quale elemento di auto-gestione della professione medica viene ormai riconosciuto ed applicato dalla giurisprudenza nell'affrontare problematiche specifiche dell'esercizio professionale medico.

Un primo avvertimento è subito necessario: tutte le normative sopra citate sono oggetto di procedimento di riforma che il Parlamento, nell'ambito di un generale percorso di riforma di tutti gli ordinamenti delle professioni intellettuali, sta seguendo anche per quanto riguarda le professioni sanitarie, cui viene riconosciuta una specificità particolare.

Anche il Codice di Deontologia Medica è oggetto di un continuo percorso di auto-riforma, considerato che presso la FNOMCeO è istituita una Commissione permanente per l'aggiornamento e la revisione del Codice Deontologico che – nel momento in cui scriviamo – sta predisponendo una nuova stesura del Codice di Deontologia Medica che, ovviamente, dovrà essere sottoposta alla necessaria approvazione da parte dei competenti Organi della Federazione stessa.

2. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

La tutela della salute pubblica è un diritto fondamentale previsto dalla nostra **Costituzione** che, all'**art. 32**, testualmente stabilisce:

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”

L'esercizio della professione medica è disciplinato dal **D.Lgs.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233** “Ricostituzione degli Ordini delle Professioni Sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse”, che costituisce la Legge istitutiva degli Ordini delle professioni sanitarie e dal successivo **D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221** “Approvazione del Regolamento per la esecuzione del Decreto Legislativo 13 settembre 1946, n. 233, sulla ricostituzione degli Ordini delle Professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse”.

Importanti modifiche sono state apportate con la **Legge 24 aprile 1985, n. 409** che, istituendo, nell'ambito dello stesso Ordine, due Albi separati, uno per i medici chirurghi e l'altro per gli odontoiatri, ha, di conseguenza, istituito due Commissioni, una per gli iscritti all'Albo dei Medici (CAO) e una per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri (CAO), per la trattazione degli affari concernenti le rispettive professioni, modificando sostanzialmente il precedente assetto, che prevedeva la competenza unica in capo al Consiglio direttivo.

Anche le **decisioni della Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie (CCEPS)** sono vincolanti ai fini dell'esercizio della professione medica. Contro le decisioni della CCEPS è possibile fare ricorso davanti alla Suprema Corte di Cassazione.

Oltre alle norme di carattere giuridico esistono delle regole di autodisciplina della professione medica, che sono vincolanti per gli iscritti agli Ordini i quali vi devono adeguare la loro condotta professionale. A tale proposito la FNOMCeO ha creato un corpus di principi e regole che il medico iscritto all'Albo deve osservare nell'esercizio della propria attività professionale: il **Codice di Deontologia Medica**. La violazione delle regole contenute nel Codice comporta il deferimento del medico alle Commissioni disciplinari appositamente istituite presso gli Ordini.

Tutta la normativa su menzionata può essere consultata sul sito della FNOMCeO (www.fnomceo.it).

3. ISCRIZIONE ALL'ALBO

Per l'esercizio della professione di medico, requisito indispensabile è l'iscrizione all'Albo dell'Ordine della provincia in cui il medico ha la propria residenza o, in alternativa, il domicilio professionale.

L'art. 9 del D.Lgs.C.P.S. n. 233/1946 stabilisce che:

“Per l'iscrizione all'albo 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 oppure, per la categoria delle ostetriche, avere ottenuto il diploma rilasciato dalle apposite scuole;*
- 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.”

Occorre tenere presente che la normativa citata risale al 1946 e, quindi, deve essere letta ed interpretata alla luce delle successive innovazioni legislative.

Per quanto riguarda la lettera *a)*, ad esempio, a seguito delle direttive comunitarie sulla libera circolazione dei professionisti non può essere più considerato requisito indispensabile per l'iscrizione la cittadinanza italiana.

Va anche sottolineato, per quanto riguarda la lettera *c)*, che il certificato attestante la buona condotta è stato da tempo abrogato, pertanto il requisito della buona condotta dovrà essere vagliato dall'Ordine sulla base di altri elementi che potranno essere, ad esempio, il controllo sulla inesistenza di provvedimenti e/o procedimenti penali a carico del sanitario.

Anche per quanto riguarda il requisito della residenza di cui alla lettera *e)*, la normativa sulla libera circolazione dei professionisti non ha reso più necessario il possesso del relativo certificato. Il medico potrà, peraltro, iscriversi nell'Ordine nella cui provincia esercita la propria attività lavorativa o nella provincia dell'Ordine ove elegga il proprio domicilio.

Alla luce di queste annotazioni vanno, quindi, letti gli articoli 4, 6 e 7 del D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221, che prevedono il procedimento di iscrizione all'Ordine e la relativa documentazione che i sanitari dovranno presentare.

Si ricorda, infine, che, ai sensi della normativa di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 (Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), molti documenti possono essere autocertificati dall'iscrivendo, fermo restando l'obbligo di controllo, da parte dell'Ordine, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive presentate.

3.1 Iscrizione all'Ordine di cittadini comunitari

Le recenti norme comunitarie – da ultima la Direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali – prevedono che il cittadino comunitario in possesso di un titolo professionale attestante un percorso formativo interamente compiuto in un Paese comunitario, può svolgere stabilmente la professione medica in Italia previa presentazione al Ministero della Salute della domanda per il riconoscimento del titolo.

Tale procedura, per i cittadini comunitari, si sostanzia in una verifica della regolarità della documentazione presentata, il cui esito positivo autorizza l'interessato a richiedere l'iscrizione all'Albo professionale italiano.

Nel segnalare che la procedura per il riconoscimento del titolo è indicata nel sito del Ministero della Salute (www.salute.gov.it), si ricorda che, anche per i cittadini comunitari, l'Ordine deve verificare – con le modalità che riterrà più opportune – la conoscenza della lingua italiana che permetta al sanitario di svolgere la professione nel nostro Paese.

3.2 Iscrizione all'Ordine di cittadini non comunitari

Una procedura più complessa riguarda la domanda di riconoscimento di un titolo presentato da un cittadino non appartenente alla Unione Europea, laureato in un Paese extracomunitario. La medesima procedura riguarda anche i cittadini di Paesi extracomunitari che abbiano ottenuto il riconoscimento della Unione Europea.

La domanda di riconoscimento del titolo presentata da un cittadino di un Paese extracomunitario è vagliata da un'apposita Conferenza dei Servizi, cui partecipano, fra gli altri, anche rappresentanti del Ministero della Salute, dell'Università e della FNOMCeO.

La Conferenza dei Servizi potrà concludere la sua verifica o dichiarando il riconoscimento del titolo ritenuto equipollente a quello italiano, o negando tale riconoscimento, oppure chiamando il sanitario ad una verifica della sua

formazione attraverso una prova attitudinale o un apposito tirocinio da svolgere presso una struttura sanitaria universitaria italiana.

Si ricorda che anche la documentazione e la modulistica necessaria alla presentazione della domanda di riconoscimento del proprio titolo da parte di un cittadino extracomunitario può essere reperita nel sito del Ministero già riportato.

Ovviamente, anche per il cittadino extracomunitario l'Ordine dovrà verificare la conoscenza sufficiente della lingua italiana.

La normativa generale cui si è fatto riferimento discende dal Testo Unico sull'immigrazione, approvato con D.Lgs. 28 luglio 1998, n. 286 e dal successivo regolamento di attuazione, approvato con D.P.R. 31 agosto 1999, n. 394.

Si ricorda, infine, anche la circolare del Ministero della Salute del 12 aprile 2000.

3.3 Permessi di soggiorno

Per quanto riguarda i cittadini extracomunitari, l'Ordine deve anche verificare la legittimità del soggiorno nel nostro Paese. A questo riguardo lo straniero dovrà essere in possesso di uno dei seguenti permessi:

- permesso di soggiorno rilasciato per motivi di lavoro subordinato o autonomo o per motivi familiari;
- permesso di soggiorno rilasciato per motivi di studio e formazione, limitatamente al periodo di validità dello stesso per un tempo non superiore a 20 ore settimanali e comunque non superiore a 1040 ore annuali.

Prima di concludere l'argomento concernente l'iscrizione in Italia degli stranieri, occorre ricordare che è tuttora valida la norma di cui all'art. 9, ultimo comma, del D.Lgs.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233, sopra riportata.

Va appena ricordato che sono ormai molto pochi gli accordi di reciprocità, ad esempio quello con l'Egitto, mentre recentemente è stato abrogato tale accordo con la Siria.

Tutta la relativa modulistica è consultabile sul sito del Ministero della Salute di cui al seguente link:

<http://www.salute.gov.it/professionisanzitarie/paginaInterna.jsp?id=2972&menu=strumentieservizi>

4. ATTIVITA' DEGLI ORDINI

Come già indicato nel paragrafo concernente la normativa di riferimento, gli Ordini territoriali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri sono stati ricostituiti, dopo il periodo della dittatura fascista, con Decreto Legislativo del Capo Provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233. Tale normativa è accompagnata dal Regolamento di esecuzione approvato con D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221. Una ulteriore importante modifica legislativa è stata introdotta nell'ordinamento professionale con la Legge 24 luglio 1985, n. 409 che, in sostanza, istituiva, in seno ai Consigli Direttivi degli Ordini, la Commissione per gli Iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e la Commissione per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri.

Per quanto riguarda gli aspetti sostanziali dell'attività degli Ordini, occorre fare riferimento all'art. 3 del già citato D.Lgs.C.P.S. n. 233/1946: *“Al Consiglio Direttivo di ciascun Ordine e Collegio spettano le seguenti attribuzioni:*

- a) compilare e tenere l'Albo dell'Ordine e del Collegio e pubblicarlo al principio di ogni anno;*
- b) vigilare alla conservazione del decoro e dell'indipendenza dell'Ordine e del Collegio;*
- c) designare i rappresentanti dell'Ordine o Collegio presso commissioni, enti ed organizzazioni di carattere provinciale o comunale;*
- d) promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti;*
- e) dare il proprio concorso alle autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possono interessare l'Ordine od il Collegio;*
- f) esercitare il 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;*
- g) interporsi, se richiesto, nelle controversie fra sanitario e sanitario, o fra sanitario e persona o enti a favore dei quali il sanitario abbia prestato o presti la propria opera professionale, per ragioni di spese, di onorari e per altre questioni inerenti all'esercizio professionale, procurando la conciliazione della vertenza e, in caso di non riuscito accordo, dando il suo parere sulle controversie stesse.”*

Occorre osservare, per completezza, che i compiti di cui alle lettere c),

f) e g) sono stati attribuiti, ai sensi dell'art. 6 della Legge n. 409/1985, alla Commissione per gli Iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi ed alla Commissione per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri, in ragione delle rispettive professioni.

Il medico è tenuto a versare una tassa per l'iscrizione all'Albo, una tassa annuale ed una tassa per il rilascio dei certificati e dei pareri per la liquidazione degli onorari (art. 4 D.Lgs.C.P.S. n. 233/1946).

4.1 Aggiornamento dei professionisti

Volendo sintetizzare alcuni punti che gli Ordini sono chiamati a svolgere in favore degli iscritti, si sottolinea quello concernente la promozione e tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti.

Ben prima, quindi, del varo del sistema dell'Educazione Medica Continua – d'ora in poi ECM – esisteva il compito, per gli Ordini, di promuovere ogni iniziativa diretta, in sostanza, a favorire l'aggiornamento professionale e culturale degli iscritti.

4.2 Tenuta dell'Albo

Altro compito particolarmente importante è quello di garanzia per quanto concerne la compilazione e la tenuta dell'Albo. Si tratta di un compito "notarile" che però sostanzia la certezza del diritto per quanto concerne la legittimità del sanitario di esercitare la professione.

4.3 Potere disciplinare

Si tratta di un altro compito che caratterizza la funzione degli Ordini in quanto, attraverso il corretto esercizio delle procedure disciplinari, si garantisce indirettamente il cittadino sulla moralità e sulla qualità professionale degli iscritti.

Si sottolinea appena che, nell'ambito di vari processi tuttora in itinere per la riforma degli Ordini delle professioni intellettuali in generale e di quelle sanitarie in particolare, è vivo il dibattito per migliorare l'intervento disciplinare garantendo al meglio i principi della terzietà del giudizio e del giusto processo.

4.4 Interposizione nelle controversie – pareri sugli onorari

Si sottolinea l'importanza di questa funzione che consente agli Ordini di porsi come elemento di garanzia fra sanitario e sanitario, fra sanitario e paziente o fra sanitario ed enti a favore dei quali il sanitario stesso eserciti la propria attività.

Come conseguenza di questo compito l'Ordine (*rectius* le Commissioni di Albo) esprimono un parere sulla correttezza degli onorari, allo scopo di conciliare la vertenza. Si sottolinea come questo potere rimanga pienamente in essere pur se la Legge 248/2006 ha abrogato la tariffa minima degli onorari delle professioni mediche. Tale abrogazione lascia comunque intatto il potere degli Ordini che, per ovvie ragioni di competenza, sono gli unici a poter valutare la correttezza e l'adeguatezza delle parcelle.

Anche se sulla materia rimandiamo ai capitoli successivi, è il caso qui di ricordare il delicato compito degli Ordini, recentemente riconfermato, per quanto riguarda la verifica della correttezza dei messaggi di pubblicità dell'informazione sanitaria. Rinviando allo specifico capitolo per un esame più analitico della questione, ricordiamo che gli Ordini devono comunque verificare veridicità e trasparenza dei messaggi proposti dagli iscritti, anche se il procedimento autorizzativo, che prevedeva il rilascio di uno specifico nulla osta, è da considerarsi abrogato a seguito della già citata Legge 248/2006 che ha innovato la precedente normativa di cui alla Legge 175/1992.

4.5 PEC (Posta Elettronica Certificata)

Il D.L. 185/2008, convertito nella Legge del 28 gennaio 2009, n. 2 prevede che i liberi professionisti iscritti in Albi o elenchi debbano dotarsi di una casella di Posta Elettronica Certificata e darne relativa comunicazione agli Ordini.

La PEC è il sistema attraverso il quale è possibile inviare e-mail con valore legale equiparato ad una raccomandata con ricevuta di ritorno, come stabilito dalla normativa vigente (D.P.R. 11 febbraio 2005, n. 68). Questo sistema aggiunge al servizio di posta elettronica "tradizionale" delle caratteristiche tali da fornire agli utenti la certezza, a valore legale, dell'invio e della consegna o meno dei messaggi al destinatario.

L'attivazione di una casella di Posta Elettronica Certificata è un servizio a pagamento, tuttavia molti Ordini lo offrono gratuitamente ai propri iscritti, anche avvalendosi di un'apposita convenzione stipulata dalla FNOMCeO con Aruba e con Poste Italiane.

5. ACCESSO ALLE SPECIALIZZAZIONI

Fermo restando quanto si approfondirà per ciò che concerne il tema della formazione specialistica nella Medicina Generale, si segnalano le modalità attraverso le quali il medico può accedere alle scuole di specializzazione, quale elemento principale della formazione post lauream.

La normativa deriva dal D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche e integrazioni. 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.

5.1 Modalità di svolgimento della formazione specialistica

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. Per tutta la durata della formazione specialistica a tempo pieno, il medico non può svolgere attività libero professionale all'esterno delle strutture assistenziali in cui si svolge la formazione; è inoltre vietato ogni rapporto convenzionale o precario con il Servizio Sanitario Nazionale o Enti e Istituzioni pubbliche e private.

Anche il medico specializzando avrà un impegno pari a quello previsto per il personale medico del SSN a tempo pieno ed avrà la facoltà dell'esercizio della libera professione intramuraria.

Le uniche attività consentite sono quelle previste dalla Legge 28 dicembre 2001, n. 448 (finanziaria 2002) che, all'art. 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”*.

5.2 Trattamento economico

Il trattamento economico, rideterminato ogni tre anni, è costituito da una parte fissa uguale per tutte le specializzazioni e da una parte variabile

differenziata a seconda del tipo di specializzazione, per la loro durata e per anno di corso. Il contratto di formazione è annuale ed è rinnovabile di anno in anno per un periodo di tempo uguale a quello della durata del corso di specializzazione.

5.3 Individuazione delle specializzazioni

In riferimento all'art. 35, comma 2, del D.Lgs. 368/1999, il Ministro dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, acquisito il parere del Ministero della Salute, determina il numero dei posti da assegnare a ciascuna scuola di specializzazione medica. L'art. 34 dello stesso D.Lgs. 368/1999, invece, individua le specializzazioni mediche, peraltro già indicate nel nostro ordinamento dal Decreto 31 ottobre 1991 e successive modifiche e integrazioni del MIUR di concerto con il Ministero della Salute.

A questo riguardo riportiamo una tabella che, allo stato, fa il punto sulle scuole di specializzazione conformi alle norme CEE e alle esigenze del SSN:

N.	Area n.	Scuole di specializzazione	Conformi norme CEE	Esigenze SSN
		AREA CHIRURGICA		
1	1	Cardiochirurgia	DM 31.10.1991	
2	2	Chirurgia dell'apparato digerente	DM 31.10.1991	
3	3	Chirurgia generale	DM 31.10.1991	
4	4	Chirurgia maxillo-facciale	DM 31.10.1991	
5	5	Chirurgia pediatrica	DM 31.10.1991	
6	6	Chirurgia plastica e ricostruttiva	DM 31.10.1991	
7	7	Chirurgia toracica	DM 31.10.1991	
8	8	Chirurgia vascolare	DM 31.10.1991	
9	9	Ginecologia e ostetricia	DM 31.10.1991	
10	10	Neurochirurgia	DM 31.10.1991	
11	11	Oftalmologia	DM 31.10.1991	
12	12	Ortopedia e traumatologia	DM 31.10.1991	
13	13	Otorinolaringoiatria	DM 31.10.1991	
14	14	Urologia	DM 31.10.1991	

		AREA MEDICA		
15	1	Allergologia e immunologia clinica	DM 31.10.1991	
16	2	Audiologia e foniatria		DM 11.2.1999
17	3	Cardiologia	DM 31.10.1991	
18	4	Dermatologia e venereologia	DM 31.10.1991	
19	5	Ematologia	DM 31.10.1991	
20	6	Endocrinologia e malattie del ricambio	DM 31.10.1991	
21	7	Gastroenterologia	DM 31.10.1991	
22	8	Genetica medica		DM 25.11.1994
23	9	Geriatrica	DM 31.10.1991	
24	10	Malattie dell'apparato respiratorio	DM 31.10.1991	
25	11	Malattie infettive	DM 31.10.1991	
26	12	Medicina dello Sport		DM 25.11.1994
27	13	Medicina fisica e riabilitazione	DM 31.10.1991	
28	14	Medicina interna	DM 31.10.1991	
29	15	Medicina tropicale	DM 31.10.1991	
30	16	Nefrologia	DM 31.10.1991	
31	17	Neurofisiopatologia		DM 11.2.1999
32	18	Neurologia	DM 31.10.1991	
33	19	Neuropsichiatria infantile	DM 31.10.1991	
34	20	Oncologia		DM 30.10.1993
35	21	Pediatria	DM 31.10.1991	
36	22	Psichiatria	DM 31.10.1991	
37	23	Psicologia clinica		DM 11.2.1999
38	24	Reumatologia	DM 31.10.1991	

39	25	Scienze dell'alimentazione		DM 25.11.1994
40	26	Tossicologia medica		DM 25.11.1994
		AREA DEI SERVIZI		
41	1	Anatomia patologica	DM 31.10.1991	
42	2	Anestesia e rianimazione	DM 31.10.1991	
43	3	Biochimica clinica	DM 31.10.1991	
44	4	Farmacologia	DM 31.10.1991	
45	5	Igiene e medicina preventiva		DM 30.10.1993
46	6	Medicina del lavoro	DM 31.10.1991	
47	7	Medicina di comunità		DM 9.3.2000
48	8	Medicina legale		DM 30.10.1993
49	9	Medicina nucleare	DM 31.10.1991	
50	10	Microbiologia e virologia	DM 31.10.1991	
51	11	Patologia clinica	DM 31.10.1991	
52	12	Radiodiagnostica	DM 31.10.1991	
53	13	Radioterapia	DM 31.10.1991	

5.4 Concorso di ammissione

Per quanto riguarda specificamente l'accesso alle scuole di specializzazione, a queste si accede mediante concorso annuale per titoli ed esami indetto con Decreto del Rettore di ogni singola Università per il numero di posti determinato con Decreto del MIUR.

Si segnala che il Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286, all'art. 39, comma 5, prevede l'accesso alle scuole di specializzazione – a parità di condizione con gli studenti italiani – anche per gli stranieri titolari di carta di soggiorno ovvero di permesso di soggiorno per lavoro subordinato e per lavoro autonomo, per motivi familiari, per asilo politico, per asilo umanitario o per motivi religiosi ovvero agli stranieri regolarmente soggiornanti in possesso di titolo di studio superiore conseguito in Italia o – se conseguito all'estero – equipollente.

Il calendario delle prove in ogni singola tipologia è predisposto dal MIUR, entro il 31 luglio di ciascun anno, al fine di rendere pubblica con il

necessario anticipo la data, nonché il numero dei posti assegnati a ciascun Ateneo e anche per consentire all'Università di pubblicare il bando almeno 60 giorni prima della prova.

La domanda di partecipazione, corredata dalla documentazione prevista dal bando, dovrà essere presentata direttamente all'Università non meno di 30 giorni prima della prova stessa.

5.5 Prove di esame

Le prove di esame consistono in una prova scritta e in una successiva prova pratica. La prova scritta consiste nella soluzione di 60 quesiti a risposta multipla, di cui 40 su argomenti caratterizzanti il corso di laurea in medicina e chirurgia e 20 su argomenti caratterizzanti la tipologia della scuola. La prova pratica consiste nella valutazione di un referto o di un dato clinico, diagnostico, analitico da effettuarsi mediante risposta scritta a tre quesiti attinenti all'oggetto della prova predisposta dalla Commissione.

Alla prova pratica vengono ammessi i candidati che hanno superato i quesiti riportando non meno di 48 punti. La prova pratica si intende superata se il candidato risponde correttamente a tutti e tre i quesiti. Il superamento della prova comporta l'assegnazione fino ad un massimo di 15 punti, secondo la qualità e la completezza delle risposte.

5.6 Valutazione dei titoli

La Commissione ha a disposizione 100 punti, dei quali 60 per la valutazione della prova scritta, 15 per la prova pratica, 5 per il voto di laurea e 20 per il curriculum degli studenti universitari. La valutazione del curriculum e del voto di laurea avviene in conformità ai seguenti criteri:

- a) Voto di laurea (max 5 punti):
 - per voto di laurea inferiore a 100: punti 0
 - per ciascun punto da 100 a 109: punti 0,30
 - per i pieni voti assoluti: punti 4
 - per la lode: punti 5.
- b) Curriculum (max 20 punti):
 - esami (max 5 punti): gli esami utili per la valutazione, in numero di 7, di cui 3 di discipline di base e 4 di discipline cliniche, sono scelti dal Consiglio della scuola tra i corsi integrati in statuto e indicati nel bando, con punteggio così attribuibile:
 - per ogni esame superato con voti da 27 a 29/30: punti 0,25
 - per ogni esame superato con la votazione di 30/30: punti 0,50
 - per ogni esame superato con lode: punti 0,75
 - attinenza della tesi alla tipologia di specializzazione (max 6,5 punti):

- nessuna attinenza: punti 0
- attinenza bassa: punti 2
- attinenza alta: punti 6,50
- attività elettive certificate attinenti alla tipologia di specializzazione: corsi monografici, internati elettivi in Italia o all'estero (max 6 punti):
 - per ogni corso, internato: punti 1
- pubblicazioni a stampa, o lavori che risultano accettati da riviste scientifiche attinenti alla specializzazione (max 2,5 punti):
 - ogni pubblicazione o lavoro: punti 0,50.

Non possono essere presi in considerazione lavori dattiloscritti o in corso di stampa non ancora accettati da riviste scientifiche.

6. CORSO DI FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE

6.1 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, ai sensi dell'art. 48 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, fermo restando il diritto ad esercitare l'attività di medico di medicina generale per i medici abilitati all'esercizio professionale entro il 31 dicembre 1994 (D.Lgs. n. 368/1999 – art. 30).

In Italia la Direttiva 86/457/CEE viene attuata mediante il D.Lgs. 8 agosto 1991, n. 256, che istituisce un Corso della durata di 2 anni riservato ai laureati in Medicina e Chirurgia, abilitati all'esercizio della professione. Tale corso comportava un impegno a tempo pieno dei partecipanti con obbligo della frequenza alle attività didattiche sia pratiche che teoriche, e, al termine, veniva rilasciato un attestato di formazione in medicina generale. Infatti con la suddetta direttiva si invitavano gli Stati europei a costituire un adeguato tirocinio teorico-pratico finalizzato a migliorare il sistema di erogazione delle cure "primarie" in modo da soddisfare in maniera più completa la richiesta di salute della collettività, limitando l'inopportuno ricorso a strutture specialistiche, consentendo un minor impegno economico per la collettività e migliorando il livello di benessere dei cittadini. Si intendeva, inoltre, favorire la libera circolazione dei professionisti in Europa garantendo adeguati standard di formazione professionale per il reciproco riconoscimento di diplomi, certificati e altri titoli tra gli Stati membri, i quali venivano, quindi, invitati ad ottemperare ai bisogni di formazione non completamente soddisfatti durante il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

Successivamente, con il D.Lgs. 18 agosto 1999, n. 368 e con le integrazioni e modifiche apportate allo stesso dal D.Lgs. 8 luglio 2003, n. 277, il Corso da biennale diventa triennale e finalizzato al conseguimento del diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale, che sostituisce il vecchio attestato.

Il primo corso triennale ha inizio con il triennio 2003-2006; in questo

contesto la Medicina Generale si colloca a livello specialistico, viene riconosciuta come disciplina e vi è un riconoscimento dei contenuti, delle competenze ed attitudini. Tale titolo, in effetti, può paragonarsi ad una vera e propria specializzazione in medicina generale, nonostante non sia rilasciato dall'autorità accademica.

6.2 Riferimenti normativi

Il Corso risponde alle direttive, leggi e norme in vigore sia europee che italiane.

Direttiva U.E. 93/16: si riferisce alla libera circolazione dei medici di medicina generale in Europa, da cui la necessità di trasmettere ai discenti le competenze costitutive (condivise) della Medicina Generale.

D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368: recepisce la direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e determina la durata e la struttura generale del Corso.

D.Lgs. 8 luglio 2003, n. 277: recepisce la direttiva 2001/19/CE che modifica le direttive del Consiglio relative al sistema generale di riconoscimento delle qualifiche professionali e le direttive del Consiglio concernenti le professioni di infermiere professionale, dentista, veterinario, ostetrica, architetto, farmacista e medico, istituisce e disciplina il corso triennale per il conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale.

D.M. Salute 7 marzo 2006: principi fondamentali per la disciplina unitaria in materia di formazione specifica in medicina generale.

6.3 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 e attivato dalle Regioni in conformità a quanto disposto dal citato D.Lgs. n. 368/1999 e successive modifiche e integrazioni e ai principi fondamentali definiti dal Ministero della Salute per la disciplina unitaria del sistema.

L'attivazione del Corso e la determinazione dei posti disponibili per ciascuna Regione avviene d'intesa tra le Regioni e il Ministero della Salute in relazione al fabbisogno previsto e alle risorse disponibili.

Per il triennio 2012-2015 la determinazione dei posti messi a concorso da ciascuna Regione è consultabile cliccando sul seguente link:

L'ammissione al Corso avviene a seguito di concorso, che si svolge in giorno e ora unici su tutto il territorio nazionale, fissati dal Ministero della Salute, nelle sedi stabilite da ciascuna Regione. Consta di un'unica prova scritta consistente nella soluzione di quesiti a risposta multipla su argomenti di medicina clinica. In base al punteggio conseguito da ciascun candidato viene formata una graduatoria regionale secondo il cui ordine vengono chiamati i medici ammessi fino a concorrenza dei posti disponibili.

Il bando di concorso per l'ammissione al Corso viene pubblicato integralmente nel Bollettino Ufficiale di ciascuna Regione e, per estratto, nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica. Lo stesso viene, inoltre, messo a disposizione presso gli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e sul sito Internet di ciascuna Regione.

6.4 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 consegue a seguito di un corso di Formazione Specifica in Medicina Generale della durata di 3 (tre) anni.

Lo stesso articolo, al comma *2bis*, stabilisce che la durata del Corso può essere ridotta per un periodo massimo di 1 (uno) anno o comunque pari a quello della formazione pratica effettuata durante il corso di laurea in Medicina e Chirurgia, se tale formazione è impartita o in ambiente ospedaliero riconosciuto e che disponga di attrezzature e di servizi adeguati di medicina generale o nell'ambito di uno studio di medicina generale riconosciuto o in un centro riconosciuto in cui i medici dispensano cure primarie.

L'art. 10 del D.M. Salute del 7 marzo 2006 stabilisce che il Ministero della Salute trasmetta alle Regioni e alle Province autonome, entro il 30 giugno di ciascun anno - e comunque in tempo utile per consentire alle Regioni e alle Province autonome la valutazione dei crediti formativi - l'elenco dei corsi attivati dalle Università, valutabili ai fini della riduzione della durata della frequenza.

6.5 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).

La formazione a tempo pieno implica la partecipazione alla totalità delle attività mediche del servizio nel quale si effettua la formazione, comprese le guardie, in modo che il medico dedichi a tale formazione pratica e teorica tutta la sua attività professionale per l'intera durata della normale settimana lavorativa e per tutta la durata dell'anno (art. 11, comma 1, del D.M. Salute 7 marzo 2006).

Le uniche attività consentite sono quelle previste dalla L. 28 dicembre 2001, n. 448 (finanziaria 2002) che, all'art. 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”*.

Tale disposizione è riportata anche all'art. 34 del D.Lgs. n. 368/1999 come modificato dalla L. 26 maggio 2004, n. 138 (art. 2octies).

L'art. 19, comma 12, della L. 448/2001 prevede inoltre che *“Il medico che si iscrive alle scuole universitarie di specializzazione in Medicina e Chirurgia può partecipare successivamente a fine corso o interrompendo lo stesso, ai concorsi per i corsi di formazione specifica in medicina generale.*

Il medico che si iscrive ai corsi di formazione specifica in medicina generale, previo svolgimento di regolare concorso, può partecipare successivamente a fine corso o interrompendo lo stesso, ai concorsi per le scuole universitarie di specializzazione”.

6.6 Incompatibilità

E' 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).

E' 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 tutore (art. 11, comma 3, del D.M. Salute 7 marzo 2006).

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

6.7 Termine Corso ed esame finale

Il Corso inizia entro il mese di novembre e si conclude, compreso lo svolgimento dell'esame finale, entro il 30 ottobre del triennio successivo. La formazione non può concludersi prima del 30 settembre del terzo anno (art. 26, comma 5, D.Lgs 277/03).

L'esame finale deve essere svolto alla fine del corso e, comunque, entro la fine dell'anno solare in modo da permettere ai medici in formazione l'inserimento nella graduatoria regionale per la medicina generale entro il 31 gennaio dell'anno successivo (art. 14, comma 4, del D.M. Salute 7 marzo 2006).

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).

7. EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA (ECM)

Una volta usciti dalla scuola di specialità, il percorso formativo dei medici non può ancora ritenersi terminato: viene infatti loro richiesto, per legge, di mantenersi continuamente aggiornati dal punto di vista scientifico e professionale. Questo vale non solo per i medici, ma per tutto il personale sanitario, sia del settore pubblico sia di quello privato.

L'obbligo dell'aggiornamento professionale è stato introdotto dal Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e poi regolato più dettagliatamente dal Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229. Si segnala, inoltre, l'art. 3, comma 5, lettera b), della recente Legge 14 settembre 2011, n. 148 che, ancora una volta, prevede l'obbligo per il professionista di seguire percorsi di formazione continua permanente. Il successivo regolamento di esecuzione della normativa di cui trattasi (D.P.R. 7 agosto 2012, n. 137), all'art. 7, entra specificatamente nel merito della formazione continua, rinnovando il tema dell'obbligatorietà e chiarendo che la violazione di tale obbligo costituisce illecito disciplinare. Occorre subito evidenziare, però, che i contenuti del suddetto illecito dovranno essere correttamente individuati nell'ambito del Codice di Deontologia Medica e che, quindi, attualmente, a livello ordinistico non possono ancora considerarsi operative procedure disciplinari concernenti la violazione dell'obbligo di aggiornamento.

Si utilizza, quindi, l'acronimo ECM, che sta per "Educazione Continua in Medicina". Ai medici viene fatto obbligo di conseguire almeno 150 crediti ECM nell'arco di un triennio (ogni anno devono ottenere non meno di 25 crediti e non possono accumularne più di 75).

Sono esentati dall'obbligo di conseguire i crediti ECM i medici specializzandi e i dottorandi di ricerca, in quanto già impegnati in una più strutturata attività formativa e di ricerca.

I crediti formativi si conseguono attraverso la partecipazione a corsi di aggiornamento e ad eventi formativi organizzati dagli enti accreditati. Per poter entrare all'interno del circuito dei crediti ECM, il singolo ente organizzatore (provider) deve ottenere un apposito accreditamento: nel caso in cui il provider organizzi eventi di rilevanza nazionale, tale riconoscimento è attribuito dalla Commissione nazionale per la formazione continua, presieduta dal Ministro della Salute; se il provider si limita invece all'organizzazione di eventi a livello locale, l'accreditamento viene conferito direttamente dalla Regione di appartenenza. A tale proposito si specifica che anche la

FNOMCeO è divenuta provider a livello nazionale e già da tempo provvede ad organizzare corsi FAD accessibili a tutti i medici sul territorio nazionale, quali il Corso *Sicure* e il *Root Cause Analysis*, sulla *sicurezza* e *sull’Audit clinico* (già conclusi); E I Corsi “*Appropriatezza*” e “*Governo clinico: Innovazioni, Monitoraggio performance cliniche, Formazione*” (attualmente fruibili).

L’attestato di partecipazione viene rilasciato all’interessato dal provider di formazione, il quale provvederà ad inviare all’Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) e contestualmente al CO.GE.A.P.S. (Consorzio per la Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie) l’elenco di coloro che hanno partecipato con esito positivo all’evento formativo con i relativi crediti.

Sulla base di alcuni parametri fissati dal Ministero della Salute, ad ogni singolo evento formativo – che può prevedere sia attività teoriche che pratiche – corrisponde un determinato numero di crediti: i medici sono liberi di seguire le attività formative che ritengono più utili alla propria formazione e alla propria attività. Nel ventaglio degli eventi ECM offerti ai professionisti sanitari sono consentite anche attività di formazione a distanza (FAD). Una volta completato il corso di aggiornamento, il medico riceve un diploma che attesta il conseguimento dei crediti.

Per i medici dipendenti del SSN il regolare conseguimento dei crediti viene verificato dalla propria azienda, mentre per i medici che operano come liberi professionisti o come dipendenti di strutture private la vigilanza spetta all’Ordine.

Dal 1° gennaio 2011 è entrato in vigore il nuovo programma ECM, regolamentato dagli Accordi Stato-Regioni del 7 agosto 2008 e del 5 novembre 2009, dalla Determinazione della Commissione Nazionale ECM del 13 gennaio 2010 e dal D.P.C.M. del 26 l luglio 2010.

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

Dal 2011 verranno riconosciute ai fini ECM le seguenti tipologie:

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

8. Autoapprendimento con tutor (FAD)

9. Docenza e tutoring + altro

Per convegni, congressi, simposi e conferenze (tipologia 2), per gruppi di miglioramento e per attività di ricerca (tipologia 5), per docenze e tutoring (tipologia 9) nei tre anni il numero massimo di crediti acquisibili non può eccedere il 60% di 150, vale a dire 90 crediti nel triennio.

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

8. ESERCIZIO PROFESSIONALE: I PERCORSI

8.1 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.

8.1.1 Studio Medico libero professionale

Come per tutte le professioni, l'apertura di uno studio medico privato è consentita al professionista e non è soggetta, di norma, ad alcuna autorizzazione amministrativa né a specifici controlli da parte dell'Autorità sanitaria e dell'Ordine territoriale dei medici chirurghi e degli odontoiatri, fermi restando, ovviamente, i poteri di vigilanza attribuiti a tali organi dal Testo Unico delle Leggi Sanitarie e dalla legge professionale.

Occorre sottolineare che il riferimento normativo di cui all'art. 8^{ter} del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni prevede, al comma 2, che *“l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie è, altresì, richiesta per gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, individuati ai sensi del comma 4, nonché per le strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche, svolte anche a favore di soggetti terzi”*.

Tutto ciò premesso, le norme in materia di ambulatori e poliambulatori confermano indirettamente che non sono soggetti al regime autorizzativo per i medesimi previsto - e quindi al pagamento della tassa di concessione - *“i gabinetti personali e privati in cui i medici generici e specializzati, compresi gli odontoiatri, esercitano la loro professione”*. Ciò anche se i locali dello studio siano posti in località diversa dall'abitazione privata del sanitario e siano destinati all'esercizio professionale di più medici o di più odontoiatri, come nel caso di uno studio associato.

Fanno eccezione a questo principio generale gli studi di radiologia, i laboratori di analisi cliniche e i gabinetti di cure fisiche che assumono le dimensioni e le caratteristiche di una struttura ambulatoriale.

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".

Lo spazio ottimale da destinare ad uno studio medico corrisponde ai modelli organizzativi di lavoro ed alle competenze attribuite al medico che vi opera. Lo spazio necessario varierà, dunque, a seconda che lo studio sia destinato ad un singolo medico, con o senza personale ausiliario, o ad un maggior numero di medici che operano "in" gruppo o che praticano la medicina "di" gruppo. In questi ultimi due casi la presenza di personale ausiliario, sempre necessaria, appare indispensabile.

Ai sensi del D.M. 5 luglio 1975, sono consentite e accettabili altezze dei locali di m. 2,70 nelle costruzioni poste in località sino a 1000 m. sul livello del mare, e di m. 2,55 nelle costruzioni oltre i 1000 m. sul livello del mare. La minore altezza comporta una maggiore superficie sia per garantire una "cubatura di aria" soddisfacente (20 m³/ora per persona) sia per soddisfare le esigenze di spazio delle persone che vi lavorano contemporaneamente. E' preferibile che l'area destinata al colloquio e all'incontro con il paziente sia separata da quella destinata alla visita, anche se si tratta di una soluzione non sempre realizzabile. Comunque l'area complessiva di uno studio (area del colloquio + area della visita) non dovrebbe essere inferiore ai 30 m², per un solo medico e a 50 m² per due medici (rispettivamente circa 90-150 m³). Tali dimensioni possono variare anche considerevolmente se lo studio è dotato di eventuale tecnologia, oltre alle attrezzature tradizionalmente indispensabili.

Pur in assenza di specifiche codifiche relative alla protezione acustica, è preferibile che lo studio non si affacci direttamente sulla sala di attesa, non sia situato in locali prospicienti vie di grande traffico, aree adibite a mercati, spazi destinati a riunioni pubbliche o in prossimità di insediamenti industriali numerosi, ecc. E' altresì raccomandabile che il locale si affacci verso l'interno del fabbricato, non sia a piano terra, né contiguo a garage, trombe di scale, vani ascensori o altri locali nei quali si svolgano lavorazioni rumorose. L'abbattimento delle barriere architettoniche per i portatori di handicap e la disponibilità di ascensori favoriscono l'accesso dei pazienti a studi situati ai

piani superiori di un edificio.

Lo studio del medico, oltre ad essere confortevole, deve garantire al cittadino una adeguata intimità e il rispetto della privacy, deve offrire una illuminazione sufficiente e una temperatura adeguata (18-20°C). Illuminazione ed aerazione sufficienti si concretizzano in una fenestrazione diretta all'esterno, apribile, e in un rapporto tra superficie fenestrata e superficie del pavimento compreso tra 1/7 e 1/9. Tale fenestrazione garantisce in genere un grado medio di luce diurna soddisfacente, in condizioni meteorologiche medie.

Analogamente l'illuminazione artificiale deve garantire valori medi di illuminazione generale dell'ambiente compresi tra 90 e 300 lux, e può raggiungere valori superiori nella illuminazione localizzata mediante lampade da tavolo e simili. Sono da preferire luci al neon o solari, per la loro maggiore naturalezza e una disposizione della sorgente luminosa tale da evitare fastidiosi abbagliamenti per l'operatore.

E' importante, inoltre, la permeabilità all'atmosfera delle strutture murarie, specie perimetrali, che consente un ricambio d'aria non trascurabile, anche a finestre chiuse, il che suggerisce l'opportunità di non impermeabilizzare le pareti a tutta altezza mediante materiali di rivestimento e/o vernici impermeabili. Ai fini della pulizia e della disinfezione dei locali è sufficiente una zoccolatura parziale.

L'impianto elettrico di uno studio medico deve prevedere una potenza di almeno 3 kw per sostenere l'assorbimento di corrente richiesto dalle attrezzature esistenti e dalla eventuale presenza di un personal computer. E' opportuno che, almeno in fase di progettazione di un nuovo edificio da adibire a studio, si predispongano sulle pareti numerose prese di corrente per evitare che il pavimento sia attraversato pericolosamente da cavi elettrici. Se lo studio medico è inserito in uno stabile già adeguato alla normativa prevista dal D.P.R. n. 447/1991 ("Regolamento di attuazione della Legge n. 46/1990"), nel contratto di vendita o di locazione deve essere citata la rispondenza alle norme vigenti, mediante dichiarazione da parte del proprietario dell'unità abitativa, da cui risulti che l'impianto elettrico è rispondente alla normativa vigente (D.P.R. n. 392/1994).

I componenti dell'impianto devono possedere uno specifico marchio di qualità (IMQ) secondo le norme previste dal CEI, in analogia alla legislazione europea, ed essere dotati di una rete terra con dispersore a norma, di un relais differenziale (cosiddetto "salvavita") e di un apparecchio per cortocircuiti. L'impianto elettrico deve essere altresì sottoposto ad opportuno collaudo ad opera del Servizio prevenzione infortuni e sicurezza ambiente di lavoro (SPISAL) della ASL, che rilascia un certificato di agibilità. Il medico è tenuto a denunciare, con apposito modulo da indirizzare alla ASL, il progetto di impianto elettrico e a richiedere il collaudo.

L'impianto elettrico deve essere verificato periodicamente; la verifica deve essere effettuata da personale qualificato e i risultati della stessa debbono essere riportati, a cura del medico, su apposito registro da conservare presso il luogo di lavoro a disposizione del personale preposto ai controlli. La verifica per l'efficienza dei dispositivi a corrente differenziale è semestrale mentre è biennale quella dell'impianto di messa a terra.

La sala di attesa dovrebbe essere opportunamente dimensionata in relazione al numero prevedibile di pazienti costretti a sostarvi per qualche tempo. Per quanto concerne i medici convenzionati ciò dipende dalla organizzazione dello studio, dagli adempimenti burocratici del medico e dal numero di assistiti iscritti nel suo elenco.

Generalmente le sale di attesa dei medici generici e degli specialisti pediatri italiani sono molto affollate. Raramente le visite vengono erogate "attraverso un sistema di prenotazione", peraltro previsto dall'art. 22 (comma 7) e dall'art. 18 (comma 10) delle rispettive convenzioni; non sempre l'orario di ambulatorio, "determinato autonomamente dal sanitario in relazione alle necessità degli assistibili" e "al migliore funzionamento dell'assistenza" (art. 18, comma 5 e art. 22, comma 5), è tale da soddisfare, nei tempi previsti, il carico burocratico crescente originato dal SSN (nonostante le numerose dichiarazioni di intenti disseminate nell'Accordo Collettivo Nazionale di lavoro).

Il flusso giornaliero di persone che visitano il medico generico nel nostro Paese varia, inoltre, a seconda del costume locale, della viabilità, della situazione socio-economica, dei diversi periodi stagionali e della dimensione urbanistica, e tuttavia un medico che abbia raggiunto il massimale delle scelte vede, in ognuno dei 5 giorni della settimana in cui è obbligato a tenere aperto l'ambulatorio, da un minimo di 20 persone ad un massimo di 80. Pertanto la sala di attesa dovrebbe avere una dimensione di almeno 20 m², garantire frequenti cambi d'aria e prevedere una dotazione di non meno di 10-15 comode poltroncine-sedie, disposte lungo le pareti. E' sconsigliabile l'uso di spray e nebulizzatori, inefficaci per migliorare il microclima, impedire la concentrazione dei virus nell'aria e la trasmissione di malattie infettive.

Il normale arredamento della sala di attesa va opportunamente completato con una lampada di emergenza, indispensabile in caso di improvvisa interruzione di energia elettrica. La sala di attesa dovrebbe essere tinteggiata con colori chiari pastello per rendere l'ambiente sereno e distensivo. Quella di uno specialista pediatra dovrebbe prevedere uno spazio attrezzato con giocattoli e oggetti destinati a intrattenere i piccoli pazienti in attesa e a rendere l'ambiente più accettabile.

La temperatura non dovrebbe superare i 18-20°C, con frequenti ricambi dell'aria, facendo rispettare rigorosamente il divieto di fumare. L'area destinata all'attesa dei pazienti di uno studio nel quale operino

contemporaneamente due o più medici dovrebbe essere di almeno 40-60 m², distribuita in più locali.

Ai sensi del già citato D.M. 5 luglio 1975, i servizi igienici possono essere ubicati in un ambiente con pareti alte non meno di 2,40 m., anche non direttamente fenestrato all'esterno. In questo caso l'ambiente deve essere dotato di un sistema di aspirazione meccanica e non vi devono essere installati scaldabagni a fiamma libera.

E' sufficiente la presenza di un lavandino con acqua calda e fredda e un vaso del tipo misto, con poggiapiedi, in modo che possa essere usato anche alla turca.

La presenza di personale infermieristico e/o di segreteria consente di regolamentare meglio l'utenza quotidiana dell'ambulatorio, di diminuire l'attività burocratica del medico e di effettuare in ambulatorio prestazioni professionali più qualificate e complesse.

Una dimensione accettabile dell'area destinata al personale ausiliario corrisponde a 10-15 m². E' utile che il locale sia dotato di comunicazione sia con la sala di attesa che con lo studio del medico e altri locali destinati alle medicazioni, al texting office o a indagini strumentali.

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 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.

8.2 Medicina convenzionata (MMG – Pediatri di libera scelta)

Per quanto riguarda la formazione del Medico di Medicina Generale, si rimanda al Cap. 6, dove l'argomento è stato ampiamente trattato.

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, in ossequio a quanto stabilito dalla Legge finanziaria 2005 – disciplinano, in primo luogo, il rapporto di convenzione dei medici di fiducia, ossia dei medici di famiglia (o della persona), preposti sia alla assistenza di medicina generale sia a quella pediatrica di base (pediatra di famiglia). 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, perseguendo l'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 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, da ultimo, 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 anche gli 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" che costituisce, in sostanza, un fascicolo elettronico che 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.), una sintesi dei trattamenti in corso e le informazioni relative al patient summary stesso (ad es. quando e chi lo ha generato).

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 ed uniformi 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.

8.3 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 – 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. Per la branca di Odontostomatologia è titolo valido per l'inclusione in graduatoria anche l'iscrizione all'Albo professionale degli Odontoiatri di cui alla Legge n. 409/1985.

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.

8.4 Medici dipendenti

8.4.1 La dirigenza “medica” e “odontoiatrica”: 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 / Vice direttore (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.

8.4.2. 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. 15^{ter}, 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.

8.4.3. 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.

8.4.4. 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.

8.5 Medicine non Convenzionali

L'esercizio professionale delle cosiddette Medicine non convenzionali (MNC) dette anche Medicine complementari e alternative (CAM) non ha in Italia una regolamentazione normativa nazionale. Nel corso degli ultimi venti anni numerosi progetti e disegni di legge hanno avviato il loro percorso parlamentare senza giungere alla definitiva approvazione.

Un inquadramento normativo è stato in alcune Regioni definito attraverso leggi regionali riguardanti alcune delle più diffuse Medicine non convenzionali, in particolare, l'Omeopatia, la Fitoterapia e l'Agopuntura.

La FNOMCeO, vista l'assenza di un quadro legislativo e al fine di tutelare la salute dei cittadini, con una deliberazione del Consiglio Nazionale del 19 maggio 2002, definì quale atto medico l'esercizio di nove tra le più diffuse Medicine non convenzionali (Agopuntura, Fitoterapia, Medicina Ayurvedica, Medicina Antroposofica, Medicina Omeopatica, Medicina Tradizionale Cinese, Omotossicologia, Osteopatia e Chiropratica), legittimando di fatto all'esercizio delle stesse esclusivamente i medici chirurghi e gli odontoiatri.

Questa presa di posizione della FNOMCeO, che di fatto si traduce in una forte assunzione di responsabilità, ha delineato un confine netto rispetto agli esercenti non medici delle MNC. Confine netto che la Giurisprudenza di questi ultimi anni ha assunto quale solido argomento giustificativo delle pronunce che si sono susseguite, contrarie ad esercenti non medici delle Medicine non convenzionali.

Nel 2009 la FNOMCeO ha ritenuto di intervenire ulteriormente sulla questione e il Consiglio Nazionale, in data 12 dicembre, ha approvato le "Linee guida in materia di formazione in MNC". Più precisamente, ha indicato i livelli formativi minimi che i medici e gli odontoiatri devono raggiungere al fine di esercitare le Medicine non convenzionali. Dalla suddetta regolamentazione sono state stralciate l'Osteopatia e la Chiropratica, pur rientrando nel novero delle Medicine non convenzionali, in quanto le stesse – nell'intento del legislatore – dovranno essere oggetto di una specifica regolamentazione normativa.

Si è trattato di un impegno volto anche a fissare, quantomeno a livello interno della Professione ma certamente anche quale indicazione per un futuro sforzo legislativo, i requisiti che gli istituti di formazione dovranno assicurare sia a livello di didattica che di strutture.

La FNOMCeO ha proseguito, unitamente all'Osservatorio interno sulle Medicine e pratiche non convenzionali, il lavoro di approfondimento della

materia, finalizzato a dare delle regole e sensibilizzare gli organi competenti a colmare il vuoto legislativo. In tal senso, nel maggio 2012, è stato definito dal Consiglio Nazionale un nuovo documento sulla “Regolamentazione della formazione in medicine complementari/non convenzionali” che è stato posto all’attenzione, quale contributo della Professione, della Conferenza Stato-Regioni per giungere a un Accordo Stato-Regioni sulla tematica che possa essere utile riferimento per una omogenea legislazione a livello regionale.

Il 7 febbraio 2013 la Conferenza Stato-Regioni ha sancito un Accordo nazionale concernente i criteri e le modalità per la formazione e l’esercizio delle medicine non convenzionali limitatamente alle discipline dell’Agopuntura, dell’Omeopatia e della Fitoterapia.

Si tratta di un Accordo che costituisce un importante e concreto passo verso l’obiettivo di una regolamentazione dell’esercizio professionale delle Medicine non convenzionali che fornisca maggiori garanzie di qualità a medici e cittadini. La FNOMCeO, il Ministero della Salute e il Gruppo tecnico interregionale sulle MNC hanno avviato, in questo periodo, un tavolo di confronto per definire alcune note applicative, il più possibile condivise, che consentano un omogeneo recepimento dell’Accordo stesso da parte delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano.

9. PREVIDENZA E ASSISTENZA

9.1 ENPAM

“Gli iscritti agli Albi sono tenuti – ai sensi dell’art. 21 del D.Lgs.C.P.S. 233/1946 – al pagamento dei relativi contributi all’Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza istituito o da istituirsi per ciascuna categoria.”

L’Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza Medici (ENPAM) è una fondazione avente lo scopo di attuare la previdenza e l’assistenza a favore degli iscritti, dei loro familiari e superstiti.

L’iscrizione all’ENPAM avviene d’ufficio a cura dell’Ordine di appartenenza.

L’ENPAM gestisce quattro Fondi di previdenza:

- Fondo di Previdenza Generale (quota A e quota B);
- Fondo Speciale di previdenza per medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e addetti al servizio di continuità assistenziale;
- Fondo Speciale di previdenza per Medici specialisti ambulatoriali;
- Fondo Speciale per Medici specialisti convenzionati (o accreditati) esterni.

Per tutti gli iscritti è obbligatoria la contribuzione al Fondo Generale – quota A. Il contributo è fisso ma diversificato per fasce di età.

Gli iscritti che esercitano la libera professione devono poi versare il contributo al Fondo Generale – quota B. Tale contributo è proporzionale al reddito, con una percentuale del 12,50% o del 2% se sono dipendenti o convenzionati.

Ai Fondi Speciali il contributo è versato dalle ASL e le relative aliquote contributive sono, in parte, a carico dell’Azienda e, in parte, a carico del medico.

E’ inoltre possibile aderire ad una forma di previdenza complementare, al fine di implementare le prestazioni di quella obbligatoria.

Informazioni più dettagliate possono essere reperite sul sito:

<http://www.enpam.it/previdenza-regolamenti/vademecum-della-previdenza-enpam-2>

9.2 ONAOSI

Particolare attenzione merita l'ONAOSI (Opera Nazionale Assistenza Orfani Sanitari Italiani). L'Ente integra e arricchisce la tutela dei figli degli orfani di Medici Chirurghi, Odontoiatri, Veterinari e Farmacisti. In favore degli assistiti prevede prestazioni e servizi quali l'ammissione in strutture studentesche, contributi in denaro, interventi diretti a favorire la formazione, interventi speciali a favore dei disabili, convenzioni con Università, Istituti e Centri di ricerca.

Sono contribuenti obbligatori della Fondazione tutti i medici dipendenti pubblici, mentre la contribuzione è volontaria per tutti gli altri sanitari.

Per i neoiscritti all'Albo, l'ONAOSI ammette la facoltà di iscrizione come contribuente volontario entro cinque anni dalla data di prima iscrizione; trascorso tale termine non sarà più accolta la domanda.

Per ulteriori informazioni si rimanda al sito:

http://www.onaosi.it/wonaosi/subpage.jsp?up_div=up_pre&main_lev=h2_pre&sub_lev1=h3_pre_sso&page=pre_sso.jsp

10. ASPETTI FISCALI

Il medico o l'odontoiatra che intende esercitare la libera professione è tenuto agli adempimenti fiscali previsti per legge (denuncia di inizio attività e relative opzioni, tenuta registri contabili, obbligo del rilascio di ricevute, denuncia annuale dei redditi ai fini IRPEF, assoggettamento agli studi di settore, etc.).

In primo luogo il professionista deve provvedere a presentare all'Agenzia delle Entrate, entro 30 giorni dall'inizio dell'attività, apposita dichiarazione per ottenere il numero di partita IVA.

Il D.P.R. del 26 ottobre 1972, n. 633 istitutivo dell'IVA, all'art. 10, elenca tutte le operazioni che sono esenti dall'imposta e, specificatamente, il punto 18 dice testualmente: *“le prestazioni sanitarie di diagnosi, cura e riabilitazione rese alla persona nell'esercizio delle professioni e delle arti sanitarie soggette a vigilanza, ai sensi dell'art. 99 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie, approvato con Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265 e successive modificazioni, ovvero individuate con Decreto del Ministero della Sanità, di concerto con il Ministero delle Finanze”*.

La fattura deve essere rilasciata al momento della prestazione. La fattura, numerata progressivamente, deve essere emessa in duplice copia e l'originale deve essere consegnato al paziente; deve contenere tutti i dati fiscali e anagrafici per individuare il medico, il suo codice fiscale e il numero di partita IVA, le generalità del paziente e il suo indirizzo, l'ammontare dell'onorario, il riferimento alla prestazione resa, l'indicazione che trattasi di prestazione professionale “esente da IVA ai sensi dell'art. 10/18 del D.P.R. n. 633/1972 e successive modificazioni”.

Sono, al contrario, soggette ad IVA le prestazioni effettuate per un fine diverso da quello di tutelare la salute o il ristabilimento della stessa. A titolo esemplificativo, possono considerarsi non esenti:

- a) la visita medica e il successivo rilascio del certificato con lo scopo di evidenziare lo stato di salute per predisporre la domanda di invalidità, pensione di invalidità ordinaria o pensione di invalidità civile;
- b) per intraprendere un'azione giudiziaria di risarcimento provocato da un errore medico;
- c) la visita medica e il conseguente certificato di salute, richiesta dal datore di lavoro, di idoneità a svolgere generica attività lavorativa;
- d) le certificazioni per verificare lo stato di salute il cui scopo esula dalla

- tutela della salute;
- e) le certificazioni peritali per infortuni redatte su modello specifico;
 - f) le prestazioni professionali specifiche di medicina legale (Agenzia delle Entrate – risol. 174 22.12.2005);
 - g) la chirurgia plastica effettuata per ragioni estetiche (pronuncia Corte Giustizia CEE – proc. 384/94).

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

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

Il medico che sostituisce il collega, e in possesso di partita IVA, rilascerà al titolare una regolare fattura, senza IVA e con ritenuta d'acconto del 20%. Il titolare provvederà a versare la ritenuta d'acconto. Se il medico che effettua la sostituzione non possiede partita IVA e presume di non svolgere libera professione, può rilasciare una ricevuta per prestazione occasionale.

Per ulteriori approfondimenti si consiglia di consultare la “Guida fiscale per i neo laureati in Medicina ed Odontoiatria” redatta dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Roma.

11. PUBBLICITA' IN MATERIA 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 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:

- a) nome, cognome, indirizzo, numero telefonico ed eventuale recapito del professionista e orario delle visite o di apertura al pubblico;
- b) titoli di studio, titoli accademici, titoli di specializzazione e di carriera, senza abbreviazioni che possano indurre in equivoco;
- c) 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 antiliberalista 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 quanto riguarda i contenuti che 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.

In questo quadro è da sottolineare il ruolo della Federazione che approvò, nel 2007, delle linee guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria, facendo riferimento agli artt. 55, 56 e 57 del Codice Deontologico, che sono state allegate al Codice stesso.

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 equivocate, 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.”.

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.

12. ESERCIZIO PROFESSIONALE IN FORMA ASSOCIATA E SOCIETA' TRA PROFESSIONISTI

Il tema delle Società tra professionisti, per essere compreso in tutti i suoi aspetti, necessita di un approfondimento storico per ricostruire le varie vicende che hanno portato all'attuale situazione.

Il primo riferimento normativo è la Legge 23 novembre 1939, n. 1815, che sostanzialmente vietava l'esercizio delle professioni intellettuali in forma societaria sulla base della personalità della prestazione professionale stessa che mal si attagliava ad una struttura sociale ma che, in realtà, nascondeva l'implicito scopo di impedire ai professionisti di razza ebraica di superare il divieto di svolgere la professione, impedendo loro di utilizzare appunto lo strumento delle società.

La situazione venne a modificarsi con l'art. 24 della Legge 7 agosto 1997, n. 266 che abrogava l'art. 2 della L. 1815/1939 e demandava a successivi regolamenti ministeriali le modalità con cui dovevano essere costituite le società tra professionisti.

Tali regolamenti non furono mai emanati, anche sulla base di un parere del Consiglio di Stato che ritenne tale materia rientrante nella cosiddetta "riserva di legge" impedendo, quindi, una disciplina esclusivamente di carattere regolamentare.

Successivamente sulla materia intervenne la L. 4 agosto 2006, n. 248 (c.d. Legge Bersani) che, all'art. 2, prevedeva l'abrogazione di tutte le disposizioni legislative e regolamentari che prevedevano, con riferimento alle attività libero professionali ed intellettuali, *"il divieto di fornire all'utenza servizi professionali di tipo interdisciplinare da parte di società di persone o associazioni tra professionisti, fermo restando che l'oggetto sociale relativo all'attività libero-professionale deve essere esclusivo, che il medesimo professionista non può partecipare a più di una società e che la specifica prestazione deve essere resa da uno o più soci professionisti previamente indicati, sotto la propria personale responsabilità."*

L'esplicito riferimento esclusivamente alle società di persone lasciava ancora qualche dubbio in riferimento alla ammissibilità dell'esercizio delle professioni intellettuali attraverso lo strumento delle società di capitali (SpA, Sapa e Srl).

Finalmente l'art. 10 della L. 12 novembre 2011, n. 183, modificando

parzialmente l'art. 3 della L. 14 settembre 2011, n. 148, ha espressamente previsto:

“3. E' consentita la costituzione di società per l'esercizio di attività professionali regolamentate nel sistema ordinistico secondo i modelli societari regolati dai titoli V e VI del libro V del codice civile.

4. Possono assumere la qualifica di società tra professionisti le società il cui atto costitutivo preveda:

- a) l'esercizio in via esclusiva dell'attività professionale da parte dei soci;*
- b) l'ammissione in qualità di soci dei soli professionisti iscritti ad ordini, albi e collegi, anche in differenti sezioni, nonché dei cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea, purché in possesso del titolo di studio abilitante, ovvero soggetti non professionisti soltanto con prestazioni tecniche, o per finalità di investimento;*
- c) criteri e modalità affinché l'esecuzione dell'incarico professionale conferito alla società sia eseguito solo dai soci in possesso dei requisiti per l'esercizio della prestazione professionale richiesta; la designazione del socio professionista sia compiuta dall'utente e, in mancanza di tale designazione, il nominativo debba essere previamente comunicato per iscritto all'utente;*
- d) le modalità di esclusione dalla società del socio che sia stato cancellato dal rispettivo albo con provvedimento definitivo.*

5. La denominazione sociale, in qualunque modo formata, deve contenere l'indicazione di società tra professionisti.

6. La partecipazione ad una società è incompatibile con la partecipazione ad altra società tra professionisti.

7. I professionisti soci sono tenuti all'osservanza del codice deontologico del proprio ordine, così come la società è soggetta al regime disciplinare dell'ordine al quale risulta iscritta.

8. La società tra professionisti può essere costituita anche per l'esercizio di più attività professionali.

9. Restano salvi i diversi modelli societari e associativi già vigenti alla data di entrata in vigore della presente legge.

10. Ai sensi dell'art. 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, il Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dello sviluppo economico, entro sei mesi dalla data di pubblicazione della presente legge, adotta un regolamento allo scopo di disciplinare le materie di cui ai precedenti commi 4, lettera c), 6 e 7.

11. La legge 23 novembre 1939, n. 1815, e successive modificazioni, è

abrogata.”.

E' necessario, infine, sottolineare che la L. 24 marzo 2012, n. 27 – che converte in Legge con modificazioni il D.L. 24 gennaio 2012, n. 1 – ha integrato l'appena citato art. 10 della L. 183/2011 prevedendo che:

“Le società cooperative di professionisti sono costituite da un numero di soci non inferiore a tre.”

Più importante è l'integrazione che testualmente prevede:

“In ogni caso il numero dei soci professionisti e la partecipazione al capitale sociale dei professionisti deve essere tale da determinare la maggioranza di due terzi nelle deliberazioni o decisioni dei soci; il venir meno di tale condizione costituisce causa di scioglimento della società e il consiglio dell'ordine o collegio professionale presso il quale è iscritta la società procede alla cancellazione della stessa dall'albo, salvo che la società non abbia provveduto a ristabilire la prevalenza dei soci professionisti nel termine perentorio di sei mesi.”

E' importante notare, infine, che nella stessa normativa è prevista la stipula di polizza di assicurazione per la copertura dei rischi derivanti dalla responsabilità civile per i danni causati ai clienti dai singoli soci professionisti nell'esercizio dell'attività professionale.

Da ultimo si segnala l'ulteriore integrazione che prevede:

“Il socio professionista può opporre agli altri soci il segreto concernente le attività professionali a lui affidate.”

Riepilogando, occorre notare che i modelli societari regolati dai titoli V e VI del Libro V del codice civile sono, in sostanza, tutte le società di persone e di capitali e qualsiasi tipo di società correlativa.

E', infine, da rilevare che lo stesso art. 10 appena citato demanda ad un successivo regolamento del Ministro della Giustizia, di concerto con il Ministro dello Sviluppo Economico, per disciplinare le materie di cui ai commi 4, lettera c), 6 e 7 sopra riportati.

Proprio mentre stiamo completando questo vademecum, è stato pubblicato il Decreto del Ministero della Giustizia 8 febbraio 2013, n. 34 “Regolamento in materia in società per l'esercizio di attività professionali regolamentate nel sistema ordinistico, ai sensi dell'articolo 10, comma 10, della Legge 12 novembre 2011, n. 183”.

Gli aspetti più interessanti della normativa regolamentare che integra quella legislativa sono i seguenti:

- l'art. 3 del decreto concernente “Conferimento dell'incarico” stabilisce che le prestazioni oggetto dell'incarico possono essere eseguite solo dai soci in possesso dei requisiti richiesti per

l'esercizio della professione svolta in forma societaria;

- l'art. 4 recante "Obblighi di informazione" al comma 2 dispone che, al fine di garantire il diritto del cliente di scegliere i professionisti, la società professionale deve consegnare al cliente l'elenco scritto dei singoli soci professionisti, con l'indicazione dei titoli o delle qualifiche professionali di ciascuno di essi, nonché l'elenco dei soci con finalità d'investimento;
- l'art. 6 concernente "Incompatibilità" al comma 1 stabilisce che, così come previsto dall'art. 10, comma 6, della legge 183/11 citato in premessa, i soci non possono partecipare a più di una società professionale. Tale incompatibilità si determina anche nel caso della società multidisciplinare e si applica per tutta la durata della iscrizione della società all'ordine di appartenenza;
- il comma 3 dell'art. 6 dispone che il socio con finalità di investimento può far parte della società professionale solo quando:
 - a) sia in possesso dei requisiti di onorabilità previsti per l'iscrizione all'albo professionale cui la società è iscritta ai sensi dell'articolo 8 del presente regolamento;
 - b) non abbia riportato condanne definitive per una pena pari o superiore a due anni di reclusione per la commissione di un reato non colposo e salvo che non sia intervenuta riabilitazione;
 - c) non sia stato cancellato da un albo professionale per motivi disciplinari;
- ai sensi del comma 4 dell'art. 6 costituisce requisito di onorabilità la mancata applicazione, anche in primo grado, di misure di prevenzione personali o reali;
- il comma 6 dell'art. 6 dispone che "Il mancato rilievo o la mancata rimozione di una situazione di incompatibilità, desumibile anche dalle risultanze dell'iscrizione all'albo o al registro tenuto presso l'ordine o il collegio professionale secondo le disposizioni del capo IV, integrano illecito disciplinare per la società tra professionisti e per il singolo professionista";
- il capo IV del decreto recante "Iscrizione all'albo professionale e regime disciplinare" dispone all'art. 8 che "1. La società tra professionisti è iscritta in una sezione speciale degli albi o dei registri tenuti presso l'ordine o il collegio professionale di appartenenza dei soci professionisti;
- la società multidisciplinare è iscritta presso l'albo o il registro dell'ordine o collegio professionale relativo all'attività individuata come prevalente nello statuto o nell'atto costitutivo";
- l'art. 9 concernente "Procedimento" prevede che "la domanda di iscrizione di cui all'articolo 8 è rivolta al consiglio dell'ordine o del collegio professionale nella cui circoscrizione è posta la sede legale della società tra professionisti ed è corredata dalla

seguinte documentazione:

- a) atto costitutivo e statuto della società in copia autentica;
 - b) certificato di iscrizione nel registro delle imprese;
 - c) certificato di iscrizione all'albo, elenco o registro dei soci professionisti che non siano iscritti presso l'ordine o il collegio cui è rivolta la domanda”;
- il comma 3 dell’art. 9 dispone che “il consiglio dell'ordine o del collegio professionale, verificata l'osservanza delle disposizioni contenute nel presente regolamento, iscrive la società professionale nella sezione speciale di cui all'articolo 8, curando l'indicazione, per ciascuna società, della ragione o denominazione sociale, dell'oggetto professionale unico o prevalente, della sede legale, del nominativo del legale rappresentante, dei nomi dei soci iscritti, nonché degli eventuali soci iscritti presso albi o elenchi di altre professioni”;
 - l’art. 10 recante “Diniego dell’iscrizione” prevede che “1. prima della formale adozione di un provvedimento negativo d'iscrizione o di annotazione per mancanza dei requisiti previsti dal presente capo, il consiglio dell'ordine o del collegio professionale competente comunica tempestivamente al legale rappresentante della società professionale i motivi che ostano all'accoglimento della domanda. Entro il termine di dieci giorni dal ricevimento della comunicazione, la società istante ha diritto di presentare per iscritto le sue osservazioni, eventualmente corredate da documenti. Dell'eventuale mancato accoglimento di tali osservazioni é data ragione nella lettera di comunicazione di cui al comma 2 del presente articolo. 2. La lettera di diniego é comunicata al legale rappresentante della società ed e' impugnabile secondo le disposizioni dei singoli ordinamenti professionali. E' comunque fatta salva la possibilità, prevista dalle leggi vigenti, di ricorrere all'autorità giudiziaria”;
 - l’art. 11 recante “Cancellazione dall’albo per difetto sopravvenuto di un requisito” dispone che il Consiglio dell’ordine o collegio professionale presso cui è iscritta la società procede, nel rispetto del principio del contraddittorio, alla cancellazione della stessa dall’albo qualora, venuto meno uno dei requisiti previsti dalla legge, la società non abbia provveduto alla regolarizzazione nel termine perentorio di tre mesi;
 - l’art. 12 concernente “Regime disciplinare della società” prevede che “1. ferma la responsabilità disciplinare del socio professionista, che é soggetto alle regole deontologiche dell'ordine o collegio al

quale é iscritto, la società professionale risponde disciplinarmente delle violazioni delle norme deontologiche dell'ordine al quale risulti iscritta. 2. Se la violazione deontologica commessa dal socio professionista, anche iscritto ad un ordine o collegio diverso da quello della società, é ricollegabile a direttive impartite dalla società, la responsabilità disciplinare del socio concorre con quella della società”.

13. CERTIFICATI MEDICI

L'articolo 24 del vigente Codice di deontologia medica stabilisce che: *“il medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati”*.

Egli è tenuto alla massima diligenza, alla più attenta e corretta registrazione dei dati e alla formulazione di giudizi obiettivi e scientificamente corretti.

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

I certificati obbligatori sono quelli la cui esibizione consente l'esercizio di un diritto soggettivo o di un interesse legittimo e sono previsti da specifiche normative.

In buona sostanza sono obbligatori per il medico tutti i certificati rivolti alla tutela di interessi pubblici che non vengono rilasciati in quanto richiesti dagli interessati, ma in quanto la legge attribuisce al sanitario il dovere della certificazione.

L'obbligatorietà della certificazione sorge anche in conseguenza dell'impegno che il medico contrae per accordo o per contratto collettivo.

I certificati facoltativi hanno in genere la finalità di attestare, nei confronti di Enti Pubblici o Privati, lo stato di salute del richiedente che spontaneamente li esibisce al di fuori di ogni previsione di legge.

Tale distinzione perde tuttavia rilievo sostanziale alla luce di quanto previsto dal Codice di Deontologia Medica, che all'art. 22 afferma: *“il medico non può rifiutarsi di rilasciare direttamente al cittadino certificati relativi al suo stato di salute”*.

Certificati obbligatori all'Autorità amministrativa

- In caso di nascita:
 - a) Certificato di assistenza al parto
- In caso di decesso:
 - a) Certificato di constatazione di morte
 - b) Certificato necroscopico
 - c) Denuncia di causa di morte

Il medico curante ha l'obbligo di denunciare al Sindaco le cause di morte dei suoi pazienti entro 24 ore dall'accertamento del decesso, ai sensi dell'art.103 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie.

Certificati obbligatori all'Autorità sanitaria

- a) Denuncia di nato deforme
- b) Denuncia di nato immaturo
- c) Denuncia di malattia infettiva o diffusiva

In tale ambito vanno distinte:

- *Classe I*: malattie per le quali si richiede segnalazione immediata anche telefonica sulla base del regolamento sanitario internazionale (colera, peste, poliomelite, difterite, scabbia, tetano e persino influenza con isolamento virale ecc.);
 - *Classe II*: malattie rilevanti perché a elevata frequenza e/o possibili di intervento di controllo (epatite virale, brucellosi, malattie esantematiche, malattie veneree, meningite virale ecc.) per le quali la notifica va fatta entro due giorni dall'osservazione;
 - *Classe III*: malattie per le quali sono richieste particolari documentazioni e previsti flussi informativi, peculiari e differenziati: lebbra, malaria, micobatteri osi non tubercolare, tubercolosi e in particolare AIDS;
 - *Classe IV*: malattie per le quali la segnalazione medica all'ASL è sempre necessaria; ma non quella della ASL alla Regione: tigna, tossinfezioni alimentari, pediculosi, scabbia;
 - *Classe V*: altre malattie come le zoonosi, da notificare solo alla ASL.
- d) Denuncia di malattia professionale
 - e) Denuncia di casi di intossicazione da antiparassitari
 - f) Denuncia di apparecchi radiologici
 - g) Segnalazioni di vaccinazioni obbligatorie.

Certificati obbligatori all'INAIL

- a) Primo certificato di infortunio industriale
- b) Certificato medico di continuazione di inabilità
- c) Certificato medico di continuazione infortunio
- d) Certificato di continuazione di malattia professionale
- e) Certificato-denuncia di infortunio agricolo
- f) Denuncia dei medici radiolesi

Certificati obbligatori all'INPS

- a) Certificato di malattia per assenza dal lavoro

In tale ambito bisogna far riferimento all'art. 2 della Legge 29 febbraio

1980 n. 33 che così recita: “Nei casi di infermità comportante incapacità lavorativa il medico curante redige in duplice copia e consegna al lavoratore il certificato di diagnosi e l’attestazione sull’inizio e la durata della presunta malattia secondo gli esemplari definiti nella convenzione unica della disciplina normativa e il trattamento economico dei medici generici” e la Circolare INPS n. 99/1996 così specificata: “il certificato di malattia in quanto certificazione medica deve possedere tutti i requisiti formali e sostanziali atti a convalidare quella che è una attestazione di natura tecnica destinata a comprovare la verità e avente rilevanza giuridico-amministrativa”.

Al riguardo giova sottolineare che il rilascio di certificati a persona diversa da quella in stato di malattia senza rilievo dello stato obiettivo delle reali condizioni di salute del lavoratore o ancora il rilascio di certificati predatati o post-datati può realizzare falso ideologico.

Il referto del Pronto Soccorso è valido come primo certificato e qualsiasi medico prestando le prime cure a un lavoratore può ricettare la malattia anche su ricettario personale.

Certificati di malattia telematici

Per quanto riguarda il tema dei certificati di malattia per assenza dal lavoro è intervenuta, con il Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, una importante riforma. L’art. 55^{septies} prevede infatti che:

1. “Nell’ipotesi di assenza per malattia protratta per un periodo superiore a dieci giorni, e, in ogni caso, dopo il secondo evento di malattia nell’anno solare l’assenza viene giustificata esclusivamente mediante certificazione medica rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o da un medico convenzionato con il S.S.N.
2. In tutti i casi di assenza per malattia la certificazione medica è inviata per via telematica, direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria che la rilascia, all’Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, secondo le modalità stabilite per la trasmissione telematica dei certificati medici nel settore privato dalla normativa vigente, e in particolare dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri previsto dall’art. 50, comma 5 bis, del Decreto Legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla Legge 24 novembre 2003, n. 326, introdotto dall’art. 1, comma 810, della Legge 27 dicembre 2006, n. 296, e dal predetto Istituto è immediatamente inoltrata, con le medesime modalità, all’amministrazione interessata.
3. L’inosservanza degli obblighi di trasmissione per via telematica della certificazione medica concernente assenze di lavoratori per malattia di cui al comma 2 costituisce illecito disciplinare e, in caso reiterazione, comporta l’applicazione della sanzione del licenziamento ovvero, per i medici in rapporto convenzionale con le

aziende sanitarie locali, della decadenza dalla convenzione, in modo inderogabile da contratti o accordi collettivi.

Le novità più importanti, al di là degli aspetti sanzionatori il cui automatismo non può essere condiviso e su cui la giurisprudenza farà probabilmente chiarezza, sono le seguenti:

I lavoratori dipendenti sono tutti interessati all'invio telematico del certificato, sia nel comparto privato che in quello pubblico.

I soggetti esclusi per i quali è ancora valida la certificazione cartacea sono i seguenti:

- Personale militare
- Forze di polizia
- Vigili del fuoco

1. Nel caso di temporanea impossibilità del medico all'inoltro telematico (ad esempio per un problema della linea internet) lo stesso sarà costretto a rilasciare il certificato in cartaceo; allo stesso modo il certificato deve essere rilasciato, se richiesto, in forma cartacea da un PS o in dimissione da un reparto ospedaliero qualora la struttura non abbia fornito ai medici l'hardware ed il software necessari per la trasmissione telematica, in tali casi valgono le regole precedenti, ovvero il paziente deve far pervenire per mezzo raccomandata a/r entro due giorni dal rilascio il certificato cartaceo all'INPS ed al datore di lavoro, che dovranno accettarli (capita spesso che facciano delle difficoltà, ma esiste una apposita circolare del Ministero della Funzione Pubblica che lo prevede).

E' pertanto scorretta (oltre che illegittima) l'abitudine, tuttora purtroppo in uso in alcuni ambienti ospedalieri, di rinviare in tali casi il paziente al medico di medicina generale affermando che solo a lui compete l'onere certificativo essendo in possesso delle dotazioni informatiche necessarie.

2. Il medico non ha l'obbligo di rilasciare copia del certificato telematico ma solo quello di comunicare il numero di protocollo, può comunque a sua discrezione o per espressa richiesta del cittadino farlo. Copia del certificato è generalmente richiesta nel caso nel caso di patologie concettualmente collegate a malattie contratte per causa di servizio (e riconosciute tali dalle competenti Commissioni) o ad invalidità, parimenti riconosciute dalle Commissioni a ciò preposte, nonché nel caso di pratica di terapie salva-vita.

3. L'interessato ha l'obbligo di comunicare al medico l'indirizzo presso cui sarà reperibile durante il periodo di malattia se diverso da quello di residenza al fine di eventuali controlli, compreso il cognome che compare sul citofono ed il Codice di Avviamento Postale.

14. LA CARTELLA CLINICA

14.1 Definizione, contenuti e requisiti

Le definizioni di cartella clinica rinvenibili sono diverse. Il Ministero della Sanità, nel 1992, l'ha definita come *“Lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche significative relative ad un paziente e ad un singolo episodio di ricovero”*.

La cartella clinica è, pertanto, un documento eterogeneo, nel quale vengono raccolti una serie di dati (anagrafici, sanitari, sociali, ambientali, giuridici) concernenti un determinato paziente allo scopo di rilevare il suo percorso diagnostico-terapeutico non solo nel momento della ospedalizzazione ma anche in tempi successivi. Questa, infatti, rappresenta un insostituibile strumento tecnico-professionale attraverso il quale è possibile predisporre gli opportuni interventi sanitari, effettuare indagini scientifiche e statistiche, nonché rivestire un innegabile ruolo di natura medico-legale.

La cartella clinica deve contenere i seguenti dati:

- generalità del paziente
- motivo del ricovero
- regime di ricovero
- data e Struttura di ammissione
- provenienza del paziente
- anamnesi
- esame obiettivo
- referti di esami diagnostici e specialistici
- terapia
- consensi e dichiarazioni di volontà
- decorso della malattia
- epicrisi
- data e Struttura di dimissione.

Costituiscono, inoltre, parte integrante della cartella clinica:

- la cartella infermieristica
- il registro operatorio
- la lettera di dimissione e la scheda di dimissione ospedaliera.

Per quanto concerne i requisiti essenziali e ineludibili della cartella clinica, essi sono quelli propriamente previsti per la compilazione di qualsiasi certificazione sanitaria, e sono:

- a) *la chiarezza*: il contenuto della cartella deve essere comprensibile anche per persone non esperte, quali possono essere i pazienti. La

prima condizione per la piena comprensione delle informazioni contenute è la loro *leggibilità*, pertanto la cartella clinica deve essere compilata dal medico con grafia intellegibile, meglio se battuta a macchina o al computer, usando caratteri adeguati, evitando annotazioni illeggibili, limitando i richiami con asterischi ecc;

- b) *la veridicità*: ciò che viene riportato deve essere conforme a quanto obiettivamente constatato;
- c) *la rintracciabilità*, ossia la possibilità di poter risalire a tutte le attività, agli esecutori, ai materiali ed ai documenti che costituiscono le componenti dell'episodio di ricovero;
- d) *l'accuratezza* relativamente ai dati e alle informazioni prodotte;
- e) *la pertinenza*, ovvero la correlazione delle informazioni riportate in cartella rispetto alle esigenze informative definite;
- f) *la completezza*, ovvero l'inserimento in cartella di tutti gli elementi che la compongono;
- g) *la contestualità*: la cartella clinica è, per sua natura, un acclaramento storico contemporaneo, pertanto, le annotazioni vanno fatte contemporaneamente allo svolgersi dell'evento descritto, senza ritardo né a cose fatte.

14.2 La cartella clinica nelle strutture pubbliche e convenzionate

Alla compilazione della cartella clinica sono tenuti i medici ospedalieri e i dipendenti delle case di cura private convenzionate. Anche i dipendenti delle case di cura private non convenzionate devono redigere la cartella clinica anche se, in quest'ultimo caso, è diversa la sua natura giuridica.

La Dottrina dominante, oltre che la Giurisprudenza ormai costante, riconoscono nella cartella clinica redatta nelle strutture pubbliche e convenzionate la natura giuridica di *atto pubblico*, seppure inidoneo a produrre piena certezza legale, non risultando dotato di tutti i requisiti richiesti dall'art. 2699 cod. civ. e, pertanto, facente fede fino a prova contraria.

Dalla qualificazione di atto pubblico della cartella clinica, unita al riconoscimento giurisprudenziale del medico quale pubblico ufficiale deriva la punibilità, in capo al medico che redige la cartella clinica, per i reati di falsità in atti (artt. 476, 479, 481 c.p.), rifiuto di atti d'ufficio e omissione (art. 328 c.p.) o rivelazione di segreti d'ufficio (art. 326 c.p.).

La cartella clinica redatta nell'ambito di una Struttura pubblica o convenzionata è di proprietà della Struttura stessa e non del paziente il quale ha, però, diritto di prendere visione della stessa e di estrarne copia.

14.3 La documentazione clinica negli studi professionali e nelle strutture private

Per quanto riguarda la documentazione degli studi privati libero professionali, va evidenziato che la cartella clinica, in questo caso, rappresenta esclusivamente un promemoria privato dell'attività diagnostica e terapeutica svolta, non rivestendo, pertanto, né carattere di atto pubblico, né di certificazione, sebbene, dal punto di vista penalistico, trattandosi, in tal caso, di svolgimento di un servizio di pubblica necessità, la falsità ideologica di tale documentazione è punibile ai sensi dell'art. 481 c.p. (falsità ideologica in certificati commessa da persone esercenti un servizio di pubblica necessità).

14.4 Conservazione

Le cartelle cliniche delle strutture pubbliche e convenzionate, unitamente ai relativi referti, devono essere conservate per un tempo illimitato, poiché rappresentano un atto ufficiale indispensabile a garantire la certezza del diritto, oltre a costituire preziosa fonte documentaria per le ricerche di carattere storico sanitario.

La documentazione diagnostica assimilabile alle radiografie, o alla restante documentazione diagnostica, va conservata almeno vent'anni, non rivestendo il carattere di atti ufficiali, mentre i referti stilati dal medico specialista radiologo o medico nucleare seguono la sorte della cartella clinica, quindi vanno conservati in maniera illimitata nel tempo.

La documentazione clinica nelle strutture pubbliche e convenzionate deve essere custodita dal medico solo durante la fase di assistenza e cura del paziente, mentre la responsabilità si trasferisce al Direttore sanitario dell'Ente nel momento in cui la documentazione stessa viene trasferita all'archivio centrale.

Per quanto riguarda l'attività degli studi privati libero professionali, non esiste alcuna normativa che obbliga alla tenuta della cartella clinica o della scheda sanitaria dei pazienti, sebbene, in tali casi, la tenuta di una cartella clinica o, meglio, di una scheda clinica da parte del libero professionista costituisce un'ottima regola di professionalità, che dà concreto significato alle norme di cui agli art. 25 del Codice Deontologico (Documentazione clinica) e dell'art 26 (Cartella clinica).

La conservazione della documentazione clinica è opportuna perché, nella ipotesi di contestazione, la mancanza di tale documentazione si configurerà come elemento di prova negativo a carico del sanitario su cui incombe l'onere di provare di aver operato secondo i criteri di diligenza

indicati nell'art. 1176 c.c.

Per questi motivi, pertanto, pur in assenza di obbligo, sarà buona norma conservare la documentazione clinica per il periodo pari alla prescrizione dell'azione di risarcimento del danno.

Va però evidenziato che la conservazione della documentazione clinica da parte del libero professionista è possibile solo previa autorizzazione del paziente, in assenza della quale la documentazione stessa, al termine della seduta, deve essere restituita al paziente o distrutta.

15. L'ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA PER I PROFESSIONISTI

Il tema dell'assicurazione obbligatoria per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale è particolarmente delicato con specifico riferimento alle problematiche delle professioni sanitarie. Nella recente Legge 9 agosto 2013, n. 98 di conversione del Decreto Legge 21 giugno 2013, n. 69 è stato rinviato il termine di entrata in vigore dell'obbligo per le professioni sanitarie stesse prorogandolo di un anno, cioè al 15 agosto 2014.

Occorre inquadrare questo tema da un punto di vista giuridico facendo riferimento, in particolare, a quanto previsto dall'art. 3, comma 5, lett. e) del D.L. 138/2011 convertito nella L. 148/2011.

La normativa di cui trattasi prevede testualmente: *“a tutela del cliente, il professionista è tenuto a stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale. Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale e il relativo massimale. Le condizioni generali delle polizze assicurative di cui al presente comma possono essere negoziate, in convenzione con i propri iscritti, dai Consigli Nazionali e dagli enti previdenziali dei professionisti”*. Tale previsione ha avuto, poi, ulteriori specificazioni nell'ambito della Legge 24 marzo 2012, n. 27 che, all'art.9, comma 4, stabilisce che *“il compenso per le prestazioni professionali è pattuito, nelle forme previste dall'ordinamento, al momento del conferimento dell'incarico professionale. Il professionista deve rendere noto al cliente il grado di complessità dell'incarico, fornendo tutte le informazioni utili circa gli oneri ipotizzabili dal momento del conferimento fino alla conclusione dell'incarico e deve altresì indicare i dati della polizza assicurativa per i danni provocati nell'esercizio dell'attività professionale”*.

Da ultimo, il D.P.R. 7 agosto 2012, n.137 (Regolamento sulla riforma degli ordinamenti professionali), all'articolo 5, ha confermato l'obbligo dell'assicurazione, specificando peraltro che tale obbligo acquista efficacia decorsi dodici mesi dall'entrata in vigore del Regolamento stesso. Lo stesso art.5 del D.P.R. 137/2012 prevede poi, al comma 1, che *“il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza professionale, il relativo massimale e ogni variazione successiva”*.

Non vi è dubbio, quindi, che i medici libero professionisti dovranno, entro pochi mesi, stipulare idonee polizze di assicurazione per i danni derivanti al cliente dall'esercizio dell'attività professionale, comprese le attività di custodia di documenti e valori ricevuti dal cliente stesso.

La Federazione che, secondo la normativa citata, può negoziare in

convenzione con i propri iscritti le eventuali future polizze assicurative, sta verificando in modo diretto la difficoltà di trovare compagnie assicurative in grado di offrire polizze capaci di garantire rischi professionali a volte molto diversificati. Si pensi ad es. a quanto più gravi sono le problematiche di risarcimento del danno per alcuni settori della medicina (ginecologia ed ortopedia in primis) rispetto ad altri (medici di famiglia, ecc.).

Anche gli odontoiatri, in particolare, hanno problematiche specifiche, considerando che sono professionisti sicuramente soggetti al rischio di richiesta di risarcimento dei danni, anche se, generalmente, tali richieste non assumono mai livelli economici particolarmente onerosi.

Il settore assicurativo sta da tempo lamentando la propria impossibilità a far fronte alla stipula di polizze assicurative che, a causa del sempre più elevato livello di contenzioso, rischiano di non essere economicamente sostenibili e, comunque, non certamente produttive di profitto.

I responsabili dell'AIBA (Associazione Italiana Brokers di Assicurazioni e Riassicurazioni) hanno chiaramente evidenziato come, anche a seguito di varie pronunce giurisdizionali che tendono sempre più ad allargare i confini della responsabilità medica, non esiste più alcun interesse delle compagnie assicurative a far fronte alle polizze per il rischio professionale dell'attività sanitaria.

In estrema sintesi si possono indicare due criticità che effettivamente rischiano di rendere quasi inattuabile il sistema dell'assicurazione obbligatoria per i rischi derivanti dall'attività professionale medica:

1. L'evidente sperequazione che si viene a creare fra soggetti obbligati per legge a stipulare una polizza (i professionisti) e le compagnie assicurative che non sono invece obbligate. E' ovvio che questa situazione non può che creare una lesione del principio privatistico della libertà contrattuale creando una disparità di trattamento fra i due protagonisti del contratto di assicurazione.
2. Il continuo processo giurisdizionale che tende sempre ad allargare, come già detto, i confini della responsabilità per colpa medica. Fino a pochi anni fa per il libero professionista la responsabilità nasceva nell'ambito della c.d. responsabilità extra-contrattuale e per fatto illecito che prevedeva brevi termini di prescrizione e soprattutto l'onere della prova a carico del presunto danneggiato. Da ultimo la giurisprudenza ha enucleato il concetto di responsabilità contrattuale che deriverebbe comunque dall'affidamento che il paziente riporrebbe nel medico anche se il rapporto non avesse alcun presupposto contrattuale. Se questo orientamento continuasse a manifestarsi, ovviamente spetterebbe al medico l'onere della prova di dimostrare che il suo comportamento è stato corretto e non lesivo dell'integrità fisica del paziente in caso di danni e verrebbero meno anche i brevi termini di prescrizione.

16. INDIRIZZI UTILI

- **MINISTERO DELLA SALUTE**
Direzione Generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma
Centralino telefonico 06.5994.1
E-mail: segreteria.dgrups@sanita.it
- **FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri)**
Piazza Cola di Rienzo, 80/A - 00192 Roma
Centralino telefonico 06.36203.1
E-mail: segreteria@fnomceo.it
- **ENPAM (Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri)**
Piazza Vittorio Emanuele II, 78 - 00185 Roma
sat@enpam.it
- **ONAOISI (Opera Nazionale Assistenza Orfani Medici Sanitari Italiani)**
Via Ruggero D'Andreotto, 18 - 06124 Perugia
Centralino telefonico 075. 5869511
direzione@onaosi.it
- **ORDINI PROVINCIALI**
AGRIGENTO ord.med.ag@tin.it
ALESSANDRIA omceo@ordinemedici.al.it
ANCONA segreteria@ordinemedici.ancona.it
AOSTA segreteria@omceo.vda.it
AREZZO chirurghi@omceoar.it
ASCOLI PICENO info@ordinemediciap.it
ASTI ordmedat@tin.it
AVELLINO info@ordinemedici-avellino.it
BARI info@omceo.bari.it
BARLETTA-ANDRIA-TRANI info@omceobat.it
BELLUNO ordinemedbl@tin.it
BENEVENTO benordin@tin.it; info@ordinemedicibenevento.it
BERGAMO segreteria@omceo.bg.it;
BIELLA segreteria@ordinemedicibiella.it
BOLOGNA segreteria@odmbologna.it
BOLZANO info@ordinemedici.bz.it
BRESCIA info@ordinemedici.brescia.it
BRINDISI omceobr@libero.it
CAGLIARI info@omeca.it
CALTANISSETTA segreteria@omceo.cl.it
CAMPOBASSO info@ordinedeimedici.cb.it
CASERTA ordine@ordinemedici-caserta.org; ordine@omceocaserta.it
CATANIA segreteria@ordinemedct.org
CATANZARO ordinedeimedici@virgilio.it
CHIETI omceoch@tin.it
COMO m.vetere@ordinemedici.como.it; segreteria@ordinemedici.como.it
COSENZA segreteria@ordinemedici.cosenza.it
CREMONA omedcrs@tin.it
CROTONE segreteria@ordinemedici.crotone.it
CUNEO segreteria@omceo.cuneo.it
ENNA omceoen@tin.it
FERMO segreteria@omceofermo.it
FERRARA info@ordinemedicife.it
FIRENZE presidenza@ordine-medici-firenze.it
FOGGIA omceofg@omceofg.it

FORLÌ info@ordinemedicifc.it
FROSINONE ordinemedicifrosinon@tiscali.it
GENOVA ordmedge@omceoge.org
GORIZIA ordmedgo@libero.it
GROSSETO info@omceogrosseto.it
IMPERIA segreteria@omceoim.it
ISERNIA ordinedeimediciisernia@virgilio.it
L' AQUILA segreteria@ordinemediciaq.it
LA SPEZIA segreteria@ordinemedicisp.it
LATINA info@ordinemedicilatina.it
LECCE info@ordinemedicilecce.it
LECCO segreteria@omceolecco.it
LIVORNO info@medicilivorno.it
LODI ordmed.lodi@tiscalinet.it
LUCCA segreteria@ordmedlu.it
MACERATA protocollo@omceomacerata.it presidenza@omceomacerata.it
MANTOVA ordinemedicimn@tin.it
MASSA CARRARA segreteria@ordinedeimedicims.org
MATERA ordinemt@tin.it
MESSINA info@omceo.me.it
MILANO info@omceomi.it; direzione@omceomi.it
MODENA ippocrate@ordinemedicimodena.it
MONZA e BRIANZA segreteria@omceomb.it
NAPOLI ordmed@ordinemedicinapoli.it
NOVARA omceono@tin.it
NUORO segreteria@ordinemedicinuoro.it
ORISTANO info@omeor.it
PADOVA info@omco.pd.it
PALERMO ordinepa@tin.it
PARMA segreteria@omceopr.it
PAVIA odm.presidenza@ordinemedicipavia.it
PERUGIA uffici@ordinemediciperugia.it
PESARO omop@abanet.it
PESCARA info@omceopescara.it
PIACENZA info@ordinemedici.piacenza.it
PISA segreteria@omceopi.org
PISTOIA ptomceo@tin.it
PORDENONE info@omceo.pn.it
POTENZA segreteria@omceo.pz.it
PRATO segreteria@omceopo.org
RAGUSA info@ordinemediciragusa.it
RAVENNA info@omceo-ra.it
REGGIO CALABRIA ordrc@iol.it
REGGIO EMILIA ordinedeimedicire@tin.it
RIETI a.tocchio@omceorieti.it
RIMINI info@omceo.rn.it
ROMA rmomceo@tin.it
ROVIGO segreteria@ordinemedicirovigo.it
SALERNO ordinedeimedici.sa@tin.it
SASSARI ordine@omceoss.org
SAVONA omceosv@omceosv.it
SIENA segreteria@omceosiena.it
SIRACUSA info@ordinedeimedicisr.it
SONDRIO segreteria@ordinemedicisondrio.it
TARANTO info@ordinemedicitaranto.it; omceo.ta@virgilio.it
TERAMO info@omceoteramo.it
TERNI segreteria@ordinemediciterni.it
TORINO segreteria.amministrativa@omceo.to.it
TRAPANI segreteria@omceotrapani.it
TRENTO info@ordinemedicitn.org
TREVISO ordmedtv@iol.it

TRIESTE omceots@iol.it
UDINE info@omceoudine.it
VARESE omceova@tin.it; info@omceovarese.it
VENEZIA info@ordinemedicivenezia.it
VERBANIA CUSIO OSSOLA medvco@tin.it
VERCELLI info@ordinedeimedificirurghi.191.it
VERONA segreteria@omceovr.it
VIBO VALENTIA info@omceovv.it
VICENZA ordine@medicivicenza.org
VITERBO segreteria@ordinemediciviterbo.it